



научно-практический журнал для врачей

Пятиминутка

№ 4 (44) 2017

**Венгерские курорты
Дебрецен и Хайдусобосло**

**Импортозамещение
в медицине: КОЛТЕКС**

**Возможности
фитоэмбриотерапии**

Профилактика остеопороза

**Витаминно-минеральные
дотации во время
беременности**

**Семейное психологическое
консультирование**

**Междисциплинарный
подход в кардиологии**

Детская стоматология

Лечение словом



ISSN 2071-0712



9 772071 071005 1 7004 >

Per aspera ad astra
Через тернии к звездам

Сенека

Формируются группы часто болеющих детей и детей с респираторными и кожными аллергиями для лечения в карстовой пещере курорта Тапольца, Венгрия.

- Проживание в отеле **Hunguest Hotel Pelion**** superior** с полупансионом.
- Даты поездок — **03–11 января и 23 июня — 07 июля 2018 года**. Возможно увеличить период пребывания на курорте.
- Программа предусматривает пребывание детей с родителями.
- Лечение будет проводиться под контролем специалистов.
- Оздоровительная программа включает: спелеотерапию, купание в минеральной воде, обогащенной кальцием, магнием, тироксидом серы и т. д., дыхательную гимнастику, аквааэробику, диетотерапию, климатотерапию).
- Обязательно предварительное обследование и заключение лечащего врача.
- Обеспечивается русскоговорящее сопровождение.
- Приглашаем к сотрудничеству врачей педиатров и детских аллергологов, пульмонологов.
- Возможно включение в группу специалистов с целью отдыха, оздоровления и совместного научного сотрудничества.
- По желанию предлагаются интересные туристические программы.
- Для специалистов в рамках поездки проводится семинар по пещерной терапии.





№ 4 (44) 2017

научно-практический журнал для врачей

Пятиминутка

Учредитель и Издатель – ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА»

Главный редактор и автор проекта – М. А. Мамаева, канд. мед. наук

Зам. Главного редактора – В. И. Бондарь, доктор мед. наук

Редакционный совет

1. Акимов А. Г., кафедра Военно-полевой терапии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, д.м.н., СПб

2. Бондарь В. И., доктор медицинских наук, академик АМТН РФ, ФГАУ «НЦЗД» МЗ РФ, Москва, Россия

3. Долинина Л. Ю., кандидат мед. наук, доцент кафедры физиотерапии и медицинской реабилитации Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, СПб

4. Иванова Н. Е., зам. директора по научной работе Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. проф. А. Л. Паленова, Филиала ФГБУ «Федеральный Северо-Западный медицинский исследовательский центр», д.м.н., профессор, засл. врач РФ, СПб

5. Коновалов С. В., профессор 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук, профессор, СПб

6. Петрова Н. Г., профессор, доктор мед. наук, зав. кафедрой сестринского дела СПбГМУ им. И. П. Павлова, СПб

7. Сергеев О. Е., зав. кафедрой экономики и управления учреждениями здравоохранения Санкт-Петербургского экономического университета, эксперт Общественной Палаты при Президенте РФ, советник Председателя Законодательного Собрания СПб, действительный государственный советник 1 класса, канд. мед. наук, профессор, СПб

8. Скрыбин О. Н., главный хирург СПб ГПБУ «Клиническая больница им. святителя Луки», главный хирург Калининского района СПб, главный абдоминальный хирург СПб, д.м.н., профессор.

9. Слепян Э. И., профессор, научный руководитель Санкт-Петербургского экологического союза

10. Ханевич М. Д., зам. главного врача по хирургии — главный хирург Городского клинического онкологического диспансера, руководитель отдела хирургии и клинической трансфузиологии Российского НИИ гематологии и трансфузиологии, Засл. деятель науки РФ, Засл. врач РФ, академик РАЕН, д. м. н., профессор, СПб.

11. Шишкина Е. А., доктор социологических наук, профессор Астраханского филиала Международного юридического института, г. Астрахань

12. Эргашев О. Н., Главный хирург Ленинградской области, профессор кафедры госпитальной хирургии № 2 Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, д.м.н., СПб

13. Юрьева Р. Г., главный врач Городского реабилитационного центра для детей с психоневрологической патологией, специалист по детской реабилитации, кандидат медицинских наук, СПб

Дизайн, фото – Мамаев Д. А.

Отдел рекламы – Шевчук Ю. А.

Адрес редакции: 191144, СПб, 8-ая Советская ул., 50, лит. Б, пом. 1-Н

Фактический адрес: Санкт-Петербург, Лермонтовский пр., 1\44, 4 этаж, оф. 409.

Адрес для писем: 197373, Санкт-Петербург, ул. Планерная, 47, корпус 5, кв. 135. Тел./факс (812) 307-32-78.

E-mail: stella-mm@yandex.ru

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия ПИ № ФС77-28496 от 06 июня 2007 г. ISSN 2071-0712

Авторские материалы не всегда отражают точку зрения редакции. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Полное или частичное воспроизведение или тиражирование каким бы то ни было способом материалов, опубликованных в журнале и/или на сайте журнала, допускается только с письменного разрешения редакции.



Номер подписан в печать: 07.11.2017

Тираж: 10 000 экз. Заказ № 835

© Издательский Дом СТЕЛЛА, 2017

Отпечатано в типографии «Невская книжная типография», 197198, Санкт-Петербург, Большая Пушкарская ул., дом № 31, лит. Б, пом. 1Н тел./факс: +7 (812) 643-03-19 моб. тел.: +7 (911) 720-57-57 <http://spbcolor.com/> spbcolor@mail.ru



Уважаемые коллеги!

Мы продолжаем знакомить вас с нашими самыми главными проектами: авторской Программой обследования, лечения и оздоровления часто болеющих детей, которая

реализуется в Санкт-Петербурге силами авторов нашего издательства — коллективом высококвалифицированных специалистов, продолжаем знакомить и с проектом по санаторно-курортному лечению, в частности, с лечебными программами на курортах Венгрии, а также предлагаем вашему вниманию интересные и не совсем обычные статьи по стоматологии, педиатрии, кардиологии, медицинской психологии, реабилитации и т. д.

Как всегда, обращаем ваше внимание на информацию Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество», которое успешно функционирует при нашем издательстве, и приглашаем всех наших коллег к участию в международных конференциях и рабочих поездках по обмену опытом с зарубежными специалистами, все анонсы и объявления о будущих мероприятиях вы найдете на страницах журнала.

Ждем ваших отзывов, мнений и предложений.

С уважением,

Марина Мамаева,

главный редактор,

кандидат медицинских наук

Фото на первой обложке:

Скочкова Вера Михайловна —

врач невролог высшей категории, врач ЛФК и специалист по скандинавской ходьбе, член актива Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА. Статью Скочковой В. М. читайте на стр. 18.

Информацию о журнале

«Пятиминутка», а также о мероприятиях Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество»

вы можете найти на сайте: <http://www.stella.uspb.ru>

Наш партнер — интернет-журнал: sciencepop.ru

SCIENCEPOP
НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ИНТЕРНЕТ-ЖУРНАЛ

Читайте в следующем номере:

- Минеральная карта организма
- Геммотерапия в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта
- Малые аномалии сердца
- Инновации в медицинской реабилитации
- Санаторно-курортное лечение в России и за рубежом
- Детская диетология

ИНФОРМАЦИЯ О РАСПРОСТРАНЕНИИ И ПОДПИСКЕ НА ЖУРНАЛ «ПЯТИМИНУТКА»

Распространение журнала «Пятиминутка»:

- Бесплатно руководителям лечебно-профилактических учреждений, отделений, лабораторий, аптек, кафедр медицинских вузов, в медицинские библиотеки
- Научно-практические конференции, конгрессы, форумы и т. д.
- Подписка

Внимание! У нас изменились банковские реквизиты. Просим быть внимательными!

Извещение	Форма № ПД-4			
	ООО «Издательский дом СТЕЛЛА»			
	(наименование получателя платежа)			
	7842353627 / 784201001		40702810903000482671	
	(ИНН/КПП получателя платежа)		(номер счета получателя платежа)	
	Филиал «Северная столица» АО «Райффайзенбанк»			
	(наименование банка получателя платежа)			
	БИК 044030723		30101810100000000723	
			(№ кор.сч.банка получателя платежа)	
	Кассир	Ф.И.О. плательщика _____		
Адрес плательщика _____				
Подписка на журнал «Пятиминутка» №№ _____				
(наименование платежа)				
Дата		Сумма платежа:	руб	00 коп
Плательщик (подпись) _____				

Уважаемые читатели!

Чтобы подписаться на наш журнал, необходимо:

1. Заполнить квитанцию и перечислить деньги на расчетный счет ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА» с четким указанием платежа «Подписка на журнал «Пятиминутка» № 1–6 / 2018 г.»
2. Отправить копию квитанции об оплате по адресу: 197373, Санкт-Петербург, ул. Планерная, д. 47, к. 5, к. 135.

Извещение	Форма № ПД-4			
	ООО «Издательский дом СТЕЛЛА»			
	(наименование получателя платежа)			
	7842353627 / 784201001		40702810903000482671	
	(ИНН/КПП получателя платежа)		(номер счета получателя платежа)	
	Филиал «Северная столица» АО «Райффайзенбанк»			
	(наименование банка получателя платежа)			
	БИК 044030723		30101810100000000723	
			(№ кор. сч. банка получателя платежа)	
	Кассир	Ф.И.О. плательщика _____		
Адрес плательщика _____				
Подписка на журнал «Пятиминутка» №№ _____				
(наименование платежа)				
Дата		Сумма платежа:	руб	00 коп
Плательщик (подпись) _____				

В письме должен быть указан почтовый адрес отправителя. Стоимость наземной доставки по России включена в общую сумму оплаты подписки. Стоимость 1 номера журнала — **150 рублей**. Стоимость годовой подписки (6 номеров) — **900 рублей**. Подписка может быть оформлена с очередного номера журнала.

Уважаемые коллеги!

На страницах журнала «Пятиминутка» Вы можете поделиться с коллегами своим практическим опытом, результатами анализа научных данных, описать интересный случай из своей клинической практики, поразмышлять и принять участие в дискуссиях на актуальные темы современной медицины.

Требования к публикациям: объем не более 10 страниц печатного текста шрифт №12 через 1,5 интервала, не более 8 первоисточников в списке литературы для оригинальной статьи и не более 15 – для обзора литературы, нумерация источников по алфавиту. Под названием публикации Ф.И.О. автора, ученая степень, врачебная категория по специальности (если есть), место работы и должность. В конце публикации – телефон для связи.

Тексты публикаций просим предоставлять на e-mail: hegu@mail.ru с пометкой: статья в журнал «Пятиминутка».

Приглашаем к сотрудничеству!

С уважением,
главный редактор
кандидат
медицинских наук

**МАМАЕВА
Марина Аркадьевна**

В НОМЕРЕ:

Международное медицинское сотрудничество

Первые итоги международного проекта [4–5]

Санаторно-курортное лечение. Мамаева М. А.

Курорты Восточной Венгрии [6–9]

Новые технологии в медицине

Достойная альтернатива импортным медицинским материалам в новых экономических условиях [10–13]

Гомеопатия. Долинина Л. Ю.

Место и возможности геммотерапии (фитоэмбриотерапии) в профилактике и лечении синдрома постназального затека [14–16]

Медицинская профилактика. Сkochкова В. М.

Профилактика остеопороза в условиях мегаполиса [18–20]

Актуальная проблема. Мамаева М. А.

Витамино-минеральные дотации до, в течение и после беременности: взгляд педиатра [22–27]

Медицинская психология. Кружковская И. О.

Два загадочных слова
«психологическое консультирование»... [28–31]

Кардиология. Сычева Ю. А., Горбачева И. А.

Междисциплинарный подход к лечению больного с подострым инфекционным эндокардитом на фоне множественных хронических очагов одонтогенной инфекции (случай из практики) [32–37]

Стоматология. Пивец Н.

Особенности подходов в детской стоматологии [38–39]

Медицинская реабилитация. Богданович В. Н.

Растяжки при ДЦП и других состояниях [40–41]

Кардиология. Ю. К. Багровцев

Вегетативная дисфункция синусового узла и хроническая патология желудочно-кишечного тракта [42–46]

Кардиология. В. Д. Лебедева

Рациональное питание при гипертонической болезни [48–50]

Медицинская психология. А. К. Суворов

Энергоинформационные «МИНЫ» [51–52]

Непознанное. Ю. В. Кретов

Лечение словом или время раскрытия тайн... [53–55]

Непознанное. Пахлавон Кучков

Каждая буква имеет свою силу [56]



ММС
Международное
Медицинское
Сотрудничество

ПЕРВЫЕ ИТОГИ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА

Уже 6 лет при Издательском Доме СТЕЛЛА развивается и успешно функционирует Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество», в составе которого более трехсот специалистов (врачей разных специальностей, психологов, коррекционных педагогов и т.д.) из разных городов России и зарубежных стран. Главное направление работы Общества — санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация различных категорий пациентов.

Учитывая растущие потребности нашего населения в санаторно-курортном лечении и оздоровлении, реформирование отечественного здравоохранения в сторону коммерциализации и снижение объема медицинских услуг, предоставляемых на бесплатной основе, а также состояние отечественной санаторно-курортной базы, пока, к сожалению, далекое от европейских стандартов, специалисты Общества обратили внимание на европейские курорты как на альтернативу, которой могли бы воспользоваться наши соотечественники. По категории «цена / качество» среди европейских курортов заметно выделяются курорты Венгрии, страны, занимающей выгодное географическое положение в самом центре Европы, обладающей поистине несметными богатствами природных оздоровительных факторов. Венгрию по праву называют «страной термальных источников», т.к. на небольшой территории их число достигает 1300. Там, где термальные источники исследованы учеными, и вода признана лечебной, построены современные купальные комплексы с хорошо оснащенными медицинскими центрами. Санаторно-курортное дело в этих местах налажено настолько качественно, что не только венгерские пациенты получают лечебно-оздоровительные курсы на регулярной основе на своих курортах, но и многие иностранные граждане, причем, поток последних в Венгрию растет год от года.

Мы начинали исследовать венгерские курорты с организации рабочих поездок наших специалистов в Хевиз и Будапешт, Хайдусобосло и Тапольцу, Бюкфюрдо и Шопрон, Харкань и Парадфюрдо и т.д. Ежегодно в феврале проводим на всемирно известном курорте Хевиз международную конференцию, посвященную санаторно-курортному лечению и альтернативной медицине, а также семинары для врачей на многих других курортах Венгрии.

Поскольку в Обществе много практикующих врачей разных специальностей, пациенты имеют возможность, помимо обычного лечения, получать грамотные рекомендации по выбору профильного курорта с учетом всех показаний и противопоказаний. И это стало достойной альтернативой так называемому «медицинскому туризму», который развивали туристические компании без участия врачей в последние пару десятилетий.

Обобщив знания, полученные в рабочих поездках по обмену опытом на венгерских курортах, нашим издательством была выпущена книга «Курорты Венгрии глазами российских специалистов», ставшая единственным научно-популярным изданием и по сути руководством по венгерской курортологии на русском языке. В книге представлена информация не только о лечебных программах конкретных курортов, показаны их возможности, но и описаны сопутствующие программы туристические и культурные.

В течение 3 лет мы организуем группы детей: часто болеющих, страдающих аллергической и бронхолегочной патологией, в сопровождении родителей для оздоровления в лечебной карстовой пещере венгерского курорта Тапольца. Проводим и научный анализ результатов спелеотерапии. И это тоже уникальные данные, которые, вероятно, лягут в основу следующей книги о лечебно-оздоровительных возможностях венгерских курортов.

Специалисты Общества изучают и отечественные курорты, и санаторно-курортные возможности других стран. Но Венгрия пока остается, как говорится, вне конкурса. Это наше ведущее направление. Потому что своим пациентам мы хотим предлагать самое качественное санаторно-курортное лечение на сегодняшний день.

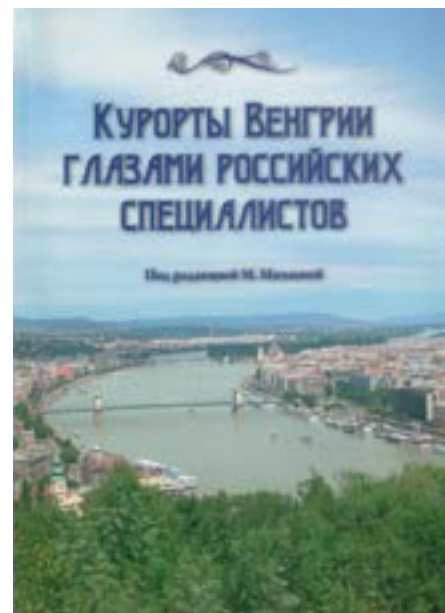
И нам приятно, что наша многолетняя работа получает признание. В сентябре текущего года на семинаре в Генеральном консульстве Венгрии в Санкт-Петербурге, традиционно посвященном венгерской курортологии, Генеральный консул Венгрии г-н Надь Габор торжественно вручил руководителю Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА Мамаевой Марине Аркадьевне высокую награду — Почетный орден Серебряный крест заслуг Венгрии и зачитал Указ, подписанный Президентом страны.

Впереди новые рабочие поездки специалистов, новые международные конференции, объединяющие профессионалов, работающих в сфере здоровья, новые проекты и, разумеется, новые достижения. Хорошее дело спланирует людей. Уважаемые коллеги, присоединяйтесь!

Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА консультации специалистов:

- по выбору профильного курорта согласно перечню заболеваний, с учетом всех показаний и противопоказаний
- по выбору лечебной программы на конкретном курорте
- предоставляется информационное сопровождение туристической поездки, организация проживания в лечебной гостинице, трансфера и визовая поддержка
- организация рабочих поездок врачей по обмену опытом
- организация международных конференций

тел. +7-921-589-15-82; e-mail: stella-mm@yandex.ru





Мамаева М. А.,
кандидат медицинских наук,
Руководитель Общества специалистов
«Международное медицинское сотрудничество»
при Издательском Доме СТЕЛЛА,
Санкт-Петербург, Россия

КУРОРТЫ ВОСТОЧНОЙ ВЕНГРИИ

О санаторно-курортном лечении в Венгрии мы писали неоднократно. Страна, одаренная необыкновенными природными оздоровительными богатствами, очень удачно географически расположенная — в самом центре Европы, как будто специально разделена на две части Дунаем, причем, одна часть, западная, более гористая, холмистая и «вулканическая», включает в свой состав два знаменитых на весь мир озера — лечебное термальное Хевиз и самое крупное и чистое в Средней Европе Балатон, а другая часть, восточная, — более степная, равнинная. И если о Западной Венгрии люди все-таки хоть немного знают, особенно о курорте Хевиз, то о Восточной Венгрии наши соотечественники не знают почти ничего...

А, между тем, в Восточной Венгрии насчитывается не меньше уникальных курортов, чем в западной части страны.

КУРОРТ ХАЙДУСОБОСЛО

Курорт Хайдусобосло называют «меккой ревматиков», настолько хорошо местная термальная лечебная вода зарекомендовала себя в комплексных программах лечения ревматологической патологии. Но этим показания для лечения в Хайдусобосло не ограничиваются.

Термальная вода этого курорта имеет темнокоричневый цвет за счет специфического состава, включающего йод, бром, соли натрия, битум и связанный с ним эстроген, титан, ванадий, цинк, серебро, стронций, барий, олово и т. д. Вода поступает с глубины 1091 м., температура воды 73°C. Вода обладает специфическим запахом.

Источник термальной воды Хайдусобосло открыт в 1925 г., а использование этой воды в лечебных целях началось с создания пляжной ку-

пальни. Др. Янош Боднар, в те времена директор Института Медицинской Химии Дебреценского Научного Медицинского Университета, так писал о хайдусобословской воде: «По нашим анализам, воду из хайдусобословской глубинной буровой скважины следует считать щелочно-йодистой-бромовой-соленой термальной водой. Сопоставляя данные химических анализов, можно установить, что вода с очень высокой температурой является уникальной, — на основании анализов, находящихся в нашем распоряжении — подобная по составу и температуре вода неизвестна».

Среди уникальных эффектов лечебной воды Хайдусобосло известна ее подъемная сила, в результате воздействия которой вес тела понижается до 1/10, и тем самым снижается нагрузка на суставы и позвоночник. Гидростатическое давление влияет на распределение крови, и благодаря этому улучшается тканевый обмен. Тепловой эффект термальной воды улучшает кровообращение. Проникая через кожу, часть содержащихся в лечебной воде макро- и микроэлементов попадает в циркулирующую кровь, позже проникает в различные ткани организма, оказывая благоприятное воздействие. Все эти эффекты лечебной воды широко используются в лечебных программах курорта.

Показания для применения лечебной воды Хайдусобосло:

- Ревматоидный артрит.
- Воспалительные заболевания суставов и связок, дегенеративные заболевания суставов, изменения межпозвонкового хрящевого диска, боли в мышцах, хроническое воспаление сухожилий и сухожильных влагалищ.
- Реабилитационное лечение параличей, сформировавшихся вследствие болезни Хейне-Медина. Полиомиелит.

КУРОРТ ХАЙДУСОБОСЛО



КУРОРТ ДЕБРЕЦЕН





- Вибрационная болезнь.
- Посттравматические состояния и реабилитация после спортивных травм.
- Бесплодие, хронические воспалительные гинекологические заболевания (благодаря содержанию эстрогенов в лечебной воде).
- Ингаляционные процедуры: при хронической форме воспаления слизистой носа, фарингите, бронхите вода используется в виде аэрозоля.
- Питательная процедура (вода Паваи Вейна): хроническое воспаление слизистой желудка, язва желудка и двенадцатиперстной кишки вне активной стадии, хронические воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта.
- Заболевания кожи: псориаз, экзема, atopический дерматит.
- Любые эндокринные заболевания, кроме декомпенсированных.

Противопоказания для применения лечебной воды:

1) любое инфекционное заболевание, 2) злокачественные опухоли, 3) некомпенсированное нарушение кровообращения, 4) гипертония, 5) туберкулез, 6) беременность.

Дети до 14 лет могут посещать бассейны с лечебной водой в Хайдусобосло исключительно по рекомендации врача! Однако для лечения детей на курорте успешно используются водолечебные качества смеси обычной и лечебной воды в различных пропорциях, а также благоприятные климатические условия.

Процедуры купания всегда проводятся сериями, лечебными курсами. С точки зрения лечебной терапии, одна-две процедуры не имеют заметного эффекта.

Курс лечения обычно включает 10–15 процедур. Одна бальнеопроцедура занимает 15–45 минут, причем, продолжительность купаний увеличивается постепенно. Бальнеопроцедуры активно воздействуют буквально на все процессы в организме, поэтому даже здоровым людям не рекомендуется купание сверх 1 часа.

В первые дни получения бальнеопроцедур может проявиться так называемая «реакция на купание» в виде головной боли, повышения температуры, раздражительности, усиления болей в области суставов или позвоночника (в зависимости от основного диагноза). Если эти симптомы не купируются самостоятельно в течение 1–2 дней, рекомендуется консультация врача.

Кроме специфической по своим свойствам лечебной воды в Хайдусобосло используется широко и грязелечение. В лечебной купальне курорта и в лечебных гостиницах применяется лечебная грязь из местного озера, а также грязь, привезенная из Хевиза, к которой для повышения эффективности добавляется местная лечебная вода.

Под воздействием грязелечения, так же как и при лечебном купании, происходят изменения биологических функций организма, но в случае грязелечения они более интенсивные. Благодаря наличию в своем составе различных органических и неорганических веществ в определенном сочетании, грязь оказывает тепловое, противовоспалительное, общеукрепляющее, стимулирующее воздействия, благотворно влияет на состояние иммунной системы в целом.

Помимо воды, грязи и климатотерапии, в лечебных программах курорта используются ФТЛ, ЛФК, массаж, ги-

дротерапия, углекислые ванны, криотерапия, светотерапия, ингаляции, питьевые курсы лечебной минеральной воды, а также соляная пещера.

Хайдусобосло — курорт, который уникален не только составом своей лечебной воды, но и разнообразием лечебных программ, хотя часто и вполне заслуженно его называют «меккой ревматиков», имея в виду всего лишь один из профилей курорта — ревматологические заболевания. Список показаний для лечения на курорте (см. выше), учитывая его лаконичность, не отражает того высокого качества и объема комплексных лечебных программ, которые были отработаны венгерскими специалистами на протяжении многих десятилетий. Это и программы лечения бесплодия, и программы лечения псориаза, реабилитация после инсульта, посттравматическое лечение, включая специальные программы для реабилитации спортсменов, а также программы лечения остеопороза.

Заболевания желудочно-кишечного тракта, эндокринные болезни, ожирение, нервные болезни, бронхолегочная патология, аллергические заболевания, бронхиальная астма — это не полный список дополнительных показаний для лечения в Хайдусобосло, о чем мало кому известно. Нередко эти заболевания являются сопутствующими, поэтому лечебная программа может быть расширена за счет дополнительных процедур по показаниям.

КУРОРТ ДЕБРЕЦЕН

Дебрецен — второй по величине город Венгрии. От курорта Хайдусобосло находится в 20 км. Помимо туристического интереса, учитывая красивую архитектуру города в стиле так называемого «венгерского барокко», курорт Дебрецен представляет и огромный интерес с медицинской точки зрения. На территории города есть 5 естественных подземных источников с температурой воды 65°C, и эта лечебная вода поступает в городскую купальню и бассейны нескольких крупных лечебных гостиниц. Вода в Дебрецене очень «сильная», насыщенная ионами, поэтому рекомендуется строгий режим дозирования купальных процедур. В составе воды преобладают кальций, йод, магний, фосфор и другие минералы.

Основные показания для лечения на курорте: заболевания опорно-двигательного аппарата, кожные болезни, в т.ч. аллергической природы, некоторые эндокринные заболевания.

Эндокринологи нашего Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» рекомендуют санаторно-курортное лечение в Дебрецене также взрослым и детям с ожирением, гипотиреозом, белково-калорийной недостаточностью, задержкой роста и физического развития, а также ослабленным детям, страдающим частыми простудными заболеваниями. Нет противопоказаний для взрослых и детей, страдающих диабетом.

Основная достопримечательность города, ради чего в Дебрецен едут туристы со всей Европы, — это парк Надьерде (почти настоящий лес), в самом центре которого и располагается термальная водолечебница, которая считается самым популярным бальнеологическим центром Венгрии. На базе водолечебницы работает специализированный аквапарк, где есть все возможности для отдыха и оздоровления.

В Дебрецене также находится одно из крупнейших и прославленных медицинских учреждений страны — Клиника Дебреценского Университета. В 2009 г. эта Клиника была признана лучшим медицинским учреждением Венгрии. В настоящее время это учреждение работает на международном уровне. Тридцать специализированных клиник в старинных реконструированных зданиях, расположенных на территории роскошного парка, обслуживают до 150 тыс. пациентов в год. Новейшее оборудование, передовые научные технологии, доказательный подход в медицине в комплексе с высококвалифицированными специалистами обеспечивают европейское качество лечения и диагностики.

На медицинском факультете Дебреценского университета обучаются студенты и аспиранты из многих стран мира. Известно, что венгерское высшее образование ценится и признается во всем мире.

Клиника Дебреценского университета работает в тесном содружестве с городской купальней, поэтому пациенты имеют возможность получить здесь же и программы реабилитации, используя местные природные оздоровительные факторы.

Кроме того, контроль за реабилитацией, к примеру, кардиологических пациентов на соседних курортах,

в частности, в Хайдусобосло, осуществляется специалистами Дебреценского Университета.

В октябре текущего года группа наших специалистов Общества «Международное медицинское сотрудничество» посетила с рабочей программой курорты Хайдусобосло, Дебрецен, а также пещерную купальню в Мишкольц-Тапольце (уникальное явление). Такие рабочие поездки совершаются нашими специалистами с целью обмена опытом и приобретения новых знаний в области курортологии до 5–6 раз в году. Незабываемые впечатления от прекрасной, теплой, гостеприимной страны, освоение новых методик, лечебно-оздоровительных программ венгерских курортов — все это является бесценным багажом, который мы используем в своей дальнейшей профессиональной деятельности.

Приглашаем коллег к сотрудничеству!



По вопросам лечения и оздоровления на курортах Венгрии вы можете получить исчерпывающую информацию у специалистов Общества «Международное медицинское сотрудничество»:
тел +7-921-589-15-82, e-mail: stella-mm@yandex.ru



Уважаемые коллеги!
При Издательском Доме СТЕЛЛА организовано
Общество специалистов:
«Международное медицинское сотрудничество»

Основные направления работы:

- лечение и реабилитация за рубежом
- возможности оздоровления за рубежом и в России
- совмещение оздоровительных и туристических программ
- рекомендации по выбору курорта, санатория, клиники согласно профилю заболевания
- консультации специалистов — авторов издательства
- проведение семинаров по зарубежной и отечественной курортологии
- организация поездок врачей по обмену опытом с зарубежными коллегами
- организация международных конференций в России и за рубежом

Наше главное направление — Венгрия, страна термальных источников, уникальных курортов и высокоразвитого здравоохранения

Приглашаем к сотрудничеству врачей разных специальностей

Справки по тел. 8-921-589-15-82, e-mail: stella-mm@yandex.ru

www.stella.uspb.ru



От Редакции: Мы повторяем публикацию статьи о замечательной продукции отечественных производителей, которая впервые была размещена в нашем журнале более двух лет назад и вызвала большой отклик у наших читателей (см. «Пятиминутка» № 3–2015 г.).

ДОСТОЙНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА ИМПОРТНЫМ МЕДИЦИНСКИМ МАТЕРИАЛАМ В НОВЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

В настоящее время отечественной системе здравоохранения приходится адаптироваться к новым экономическим условиям и частично или полностью, где это возможно, переходить на так называемое импортозамещение. К счастью, наша отечественная промышленность во многих отраслях медицинской сферы достойно конкурирует с импортными материалами и по цене, и по качеству выпускаемой продукции.

Так, группа компаний «Колетекс», выпускающая в настоящее время широкий ассортимент лечебных салфеток «Колетекс®» на текстильной основе с различными лекарственными препаратами, гидрогелевых лечебных материалов «Колегель®» с различными лекарственными препаратами, косметические маски на текстильной основе «Тексаль®», работает на рынке уже более 20 лет.

ООО «Аврора» является официальным дистрибьютором ООО «Колетекс» г. Москва.

Группа компаний включает ООО «НПО Текстильпрогресс», ООО «Колетекс» и ООО «Тексаль». ООО «Колетекс» было создано в 2002 году. Однако создание материалов с лекарственными средствами «Колетекс®» началось гораздо раньше, а именно с 1993 г., и проводилось совместно с организацией «НПО Текстильпрогресс Инженерной Академии», с которой и сегодня ведется успешное научное сотрудничество. Группа компаний «Колетекс» занимается научной разработкой, промышленным выпуском и реализацией изделий медицинского и косметического назначения, в т.ч. на текстильной основе. В 2004 году к ним присоединилось ООО «Тексаль».

ООО «Колетекс» на протяжении всех лет своей работы активно сотрудничает с ведущими клиницистами страны в области онкологии, хирургии, физиотерапии и т.д. Специалисты помогают формулировать идеи создания новых материалов; указывают на наиболее актуальные проблемы, требующие решения; помогают в выборе лекарственных препаратов и их концентраций, в проведении клинических испытаний. ООО «Колетекс» выпускает на своем предприятии только продукцию, разработанную исследователями фирмы. Выпускаемая продукция и технологии ее получения защищены многочисленными патентами. Методики применения материалов «Колетекс®», «Колегель®» и «Тексаль®» разработаны совместно с вра-

чами ведущих клиник страны и также защищены патентами. В настоящее время в арсенале компании 37 патентов на изобретения.

Научные интересы группы компаний сосредоточены на изучении процессов иммобилизации, диффузии и сорбции лекарственных препаратов на текстильных и полимерных носителях и их высвобождении и массопереносе во внешнюю среду — в рану, к опухолевым тканям, слизистым оболочкам, трансдермально через кожу. Исследования этих процессов легли в основу создания новых лечебных депо-материалов «Колетекс®», «Колегель®» и «Тексаль®» для местного направленного подведения лекарственных препаратов к очагу поражения (1).

Все виды, выпускаемых компанией депо-материалов, являются композитами из природных полимеров, содержащих лекарственную или биологически активную составляющую.

В настоящее время уже широко используются депо-материалы аппликационной формы на текстильной матрице-носителе (платформе) «Колетекс®» — «композиционный лечебный текстиль» и косметические маски «Тексаль®». Концепция конструкции и технология производства этих аппликаций носит универсальный характер. Текстильная матрица выполняет множество функций. Это обеспечение плотного контакта между депо-материалом и биологическими материалами для успешного транспорта лекарства через кожу или в рану; защита раны от внешних механических повреждений и загрязнений; но главная с точки зрения эффективности лечения функция текстиля — выполнение роли высокосорбционного материала, которым текстиль по определению является, поскольку пронизан порами макро-, микро-, нано- и атомарного размера. Особенно развита пористая система у природных целлюлозных волокон (~100 м²/г — внутренней поверхности), которые используются в депо-материалах. В таком суперпористом материале можно расположить частицы широчайшего диапазона размерности и затем создать в нужное время благоприятные условия для их направленного (адресного) высвобождения.

Для получения материалов «Колетекс®» и «Тексаль®» используется технология «Универсум», способная создать аппликационный депо-материал на текстильной осно-



НАПРАВЛЕННАЯ ДОСТАВКА ЛЕКАРСТВ К ОЧАГУ ПОРАЖЕНИЯ

Колегель

Гидрогелевые материалы с лекарственными препаратами

- с диоксидином и лидокаином
- с димексидом и альгинатом натрия
- с деринатом и лидокаином
- с альгинатом натрия, е-аминокапроновой кислотой и лидокаином
- с альгинатом натрия, димексидом и интерлейкином — 1 бета (в т.ч. эффективны при папилломовирусной инфекции кожи и вирусе простого герпеса)

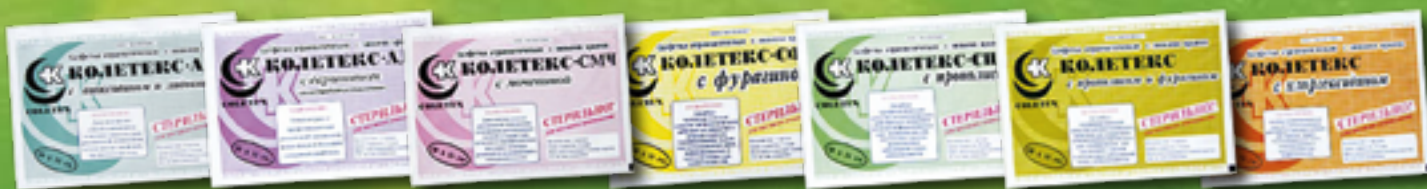
Колетекс

Лечебные салфетки и пластыри:

- с фурагином
- с диоксидином и лидокаином
- с гентамицином, гидрокортизоном, димексидом и мексидолом
- с прополисом
- с деринатом
- с прополисом и фурагином
- с мочевиной противоотечная
- с хлоргексидином

Успешное применение в таких областях медицины, как:

- Первая помощь
- Хирургия
- Флебология
- Ревматология
- Оториноларингология
- Стоматология и челюстно-лицевая хирургия
- Дерматовенерология
- Гинекология и акушерство
- Проктология
- Онкология и радиология



Сделано в России

Производитель — ООО «КОЛТЕКС» г. Москва. Сайт: www.coletex.ru

Официальный диллер — ООО «Аврора». Оптовая продажа: тел. (812) 448-36-31, 922-37-53

e-mail: avrora-peterburg@mail.ru. Сайт: www.avroramedical.ru

Розничная продажа: тел. аптек: 327-10-08, 346-04-44, 786-11-48, 554-20-07, 387-62-31

РУ № ФСР 2007/00894 от 15.10.2007 г., Патент РФ № 2352359 от 24.10.2007 г.

ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ



ве практически с любыми лечебными, биологически-активными и косметическими средствами. Материалы используются очень широко: в быту при лечении порезов и ожогов, в хирургии для закрытия операционных швов, при лечении «диабетической стопы», пролежней, трофических язв, в гинекологии, урологии, проктологии, стоматологии, для лечения и предотвращения лучевых поражений в онкологии и радиологии.

На текстильную матрицу по специальной технологии нанесены природные биополимеры (например, альгинат натрия, сукцинат хитозана и т.д.). При наложении аппликационных депо-материалов на неповрежденную кожу или рану при их смачивании принудительно водой, физиологическим раствором или за счет биологических жидкостей (кровь, лимфа) начинается набухание полимерной составляющей аппликации и направленное высвобождение и непрерывный транспорт (диффузия) лечебных средств по намеченному адресу строго по временной и концентрационной программе. Аппликация выполняет роль своеобразной безболезненной капельницы.

Развитием концепции создания лечебных депо-материалов являются различные формы гелей на основе тех же природных полимеров, содержащих лечебные вещества. В этом случае созданы два вида гелевых депо-материалов «Колегель®»:

- Гидрогель определенной концентрации и вязкости, содержащий различные лекарства. Эти материалы используются в тех случаях, когда аппликационная форма неприменима, так как препарат следует ввести во внутренние полости. В этом случае лечебный гидрогель доставляется различными способами (клизма, шприц, катетер и др.) к пораженным тканям и высвобождает при контакте действующие вещества.
- Высокоструктурированные гидрогелевые диски (таблетки), обладающие заданной тиксотропностью и эластичностью и, конечно, содержащие лекарственные вещества. Такая форма гидрогеля используется, когда это диктуется медицинскими требованиями: не вызывать болезненных ощущений при использовании гидрогеля при одновременной существенной пролонгации лечебного эффекта (например, лечение пораженных ожогами полостей рта, поражений вагины).

Во всех перечисленных депо-материалах при их использовании происходит контролируемое высвобождение и транспорт лекарств и создание их необходимой по медицинским показаниям концентрации в нужное время в пораженном органе или ткани. Этот принцип — пролонгация, адресность доставки, достижение нужной концентрации препаратов обеспечивает высокий, воспроизводимый лечебный эффект всех видов созданных и выпускаемых депо-материалов «Колетекс®» и «Колегель®», что подтверждает многолетняя практика их использования в различных ведущих медицинских учреждениях РФ.

Применение материалов «Колетекс®» и «Колегель®» экономически выгодно: например, салфетки «Колетекс®» не только закрывают рану, но и лечат, их можно не менять до 3 суток (!), а гели «Колегель®» позволяют сократить время пребывания больных (например, онкологических, получающих курс лучевой терапии) в стационаре, снизить время перехода на амбулаторное лечение и время

нетрудоспособности, расход вспомогательных препаратов и, главное, улучшить качество жизни больных за счет сокращения использования онкологических препаратов с повышенной токсичностью и добиться максимальной защиты здоровых тканей.

Материалы «Колетекс®» и «Колегель®» получают с использованием только отечественного сырья.

Производство салфеток «Колетекс®» было начато в 1992 г. и с тех пор их ассортимент вырос до 18 наименований, в т.ч. как на текстильной (салфетки), так и на пластырной основе.

Производство гидрогелевых материалов «Колегель®» начато в 2007 г. и сегодня их ассортимент состоит из 9 наименований.

Сегодня наиболее значимое направление в использовании материалов «Колетекс®» и «Колегель®» — онкология, в частности, радиология и химиотерапия. Разработаны и внедрены в практическое здравоохранение инновационные лечебные материалы для повышения эффективности лечения за счет подведения к опухоли веществ, усиливающих воздействие облучения, что увеличивает степень ее повреждения; а также для профилактики возникновения и лечения лучевых реакций здоровых тканей, окружающих опухоль (2).

Создан уникальный ассортимент салфеток «Колетекс®» с цитостатиком 5-фторурацилом, радиосенсибилизатором метронидазолом, радиопротектором мочевиной, иммуномодулятором деринатом, антиоксидантами мексидолом, прополисом и т.д.

Гидрогелевые материалы «Колегель®» позволяют подводить в полости непосредственно к очагу поражения у онкологических больных цитостатик 5-фторурацил, радиосенсибилизатор метронидазол, а для защиты здоровых тканей при лучевой терапии противовоспалительные, антимикробные, антиоксидантные, иммуномодулирующие препараты с анальгезирующим эффектом из-за включения в них лидокаина.

Эти материалы используют в РОНЦ им. Н.Н.Блохина, МНИОИ им. П.А.Герцена, Российском научном центре рентгенорадиологии, Санкт-Петербургском РНЦРХТ, Московском онкологическом диспансере и т.д. (всего в 70 клиниках и больницах страны), они зарегистрированы на рынках Белоруссии и Молдавии.

Достоверно доказано, что концентрация лекарства в опухолевых тканях, достигаемая при использовании гелей «Колегель®», соответствует получаемой при системном инъекционном и пероральном введении, однако токсикация больного за счет направленной местной доставки лекарств существенно ниже, эффективность лечения высокая, показатели качества жизни лучше.

Гидрогелевые материалы «Колегель®» выпускаются стерильными в тубах, ламинированных саше-пакетах, в шприцах для использования в гинекологии, проктологии, урологии при заболеваниях мочевого пузыря и простаты. С помощью гидрогелей успешно лечатся такие заболевания как хронический рецидивирующий цистит, уретрит, геморрой, проктит, герпес различной локализации, в том числе генитальный, цервицит, кольпит, вульвовагинит.

Компанией «Колетекс» получены патенты с ведущими клиниками страны на методы лечения онкологических

больных с использованием материалов медицинского назначения «Колетекс®» и «Колегель®», урологических больных (материалы «Колегель®»), в физиотерапии, офтальмологии.

В ООО «Колетекс» создана научная лаборатория, в которой работают специалисты в области полимерной и текстильной химии. Работы проводятся совместно с учеными РАН из Института химической физики им. Н.Н.Семенова, Института физической химии, Института элементоорганических соединений им. А.Н.Несмеянова, Института химии растворов, а также РАМН — ОНЦ им. Блохина, Института медицинской химии, врачами — клиницистами НИИ онкологии им. Герцена, института рентгенорадиологии и хирургии, МОНИКИ им. Владимирского.

С 2012 года группа компаний «Колетекс» выполняет работу в рамках Федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу». Основная цель деятельности компании — создание продукции, которая необходима больным. Развитие отечественной паллиативной медицины является приоритетным для нашей компании. ☺

**ООО «АВРОРА» (оптовая продажа),
Санкт-Петербург — официальный диллер
ООО «КОЛТЕКС», г. МОСКВА
тел. (812) — 448-36-31,
e-mail: avrora-peterburg@mail.ru
www.avroramedical.ru, www.coletex.ru
РУ № ФСР 2007/00894 от 15.10.2007 г.,
Патент РФ № 2352359 от 24.10.2007 г.**

ЛИТЕРАТУРА

1. Олтаржевская Н.Д., Коровина М.А., Савилова Л.Б. Текстиль и медицина. Перевязочные материалы с пролонгированным лечебным действием // Рос. хим. ж. (Ж. Рос. Хим. об-ва им. Д.И.Менделеева), 2002, № 1, С. 133–141
2. Поляков П.Ю., Быченков О.А., Олтаржевская Н.Д., Коровина М.А. Аппликационное применение 5 фторурацила при лучевой терапии местнораспространенных форм злокачественных новообразований (пособие для врачей). Москва, 2006

НОВОСТИ

За последние четыре года распространенность болезней щитовидной железы в России выросла на 12,1%: с 2037,1 случая на 100 тыс. населения до 2283,5. По данным Минздрава, заболевания щитовидной железы в 65% случаев у взрослых и в 95% у детей связаны с дефицитом йода в организме.

Кривая, показывающая число пациентов, страдающих от проблем с щитовидной железой, неуклонно ползет вверх уже более десяти лет. Об этом свидетельствуют данные единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС), в которой собраны показатели с 2005 года. По данным ЕМИСС, в Москве с 2013 по 2015 год число больных с проблемами щитовидной железы выросло на 11%, в Санкт-Петербурге — на 24%. Более свежих данных в системе пока нет.

«Минздрав России в инициативном порядке разрабатывает проект закона, предусматривающего необходимость обогащения пищевых продуктов массового потребления витаминами, йодом и другими минеральными веществами с целью снижения распространенности микронутриентной недостаточности среди населения», — сообщили в ведомстве. В частности, вся соль «Экстра» и нулевого помола в перспективе может стать йодированной.

Ведущий научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии Наталия Мазурина считает, что причина роста заболеваемости патологиями щитовидной железы — десятилетиями сохраняющийся дефицит йода во всех регионах страны. «Наш центр проводил неоднократные эпидемиологические исследования, начиная с 1990-х годов. Показатели обеспеченности населения йодом не улучшаются. Это объективная и очевидная причина того, что распространенность зоба и узлов зоба в нашей стране очень велика», — отметила Наталия Мазурина.

По данным Эндокринологического научного центра Минздрава РФ, среднестатистическое потребление йода для россиянина сегодня составляет около 80–100 мкг в сутки, при том, что необходимый минимум — 150–250 мкг.

Ученые из Норвегии опубликовали новые доказательства связи применения парацетамола беременными женщинами с повышенным риском поведенческих расстройств у детей. Однако такая зависимость была отмечена только при длительной (более месяца) терапии парацетамолом, говорится в материале MedicalXpress.

Парацетамол считается допустимым препаратом для терапии боли у беременных женщин. Тем не менее, в последнее время стали появляться результаты работ, связывающих применение распространенного лекарственного препарата во время беременности с развитием различных нарушений у рожденных детей.

В опубликованной в журнале Pediatrics работе говорится, что у детей женщин, принимавших во время беременности парацетамол более 29 дней, в два раза чаще диагностировался синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), по сравнению с контрольной группой. При этом авторы отметили, что у детей рожденных матерями, проходивших терапию парацетамолом в течение 1 недели или меньше, риск СДВГ был наоборот ниже. Исследования проводилось среди 113 тыс. детей и их матерей.

В прошлом году были опубликованы результаты другого исследования, также продемонстрировавшего связь между парацетамолом и поведенческими нарушениями. Авторы работы собрали и проанализировали данные Эйвонского многолетнего исследования детей и родителей (ALSPAC). Были изучены данные 7796 матерей, их детей и партнеров. Согласно полученным данным, на 18 и 32 неделе беременности парацетамол в среднем принимали 50% будущих матерей. Ученые определили, что использование парацетамола значительно повышало риск развития поведенческих расстройств (относительный риск 1,42) и симптомов гиперактивности (относительный риск 1,31).

Источник: <http://www.remedium.ru/news/>



Долинина Л. Ю.,
кандидат медицинских наук, доцент
Северо-Западный государственный
медицинский университет имени И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

МЕСТО И ВОЗМОЖНОСТИ ГЕММОТЕРАПИИ (ФИТОЭМБРИОТЕРАПИИ) В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ПОСТНАЗАЛЬНОГО ЗАТЕКА

Синдром постназального затека относится к самой частой причине кашля у детей и второй по частоте — у взрослых.

К врачам различных специальностей обращаются пациенты с жалобами на ощущение скопления слизи в задних отделах полости носа и стекание ее по задней стенке глотки. В англоязычной литературе для определения этого состояния используют термин *postnasal drip syndrom*, в русских источниках его принято называть синдромом постназального затека.

Актуальность проблемы дифференциальной диагностики и лечения синдрома постназального затека подчеркивает тот факт, что данное состояние определяет не самостоятельную нозологическую форму, а клинические ситуации, характеризующиеся воспалительным процессом верхних дыхательных путей (носоглотки, полости носа, околоносовых пазух), при которых отделяемое из полости носа стекает по задней стенке глотки в трахеобронхиальное дерево.

К причинам синдрома постназального затека относят вазомоторный, аллергический и постинфекционный ринит, аденоиды и аденоидит, хронический гайморит, полипозный риносинусит.

При воспалительном процессе верхних дыхательных путей отделяемое из полости носа стекает по задней стенке глотки в гортаноглотку, попадает в вестибулярный отдел гортани, где происходит механическая стимуляция афферентной части дуги кашлевого рефлекса, что и вызывает появление кашля. Стеkanie назального секрета в глотку и гортань в разное время суток проявляется по-разному. Ночью, во время сна, в горизонтальном положении тела эта слизь стекает в гортаноглотку, раздражает рефлексогенные зоны и вызывает кашель. Днем в вертикальном положении тела слизь также стекает в гортаноглотку, но она проглатывается рефлекторно, почти не попадает на надгортанник и голосовые складки и не вызывает кашель.

Пациенты предъявляют следующие жалобы: ощущение присутствия секрета в глотке и необходимость прочищать горло перхающими движениями; покашливание или постоянный, навязчивый, непродуктивный кашель, особенно ночью и утром; могут беспокоить заложенность носа, выделения из носа, чихание.

При осмотре, как правило, в горле отсутствуют признаки воспаления. Можно увидеть слизистые тяжи, тянущиеся из носоглотки, густой секрет, застойные скопления слизи в задних отделах полости носа (эндоскопически позитивный синдром постназального затека). Возможны гиперемия, атрофия слизистой носа, скопление секрета в носовых ходах, слизистая носоглотки по типу «булыжной мостовой». Могут присутствовать явления фарингита, которые связаны со стеканием патологического секрета из полости носа или околоносовых пазух по задней стенке глотки. Фарингит, развивающийся при затрудненном носовом дыхании, также может быть вызван не только переходом на дыхание через рот, но и злоупотреблением сосудосуживающими каплями, которые стекают из полости носа в глотку и оказывают ненужный анемизирующий эффект. На рентгенограмме придаточных пазух носа нередко регистрируется пристеночный отек или другие признаки гайморита. При аускультации легких патологических изменений не выявляется.

С учетом неспецифичности клинической симптоматики лечение данной категории больных представляет значительные трудности, обусловленные необходимостью выявления основного заболевания, а во многих случаях и нескольких нозологий, и требует индивидуального подхода к каждому пациенту и проведения комплексной терапии. В детской практике наиболее востребованы методы регулирующей терапии, эффективные и безопасные, к которым можно отнести и геммотерапию (фитоэмбриотерапию).

Геммотерапия или меристематерапия (фитоэмбриотерапия) — направление в области фитотерапии, в котором

используются молодые, меристемные (недифференцированные) клетки различных растений.

Термин «геммотерапия» берет свое начало от латинского слова «gemma» — почка, жемчужина. Первые сведения об использовании почек или меристемных тканей растений относятся к III–I тысячелетиям до нашей эры. Документально подтверждено использование почек растений в медицинских целях в Древнем Египте и Индии. В дальнейшем к этому методу терапии обращались Гален (II в. н.э.) и Парацельс (XVI в.). Но настоящее развитие геммотерапии получила только в середине 20 века, благодаря врачам-гомеопатам, обратившим свое внимание на исключительность и особенность средств, приготовленных из зародышевых частей растений. В 60-е годы 20 века бельгийский врач-гомеопат Поль Генри (1918–1988) впервые систематизировал и экспериментально обосновал применение препаратов из меристемных тканей растений. Поль Генри назвал этот метод «фитоэмбриотерапия». В дальнейшем клинические и экспериментальные исследования П. Генри продолжили другие европейские, в основном, французские (М. Тето, О. Джулиан, Д. Ришар, Г. Нетьен) и итальянские (Ф. Питера) ученые. Были предложены разные термины для названия метода, например, «геммотерапия» (Макс Тето) или «терапия ствольными клетками растений» (Доминик Ришар), которые стали использоваться чаще, чем термин «фитоэмбриотерапия». В настоящее время во многих странах Европы и США геммотерапия является официально признанным направлением фитотерапии. Во Франции производство геммоэкстрактов в 1965 году внесено во Французскую Фармакопею. В России с 2011 года геммотерапия представлена геммоэкстрактами производства немецко-румынского совместного предприятия «PlantExtrakt», которое помимо геммотерапевтической продукции выпускает свыше 200 наименований матричных настоек для изготовления гомеопатических препаратов, более 3000 гомеопатических и более 20 фитопрепаратов.

Концепция геммотерапии основана на нескольких принципах:

1. Жизнь — это динамизм клеток. Для исцеления организма необходимы клетки в потенциальной, делящейся фазе, способные стимулировать ткани к регенерации.

2. Жизнь животных в большой степени зависит от растений. Растительная ткань способна восстанавливать морфологические изменения в организме и поддерживать жизнь животных.

3. В условиях прорастания растения накапливают максимальное количество антистрессовых веществ. Установлено, что основные механизмы стресс-реакции во всех живых организмах не являются видоспецифичными, то есть имеют много общего, поэтому антистрессовые

вещества эмбриональных тканей растений оказывают восстановительное действие на клетки животного (человеческого) организма.

4. По сравнению со взрослыми растениями, клетки меристемы содержат всю информацию о будущем растении (в отличие от различных частей этого растения) и, являясь концентратом биологически активных веществ, не аккумулируют токсины в процессе роста.

Геммоэкстракты содержат ферменты, витамины, белки, аминокислоты, фитогормоны, факторы роста, специфические компоненты растений, которые в целом образуют фитокомплекс, определяющий специфический органотропизм препарата. Геммоэкстракты способствуют поддержанию и коррекции гуморального и клеточного гомеостаза, воздействуя на функциональном, метаболическом и органном уровнях.

Для производства геммоэкстрактов компании «PlantExtrakt» используются в свежем виде почки, ростки, кора, молодые корешки, сок и другие части растений, содержащие меристемные ткани, которые собираются во время развития, прорастания, то есть в момент максимальной концентрации активных компонентов, до периода полной дифференциации тканей.

«PlantExtrakt» производит геммоэкстракты стандартизированным методом в соответствии с действующими Французской и Европейской Фармакопеями. Обработка свежего очищенного и размельченного растительного субстрата происходит методом холодного экстрагирования (вымачивания свежего материала в смеси 96% спирта и 100% глицерина в течение 20–60 дней), гарантирующего экстрагирование всех активных веществ в неизменном виде. В дальнейшем полученный экстракт отделяют от субстанции и разводят в 10 раз (1DH) смесью 10% глицерина, 18% спирта и воды, выдерживают в течение двух суток и дважды фильтруют. Технология производства геммоэкстрактов соответствует требованиям Надлежащей Производственной Практики (GMP).

Как и гомеопатические препараты, геммоэкстракты назначаются за 30 минут до еды или через 1 час после еды, растворяя в небольшом количестве воды. Доза зависит от возраста. Детям до 10 лет — 1 капля на 1 кг массы тела. Детям после 10 лет и взрослым по 1–3 мл (или 25–75 капель) 2–3 раза в день в случае монотерапии геммоэкстрактами или суточная доза на прием каждого из геммоэкстрактов в случае их комбинации.

При синдроме постназального затека применяются *Геммоэкстракт из почек Смородины черной*, который обладает противовоспалительным, гипосенсибилизирующим и дренажным эффектом, *Геммоэкстракт из почек Граба*, оказывающий спазмолитическое, противоотечное и регенерирующее действие на слизистую оболочку верхних дыхательных путей и *Геммоэк-*



стракт из ростков Шиповника, который также оказывает гипосенсибилизирующее, противовоспалительное и иммуномодулирующее действие.

Геммотерапия используется, как правило, для профилактики или в период затихающего обострения основного заболевания, на фоне которого развился синдром постназального затека. Геммоэкстракты рекомендуют в качестве монотерапии или в составе комбинированного, сопроводительного лечения и, как правило, на длительное время, до трех месяцев.

Например, *Геммоэкстракт из почек Смородины черной* 3 мл в небольшом количестве воды за 30 минут до еды утром, *Геммоэкстракт из почек Граба* 3 мл в небольшом количестве воды за 30 минут до еды днем и *Геммоэкстракт из ростков Шиповника* 3 мл в небольшом количестве воды вечером за 30 минут до еды. Курс — 3 месяца.

Клинический опыт использования геммотерапии в коррекции синдрома постназального затека показал высокую эффективность и безопасность данного метода, в том числе при продолжительном приеме экстрактов.

Наличие широкого диапазона взглядов на применение геммотерапии в педиатрии позволяет выбрать терапевтическую тактику, наиболее уместную в каждом конкретном случае.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверьянов А.В. Методологические подходы к диагностике и терапии хронического кашля. Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 1999. — 27 с.
2. Авербух В.М., Лопатин А.С. Постназальный синдром (postnasal drip) // *Consilium medicum*. — № 10 — Т. 10. — 2008 — С. 101–108.
3. Авербух В.М., Лопатин А.С. Медикаментозная терапия при постназальном синдроме на фоне аллергического и вазомоторного ринита // *Российский аллергологический журнал*. — № 3 — 2010. — С.19–23.
4. Авербух В.М. Дифференциальная диагностика и лечение пациентов с постназальным синдромом. Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2010. — 24с.
5. Долинина Л.Ю., Песонина С.П. Гомеопатическая терапия аллергического ринита. Учебно-методическое пособие для врачей. — СПб., 2011. — 24 с.
6. Долинина Л.Ю. Синдром постназального затека. Гомеопатическая коррекция // *Гомеопатия и фитотерапия*. — № 1. — 2015. — С. 26–29.
7. Ledoux F., Guenot G. La phytembryotherapie. — Bruxelles. — 2012. — 367 p.
8. Tetau M., Scimeca D. Rajeunir nos tissus avec les bourgeons. Guide pratique de gemmotherapie familiale. — Paris. — 2011. — 198 p.

НОВОСТИ

Статистика распространенности клинической гомеопатии в России и в мире

Компания ГФК-Русь провела исследование отношения россиян к собственному здоровью, которое показало, что информированность о таком виде терапии, как гомеопатия, у россиян сегодня находится на начальном уровне, но имеет все предпосылки, чтобы вырасти: 9% всех опрошенных подтвердили высокий уровень знаний о гомеопатии, а 66% респондентов демонстрируют намерение узнать больше — для понимания, при каких еще заболеваниях можно использовать гомеопатические препараты или просто в силу отсутствия знания о том, что собой представляет данный вид лечения. У 23% опрошенных это желание основано на позитивном опыте.

Исследование показало довольно высокий уровень готовности применять гомеопатические лекарства. Почти 60% респондентов готовы лечиться сочетанием из гомеопатических препаратов и других лекарственных средств или терапевтических методов.

Почти половина опрошенных воспринимает гомеопатические препараты как натуральные, около трети подтверждает их характеристику «бережного лечения». Женщины больше мужчин выделяют гомеопатические средства по параметрам натуральности, бережного подхода к организму и использованию для всей семьи.

Исследование помогло опровергнуть два распространенных мифа о гомеопатии:

- 36% пациентов воспринимают гомеопатию, все же, как дополнение к традиционной медицине и только 28% считает, что гомеопатия — альтернатива остальным методам.
- только 7,5% и 8,3% опрошенных соответственно считают гомеопатию устаревшим или недоступным методом. Масштабное исследование EPI3, прошедшее во Франции окончательно подтвердило, что лечение гомеопатией не является «упущенным шансом» для пациента, обосновав, таким образом, инвестиции государства: гомеопатические лекарства и прием у врача частично возмещаются государственной страховкой, наравне с другими препаратами. А выписывают гомеопатические лекарства 80% врачей — как в системе государственного, так и частного здравоохранения.

