

Опыт российско-венгерского сотрудничества в области медицинской реабилитации Пелоидотерапия Питьевые минеральные ВОЛЬ Санаторно-курортное лечение в Чувашии Стоматологическое здоровье беременной женщины Фитотерапия при функциональных нарушениях билиарного тракта Общественное здоровье и его параметры Спагирическая медицина



Per aspera ad astra Через тернии к звездам Сенека



ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ СТЕЛЛА ПРЕДЛАГАЕТ КНИГИ



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. Рекомендуется 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

№ 4 (49) 2018 научно-практический журнал для врачей ЯМИМИНУМКА

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. Скрябин 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 социологичеких 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.**, зав. отделением 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: 10.09.2018 Тираж: 10 000 экз. Заказ № 931 © Издательский Дом СТЕЛЛА, 2018

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



Уважаемые коллеги!

В этом выпуске журнала мы продолжаем публикацию материалов о санаторно-курортных программах в России и за рубежом, информируем вас о развивающемся российсковенгерском сотрудничестве

в области медицинской реабилитации и курортологии в рамках нашей общественной организации. Журнал является информационным партнером многих крупных конференций, посвященных вопросам медицинской реабилитации, поэтому большая часть статей содержит материалы по лечебной физкультуре, физиотерапии, фитотерапии, бальнео-, пелоидотерапии и т.д.

Обращаем ваше внимание на открывшуюся недавно рубрику «Пятиминутка» десять лет спустя...», где мы публикуем статьи десятилетней давности, не потерявшие своей актуальности до сих пор.

Мы продолжаем знакомить вас с нашими эксклюзивными мероприятиями и самыми главными проектами издательства, в частности, с лечебно-оздоровительными программами на курортах Венгрии.

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, Главный редактор, кандидат медицинских наук, Марина Аркадьевна Мамаева.

Фото на первой обложке:

Др. Пивец Наталия Ивановна — эстетический врач и стоматолог, главный врач клиники ««DENTSANA-TA», г. Шопрон, Венгрия, член Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА. Интервью с Пивец Н. читайте на стр. 28.

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



Читайте в следующем номере:

- Синдром хронической усталости
- Лечение глиной
- Размышления
 - о «здоровом образе жизни»

- Апитерапия в ревматологии
- Внешняя и внутренняя память человека

Форма № ПД-4

руб

00

- Песочная терапия
- Слова, которые лечат

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

Извешение

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

ООО «Издательский дом СТЕЛЛА»

	(наименование получателя платежа)		
Кассир	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)	
	Ф.И.О. плательщика		
	Подписка на журнал «Пятиминутка» №№		
	(наименование платежа)		
	Дата Сумма платежа:	руб 00 коп	
	Плательщик (подпись)		
Кассир	OOO «Издательский дом СТЕЛЛА»	Форма № ПД-4	
	(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)	
	Ф.И.О. плательщика		
	Подписка на журнал «Пятиминутка» №№		
	(

Сумма платежа:

Плательшик (полпись)

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 на e-mail: stella-mm@yandex.ru.

В письме должен быть указан почтовый адрес отправителя. Стоимость наземной доставки по России включена в общую сумму оплаты подписки. Стоимость 1 номера журнала — 200 рублей. Стоимость годовой подписки (6 номеров) — 1200 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

Непознанное. Мамаева М. А.

Слова и вибрации

B HOMEPE:

Международное медицинское сотрудничество Мамаева М. А.				
Опыт сотрудничества российских и венгерских специалистов в области медицинской реабилитации	[4–5]			
Санаторно-курортное лечение. Мамаева М. А. Пелоидотерапия в курортологии	[6-9]			
Санаторно-курортное лечение Болдырева О. А., Шайковский А. А. Сакский грязевой курорт — Клинический санаторий «Полтава-Крым»	[10–12]			
«Пятиминутка» 10 лет спустя». В. И. Бондарь Забота о слабом — архаизм или необходимость? Права ребенка-инвалида в нашей стране нарушаются уже с лишения его права				
на присвоение данного социального статуса	[13–17]			
Санаторно-курортное лечение. Шевчук Ю. А. Питьевое лечение минеральными водами	[18–21]			
Санаторно-курортное лечение. Санаторий «Чувашия»: в гармонии с природой	[22–25]			
Новые технологии в медицине. Шураева Е.В. Как сохранить рентабельность санаторно-курортных учреждений в межсезонье?	[26-27]			
Стоматология. Др. Пивец Н. Стоматологическое здоровье беременной и кормящей женщины	[28-30]			
История медицины. Долинина Л. Ю. Истоки медицины. Спагирическая медицина— гармония души и тела	[31–33]			
Гастроэнтерология. Балалыкина Т.В., Балалыкина В.С. Функциональные нарушения билиарного тракта: диагностика и лечение	[34-38]			
Гастроэнтерология Рябчук Ф. Н., Пирогова З. И., Александрович Н. Ж. Методы нормализации нарушений микробиоценоза у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта	[40-45]			
Социология медицины. Куандыков Г. Б. Общественное здоровье и его параметры	[46-48]			
Медицинская реабилитация. Шадрин Д. И. Саногенез как одна из основ лечебной физической культуры	[50-51]			
Педиатрия. Кудрявцева Н. Г., Гонтарь И. П. Социально-психологическая реабилитация детей с ОВЗ в условиях санатория	[52–55]			
Педиатрия. Драчинская Т.В., Воронцова И.И. Как помочь детям с диагнозом СДВГ: из опыта работы	[56–57]			
Hanasuguuga Maugaag M A				

[58-60]





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

ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА РОССИЙСКИХ И ВЕНГЕРСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Медицинская реабилитация — это активно развивающееся направление отечественной медицины, в то время как во многих не обделенных природными оздоровительными богатствами странах это направление давно и успешно функционирует и широко используется врачами разного профиля. Обмен опытом в области медицинской реабилитации с зарубежными коллегами, несомненно, поможет ускорить внедрение передовых реабилитационных программ в практику отечественных врачей. Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» в течение семи лет исследует опыт венгерских реабилитологов, широко применяемый на венгерских курортах, и доводит полученные знания до широких медицинских кругов.

Методы, при помощи которых удается изучать зарубежную курортологию и реабилитацию, — это рабочие поездки врачей по обмену опытом, международные семинары и конференции, а также публикации статей и книг по итогам проделанной работы.

В результате определилось несколько наиболее актуальных направлений отечественного здравоохранения, которые нуждаются в скорейшем внедрении реабилитационных программ. Это спортивная медицина, реабилитация и оздоровление часто болеющих детей, реабилитация детей-инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата и нервной системы, реабилитация пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями, в частности, бронхолегочной и сердечнососудистой системы.

Спортивная реабилитация заслуживает особого внимания. Проводимая в нашей стране пропаганда массового спорта должна сопровождаться развитием системы реабилитационных центров для спортсменов — как взрослых, так и детей, а также системы профилактики травматизма и других нарушений здоровья, связанных с занятиями спортом.

В Санкт-Петербурге на весь пятимиллионный город, который является кузницей отечественных рекордсменов и олимпийских чемпионов, работает один Городской Врачебно-физкультурный диспансер (!). Растущую армию всерьез занимающейся спортом молодежи это единственное в своем роде учреждение обслужить не в состоянии.

Спортсмены, получившие спортивную травму, чаще переломы конечностей, наблюдаются после операции в районных травмпунктах, перенаправляясь затем в районные поликлиники, где им продлевают больничные листы, как правило, при полном отсутствии курса реабилитации. Восстановление здоровья становится заботой самого спортсмена. На курс реабилитации в стенах Городского Врачебно-физкультурного диспансера могут рассчитывать лишь немногие и, в первую очередь, те, кто об этом осведомлен.

Согласно опросам молодых спортсменов, посещающих один из популярных спортивных залов Санкт-Петербурга, где тренируются атлеты, представители силовых видов спорта, в т.ч. мастера спорта, большинство из них не имеют информации, где, каким образом и с какой периодичностью можно и нужно получать курсы медицинской реабилитации, профилактические медицинские мероприятия, консультации по правильному питанию и образу жизни при больших физических нагрузках, а также куда обращаться при наличии нарушений здоровья, приобретенных в результате спортивных занятий.

Типичным примером таких нарушений здоровья являются межпозвонковые грыжи, ранние артрозы суставов, миалгии и мышечные спазмы, а также заболевания печени, поджелудочной железы, почек в результате экстремального спортивного питания, неврологические заболевания, болезни сердечнососудистой системы, в частности, гипертоническая болезнь, миокардиодистрофия и т.д. — в результате непомерно больших физических

нагрузок на фоне витаминно-минеральной недостаточности. Проще говоря, чтобы после периода активных занятий спортом человек не провел всю оставшуюся жизнь инвалидом, необходима мощная и реально работающая система медицинской реабилитации спортсменов.

Изучая курорты Венгрии, которые мы считаем достойным примером хорошо отлаженной системы санаторнокурортной помощи, мы увидели, что на многих венгерских курортах предлагаются эффективные программы реабилитации спортсменов.

Венгрия обладает тем природным богатством, которым не обладает более ни одна страна в мире, и это, прежде всего, огромные подземные запасы термальных и минеральных вод, которые умело используются венгерской медициной для лечения многих недугов — от сложной патологии опорно-двигательного аппарата до аллергических и эндокринных заболеваний. Все зависит от химического состава лечебной воды. Наличие тех или иных минералов придает венгерской воде новые качества. Причем, вода используется как для лечебного купания, так и для лечебных питьевых курсов.

Кроме лечебных вод, в Венгрии добывается уникальная лечебная грязь — со дна термального озера Хевиз, единственного в мире, доступного для круглогодичного купания. Эта грязь развозится по всем курортам страны, смешивается там с местной лечебной водой, в результате чего образуется новый лечебный продукт, имеющий свои показания к применению.

Также закономерно, что в стране термальных источников есть целые системы карстовых пещер, некоторые из них имеют статус лечебных, где успешно справляются с тяжелыми бронхолегочными и аллергическими заболеваниями, нервными болезнями и т. д.

Наконец, страна, география которой связана с территорией бывшей вулканической деятельности, обладает природными мофетами — сухими углекислыми ваннами, что является редкостью даже для стран с развитой санаторно-курортной системой.

Но мало иметь такие природные богатства, важно ими мудро управлять с тем, чтобы сделать доступными для большинства нуждающихся в санаторно-курортном лечении людей. Венгрия в этом преуспела. Самая рас-

пространенная врачебная специальность в Венгрии — реабилитолог, в то время как в нашей стране эта специальность пока еще относится к категории редких. И пока это так, наша санаторно-курортная система будет отставать от европейской...

В Венгрии развита сеть лечебных гостиниц, при которых работают хорошо оснащенные реабилитационные центры. Они успешно играют роль полноценных санаторно-курортных учреждений, обслуживающих большое количество пациентов. Здесь применяются программы реабилитации спортсменов с широким использованием, прежде всего, природных оздоровительных факторов (термальные бассейны, лечебные грязи, мофеты, питьевые курсы лечебных минеральных вод и ванны с минеральной водой, а также специ-

альное питание, с использованием натуральных продуктов, учитывая, что Венгрия — аграрная страна и кормит собственными натуральными продуктами не только свой народ, но и многих соседей). Физические искусственные факторы, которые по большей части используются в наших отечественных спортивных диспансерах, в венгерских программах реабилитации имеют лишь вспомогательное значение.

Ведущее место в реабилитационных программах спортсменов и пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата занимает методика подводного вытяжения, автором которой является венгерский врач Dr. K. Moll. Методика имеет многолетний опыт успешного применения и доказала свою высокую эффективность.

Часто болеющие дети и пациенты с бронхиальной астмой успешно получают курсы оздоровления в венгерских лечебных карстовых пещерах, а также в горных курортных зонах страны.

Дети с тяжелой патологией опорно-двигательного аппарата, в частности, с ДЦП значительно улучшают качество жизни после курсов кондуктивной педагогики в Будапеште по методике, разработанной венгерским специалистом А.Петё.