Независимое английское агентство LA-SER (<http://www.la-ser.com/>) в течение 5 лет собирало информацию у 825 врачей разных специальностей о том, какие результаты дает терапия в трех группах общей численностью 8559 пациентов: в группе, где используются только гомеопатические лекарства, группе, где применяются все, кроме гомеопатических, и в группе, где препараты комбинируются.

Выводы были обнародованы 2011 году, показав сопоставимую эффективность терапии во всех группах. При этом в группах, где применялась гомеопатия, регистрировали меньше побочных эффектов, кроме того, в группе смешанной терапии удавалось снижать дозировку и продолжительность приема сильнодействующих лекарств.

Источник: <https://www.vidal.ru/encyclopedia/>



Уважаемые коллеги!

**Приглашаем принять участие в ежегодной
научно-практической конференции
с международным участием в Санкт-Петербурге:**



**Международное
Медицинское
Сотрудничество**

Актуальные вопросы медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры в России и за рубежом

**Место проведения: Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. Акад. И. П. Павлова
по адресу: Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 17 (учебный корпус № 54 — «Нефрокорпус»,
конференц-зал 2 этаж); ст. м. «Петроградская».**

**Регистрация участников конференции 21 ноября 2017 года - с 10-00 до 11-00.
Начало конференции в 11-00.**

21–22 ноября 2017 г.

В программе конференции:

- Современные направления медицинской реабилитации
- Актуальные вопросы адаптивной физической культуры
- Опыт российско-венгерского сотрудничества в области реабилитации и оздоровления пациентов различного профиля. Возможности венгерской курортологии.
- Программы реабилитации и оздоровления детей, спортсменов и других категорий населения в Венгрии. Спелеотерапия. Бальнеотерапия. Грязелечение. Мофеты. Разновидности лечебных термальных и минеральных вод.
- Реабилитация в стоматологии и эстетической медицине.
- Состояние системы реабилитации детей с психоневрологической и ортопедической патологией в Санкт-Петербурге. Сотрудничество с Институтом кондуктивной педагогики им. А. Петё (Будапешт, Венгрия), курортами Венгрии и др. стран.
- Психологическая реабилитация населения в современных условиях. Инновации. Семейная психологическая служба.
- Роль питания в реабилитации и оздоровлении пациентов различных групп. Вода как лечебный и оздоровительный фактор. Витаминно-минеральные дефициты.
- Возможности повышения квалификации в СПб и за рубежом врачей и среднего медперсонала в области медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.
- Альтернативные методы оздоровления. Гомеопатия. Фитотерапия. Скандинавская ходьба. Рефлексотерапия. Хиропрактика. Песочная терапия. Сказкотерапия.
- И многое другое...

Прикладная реабилитация. Мастер-классы, презентации, дегустации. Дискуссия. Выставка с участием компаний, выпускающих качественную продукцию медицинского назначения, фармацевтических фирм, туристических компаний, представительств курортов.

Организаторы мероприятия:

- Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет (ПСПбГМУ) им. И. П. Павлова;
- Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, Санкт-Петербург.
- Информационная поддержка — Всероссийский научно-практический журнал для врачей «Пятиминутка».

ВХОД НА КОНФЕРЕНЦИЮ СВОБОДНЫЙ

По завершению конференции выдаются сертификаты участника.

Справки и аккредитация по **тел. +7-921-589-15-82, e-mail: stella-mm@yandex.ru**

Материалы конференции будут опубликованы в виде сборника трудов конференции и размещены на сайте **ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России** и на сайте **Издательского Дома СТЕЛЛА www.stella.uspb.ru**

С уважением, Оргкомитет конференции.

**Скочкова В. М.,**

врач невролог высшей категории, специалист по физической и реабилитационной медицине, член Национального общества диетологов, Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, Санкт-Петербург, Россия

ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗА В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Остеопороз — наиболее частый вариант метаболической остеопатии, представляет собой системное заболевание скелета, характеризующееся прогрессирующим снижением массы кости и нарушением микроархитектоники костной массы, что приводит к хрупкости кости и высокому риску переломов. Остеопороз занимает 4-е место среди неинфекционных заболеваний, уступая по частоте встречаемости лишь болезням сердечно-сосудистой системы, сахарному диабету и онкологическим заболеваниям. Как показали множественные эпидемиологические исследования, нет ни одной расы, нации, этнической группы или страны, в которой не встречался бы остеопороз. Данное заболевание выявлено у 75 миллионов человек, живущих в США, странах Европы и Японии. В России остеопорозом страдает каждая третья женщина и каждый четвертый мужчина в возрасте старше 50 лет.

Основные факторы риска остеопороза:

Немодифицируемые — возраст старше 65 лет, женский пол, предшествующие переломы, наличие переломов у родственников первой степени родства (наследственность), системный прием глюкокортикоидов (ГК) в течение 3 месяцев и более, белая (европеоидная) раса, длительная иммобилизация, деменция, гормональные факторы: ранняя менопауза; позднее начало менструаций; аменорея; бесплодие; двухсторонняя овариэктомия.

Модифицируемые — курение, низкая масса тела (<57 кг; ИМТ $<18-20$ кг/м²), низкое потребление кальция, дефицит витамина Д, злоупотребление алкоголем, злоупотребление кофеином, частые падения, низкая физическая активность, сидячий образ жизни, избыточная физическая нагрузка, прием медикаментов (ГК, иммунодепрессанты, высокие дозы гепарина, химиотерапия, метатрексат, препараты лития, антациды (содержащие алюминий), антиконвульсанты и др.).

Первичный остеопороз: постменопаузальный (I тип), сенильный (II тип), ювенильный, идиопатический.

Вторичный остеопороз: обусловленный заболеваниями эндокринными, ревматическими, гастроэнтерологическими, гематологическими, генетическими нарушениями и др.

Остеопороз — хроническое заболевание, и нужно начинать его профилактику, как можно раньше, укрепляя свои кости. Рассмотрим методы профилактики остеопороза.

1. Здоровый образ жизни

Как бы много не было сказано на этот счет, **поддержание здоровья — важная мера профилактики остеопороза**, начиная с детства и юности — в период, когда кости должны накопить как можно больший запас минеральных веществ. Поэтому полноценное питание и отказ от вредных привычек способны уберечь от многих бед в будущем. Известно, что даже небольшие дозы алкоголя снижают остеосинтез (образование новых клеток костной ткани) и нарушают усвоение кальция. Курение вызывает длительный спазм капилляров, тем самым препятствуя поступлению минералов в кости, особенно в позвоночник. Кофе способствует удалению кальция из костей и выведению его из организма через почки.

2. Питание

Профилактика остеопороза с помощью диеты основана, прежде всего, на потреблении кальция. Его недостаток в пище в период активного роста может сказаться на состоянии костей спустя много лет. Кроме кальция, пища должна быть богата магнием и фосфором, то есть комплексом минералов, необходимых для питания костей, а также витамином D. Все это в избытке содержат кисломолочные продукты (особенно различные виды сыров), яичный желток, печень, морская рыба, свежая зелень и пророщенные злаки. Злаки, особенно соя, также содержат натуральный природный эстроген — аналог женского полового гормона эстрогена, препятствующего резорбции (разрушению) костной ткани. Препятствовать нормальному усвоению минералов могут не только заболевания и вредные привычки, но и рацион с пониженным содержанием жиров. Поэтому девушки и молодые женщины, которые сидят на диетах ради стройности, рискуют впустить в свой организм это коварное и тяжелое заболевание. Избыток соли в пище может способствовать усиленному вымыванию кальция из костей и выведению его из организма с мочой. Поэтому, если есть риск развития остеопороза, количество потребляемой соли нужно строго контролировать. Помимо употребления в пищу продуктов, богатых кальцием, обязательно в сочетании с витамином D и магнием, т. к. без них кальций не усвоится, необходимо наличие в пище также цинка, марганца, хрома, меди, селена и хондропротекторов. Невозможно придерживаться жестких диет



БИЛИНСКА КИСЕЛКА –

королева европейских курортных вод. Снимает обострения заболеваний желудочно-кишечного тракта. Применяется при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при хроническом панкреатите и гастродуодените, атрофическом гастрите, дискинезии желчевыводящих путей, холецистите, холангите.



ПРОЛОМ –

высокая щелочность при низкой минерализации. Лечит заболевания мочевыделительной системы, кожные заболевания (псориаз), аллергию, ожирение. Не имеет противопоказаний, заменяет собой питьевую воду, оказывая комплексное оздоравливающее и профилактическое действие на весь организм.



ЗАЙЧИЦКАЯ ГОРЬКАЯ –

природный источник магния, известный с 17 века. Нормализует работу кишечника, эффективна при запорах, в том числе во время беременности, рекомендуется при заболеваниях желчного пузыря, атеросклерозе, ожирении, стрессе и бессоннице.



РУДОЛЬФОВ ПРАМЕН –

главная минеральная вода курорта Марианские лазни. Лечебная вода, богатая двухвалентным железом и кальцием, применяется при заболеваниях почек, мочевыводящих путей, сердечно-сосудистых заболеваниях, остеопорозе, анемии.



ВИНЦЕНКА –

популярнейшая минеральная вода курорта Лугачовице. Вода древнего моря с высоким содержанием йода. Применяется при сахарном диабете, дефиците йода, ОРВИ, простудных и бронхо-легочных заболеваниях, ослабленном иммунитете.

ООО «Родник»

Единственный поставщик в России

www.minervoda.ru

Тел.: (812) 30 99 208, (495) 96 92 792

Фирменные магазины г. Санкт-Петербург:

ул. 7-я Советская, д. 16. Тел.: (812) 719 82 96

ул. Будапештская, д. 17, корп. 1. Тел.: + 7 921 759 82 96



и иметь достаточную плотность костей. В рационе питания при остеопорозе должно быть физиологически нормальное количество белка. С одной стороны, для нормального обмена костной ткани требуется поступление в организм достаточного (адекватного потребностям) количества белка. С другой стороны, избыток белка в питании стимулирует выделение кальция с мочой, что может обеднять организм этим минеральным веществом. В некоторых популярных книгах по остеопорозу особое внимание уделяют именно опасности потерь кальция при высокобелковом питании. Однако ощутимые потери кальция возникают только при длительном явно избытке для организма потребления белка — 140–150 г в сутки и более. Исследования в США показали, что на каждые дополнительные 50 г белка сверх 150 г белка в сутки выводится с мочой 60 мг кальция. Установлено также, что сочетание высокобелковой пищи с повышенным потреблением овощей, фруктов и ягод уменьшает потери кальция. Таким образом, с современных позиций, в профилактике и лечении остеопороза большее значение имеет, скорее, недостаточное, чем избыточное, потребление белка. Вместе с тем, умеренно повышенное потребление белка показано женщинам хрупкого телосложения после 50 лет в период менопаузы.

3. Вода

В этой статье я хочу рассказать о небольшом наблюдении из моей клинической практики.

В течение 9 месяцев я курировала группу женщин 12 человек в возрасте от 49 до 62 лет. Все они обратились с жалобами на боли в области поясницы и находились в периоде менопаузы. При обследовании минеральной плотности костной ткани (МПКТ) были выявлены начальные признаки остеопении (предостеопороза) и пониженного содержания кальция в плазме крови (менее 2,0 ммоль/л). Помимо правильного режима питания и физических нагрузок, мои пациентки принимали чешскую минеральную воду «Рудольфов Прамен» по 250 мл 3 раза в день за 30 минут до еды. Продолжительность курса — 30 дней. За период наблюдения курс приема воды повторялся 3 раза. При проведении контрольных медицинских обследований получены положительные результаты: увеличились показатели МПКТ и повысился уровень содержания кальция в плазме крови (более 2,25 ммоль/л).

Вода «Источника Рудольфа» — это вода популярного источника курорта Марианске-Лазне. Это минеральная природная питьевая, лечебно-столовая, газированная природным газом, гидрокарбонатная магниевая-кальциевая, кремнистая вода с общим уровнем минерализации 2,3–2,5 г/л. Вода широко используется при лечении заболеваний почек и мочевыводящих путей, диабета, мочекаменной и почечнокаменной болезни, избыточного веса, подагры. Благодаря высокому содержанию кальция (276,7 мг/л), вода рекомендуется также в качестве дополнительной терапии при лечении остеопороза. Содержание двухвалентного железа в воде источника (12,32 мг/л) позволяет использовать эту минеральную воду при долечивании больных после операций и при лечении малокровия. Обычная дневная норма воды «Рудольфов Прамен» — 1,5 л.

4. Физкультура

Физическая активность также помогает сохранить костям плотность. Причем **уделять физкультуре время**

после того, как остеопороз развился, может быть бесполезно — двигательная активность полезна именно для профилактики, поскольку бездействие мышц способствует деминерализации костей. Так, постельный режим в течение 3–4 месяцев снижает объем костной массы на 10–15%. А регулярные занятия физкультурой за такой же период времени способны восполнить потерю только на 1–2%.

И в этом случае нам на помощь приходит скандинавская ходьба. Ведь этот вид физической активности не имеет возрастных ограничений, абсолютно безопасен и может использоваться для людей с разной физической подготовкой и в оптимальном режиме. Одним из ключевых моментов занятий скандинавской ходьбой являются обязательные разминка и заминка (упражнения на растяжку и суставная гимнастика до и после ходьбы с палками).

Главное, чтобы физическая активность была регулярной, поскольку если уделять своему здоровью время от случая к случаю — желаемого результата можно не получить вообще.

5. Солнечные ванны

О пользе солнечного света знают все. При проживании в регионах, где солнца мало, желательно хотя бы раз в году выезжать туда, где кожа может насытиться солнечным светом и витамином D. Если такой возможности нет, существует альтернатива — загар под ультрафиолетовыми кварцевыми лампами, но с соблюдением всех мер предосторожности и без фанатизма.

6. Лечение хронических заболеваний

Тем, кто страдает заболеваниями, которые приводят к нарушению усвоения кальция или повышенному его выведению, необходимо принять все меры для своевременного лечения этих болезней. Такими заболеваниями являются нарушения гормонального статуса, некоторые болезни печени, почек и желудочно-кишечного тракта. Если полностью излечиться невозможно, назначается заместительная терапия минеральными препаратами. Также заместительная терапия назначается тем людям, кто вынужден длительное время принимать лекарства — антагонисты кальция*, например, гормоны, фосфаты, фториды в больших дозах.

7. Врачебный контроль

Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение остеопороза, несомненно, необходимы всем. Но тем, кто подвержен риску развития этой болезни, особенно важен регулярный врачебный контроль. Если результат денситометрии (специального метода рентгенографии, с помощью которого измеряют минеральную плотность костей), покажет, что кости начинают терять плотность, необходимо назначать профилактическое лечение. Женщинам старше 45 лет необходимо раз в год определять состояние плотности костей. ☎

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации по профилактике и ведению больных с остеопорозом. Издание 2-ое, дополненное/под редакцией проф. О. М. Лесняк. Российская ассоциация по остеопорозу. — Ярославль: ИПК «Литера», 2014, — 24 с.
2. Остеопороз как мультидисциплинарная проблема. Сборник РМЖ привычек.

Уважаемые коллеги!

**Приглашаем принять участие в научно-практическом семинаре
с программой оздоровления и отдыха:**

Шопрон — средневековый оазис на границе Венгрии и Австрии

09–16 декабря 2017 года

в г. Шопрон, Венгрия — самом средневековом городе страны

В программе:

- Шопрон как психологический и традиционный курорт. Особенности и достопримечательности.
- Природные факторы в лечении заболеваний и оздоровлении организма.
- Курорты Венгрии. Термальные источники. Карстовые и соляные пещеры. Мофеты. Лечебные грязи. Минеральные воды.
- Медицинская астрология и нумерология. Психоанализ. Биоэнерготерапия. Др. альтернативные методы лечения и профилактики заболеваний.
- Венгерская стоматология и эстетическая медицина. Мастер-класс.
- И многое другое...

Специалисты по альтернативной и народной медицине проводят дополнительные консультации для всех желающих.

В семинаре принимают участие специалисты из России, Венгрии, Австрии и других стран.

Делегаты проживают в одном из наиболее уютных отелей самого средневекового венгерского города Шопрон, расположенного на границе с Австрией — **Hotel Lövér***superior** с велнес-зоной (бассейн, джакузи, сауны), с центром красоты и тренажерными залами. Отель расположен в лесопарковой зоне.

В отеле созданы все условия для пребывания с детьми.

В свободное время (по желанию) предлагаются экскурсии с посещением старинных венгерских замков, дегустацией вин, блюд национальной кухни, концертными программами, и экскурсии в Австрию, включая Вену, а также лечебные и оздоровительные программы в отеле и городской термальной купальне, выезд в аквапарк, курорты Балф, Бюкфюрдо, поездка в Пандорф (Австрия) за покупками, а также на дегустацию вина и т.д.

Организатор: Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, издатель журнала для врачей «Пятиминутка».

**Заявку на участие можно отправить на e-mail: stella-mm@yandex.ru
с пометкой «Поездка в Шопрон — 17»**

Справки по телефонам: (812) 307-32-78, +7-921-589-15-82

**Мамаева М. А.,**

кандидат медицинских наук, руководитель проекта

«Центр лечения и оздоровления часто болеющих детей»

Клиник «СМТ», Санкт-Петербург, Россия

ВИТАМИНО-МИНЕРАЛЬНЫЕ ДОТАЦИИ ДО, В ТЕЧЕНИЕ И ПОСЛЕ БЕРЕМЕННОСТИ: ВЗГЛЯД ПЕДИАТРА

В последние годы в педиатрии мы наблюдаем печальную статистику, которая свидетельствует, что абсолютно здоровых детей почти или практически нет. Причем, включая период новорожденности. Большинство современных детей уже рождаются с определенными отклонениями в состоянии здоровья, начиная от последствий внутриутробной гипоксии и витаминно-минеральной недостаточности и заканчивая врожденными аномалиями развития различной степени тяжести.

Патология, которая проявляется в грудном и раннем возрасте ребенка, нередко напрямую связана с витаминно-минеральными дефицитами матери, причем, не только в период беременности и кормления грудью, но и до зачатия ребенка, т.е., по сути, с неполноценным питанием девочки, девушки-подростка, молодой женщины. Именно витаминно-минеральные дефициты будущей матери могут стать причиной проявления у ребенка рахита, анемии, задержки психомоторного развития, нарушений иммунитета, частой простудной заболеваемости, низкого физического развития или, наоборот, избыточной массы тела вплоть до ожирения, а также врожденных аномалий развития.

Рассуждая о здоровье детей, мы должны, прежде всего, акцентировать внимание на репродуктивном здоровье будущих родителей, а в данной теме аспект питания играет далеко не последнюю роль. К сожалению, задумываться о правильном питании большинство женщин начинают, как правило, только во время беременности и зачастую — после постановки на учет в женской консультации, когда первые недели развития организма будущего ребенка уже позади.

В то же время, сейчас врачи во всем мире рекомендуют в обязательном порядке дотации жизненно важных витаминов и минералов женщинам не только во время беременности, но и в период ее планирования, т.к. современные пищевые продукты не могут обеспечить полноценное и сбалансированное питание будущей матери.

С этой целью назначаются различные витаминно-минеральные комплексы и обогащенные витаминами и мине-

ралами продукты питания, разработанные специально для женщин, планирующих беременность. Внимание врачей привлекают такие препараты, которые объединяют в своем составе самые необходимые минералы и витамины не только для правильного роста и развития будущего ребенка, но и для поддержания на должном уровне состояния здоровья женщины.

Недавно на российском рынке появился новый препарат Минисан® Мультивитамин Мама, объединяющий в своем составе 17 витаминов и минеральных веществ, в частности, витамины Д, Е, С, В1, В2, В6, РР, В12, биотин, пантотеновую кислоту, фолиевую кислоту, а также железо, цинк, селен, магний, йод, медь (см. таблицу 1). Все компоненты препарата являются жизненно необходимыми для сохранения нормального уровня здоровья женщины как во время беременности, так и во время кормления грудью, что является залогом достаточного и качественного уровня питания плода, а затем и грудного ребенка. Учитывая состав комплекса Минисан® Мультивитамин Мама, его рекомендуют и молодым женщинам, планирующим беременность. Качество нового препарата гарантировано безупречной репутацией производителя — семейной финской компании VERMAN и строгим контролем качества производственных процессов и выпускаемой продукции.

ПОДРОБНЕЕ О СОСТАВЕ КОМПЛЕКСА МИНИСАН® МУЛЬТИВИТАМИН МАМА

Витамин Д (кальциферол).

Трудно переоценить роль витамина Д для организма, особенно для организма будущей матери или кормящей женщины, когда задействованы буквально все ресурсы — от минералов и витаминов до белков, жиров и углеводов — все идет на питание, рост и развитие нового организма — организма ребенка, основой которого является скелет, т.е. костная система, а построение ее во многом зависит именно от нормального уровня витамина Д. Известно, что главная функция этого витамина — поддержа-



Мультивитамин МАМА

Мультивитамин №1* в Финляндии
теперь на apteka.ru или в аптеках РФ

Минисан Мама для планирующих,
беременных и кормящих женщин

1. **Легкость применения:** небольшую, плоскую таблетку удобно проглотить
2. **Сбалансированный состав:** 11 витаминов и 6 минералов, в том числе фолиевая кислота, железо, йод и магний
3. **Надежность:** подлинное качество от финской семейной компании



Рела Лайф - источник пробиотических
лактобактерий *Lactobacillus reuteri*



На фоне приема *L.reuteri* на протяжении последнего триместра беременности отмечалось**:

1. Повышение метаболической активности молочнокислой флоры и **восстановление баланса** между аэробными/ анаэробными микроорганизмами
2. Исчезновение **запоров** у 84,5% женщин
3. **Снижение** кумулятивной частоты **АтД** в группе детей, матери которых получали *L.reuteri*, более чем в 3 раза по сравнению с детьми от матерей, не получавших *L.reuteri* (6,7% против 24,2%)

*IMS Health Finland SLD YTD EUR 8/2017, сегмент "Витаминно-минеральные комплексы в перинатальный период"

** В.А. Ревякина с соавт. Новые тенденции в профилактике атопического дерматита у детей. ПЕДИАТРИЯ/2014/Том 93/№3

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ. ПЕРЕД
ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ


Таблица 1
Состав препарата Минисан® Мультивитамин Мама

Биологически активное вещество	Содержание в 1 табл. Минисан® Мультивитамин Мама	% от рекомендуемого уровня суточного потребления			
		Планирующие беременность	Беременные (2-я половина)	Кормящие (1-6 мес)	Кормящие (7-12 мес)
Витамин D	10 мкг	200*	80	80	80
Витамин E	10 мг	100	59	53	53
Витамин C	120 мг	200*	120*	100	100
Витамин B1	3 мг	214*	176*	167*	167*
Витамин B2	2 мг	125*	100	95	95
Ниацин	20 мг	111*	91	87	87
Витамин B6	5 мг	250*	217*	200*	200*
Фолиевая кислота	500 мкг	250*	83	100	100
Витамин B12	3 мкг	300*	86	86	86
Биотин	30 мкг	60	60	60	60
Пантотеновая кислота	5 мг	83	83	71	71
Магний	150 мг	37,5	33	33	33
Железо	14 мг	100	42	78	78
Цинк	15 мг	100	100	100	100
Медь	1 мг	100	91	71	71
Селен	30 мкг	43	46	46	46
Йод	140 мкг	93	64	48	48

* Не превышает верхний допустимый уровень потребления

ние нормального уровня кальция и фосфора в организме — главных структурных компонентов костной ткани. Однако роль витамина D этим не ограничивается. По результатам научных исследований, витамин D является природным иммуномодулятором, профилактирующим развитие иммунодефицитных состояний и частой заболеваемости, участвует в свертывающей системе крови, обладает антиканцерогенным и антидиабетическим действиями, участвует в нормализации мышечной активности, предотвращает развитие заболеваний кожи, суставов и т.д. Поскольку с пищей получить достаточное количество этого витамина невозможно, а солнечные лучи, способствующие выработке метаболита витамина D в коже, являются редким явлением в Северо-Западном регионе, необходимы дотации этого витамина.

Недостаток витамина D приводит к нарушению обмена кальция и фосфора в костях, в детском возрасте — ведет к рахиту, в старшем и пожилом возрасте — к остеопорозу (боли в костях, повышенный риск переломов), сопровождается повышенной нервной возбудимостью и склонностью к судорогам мышц, особенно икроножных, нарушением роста и сохранности зубов. Помимо фосфорно-кальциевого обмена, нарушаются обмен липидов, белков, микроэлементов (медь, железо, магний и др.).

Витамин E (токоферол).

Это витамин физического и эмоционального перенапряжения (стресса), обладают антиоксидантными свойствами (защищает клетки и ткани организма от повреждающего действия активных форм кислорода), универсальный стабилизатор клеточных мембран, необходим для функционирования эндокринных желез, миокарда, стимулирует мышеч-

ную деятельность, участвует в обмене белков и углеводов, способствует усвоению жиров, а также витаминов A и D.

Недостаток витамина E приводит к повышенному разрушению эритроцитов и анемии, мышечной слабости, неврологическим нарушениям, может быть причиной бесплодия.

Витамин C (аскорбиновая кислота).

Необходим для осуществления окислительно-восстановительных реакций, соответственно, для всех метаболических процессов, он поддерживает в нормальном состоянии кровеносные сосуды, кожу и костную ткань, стимулирует защитные силы организма, укрепляет иммунную систему, улучшает усвоение железа.

Дефицит витамина C приводит к быстрой утомляемости, снижению работоспособности, слабости, подавленности, раздражительности, болям в мышцах, особенно в икроножных, рыхлости и кровоточивости десен, носовым кровотечениям вследствие повышенной проницаемости и ломкости кровеносных капилляров, медленному заживлению травматических повреждений, нарушению усвоения железа, анемии. Состояние гиповитаминоза C (цинга) может длительно протекать в скрытой форме, создавая благоприятный фон для формирования нарушений обмена веществ, астенического состояния, неврозов.

Витамин B1 (тиамин).

Входит в состав важнейших ферментов углеводного и энергетического обмена, обеспечивающих организм энергией и пластическими веществами, а также метаболизм разветвленных аминокислот. Участвует в белковом, жировом, углеводном обмене, способствует передаче нервных импульсов, влияет на функцию органов пищева-

рения, сердечно-сосудистой, эндокринной и нервной систем, соответственно, играет важную роль в обеспечении здоровья и работоспособности человека.

Потребность в тиамине повышается при увеличении физической нагрузки, в зимне-весенний период, во время беременности, при повышенной утомляемости, слабости, когда возникает недостаточное снабжение организма данным витамином.

Недостаток витамина B1 ведет к серьезным нарушениям со стороны нервной, пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, наблюдаются такие симптомы, как общая слабость, беспокойство, головная боль, потливость, быстрая утомляемость, повышенная раздражительность, нарушения сна, парестезии, мышечная слабость и боли в мышцах, ухудшение аппетита, тошнота, чувство давления подложечной области, запоры, нарушения работы сердца, отеки. Одна из важнейших причин возникновения недостаточности — преобладание в рационе продуктов на основе муки тонкого помола. Избыточное потребление углеводов, алкоголь, некоторые заболевания желудочно-кишечного тракта могут быть причиной относительной недостаточности тиамина.

Витамин B2 (рибофлавин).

В форме коферментов участвует в окислительно-восстановительных реакциях, в обмене жиров и обеспечении организма энергией, способствует повышению остроты зрения, восприятию цвета и сумеречной адаптации, положительно влияет на состояние нервной системы, кожи и слизистых оболочек, функцию печени, кроветворение.

Недостаток витамина B2 приводит к замедлению роста и прибавки массы тела у детей, сопровождается слабостью, потерей аппетита, головной болью, нарушением состояния кожных покровов, слизистых оболочек, бледностью губ, атрофией или гипертрофией сосочков языка, дерматитом в области носогубного треугольника, крыльев носа и век; нарушением восприятия некоторых цветов и сумеречного зрения, светобоязнью со слезотечением, анемией. Ранние признаки дефицита витамина B2 — трещины на губах и в углах рта, воспалительные изменения кожи, анемия.

Витамин B6 (пиридоксин).

В форме коферментов участвует в превращениях аминокислот, метаболизме триптофана, липидов, нуклеиновых кислот, углеводов, участвует в поддержании иммунного ответа, в процессах торможения и возбуждения в центральной нервной системе, способствует нормальному формированию эритроцитов, поддержанию нормального уровня гомоцистеина в крови, нормального состояния кожных покровов, волос, ногтей, костной ткани.

Недостаток витамина B6 наблюдается при длительном отсутствии в рационе молока и молочных продуктов, особенно у людей, страдающих хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Сопровождается снижением или потерей аппетита, повышенной возбудимостью, раздражительностью, изменениями слизистой оболочки языка, дерматитами, кариесом зубов, развитием гомоцистеинемии, нарушением кроветворения и анемией.

Витамин PP (ниацин, или B3).

Входит в состав важнейших ферментов организма, участвует в обмене углеводов и окислительно-восстановительных реакциях энергетического обмена, в работе

нервной и мышечной систем, поддержании нормального состояния кожных покровов, необходим для полноценной деятельности желудочно-кишечного тракта: нормализует секреторную и двигательную функции желудка, улучшает секрецию и состав сока поджелудочной железы, нормализует работу печени.