В результате проведенных исследований мы пришли к выводу, что опыт венгерских реабилитологов, несомненно, заслуживает внимания и всестороннего изучения, а самые эффективные методики — внедрения в практику отечественных врачей. Пациенты, нуждающиеся в безотлагательной реабилитации (дети, спортсмены, люди с тяжелыми хроническими заболеваниями), на наш взгляд, должны иметь возможность своевременно получать курсы реабилитации, в т. ч. на курортах Венгрии.

Консультации по выбору профильного курорта, разработка индивидуальной программы санаторно-курортного лечения с учетом показаний и противопоказаний, организация и информационное сопровождение поездки на курорт — все это предоставляют специалисты Общества «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА. Справки по тел: +7-921-589-15-82,

e-mail: stella-mm@yandex.ru





От Редакции: Мы продолжаем публикации статей по санаторно-курортному лечению, поскольку эта важная область медицины в последние несколько десятилетий была предана забвению, эту науку практически исключили из курса обучения в медицинских вузах и колледжах, несмотря на огромную роль санаторно-курортного лечения в профилактике заболеваний и оздоровлении пациентов разного возраста. В настоящее время у медицинских работников, независимо от их специализации, велика потребность в знаниях по санаторно-курортному лечению и программам медицинской реабилитации при различной патологии. Статью о бальнеотерапии читайте в журнале «Пятиминутка» № 3−2018 г. А сегодня мы посвящаем нашу публикацию грязелечению.



Мамаева М. А., кандидат медицинских наук, ПСПбГМУ им. акад.И.П.Павлова, руководитель Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество», директор Издательского Дома СТЕЛЛА, Санкт-Петербург, Россия

ПЕЛОИДОТЕРАПИЯ В КУРОРТОЛОГИИ

Грязелечение, или **пелоидотерапия**, — это метод теплового лечения, при котором на организм пациента воздействуют лечебными грязями. Данный метод может применяться как самостоятельно, так и в комплексе с другими лечебными методами, включая ФТЛ, бальнеотерапию и т.д. (1).

Лечебные грязи, или **пелоиды** (pelos — ил, грязь), — это природные образования, состоящие из воды, минеральных и органических веществ, представляющие собой однородную тонкодисперсную пластическую массу, характеризующуюся определенными тепловыми свойствами (2).

ИЗ ИСТОРИИ ВОПРОСА

Грязелечение применяется с глубокой древности. Так, об этом методе упоминали Геродот (между 480 и ок. 425 до н.э.), Диоскорид (2-я пол. І в.) и др. К.Гален (ок. 130 ок. 200) рекомендовал натирание илом при хронических воспалительных процессах, отеках, геморрое и упорном болевом синдроме. В Средние века широко использовались грязи минеральных источников близ Падуи в Италии. Известный профессор Г. Фаллопий (1523-1562) читал уже в XVI в. в Падуе лекции по грязелечению. В России грязелечение начали применять еще во времена господства Золотой Орды (в Крымском и Астраханском ханствах). К началу XVIII в. относится расцвет грязелечения во Франции, где приобрели большую известность грязи Ст. Аман, Бурбонне, Бареж, Дакса и Пломбьера; а в Италии, где кроме Падуи, пользовались большой популярностью грязи Акви; в Швеции — Лака. В Германии грязелечение применялось с конца XVIII в. на двух курортах — Шлангенбаде и Мохингербруннене, а в начале XIX в. — еще и в Эйлзене и Ненндорфе (1).

Первоначально грязелечение носило эмпирический характер, и только с начала XIX в. оно стало проводиться под медицинским контролем. Первый химический анализ лечебных грязей был проведен в Саках (Крым) французским химиком Дессером по поручению генералгубернатора Тавриды. Первое научное обоснование грязелечения связано с именем врача Н.А.Оже, который провел химическое исследование и осуществил медицинское описание сакских лечебных грязей в 1828-1830 гг. Впоследствии грязелечение стали применять и на других курортах: Старая Русса, Хаапсалу, Одесса, Евпатория, Липецк, Славянск, Кавказские Минеральные Воды и др. Первые исследования физико-химических свойств мариенбадской торфяной грязи проведены в середине XIX в. Во второй половине XIX в. проведены исследованиями физиологического действия грязелечения Е. Кишем в Мариенбаде и О.О.Мочутковским в Одессе. Большое значение имели основательные физико-химические исследования Одесских лиманов и других грязей южной России, проведенные А.А.Вериго. Этими классическими работами положено начало широким научным изысканиям в области грязелечения в Европе и в России. К этому времени относится введение в практику искусственного (вместо солнечного) нагрева лечебной грязи с помощью пара (Старая Русса), начало использования торфа для грязелечения (Липецк, Друскининкай, Кемери, Краинка и др.), а также развитие внекурортного грязелечения. Во многом благодаря ученым-энтузиастам была проведена большая работа по оценке грязевых запасов, биологической активности и физико-химических свойств лечебных грязей (1).

Научные основы грязелечения разрабатывались преимущественно в первой половине XX в., и наиболее активно это происходило в СССР, большой вклад в развитие этого

направления внесли такие ученые, как В.А.Александров, Е.М.Брусиловский, И.А.Валединский, А.А.Лозинский, М.Г.Курлов, Д.А.Марков и др. Благодаря им, были научно обоснованы и введены в практику новые методики грязелечения, разработаны способы сохранения и регенерации грязей, предложены сочетанные методы грязелечения и др.

Грязелечение получило также широкое развитие и за рубежом. Этот метод применяется во многих странах при заболеваниях суставов, позвоночника, периферической нервной системы, заболеваниях женских половых органов и др. (H.Baatz, 1978; B.Tschirdewahn, 1979; Д.Костодинов и др., 1982; Д.Кръстева, 1985; S.Michlovitz, 1996, и др.) (1).

МЕТОДИКИ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ

Грязелечение проводится в грязелечебницах или грязелечебных отделениях. Различают общие и местные грязевые процедуры. При выборе методик грязелечения следует учитывать форму заболевания, локализацию, фазу и стадию патологического процесса, наличие сопутствующих заболеваний, состояние общей реактивности организма больного.

Наибольшее распространение получили грязевые ванны, грязевые аппликации, влагалищное и ректальное грязелечение и сочетанные грязелечебные процедуры. Общие грязевые ванны могут проводиться из густой (консистенции густой сметаны) и разводной грязи. Первые нашли распространение в основном за рубежом, в СССР ими пользовались до 1930 г. Они являются нагрузочными, требуют большого количества грязи и плохо переносятся большинством пациентов. Поэтому в настоящее время чаще применяются грязеразводные ванны (грязевые болтушки), при которых грязь разводится водой, минеральной водой или рапой. Различают разводные ванны густые (лечебную грязь и воду берут в соотношении 2:1), средние или полугустые (лечебная грязь и вода — 1:1) и жидкие (лечебная грязь и вода — 1:2). При использовании для разведения минеральной воды учитывают минерализацию последней. В соответствии с этим показателем различают грязеразводные ванны слабые (минерализация до 15 Γ/Λ), средние (16–50 Γ/Λ) и крепкие (свыше 50 Γ/Λ).

Грязевые ванны проводят при температуре 38–40 °C в течение 10–15 мин. Общие грязевые ванны применяют преимущественно при генерализованных формах поражения и сопутствующих функциональных нарушениях сердечнососудистой системы (2).

Наиболее распространена методика грязелечения в виде общих и местных грязевых аппликаций. Для проведения грязевых аппликаций на процедурной кушетке раскладывают байковое или суконное одеяло, поверх него кладут

клеенку или полиэтиленовую пленку, а на нее простыню из грубого холста. На простыню соответственно подлежащей воздействию части тела накладывают слой нагретой грязи толщиной 5-6 см для сапропелевых и иловых грязей и 6-8 см для торфяной. Больной ложится на грязевую лепешку, на него быстро накладывают грязь и укутывают. По окончании процедуры с больного снимают грязь, и он обмывается под теплым (36-37 °C) дождевым душем. После обмывания больной насухо вытирается и переходит в комнату отдыха, где должен полежать на кушетке 30-40 мин. При общих грязевых аппликациях грязью покрывают почти все тело, за исключением головы и передней поверхности грудной клетки. На лоб при этом кладут холодный компресс или пузырь со льдом. Эта методика грязелечения преимущественно используется у больных с распространенными формами заболевания при отсутствии расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы.

При местных грязевых аппликациях грязь накладывают на участок или часть тела: область живота, спину, суставы, конечности, воротниковую область и др., в зависимости от локализации патологического процесса, степени его активности. Часто используют комбинированные методики грязелечения, при которых грязь накладывают на область патологического очага или накожную проекцию органа и соответствующую рефлексогенную зону. К местным грязевым процедурам относятся и грязевые компрессы. Их применяют при заболеваниях суставов, преимущественно в подострой стадии. На плотно прилегающую к коже марлевую салфетку накладывают слой грязи толщиной 1-2 см и покрывают его клеенкой, затем ватником и укрепляют их бинтом или полотенцем. Такой компресс больной может держать 5-6 ч. (3).

Выделяют несколько вариантов аппликационного грязелечения: интенсивное, обычное и щадящее. При интенсивном грязелечении процедуры с относительно высокой температурой (сапропелевые и иловые грязи — 42-46 °C, торфяные — 44–48 °C) назначают ежедневно или два-три дня подряд с последующим днем отдыха, продолжительность процедуры 15-20 мин, курс лечения — 14-16 процедур. Грязелечение по интенсивной методике показано для лечения остаточных явлений заболевания или в стадии стойкой ремиссии без признаков нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы. Большинству больных назначают грязелечение по стандартной (обычной) методике; температура сапропелевой и иловой грязи 40-42 °C, торфяной 42-44 °C, длительность процедур 12-15 мин, через день, на курс — 10-12 процедур. При щадящем грязелечении процедуры назначают через день или реже, продолжительность процедуры 10–12 мин, температура грязи 38–40 °С (торфяной — 39–42 °С), на курс 10–12 процедур. Такая



методика находит применение для лечения заболеваний воспалительного характера с умеренной активностью процесса или при наличии сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. При щадящей методике лечебную грязь часто накладывают на рефлексогенные зоны.

Полостное грязелечение заключается во введении грязевых тампонов во влагалише или прямую кишку при лечении преимущественно заболеваний малого таза. Влагалищное грязелечение применяют при гинекологических заболеваниях как на курортах, так и во внекурортной практике. Для этого можно использовать различные сорта грязи, но предпочтение отдают более изученным иловым грязям. При проведении влагалищного грязелечения необходимо соблюдать ряд дополнительных условий: 1) тщательно очищать лечебную грязь от посторонних примесей путем протирания ее через металлическое сито или марлю; 2) пользоваться только свежей, не бывшей в употреблении лечебной грязью (не регенерированной); 3) проводить строжайший бактериологический контроль за потребляемой из водоема или находящейся в грязехранилище лечебной грязью.

Для влагалищных тампонов лечебную грязь нагревают на водяной бане или с помощью электроподогрева до 45–50 °С. Чаще всего грязевой тампон во влагалище вводят по методике Беспаловой-Летовой, используя для этого тонкостенную резиновую трубку диаметром 3–4 см, длиной 25–30 см. Ее заполняют лечебной грязью (200–250 г) и закрывают с обеих сторон зажимами Моора. С этой же целью используют также полиэтиленовые ампулы в качестве оболочек для влагалищных тампонов.

Применяют для введения грязи и металлические шприцы с набором наконечников различного диаметра. Температура влагалищных тампонов из иловой и сапропелевой грязи равна 42–46 °C, а торфяной — 44–48 °C. Процедуру желательно проводить на кушетке. Продолжительность воздействия — 30–40 мин. По окончании процедуры лечебную грязь удаляют из влагалища с последующим спринцеванием минеральной водой или каким-либо дезинфицирующим раствором при температуре 38–42 °C.

Внутривлагалищное грязелечение проводят через день или два дня подряд с перерывом на третий. На курс лечения назначают от 8–10 до 16–18 процедур. Лечение грязевыми тампонами нередко дополняют аппликациями лечебной грязи на область живота и таза. При одновременном назначении вагинального тампона и внеполостной аппликации лечебной грязи первой проводят влагалищную процедуру (3).

Ректальное грязелечение применяют при хронических заболеваниях прямой кишки, хронических воспалительных процессах половых органов, при некоторых заболеваниях кишечника. Ректальный тампон вводят в прямую кишку при помощи шприца Я.О.Баржанского, тампонатора В.И.Здравомыслова или специального унифицированного шприца с ректальным наконечником. Введение грязи (200–350 г) осуществляют в колено-локтевом положении больного, медленно, чтобы не вызвать позыва на дефекацию. Температура лечебной грязи 38–46 °С, чаще 42–44 °С.После введения грязевого тампона больного укладывают на живот и укрывают простыней и одеялом; через 10–20 мин больной поворачивается на левый бок. Перед введением грязевого тампона необходимо опорожнить

мочевой пузырь и очистить кишечник. Грязевой тампон находится в прямой кишке до появления позыва на дефекацию (в среднем от 30–60 мин до 2 ч). Процедуры проводят через день или два дня подряд с перерывом на третий. На курс лечения 10–15 процедур. При назначении ректального тампона вместе с внеполостной аппликацией грязи вначале проводят внутриполостную процедуру (3).

Наряду с цельной грязью для грязелечения широко используют грязевой раствор. Его получают путем отжима, фильтрации, центрифугирования грязи. Грязевой раствор используется для компрессов, орошений, полосканий, а также в методиках электрофореза.

Кроме простых методик грязелечения применяют и **сочетанные грязелечебные процедуры**, при которых одновременно воздействуют лечебной грязью и другими физическими факторами. Наиболее известными и эффективными считаются гальваногрязелечение, электрофорез грязевого раствора и грязевых препаратов, грязеиндуктотермия и пелофонотерапия (3).

При грязелечении часто дополнительно назначают минеральные ванны (по методике чередования) или один из методов аппаратной физиотерапии (ультразвук, импульсные токи, высокочастотная электротерапия и др.). Грязелечение можно комбинировать с лечебной физкультурой, массажем, механотерапией, медикаментозным лечением.

С грязелечением в один день не назначают другие теплолечебные процедуры, УФ-облучение в эритемных дозировках, холодные и прохладные души, морские купания и аэрогелиотерапию при пониженных температурах воздуха. Повторный курс грязелечения назначают не раньше, чем через 6 месяцев.

ПЕЛОИДОТЕРАПИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Грязелечение у детей проводится по тем же общим принципам, что и у взрослых, однако применяют его по более щадящим методикам с учетом возрастных особенностей организма ребенка. Детям до 2 лет пелоидотерапия противопоказана, а общее грязелечение назначают с 14–16 лет.

Показания для грязелечения (3):

- Заболевания воспалительного и дистрофического характера опорно-двигательного аппарата (артриты и полиартриты травматического, инфекционного и дистрофического характера в хронической стадии и стадии затухающего обострения; ревматоидный полиартрит, суставная форма ревматизма в неактивной стадии; болезни позвоночника и суставов — остеохондроз, остеохондропатия, спондилоартроз и спондилоартрит в хронической стадии, болезнь Бехтерева при минимальной степени активности; болезни и травматические повреждения костей, мышц и сухожилий переломы с замедленной консолидацией, остит и периостит, миозит, фибромиозит, бурсит, тендовагинит, контрактуры различного происхождения, остеомиелит без признаков активности воспалительного процесса, трофические язвы и длительно незаживающие раны),
- Заболевания и последствия травм ЦНС (инфекционнотоксические заболевания — менингоэнцефалит, арах-

- ноидит, энцефалит, энцефаломиелит, токсические энцефалопатии, менингомиелорадикулит, миелит; спинная сухотка без выраженной атаксии и кахексии; последствия ранений и других травм спинного мозга, его оболочек и конского хвоста; последствия кровоизлияний в спинной мозг не ранее чем через 2 месяца после травмы; последствия травм головного мозга при отсутствии эпилептических припадков и психических расстройств),
- Заболевания и последствия травм периферической нервной системы (остеохондроз позвоночника с неврологическими проявлениями; состояние после операций на межпозвоночных дисках; полирадикулоневрит, полиневрит, плексит, нейропатии, вегетативный полиневрит, солярит, ганглионит, трунцит, вибрационная болезнь; последствия ранений и других травм периферических отделов нервной системы, в т.ч. с нерезко выраженным синдромом каузалгии и фантомными болями).
- Заболевания женских половых органов (воспалительные заболевания матки и ее придатков; эрозия шейки матки; бесплодие на почве воспалительных процессов; нерезко выраженная функциональная недостаточность яичников),
- Заболевания мужских половых органов (хронический простатит, эпидидимит, орхит),
- Заболевания органов пищеварения (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки вне периода обострения, перигастрит, перидуоденит, хронический гастрит, колит, гепатит, холецистит, некалькулезный холангит),
- Хронические неспецифические бронхолегочные заболевания (бронхит, пневмония, бронхиальная астма с легким и среднетяжелым течением, бронхоэктатическая болезнь без явлений кровохарканья и при отсутствии большого количества гнойной мокроты),
- Болезни уха, горла, носа (хронические атрофические и субтрофические процессы в носоглотке; хронические воспалительные заболевания придаточных пазух носа; хронический тонзиллит в стадии компенсации, хронические воспалительные заболевания уха),
- Болезни кожи (хроническая экзема, нейродермит и псориаз вне стадии обострения; ограниченный чешуйчатый лишай; склеродермия; остаточные явления после ожогов и отморожений; рубцовые изменения кожи),
- Хирургические заболевания (раны и трофические язвы, облитерирующие заболевания периферических артерий в начальных стадиях; реабилитация больных после перенесенных операций).

Основные противопоказания для грязелечения (3):

• Острые воспалительные процессы;

- Доброкачественные и злокачественные опухоли:
- Заболевания крови и кроветворных органов;
- Кровотечение и наклонность к нему;
- Туберкулез всех органов;
- Тяжело протекающие заболевания сердечнососудистой и эндокринной систем;
- Инфекционные заболевания;
- Резко выраженное истощение организма;
- Заболевания почек и мочевыводящих путей;
- Беременность;
- Психические заболевания;
- Тяжелые формы неврозов, генуинная эпилепсия:
- Цирроз печени; все формы желтух в острой стадии;
- Полиартрит с прогрессирующим течением, с тяжелыми деформациями и анкилозами;
- Лихорадочное состояние любого происхождения;
- Наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы с прогрессирующим течением.

ИСКУССТВЕННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ГРЯЗЬ

Грязь искусственная — искусственно получаемая по специально разработанным методикам лечебная грязь, близкая по свойствам к естественным грязям. Представляет собой пластичную массу, приготовленную из минеральных и органических веществ, солей и воды и подвергнутую действию соответствующих микроорганизмов. Они вносятся в виде чистой культуры (микробной «закваски») или путем добавления естественной грязи. Основным субстратом для образования грязей обычно служит глина. В качестве источника солей можно использовать минеральную воду. Некоторые рецепты предусматривают добавление до 5% высушенной измельченной травы или водорослей. Длительность грязеобразования в значительной мере определяется температурными условиями варьирует от нескольких недель до нескольких месяцев. По своему составу и свойствам получаемая при этом грязь близка к естественным грязям. По лечебному действию искусственные грязи являются достаточно полноценным аналогом натуральных. Однако используются они реже, чем естественные, обычно лишь в условиях, когда отсутствуют поблизости полноценные грязевые месторождения (1).

ЛИТЕРАТУРА

- 1. http://www.fizioterapiya.info/
- 2. Федотченко А.А. Грязелечение (пелоидотерапия) // Сибирский медицинский журнал, 2010, № 6, С. 273–276
- 3. Физиотерапия и курортология / Под ред. В. М. Боголюбова. М: Бином. 2008. Т. 1. С. 105–120





Болдырева О. А., врач акушер-гинеколог, заведующая клиникодиагностическим отделением АО «Клинический санаторий «Полтава-Крым», г. Саки, Республика Крым, Россия



Шайковский А. А., врач-терапевт, АО «Клинический санаторий «Полтава-Крым», г. Саки, Республика Крым, Россия

САКСКИЙ ГРЯЗЕВОЙ КУРОРТ — КЛИНИЧЕСКИЙ САНАТОРИЙ «ПОЛТАВА-КРЫМ»

рирода степного Крыма щедро дарит человеку всё, что необходимо для восстановления сил и здоровья: целебные грязи и минеральные воды, обилие солнца, ласковое тёплое море с песчано-галечными пляжами, воздух, насыщенный ароматами моря и степных трав. Весь накопленный за многие годы врачебный опыт и новейшие достижения медицины поставлены в Саках на службу здоровья.

История Сакского курорта уходит своими корнями в глубокую древность. Именно об этих местах писал в IV-V вв. до н.э. древнегреческий историк Геродот: где-то в далёкой Таврике есть солёное озеро с лечебной грязью, где используют «египетский метод лечения». О городе, где есть земля, исцеляющая раны, упоминал в I в. н.э. древнеримский учёный Гай Плиний старший. Греческий географ Клавдий Птолемей спустя век говорил о той же земле, упоминая город Паросту. Уникальный дар природы — Сакское озеро принесло Крыму славу «колыбели отечественного грязелечения», так как именно здесь была построена в 1827 г. первая в России грязелечебница. Работы Н. Оже, В. Корсакова, С. Налбандова, С. Щукарева, Н. Бурденко, Б. Петрова, А. Ферсман по изучению физических свойств и химического состава рапы и грязи Сакского озера стали уникальным достоянием мировой практики грязелечения.

Сакское озеро имеет глубину до 1 метра. На дне залегает слой черной, маслянистой по консистенции сульфидной иловой грязи. Процесс образования этого природного бальзама долог и сложен, он продолжается и в наше время. В нем активно участвуют особые микроорганизмы, жизнедеятельностью которых определены многие лечебные свойства грязей. Вода, покрывающая грязевой пласт, — это рапа с концентрацией солей до 190 г/л в летний период. Рапу часто используют как дополнение к грязелечению или как самостоятельный вид лечения в виде

рапных ванн. По специальной системе гидросооружений озеро подпитывается морской водой, что предохраняет его от высыхания. За режимом Сакского озера следит гидрогеологическая станция. В 30-х годах пршлого века под руководством профессора С.С.Налбандова был разработан научно обоснованный режим эксплуатации лечебной грязи с применением системы заготовительных и регенерационных колодцев. Отработанная грязь сбрасывается в специальные бассейны для регенерации, которая длится несколько месяцев, после чего проводится специальное исследование и даётся разрешение для повторного использования грязи. Та часть озера, где берут грязь для лечебных процедур, разбита на участки, каждый из которых эксплуатируется только после тщательной бактериологической проверки, анализа физических и химических свойств грязи и рапы в соответствии с требованиями к лечебным пелоидам.

В состав грязи Сакского озера входят вода (43,05%), растворенные в воде соли (5,89%), коллоидный комплекс, представленный, в основном, сульфидами железа (10,96%), кристаллическая часть, состоящая из нерастворимых неорганических веществ (40,1%), а также растворенные в воде газы, в частности, сероводород. Установлено присутствие в грязи гормоноподобных, витаминоподобных веществ. Содержит она и так называемые биогенные стимуляторы — вещества, усиливающие жизнеспособность организма, его сопротивляемость болезням. Результаты микробиологических исследований показали, что лечебная грязь обладает бактерицидным эффектом в отношении патологических микроорганизмов: диаметр зон стерильности составляет в среднем от 5 до 14 мм, достигая иногда 19 мм.

Лечебная сакская грязь оказывает противовоспалительное, репаративно-регенеративное, катаболическое, иммуностимулирующее, гормонстимулирующее, бактерицидное, седативное, гипокоагулирующее и кератолитическое действие.

Первой действие грязей воспринимает кожа, где находится множество различных нервных окончаний. Через периферические нервные вегетативные образования (симпатические узлы, солнечное сплетение и др.) кортиковисцеральный процесс переключается на висцеровисцеральный с включением симпатоадреналовых и вагоинсулярных стабилизационных систем, системы гипоталамус — гипофиз — периферические железы. В результате выброса АКТГ стимулируется синтез глюкокортикоидов, что имеет важное значение при воспалительных заболеваниях, когда реакция надпочечников на АКТГ снижена. Интегративные нейрогуморальные процессы оказывают избирательное действие, в первую очередь, на наиболее реактивные системы, то есть системы, находящиеся в измененном (патологическом) состоянии и имеющие «наименьшее сопротивление». Естественно, что воздействие грязелечения на нейроэндокринную систему влечёт за собой и сдвиги в обмене веществ. Грязелечение сопровождается интенсификацией углеводного, фосфорного, липидного и белкового обменов.