Недостаток сопровождается бледностью, сухостью и воспалительными изменениями кожи под действием света (фотодерматиты); нарушением работы желудочно-кишечного тракта (боль в эпигастриальной области, тошнота, снижение аппетита с потерей веса, воспаление в углах рта, отечность языка с отпечатками зубов по краям, гипертрофия или атрофия сосочков, жжение языка); нарушениями со стороны нервной системы (повышенная раздражительность, бессонница, подавленное настроение, головокружение, сердцебиения).

Избыток ниацина для организма опасности не представляет, хотя и может сопровождаться неприятными ощущениями жара.

Витамин B12 (цианокобаламин).

Играет важную роль в метаболизме и превращениях аминокислот, необходим для нормального кроветворения и роста нервных волокон, участвует во многих обменных реакциях в организме.

Недостаток данного витамина возможен при длительном вегетарианском питании и нарушении усвоения витамина при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта, глистных инвазиях, и сопровождается анемией, лейкопенией, тромбоцитопенией, когда наблюдаются слабость, быстрая утомляемость, головокружение, отмечаются дегенеративные изменения нервной системы.

Фолиевая кислота (фолатин и фолаты).

В качестве кофермента участвует в метаболизме нуклеиновых и аминокислот, играет важную роль в обмене белков, образовании нуклеиновых кислот, холина, необходима для нормального кроветворения. В исследованиях показана выраженная связь между уровнем фолата, гомоцистеина и риском возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

Недостаток фолатов ведет к нарушению синтеза нуклеиновых кислот и белка, следствием чего является торможение роста и деления клеток, особенно в быстро пролифелирующих тканях: костный мозг, эпителий кишечника и др. Во время беременности дефицит фолиевой кислоты является одной из причин недоношенности, гипотрофии, врожденных уродств и нарушений развития ребенка.

Пантотеновая кислота (витамин B5).

Участвует в белковом, жировом, углеводном обмене, обмене холестерина, синтезе ряда гормонов, в т. ч. эстрогенов, гемоглобина, способствует всасыванию аминокислот и сахаров в кишечнике, поддерживает функцию коры надпочечников.

Недостаток этого витамина может вести к поражению кожи и слизистых, проявляется шелушением кожи, поседением и выпадением волос, усталостью, повышенной утомляемостью, желудочно-кишечными расстройствами.

Биотин (витамин B7, или витамин H).

Участвует в обмене жиров, углеводов (синтез гликогена), метаболизме аминокислот.

Недостаток потребления этого витамина может вести к нарушению нормального состояния кожных покровов,



наблюдается бледность и шелушение кожи, а также вялость, сонливость, тошнота, потеря аппетита, выпадение волос, боли в мышцах.

Магний.

Это один из важнейших минеральных элементов, в организме содержится преимущественно в составе костной ткани, является кофактором многих ферментов, в том числе углеводного энергетического метаболизма, участвует в синтезе белков, нуклеиновых кислот, обладает стабилизирующим действием для мембран клеток, необходим для поддержания гомеостаза кальция, калия и натрия; нормализует возбудимость нервной системы, благоприятно влияет на функциональное состояние миокарда и его кровоснабжение, стимулирует двигательную функцию кишечника и желчевыводящих путей, способствует выведению холестерина из организма.

Недостаток магния приводит к повышению риска развития гипертонии, болезней сердца. Среди признаков дефицита — эмоциональная неустойчивость, раздражительность. При длительном дефиците наблюдается усиленное отложение солей кальция в стенках артерий, сердечной мышце и почках. Недостаток магния — одна из причин высокой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний в ряде регионов с низким содержанием магния в воде (мягкая вода).

Железо.

Входит в состав различных по своей функции белков: гемоглобина и железосодержащих ферментов, в том числе участвующих в транспорте кислорода, обеспечивает нормальное протекание окислительно-восстановительных реакций и активацию перекисного окисления в тканях. В организме взрослого человека содержится 3–4 г железа, примерно 60% его входит в состав гемоглобина.

Дефицит железа проявляется гипохромной анемией, при которой развивается кислородное голодание клеток и тканей. В зависимости от продолжительности, состояние проявляется и сопровождается бледностью конъюнктив и слизистых рта, бледностью и сухостью кожных покровов, цианозом губ, ломкостью волос и ногтей, расстройствами пищеварения, неустойчивым стулом, повышенной утомляемостью, атрофией сосочков языка, миоглобин-дефицитной атонией скелетных мышц, миокардиопатией, атрофическим гастритом и др.

У детей дефицит железа проявляется задержкой роста и умственного развития, астенизацией, нарушением работы сердца, склонностью к инфекционным заболеваниям.

Данное состояние часто развивается при преобладании растительной пищи. Развитию анемии способствует недостаток в питании белков, витаминов. Кроме того, это состояние сопровождается острыми и хроническими кровопотери (например, обильные менструации), повышенный расход железа в период беременности и лактации.

Железо, высвобождающееся при разрушении эритроцитов, используется повторно для синтеза гема. Около 20% всего железа депонируется на случай повышенной необходимости в нем.

Йод.

Участвует в функционировании щитовидной железы, обеспечивая образование тироксина и трийодтиронина. Он необходим для роста и дифференцировки клеток всех тка-

ней организма человека, митохондриального дыхания, регуляции трансмембранного транспорта натрия и гормонов.

Дефицит йода ведет к тяжелому заболеванию — эндемическому зобу с гипотиреозом и замедлением обмена веществ, артериальной гипотензией. Кроме того, проявляется низким ростом, задержкой интеллектуального развития у детей и замедлением умственной деятельности у взрослых. Во время беременности может привести к выкидышу, появлению на свет низкорослых, глухонемых, умственно отсталых детей.

Основная территория России находится в условиях эндемии по дефициту йода, что связано с дефицитом его в земле и воде, а, соответственно, и в продуктах питания, получаемых в этих условиях.

Цинк.

Входит в состав более 300 ферментов, участвует в процессах синтеза и распада углеводов, белков, жиров, нуклеиновых кислот и в регуляции экспрессии ряда генов. Цинк необходим для правильного роста и полового развития, поддержания иммунного статуса, нормального течения процессов восстановления и заживления; в составе инсулина он участвует в регуляции углеводного обмена, совместно с витамином А — в регуляции остроты зрения, особенно ночного, в восприятии вкуса и в регуляции обоняния. Нормальное содержание цинка в организме составляет от 1,5 до 3 г. Он распределяется в костях, коже, мышцах, волосах. Его содержание в волосах считается объективным показателем уровня обмена этого элемента в организме.

Недостаточное потребление цинка приводит к анемии, вторичному иммунодефициту, циррозу печени, половой дисфункции, к порокам развития плода.

Возможными причинами дефицита цинка могут быть интенсивное потоотделение, обусловленное высокой температурой внешней среды, алкоголизм, хронические заболевания кишечника с нарушением всасывания цинка.

На усвоение цинка существенное влияние оказывает достаточное содержание в пище других микроэлементов, в частности, меди.

Медь.

Содержится практически во всех органах и тканях человека, входит в состав ферментов, активно участвуя во многих обменных процессах, синтезе белков соединительной ткани (эластина и коллагена), во всасывании железа в кишечнике, соответственно, и в образовании гемоглобина. Медь необходима для функции желез внутренней секреции, в т.ч. принимает активное участие в регуляции углеводного обмена. Участвует в процессах обеспечения тканей организма кислородом.

Дефицит меди проявляется нарушениями формирования сердечно-сосудистой системы и скелета, развитием дисплазии соединительной ткани.

Селен.

Это эссенциальный элемент антиоксидантной системы защиты организма человека. Он обладает иммуномодулирующим действием, участвует в регуляции действия тиреоидных гормонов.

Длительное применение повышенных доз селена приводит к функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта, обесцвечиванию и выпадению волос, истончению и ломкости ногтей, дерматитам, кариесу зубов. Поступле-

ние в организм высоких доз неорганического селена чревато развитием онкозаболеваний, а при местном контакте развивается гиперкератоз (при дозах свыше 800 мкг/сут).

Дефицит данного элемента приводит к болезни Кашина-Бека (остеоартроз с множественной деформацией суставов, позвоночника и конечностей), болезни Кешана (эндемическая миокардиопатия), наследственной тромбастении.

Для наилучшего усвоения витаминов и минералов, а также для профилактики или устранения проявлений дисбактериоза кишечника во время беременности и кормления грудью рекомендуются курсы пре- и пробиотиков, которые назначаются последовательно: пребиотик — на 10–14 дней, а затем пробиотик — на 2–4 недели.

Предпочтение отдаётся жидким формам пробиотиков. Примером является препарат «РЕЛА ЛАЙФ»® финской компании VERMAN, хорошо зарекомендовавший себя за годы применения в России и в зарубежных странах. Это пробиотик в жидкой форме, который легко дозируется — суточная доза независимо от возраста пациента составляет 5 капель. Основным компонентом препарата является представитель нормальной лактофлоры организма человека — *Lactobacillus reuteri* Protectis™ (*Lactobacillus reuteri* DSM 17938). *Lactobacillus reuteri* — одна из наиболее изученных на сегодняшний день лактобактерий в мире, эффективность которой подтверждена данными многочисленных клинических исследований. Эта бактерия способна продуцировать Реутерин — антибактериальное вещество широкого спектра действия, благодаря чему она подавляет рост патогенной микрофлоры, в частности, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Salmonella typhimurium*, *Shigella flexneri* и др. Бактерия обладает высокой адгезивностью к слизистой кишечника, принимает

участие в связывании токсинов, синтезе витамина B12, стимулировании иммунных клеток тонкого кишечника и т.д.

Капли «РЕЛА ЛАЙФ»® не имеют возрастных противопоказаний и рекомендуются детям с первых дней жизни и взрослым, включая беременных и кормящих женщин. Препарат не содержит лактозы и компонентов молока. Капли могут храниться при комнатной температуре, что тоже очень удобно. Рекомендуемый курс — 1 месяц.

Сохранение здоровья будущей матери — это сфера деятельности не только акушеров-гинекологов и терапевтов, это сфера приложения интересов и врачей педиатров, которые очень хорошо знают, насколько зависит здоровье будущего ребенка от того, как наблюдается беременная женщина, каков характер ее питания и образа жизни. Ведь именно витаминно-минеральные дефициты будущей матери становятся причиной многих педиатрических проблем в будущем. Поэтому можно только приветствовать появление на отечественном рынке нового сбалансированного качественного препарата, предназначенного для восполнения и профилактики витаминно-минеральной недостаточности у женщин. ☞

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь В.И. Проблема питания современного человека (продолжение). Витамины и витаминоподобные вещества. // Пятиминутка, № 1, 2012, С. 26–32
2. Бондарь В.И. Проблема питания современного человека. Роль минеральных веществ. // Пятиминутка, № 2, 2012, С. 4–9
3. Бондарь В.И. Проблема питания современного человека. Роль микроэлементов. // Пятиминутка, № 3, 2012, С. 4–8
4. Мамаева М.А. Дисбактериоз как актуальная проблема современной медицины // Пятиминутка, № 1, 2016, С. 24–26

Уважаемые коллеги!

В 2018 году стартует цикл повышения квалификации для врачей и среднего медицинского персонала, а также для клинических психологов:

«ОТЕЧЕСТВЕННАЯ И ЗАРУБЕЖНАЯ КУРОРТОЛОГИЯ С ПРОГРАММАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ»

В программе как общие, так и частные, вопросы курортологии, обзор лечебно-оздоровительных и реабилитационных программ при различных заболеваниях и состояниях, вопросы медицинской профилактики, обзор информации о возможностях конкретных отечественных и зарубежных курортов, особенности санаторно-курортного лечения в России и за рубежом.

В основу программы цикла ПК положены практические знания, полученные специалистами Общества «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА в рабочих поездках, прежде всего, на курорты Венгрии — страны с добротной системой санаторно-курортных учреждений.

Следите за нашими объявлениями!

Даты и условия проведения цикла ПК будут опубликованы в журнале «Пятиминутка» и на сайте: www.stella.uspb.ru. Справки по тел: +7-921-589-15-82; e-mail: stella-mm@yandex.ru



Кружковская И. О.,
семейный психолог, Общество специалистов
«Международное медицинское сотрудничество»,
Санкт-Петербург, Россия

ДВА ЗАГАДОЧНЫХ СЛОВА «ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ»...

Слово «консультирование» происходит от латинского «consultatio», что означает «совещание». Большинство толковых словарей определяют консультанта как человека, подготовленного для дачи советов по каким-либо проблемам. Однако психолог-консультант не дает советов, даже если его об этом просят. В этом принципиальное отличие профессиональной позиции психолога-консультанта от любительской практики задушевных разговоров.

Существует множество различных теоретических подходов к профессиональной деятельности психолога-консультанта, которые определяют методологию оказания психологической помощи. Рассмотрим систему основных понятий и различные взгляды на определение психологического консультирования. Консультативная психология — раздел знаний, содержащий систематическое описание процесса оказания психологической помощи (консультирования).

Психологическая помощь — область практического применения психологии, ориентированная на повышение социально психологической компетентности людей. Заказчиками психологической помощи могут быть как один человек, так и группа, т. е. семья.

Семья, обратившись к консультанту, получает профессиональную психологическую помощь по нескольким направлениям. Первоначальный запрос семьи — получение консультации по вопросам развития, поведения или адаптации ребенка к условиям ДОУ или школы.

Новое поколение родителей, кому сейчас 30–35 лет, принципиально отличаются от поколения своих пятидесятилетних родителей, бабушек и дедушек нынешних трех-пятилеток. Основная проблема предыдущего поколения родителей состояла в дефиците свободного времени для воспитания ребенка. Все силы и время тратились на построение карьеры или элементарную «добычу» денег.

Психологи, педиатры и педагоги чаще всего рекомендовали родителям того времени обратить внимание

на своего ребенка, поговорить с ним, обнять или приласкать...

Новое поколение родителей иногда склонно впадать в состояние гиперопеки. Ребенок находится постоянно в контакте со взрослыми. В семье создается некое пространство, полностью посвященное ребенку... Своего рода «культ личности» отдельного члена семьи — ребенка! Каждое его слово, жест, действие подвергается тщательному анализу и разбору. Но не учитывается то, что ребенок по силе восприятия неравен взрослому.

Иногда родители приносят с собой на консультацию рисунки ребенка. Один из рисунков, например, был выполнен карандашом черного цвета. Маму очень тревожил не сюжет рисунка, а именно черный цвет. На мой вопрос о том, почему он нарисовал черным, ребенок ответил, что ему этот карандаш достался. Все остальные цвета разобрали другие дети. На мой взгляд, мы чаще додумываем за своих детей. И додумываем всегда с позиции взрослого человека.

Частым является запрос о поведении ребенка в социуме — детском коллективе, особенно, если это случайный коллектив на детской площадке или в парке.

«...Мы пришли на площадку, там было много детей, а моя дочь или сын стоит в сторонке и не идет к детям...» Я предлагаю родителям смоделировать ситуацию. Например, Вы входите в незнакомое помещение, в котором много взрослых незнакомых людей. Сможете ли Вы начать общаться с ними сразу же?

Есть и глубокие комплексные проблемы. Например, ситуация, когда поведение ребенка кардинальным образом отличается дома и в детском саду или школе. Нас — родителей может беспокоить тревожность, замкнутость или гиперактивность ребенка. И, к сожалению, нам совсем не хочется связать эти проблемы с тем фактом, что говорим мы одно, а поступаем по-другому. В глаза учителю или воспитателю детского сада обычно высказываются благодарность и восхищение, а дома на кухне в адрес того же человека звучит критика или негатив.

Невозможно воспитать развитого позитивного человека на примере негативизма и политики двойных (тройных) стандартов в семье. Ребенок всегда связан с историей и культурой не только своего народа, страны или этноса. В первую очередь, он неразрывно связан со всеми членами своей семьи, так или иначе, оказывающими влияние на его развитие и воспитание.

В ходе консультации психолог, используя определенные методики, выстраивает взаимоотношения в диаде «Родитель-Ребенок» таким образом, что семья начинает взаимодействовать и противостоять заболеванию ребенка совместными усилиями.

ФОРМЫ И ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Основные формы оказания психологической помощи — индивидуальное консультирование и групповые формы психологической работы.

Целью психологического консультирования является оказание направленной профессиональной психологической помощи клиенту.

Объектом психологического консультирования могут являться клиент, семья, группа, организация.

Субъектом психологического консультирования является психолог.

Предметом психологического консультирования является процесс восстановления психологического здоровья, способностей к адаптации у клиентов, осуществляющийся в условиях направленной психологической помощи психолога-консультанта.

Основные задачи психологического консультирования: помощь в разрешении актуальной ситуации; обучение положительному самоотношению и принятию других; обучение рефлексивным умениям; профилактика личностных расстройств; формирование потребности в саморазвитии, активизация внутренних ресурсов.

Существуют следующие **виды психологической помощи:**

1) *Профессиональная помощь:*

А) Психопрофилактика — направлена на сохранение психологического здоровья, предотвращение психологических проблем и личностных отклонений.

Б) Психодиагностика — имеет своей целью выявление количественных и качественных характеристик психологической реальности.

В) Психологическое консультирование — фокусируется на разрешении текущих затруднений, повышении адаптационного потенциала личности и ориентирует клиента на личностный рост.

Г) Психокоррекция — направлена на коррекцию свойств личности и изменение деструктивных эмоциональных состояний.

Д) Психотерапия (клиническая и неклиническая) — используется при глубоких личностных отклонениях (расстройствах), в том числе, находящихся в области, пограничной с психиатрическими заболеваниями.

Е) Психиатрия — область медицинской помощи психически больным людям и лицам с крайне тяжелыми формами эмоциональных состояний (например, находящимся в состоянии посттравматического психоза).

2. Непрофессиональная психологическая помощь.

Помощь работников помогающих профессий (врачей, юристов, милиции, социальных работников, работников сферы обслуживания).

Бытовая помощь — может быть оказана любым человеком: родственниками, соседями, друзьями, прохожими и др.

Непрофессиональная психологическая помощь направлена, в первую очередь, на оказание поддержки. Может выражаться в сопереживании, информировании, выдаче советов, осуществлении помогающей деятельности. Отличия профессиональной и непрофессиональной психологической помощи заключаются в том, что: профессиональная психологическая помощь является целевой (основной) деятельностью данного специалиста в отличие от непрофессиональной помощи, которая осуществляется попутно основной профессиональной деятельности (например, оказанию медицинской или юридической помощи).

Профессиональная психологическая помощь осуществляется на основании контракта, заключаемого на основании запроса клиента. Непрофессиональная помощь, как правило, оказывается по инициативе помогающей стороны на основании собственных чувств и побуждений. Профессиональная психологическая помощь является прямо или косвенно оплачиваемой услугой, размер и форма оплаты которой оговаривается при заключении контракта. Непрофессиональная помощь не предусматривает оплаты. Профессиональная психологическая помощь осуществляется в заранее установленное время в соответствии с установленной продолжительностью встречи. Непрофессиональная помощь по времени не регламентирована и осуществляется произвольно. Непрофессиональная психологическая помощь имеет своей целью оказание **сиюминутной поддержки** и улучшение эмоционального состояния и не предполагает построения **процесса, направленного на личностные изменения**.

Таким образом, психологическое консультирование является одним из видов психологической помощи и имеет определенные цели, задачи, особенности и границы компетенции. Британская ассоциация консультирования определяет психологическое консультирование как процесс, при котором *«человек, берущий на себя регулярно или временно роль консультанта открыто и определенно предлагает и соглашается посвятить свое время, внимание и уважение другому человеку или людям, которые временно будут в роли его клиентов»*.

Выше сказанное подчеркивает, что **Консультирование является профессией**.

Консультирование занимается вопросами, связанными с благополучием, личностным ростом, карьерой и психическими расстройствами клиентов. Консультирование проводится как с людьми, считающимися вполне благополучными, так и с теми, кто имеет значительные проблемы. Консультирование базируется на положениях различных теорий (поведенческий подход, когнитивный, системный и т.д.)

Консультирование — это процесс, который может быть как средством развития, так и способом вмешательства. Консультирование включает в себя разные специализа-



ции (виды), характеризующиеся узкой направленностью и требующие углубленных знаний в данной области.

Психологическое консультирование — это процесс оказания психологической помощи, в котором профессионально компетентный в области релевантных психологических знаний и навыков консультант стремится помочь клиенту в обнаружении и осознании источников психологического дискомфорта, в прояснении путей решения его актуальных проблем, в достижении психологического здоровья и в формировании потребности в саморазвитии.

Таким образом, консультирование — это профессия, у которой есть своя история и набор стандартов, отличная от таких близких областей профессиональной деятельности, как социальная работа, психокоррекция и психотерапия

ИСТОРИЯ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ. ЗАРУБЕЖНАЯ ИСТОРИЯ.

Консультирование — сравнительно молодая профессия, однако начало истории развития психологической помощи следует искать в глубине веков. Еще в медицинском папирусе Эберс (XVI в. до н.э.) приводятся слова заклинаний, которые необходимо произносить при приеме лекарств.

Возникновение первых научных представлений о психике связано с развитием античной философии и медицины. Впервые в истории знания положение о локализации мыслей в головном мозге выдвинул Алкемон Кротонский (VI в. до н.э.). Гиппократ также рассматривал мозг как орган психики и разработал учение о темпераменте на основе гуморальной концепции. Античные правители пользовались услугами «консультантов», античные книги «консультировали». В средние века психология в Европе приобретает этико-теологический характер, развитие естественнонаучных представлений о психике в этот период резко замедлилось. С XIV века с началом эпохи Возрождения бурно развивается медицина, анатомия и физиология в разных странах Европы. Парацельс — новый взгляд на природу человеческого организма и методы лечения болезней, Везалий — детальное описание плотного вещества мозга. Гоклениус и Кассман впервые вводят в научное обращение термин «психология» (1590). Ф.Бэкон отказывается от изучения общих вопросов, связанных с природой возникновения души, и переходит к эмпирическому исследованию ее процессов.

С конца XVII века делаются попытки научно объяснить психологические методы лечения. Перечислим некоторые имена: А.Месмер («магнетический флюид»); Джеймс Бред, Шарко (гипноз); Зигмунд Фрейд (психоанализ); Карл Роджерс (клиент-центрированная терапия); Фредерик Перлз (гештальт-терапия); Милтон Эриксон (нетрадиционный гипноз и терапия); Вирджиния Сатир (семейная терапия). Как отмечает Меновщиков В.Ю., «если первоначально психотерапия была прерогативой медиков, то в начале XX в. к ним постепенно присоединяются работники других социальных служб, а в 1950-х гг. в США содержательно и организационно обособляется консультативная психология».

ИЗ РОССИЙСКОЙ ИСТОРИИ

Развитие психологической науки в России тесно связано с системой внешних условий (политических, идеологических, экономических и т.д.). Политика и идеология, а также различные богословские и философские течения оказывали очень сильное влияние на развитие психологии и других наук. «Уходя своими корнями в две главные области научной мысли — в сферу философско-исторического и естественнонаучного знания — психология в конце XIX — начале XX веков превращается в самостоятельную научную дисциплину».

Овладение умением проникать в свое собственное подсознание, понимать и сублимировать (возвышать) скрытые в нем импульсы, приоткрыть тайну собственной личности, выработка способностей к внутренней концентрации, «самособрание» личности, преодоление распыленности и разбросанности, победа над чувственными страстями и пороками, очищение мыслей от соблазнов — таковы темы, являвшиеся предметом размышлений в святоотеческой литературе и практике монашества. Появление книгопечатания (1564), открытие первого высшего учебного заведения в Москве (Славяно-греко-латинская академия — 1687 г.) — это явления русской культуры, оказавшие влияние на дальнейшее формирование психологических взглядов на нравственное и духовное совершенствование человека.

Книга Радищева «О человеке, о его смертности и бессмертии» наряду с христианскими идеями имела и психологическое значение, так как касалась проблемы развития психики, сравнения психики человека и животных. В 1796 г. вышла первая русская книга, посвященная психологии, — «Наука о душе» (Михайлов), в которой была произведена систематизация психологических знаний в духе эмпиризма Локка, описаны ощущения и мысли, как ассоциации представлений.

Таким образом, выделившись в самостоятельную науку в конце XIX — начале XX вв., российская психология не представляла собой единого, монолитного образования ни в идейном, ни в содержательном, ни в методологическом плане, а включала ряд мощных течений и направлений: религиозно-философская психология (идея субстанциональности психики, ее независимости от материального мира, необходимость использования описательно-интуитивных методов постижения психики); эмпирическая психология (интроспективное понимание сущности психического и методов его исследования, идущее от В.Вундта); экспериментальная психология (идущий от И.М.Сеченова подход опытного и объективного изучения психики). Именно этому направлению уделено особое внимание: в конце XIX в. русскими учеными были организованы экспериментально-психологические лаборатории при психиатрических клиниках. В.М.Бехтерев (1857–1927) открыл вторую в Европе экспериментально-психологическую лабораторию в Казани (1885), затем ряд лабораторий в Санкт-Петербурге для исследования нервных больных. (Первую экспериментально-психологическую лабораторию открыл Вундт в 1879 г. в Лейпциге). Некоторые методики, разработанные сотрудниками этих лабораторий под руководством В.М.Бехтерева, используются

в практике по сей день. Одной из несомненных заслуг Бехтерева является пропаганда гипноза как лечебного метода [В России существовал официальный запрет на применение гипноза, так как считалось, что спящий «находится в рабском подчинении у гипнотизера». Наиболее значительными трудами В. М. Бехтерева являются: «Проводящие пути головного и спинного мозга» (1896–1898), семитомник «Основы учения о функциях мозга» (1903–1907), «Объективная психология» (1907–1911), «Внушение и его роль в общественной жизни» (1908), «Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение» (1911), «Общие основы рефлексологии человека» (1918), «Коллективная рефлексология» (1921), «Мозг и его деятельность» (1928). В 1908 году В. М. Бехтерев основал Психоневрологический институт, носящий в настоящее время его имя.

В 1918 году был учрежден «Институт ребенка», задачей которого являлось всестороннее изучение и распространение знаний о психике ребенка и его воспитании в дошкольном возрасте. В 20-е годы в России широко издавались труды зарубежных психологов: Фрейда, Адлера, Торндайка, Пиаже, Кречмера и других. Советские психологи активно участвовали в международных симпозиумах, поддерживали личные контакты с западными учеными. Вопросам психоанализа особое внимание уделяли такие русские врачи и ученые как А. Р. Лурия, Н. Е. Осипов, Н. А. Вырубов, Н. М. Асатиани, М. В. Вульф, Т. К. Розенталь и др.

В 30–40-е гг. в условиях жесточайшего политического контроля психологическая наука в СССР продолжает развиваться. Формируются научные школы: С. Л. Рубинштейна (анализ процессуально-содержательных характеристик психики на основе рассмотрения единства сознания и деятельности), Л. С. Выготского (изучение процесса формирования высших психических функций в русле культурно-исторической концепции), А. Н. Леонтьева (психологическое исследование деятельности и генезиса психического), Д. Н. Узнадзе (проблема установок), В. Н. Мясищева (психология отношений, кликопатогенетическая концепция неврозов), П. И. Зинченко (изучение психологии памяти), Б. Г. Ананьева и Б. М. Теплова (рассмотрение проблем индивидуальности), П. П. Блонского (формирование концепции целостности личности) и т. д.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ В РОССИИ

В современной психологии в России можно выделить следующие основные тенденции: научно-практическая и прикладная ориентированность психологических исследований; жесткая детерминация тематики психологических исследований со стороны социальных запросов общества; плюрализм в выборе исходных теоретико-методологических оснований, популярность западно-европейской и американской психологической науки в среде практических психологов; многообразие форм профессиональной подготовки психологов; появление узких специалистов в прикладных областях психологии (специалист по рекламе и маркетингу, семейный консультант, организационный консультант, детский психолог, консультант по вопросам медицинской психологии и деонтологии и т. д.); расширение сфер деятельности практических психологов; доступность психологического знания широкому кругу интересующихся лиц (в том числе псевдопсихологических и парапсихологических знаний из-за обилия «психологической литературы», специалистов в области парapsихологии и различных «людоведов»).

В этих условиях приобретает огромное значение и растет потребность в грамотном, профессиональном психологическом консультировании, особенно в такой области, как психологическое благополучие семьи. ☞

ЛИТЕРАТУРА

1. Глэддинг С. Психологическое консультирование. — СПб: Питер, 2002.
2. Гулина М. А. Терапевтическая и консультативная психология. СПб: Речь, 2001.
3. Меновщиков В. Ю. Введение в психологическое консультирование. — Смысл, 2000.
4. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия, 3 изд, переработанное и дополненное, Питер, 2005.
5. Психологическая наука в России XX столетия: проблемы теории и истории. Под ред. А. В. Брушлинского. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 1997.
6. Психология. Словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — М., 1990.

НОВОСТИ

Опасные последствия отсутствия сновидений

Австралийские ученые выяснили, что сокращение фазы быстрого сна, в течение которой человек наблюдает сновидения, связано с высоким риском развития деменции. Соответствующее исследование опубликовано в журнале *Neurology*, кратко о нем сообщает Американская академия нейрологии. В эксперименте приняли участие 321 человек из Массачусетса (США) со средним возрастом 67 лет. За людьми наблюдали (в том числе отслеживая ритмы головного мозга) в течение примерно 12 лет. За это время у 32 человек была диагностирована одна из форм слабоумия, у 24 — болезнь Альцгеймера. Именно сокращение фазы быстрого сна, а не других периодов, как показали авторы, оказалось связанным со слабоумием. Фактически снижение на 1% продолжительности быстрого сна положительно коррелировало с повышением на 9% риска развития деменции.