Особое значение имеет воздействие сульфидных иловых грязей Сакского озера на спаечную и рубцовую ткань. При аппликации грязи, содержащиеся в ней вещества проникают через протоки сальных желез и волосяных фолликулов, накапливаясь в коже и соединительной ткани, подавляют полимеризацию коллагеновых волокон, лизируют «юный» неструктурированный коллаген грану-

ляций и способствуют формированию эластичных пространственно упорядоченных рубцов соединительной ткани. При воздействии на склерозированные рубцы грязи разрушают протеингликановые комплексы, вызывают дезагрегацию гликозоаминогликанов и усиливают дифференцировку и созревание фибробластов с последующим угнетением продукции волокон соединительной ткани и регрессии склеротических очагов.

Показания для грязелечения весьма обширны. Это различные болезни суставов: деформирующий артроз, артриты, подагра, остеохондропатии, травмы костей и суставов, хронический остеомиелит и другие. Заболевания позвоночника: остеохондроз и его осложнения, болезнь Бехтерева, спондилёзы и сподилоартриты различной этиологии, различные нейропатии, травмы нервов. Весьма эффективно применение грязей при хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов и связанных с ними нарушениях менструального цикла, хронических простатитах у мужчин, а также при женском и мужском бесплодии. Хороший терапевтический эффект наблюдается при лечении грязями кожных заболеваний — псориаза, ихтиоза, атопического дерматита, ожоговых и травматических рубцов, особенно на ранних стадиях. Применяются грязи и в стоматологии.

Использование грязей Сакского озера значительно облегчает жизнь хронических больных, а при недавнем начале болезни в большинстве случаев ведёт к полному выздоровлению.





В настоящее время на грязевых курортах наибольшее распространение получила методика грязевых аппликаций. Площадь грязевых аппликаций может быть различной, для удобства назначения и прописи в санаторно-курортной книжке различают грязевые «брюки», «куртку», «чулки», «носки», «перчатки» и т. п. Эффективным методом лечения является и электрогрязелечение, когда активные вещества грязи вводятся в организм при помощи постоянного тока, СМТ, ДДТ. Широко применяется при лечении гинекологических и урологических заболеваний полостное грязелечение — вагинальные и ректальные тампоны. Для лечения стоматологических заболеваний разработана методика грязевых аппликаций на деснах.

КЛИНИЧЕСКИЙ САНАТОРИЙ «ПОЛТАВА-КРЫМ»

линический санаторий «Полтава-Крым» — один из наиболее известных санаториев курорта Саки. Преимуществами санатория являются: расположение на берегу Черного моря, на полосе песчано-галечного пляжа, что позволяет активно использовать в летний период в комплексном лечении климатические факторы, опыт врачей и среднего медицинского персонала, современная водогрязелечебница, прекрасная парковая территория. В межсезонье крытые переходы из жилых корпусов в грязелечебницу защитят от погодных неурядиц, а морские купания может заменить бассейн с термальной минеральной водой.

В санатории пациенту назначается комплексное санаторно-курортное лечение. Кроме грязей, он получает различные ванны, физиотерапевтические процедуры, лечебную гимнастику, его организм подвергается позитивным климатическим воздействиям. Комплексная курортная терапия не является арифметической суммой действия отдельных методов. Её следует рассматривать, как качественно новое воздействие, способное усилить, ослабить либо модифицировать действие основного патогенетического лечебного фактора — грязи. Применение пелоидов, минеральных ванн, преформированных факторов, массажа и гимнастики, климатолечения позволяет уменьшить число обострений в 2–5 раз, ускорить процесс нормализации иммунологических показателей, отменить или уменьшить до минимума дозу НПВС и кортикостероидов, добиться стойкой клинической ремиссии.



Опыт лечения на Сакском курорте показывает, что терапевтический эффект после курса пелоидотерапии иногда наступает не сразу, а спустя 1–1,5 месяца после возвращения больного с курорта (фаза последействия). Продолжительность положительного эффекта после первого курса грязелечения обычно длится около 6–8 месяцев, иногда до 1 года. Для закрепления результатов лечения целесообразно направлять пациентов на грязевой курорт 3 года подряд с интервалом 8–12 месяцев.

Лечебные программы АО «Клинический санаторий «Полтава-Крым» составлены согласно основным профилям заболеваний, показанных к грязелечению.

«Заболевания костно-мышечной системы»

Показания: ревматоидный артрит, ревматизм, деформирующий артроз, подагра, псориатическая артропатия, болезнь Бехтерева, склеродермия, посттравматическая артропатия, последствия травм и переломов костей, эпикондилиты, плече-лопаточный периартрит, остеохондропатии.

«Заболевания периферической нервной системы»

Показания: остеохондроз позвоночника и его осложнения, полиневриты, нейропатии, вибрационная болезнь, травматические повреждения нервов, спастические и вялые параличи.

«Гинекологические заболевания»

Показания: бесплодие, хронические воспалительные заболевания матки и придатков, периметриты, спаечные процессы малого таза, неправильные положения матки, нарушения овариально-менструального цикла, кольпиты, бактериальный вагиноз.

«Урологические заболевания»

Показания: хронический простатит, мужское бесплодие.

«Кожные заболевания»

Показания: псориаз, нейродермит, экзема, ихтиоз, рубцовые изменения кожи.

«Заболевания органов дыхания»

Показания: хронический бронхит, хронический фарингит, хронический тонзиллит, хронический ринит, ХОБЛ не выше II степени и ДН не выше I ст., остаточные явления острой пневмонии — через 6 мес., профилактика заболеваний верхних дыхательных путей для лиц, работающих во вредных условиях.

«Комплексное оздоровление»

Оптимальные сроки лечения — 21–24 дня. Такая длительность лечения позволяет благополучно для организма провести акклиматизацию, рационально провести расстановку процедур, избежать выраженной бальнеореакции и обострения основного заболевания, а также успешно проводить лечение сопутствующих заболеваний. К сожалению, не все пациенты могут, в силу различных причин, позволить себе длительный отпуск. Для молодых пациентов с минимальным «грузом» сопутствующих заболеваний допустимы сроки лечения 14–18 дней.

«ПЯТИМИНУТКА» 10 ЛЕТ СПУСТЯ»



От Редакции: Данная статья была опубликована в нашем журнале почти 10 лет тому назад (см. «Пятиминутка» № 1–2009 г.). Читатели могут сами судить о том, что изменилось в обсуждаемой области за прошедшие годы... Авторы нашего журнала неоднократно сталкиваются в своей работе с фактами вопиющего нарушения прав одного из самых социально незащищенных контингентов населения в нашей стране — инвалидов, в частности, детей-инвалидов. К сожалению, это происходит повсеместно. Не в наших силах и не в нашей власти изменить сложившуюся патологическую ситуацию, но мы можем написать об этом, т.к. не замечать этого уже невозможно! Мы надеемся, что публикация достоверных материалов по данной теме, а также конкретных фактов и примеров, привлечет внимание к проблеме не только юристов и журналистов, но и тех, кто в ответе за выполнение законов и норм в нашей стране.



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

ЗАБОТА О СЛАБОМ — АРХАИЗМ ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ? ПРАВА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА В НАШЕЙ СТРАНЕ НАРУШАЮТСЯ УЖЕ С ЛИШЕНИЯ ЕГО ПРАВА НА ПРИСВОЕНИЕ ДАННОГО СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА

роблема инвалидности, необходимости заботы о слабом индивиде, неспособном выполнять социальные обязанности, налагаемые на него обществом, исходя из его возраста, пола и минимально необходимых личных качеств, существует столько, сколько существует человечество.

Интересны в этом плане и отдельные наблюдения за взаимоотношениями между молодыми и старыми, ослабевшими животными в дикой природе. Так, у львов биологами описаны случаи, когда молодой самец проявлял откровенную заботу о старом, который не мог себя уже прокормить сам, вплоть до смерти последнего. В научно-популярной и художественной литературе описаны случаи «дружбы» и «заботы» между представителями разных видов животных, проживающих в неволе, при этом речь не идет о симбиотическом сосуществовании. Какая

целесообразность или необходимость за этим стоит? — Можно лишь гадать. Возможно, за этим прослеживается какая-то архаичная эмоциональная подоплека привязанности к зависимому от тебя существу, дающая почву для ощущения лидерства, какой-то смысл существования, возможно, это проявляется и у людей, при этом речь идет не о материнском инстинкте и, естественно, не о чувстве родства.

ИЗ ИСТОРИИ ВОПРОСА

судьбе калек при наиболее ранних формах социализации человеческого общества в настоящее время можно судить по тому, как этот вопрос решался и решается в племенах, живущих на разных ступенях социального развития, по данным этнографических экспеди-

«ПЯТИМИНУТКА» 10 ЛЕТ СПУСТЯ»



ций, а также археологических изысканий и историческим свидетельствам. В конце 50-х годов археологом Ральфом Салецким в пещере Шанидар в Ираке были обнаружены останки однорукого старика (сорока лет) неандертальца. Было установлено, что потерял он руку задолго до смерти и не мог бы себя прокормить сам без посторонней помощи. Выходит, соплеменники кормили своего сородича. Многочисленные кости неандертальцев среди найденных по всему миру носили следы от перенесенных травм, переломов, а, значит, на период выздоровления, заботу о пострадавшем брал на себя род/племя (1). И это речь идет о неандертальцах, исчезнувших 35–40 тыс. лет назад, мощных агрессивных неандертальцах, которые не гнушались поедать себе подобных.

Вопросы профилактики инвалидизации законодательным путем отражены в Ветхом завете Библии: растиражированное «око — за око, зуб — за зуб….» (2), имеющее продолжение и развитие в Русской Правде Ярослава Мудрого (3), — не самый мудрый подход и восходит к законам вавилонского царя Хаммурапи (около 1792–1750 гг. до нашей эры).

Но имеется и более мудрый, экономически оправданный подход. Так, в Исходе, напрямую касаясь последствий травм, влекущих за собой, прежде всего, увечье, сказано: «... когда в ссоре один другого ударит и тот не умрет, но сляжет в постель, то если встанет и будет выходить из дома с помощью палки, ударивший не будет повинен смерти, только пусть заплатит за остановку в его работе и даст на лечение его» (2). А это значит, что общество, в отличие от законов Хаммурапи, не получит вместо одного инвалида двух, и забота о травмированном не ляжет бременем на плечи его семьи/рода, но на плечи семьи/рода нанесшего травму. Оказывается, что за 300 лет до Хаммурапи в Уре, одном из городов-государств Шумера, царем Ур-Намму (2000 гг. до нашей эры) уже была введена система штрафов в пользу травмированного, а не «компенсационного» членовредительства, что следует признать более рациональной системой, чем законы Хаммурапи (4). Интересно, что именно из Ура, согласно Библии, в 1800 году до нашей эры прародитель евреев и современник Хаммурапи Авраам переселяется с семьей в Ханаан, чтобы основать свой народ, свободный от идолопоклонства (4,5).

В Левите, наряду с наставлениями, направленными на заботу о бедных, содержится и однозначный запрет на профессию для лиц с физическими недостатками: они не должны допускаться к богослужению: «к завесе не должен он подходить и к жертвеннику приступать», — но, в то же время, — «может вкушать хлеб Бога своего из великих святынь» (2).

Первое упоминание о законодательной защите права инвалида встречается в Римском своде XII таблиц, относящемся к VIII веку до нашей эры, периоду родового уклада, где были записаны права наследования и указано, что имуществом сумасшедшего предписывается управлять опекунам из семьи или представителям рода (6,7).

С того времени прошел огромный исторический период, который, с позиций становления института защиты прав инвалидов, пока еще слабо проанализирован и оценен. Но вехой в этом вопросе следует признать создание сначала церковной, затем частной и муниципальной, а в итоге -государственной системы целесообразного

призрения инвалидов, предусматривающей их социализацию в возможно более полном виде в зависимости от причины инвалидизации, что было впервые законодательно закреплено в Пруссии в 1920 г. (8,9,10,11).