«Наши результаты указывают на фазу быстрого сна как предиктора деменции, — сказал соавтор Мэтью Пасе. — В дальнейшем нам предстоит понять причины, по которым короткая продолжительность фазы быстрого сна связана с большим риском возникновения деменции».

Всего насчитывается пять фаз сна. Период быстрого сна является последним из них и характеризуется повышенной активностью головного мозга. В это время человек, как правило, наблюдает сновидения, а его глазные яблоки совершают быстрые движения.

<https://news.mail.ru/society/30777403/?frommail=1>



Сычева Ю. А.,
доцент,
кандидат
медицинских
наук



Горбачева И. А.,
профессор,
доктор
медицинских
наук,
зав. кафедрой

Кафедра внутренних
болезней
стоматологического
факультета СПбГМУ
им. академика
И. П. Павлова,
Санкт-Петербург,
Россия

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНОГО С ПОДОСТРЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ НА ФОНЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ОЧАГОВ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Взаимосвязь различных видов хронических очагов одонтогенной инфекции с заболеваниями внутренних органов продолжает оставаться важной проблемой до настоящего времени [2,7]. Наличие очагов одонтогенной инфекции занимает важное место в развитии инфекционного эндокардита [3]. Инфекционный эндокардит (ИЭ) — воспалительное поражение клапанов сердца и пристеночного эндокарда, обусловленное прямым внедрением возбудителя, и протекающее чаще всего по типу сепсиса, остро или подостро. Обязательным условием развития ИЭ является наличие бактерий в крови — бактериемия [4].

ЭТИОЛОГИЯ

Наиболее часто причиной (40–70% случаев) развития ИЭ является зеленящий стрептококк, бактериемия, которая наблюдается после стоматологических процедур, экстракции зуба, тонзилэктомии, особенно, если сразу после проведения этих манипуляций больные начинают принимать пищу. Второе место занимают стафилококки (15% случаев), бактерии проникают в кровь при экстракции зубов, при инфицировании внутривенных катетеров и др. Несколько реже ИЭ вызывают энтерококки, пневмококки, кишечная палочка, протей, грибы (особенно, рода *Candida* и аспергиллы). Более 70 различных видов микроорганизмов могут явиться причиной инфекционного эндокардита [1,3, 4].

В последнее время наблюдается рост заболеваемости ИЭ, которая составляет от 1.7 до 6.5 случаев на 100000 населения в год. Заболеваемость ИЭ в России — 46,3–150 на 1 млн. жителей. Мужчины заболевают в 3 раза чаще, чем женщины, а в возрастной группе старше 60 лет — в 8

раз чаще. Когда-то «болезнь молодых», ИЭ в последние десятилетия стал поражать людей пожилого возраста. Увеличилась продолжительность жизни больных с тяжелой соматической патологией (атеросклерозом, ХПН, сахарным диабетом и др.) за счет использования в процессе интенсивного лечения инвазивных медицинских процедур (катетеризации сосудов полости сердца, катетеризации мочевого пузыря и т. п.). Появились новые диагностические методы исследования с применением эндоскопических инструментов, и увеличилось количество оперативных вмешательств на сердце (протезирование клапанов, стентирование, шунтирование, постановка кардиостимуляторов и др.). В последние десятилетия изменился микробный спектр возбудителей ИЭ, и растет их антибиотикорезистентность, вызывая высокую летальность. Возрастает число больных ИЭ при использовании нестерильных шприцев среди наркоманов [1,4].

Важным фактором, способствующим развитию инфекционного эндокардита, является нарушение целост-

ности эндотелия клапанов, других участков эндокарда или эндотелия крупных сосудов. В месте повреждения эндотелиального слоя происходит осаждение фибрина и адгезия тромбоцитов, к которым затем прикрепляются и размножаются микроорганизмы, образуя вегетации. Эти вегетации, вначале тонкие и нежные, постепенно увеличиваются по мере разрастания в них колоний возбудителя и длительного осаждения фибрина. Впоследствии происходит

диссеминация микроорганизмов в органах и тканях и реинфицирование вегетаций. Первичный инфекционный эндокардит возникает на здоровых клапанах вследствие нарушения целостности клапанного эндотелия, например, при очень высоких и длительных физических нагрузках, когда весь эндокард подвергается необычно высокому стрессу [4].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Начало и течение болезни зависят от вирулентности возбудителей и реактивности макроорганизма. Клиническая картина ИЭ складывается из трёх компонентов: проявлений инфекционно-септической интоксикации, связанных с токсемией и бактериемией, нарушений гемодинамики вследствие поражения клапанного аппарата и миокарда сердца, наличия специфических осложнений. Именно поэтому клиника ИЭ отличается значительным многообразием и трудна для диагностики. При развернутой клинической картине отмечают следующие симптомы: выраженная интоксикация (слабость, анорексия, головная боль, артралгия); изменения кожных покровов (бледно-желтоватый цвет кожи, мелкоочечные геморрагии на коже и слизистых, пятна на ладонях, ступнях, туловище — пятна Джейнуэя); изменения концевых фаланг и ногтей (узелки Ослера); поражение глаз (симптом Лукина — Лимбана, пятна Рота); артрит крупных суставов верхних и нижних конечностей; поражение аортального или митрального клапанов; тромбоэмболии крупных артерий с развитием инфарктов соответствующих органов; признаки сухого или экссудативного перикардита; увеличение лимфатических узлов; поражение почек (очаговый нефрит, инфаркт почки); поражение ЦНС (менингоэнцефалит, тромбоэмболия сосудов мозга, психоз); прогрессирующая сердечная недостаточность. К осложнениям инфекционного эндокардита относятся признаки сердечной недостаточности из-за прогрессирующего разрушения клапана, перфорации и деструкции клапанов с быстрым развитием аортальной или митральной недостаточности; эмболии в виде ОНМК, ОИМ, инфаркт почки и др.; диссеминации; инфекции с появлением абсцессов различной локализации, гнойный перикардит, гнойный менингит [4].

Клиническая картина современного ИЭ отличается от наблюдавшихся ранее заболеваний. Например, реже встречаются признаки, которые ранее считались классическими, в том числе высокая лихорадка с ознобами, повышенная потливость. В настоящее время системное поражение сосудов (артериит и капиллярит), как реакция тканей на септическую инфекцию в виде кожных проявлений (петехии) и периферические симптомы (пятна Джейнуэя, узелки Ослера, симптом Лукина — Лимбана, пятна Рота), встречаются редко. В несколько раз возросло число случаев заболевания, когда первыми симптома-

ми становятся признаки собственно поражения сердца: кардиалгия, тахикардия, одышка. В последние годы появились новые ранние клинические признаки — кашель, кровохарканье, аритмии, острое нарушение мозгового кровообращения, эпизоды потери сознания, диплопия, рвота, головная боль, подкожные кровоизлияния, которые встречаются достаточно часто. В наши дни примерно в 40% случаев в дебюте ИЭ имеют место поражения опорно-двигательного аппарата, поражение плечевых и коленных, реже — мелких суставов кистей и стоп [4].

Таким образом, можно констатировать, что симптомы дебюта ИЭ столь разнообразны, что больные могут обратиться с жалобами к врачу любой специальности.

ДИАГНОСТИКА

В основе клинической диагностики ИЭ в настоящее время широко используются критерии медицинского центра университета Duke (критерии Duke) [5], которые представлены в таблице 1.

Очевидно, что эффективным верифицирующим методом, устанавливающим и подтверждающим диагноз ИЭ, является ЭХО-КГ. Доказанное поражение эндокарда при ЭХО-КГ — один из больших критериев диагностики ИЭ. Согласно последним европейским рекомендациям, трансторакальная ЭХО-КГ является «исследованием первого выбора» при подозрении на наличие ИЭ.

Для заболевания характерны лабораторные сдвиги: в анализе крови может наблюдаться нормохромная анемия (чаще при подострой форме заболевания), увеличение СОЭ, иногда до 70–80 мм/ч (несмотря на эффективное лечение, увеличение СОЭ сохраняется в течение 3–6 мес; наличие нормальной СОЭ не исключает диагноза ИЭ), лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, диспротеинемия с увеличением уровня гамма-глобулинов, реже α_2 — глобулинов, увеличение СРБ и ревматоидного фактора, увеличение концентрации сиаловых кислот. В анализах мочи может обнаруживаться микрогематурия и протеинурия, несмотря на отсутствие клинических проявлений поражения почек. При развитии гломерулонефрита возникает выраженная протеинурия и гематурия.

ЛЕЧЕНИЕ

В основе современного лечения ИЭ лежит длительная антимикробная терапия и примерно в 50% случаев — хирургическая коррекция порока.

Особенностью антибактериальной терапии является раннее и длительное назначение больших доз антибиотиков. В большинстве случаев терапию начинают эмпирически (таблица 2), но следует постоянно пытаться определить флору, вызвавшую заболевание, и ее чувствительность [6].

В дальнейшем после получения результатов посева крови и данных о чувствительности микроорганизмов к антибиотикам появляется возможность коррекции терапии и перехода к антибиотикам более узкого спектра действия (таблица 3).

В настоящее время большинство авторов считает, что кардиохирургическое вмешательство необходимо производить как можно раньше, до развития тяжелых гемодинамических нарушений, а также при выявлении признаков распространения инфекционного процесса на паравальвулярные структуры, независимо от гемоди-



Таблица 1

Критерии диагноза ИЭ медицинского центра университета Duke (Durack D. T., 1994).

Большие критерии

1. Неоднократный положительный посев крови
 - Типичные микроорганизмы эндокардита: Viridans streptococci, Streptococcus bovis, группа HACEK (Haemophilus spp, Actinobacillus as., Cardiobacterium hom., Eikenella spp., Kingella kingae), внебольничные штаммы Staphylococcus aureus или энтерококк при отсутствии гнойного очага инфекции;
 - Персистирующая бактериемия
 - ≥ 2 положительных посевов крови, взятых с интервалом ≥ 12 ч.
 - ≥ 3 положительных посевов крови, взятых с интервалом ≥ 1 ч.
 - $\geq 70\%$ положительных посевов из 4 отдельно взятых в течение часа
2. Доказанное поражение эндокарда
 - ЭХО-КГ признаки (вегетации на клапане, абсцессы, перфорация клапана, впервые возникшая дисфункция протеза клапана)
 - Впервые возникшая клапанная регургитация

Малые критерии

- Предрасполагающая к ИЭ патология клапанов: пролапс митрального клапана, двухстворчатый аортальный клапан, ревматическая болезнь сердца, врожденный порок сердца, внутривенная наркомания), предрасполагающие сердечные состояния, использование инъектированных препаратов
- Лихорадка: температура выше 38°C
- Сосудистые явления: большие артериальные эмболии, септические легочные инфаркты, грибковые аневризмы, внутричерепные кровоизлияния, конъюнктивальные кровоизлияния, поражения Janeway
- Иммунологические явления: гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота, ревматоидный фактор
- Положительная гемокультура, не соответствующая большим критериям
- Эхокардиографическая картина, характерная для ИЭ, но не соответствующая большим критериям

Диагноз ИЭ считается доказанным при наличии 2 больших критериев, или 1 большого критерия в сочетании с 3 малыми, или 5 малых критериев. Диагноз ИЭ считается вероятным при наличии 1 большого и 1 малого критерия или 3 малых критериев.

Таблица 2

Схема эмпирической терапии ИЭ нативного клапана (до получения результатов посева крови) (ESC, 2009)

Антибиотик	Доза и путь введения	Длительность терапии, недели
Ампициллин сульбактам	12 г/сут внутривенно в 4 приема	4–6
Амоксиклав клавуланат	12 г/сут внутривенно в 4 приема	4–6
в сочетании с гентамицином	3 мг/сут внутривенно или внутримышечно в 2–3 приема	4–6
При непереносимости β -лактамов антибиотиков		
Ванкомицин в сочетании с гентамицином	30 мг/кг/сут внутривенно в 2 приема	4–6
	3 мг/кг/сут внутривенно или внутримышечно в 2 или 3 приема	4–6
+ ципрофлоксацин	100 мг/сут перорально в 2 приема или 800 мг/сут внутривенно в 2 приема	4–6

намического статуса. С одной стороны, выполнение хирургических вмешательств в активную фазу ИЭ предполагает имплантацию протезов клапанов в зону повышенной инфицированности, что может приводить к рецидиву ИЭ. С другой стороны, длительная консервативная терапия может способствовать развитию сердечной и полиорганной недостаточности [6].

Показания к хирургическому лечению ИЭ:

- Острое разрушение клапана сердца
- Прогрессирующая сердечная недостаточность
- Неконтролируемая инфекция
- Сердечная недостаточность в сочетании с неконтролируемой инфекцией
- ИЭ протезированного клапана
- Тромбоэмболические осложнения
- Грибковый эндокардит

Однако современная консервативная терапия острой СН, новые поколения антибактериальных средств являются дополнительными аргументами в пользу отсроченного выполнения операций в фазу медикаментозной ремиссии (вегетэктомии или восстановления клапана) [4,6].

ПРОФИЛАКТИКА

Особое отношение в настоящее время уделяется вопросам профилактики. В последнем издании рекомендаций по диагностике и лечению ИЭ Европейского общества кардиологов 2009 г. изменился подход к профилактике ИЭ. Антибиотикопрофилактика рекомендуется пациентам с высоким риском развития заболевания, на первом месте указываются стоматологические процедуры, затем другие инструментальные вмешательства применяемые в разных отраслях медицины (таблица 4) [6].

Врач — интернист часто в своей практике сталкивается с необходимостью решения вопроса о том, нужен ли пациенту профилактический прием антибиотиков перед визитом к стоматологу. Роль одонтогенной инфекции велика в развитии ИЭ, поэтому вопросам профилактики заболевания врачом — стоматологом тоже должно придаваться большое значение с проведением предупреждающих заболевание мероприятий. В рекомендациях по диагностике и лечению ИЭ последней редакции 2009 г. эксперты Европейского общества кардиологов в соответствии с принципами доказательной медицины рекомен-

Таблица 3

**Рекомендованные схемы антибиотикотерапии у взрослых пациентов с ИЭ
в зависимости от вида возбудителя (ESC, 2009)**

Антибиотик	Доза и путь введения	Длительность терапии, недели
ИЭ, вызванный стрептококками, высокочувствительными к пенициллину		
Стандартная терапия		
Пенициллин	12–18 млн. ЕД/сут внутривенно в 6 приемов	4
или Амоксиклав клавуланат	100–200 мг/кг/сут внутривенно в 4–6 приемов	4
или цефтриаксон	2 г/сут внутривенно или внутримышечно в 1 прием	4
Двухнедельный (короткий) курс		
Пенициллин	12–18 млн. ЕД/сут внутривенно в 6 приемов	2
или Амоксиклав клавуланат	100–200 мг/кг/сут внутривенно в 4–6 приемов	2
или цефтриаксон в сочетании с гентамицином или нетилмицином	2 г/сут внутривенно или внутримышечно в 1 прием	2
	3 мг/кг/сут внутривенно или внутримышечно в 1 прием	2
	4–5 мг/кг/сут внутривенно в 1 прием	2
При непереносимости β-лактамов антибиотиков		
Ванкомицин в сочетании с гентамицином	30 мг/кг/сут внутривенно в 2 приема	4
	3 мг/кг/сут внутривенно или внутримышечно в 1 прием	2
ИЭ нативного клапана, вызванный стафилококками		
Метициллинчувствительные штаммы		
Клоксациллин или оксациллин в сочетании с гентамицином	12 г/сут внутривенно в 4–6 приемов	4–6
	3 мг/кг/сут внутривенно или внутримышечно в 2 или 3 приема	3–5 дней
Метициллинустойчивые штаммы и при непереносимости β-лактамов антибиотиков		
Ванкомицин в сочетании с гентамицином	3 мг/кг/сут внутривенно или внутримышечно в 2 или 3 приема	4–6
		3–5 дней
Протезный эндокардит, вызванный стафилококками		
Метициллинчувствительные штаммы		
Клоксациллин (или оксациллин) в сочетании с рифампином и гентамицином	12 г/сут внутривенно в 4–6 приемов	≥6
	1200 мг/сут внутривенно или перорально в 2 приема	≥6
	3 мг/кг/сут внутривенно или внутримышечно в 2 или 3 приема	2
Метициллинустойчивые штаммы и при непереносимости β-лактамов антибиотиков		
Ванкомицин в сочетании с рифампином и гентамицином	30 мг/кг/сут внутривенно в 2 приема	≥6
	1200 мг/сут внутривенно или перорально в 2 приема	≥6
	3 мг/кг/сут внутривенно или внутримышечно в 2 или 3 приема	2

дуют профилактический прием антибиотиков (таблица 5) только пациентам с высоким риском ИЭ и только в том случае, когда они получают лечение, которое само по себе ассоциировано с высоким риском [6].

Хорошая гигиена полости рта и регулярный осмотр стоматологом в большей степени способны предотвратить ИЭ, чем профилактический прием антибиотиков.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент Ч., 51 год, работающий слесарем в МУП ЦЕНТРЕ ЖКХ, поступил 23.09.2014 в терапевтическое отделение Клинической больницы Святителя Луки, с жалобами на боли в левом плечевом суставе с иррадиацией в шею, плечелопаточную область и ограничение движения в плечевом суставе; потерю массы тела на 10 кг за последний месяц; субфебрильную температуру тела, потливость, общую слабость. Впервые ухудшение самочувствия развилось в августе 2014 года, когда пациент обратился в поликлинику по месту жительства с болями в поясничной области при движении и наклонах и про-

ходил лечение по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника. При обследовании в этом же месяце впервые выявлена анемия и увеличение СОЭ (в клиническом анализе крови от 27.08 Нb 108 г/л, СОЭ 56 мм/ч). Для уточнения заболевания были выполнены ФГДС (выявлены признаки хронического гастрита), УЗИ органов брюшной полости (обнаружена спленомегалия). Проводилось лечение Fe-дефицитной анемии. Ночью 18 сентября у больного возникла сильная боль в левом плечевом суставе с ограничением движения в нем. Пациент планово обратился в поликлинику по месту жительства, и был направлен на госпитализацию в СПбГУЗ «Клиническая больница Св.Луки».

При объективном осмотре состояние больного было относительно удовлетворительное. Положение в постели активное. Телосложение правильное, нормостенический тип конституции, рост 171 см, вес 83 кг, ИМТ=28,4 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Лимфатические узлы (затылочные, шейные, надключичные, подмышечные, па-

Таблица 4
Рекомендации по профилактике инфекционного эндокардита у пациентов самого высокого риска в зависимости от типа процедуры и риска (ESC, 2009)

А — стоматологические процедуры:	
• Антибактериальная профилактика должна быть рассмотрена при тех стоматологических процедурах, которые требуют манипуляций на десневой ткани, периапикальной области зубов или перфорации слизистой оболочки полости рта • Антибиотикопрофилактика не рекомендуется при местном обезболивании неинфицированных тканей, снятии швов, рентгенографии зубов, установке или коррекции съемных протодонтических или ортодонтических устройств или брэкитов. Профилактика также не рекомендуется при потере молочных зубов, травмах губ и слизистой оболочки полости рта.	
Б — Процедуры на респираторном тракте	
• Антибиотикопрофилактика не рекомендуется при процедурах на дыхательном тракте, включающих бронхоскопию, ларингоскопию, трансназальную или эндотрахеальную интубацию.	
В — Процедуры на желудочно — кишечном и генитоуринальном трактах	
• Антибиотикопрофилактика не рекомендуется при гастроскопии, колоноскопии, цистоскопии или ЧПЭ	
Г — Кожа и мягкие ткани:	
• Антибиотикопрофилактика не рекомендуется ни при одной из процедур	

Таблица 5
Профилактика инфекционного эндокардита при стоматологических процедурах с риском инфицирования (ESC, 2009)

Клиническая ситуация	Антибиотик	Взрослые	Дети
Однократно за 30–60 минут перед процедурой			
Нет аллергии на пенициллин или ампициллин	Амоксициллин или ампициллин	2 г. внутрь или в\в	50 мг\кг внутрь или в\в
В анамнезе — аллергия на пенициллин или ампициллин	клиндамицин	600 мг внутрь или в\в	20 мг\кг внутрь или в\в
В качестве замены ампициллина может быть назначен цефалексин в тех же дозировках, а также цефазолин и цефтриаксон в дозе 1 мг или 50 мг\кг внутрь или в\в (у взрослых)			

ховые) не пальпировались, безболезненные. Пальпировались подчелюстные лимфоузлы, безболезненные, мягкие, эластичные, не спаянные с окружающими тканями, d до 1,0 см. Костно-мышечная система развита удовлетворительно. Суставы: конфигурация не изменена, гиперемии, припухлости нет, ограничены активные и пассивные движения в левом плечевом суставе. Щитовидная железа не увеличена, умеренно плотной консистенции. Зев чистый, миндалины не увеличены, язык розовый, влажный, сосочки языка умеренно выражены. Пульс симметричный, 96 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Артериальное давление во время осмотра: 120/80 мм рт ст. Границы относительной сердечной тупости: правая — 1,0 см кнаружи от I. sternalis dex., левая — 1,0 см кнутри от I. medioclav. sin., верхняя — III межреберье. Границы абсолютной сердечной тупости: правая — I. sternalis sin., верхняя — нижний край IV ребра, левая — I. parasternalis sin. Во время аускультации сердца было отмечено, что на фоне приглушенных, ритмичных тонов сердца, выслушивался грубый систолический шум на верхушке сердца с иррадиацией в левую подмышечную область. Со стороны органов дыхания изменений выявлено не было. ЧД 14 в 1 минуту. Дыхание ритмичное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Голосовое дрожание не изменено. Границы легких не изменены. При перкуссии легких определялся легочный звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, проводилось во все отделы. Побочных дыхательных шумов не было. При осмотре полости рта обращало на себя внимание разрушение зубов и наличие множественных кариозных корней (Рис. 1).

При осмотре живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Слепая, сигмовидная кишка, поперечноободочная кишка при глубокой пальпации, безболезненные, не спазмированы. Печень из-под реберной дуги не выступала, край печени умеренной плотности, безболезненный. Селезенка и почки не пальпировались. Перкуторно отмечалось увеличение селезенки. Поколачивание по области поясницы — безболезненно с обеих сторон.

За время наблюдения у пациента лабораторные данные свидетельствовали о выраженном воспалительном процессе с косвенными признаками иммунодефицитного состояния: в клиническом анализе крови отмечался лейкоцитоз с резким сдвигом лейкоцитарной формулы в сторону незрелых форм нейтрофилов и значитель-


Рис. 1. Больной Ч.

ной лимфопенией увеличение СОЭ, анемия, увеличение С-реактивного белка (результаты представлены на Рис. 2).

Рентгенологическое исследование изменений со стороны органов грудной клетки не выявлено. По ЭКГ — на фоне синусовой тахикардии с ЧСС 111 в минуту определялись признаки местных нарушений внутрижелудочковой проводимости, неполная блокада левой ножки пучка Гиса, с уменьшением ЧСС в динамике при последующих измерениях. ЭХО-КГ указывала на склеродегенеративные изменения митрального клапана, утолщение, кальциноз (краевых) створок, митральную недостаточность II степени. Глобальная сократительная функция была сохранена. Повышения давления в легочной артерии выявлено не было. Полости сердца не были расширены, миокард не утолщен. Данное исследование является одним из важнейших в постановке диагноза септического эндокардита. При проведении УЗИ органов брюшной полости была выявлена спленомегалия. Учитывая клиническую картину, представленную слабостью, повышением температуры, болями в левом плечевом суставе, снижением массы тела на 10 кг за последний месяц, аускультативные изменения над областью сердца, наличие воспалительных изменений в лабораторных анализах (анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение С-реактивного белка), склеродегенеративные изменения митрального клапана, утолщение, кальциноз (краевой) створок по данным ЭХО-КГ, спленомегалию по результатам УЗИ брюшной полости, пациенту был установлен диагноз подострого инфекционного эндокардита. Достоверно значимую роль в диагностике этого заболевания играет доказанная бактериемия крови. Однако раннее назначение пациенту стартовых антибиотиков широкого спектра действия до проведения анализов посева крови на стерильность (аэробы+анаэробы),

не позволили выявить флору, вызвавшую заболевание. После осмотра ротовой полости не вызывало сомнений наличие одонтогенной инфекции у пациента, которая стала причиной развития инфекционного эндокардита (Рис. 1). Пациент был направлен на осмотр к стоматологу, который установил диагноз: хронический пульпит 13,12, 11,21,22,23,24,25,26,41,31,47 зубов. Такая запущенная картина со стороны зубов развилась у пациента из-за боязни обращаться к стоматологу. «Золотым стандартом» лечения больных инфекционным эндокардитом является назначение антибиотиков. Пациенту с первого дня госпитализации был назначен Gentamycin 80 mg в/в 2 раза в день и Ceftriaxone 2,0 в/в 1 раз в день. Курс антибиотиков больной получал в течение 4-х недель. Помимо этого больному было назначено: подкожно гепарин, per os верапамил 40 мг 3 раза в день, линекс по 2 капс. 3 раза в день, энтерол по 1 таб. 2 раза в день, нимесулид 100 мг 1 таб. при боли в плечевом суставе, омепразол.

На фоне проводимого лечения была получена клинико-лабораторная положительная динамика, пациент перестал ощущать слабость, температура тела нормализовалась, улучшились лабораторные показатели: нормализовались показатели гемоглобина, уменьшились показатели СОЭ и С-реактивного белка, динамика показателей включена в Рис. 2.

Пациент был проконсультирован кардиохирургом, которым было рекомендовано оперативное лечение после санации полости рта, что и было выполнено в клинике ЧЛХ ПСПбГМУ.

Данный клинический случай является ярким примером роли одонтогенной инфекции в развитии серьезного соматического заболевания — инфекционного эндокардита.

Данные лабораторных методов исследования

[illegible]

Рис. 2

ЛИТЕРАТУРА

1. Амиров Н.Б., Сафаргалиева Л.Х., Ягфарова Р.Р. Бактериальный эндокардит // Вестник современной клинической медицины. — 2011. — Т. 4. — №4. — С. 50–54.
2. Горбачева И.А., Орехова Л.Ю., Сычева Ю.А., Шестакова Л.А., Михайлова О.В., Чудинова Т.Н., Мусаева Р.С. Воспаленные заболевания пародонта в полиморбидном континууме, интегративный подход к лечению, СПб.: Издательство ООО «АСпринт», 2012. — 158 с.
3. Ксембаев С.С., Ямашев И.Г., Ксембаев С.С., Ямашев И.Г. Острые одонтогенные воспалительные заболевания челюстей. Диагностика и лечение ангио- и остеогенных нарушений / С.С.Ксембаев, И.Г.Ямашев. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 128 с.
4. Строжаков Г.И., Гендлин Г.Е., Миллер О.А. Болезни клапанов сердца // Издательство: Москва. — 2012. — 200с.
5. Durack D.T., Lukes A.S., Bright D.K. New criteria for diagnosis of infective endocarditis utilization of specific echocardiographic findings. Duke Endocarditis Service // Am. J. Med. — 1994. — № 96 (3). — P. 200–209.
6. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009) // European Heart Journal. — 2009. — № 30. — С. 2369–2413.
7. Rautemaa R., Lauhio A., Cullinan M.P., Seymour G.J. Oral infections and systemic disease—an emerging problem in medicine // Clin. Microbiol Infect. — 2007. — №13 (11). — P. 1041–1047.



От Редакции: В предыдущем выпуске журнала мы опубликовали мнение о состоянии современной имплантологии врача-стоматолога, главного врача Клиники «DENTSANA-TA», доктора Пивец Наталии (г. Шопрон, Венгрия) (см. «Пятиминутка» № 3–2017 г.). В процессе беседы выяснилось, что подходы в имплантологии российских и европейских стоматологов несколько различаются. Впрочем, как различаются и возможности. Сегодня наша беседа с доктором Н. Пивец посвящена не менее важной теме — детской стоматологии.

ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДОВ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ



— Наталия, в предыдущей беседе мы определили некоторые отличия в подходах российских врачей и венгерских коллег в области имплантологии, сделали акцент на показаниях и противопоказаниях, отметили особенности методик, используемых материалов, ценовой политики и т.д. Можно ли акцентировать внимание читателей на особенностях детской стоматологии в Венгрии, если такие особенности, конечно, есть?

— Поскольку я довольно тесно общаюсь с российскими коллегами, могу утверждать, что некоторые различия подходов в детской стоматологии, конечно, есть. Они не настолько глобальны, но иногда все-таки принципиальны.

— Наши отечественные стоматологи в настоящее время все чаще предпочитают проводить стоматологические манипуляции детям под общим наркозом. Считается, что это более щадящий подход, т.к. маленькие дети обычно проявляют необычайное беспокойство в кабинете стоматолога. Как Вы к этому относитесь?

— Далеко не всегда следует применять общий наркоз в детской стоматологии. Начнем с того, что общий наркоз — это небезобидное дело, он имеет массу неблагоприятных, даже — непредсказуемых, последствий, особенно часто побочные действия проявляются со стороны центральной нервной системы ребенка.

Более щадящий подход — обойтись без общего наркоза. Я стараюсь в своей практике находить подход к пациентам детского возраста, чтобы завоевать доверие ребенка, которого привели ко мне на прием. Да, это требует времени, определенных усилий, терпения, а главное, желания. Если у ребенка всего-то небольшой кариес, и требуется поставить пломбу — не вижу смысла в общем наркозе, даже если ребенок явно боится стоматолога и ведет себя очень беспокойно. Привели ко мне недавно маленькую девочку, она очень боялась, плакала, но мы немного с ней поговорили, поиграли, а потом она позволила осмотреть зубки... Поставили аккуратно пломбочку. Девочка получила подарки, поехала домой счастливая и доволь-

ная и пообещала в следующий раз уже не плакать. Мы так с ней договорились.