Однако важнейшим этапом на пути к этому стал первый в мире опыт полного учета детей-инвалидов, относящийся к 1906 году: в Германии была произведена перепись всех детей, имеющих отклонения, способные повлиять на их трудоспособность и экономическую независимость в будущем. Результаты переписи дали возможность не только выявить их количество и удельный вес, но и установить, что, исходя из уровня возможностей медицины того времени, 85% таких детей после целенаправленного их призрения (с лечением, общим и профессиональным образованием и обучением) могут стать полностью либо частично трудоспособными и полностью или частично экономически независимыми. Было подсчитано, что экономия государства за счет активного труда призреваемых составит до 800 (!) марок (в ценах тех лет). И только 15% из таких детей останутся на полном иждивении государства.

Данное заключение явилось мощным аргументом для создания и развертывания системы государственного призрения таких детей. Тогда же, законодательно (!) во многих землях Германии обязали всех акушерок, врачей и педагогов при обнаружении такого ребенка тотчас направлять сведения в ведомства, занимавшиеся учетом детей-калек, организацией и контролем их призрения. И, что чрезвычайно важно, в случае неисполнения данного распоряжения, ответственный подвергался весьма ощутимым штрафам. Санкциям могли быть подвергнуты и родители, если они игнорировали интересы такого ребенка. В итоге, немецкая система призрения детей-калек образца законодательно закрепленной в 1920 г. в Пруссии нормы стала на многие десятилетия примером для всего мира, в том числе и для подвижника на стезе целесообразного призрения детей-калек в нашей стране Генриха Ивановича Турнера (8,9,10,11). Но началом этой системы был гарантированный полный учет таких детей.

УЧЕТ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В РОССИИ

а текущий момент правовое поле, в котором реализуются, в том числе и права детей и детей-инвалидов, определяется ратифицированными государством международными документами, Конституцией государства, законами и подзаконными актами. С момента ратификации государством международных документов на его территории в случае ущемления прав граждан действующими нормами, по сравнению с международными, признается примат международных норм, вплоть до приведения государственных в соответствие международным требованиям или в развитие норм международной практики. Любые законодательные изменения не должны вызывать ухудшения положения населения (16).

Соответственно, права ребенка-инвалида в нашей стране определяются, исходя из Всеобщей декларации прав человека (1948 г.), Декларации прав ребенка (1959 г.), Конвенции о правах ребенка (1989 г.), Декларации прав умственно отсталых лиц (1971 г.), Декларации прав инвалидов (1975 г.) и других международных документов,

к которым присоединилась наша страна, и которые реализуются в рамках Конституции Российской Федерации, Федеральных Законов, Указов Президента Российской Федерации, Постановлений правительства и многочисленных ведомственных, региональных подзаконных актов. На федеральном уровне на текущий момент действует свыше 160 законов и подзаконных актов, регламентирующих различные стороны жизни детей, подпадающих под социальный статус инвалида: от списка состояний и порядка установления инвалидности детям-инвалидам, до различного рода гарантий государства, механизмов и институтов их реализующих в отношении таких детей и их семей, — все это входит в понятие юридической реабилитации (12, 13,15,16,17).

История учета детей-инвалидов в Российской Федерации началась только с 1979 г., когда дети-инвалиды обрели в стране официальный статус. Непосредственно учет таких детей начался с 1980 г. и до 1996 г. велся только по линии социального ведомства (по числу детей-инвалидов в возрасте до 16 лет, получающих социальную пенсию — стат.форма № 94 «Сведения о численности пенсионеров и суммах назначенных им ежемесячных пенсий») (13,15,17). С 1996 г. данные о детях-инвалидах стали собираться и по линии медицинского ведомства в основанную на Международной Номенклатуре нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности стат.форму № 19 «Сведения о детях-инвалидах». Динамика учета данного контингента детей чутко реагировала на изменения принципов регистрации. Особенно это заметно по 1991 г. — году вступления в силу приказа №117 Минздрава России «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов в возрасте до 16 лет», в значительной степени расширившего и конкретизировавшего медицинские показания к определению социального статуса с медицинских позиций. С 1998 г. темпы прироста стали снижаться (12,13,15,17).

Обращает внимание сохраняющаяся, хотя и сократившаяся к 2004 г., разница учтенного числа детей по линии их пенсионного обеспечения и по медицинскому ведомству. Подобный диссонанс пока не имеет удовлетворительного объяснения и заставляет задуматься о соответствии учтенного числа детей-инвалидов в стране их реальному количеству (15,16,17).

Анализ данных официальной статистики позволил установить, что размах уровней показателя по отдельным причинам детской инвалидности даже в пределах одного федерального округа достигает десятков (!) раз (18,19).

При знакомстве с данными официальных источников о количестве детей-инвалидов в нашей стране и за рубежом, с данными отечественной и зарубежной литературы, а также с подходами к расчету количества таких детей, предложенными международными экспертами, выявляется следующее (13,15,16,17):

- так, по итогам 2004 г., по данным Минздравсоцразвития РФ, в стране на учете состояло, согласно стат. форме № 19, 582550 детей-инвалидов (или 196,4 на 10 тыс. населения соотв. возраста), что на 22 тыс. меньше, чем в 2003 г. и на 38 тыс. меньше, чем 2002 г.;
- 28 июля 2005 г., в докладе министра М.Ю.Зурабова Правительству в преддверии 6-ой сессии Специального комитета ООН по разработке всеобъемлющей еди-

- ной Конвенции о защите и поощрении прав инвалидов указано, что дети-инвалиды в стране составляют 7% от общего числа инвалидов, которых насчитывается 12 млн. 268 тыс., но это порядка 859 тыс. таких детей;
- в зарубежных странах удельный вес таких детей колеблется от долей до 12,4% и, как показывает анализ, отражает, прежде всего, сумму, которую государство готово выделить на нужды таких детей, очевидно, в своих больших значениях приближаясь к реальному удельному весу таких детей;
- по данным же международных экспертов:
- а) такие дети составляют 2–3% от всего детского населения, в этом случае количество их в нашей стране должно колебаться (из расчета численности детского населения на 2004 г.) от 610 до 915 тыс. чел. (последняя цифра близка к цифре, озвученной министром),

б) инвалиды (взрослые + дети) в мире составляют 10% от всего населения, таким образом, в нашей стране их может насчитываться порядка 14 млн. чел., от этого числа дети-инвалиды составляют 23% (что не выглядит невероятным, если учесть, что 55,6% от числа взрослых инвалидов в возрасте до 39 лет составляют инвалиды с детства), и тогда количество детей-инвалидов в России могло бы (на момент 2004 г.) достигать почти 3,92 млн. или 12,85% от всего детского населения (последняя цифра не противоречит зарубежным данным и не выглядит неправдоподобной, особенно если учесть снижающееся число нормально протекающих беременностей и родов, высокие уровни острой и хронической заболеваемости детского населения в нашей стране).

Проведенный нами анализ ранговых позиций при сопоставлении данных общей и впервые установленной детской инвалидности по регионам страны выявил диссонанс и разноплановую динамику за равные промежутки времени, свидетельствующие, что степень недовыявления по регионам и округам — различна (19).

Таким образом, на текущий момент в России показатели детской инвалидности отражают лишь учтенное их количество, соотношение которого с реальным числом только предстоит установить. В сложившейся ситуации звучащие часто призывы к снижению детской инвалидности должны, как минимум, настораживать: не понятно от чего отталкиваться, снижая. Между тем, только знание реального числа детей-инвалидов позволит грамотно распределять силы и средства в отрасли, занятой вопросами их регистрации и всех видов реабилитации, а также обоснованно заниматься вопросами профилактики инвалидизации детского населения.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В НАШЕЙ СТРАНЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

самого начала к решению вопросов, связанных с детской инвалидностью, активно привлекались ведомства и учреждения, призванные решать вопросы реабилитации (юридической, медицинской, педагогической, психологической, трудовой, и социальной) и различного рода профилактики. Таким образом, решение проблем детей-инвалидов оказалось в сфере компетенции целого ряда министерств, объединение двух из кото-

«ПЯТИМИНУТКА» 10 ЛЕТ СПУСТЯ»



рых проблемы пока не решает, хотя речь идет об одном контингенте и одном процессе: выявлении детей, подпадающих под данный социальный статус, установлении им инвалидности, реабилитации и ее результатах.

В итоге, решение проблем детей-инвалидов, изначально требующее комплексного подхода и широкого межведомственного взаимодействия, при отсутствии подкрепленной санкциями ответственности, пока в значительной степени определяется межведомственной разобщенностью, тугими подвижками к объединению усилий, усугубленными хроническим недоучетом таких детей и бюджетным дефицитом. Результат: число таких детей в стране на начало 2008 г. сократилось уже до 527 тыс. чел. Соответственно, с сожалением приходится констатировать, что и создание федерального государственного учреждения «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы», устав которого был утвержден приказом N 327 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2004 г., пока не обеспечивает позитивных подвижек в деле полного выявления и учета таких детей.

Решение проблемы полной регистрации требует взаимодействия действующих в рамках ФЗ N 195 от 10.12.1995 г. «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» педиатрических служб, сотрудников образовательных учреждений и институтов медико-социальной экспертизы на местах (20). Последние, согласно ФЗ № 122 от 22.08.2004 г. (для краткости называемого «О разделении властных полномочий» или «О льготах», в зависимости от приоритетов, которые для себя выделяет рассматривающий данный закон) (21), находятся в ведении Федерального Центра. Взаимодействие на местах и определяет уровень инвалидности в регионах и в стране в целом. Но законодательно не прописана ответственность и санкции за невыявление и непостановку на учет ребенка, подпадающего под статус инвалида, за непредоставление оговоренной законом индивидуальной программы реабилитации, срыв ее сроков и неподобающее качество реализации. А в итоге, по данным НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко, детям до 1 года инвалидность не оформлялась в 100% случаев, в 1-2 года — в 58%, в целом от 0 до 14 лет в 39,9%. Но при этом дети лишаются не только социального пакета как такового, но и гарантированной ФЗ №195 каждому инвалиду индивидуальной программы реабилитации. Но и среди детей, признанных инвалидами, таковую имеют только около 20%, а повременной контроль ее эффективности отсутствует вообще (!) (13, 16, 17).

В свое время было подсчитано, что один доллар, вложенный в реабилитацию, возвращается потом государству тридцатью. Когда речь идет о детях-инвалидах, фактор времени должен ставиться во главу угла, так как с возрастом падает реабилитационный потенциал ребенка. Соответственно, задержка начала реабилитационных мероприятий снижает их конечную эффективность и уровень возможной социализации, затягивается процесс, а значит, растут расходы (12). К тому же, к концу XX века в большинстве развитых стран произошло постарение населения, сократился удельный вес людей

трудоспособного возраста. За последние 20 лет в России численность детей 0–14 лет сократилась на 10 млн. (!) А, значит, проблема инвалидности, затрагивающая все слои общества, вопросы реабилитации должны быть постоянно в центре внимания государства.

Создается впечатление, что события развиваются по сценарию, описанному в одном из интервью педиатром, а ныне депутатом, когда его, в бытность работы главным врачом одной из районных больниц страны, вызывали и в устной форме запрещали выписывать бесплатные рецепты на основании отсутствия средств на социальные статьи в бюджете. Так и сейчас, очевидно, федеральный центр, в лице своих Бюро МСЭ на местах, присваивает инвалидность, исходя из предложенных возможностей бюджета, а как давно замечено: там где дефицит — там и благодатнейшая почва для.... (!), но не для полного учета детей, подпадающих под статус инвалида.