— Общий наркоз порой вызывает и бурные аллергические реакции вплоть до анафилактического шока. Случаи такие, к сожалению, известны. Вероятно, на чашу весов следует ставить риск серьезных осложнений после наркоза, с одной стороны, а, с другой, — необходимость проведения стоматологических манипуляций в спокойной обстановке. Где эта грань, когда все-таки применение общего наркоза в детской стоматологии необходимо и оправдано? И есть ли в Венгрии список строгих показаний на этот счет?

— Общий наркоз в детской стоматологии должен быть обоснован и оправдан какими-то особыми показаниями. Такими показаниями могут быть: психическая невменяемость, эпилепсия, перенапряжение мышц. В Венгрии общий наркоз применяется не в частных клиниках, а в больничных условиях, где оборудованы реанимационные отделения, т.к. при возникновении какой-то внештатной ситуации можно оказать всю необходимую помощь пациенту.

— Нередко встречаются дети, у которых молочные зубы разрушаются очень быстро, стоматологи не пломбируют их, предлагают соблюдать гигиену и дожидаться постоянных зубов. При этом, причины разрушения зубов у детей могут быть самыми разными от витаминно-минеральных дефицитов до заболеваний желудочно-кишечного тракта и врожденных обменных нарушений. Когда мы обсуждали последствия запущенного состояния зубов у взрослых пациентов, то говорили о нарушении функции пережевывания пищи, нарушениях пищеварения и т.д. Разве для детей это не актуально?

— Да, лечение молочных зубов у детей проводить необходимо. Воспаление очень быстро распространяется по всему детскому организму, поскольку таковы особенности лимфатической системы у детей. Именно по этой причине все воспалительные процессы должны лечиться! И если есть опасность хронизации воспалительного процесса, рекомендуется даже удаление молочных зубов, хотя, с другой стороны, это крайне нежелательно.

— Приходится ли Вам сталкиваться с необходимостью имплантации зубов у детей и насколько часто? Какие здесь есть отличия в подходах от «взрослой» имплантологии?

— В имплантологии есть четкие показания и противопоказания, в т. ч. возрастные. Не рекомендуется имплантация зубов в возрасте до 18 лет.

— Как в Венгрии организована стоматологическая просветительская и профилактическая работа с населением?

— Стоматологическое обслуживание детей в Венгрии происходит следующим образом. Каждый детский

садик, каждая школа прикреплены к участковому стоматологу, который регулярно проводит профилактические осмотры детей и назначает при необходимости стоматологические процедуры: пломбирование, лечение молочных зубов и т. д. До 18-летнего возраста стоматологическое лечение проводится на бесплатной основе. Единственное, когда требуется исправление прикуса или положения зубов, то родители оплачивают работу стоматологического техника. Таким образом, можно считать, что стоматологическая профилактика начинается с самого раннего детства и имеет все государственные гарантии. 

НОВОСТИ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Сотрудники научного центра Стоматологического Университета Стони Брука в содружестве с Ortek Therapeutics совершили настоящий прорыв в науке, создав вкусную шоколадную жвачку, еще и полезную для зубов. «BasicBites» — жевательная резинка, не содержащая сахара, но при этом имеющая свойства поддерживать эмаль зубов и кислотно-щелочной баланс во рту. Все это, благодаря содержанию в жвачке минеральных веществ.

Основной задачей вкусной жвачки является стимуляция выработки слюны, что в свою очередь должно сопутствовать естественному поддержанию зубов в здоровом состоянии. «АлкаГен» — биолог

Источник: гии и патологии полости рта университета Стони Брука. Более того, ученый Израил Клейнберг так же является главой подразделения междисциплинарных исследований полости рта в университете.

Долгие годы провел профессор за тщательным изучением и исследованием полости рта человека. Микрофлора полости рта, биохимический состав слюны, её влияние на зубы и зубную эмаль. Бактерии и их влияние на организм человека, в частности полость рта. В результате этих исследований и была создана технология «АлкаГен».

Так, в шоколадной жвачке содержится аминокислота — аргинин бикарбонат. Эта аминокислота входит в состав как слюны человека, так и во множество продуктов, употребляемых им. Отвечает это вещество за кислотно-щелочной баланс, а точнее — за содержание его на нормальном уровне, что способствует здоровью зубов непосредственно. Восстановлением поврежденной эмали, если это имело место, занимается карбонат кальция.

Оба эти вещества входят в научное изобретение.

Мнение директора технологических патентов университета совпадает с мнением ученого. Так, шоколадная жвачка — это еще один удачный кооператив ученых университета и компании Ортек. Безусловно, такое научное открытие весьма полезно.

Источник: <http://det-stom.ru/Novostik/>

Журнал Environmental Science & Technology опубликовал мнение зарубежных специалистов о том, что зубные щетки обладают свойством накапливать вредные вещества. В частности, по словам экспертов, на зубных щетках оседают частицы триклозана.

Ученые заявили о том, что триклозан и некоторые другие компоненты, которые входят в состав зубных паст, несут опасность для целостности организма человека. По их мнению, эти вещества, добавляемые в гигиенические средства с целью обеззараживания, влияют на развитие «супербактерий» — патогенов с устойчивостью к действию большинства лекарств.

Исследователи полагают, что в зубных щетках вредные вещества, и том числе частицы триклозана, накапливаются со временем, создавая все более весомую угрозу для здоровья. Отметим, что ранее проводившиеся исследования указывали на связь между триклозаном и ростом раковых клеток.

«Кроме того, в щетине и в пластике зубных щеток накапливаются другие опасные вещества вроде ионола, являющего https ося канцерогенным», — цитирует журнал специалистов.

Источник: <http://www.medikforum.ru/news/>

Мода на попкорн разрушает детские зубы, как предупреждают стоматологи. Данная проблема только за последние три года стала в два раза более значительной, если судить по количеству маленьких пациентов.

Привычка употреблять попкорн приводит к тому, что детские зубы трескаются и искривляются, а также подвергаются кариесу. Продажи этого популярного лакомства выросли в два раза в последние годы, и сегодня дети могут выбирать самые разные вкусы попкорна. Только в Великобритании рынок попкорна оценивается в 104 млн фунтов, и очень часто заботящиеся о своём здоровье жители Туманного Альбиона отказываются от жирных продуктов вроде чипсов и переходят на попкорн, считая его более полезным. Однако дантисты подчеркивают, что для зубов это лакомство является более вредным, чем вареные сладости.

Чаще всего с употреблением попкорна связывают трещины и сколы в зубах, и количество подобных случаев за последние три года выросло в два раза. Основной ударной силой попкорна являются не до конца приготовленные зернышки, но проблему представляют и небольшие кусочки, которые застревают между зубами и бывают причиной развития болезненных абсцессов, как предупреждают стоматологи. Неприготовленные зернышки становятся чем-то вроде маленьких камешков во рту, и если дети сильно сжимаются зубы в попытке их раскусить, то это может стать причиной появления трещины или искривления. Кроме того, большинство разновидностей попкорна битком набито сахаром, и это может спровоцировать кариес.

Чаще всего люди жуют попкорн необдуманно, когда смотрят какой-то фильм в кинотеатре. Мало того, что в этот момент они съедают значительно больше, чем им требуется, так еще и в темноте бывает достаточно сложно разглядеть твердые зернышки. Опасность представляет и их острая оболочка, которая может наносить травмы деснам.

Источник: <http://www.medikforum.ru/news/>



Богданович В. Н.,
врач, психолог, писатель,
Санкт-Петербург, Россия

РАСТЯЖКИ ПРИ ДЦП И ДРУГИХ СОСТОЯНИЯХ

Есть твердое и «профессиональное» убеждение, что при ДЦП нельзя растягивать тонизированные мышцы, потому как от растяжек спастика лавинообразно нарастает. Еще считают, что растяжки в данном случае бессмысленны, так как повышенный тонус при ДЦП — центрального генеза. Утверждения находятся в противоречии с принципом обратной связи (по К. В. Анохину). Он, принцип, пока еще никем не отменен. Я, во всяком случае, про это ничего не слышал.

Судя по многочисленным запросам, это тема актуальна. Это, конечно, может, не гамлетовское: «Быть или не быть», но для нас этот вопрос гораздо более значим, чем для принца Датского. Ответ: «Тянуть»! Нет, даже в перспективе, иного эффективного нехирургического способа снять спазм, за счет снятия спастики с мышцы удлинить ее, уменьшить отставание по отношению к росту трубчатой кости.

Есть одно «но». «Тянуть» надо правильно, грамотно, в спокойном состоянии. Разумеется, на длительное и сильное, насильственное болезненное растяжение мышца, стремясь сократиться, даст ответ в виде жесткой и спастической реакции. Надорванные или травмированные связки не увеличат качества и количества доступных активных движений. Боль в организме — всегда препятствие для эффективной и координированной мышечной деятельности. Более того, она является причиной для создания так называемой «заученной беспомощности». Так что пытки растяжками — как способ удлинить и расслабить мышцы — рассматривать не буду, даже в порядке снятия напряженности у читателя.

Начну разговор с упоминания о двух важных рефлекторных реакциях, которые необходимо учитывать и использовать при выполнении растяжек или при проведении самостоятельных упражнений на растягивание.

В первую очередь, это физиологический закон «все или ничего». Он заключается в том, что мышца рефлекторно сокращается в ответ на ее удлинение. Чем более резким и амплитудным будет растяжение мышцы, тем силь-

нее будет ответное мышечное сокращение. Основная его функция состоит в поддержании постоянного мышечного тонуса и защите тела от травм.

В обычной жизни мы используем этот рефлекс для решения иных задач — увеличения силы и мощности. Например, замах перед ударом, упругое приседание перед прыжком — позволяют активно задействовать его и прибавить к волевому мускульному усилию еще и рефлекторное мышечное сокращение. При выполнении упражнений на растягивание рефлекс создает определенный барьер. Для того чтобы уменьшить его влияние, нужно научиться растягивать мышцы медленно, плавно, увеличивая нагрузку в высшей степени постепенно. Чем мягче, тем лучше. На подпороговое раздражение возбудимая клетка не дает ответа, а на пороговое раздражение дает сразу максимальный ответ, причем, при дальнейшем повышении силы раздражения величина ответа не изменяется.

Только мягкость, постепенность и собственный спокойный настрой позволит сделать растяжку эффективной и продуктивной. Именно подпороговое значение усилия дает возможность растянуть мышцу, которая будет мягкой и эластичной. Потом можно силу растяжения увеличить. Но только потом. Без необходимого внутреннего состояния покоя, настроя на Чистоту, Доброту, Мудрость (В. Б. Поляков) эффекта при растяжках любого характера не достичь. Разумеется, механические растягивания, в том числе подводное вытяжение, дает определенный эффект, но они не настолько целебны и эффективны.

Еще один рефлекс, который нужно знать и пользоваться им, — это гольджи-рефлекс. Если напряжение в сокращенной мышце достигает определенного предела, рефлекторная цепочка заставляет мышцу расслабиться. Этот рефлекс лежит в основе метода пост-изометрической релаксации (ПИР) и в некоторых приемах классического массажа (прессура, статическое разминание). Суть его заключается в сочетании кратковременного изометрического напряжения минимальной интенсивности с после-



дующим пассивным растяжением. Повторять прием надлежит не менее 6–10 раз. В результате в мышце возникает стойкая гипотония, снижается спастика и боль.

Суть в том, что при растягивании разных частей и всего тела в соответствующих направлениях мы добиваемся чередования напряжения и расслабления в мышцах. Меняя силу и направление нагрузки, используя различные приемы растяжек и комбинируя их в определенных сочетаниях, мы можем задействовать многие группы мышц. Тут уже вам в помощь — курс физики за восьмой класс, когда проходили по программе векторы. Без учета вектора равнодействующей силы делать растяжки бесполезно и малоэффективно.

Растяжки основаны на естественном движении. Каждый знает, как хочется потянуться всем телом, пробудившись ото сна. Вспомните, как сладко тянется кошка — вытягивается, выпрямляет с напряжением лапы, встряхивается, пробуждает и приводит в активное состояние каждую мышцу своего тела. Уставший человек после долгой сидячей работы, желая встряхнуться, с усилием потягивается, зевает, встряхивает головой и затекшими членами, старательно распрямляется и тянется изо всех сил.



Суть растяжек важна и исключительна. При растяжках происходит смена кратковременных мышечных напряжений и расслаблений, что позволяет «трудящемуся» довольно быстро отдохнуть и восстановить активное и здоровое состояние. Действуя на мышцы растяжками, мы повышаем их активность, улучшаем подвижность суставов, способствуем эффективной реабилитации и процессу самовосстановления, особенно это актуально при травмах, заболеваниях ЦНС, следствиях дистресса.

Длительные переживания психотравмирующих состояний, проходящих на фоне переутомления и более-хворей, провоцируют нарушения деятельности ЦНС и всего сопутствующего (осложнения заболеваний сердечно-сосудистой системы, изменения в мышцах и соединительной ткани).

От выраженности напряжения в мышцах зависит интенсивность потребления организмом кислорода. При расслаблении мышц снижается потребность в нем, а, значит, уменьшается напор энергии, идущей от рецепторов мышц, связок, суставов и ЦНС. Релаксация — основа продуктивности, потому как помогает отрегулировать процессы в ВНД.

Есть цепочка: стимул-действие-подтверждение. Есть и другая. В ней первичные импульсы следуют от механорецепторов (тактильные рецепторы кожи, рецепторы мышечно-суставные (проприо-рецепторы), рецепторы внутренних органов (интеро-рецепторы), рецепторы, реагирующие на изменения давления на стенки сосудов (баро-рецепторы). Они распределены по всему телу, и при проведении растяжек (кожа, мышцы, сухожилия, суставные сумки) они возбуждаются, и возбуждения в виде центростремительных импульсов достигают коры головного мозга, вызывая реакцию всего организма.

Растяжки — на уровне безусловного рефлекса — вызывают реакцию со стороны ЦНС и улучшают все, что можно. И, что важно, мы одновременно воздействуем на соматическую и психическую сферы, что всегда наиболее эффективно. Растяжки способствуют приобретению / созданию нового паттерна, обретению нового двигательного навыка, в том числе глубокому расслаблению, что восстанавливает эмоциональную сферу, позволяет избавиться от чрезмерного нервно-психического напряжения, переживаний, а в ряде случаев уменьшает болевой синдром. Расслабление помогает приостановить вынужденный расход энергии, идущей на поддержание спазма в мышцах, снимает нервное перенапряжение, помогает достичь равновесия организму (отдыхают нервы — успокаивается ВНД, уходят на периферию сознания мысли, улучшается самочувствие).

После растяжки расслабление наступает гораздо быстрее и бывает глубже, чем до нее. Систематические занятия с матерью больного ребенка позволяют ей приобрести навык и научиться полноценно помогать профессионалу и лечащим врачам, а заодно снимать с себя нервное перенапряжение.

Эффективность при проведении растяжек зависит от температуры тела и качества местного кровоснабжения. В разогретой и размятой мышце его действие будет максимальным, так что массаж и прогревание любым способом в помощь!

✎



Ю. К. Багровцев,
детский кардиолог Детской городской поликлиники
№75 ГБУЗ ГП №114 Приморского района,
Санкт-Петербург, Россия

ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ СИНУСОВОГО УЗЛА И ХРОНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

В современной амбулаторной практике детского кардиолога проявления вегетативной дисфункции синусового узла (ВДСУ), реализуемые через ваготоническую дисфункцию вегетативной нервной системы, занимают одно из ведущих мест как среди клинических причин обращения на приём, так и среди результатов ЭКГ, получаемых в рамках использования АКДО или по поводу интеркуррентной заболеваемости. Многообразие функционально-лабильных нарушений ритма сердца, его проводимости, изменений реполяризации, требующих или даже не требующих активной терапевтической коррекции, встречается настолько часто, что на повестку дня встает вопрос о причине подобного стойкого изменения вегетативного тонуса, о причине постепенного формирования дисфункции.

Вашему вниманию представляется один из возможных патофизиологических сценариев её развития имеющий к тому же социально-дезадаптивные основы.

Вегетативная дисфункция синусового узла является в настоящее время, пожалуй, самым распространённым аритмологическим состоянием. Вегетативно-зависимое урежение и иное подобное изменение ритма сердца чаще всего расценивается как следствие усиления парасимпатической активности, возникающей ещё в те возрастные сроки, когда отсутствует или не характерна физиологическая ваготония, позволяющая постепенно экономизировать гемодинамику. Такое несвоевременное повышение тонуса вагуса или его переизбыточная функция в поздние возрастные периоды создаёт значительные «ножницы» между пластическими потребностями организма и его реальным энергообеспечением в силу снижения показателей, характеризующих кислородный транспорт. Однако приходится думать, что в конкретных условиях роста и развития ребёнка **результатирующая ваготония возникает часто не за счёт возрастного**

или чрезмерного повышения тонуса парасимпатического отдела нервной системы, а вследствие ранней истощаемости симпатического звена. И отрицательное значение этого фактора, возможно, многократно превышает положительный эффект физиологически возрастного вегетативного сдвига.

Корень, основа невероятной распространённости непатологической, хотя бы при первом рассмотрении, вегетативной, гипервагусной по природе, ДСУ — в дисбалансе вегетатики. В дисбалансе, в котором «излишняя» активация ваготонии за счёт, к примеру, цереброваскулярных «отточных» нарушений, ведущих к вентрикулодилатации, венозному полнокровию отдельных областей мозга (мозаике оттока) и гипоксии, влияет всё же меньше, чем астенизация симпатического звена регуляции, опять же за счёт цереброваскулярной, но уже «приточной» недостаточности, кислородотранспортного

дефицита. То есть мы имеем чаще не «активную», преобладающе выраженную ваготонию, а её превосходство над «пассивно» ведущей себя, астенизированной симпатикой. Подобное истощение начинается порою при воздействии ещё перинатальных патогенных факторов, которые всё же недооцениваются, если иметь в виду массовую амбулаторную потребность в коррекции нейродисфункций, и продолжается в течение всей жизни ребёнка под влиянием далее астенизирующих его заболеваний, хронических стрессов без физического или эмоционально активного разрешения. Свою роль, возможно, играет и ферментативно-мембранная дисплазия: уменьшение количества или блокировка соответствующих адренергических рецепторов на пре- и постсинаптических мембранах. Влияет дефицит ноотропных биохимических межучасточных производных в цепи обмена той же ГАМК (сукцината, например). Свой также далеко не физиологический вклад в состояние вносят и однообразно утомляющие центральную нервную систему (ЦНС) учебные, социальные нагрузки, семейные и личностные конфликты вне поисков выхода на фоне личностного инфантилизма; формирующиеся на этом фоне со временем токсические и — всё более ранние — игровые, компьютерные в их числе, зависимости. Так, именно из-за астенизации идёт подсознательная вначале тяга к искусственной активации ослабленной функции. К электронной наркотизации — телевидению. Огромному числу детей облегчение утреннего подъёма, например, обеспечивает этот дополнительный раздражитель. Тем же влиянием обладает и поэтому широко используется молодёжью возбуждающий, «агрессивный» ритм музыки. Уже далее, в препубертатном и пубертатном возрасте, с той же целью начинают использоваться слабоалкогольные напитки, адренергетики, никотинизация, а у предрасположенных генетически — и крепкий алкоголь [2].

ВДСУ в основе своей симпатостенична. Забыты и совершенно не востребованы физиологические методы стимуляции и становления симпатических функций — оздоровительная гимнастика, водные методы воздействия на сосудистый тонус. При огромной распространённости и доступности соответствующей литературы отмечается массовая невостребованность дидактических игр и занятий по развитию мышления, логики, кругозора. Всё использование интеллекта часто сужается у детей до пассивного потребления информации или до стандартно заученных, монотонно повторяемых навыков. По поводу вообще аритмологических проблем детства практически полностью отсутствует доступная родителям, именно для них изданная, санитарно-просветительская литература.

Для успешной же, эффективной физической, да и умственной деятельности требуется высокий и устойчивый «стартовый», а не только достигаемый в процессе деятельности, уровень симпато-адреналовой и, видимо, эндорфиновой, активности [3]. Что из всего этого следует? В лечении ВДСУ внешне ваготонического генеза требуется разработка ранних, совсем ранних критериев прогнозирования развития этого состояния, определения факта преимущественного влияния именно перинатальных или всё же более поздних лет развития — 1-го, 3-го, 5-го года жизни — патогенных факторов, включая в их число соматические, психогенные и воспитательные. Необходи-

дима выработка рекомендаций по нейропротекторной диете. Необходимо более активное предложение, «навязывание», прежде всего, профессиональных массажных и, возможно, остеопатических услуг. Определение их взвешенных показаний, стандартизация подобной лечебной тактики. Необходимо расширение объёма применяемой в комплексных схемах ноотропной и вазодилатационной терапии в следующем направлении. Необходимо задействовать эту ноотропную и общестимулирующую терапию не только фармакохимической природы, но и препараты на основе аналогов, производных естественных биоактивных веществ — витаминов, нейротрансмиттеров, аминокислот. Необходимо, хоть эмпирически (и не только), установить эффективность соответствующих рассматриваемому клиническому поводу БАДов (ряд апифитотерапевтических продуктов, к примеру), «реабилитировать» их в рамках доказательной медицины и использовать. Почему, собственно, речь идёт о расширении круга выбираемых препаратов? Казалось бы, в общепотребительные схемы, рекомендуемые для коррекции ВДСУ, вписаны наиболее эффективные ноотропные средства, и варианты возможны лишь в отношении их доз, в соответствии с тем клиническим фоном, который служит патофизиологическим основанием для развития вегетативной дисфункции. Однако если посмотреть по классификации веществ с ноотропным действием на точки их приложения, точки биохимической реализации этого действия [6], то картина получится достаточно пёстрой. И даже среди «истинных» ноотропов, препаратов с преимущественным (или единственным) мнестическим действием, мы применяем только группу рацетамов и активаторов синтеза ацетилхолина, упоная на достаточно продлённую по времени воздействия терапию. На деле же мы мало представляем, в каких именно клинических случаях, какие именно нейробиохимические реакции расстроены. Вполне возможно, что вместо длительной, биохимически узконаправленной терапии, например, луцетамом, больший положительный стимуляционный эффект лечения будет достигнут за счёт одной-двух-нескольких перемен препаратов с разными точками воздействия за тот же, предположим, полугодовой срок. На практике, конечно, это иногда делается и сейчас, когда в течение первых 3 месяцев применяется луцетам, далее, ещё 3 месяца до «большого» промежуточного контроля, включающего суточную ЭКГ, применяется L-карнитин. Порою они объединяются в одном квартальном цикле лечения. Думается, однако, что иногда таких перемен вариантов воздействия на метаболизм должно быть больше. Больше должна быть и сфера одномоментного воздействия с тем, чтобы корректирующему влиянию подвергались параллельно сразу несколько различных биохимических цепочек, обеспечивающих когнитивные процессы. Оставляю подобные вопросы в ранге «размышлений».

Поделюсь ещё некоторыми клиническими наблюдениями.

Обнаружение при скрининговом (профилактическом) или целенаправленном (по поводу) ЭКГ исследовании вагус-зависимых нарушений ритма сердца — синусовых аритмий, непатологических брадикардий, средне- и нижнепредсердных эктопий ритма, реже эпизодов АВ-диссоциации и редкой экстрасистолии, достаточно узна-



ваемых нарушений внутрижелудочковой и погранично блокадной АВ-проводимости, а также некоторых реполяризационных изменений почти с неизбежностью «выводит» на сопутствующую гастроинтестинальную, прежде всего, на билиарную патологию. Широкая практика, большое количество отслеженных клинических случаев подтверждает существующую подобную зависимость. Наличие билиарной дисфункции, как правило, порождает изменения на ЭКГ в виде практически всех вышеперечисленных изменений ритма и проводимости. Порождает так, что при случайном первичном обнаружении на ЭКГ таких отклонений, а преимущественно эктопий, которые не всегда бывают замещающими, или урежения ритма, который может быть и синусовым, дальнейший простейший диагностический поиск непременно выводит врача на имеющуюся билиарную дисфункцию. Порою в ходе амбулаторных приёмов кажется, что средне- и нижнепредсердные эктопии ритма, возникновение брадикардических тенденций, местные внутрижелудочковые и минимальные АВ-блокады выступают в роли чуть ли не маркеров таких билиарной и вообще гастродуоденальных дисфункций, таких как функциональные расстройства желудка (ФРЖ), хронический гастродуоденит, глистно-протозойная инвазия.

Функция образования и выделения желчи сложнейшим образом регулируется, в том числе и обоими отделами вегетативной нервной системы. Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) и, в частности, гепатобилиарная область является одной из мощных ваготропных зон. Казалось бы, нет ничего удивительного, что различные дисфункции и воспалительные процессы, возникающие в ЖКТ, приводят к гиперваготонии и через неё — к многообразным ритмическим нарушениям сердечной деятельности. Но посмотрим на проблему с не совсем привычной стороны. Прочитав абзац из научной статьи, посвящённой вопросам дисфункции билиарного тракта с билиарным сладжем у детей [8].

«Дисфункции билиарного тракта наблюдаются при расстройствах нейрогуморальных регуляторных механизмов. Нередко дисфункции билиарного тракта являются следствием невроза, возникают у детей с множественными очагами вторичной инфекции, при лямблиозе, глистной инвазии, после перенесенного вирусного гепатита, дизентерии, при неправильном режиме дня (малоподвижный образ жизни, переутомление в школе), нарушенном режиме питания (нерегулярные или редкие приемы пищи с большими интервалами), насильственном кормлении, конфликтных ситуациях в школе, семье».

Посмотрим на этот список с вегетативно-регуляторных позиций. Каждый пункт в нём — фактор не просто патогенного влияния, это факторы хронического стрессорного воздействия на всю систему пищеварения [5]. Дизентерия или, скажем, вирусный гепатит может явиться очень сильным стрессом, но, как правило, с выздоровительным окончанием. Такое же благополучное окончание лямблиоза или глистной инвазии, увы, может быть немало отсрочено, прежде всего, из-за поздней диагностики, а вот остальные психосоматические и режимные проблемы вообще выступают в роли безнадёжно и бесперспективно хронических. Любая же стрессовая ситуация вначале вызывает гиперфункцию управляющей системы с по-

следующей её астенизацией. Управляющими для той же билиарной области являются оба звена вегетатики, и оба же они и отвечают. Гиперфункцией — парасимпатика — мощнейший спазм билиарного тракта с задержкой эвакуации желчи. Астенизацией, гипофункцией — симпатика, «обеспечивая» дополнительное усиление влияния вагуса. Причина-то дисфункции чаще всего бывает не одна, и «всего-навсего» впервые возникший недавний лямблиоз приводит к выраженным и стойким вагусным расстройствам ритма сердца не потому, что этот лямблиоз такой клинически значимый, а потому, что наряду с ним и задолго до него иные многообразные невротизирующие диетические и режимные нарушения привели к астенизации симпатического звена нервной системы. Всё это уже давно привело к моторной, по крайней мере, билиарной дисфункции, а сам лямблиоз, к примеру, явился только «последним» пусковым фактором, приведшем всю систему на грань разбалансировки. Фактором, что вывел дисфункцию на уровень таких клинических проявлений, которые с неизбежностью стали патологически заметны, стали поводом для верной диагностики. И ещё одно замечание. Все, подобные описанным в ранее приведённой цитате, стрессорные факторы могут быть в массе своей отнесены к слабым. Но и непрерывно-рецидивирующий лямблиоз, тем более, «непрерывно-рецидивирующие», не устранимые годами, формирующие стойкие патологические привычки, нарушения режима питания могут довести регуляторные механизмы и до следующей за астенизацией, парадоксальной фазы ответа. Эта фаза и ставит часто в затруднение коллег-гастроэнтерологов. Бывает так, что их гастроэнтерологические, связанные с данными осмотра, с инструментальными результатами, находки минимальны, объективно выявленные причины дисфункции невелики, а, тем не менее, велико и разнообразно опосредованное влияние, уже парадоксально гипервагусной, иннервации на ритм сердца.

Ещё один, неожиданный для общепринятого подхода, взгляд на проблему.

Вегетативная нервная регуляция не является, естественно, единственной для интересующей нас области. В ответ на поступление в 12-перстную кишку пищи, особенно жирной, выделение необходимого для её «размывания» объёма желчи обеспечивается сильным сокращением желчного пузыря, которым управляет холецистокинин. Этот интестинальный гормон, выделяемый I летками duodenum и проксимального отдела тощей кишки, на 60–70% состоит из фракции холецистокинина-8. Холецистокинин-8 же является нейромедиаторным пептидом, ноотропом, обладающим эффектом естественного антидепрессанта, эффектом регуляции поведенческих актов [4]. При нарушенном режиме питания, при любом отрицательном влиянии на моторику желудка, на его эвакуационную функцию неритмичное поступление пищи по ходу естественной перистальтики ведёт к недостаточному выделению (а далее, при усугублении ситуации, и к недостаточному производству) холецистокинина. Вот и готовая нейропатофизиологическая основа для возникновения части эндогенных депрессий [1], которые, как известно, постоянно сопутствуют заболеваниям печени.

Не останавливают мысль и скидки на детский, в нашем рассмотрении, возраст. Встречающиеся сплошь и рядом

безынициативность, неврастеничность, мнестическое снижение и вялость интеллектуально-мыслительных реакций (познавательный рефлекс) можно рассматривать как следствие переутомления. Снижение волевых установок, гиподинамия, утрата интереса к учебной деятельности, сужение внешкольной активности до «размеров монитора» и отсутствие альтернативы монотонному бесперспективному времяпрепровождению за компьютерной игрой — всё это и есть, как минимум, следствия той же эндогенной, хотя бы и печёночной, депрессии. Любое же депрессирующее состояние — это вагусная гиперфункция. Живая активная деятельность — это функция симпатки, противопоставляющаяся в жизни и в лечебных схемах (фармакологически или через трудотерапию) влиянию вагуса. Вегетативная дисфункция синусового узла представляется вагозависимой. Лечим мы её, в том числе, и с помощью ноотропных, вегетотропных препаратов, имеющих цель простимулировать деятельность симпатического звена вегетатики, сбалансировать оба её звена, снижая тормозящее тот же ритм сердца влияние вагуса. И в дополнение к тому, боремся с ним «встречным» назначением холинолитиков. Несть числа причинам, ведущих, в контексте рассматриваемого вопроса, к гастроинтестинальной, билиарной, в частности, дисфункции [7]. Через неё (и, одновременно, в связи с ней) к дисфункции вегетативной. Через неё к аритмиям, составляющим немалую сферу деятельности каждого практикующего детского кардиолога. И всё это также и за счёт создаваемых вольно или невольно условий, при которых ограничивается, получается, деятельность естественных факторов поддержания гомеостаза, естественных оздоравливающих организм факторов, той же (холецистокинин) нейромедиаторной, ноотропной природы.

Приходится допустить, что при первичном обнаружении вегетозависимых нарушений ритма и проводимости обязательным и преимущественно важным является диагностический поиск сопутствующей хронической гастрологической патологии. Необходимо введение в практику схемы исследования, включающей очерченный круг лабораторно-инструментальных назначений, равно известный всем задействованным в такой диагностике специалистам. В такую схему, независимо от данных клинического осмотра, должны входить: клинический анализ крови для исключения анемических тенденций и эозинофилии, 2-кратный анализ копрограммы (после преувеличенно разнообразной пищевой нагрузки), анализ кала на лямблиоз, УЗИ гепатобилиарной области, эхохолецистография, по-видимому, по показаниям. Диагностика должна непременно включать в себя как поиск дефектов в диете и режиме питания, так и настоятельный активно агитационный разговор с родителями и детьми об исправлении выявленных нарушений. И только на фоне безусловного выполнения лечащим врачом, консультантом предложенной здесь первичной схемы ведения пациента можно переходить к лечебным назначениям фармакологических ноотропов, холинолитиков и прочих препаратов для лечения непосредственно ВДСУ.

При этом нет никакой корреляции между выраженностью гастрологических проявлений и изменениями ЭКГ. Существует и определённое количество детей,

у которых наличие подтверждённой гастрологической патологии не сопровождается против ожидания эктопиями ритма. И те, у которых при наличии нарушений ритма невозможно клинически выявить хотя бы подозрение на имеющуюся гастродуоденальную патологию. «Привычное», казалось бы, следствие не срабатывает. Почему? Или ввиду наличия определённого процента ложноотрицательных результатов, если признавать истинную связь вегетозависимых аритмий, эктопий, экстрасистол, нарушений проводимости и реполяризации с желудочно-кишечными дисфункциями, определяющими причину клинически значимого вегетативного дисбаланса. Или необходимо признать существование ещё некоей причины выраженной чувствительности организма к такому дисбалансу. Я возвращаюсь к своему уже неоднократно высказанному здесь мнению. Такой причиной является высокая, не оцениваемая объективно ни врачами, ни вообще окружающими ребёнка взрослыми — родными, учителями, воспитателями — астенизация нервной системы ребёнка, в первую очередь, её симпатического, адаптационного по отношению к задачам взаимодействия с окружающей действительностью звена. Астенизация эта, причинам которой несть числа, по сути дела и есть основной фактор, влияющий на патофизиологическую значимость для конкретного организма вегетативного дисбаланса, прежде всего, его «перекоса» в область низкоадаптивного, неадекватно повышенного влияния вагуса. Именно такое сочетание идущих навстречу друг другу вегетативных расстройств и приводит к тому, что вегетативная дистония безо всяких уточняющих проб просто при записи базовой ЭКГ реализуется в конкретную, похоже воспроизводимую у различных пациентов, картину чрезмерного парасимпатического влияния. Определение генеза этого влияния естественно выводит клинический поиск на многоорганную пищеварительную систему, которая по своему физиологическому предназначению, обеспечивая именно пластические, синтетические аспекты метаболизма, зависит от вагусного управления и взаимочувствительна по правилу «обратной связи» к силе и значимости такого воздействия. **Из многого ранее сказанного вытекает естественная, как мне кажется, необходимость сопровождать лечение любого инфекционного, респираторного или кишечного заболевания, сопровождающегося эндогенной интоксикацией и гипертермией, одновременной гепатопротекторной, желчегонной терапией без конкретных клинических поводов к ней, буквально «на всякий случай». Факт необходимого включения подобной терапии в общепотребительные схемы лечения острой респираторно-вирусной и кишечной патологии необходимо пропагандировать в педиатрии.**

«Гастрологические» причины кардиологической патологии — тема достаточно обширная. Возможно, что «гастрокардиологию» надо уже выделять в отдельную дисциплину, столь часто воспалительные и дисфункциональные расстройства ЖКТ обнаруживаются при углублённой диагностике в рамках сугубо кардиологического приёма. Таким образом, желудочно-кишечный тракт становится одной из важнейших, первой из вероятных зон этиогенеза по отношению к вегетативной дисфункции синусового



узла, зоной почти непереносимого параллельно-одномоментного с сердцем страдания, причинно-следственного одновременно по отношению к вегетативной дисфункции нервной системы. Становится зоной обязательного диагностического внимания врача, независимо от специализации, анализирующего проблему ВДСУ. Однако на практике, в реально существующей педиатрии даже доктора гастроэнтерологически специализированных консультативно-диагностических центров рассматривают параллельное основному обследованию выявление той же эктопической заместительной брадикардии как отдельно обнаруженное расстройство, подлежащее сугубо (и только) кардиологическому консультированию и кардиологической же углублённой диагностике. Не воспринимается коллегами такая часто случайная ЭКГ-находка, как простое, вполне ожидаемое следствие имеющихся, анализируемых гастроэнтерологических проблем. Одновременно же при коррекции некоторых аритмологических и миокардиодистрофических состояний неизбежно обнаруживается необходимость в одновременном (или последовательном) воздействии на гастроэнтерологические проблемы.

Мне кажется, что пора объединяться в понимании кардиогastroэнтерологической общности некоторых параллельно протекающих в организме расстройств. Задаче сделать первый шаг к такому объединению и служит настоящая статья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей раннего возраста. Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей. // Конгресс «Детская гастроэнтерология», 8-й. Тезисы докладов. М., 2009, с29–34.
2. Баландин Р.К. Магия мозга: чёрная и белая. — М., «Мысль», 2009.
3. Борзов В.Ф. Моделирование техники бега с низкого старта спринтеров высокой квалификации: автореферат диссертации канд.пед. наук./ Борзов В.Ф.; Киевский ГИФК. — 1980.
4. Марри Р, Греннер Д, Мейс П, Родуэлл В. Биохимия человека, т. 2, с. 272.
5. Неудахин Е.В. Патогенетическая роль хронической стрессовой реакции в развитии абдоминальной патологии у детей. // Конгресс «Детская гастроэнтерология», 8-й. Тезисы докладов. М., 2009, с. 10–12.
6. Сазонова Е.Р. Ноотропные препараты — стремление к разуму. // «Провизор», 2005, №16.
7. Урсова Н.И. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта у детей: критерии диагностики и коррекции. // Consilium medicum. Приложение. Педиатрия, 2002; 1, с. 23–24.
8. Хавкин А.И., Вольнец Г.В. Дисфункции билиарного тракта с билиарным сладжем у детей и их коррекция препаратом Хофитол. // Российский вестник перинатологии и педиатрии, том 51, № 3, с. 29–33, М., 2006.

НОВОСТИ

Специалисты обнаружили, что у людей с высокой чувствительностью к соли и у тех, кто менее чувствителен к ней, отличается концентрация определенных белков в слюне. Вероятно, выводы исследователей помогут сделать продукты с низким содержанием натрия привлекательнее для людей, которым они не нравятся, сообщает The Hindustan Times.

Ученые просили добровольцев оценить уровень соли в разных растворах хлорида натрия. Затем добровольцев разделили на две группы (в зависимости от их чувствительности к соли). С помощью методов жидкостной хроматографии и масс-спектрометрии специалисты нашли в слюне участников из разных групп несколько белков, концентрации которых отличались. Более существенные различия наблюдались в образцах слюны, собранных в состоянии покоя, по сравнению с образцами, полученными после солевого раствора. У добровольцев, чувствительных к соли, в состоянии покоя в слюне оказалось больше эндопептидаз — ферментов, расщепляющих пептидные связи. По мнению исследователей, эти ферменты могут модифицировать натриевые каналы, вследствие чего в клетки попадает больше натрия. Или же они способствуют появлению пептидов, усиливающих вкус соли.

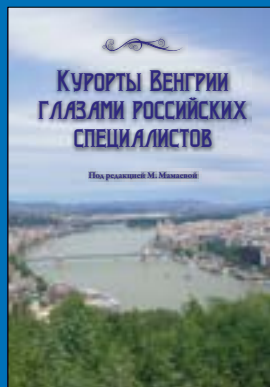
Источник: <http://www.meddaily.ru/>

Исследование, проведенное сотрудниками Северо-Западного университета, показало, что теплые и доверительные отношения с другими людьми не только спасают от одиночества. Еще они положительно влияют на работу мозга. В исследовании принимали участие люди в возрасте 80 лет и старше, пишет The Deccan Chronicle.

Ученые оценивали основные составляющие психологического благополучия участников, в том числе качество отношений с другими людьми. Исследователи обнаружили: у добровольцев в возрасте 80 лет и старше, чьи когнитивные способности были такими же хорошими, как у людей в возрасте 50–60 лет, качество отношений с другими оказалось на 4 балла выше по сравнению с их сверстниками, имевшими средние когнитивные способности.

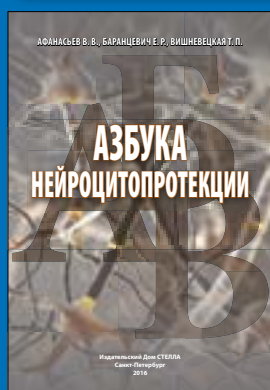
Специалисты пришли к выводу, что дружеские отношения с другими людьми — один из факторов, уменьшающих риск слабоумия. Кстати, до этого сотрудники Университета Тохоку установили, что благодаря ежедневному потреблению апельсинов, грейпфрутов, лимонов или лаймов риск деменции снижается почти на четверть.

Источник: <http://www.meddaily.ru/>



Книга **«Курорты Венгрии глазами российских специалистов»**
(под ред. М. А. Мамаевой, 2015)

содержит информацию о возможностях лечебно-оздоровительных программ венгерских курортов с учетом показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению, а также включает историческую справку о стране, дает представление о ее культуре, национальных брендах, туристических программах. В основу книги положены знания, полученные специалистами Общества «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА в рабочих поездках по обмену опытом на венгерские курорты. Материал изложен доступным, научно-популярным языком. Рекомендуются как врачам и среднему медицинскому персоналу, так и всем, кто интересуется качественным санаторно-курортным лечением и оздоровлением.



Книга **«Азбука нейроцитопротекции»**

(авторы: Афанасьев В. В., Баранцевич Е. Р., Вишневецкая Т. П., 2016)

построена в виде словаря, где в алфавитном порядке изложены основные термины нейроцитопротекции. Наряду с четкими инструкциями по применению препаратов авторы представили комментарии по клиническим особенностям их применения на основании собственных исследований. Книга предназначена для врачей разных специальностей.



Методическое пособие

«Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления»

(автор М. А. Мамаева, 2017)

автор представляет материалы собственных научных исследований проблемы частой заболеваемости в детском возрасте, предложен алгоритм обследования и лечения часто болеющих детей, даются практические рекомендации педиатрам первичного звена здравоохранения по работе с такой категорией детей в современных условиях, включая вопросы медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.



Книга **«Свет и Тьма или маги, экстрасенсы и целители: кто есть кто?»**

(автор М. А. Мамаева, 2011)

является результатом научного исследования автором феномена народного целительства и дара прозорливости, свойственных отдельным людям. В основу книги положены материалы бесед с известным Санкт-Петербургским целителем Ю. В. Кретовым, а также свидетельства людей, излеченных с помощью «необычных» методик. В книге даются разъяснения, как различить Добро и Зло в такой загадочной пока для нас сфере, как народное целительство.

Справки по тел: +7-921-589-15-82; e-mail: stella-mm@yandex.ru



В.Д.Лебедева,

врач-кардиолог, к.м.н., СПб ГУЗ «Городская больница № 40
Курортного района», Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, Россия,
e-mail: b40@zdrav.spb.ru

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Цель исследования — уточнение патогенетического механизма повышения (систолического давления) СД и (диастолического давления) ДД при гипертонической болезни (ГБ), а также использование рациональной белковой диеты для лечения ГБ 1–2 степени без применения гипотензивной терапии.

После 3-недельной белковой диеты среднее СД и ДД снизилось на 9%. Вариабельность АД снизилась на 9% и 7,9%. Индекс времени снизился на 48% и 26%. Индекс площади снизился на 29% и 34%, ЧСС — на 10%.

Изучаемые показатели имели позитивные сдвиги в конце лечения в дневное и ночное время суток.

Гипертонической болезнью (ГБ) в развитых промышленных странах страдают более 40% числа живущих людей. Широкое распространение среди населения и тяжелые осложнения, ведущие к инвалидности и высокой смертности, ставят ГБ на уровень значимой медицинской и социальной проблемы.

По данным Г.Ф.Ланга, разрешение проблемы этиологии и патогенеза ГБ необходимо искать в нарушении нервной части нейрогуморального, регулирующего кровообращение, аппарата.

Как показали исследования анатомического строения артериальной структуры основания мозга (Р.М.Беленькая, 1979), у взрослых людей классическая морфологическая организация артериального анастомоза с учетом значимых для мозгового кровообращения вариантов, отмечена только в 26% случаев. А, как известно, вазомоторные центры продолговатого мозга крайне чувствительны к комбинациям содержания кислорода в крови и повышению содержания в ней CO_2 . Понижение содержания O_2 увеличивает чувствительность вазомоторных центров и ведет к прессорным влияниям.

В патогенезе ГБ главное место занимает нарушение симпатoadренальной регуляции (И.С.Кушаковский, 1983). По мнению А.Н.Бритова, нарушение мозгового кровообращения обнаруживается на самых ранних стадиях формирования ГБ (приложение к журналу «Здоровье», 2004). Катехоламины активируют сократительный механизм в тех случаях, когда гладкие мышцы находятся в состоянии низкого исходного тонического напряжения и, наоборот, оказывают расслабляющее влияние на фоне высокого тонуса (Ю.Е.Москаленко и соавт., 1988).

Подтверждением этого факта может служить использование клофелина для снижения артериального давления (АД). Клофелин, являясь симпатомиметиком, вызывает

увеличение импульсов в адренергических рецепторах мозговых структур и способствует блокированию постсинаптических рецепторов, прекращению вазоконстрикции и снижению АД.

С момента описания Гарвеем замкнутой системы кровообращения, врачи в течение почти трех столетий не имели возможности измерять АД человека. Появление на пороге XX века метода Рива-Роччи позволило определять только систолическое давление, что не решало проблему. И только открытие Н.С.Короткова определения систолического и диастолического давления у человека звуковым способом позволило получить представление о гипертонической болезни.

С 60-х годов XX века разработана автоматическая методика измерения АД.

Адаптация кровообращения к потребностям организма осуществляется благодаря взаимодействию механизмов, влияющих на тонус артериол, поддерживающих объем циркулирующей крови (ОЦК). Нейрогенные воздействия в микроциркуляторном русле исходят от вазоконстрикторов, терминалы которых выделяют норадреналин, действующий на L_2 -адренорецепторы гладкомышечных клеток, тонические импульсации исходят от вазомоторного центра к сократительным элементам сосудов. Вазодилатация при активации симпатических вазомоторов опосредуется интактным эндотелием, синтезирующим после адреналинового сигнала. При ГБ его значение сводится к нейрогенной норадренергической вазоконстрикции от симпатического вазомоторного центра, а также зависит от концентрации ионов натрия в артерии, являющегося «дирижером» уровня антидиуретического гормона (АДГ), альдостерона, предсердного антидиуретического гормона (НаЧГ). Возникает необходимость отрегулировать водный баланс и состояние

осмотического гомеостаза (по М.Шеблиху, 1978, учеб., по А.Н.Зайчик и др.).

Но именно белковая составляющая общего внутрисосудистого давления оказывается единственно значимой субстанцией для перехода жидкости через сосудистую стенку и поддерживает осмотическое давление по обе стороны гистогематических барьеров. В норме плазменная концентрация более чем в 3 раза превышает гитерстациональную. Пептиды, как катехоламины «выполняют функцию не только медиаторов, но и гормонов, передавая информацию от клетки к клетке по системе циркуляции. Сказанное относится к регуляторным гормонам пищеварительного тракта» (А.Ш.Бышевский, 1994). При этом повышается давление внутриклеточной жидкости и снижается уровень внеклеточной жидкости. Этот процесс связан с всасыванием белков в тонком кишечнике. Белки в мембране клетки являются транспортными каналами, по которым осуществляется движение ионов в двух направлениях против градиента концентрации. Вода перемещается пассивно в направлении повышенного осмотического давления, что, в основном, создается электролитами. Поступление в энтероциты тонкого кишечника происходит по принципу контртранспорта Na^+ . Благодаря белкам Na^+ поступает в клетку, вода перемещается вслед за натрием. В тонком кишечнике полипептиды подвергаются расщеплению панкреатическими ферментами до аминокислот, в том числе незаменимых — фенилаланина, тирозина, которые поступают в плазму и достигают мозговых структур.

Описаны наследственные «нарушения функций отдельных переносчиков аминокислот, приводящие к специфическим дефицитам аминокислот» (Дж.М.Хендерсон).

Использование специальной диеты для больных ГБ с достаточным содержанием незаменимых аминокислот (фенилаланин, тирозин) создает осмотическое давление без повышения уровня натрия, вследствие чего не активируется АДГ, который обычно влечет за собой повышение внеклеточной жидкости и, значит, в этой ситуации вызывается повышение АД.

Поступление в мозговые структуры фенилаланина (предшественника норадреналина), избыток которого в мозге способствует блокированию постсимпатической мембраны в синапсах мозговых структур и вызывает вазодилатацию сосудистого русла, способствующую снижению АД при ГБ.

Нами обследованы 67 больных ГБ 1–2 степени. Больные ГБ в течение трех недель находились на бессолевой, белковой диете, содержащей незаменимые аминокислоты. Суточное мониторирование АД проводили по стандартной методике на аппаратах «Кардиотехника», «Инкард». Интервалы измерений в дневное время составляли 15 минут, в ночное — 30 минут. Анализировали среднее систолическое давление (СД), диастолическое давление (ДД) за сутки, день, ночь. «До» и «после» курса лечения определяли массу миокарда левого желудочка (ЭХОКГ на аппарате «Алока»), общее периферическое сопротивление (ОПСС) по формуле Пуайзеля-Франка. Рассчитывали индекс времени, величины утреннего подъема, суточную величину АД. Статистическую обработку проводили с помощью стандартного пакета статистических программ SPSS. Результаты исследования представлены в виде среднего значения $\pm$ стандартные отклонения:

Количество пациентов — 67	
Среднее АД	
до лечения	после лечения
СД $136,1 \pm 19$	$123,1 \pm 1,9$
ДД $85,7 \pm 1,4$	$77,1 \pm 1,4$
Вар. СД $15,4 \pm 0,8$	$12,1 \pm 0,7$
Вар. ДД $13,1 \pm 0,5$	$10,4 \pm 0,7$
ИБ СД $47,8 \pm 6,4$	$22,8 \pm 4,7$
ИБ ДД $45,9 \pm 6,1$	$25,9 \pm 5,1$
ИП СД $110,3 \pm 21,7$	$31,6 \pm 8,5$
ИП ДД $103 \pm 21,2$	$35,5 \pm 6,9$
ЧСС $74,8 \pm 1,7$	$70,6 \pm 2,3$
День	
ср. $140,4 \pm 1,7$	$127,4 \pm 2,3$
ср. $89,8 \pm 1,3$	$80,2 \pm 4,7$
вар. $13,1 \pm 0,9$	$9,8 \pm 0,5$
вар. $11,4 \pm 0,6$	$8,6 \pm 0,5$
ИБ $50,5 \pm 6,5$	$24,7 \pm 5,7$
ИБ $50,0 \pm 6,1$	$27,0 \pm 5,8$
ИП $83,5 \pm 15,1$	$22,5 \pm 5,1$
ИП $71,9 \pm 14,0$	$25,0 \pm 6,0$
ЧСС $78,8 \pm 1,8$	$73,5 \pm 2,4$
Ночь	
ср. $121,3 \pm 2,5$	$112,8 \pm 2,1$
ср. $73,1 \pm 2,1$	$68,9 \pm 1,7$
вар. $10,7 \pm 0,8$	$9,1 \pm 0,7$
вар. $8,8 \pm 0,6$	$8,6 \pm 0,4$
ИБ $33,7 \pm 6,8$	$15,1 \pm 3,1$
ИБ $37,7 \pm 7,7$	$23,6 \pm 6,1$
ИП $25,3 \pm 8,7$	$8,2 \pm 2,3$
ИП $32,2 \pm 1,9$	$12,1 \pm 3,6$
ЧСС $64,2 \pm 1,6$	$63,5 \pm 2,5$
АГ — артериальная гипертензия; ср. СД — среднее систолическое АД; ср. ДД — среднее диастолическое АД; вар. — вариация; ИВ — индекс времени; ИП — индекс площади; ЧСС — частота сердечных сокращений.	

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета компьютерных программ Statistica v.6.0. При анализе использовался парный и непарный критерий t Стьюдента. Достоверными считали различия при $p < 0,5$. Результаты представлены в виде $M \pm m$, где M — среднее арифметическое, m — стандартная ошибка среднего.

Как следует из таблицы среднее СД и ДД через 3 недели применения белковой диеты снижались $\approx 9\%$. Вариабельность снижалась на 9% и $7,9\%$, существенно снижались индекс времени — на 48% и 26% . Индекс площади уменьшался на 29% и 34% . ЧСС снижалось на 10% .

После окончания курса белковой диеты по данным ЭХОКГ снижалась ММЛПС с $234,3 \pm 14,8$ до $224 \pm 21,7$. Наблюдалось уменьшение ОПСС на $7,8\%$.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предлагаемая нами белковая диета, как следует из проведенных исследований, способствовала снижению АД без дополнительного медикаментозного вмешательства, что связано с пульсирующим ритмом гормонов, воздействующих на нейрогуморальные пути регуляции и определяющих уровень АД, что, прежде всего, связано с воздействием АДГ. Гиперматриалия сопровождается выходом воды из клеток, тенденцией к развитию внутриклеточной дегидратации и ведет к внеклеточной гипергидратации (А.М. Зайчик и соавт.), сопровождается ростом АД. Наоборот, при гипоосмолярности и дегидратации в сосудистом русле растет внутриклеточное давление за счет перемещения воды внутрь клеток, снижение уровня внеклеточной жидкости, повышение уровня белков, снижение АД. При белковой диете, в организм поступают в достаточном количестве незаменимые аминокислоты (фенилаланин, тирозин), являющиеся предшественниками норадреналина, присутствие которых в мозговых структурах способствует снижению АД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленькая Р.М. Инсульты и варианты артерий мозга. М., 1979.
2. Бышевский А.Ш., Тердинов О.А. Биохимия для врача. Уральское издательство, 1994.
3. Бритов А.Н. Сердечнососудистый риск у больных САГ и возможности его коррекции. Приложение к // «Здоровье», № 10, 2004.
4. Гальперин С.Н. Анатомия и физиология человека. Высшая школа. М., 1974.
5. Джозеф М. Херденсон. Патологическая физиология органов пищеварения. Изд. «Блином», М., 2010.
6. Зайчик А.И. и соавт. Основы патохимии. М., 2000.
7. Коньшев В.А. Питание и регулирующие системы организма. М., 2000.
8. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь и вторичные гипертензии. Медицина, 1983.
9. Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь. Медицина. М., 1950.
10. Лебедева В.Д. Современные представления об этиологии и патогенезе гипертонической болезни. Тезисы. Сиб. НИИ кардиологии, 2004.
11. Лебедева В.Д. Роль исследования показателей реоэнцефалограммы в изучении механизмов повышенного артериального давления у человека. Регионарное кровообращение и микроциркуляция. № 4, 2005.
12. Лебедева В.Д. Церебральная гемодинамика по данным РЭГ при повышенном артериальном давлении у человека. Физиологический журнал, № 5. СССР, 2004.
13. Маслова Л.Н. Воздействие на синтез норадреналина на четвертой неделе жизни и развитие наследственной, индуцируемой стрессом, артериальной гипертензии у крыс. Российский физиологический журнал, № 11 том 84, 1998.
14. Москаленко Ю.Е. и соавт. Наука. Л., 1988.
15. Медведев Б.А. Фармакологическое исследование клофелина. Фармакология и токсикология. № 3. М., 1977.
16. Недогода С.В., Петров В.А. Суточное мониторирование артериального давления. Артериальная гипертензия. № 4/2, 1998.

НОВОСТИ

Финики — плоды финиковой пальмы (лат. *Phoenix dactylifera*). Финиковые пальмы насчитывают несколько различных видов, не все из которых могут похвастаться съедобными и полезными плодами. Лучший вид фиников — финик пальчатый, его плоды немного продолговатые. Финиковые пальмы с древнейших времен выращиваются в странах с теплым климатом, их начали культивировать более пяти тысяч лет назад. Некоторые жаркие страны имеют обширнейшие плантации и в промышленных масштабах производят из фиников сухофрукты. Финиковые пальмы растут в странах Азии, в Африке, Южной Америке и в Австралии.

Финики являются ценным продуктом питания и отличаются богатым химическим составом. Мякоть финика состоит из углеводов, белка, жира и клетчатки. Химический состав фиников также богат витаминами, минералами, натуральными сахарами и даже незаменимыми аминокислотами, которых нет ни в каких других фруктах. Состав фиников также содержит витамин Е, витамины группы В, каротин, рутин, калий, кальций, фосфор, цинк, марганец, селен, железо.

При несомненной пользе финики являются довольно калорийным продуктом, содержащим большое количество сахара, поэтому их следует употреблять с осторожностью людям, страдающим избыточным весом или сахарным диабетом. Калорийность фиников — порядка 290 ккал на 100 граммов, а калорийность одного финика — в среднем около 30 ккал. Поэтому суточная норма данного продукта не должна превышать 2–3 штук среднего размера. Однако финики — это прекрасная альтернатива более вредным, жирным и калорийным другим кондитерским изделиям — выпечке, шоколаду, конфетам и т.д.

Употребление фиников необычайно полезно для мозга. Полезные вещества, содержащиеся в финиках, благоприятно воздействуют на корневые окончания, стимулируют мозговое кровообращение. Полезные свойства фиников в том, что они улучшают давление, работу сердца, снижают риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Польза фиников также известна при анемии, они улучшают состав крови, укрепляют иммунную систему и тонизируют весь организм.

Пищевые волокна, содержащиеся в составе фиников, полезны для пищеварительной системы и кишечника. Финики снижают риск возникновения дизбактериоза. Известна польза фиников для мужчин — они повышают потенцию и способствуют зачатию. У некоторых народов до недавнего времени финики составляли основу рациона; их брали с собой в дальние походы и морские путешествия.

Источник: <http://sostavproduktov.ru/>



А. К. Суворов,
психолог, Санкт-Петербург,
тел. +7-904-633-61-82, e-mail: asoborov@mail.ru

ЭНЕРГОИНФОРМАЦИОННЫЕ «МИНЫ»

В последнее время стала понятна одна из причин появления негативных состояний у всех людей без исключения, и прояснился механизм возникновения конфликтов, ссор и вражды.

Источником негатива во многих случаях являются энергоинформационные «МИНЫ». Люди натываются на такие «мины» — и происходит Взрыв, который порождает разрушения в энергетическом каркасе, приводящие к сильной нервно-психологической БО-ЛИ, вспышкам негативных эмоций, угнетенным и агрессивно акцентированным состояниям.

Самого взрыва обычно не замечают. Он происходит мгновенно, но последствия его крайне разрушительны.

Из-за того, что истинная причина резкого ухудшения самочувствия остается «за кадром», причины его возникновения обычно приписывают более привычным явлениям. Наиболее характерным является приписывание создания этой адской боли другому человеку — «тому, кто под рукой».

Чем являются такие «мины» на самом деле, до сих пор до конца не известно. Возможно, это древнее оружие атлантов, психотронные воздействия или сгустки концентрированного негатива общего энергетического поля человечества. Может быть, это воздействие темных сил, инопланетных вредителей. Или же эти «мины» являются своеобразными живыми существами, темными сущностями, хищниками, бесами, асурами и т.п. Вполне вероятно, что это квази-живые программы, энергетические биороботы, инородные вирусы, проклятья, сглазы, порчи и прочие магические нападения. А может быть, «мины» — все это вместе взятое или многое из перечисленного.

Вполне вероятно, что такие «мины» были всегда — начиная «от Адама», но также можно

предположить, что в современной цивилизации в последние годы их стало почему-то больше.