Учитывая упомянутый выше ФЗ № 122, вступивший в силу с 01.01.2005 г. (21), согласно которому забота о детях-инвалидах ложится на Федеральный центр, — и контроль за полнотой учета таких детей должен лежать на институтах Федерального уровня, но с постоянным их взаимоконтролем с педиатрическими службами и образовательными учреждениями на местах, имея продолжение в законодательно закрепленных санкциях. Все это должно быть подтверждено и соответствующими адекватными инвестициями — основой исполнения любых государственных гарантий, вообще, и социальных гарантий таким детям, в частности. Исходить же объем инвестиций обязан из реального числа детей-инвалидов, для чего так необходимы государственные гарантии учета всех детей, подпадающих под данный статус, с указанием ответственных за это лиц, подкрепленные соответствующими, ощутимыми, сопоставимыми с исковерканной жизнью ребенка-инвалида санкциями. Учитывая, что полное выявление детей-инвалидов увеличит пенсионные отчисления из федерального бюджета на места, местные власти должны быть кровно заинтересованы в установлении статуса инвалида всем подпадающим под таковой своим жителям (и детям, и взрослым) в жесткой борьбе отстаивать интересы каждого такого человека, особенно ребенка.

Представляется, что целесообразно было бы решать данную проблему в едином комплексе с решением проблем детей с хроническими, первично хроническими заболеваниями, значительная часть которых рано или поздно без адекватного, жестко отслеживаемого лечения пополняет ряды детей-инвалидов. Тем более что меры медицинской реабилитации в значительной степени едины для этих групп детей (12). Подобный подход стал бы реальной профилактикой детской инвалидности, но не за счет недоучета таких детей, а за счет профилактики инвалидизации наиболее угрожаемого контингента.

В заключение с грустью приходится констатировать, что на последнем заседании Общественной палаты, проведенном в начале марта этого года и посвященном проблемам детей-инвалидов, представитель государственной системы учета и помощи инвалидам продолжал занимать слепую, жесткую позицию в отношении высказанных выше проблем, включая вопросы учета детей-инвалидов (чувство собственной безнаказанности, переходящее

в чувство собственной правоты (?!)). В этих условиях тем более следует шире практиковать судебное опротестование отказов в присвоении статуса инвалида от любой заинтересованной стороны (родители, объединения родителей, представители местных властных структур...) вплоть до Европейского суда по правам человека. Только так можно раскачать затянувшуюся вопиющую ситуацию, когда инвалиду отказано в праве быть замечаемым со стороны государства и благодушествующего на этом фоне чиновничества, чувствующего собственную безнаказанность.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Асланов Л.Н. Тайны пещерных людей. М.: Вече, 2006. 320 с.
- 2. Библия, Ветхий завет. II книга Моисеева Исход, гл. 21 пт. 18–19, пт. 22–27; III книга Моисеева Левит, гл. 21 пт. 17.
- 3. Соловьев С.М. История России с древнейших времен. Т. 1–2 С.С. / М: «Мысль», 1988. Кн.1. 797 с.
- 4. Крамер С.Н.История начинается в Шумере. М.: «Наука», 1991. 235 с.
- 5. Кузищин В.И.История Древнего Востока. М.: «Высшая школа», 1988. — 416 с.
- 6. Яновский А.Е. Душевно-больные. // Энциклопедический словарь / Ред. Ф. А.Брокгауз, И. А. Эфрон. СПб., 1893, т. IX, с. 278–283;
- 7. Маяк И. А. Рим первых царей. Генезис Римского полиса. М.: Издательство Московского университета, 1983. 272 с.
- 8. Турнер Г.И. Основные начала призрения калек, как такой категории неимущих, которая подлежит обязательному призрению со стороны государства. // Тр. I съезда русских деятелей по общественному и частному призрению. СПб, 1910, с. 277–291;
- 9. Краснобаев Т.П. Ортопедическая хирургия и призрение детей-калек // Клин. Мед., 1922, № 3–4 (7–8), с. 15–19.
- 10. Краснобаев Т.П. О борьбе с калечеством у детей // Ортоп. И травмат., 1930, № 5–6, с. 109–118.
- 11. Бобров В.И. Организация помощи увечным детям в современной Германии. / Küppelfursorge | Из впечатле-

ний заграничной командировки. // Здравоохранение ЦЧО, 1930, №8–9, с. 111–116.

- 12. Ваганов Н. Н., Боровик Э. Б., Бондарь В. И. Концепция медико-социальной реабилитации детей, страдающих хроническими заболеваниями, часто болеющих и инвалидов // Вопросы курортол., ФТ и ЛФК. 1994, № 6, с. 34–37.
- 13. Бондарь В.И. Реабилитация детей-инвалидов: становление понятий, пути развертывания службы. // Права ребенка, 2004, № 1 (10), с. 15–24.
- 14. Бондарь В.И. Санаторно-курортный этап в структуре реабилитации детей-инвалидов / Автореф. на соиск. уч. ст. докт. мед. наук. М., 1999. 43 с.
- 15. Бондарь В.И. Дети-инвалиды не могут быть изгоями. Пути становления реабилитационной службы. // Медицинская газета, №24 (6453), от 31.03.2004, с. 12.
- 16. Бондарь В. И. Учет детей-инвалидов в Российской Федерации // «Образование и инвалидность: нормативноправовые аспекты и научно-практический опыт», Сб. н. тр. МГППУ, Под ред. С. Б. Малых. М., 2006, с. 9–13.
- 17. Бондарь В.И. О своевременной остановке на учет детей, имеющих право на статус инвалида. // Права ребенка, 2007, № 1, с. 31–34.
- 18. Бондарь В.И. Региональные особенности детской инвалидности: предмет для дискуссии. // Российский педиатрический журнал, 2005, № 2, с. 58–61.
- 19. Бондарь В.И., Гудинова Ж.В., Иванова А.Е. Дети-инвалиды, к вопросу о региональных особенностях их учтенного количества // Бюллетень Национальн. научно-исслед. ин-та общественного здоровья, 2007, вып.4, с. 62–74.
- 20. Федеральный Закон Российской Федерации от 10.12.1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации».
- 21. Федеральный закон Российской Федерации от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов РФ в связи с принятием Федеральных законов «Об общих принципах организации законодательных (представительных) исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «О общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

ПО ТЕМЕ...

Организации, которые по тем или иным причинам откажутся обслуживать инвалидов, стариков или матерей с маленькими детьми будут штрафовать. В Кодексе об административных правонарушениях (КоАП) в разделе «Нарушение иных прав потребителей» появится новый состав правонарушения — действия, связанные с отказом потребителю в доступе к товарам, работам или услугам по причинам, обусловленным ограничением жизнедеятельности, состоянием здоровья, возрастом. Такой законопроект размещен на Федеральном портале раскрытия нормативных правовых актов. Подготовлен он Минтрудом России.

В документе уточняется, что в некоторых случаях можно будет безнаказанно отказать инвалиду или старику в получении услуги или приобретении товара. Речь идет об особых ситуациях, прописанных в законодательстве. В частности, ограничениях, применяемых при перевозке пассажиров авиационным транспортом, обеспечении доступа к управлению авто, доступе к развлекательным объектам повышенной опасности (аттракционам), продаже отдельных видов товаров несовершеннолетним.

Если же у магазина или кафе нет серьезных оснований отказать в обслуживании пожилому или больному человеку, их будут ждать штрафы в размере от 15 тысяч до 30 тысяч рублей для должностных лиц, от 50 тысяч до ста тысяч рублей — для юридических.

В пояснительной записке к документу написано, что внести изменения предлагается в связи с тем, что участились случаи отказа инвалидам, пожилым людям и другим социально уязвимым людям в доступе к объектам и услугам в потребительской сфере, сфере отдыха, транспортной инфраструктуре по признакам наличия расстройства здоровья, ограничения жизнедеятельности, преклонного возраста. Зачастую, за таким отказом стоят формальные причины, ментальные, маркетинговые, имиджевые или иные препятствия по доступу к товарам и услугам.

Как ранее сообщил замминистра труда Алексей Черкасов, в России проживает более 12 миллионов инвалидов. Среди них 190 тысяч инвалидов по слуху, примерно 320 тысяч колясочников, около 240 тысяч людей с нарушением зрения.

Источник: https://rq.ru/2018/06/10/kafe-budut-shtrafovat-za-otkaz-obsluzhivat-invalidov.htm





Шевчук Ю. А.,
ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова,
Санаторий «Белые ночи» — ММЦ «СОГАЗ»,
член Общества специалистов «Международное
медицинское сотрудничество»,
Санкт-Петербург, Россия

ПИТЬЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ

Никальные целебные свойства минеральных вод начали использовать очень давно. Еще в 18 веке русские аристократы регулярно посещали знаменитые источники Кавказа и Европы. Минеральная вода на протяжении многих столетий используется для лечения различных заболеваний. Существует даже отдельная наука бальнеология, изучающая целебные свойства вод из природных источников. Но сейчас, к сожалению, люди начинают пить минеральную воду бесконтрольно, и это нередко приводит к опасным для здоровья последствиям — функциональным нарушениям со стороны желудочно-кишечного тракта, почек и сердца.

Ведущее место в комплексной терапии занимает питьевое лечение минеральными водами. Существующие в настоящее время дифференцированные методики питьевого лечения разработаны с учетом стадии и фазы заболевания. При назначении питьевого лечения учитываются также свойства и состав минеральной воды. Известно, что минеральные воды оказывают на организм специфическое и неспецифическое действие. Понятие неспецифическое действие подразумевает общие механизмы действия минеральных вод. Специфическое действие минеральных вод зависит от их химического состава.

Имеет большое значение время приема минеральной воды. Минеральную воду обычно принимают перед едой 3 раза в день: утром натощак, перед обедом и перед ужином. Однако при некоторых заболеваниях минеральные воды назначаются и после еды.При назначении питьевого лечения очень важно правильно определить, за какое время до приема пищи следует пить минеральную воду. В основу решения этого вопроса легли наблюдения, полученные впервые в лаборатории академика И.П.Павлова. Экспериментальными исследованиями было установлено, что. прием воды одновременно или за 15-30 минут до еды увеличивает отделение желудочного сока и повышает его кислотность (пилорическое действие), а прием той же минеральной воды за 1,5 часа до еды снижает отделение желудочного сока и его кислотность (дуоденальное действие).

Однако в дальнейшем в эксперименте на животных было установлено, что газовые слабо минерализован-

ные воды и хлоридно-натриевые воды с большой минерализацией не оказывают тормозящего (дуоденального) влияния на желудочную секрецию. Эти данные были подтверждены и в клинических наблюдениях.

Температура минеральной воды — также важный лечебный фактор. Холодная или теплая вода, не соответствующая температуре желудка, раздражает рецепторы его слизистой, вызывая рефлекторное изменение секреторной и моторной деятельности органов пищеварительной системы. Теплая и горячая минеральная вода оказывает спазмолитическое и болеутоляющее влияние, нормализует моторную и эвакуаторную функции желудка и кишечника.

Суточный прием минеральной воды может колебаться в пределах 600–1200 мл. Величина ее разовой и суточной дозировки определяется с учетом общего состояния организма и, в частности, функционального состояния сердечно-сосудистой системы и печени.

Столовые минеральные воды с точки зрения гидрохимии относятся к пресным водам (содержат до 1 г/л минеральных солей), пригодным для постоянного ежедневного применения. Однако лицам, страдающим хроническими заболеваниями, нужно обращать внимание на химический состав столовой минеральной воды. Высокое содержание отдельных ионов может нанести вред здоровью. Лечебная минеральная вода предназначена только для лечебных целей!!!

Минеральная вода отличается от пресных вод значительной минерализацией: от 0,1% (1 г твердых веществ в 1 л воды) до 5% (50 г твердых веществ в 1 л воды). Вода из источников относится к группе минеральных и при меньшей минерализации, чем 0,1%-й величине сухого остатка, если в ней содержится известное количество специфических элементов, имеющих лечебное значение, к примеру, йод, бром, литий, мышьяк и др. Если в воде содержится газ, и ее стойкая температура выше 20° С — такую воду даже при малом содержании минеральных веществ относят к группе минеральных. Наибольшим лечебным эффектом обладают минеральные воды с содержанием углекислого газа, сероводорода и радона. Существует ряд источников, воды которых не имеют ни опре-



БИЛИНСКА

КИСЕЛКА -

королева европейских

курортных вод. Снима-

ет обострения заболева-

ний желудочно-кишечно-

го тракта. Применяется

ни желудка и двенадца-

типерстной кишки, при

хрническом панкреатите

и гастродуодените, атро-

фическом гастрите, дис-

кинезии желчевыводя-

щих путей, холецистите,

халангите.