Работа по выяснению природы «мин» продолжается, в ближайшее время все разъяснится. Пока же просто важно знать о существовании таких «мин», об общем характере их действия, а также знать методы преодоления последствий таких взрывов, в случае, если вы стали их жертвой.

Признаки поражения «миной»

1. Негативное состояние возникает внезапно, на ровном месте, сначала, как недоразумение (как джин из бутылки, Ящик Пандоры).

2. Самого Взрыва не замечаешь.

3. Внезапно испытываешь Сильнейшую Боль.

4. Интерпретируется ситуационно, как нападение. Рождает ответное обвинение, обиду, враждебность, агрессию, гнев.

5. Острый кризис поражения «миной» длится около двух суток, потом резко сам собой идет на убыль.

6. «Мина» действует сверхточно против обоих участников конфликта — как самонаводящаяся ракета.

7. Программа «мин» — разрушение — и каждому бьет по его слабым местам, актуализирует страхи, подозрения, раздражительность, нервозность, сомнения, обидчивость, ранимость.

8. В состоянии поражения «миной» человек очень сильно сконцентрирован на себе — своей боли, ощущениях, эмоциях. Резко падает внимательность к мнению и желаниям других людей. Проявляется болезненный эгоцентризм, ведущий к шизоидальности, параноидальности и замкнутости.



9. Пострадавший от «мины» сам уже несет разрушения вокруг себя — «на войне, как на войне». Действует жестоко, беспощадно и агрессивно, без сострадания к «врагу». Он считает, что на агрессию к себе отвечает адекватно.

10. Возникает цепная реакция, начинается ссора, «принципиальное» выяснение отношений. Такой конфликт — «бой без правил» — приводит к крайне искаженному в негативность общему мнению о противнике — и, как следствие, к острому желанию «больше никогда не встречаться с этим человеком!»

РЕКОМЕНДАЦИИ — Комплексный подход

1. Отделить боль от конкретной ситуации, от человека, который воспринимается, как источник и причина этой боли. Не искать виноватых.

2. Концентрация на позитиве — переключиться на любовь, доброжелательность.

3. Или отвлечься на приятные занятия — хобби, прогулка, сон, душ, кино, ТВ, компьютерные игры, работа, общение и пр.

4. Энергетические упражнения — залечивать раны, нейтрализовать яды. Лечебные процедуры — физиотерапия, химиотерапия и пр.

5. Избегать открытых конфликтов любой ценой, выработать рефлекс — не вступать в конфликты.

6. Выделить время и сконцентрировать свои усилия на том, чтобы отстраниться от ситуации, посмотреть на подозрительно быстро возникший и неожиданно бурный конфликт объективно. Дать себе жесткую установку на изначальную доброжелательность к другому человеку, на понимание того, что он не желает вам зла, ни в коем случае не хотел причинять вам боль.



НОВОСТИ

Энергетический вампиризм — вполне реальное умение одних людей портить жизнь окружающим ради забавы и выгоды. У этих виртуозов психологии есть отличительные черты и типичные модели поведения, о которых стоит знать.

Современные вампиры не имеют никакого отношения к мистике. Это характеристика людей, которые пытаются использовать ваши эмоции для своего личного блага. Методы подобных людей четко продуманы, а потому энергетического вампира заметить не так легко.

Энергетический вампир — человек, который грузит других негативной информацией и своими проблемами. Это утомляет, потому что мы все обладаем эмпатией и склонны переживать за других.

Есть несколько признаков, по которым энергетического вампира можно узнать заранее:

1. *Ищут жалости.* Один из явных признаков и опасная ловушка. Мы легко попадаем в сети энергетического вампира, когда оказываем ему услугу. Его всегда есть за что пожалеть. После акта милосердия мы чувствуем себя героями, спасителями, ощущаем прилив гордости. За этими положительными эмоциями мы не замечаем, как внимания человеку стали уделять слишком много, его жалобы начали переходить все разумные границы, а требования пожалеть стали всё настойчивее и опаснее.

2. *Считают всех вокруг виноватыми в своих бедах.* Вампиров всегда окружают сплошные злодеи: жестокая мать, сварливая жена, меркантильная любовница, глупые дети и начальник-самодур. У этих людей все вокруг виноваты в их бедах, кроме них самих. Любое неточное слово, и вы уже становитесь врагом. Вампир постоянно создаёт чувство вины у товарищей и собеседников. Если вы чувствуете вину только от воспоминаний о человеке, то перед вами вампир. Социальный контракт — это обмен ресурсами между людьми. Когда человек упивается жалостью к себе, вместо того, чтобы попросить повышение или уволиться, он хочет, чтобы его продолжали выслушивать. Такое взаимодействие может быть удобно обеим сторонам.

3. *Провоцируют ссоры и драки.* Негативное внимание — тоже внимание. Энергетические вампиры с удовольствием используют это правило в жизни. Провоцировать ссоры, эмоционально обижаться, махать кулаками по малейшему поводу — это о них.

4. *Любят плести интриги.* Особое удовольствие вампирам доставляют сплетни и ссоры в любом коллективе. Втираясь в доверие к каждому, они тонко чувствуют слабые места и дергают за ниточки так, чтобы максимальное количество людей разругалось по самым драматичным поводам.

5. *Бьют в самый неожиданный момент.* Обмен энергией не происходит в один момент: энергетический вампир подпитывается ею во время жалоб, внимания, ссор, которые умело срежиссировал. Но есть ситуации, которые помогут такому человеку насытиться чувством собственного превосходства надолго. Чем меньше вы ждёте подвоха, тем сильнее будет ваше разочарование и энергетический обмен.

6. *Идут на крайности.* Косвенный признак, по которому легко узнать энергетических вампиров, — они склонны к крайностям. Они занимаются экстремальными видами спорта, женятся на второй день после знакомства и разрывают связи с близкими людьми после крохотной ссоры, потому что им не хватает собственных эмоций. От таких людей лучше держать подальше свои чувства.

Как защититься от энергетического вампира? Первый шаг — распознать его. Тот, кто отдаёт энергию вампиру, называется энергетическим донором. Но не все люди склонны безвозмездно отдавать моральные силы. Донорами становятся слабые личности, люди с расшатанным эмоциональным фоном, которые склонны к излишнему доверию и опеке. Научитесь отказывать. Мягко отказывайтесь делать то, что вам не нравится, после первой же просьбы, которую вам сложно исполнить. Отстаивайте границы. Никто не может указывать вам, что вы что-то сделали неправильно или что у вас дурной характер. Человек должен уметь принимать решения, опираясь на свой внутренний стержень. Если внутренний центр слабый, то мы склонны искать поддержку и одобрение других людей. Здесь и возникает угроза столкнуться с энергетическим вампиром. Отслеживайте яркие эмоциональные вспышки. Даже радостные. На первых этапах вампиры кормят вас положительными впечатлениями, чтобы вы привязались. Так они расшатывают ваши эмоциональные качели. Не верьте сплетням. Хорошо состряпанные слухи звучат вполне правдоподобно, но подумайте, зачем человек вам всё это рассказывает и как ему будет выгодна ваша ссора с объектом сплетен. Полагайтесь только на себя. Получать помощь и поддержку от близких — бесценно. Но всегда стоит иметь запасной план на случай, если друг окажется не тем, за кого себя выдавал.

Источник: <https://lifehacker.ru/>



От Редакции: В течение многих лет с помощью народных целителей, которых в силу их необычных способностей принято называть «ясновидящими», мы изучаем основы народной медицины, медицины древности, о которой люди в большинстве своём давно забыли. Сегодня вашему вниманию представляем запись беседы с известным санкт-петербургским целителем Юрием Васильевичем Кретовым. Наш разговор посвящен целебной силе слова и, вообще, СИЛЕ слова.

ЛЕЧЕНИЕ СЛОВОМ ИЛИ ВРЕМЯ РАСКРЫТИЯ ТАЙН...



— Юрий Васильевич, несколько лет назад мы начали обсуждать тему лечения словом и силы слова вообще. Тогда слишком многое осталось «за кадром». Учитывая то, что сейчас в нашем обществе стали более внимательно относиться к древней народной медицине и древним знаниям в целом, признать эффективность альтернативных методик исцеления и т.д., я думаю, можно более широко осветить тему лечебной силы и, вообще, силы слова...

— Да, можно сказать, что наступило время раскрытия тайн. Люди даже представить себе не могут, насколько велика сила слова! Если нападают словом, это трудно вынести, даже если, на первый взгляд, слово самое обычное, простое. Я раньше уже говорил, что у каждого человека есть свой и только свой набор специфических слов или фраз, которые можно назвать «ключевыми», потому что эти слова есть «ключ» к управлению этим конкретным человеком. Эти «ключевые» слова — самые обычные. Вопрос в том, как узнать эти слова и в какой последовательности их использовать, так как последовательность тоже имеет значение. Можно сколько угодно ломать голову — ничего не получится. Но есть и другой набор слов для каждого человека — это слова, которые этот конкретный человек попросту не выносит, они вызывают у него огромную неприязнь и отторжение. Вот так нечаянно сказанное слово может либо оттол-

кнуть от вас человека, либо привлечь его внимание...

— Но если иметь доступ к так называемым «ключевым» словам, получается, можно управлять людьми при помощи слов?

— Это не совсем так. Существует система доступа. Эти знания мало кому даются. Многие мечтают подступиться к этим знаниям, постичь эти тайны, но, когда человеком движет корысть, жажда власти, такие знания ему не доступны, они заблокированы.

— А если всё-таки сбой в системе? Если допустить мысль, что эти знания станут доступными, например, сектантам или колдунам, так называемым «чёрным магам»?

— Даже если это случится, то им доступны будут только «клички», они будут в этом путаться. Колдуны могут, конечно, использовать различные фразы, сочетания слов в своих ритуалах, заклинаниях, заговорах, но опять-таки, будучи ограниченными в знаниях, далеко не всегда они достигают цели, и это общеизвестно. Но есть люди, которые чётко видят «ключевые» слова, однако в силу ряда объективных причин не могут это использовать.

— Вы как-то сказали, что воздействие словом — самое сильное из всех возможных воздействий. Почему?

— Потому что через слово в мозг может проникать составляющая вкрадчивости как смысловой аспект и в виде вибраций. Например, человек с «большим забралом» говорит

по-доброму или, наоборот, язвит, и собеседник его не сможет понять, но подсознание расшифрует суть сказанного «на погибель себе», в итоге произнесенные слова и фразы возымеют действие, и виновного здесь потом найти будет невозможно. Все процессы, инициированные словами и фразами, идут очень завуалированно, незаметно.

— Что больше всего действует: сами слова, их сочетание и последовательность, интонация, ритм или что-то другое?

— Действует всё! Ведь одну и ту же фразу разные люди могут произносить по-разному: спокойно, тихо, ровно и, наоборот, громко, выразительно и даже страстно. И ритм речи имеет тоже колоссальное значение. Кроме того, у каждого человека есть свой тембр голоса. Тембр — это самая сложная составляющая. В связи с этим я могу сделать небольшое открытие для эстрадных певцов: я могу изменить тембр голоса певца, хотя это считается невозможным. Звукоизвлечение имеет свойство окрашиваться тембром, проникать глубоко в пространство индивида, и можно даже попытаться извлечь тембральную составляющую из каждого человека, что может являться «лотерейным билетом» вхождения туда, внутрь. И это будет уже «звукоизлечение».

— Про врачей, которые умеют правильно разговаривать с пациентами, говорят, что они даже «словом лечат». А ведь в древности, на самом деле, лечили словом



знахари, используя различные приговоры, заклинания и нащёптывания, т.е. всегда существовало лечение словом и лечение звуком...

— Есть понятие «словосочетание», и есть понятие «звукосочетание». Лечебной силой обладает «словосочетание», а вот «звукосочетание» имеет несколько иное воздействие — оно предостерегает, оберегает, отводит, отталкивает, притягивает, возвращает и т.д., то есть это напрямую относится к приворотам, отворотам, заклинаниям и т.п. «магическим» манипуляциям. Однако надо понимать, что если человек изменился, то меняется и составляющая его «ключевых слов, так что прежние «словосочетания» уже не действуют! Кодовая система современного человека усложнилась донельзя. Я бы даже сказал, что человек — это самый сложный из всех сейфов.

— «Ключевые фразы» для конкретного человека не являются константой?

— Совершив акт своего действия, работы, «ключ» может потерять смысл. Если он «провернут», должно быть совершено какое-то действие, для которого этот «ключ» предназначен. «Ключевые фразы» могут даже привести к революции в обществе. Эта ситуация, которую мы обсуждаем, на самом деле, очень серьезная. Мы никогда не знаем, что в системе пространства может сработать как «ключевой» механизм. Последствия действия «ключевых фраз» могут быть самыми невероятными!

— В чём же главный секрет «ключевых» слов человека?

— Есть слова, которые задевают нашу эмоциональную природу. А есть слова, которые задевают наше подсознание. Есть слова, которые несут в себе настолько глубинную мощь, что даже если они будут произнесены сегодня, то сработать их сила может даже через десять лет! Есть глубины подсознания, где хранится огромное количество «мёртвой фразеологии», и если её оттуда «вытащить», то в данном индивидууме можно запустить либо процесс смерти, либо процесс жизни. настолько это мощно. Эти фразы, эти слова, несущие в себе огромную силу, остаются в глубине эволюционного пласта. Но есть люди, которые способны эти фразы, эти слова оттуда «вытащить» и использовать в каких-либо целях. Ведь если эти фразы начать произносить, спровоцированная ими волна достигнет данного индивидуума и, наверняка, нанесёт ему колоссальный урон.

— Вот-вот, именно эти приёмы, видимо, и используют неразборчивые в средствах маги и экстрасенсы?

— Использовать-то используют, но вопрос в том, могут ли они видеть «ключевые» фразы. Это мало кому доступно, я уже это говорил. И если я вижу «ключ», то уж никак использовать его не смогу. Ну, нет таких людей, чтобы они могли

всё! Иначе один человек мог бы овладеть всем миром!

— Значит, сила «мертвых фраз» в том, что они накапливались годами, столетиями и откладывались пластами, потенцируя в себе какую-то неведомую энергию...

— Да, их сила в накопленности скрытой ниши, целой ниши. Если представить жерло потухшего вулкана, то надо понимать, что оно чревато тем, что при его «оживлении» может плюхнуться столько накопленного, что мало не покажется! Но это весьма условно. Мертвые фразы обладают свойством инерционной составляющей. Надо понимать, что есть некоторая «ключевая» составляющая мертвого в структуре живого. Если произнести определенные «мертвые» фразы, которые будут «ключевыми» для данного конкретного человека, то он потянется к потустороннему миру. Причем, из всех сил. И найдет способ туда уйти, причем, на уровне подсознания. Неважно — как. Но он будет туда стремиться вплоть до того, что будет отключено его внимание, в итоге он или под машину попадет, или под поезд, или еще что-то случится... Всякая энергия мертвых «сбрасывается» в «мертвый» язык, поэтому любая группа фраз мертвого языка способна запускать механизмы возвратности живого к мертвому.

— Фразой можно убить?

— Смотря какой фразой... Если настраиваться на ритм покойника и если использовать фразу концентрированно, то я не исключаю такой возможности. Другой вопрос — какой человек способен на это?! Эти люди не на виду. Ванга могла такое наговорить про известных людей! А представьте, сколько среди нас «тихих» прорицателей... Если мы думаем, что их нет, то очень ошибаемся.

— Вы как-то сказали, что «слово может стяжать отрицательный фактор, и слово может стяжать положительный фактор». Каким образом?

— Если купец-старовер давал слово, то это был железный закон — «не обмани!». Это слово имело колоссальный вес, ему верили. Если священник Никон вел к новой вере, то это был обман. Людей призывали «отмолить грехи», придя к новой вере. У староверов нельзя «отмолить грехи», просто заплатив, т.к. это еще больше усилит степень осквернения. Это я о цене слова... Чего стоит слово одного и чего стоит слово другого... Меня вдруг осенило, что бизнесмену-староверу можно доверять, и, к примеру, финскому бизнесмену можно доверять, а российскому — нет. Извините, но это так. Мы по таким законам тут живем. Одна дама с Рублевки у меня спросила, что такого страшного в слове «грех», и заявила, что, мол, «мы любой грех отмолим», если понадобится. Вот так... Люди не понимают, что наказание за свои грехи они могут получить не в суде, тем более, что наше правосудие тоже

вызывает много вопросов. Я знаю случаи, когда наказание наступало во сне. Люди умирали за свои грехи во сне, причем, испытывая дикий ужас! И такие случаи не редки.

— **Возможно, в речи людей не зря появляются слова-паразиты, которые все стараются искоренять? Порой это так режет ухо... Может, они тоже что-то стяжают?**

— Слова-паразиты, как это ни странно, предохраняют от психических расстройств. Таких слов очень много, у каждого человека свой набор. Но если их «загонять» внутрь, то идёт накопление невысказанных, подавленных эмоций, и рано или поздно может произойти «взрыв» изнутри. А слова-паразиты — это «сброс».

— **Разве от них не надо избавляться?**

— Можно взаимозаменить, увеличить словарный запас или организовать стилистику. Над речью надо работать! Я больше скажу. Есть фразы, которые можно произносить перед сном, и это будет служить для ясности ума и предотвращения маразма. Ведь если духовное развитие человека преобладает над интеллектуальным, человек не впадёт в маразм, а если наоборот — впадёт. Здесь срабатывает обратный эффект маятника. Духовное раскрытие — это раскрытие не в плане потенциала, а это раскрытие внутреннего пространства. Раскрываясь, оно вовлекает за собой лавину всего, что движется одновременно, и поэтому мозг продолжает подстраиваться до конца дней. Но если мозг

прекращает являть свою цикличность и замыкается, то может возникнуть эффект обратного маятника, когда мозг может войти в исходное состояние, впадая в структуру фактора возникновения как бы из детства, как зарождения. В тот момент, когда старик прекращает называть себя «я», а произносит «дед пошёл», «дедушка хочет», считайте, что личности здесь больше нет. В психологии есть такое понятие: если ребёнок говорит: «Маша пошла», «Маша хочет», — здесь ещё нет личности, но как только Маша скажет: «Я хочу», — с этого момента явлена личность. Некая возвратность имеет место быть, возвращаясь к исходному состоянию.

— **Да, своё «я» нельзя терять... А как Вы думаете, могут ли современные врачи на самом деле лечить с помощью слова?**

— Отчасти могли бы.

— **Вероятно, для этого надо возрождать древние знания, те же заклинания, нащёптывания и т. п.? Где же их искать теперь после того, как всё практически утеряно?**

— Ничто бесследно не исчезает. В деревнях есть такие бабушки, которые по роду передают то, что наработано многими поколениями. Их мало, но они есть. Однако это отдельная тема...



Беседу вела М. Мамаева.

Продолжение следует...

К СЛОВУ...

Нет ничего могущественнее слова. Ряды сильных доводов и высоких мыслей невозможно прорвать. Слово разит свирепых, и рушит крепости. Это невидимое оружие. Без него мир принадлежал бы грубой силе.

А. Франс

Нет магии сильнее, чем магия слов.

А. Франс

Слово — одно из величайших орудий человека. Бессильное само по себе, оно становится могучим и неотразимым, сказанное умело, искренне и вовремя. Оно способно увлечь за собой самого говорящего и ослеплять его и окружающих своим блеском.

А. Ф. Кони

Всякая мысль, выраженная словами, есть сила, действие которой беспредельно.

Л. Н. Толстой

Где не погибло слово, там и дело еще не погибло.

А. Герцен

Словами можно смерть предотвратить, Словами можно мертвых оживить.

А. Навои

Сила слова беспредельна. Удачного слова часто достаточно было, чтоб остановить обратившееся в бегство войско, превратить поражение в победу и спасти страну.

Э. Жирарден

Язык — самое опасное оружие: рана от меча легче залечивается, чем от слова.

Кальдерон де ла Барка

Слова — оружие; заимствовать их из арсенала врага опасно как в теории, так и в политике.

Д. Сантаяна

Живое слово делает чудеса.

Н. Н. Бурденко



От редакции. О силе слова мы продолжаем разговор с Пахлавом Кучкоровым, целителем из Таджикистана, который уже хорошо известен нашим читателям по предыдущим публикациям.

КАЖДАЯ БУКВА ИМЕЕТ СВОЮ СИЛУ

— Пахлавон, что Вы можете сказать о силе слов, фраз? Ведь во многих старинных магических обрядах разных народов использовались заклинания, нашептывания, приговоры и т. д.

— Многие не знают, что не только слова и фразы, но даже каждая буква имеет свою силу, и, составляя слово, эти буквы начинают работать и действовать. Почему, собственно, люди порой говорят: «Сбылось то, что сказали или «накаркали». Но как это сработало, каков сам механизм этого воздействия, никто не знает. Однако сбывается тогда, когда начинают работать буквы, их сочетания, т. е. слово.

— Имеет ли значение интонация, с которой произносятся фразы, слова? И какое значение?

— Интонация, конечно, имеет очень большое значение. Есть болезни, про которые говорят, что это «злые духи» вселились в человека, и эти «духи» реагируют именно на интонацию, то есть на силу слова. Ни для кого не секрет, что порой для исцеления требуется «изгнание духов», так вот некоторых надо изгонять «хорошим словом» или «ласково», а некоторые напрашиваются на «грубость», т. е. придется с ними обращаться жестко. Везде есть свои нюансы.

— Вы тоже используете слова для исцеления людей и для помощи людям — это молитвы. Молитвы у каждого народа и в каждой конфессии свои. Но есть ли отличие по сути? Может, в Коране заложено еще что-то важное, кроме самой молитвы, как Вы считаете? Ведь Библия у христиан — тоже не простая книга...

— Да, Коран — это тоже не просто книга, это книга-загадка, она и лечит, и помогает в разных жизненных ситуациях, и это не просто молитвы, это целый мир, полный таинств. Конечно, этот мир открывается не всем, а только тем, кто этого очень и искренне хочет, там есть строки, которые лечат сложнейшие, тяжелые болезни, когда медицина бессильна, а есть строки, которые помогают в личных делах...

— Вы много работаете с людьми. Не приходилось ли замечать, что от характера речи человека зависит и его состояние здоровья, и образ жизни?

— Конечно, характер речи влияет на состояние здоровья человека и, соответственно, на образ жизни. Или, наоборот, образ жизни человека и его состояние здоровья отражаются в его речи. Люди слишком жесткие или грубые, те, кто часто обижают людей, обычно сами тяжело болеют и, так уж случается, что умирают они нередко при не ясных обстоятельствах, так что даже родственники ничего не могут понять и объяснить...

— Есть ли какие-то слова или фразы, которые Вы бы рекомендовали людям произносить, к примеру, для профилактики заболеваний?



— У нас в Средней Азии все родители учат детей, чтобы всегда и везде они произносили фразу, смысл которой на русском языке примерно таков: «От напасти огня, от напасти воды, от пустой клеветы, от преждевременной смерти сам защити и сохрани!». Это обращение к Аллаху. А в Коране для защиты здоровья и профилактики заболеваний есть слова, отдельные для каждого случая.

— Какое значение Вы сами придаете словам в своей жизни и в работе с людьми?

— Я очень большое значение придаю словам, которые произношу сам, и всегда прислушиваюсь к своим родным, стараясь упредить, чтобы они не произнесли «неуместное слово», ведь я много раз убеждался на практике, что такое сила слова. Поэтому говорю всем, что прежде чем произнести слово, нужно сначала подумать, особенно, если это касается здоровья, личной жизни человека. Следить нужно за своей речью, бережно относиться к словам и произносимым фразам.

— Были ли случаи в Вашей практике, когда словом кто-то мог сильно навредить человеку?

— По этому поводу я мог бы привести массу примеров. Вокруг это происходит сплошь и рядом. К сожалению, большинство людей не задумываются о том, какой силой обладают слова, и могут нанести большой вред другим людям, даже не желая этого, просто, высказав что-то не очень хорошее, будучи в плохом настроении, в состоянии злости или, например, испытывая зависть. Я не хотел бы озвучивать такие случаи здесь, т. к. вся информация, которую мне доверяют люди, остается при мне. Но скажу только одно, что давно заметил, когда меня обижают (а я стараюсь в таких случаях не обижаться, не реагировать, даже если очень сильно обижают), то через какое-то время, пусть даже через год или через 5 лет, но до меня доходят известия, что с человеком, который обидел меня, случилось что-то неладное. Я ему этого не желал, я не хотел такого, но оно, тем не менее, происходит... Поэтому надо помнить, что все возвращается.

— Как Вы считаете, словом можно убить? А вылечить?

— Да, словом можно и убить, и вылечить! Это давно доказано в так называемой магической среде, но современная медицина и обычные скептики этому не верят. У нас есть пословица: «Хорошим словом змея выходит из норы». Как Вы думаете, почему после ссоры у некоторых людей «подскакивает» давление? А иногда люди после сильной ссоры, после скандала даже умирают... Поэтому еще раз призываю быть всем аккуратными со своей речью.

❶

Беседу вела М. Мамаева.

Продолжение следует

ФОРУМЫ И КОНФЕРЕНЦИИ 2017

Место проведения: бизнес-центр отеля «Парк Инн Пулковская»,
г. Санкт-Петербург, пл. Победы, 1, ст. метро «Московская»

В рамках всех Форумов и Конференций проводятся:
Школа повышения квалификации врача-педиатра, Школа по нутрициологии и гастроэнтерологии,
Школа по детской пульмонологии, Школа по детским инфекционным болезням

12–13 сентября 2017 года



IX Российский Форум с международным участием «ПЕДИАТРИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА: ОПЫТ, ИННОВАЦИИ, ДОСТИЖЕНИЯ»

Сателлитные мероприятия в рамках Форума:

- VIII научно-практическая конференция «Высокотехнологичная медицинская помощь в педиатрии»
- VIII региональная научно-практическая конференция «Современная терапия и эффективная профилактика детских инфекций»
- IX Научно-практическая Конференция «Здоровье и образ жизни учащихся в современных условиях: взгляд врача и педагога». Посвящается Всемирному дню учителя

9–10 ноября 2017 года



XII Российский Форум с международным участием «ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ С РОЖДЕНИЯ: МЕДИЦИНА, ОБРАЗОВАНИЕ, ПИЩЕВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2017»

Посвящается Дню матери

Сателлитные мероприятия в рамках Форума:

- Общественные слушания: «Здоровые дети – здоровая нация»
- Школа практического педиатра по рациональному вскармливанию ребенка первого года жизни
- Школа по рациональному вскармливанию детей с пищевой аллергией и пищевой непереносимостью
- Дискуссионный клуб «Вопросы рационального и сбалансированного питания взрослого и пожилого человека»
- Дискуссионные клубы о качестве продуктов питания

13–14 декабря 2017 года



IX Российская научно-практическая конференция с международным участием «АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ И ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ – ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2017»

Совместно с ФГАУ «Научный центр здоровья детей»

В рамках Конференции будут проведены:

- Школа по детской пульмонологии
- Школа по аллергологии и иммунологии
- Школа по детской кардиологии и ревматологии
- Школа по детской и подростковой дерматологии, косметологии
- Рабочее совещание по проблемам аллергологии, иммунологии и вакцинопрофилактики в педиатрии

В рамках Форумов и Конференций издаются сборники научных трудов с их размещением в научной электронной библиотеке E-library и Российском индексе научного цитирования (РИНЦ).

[HTTP://WWW.PEDIATRIYA-SPB.RU/](http://www.pediatriya-spb.ru/)

Уважаемые коллеги!

Приглашаем принять участие в международной научно-практической конференции:

Альтернативная медицина. Возможности сотрудничества медицины народной, природной и классической

03-10 февраля 2018 года в г. Хевиз, Венгрия

В программе:

- Природные факторы в лечении заболеваний и оздоровлении организма. Курортология Венгрии. Термальные источники.
- Отличительные особенности курорта Хевиз. Уникальное термальное озеро Хевиз. Лечебные программы в Хевизе. Лечебные гостиницы.
- Лечебные карстовые пещеры Венгрии. Мофеты. Минеральные воды.
- Альтернативная медицина во всем многообразии: Фитотерапия. Ароматерапия. Цветотерапия. Звукотерапия. Музыкотерапия. Гомеопатия. Фунготерапия. Сокотерапия и диетотерапия. Аппаратная медицина. Аюрведа. И др.
- Из глубины веков — забытая народная медицина. Куклотерапия. Сказкотерапия. Психологические практики, основанные на старых народных традициях. Восточная медицина. Лечебная сила музыки, пения, звука. Хиропрактика — возможности рук человеческих.
- Народные целители. Энергетика рук и память воды. Биоэнерготерапия.
- Возможности сотрудничества медицины народной и классической.
- И многое другое...

Целители и специалисты по альтернативной медицине проводят дополнительные семинары, встречи и консультации для всех желающих.

Участники конференции получают возможность проживания в одном из лучших отелей всемирно известного венгерского курорта Хевиз — **Danubius Health Spa Resort Hévíz * * * * superior** с прекрасной велнес-зоной (бассейны термальные и обычные, джакузи, сауны), с реабилитационным центром, а также возможность зимнего купания в термальном озере Хевиз.

В свободное время (по желанию) предлагаются экскурсии с посещением старинных венгерских замков, дегустацией вин, блюд национальной кухни, концертными программами, а также лечебные и оздоровительные программы.

Организатор мероприятия: Издательский Дом СТЕЛЛА — Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество»; Мэрия города-курорта Хевиз, Венгрия.

Заявку на участие можно отправить на e-mail: stella-mm@yandex.ru с пометкой «Конференция Хевиз — 2018».

Справки по телефонам: (812) 307-32-78, +7-921-589-15-82