при язвенной болез-

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.

Pro em

cirodna mineralas

voda



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 -

NEW!

RUDOLFUV

главная минеральная вода курорта Марианские лазни. Лечебная вода, богатая двухвалентным железом и кальцием, применяется при заболеваниях почек, мочевыводящих путей, сердечнососудистых заболеваниях, остепорозе, анемии.



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 имму-

000 «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**





деленной минерализации, ни соответствующей температуры, не содержат в надлежащих количествах ни одного из активных элементов (йод, бром, литий, мышьяк, сероводород и др.) и, тем не менее, их относят к категории минеральных и используют для лечения ряда заболеваний. Это связано с тем, что здесь важно учитывать влияние не отдельных компонентов воды, а всей их совокупности. Питье минеральных вод способствует устранению или смягчению болезненных расстройств и улучшению функций отдельных органов и систем.

Питьевое лечение — это старейший метод внутреннего применения минеральной воды. Курорты Кавказских минеральных вод в начале XIX столетия стали основным центром лечения в России. Характерной чертой питьевого лечения в то время было питье минеральной воды в больших количествах (до 2–3 л в день). В дальнейшем питьевое лечение было упорядочено. Питьевое лечение минеральными водами сочеталось с наружным применением их в виде обычных ванн, полуванн, душевых и дождевых ванн. Лечение минеральными водами, кроме курортов, стало возможным проводить и в больничной, и в домашней обстановке, так как многие минеральные воды стали экспортироваться в большом количестве в бутылках.

Методика питьевого лечения. Минеральные воды пьют в натуральном виде, не смешивая их с другими водами, за исключением концентрированных вод, которые разводят пресной водой во избежание их раздражающего действия на слизистую оболочку желудка и кишечника.

Дозировка минеральной воды. Лечащий врач должен, в зависимости от особенностей минеральной воды, от характера заболевания, степени его активности, от общего состояния больного, решить вопрос о величине разовой и суточной дозы, о числе приемов в течение дня.

Частота приема лечебной воды, как и суточная доза ее, зависит от индивидуальных особенностей больного, от характера минеральной воды и от тех задач, которые ставит перед собой врач. К примеру, в целях воздействия, на обмен веществ, минеральную воду лучше пить утром, натощак. Она быстро попадает в кишечник, всасываясь, попадает в кровь в менее измененном виде, чем в условиях переполненного пищей тонкого кишечника.

Специалисты клиник Санкт-Петербурга успешно используют минеральные воды, добываемые из чистейших источников Чехии и Сербии в комплексной терапии при лечении заболеваний различного профиля (в гастроэнтерологии, гепатологии, дерматологии, кардиологии, пульмонологии и других направлениях практической медицины).

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОН-ХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

а последние годы здоровье детского населения значительно ухудшилось, около 60% школьников имеют хронические заболевания различных органов и систем. Наибольшую долю (54–61%) в структуре заболеваемости у детей занимают болезни органов дыхания.

В настоящее время бронхиальная астма (БА) принадлежит к числу тяжелых и распространенных аллергических заболеваний детского возраста. Расширяющийся спектр триггеров и индукторов, приводящих к развитию БА, увеличение частоты случаев тяжелых и инвалидизирующих форм БА у детей, возможность неблагоприятных исходов этого заболевания в детском возрасте подчеркивает актуальность исследования данной проблемы.

Достигнутые в последнее время успехи в изучении механизмов развития БА привели к появлению новой концепцией ее патогенеза. Местное аллергическое воспаление слизистой оболочки дыхательных путей составляет морфофункциональную основу данного заболевания, и определяет направление дальнейших научных поисков. На сегодняшний день в литературе известны различные способы терапевтического воздействия на слизистые оболочки дыхательных путей у больных БА. Они осуществляются путем применения лекарственных препаратов (базисные кромогликаты, деконгестанты, топические кортикостероиды, антагонисты НІ-рецепторов 1-П-Ш-го поколений и другие), иммунотропных средств (специфическая иммунотерапия, лейкинфероны и другие иммунокорректоры), физических факторов (ингаляционная аэрозольтерапия, магнито- и электропроцедуры, светотерапия, водо- и климатолечение, рефлексотерапия, массаж, гимнастика и другие естественные и преформированные физические факторы). Эти способы патогенетически обоснованы и показаны для лечения аллергических заболеваний бронхолегочной системы.

Однако перечисленные способы воздействия на дыхательные пути имеют ряд недостатков. Их использование не предполагает целенаправленной коррекции местного аллергического воспаления дыхательных путей. Общие терапевтические мероприятия проводятся только в период выраженных клинических проявлений.

В Приморском крае, богатом минеральными водами, проводилось исследование действия минеральной воды на патогенетические звенья БА. Влияния гидрокарбонатной магниево-кальциево-натриевой среднеминерализованной минеральной воды на местные клеточные факторы защиты органов дыхания при БА у детей проводилось впервые.

Исходя из выше изложенного, цель настоящего исследования состояла в изучении влияния гидрокарбонатной

магниево-кальциево— натриевой среднеминерализованной минеральной воды на состояние слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей и в разработке на этой основе способов ирригационно-ингаляционной бальнеокоррекции выявленных нарушений системы клеточной защиты и местного аллергического воспаления в зависимости от степени его активности у больных БА детей. Исследование дало высокий результат.

ЧЕШСКИЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ

ешские источники минеральной воды эксплуатируются в соответствии с Разрешением на эксплуатацию лечебных источников ČIL — 12.7.2004/19167-N и действующим Законодательством Чехии, адаптированном к Законодательству Евросоюза. Минеральные воды бутилируются прямо у источника под постоянным лабораторным и технологическим контролем в фирменные, непроницаемые для ультрафиолетовых лучей ПЭТ бутылки. Естественная температура воды в источниках составляет 17–20°С. Минеральные воды из холодных источников, в отличие от минеральных вод из теплых источников, сохраняют свои лечебные свойства в течение длительного времени.

Билинска Киселка — минеральная вода средней минерализации, преимущественно бикарбонатно-натриевая, но в ее состав также входит множество других природных ионов: калий, кальций, магний, фтор, хлор, литий, сульфат и т. д. Богатая редкими минералами и уникальная по своему составу. Несомненное достоинство воды Билинска Киселка — в отсутствии искусственного газирования при разливе в бутылки, что делает возможным ее применение при таких состояниях как панкреатит, язвенная болезнь, гастрит. В Российском климате эта минеральная вода практически не имеет противопоказаний к длительному применению.

Минеральная вода Зайечицка Горька добывается из источников близ местечка Зайечице-у-Бечова в Северной Богемии. Вода залегает в мергелевых горных породах крайне низкой проницаемости. Это обеспечивает исключительную чистоту данной минеральной воды. По содержанию магния Зайечицка Горька превосходит все известные в мире минеральные воды. Магний крайне важен для здоровья человека. Он влияет как на функционирование кишечника и желчевыводящей системы, так и на скорость нервной проводимости, уровень напряженности иммунитета. Кроме магни,я Зайечицка Горька содержит множество других макро- и микроэлементов, в числе которых дефицитный в нашей местности йод, а также кальций, цинк, фтор и т.д.

Минеральная вода **Винсентка** добывается на территории Чешского курорта Лугачовице, из скважины глубиной 34,8 м. и является высоко йодированной природной лечебной среднеминерализованной щелочной водой гидрокарбонатно-хлоридно-натриевого типа с повышенным содержанием фторидов и борной кислоты, с уровнем минерализации 9,0–10,0 г./дм³. По общей минерализации эта вода очень близка осмотическому давлению крови человека и внутриклеточных жидкостей. При приёме хорошо переносится и не вызывает дискомфортных ощущений в желудочно-кишечном тракте и при ингаляциях.

Минеральная вода Винсентка используется в комплексном лечении бронхолегочной патологии как у взрослых, так и у детей, ее эффективность в виде питьевых и ингаляционных курсов доказана многочисленными клиническими исследованиями. Также ввиду уникального минерального состава воды, ее широко используют в рационе спортсменов.

Минеральная вода Рудольфов Прамен — это лечебная вода, которая в последнее время обрела большую популярность в медицинской среде. Название источника происходит от имени наследника престола, принца Рудольфа. «Источник Рудольфа» — самый популярный источник курорта Марианске-Лазне. Это натуральная, слабо минерализованная железистая вода гидрогенокарбонатного-кальциево-магниевого типа с повышенным содержанием кремниевой кислоты, холодная, гипотоническая. Эта лечебная минеральная вода с высоким содержанием кальция, магния и железа используется при лечении заболеваний почек и мочевыводящих путей, диабета, мочекаменной болезни, ожирения, подагры. «Источник Рудольфа» относится к источникам с наиболее высоким содержанием кальция (276,7 мг/л), который необходим для нормального развития как детского, так и взрослого организма, рекомендуется также в качестве дополнительной терапии при лечении остеопороза. Не менее важной составной частью этой минеральной воды являются магний (136,2 мг/л) и железо (12,32 мг/л). Благодаря чему эта минеральная вода показана для профилактики сердечнососудистых заболеваний, а также в комплексной терапии при реабилитации больных после операций и при лечении анемии. Рудольфов источник сравнительно беден натрием (84,17 мг/л), поэтому подходит для употребления в больших количествах кардиологическим пациентам, а также страдающим гипертонической болезнью.

СЕРБСКИЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ

тносительно недавно на российском рынке появилась вода **Пролом.** Источник Prolom находится на восточном склоне горы Радан древнего Родопского хребта вулканического происхождения, на юге Сербии. Минимальная минерализация воды, щелочной уровень которой (рН 8,5), дает возможность использовать ее в качестве питьевой, то есть прием воды Пролом в больших количествах безвреден. При этом она воздействует как природный диуретик и уросептик. Минеральная вода Пролом относится к категории гидрокарбонатно-натриевыех, кремниевых, щелочных, олигоминеральных вод и обладает мочегонным и бактерицидным действием. Вода приятна на вкус, без запаха. Рекомендуется при многих урологических заболеваниях, а также при патологии обмена еществ. 0

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Скурихина Е. В. Влияние минеральной воды «Ласточка» на местное аллергическое воспаление при бронхиальной астме у детей. Дис. канд.мед.наук., 2004, 185 с.
- 2. Саакян А.Г. Курортное лечение заболеваний органов пищеварения, Ставрополь, 1985, 132 с.



САНАТОРИЙ «ЧУВАШИЯ»: В ГАРМОНИИ С ПРИРОДОЙ

а возвышенности живописного берега реки Волги, в гуще хвойного леса находится бальнеоклиматический санаторий «Чувашия», названный в честь республики, на территории которой он расположен. Это уникальный природный комплекс. Парковая зона соснового леса вокруг санатория занимает площадь в 10 гектаров. Умеренный климат, целебный воздух соснового бора, песчаные пляжи, красота волжских просторов, а также наличие лечебно-оздоровительных факторов в виде минеральной воды и грязей привлекают в здравницу людей из различных регионов страны. В то же время, близость к столице республики — городу Чебоксары — придает этому санаторию дополнительную туристическую привлекательность.

Согласно медико-климатическому заключению территория санатория является экологически чистым объектом. Местный воздух характеризуется высоким содержанием отрицательных аэроионов, которые оказывают благотворное воздействие на организм, особенно при заболеваниях органов дыхания, сердечно-сосудистой и нервной систем. Средняя полоса России по своим биоклиматическим факторам является оптимальной для оздоровления и реабилитации большинства категорий пациентов, в т.ч. людей, проживающих в суровых климатических условиях севера и экологически неблагополучных районах. Приезжая в здравницу из мегаполисов, крупных промышленных центров, люди попадают в уголок девственной природы, в атмосферу покоя, тишины и полной гармонии с природой. Защитить современного человека от стрессов, повысить жизненный тонус и создать хорошее настроение — главная задача сотрудников санатория «Чувашия».

ЛЕЧЕБНАЯ ВОДА

анаторий «Чувашия» имеет природный источник сероводородной минеральной воды, сравнимой по составу с водой знаменитого сочинского курорта «Мацеста», а по степени минерализации и содержанию брома вода санатория даже превосходит «мацестинскую». Научно доказано, что в результате применения сероводородных минеральных ванн улучшаются обменные процессы в организме, периферическое кровообращение, что особенно важно при ишемической болезни сердца, нормализуется уровень холестерина, артериальное давление. Кроме того, сероводородная бальнеотерапия оказывает противовоспалительный и седативный эффекты, способствует ускорению процессов заживления и восста-

новления при травматических повреждениях и дегенеративных процессах.

Лечебная природная минеральная вода с высоким содержанием сероводорода (для бальнеопроцедур), благотворно воздействует на организм человека при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, нервной и сердечно-сосудистой систем, при нарушениях обмена веществ, гинекологических и кожных заболеваниях.

С января 2018 г. введено новое направление в санаторно-курортном лечении отдыхающих — методика оздоровления питьевой минеральной водой собственного источника, расположенного на территории санатория «Чувашия». Эта минеральная вода относится к среднеминерализованной воде (7,7 г/л) сульфатно-хлоридного и кальциево-магниево-натриевого состава с содержанием йода и показана для профилактики и лечения заболеваний органов пищеварения и мочевыделительной системы. Наличие в воде йода позволяет использовать ее для профилактики различных заболеваний, связанных с йододефицитными состояниями.

Пятигорским НИИ курортологии были разработаны методики по применению питьевых минеральных вод санатория «Чувашия» при заболеваниях органов пищеварения: гастритах, панкриатитах, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, болезнях желчевыводящих путей и др., а также при урологических заболеваниях: циститах, простатитах, пиелонефритах и при нарушениях обмена веществ (сахарном диабете, ожирении и др.).

Минеральные воды при их внутреннем применении оказывают нормализующее воздействие на нейрогуморальные процессы и местные механизмы регуляции, улучшают секреторную, ферментативную и эвакуаторную функции пищеварительного тракта и повышают восстановительные процессы в слизистой оболочке желудка и кишечника. Кроме того, питьевые минеральные воды способствуют восстановлению нарушенных функций печени, повышают желчеобразование и желчевыведение, улучшают физико-химические свойства желчи, уменьшают воспалительные процессы в желчных путях.

Рекомендуемый курс приема минеральных вод — 21–24 дня. Минеральные воды, как правило, следует принимать за 30 минут до еды небольшими глотками. Лечение минеральными водами проводится по рекомендации и под контролем врача санатория и сочетается с другими методами лечения (физиотерапия, лекарственные средства, диета, режим и др.). При приеме минеральных вод необходимо соблюдать режим питания, диету, не курить и не употреблять спиртных напитков.





ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПИТЬЕВЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД

ерапевтическое действие минеральных вод зависит от газового и химического составов и температурного фактора, а также — солевым составом и другими биологически активными компонентами.

Питьевые минеральные воды (МВ) универсально влияют на секреторную и моторную функции желудочно-кишечного тракта, как непосредственно (контактно и быстро), так и опосредованно, за счет стимуляции выработки гастроинтестинальных гормонов, информационного влияния на органы-мишени, центральную нервную систему, гормональные блоки высокого уровня биологической интеграции (гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую, тиреоидную и др.).

При приеме питьевой МВ отмечается улучшение инкреторной функции островкового аппарата поджелудочной железы, проявляющееся в оптимизации продуцирующей способности Р-клеток за счет увеличения лабильного и основного пулов инсулина, эффективности его действия в тканях. Восстанавливается нарушенное взаимодействие инсулина и глюкагона. Активизируются кишечно-панкреатические и нейроэндокринные взаимосвязи, секреция гастрина, секретина и других интестинальных гормонов, активно влияющих на функцию β-клеток. Ингибируются контринсулярные воздействия, что снимает напряженную стимуляцию β-клеток и приводит к повышению их функциональных резервов.

Курс приема МВ в течение 21–24 дней способствует улучшению функционирования гормональных блоков организма и, в соответствии с этим, приводит к оптимизации углеводного и жирового обмена, активации ферментов, повышению чувствительности тканей к действию гормонов за счет увеличения числа свободных рецепторов на мембране клеток органов-мишеней. Кроме того, минеральная вода тормозит всасывание питательных веществ в кишечнике, что особенно важно при таких распространенных заболеваниях современного человека как сахарный диабет и ожирение.

Доказано, что воды, содержащие ионы натрия и хлора оказывают стимулирующее действие на секрецию гормонов гипофиза и коры надпочечников, которые являются основными регуляторами общей резистентности организма, то есть устойчивости к действию повреждающих факторов самого различного характера (ирританты, алкоголь, высотная гипоксия, радиация и др.).

В последние годы выявлено, что курс приема МВ с повышенным содержанием ионов натрия и хлора способствует повышению в крови серотонина — гормона, имеющего прямое отношение к увеличению продолжительности жизни.

Кальцийсодержащие воды оказывают противовоспалительное и десенсибилизирующее действие, повышают стойкость организма к инфекции, активизируют деятельность ряда ферментов, повышают диурез. Ионы кальция снижают повышенную возбудимость нервной системы, ослабляют перистальтику кишечника.

Катионы магния способствуют активации процессов анаэробного обмена углеводов, в сочетании с S04 — усиливают отделение желчи, а в повышенных количествах вызывают слабительный эффект.

Эти данные дают основание говорить о большой ценности среднеминерализованной сульфатно-хлоридной магниево-натриевой (или кальциево-магниево-натриевой) минеральной воды АО «Санаторий «Чувашия» для лечения и профилактики заболеваний.

Показания для питьевых лечебных кусов минеральной воды санатория «Чувашия»:

- Болезни пищевода (эзофагит, гастроэзофагальная рефлюксная болезнь)
- Хронический гастрит с нормальной секреторной функцией желудка
- Хронический гастрит с пониженной секреторной функцией желудка
- Болезни кишечника (синдром раздраженного кишечника, дискинезия кишечника)
- Болезни печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей
- Болезни поджелудочной железы (хронический панкреатит)
- Болезни обмена веществ (сахарный диабет, ожирение, нарушение солевого и липидного обмена).

Минеральная вода применяется только вне фазы обострения.

МЕТОДИКИ ВНУТРЕННЕГО ПРИЕМА СРЕДНЕМИНЕРАЛИЗОВАННОЙ СУЛЬФАТНО-ХЛОРИДНОЙ МАГНИЕВО-НАТРИЕВОЙ (ИЛИ КАЛЬЦИЕВО-МАГНИЕВО-НАТРИЕВОЙ) МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ (МВ) РАЗВЕДОЧНО-ЭКСПЛУАТАЦИОННОЙ СКВАЖИНЫ № 1/9 НА ТЕРРИТОРИИ АО «САНАТОРИЙ «ЧУВАШИЯ»

1. Хронические заболевания органов пищеваре-

1.1. Гастриты с повышенной, сохраненной и сниженной секреторной функцией в фазе полной ремиссии.

При хроническом гастрите с повышенной и нормальной секреторной функцией прием МВ осуществляется за 30–40 минут до приема пищи, в теплом виде (температура воды 35–40°C), в дозе 3 мл на 1 кг массы тела, 3 раза в день, курс приема 21–24 дня.

При хроническом гастрите с пониженной секреторной функцией прием МВ осуществляется за 15–30 минут до приема пищи, в теплом виде (температура воды 35–40°C), в дозе 3 мл на 1 кг массы тела, 3 раза в день, курс приема 21–24 дня.

1.2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе полной ремиссии. Хронический эрозивный гастродуоденит в фазе полной ремиссии.

При наличии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и хронического эрозивного гастродуоденита прием МВ следует назначать через 3 месяца после обострения.

МВ назначается в дозе 3 мл на 1 кг массы пациента, в теплом виде (температура воды 35–40°С). Воду рекомендуется принимать за 30 минут до завтрака, обеда и ужина в фазе полной ремиссии.

1.3. Болезни оперированного желудка легкой степени (демпинг-синдром, гипогликемический синдром, гастрит культи желудка и др.).

Противопоказанием к приему МВ являются тяжелые формы заболевания.

При отсутствии последних МВ назначается в дозе 1,5—2 мл на 1 кг массы тела, температура воды 35–40 °С, за 20—30 минут до еды, 3 раза в день. Курс лечения — 21 день. Больным после ваготомии в сочетании с дренирующими органосохраняющими операциями МВ назначается за 40–60 минут до еды в тех же дозировках.

1.4. Болезни печени.

Прием МВ рекомендуется при алкогольных и токсических поражениях печени, неалкогольных стеатогепатитах при отсутствии активности патологического процесса в печени.

МВ назначается в дозе 2,5-3 мл на 1 кг массы пациента, в теплом виде (температура воды 35-40°C) за 30 минут до завтрака, обеда и ужина. Курс лечения — 21 день.

1.5. Остаточные явления после вирусного гепатита.

Прием МВ назначается через 3 месяца после выписки из стационара. Доза МВ — 2-2,5 мл на 1 кг массы тела, температура 35-40 °C, за 30-40 минут до еды 3 раза в день, длительность курса — 24-25 дней.

1.6. Болезни желчевыводящих путей — дискинезии гипо- и атонические, гипомоторные.

Прием МВ осуществляется за 40 минут до еды, 3 раза в день, в холодном виде (температура воды — 18-25 °C), доза — 3 мл на 1 кг массы тела. Курс лечения — 21-24 дня.

1.7. Желчнокаменная болезнь (физико-химическая стадия).

МВ назначается в небольших дозах: из расчета 2,5–3 мл на 1 кг массы тела за 30 минут до приема пищи, 3 раза в день, температура воды 35–40 °C. Курс лечения — 18–21 день.

1.8. Хронические панкреатиты в фазе стойкой ремиссии.

Данную минеральную воду не рекомендуется назначать при болевой форме хронического панкреатита.

В остальных случаях МВ назначается из расчета 1,5—2 мл на 1 кг массы тела за 30 минут до приема пищи, 3 раза в день, температура воды 35–40°С. Курс лечения — 21–24 дня.

1.9. Постхолецистэктомический синдром.

Применяют МВ в небольших дозах: из расчета 1,5–2 мл на 1 кг массы тела за 30 минут до приема пищи, 3 раза в день, температура воды 35–40°C. Курс лечения — 21–24 дня.

1.10. Хронические колиты, энтероколиты любой этиологии (кроме дизентерийной), в фазе полной ремиссии. Синдром раздраженного кишечника с запорами.

Прием MB осуществляется за 30–40 минут до еды 3 раза в день, в дозе 3–3,5 мл на 1 кг массы тела, температура воды 35–40 °C. Курс лечения 24–30 дней.

При наклонности к запорам рекомендуется снижать температуру МВ до 18–20°С (холодная) и увеличить дозу до 5 мл на 1 кг массы тела.

При наклонности к диарее прием данной минеральной воды не рекомендуется.

2. Болезни обмена веществ.

2.1. Сахарный диабет 1 или 2 типа компенсированного течения.

МВ назначается в холодном виде (температура воды 20–25°С. Время приема воды — за 15–20 минут до еды 3 раза в день. Курс лечения 24–30 дней.

2.2. Ожирение I ст., подагра, мочекислый диатез, оксалурия, фосфатурия.

Доза MB составляет 3–3,5 мл на 1 кг массы тела 3 раза в день, в теплом виде (температура воды 35–40 °C). Время приема — 40–60 минут до еды, курс лечения — 15–18 дней.

3. Болезни почек и мочевыводящих путей.

Хронические пиелонефриты различной этиологии (кроме туберкулеза) в фазе полной ремиссии заболевания без признаков хронической почечной недостаточности.

Пиелиты и циститы различной этиологии в фазе полной ремиссии заболевания.

При заболеваниях нефроурологической системы целесообразно назначать MB 3 раза в день за 40–60 минут до еды в дозе 2,5–3 мл на 1 кг массы тела, в теплом виде (температура воды 35–40°C), в течение 21–24 дней.

ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ И НЕ ТОЛЬКО...

В лечебных программах санатория «Чувашия» используется также сапропелевая грязь в виде электропроцедур. Сапропель привозится с озера Шитовского, также используется Сакская грязь (Курорт Саки, Республика Крым).

Применение климатических оздоровительных факторов является традиционным для лечебных программ санатория, учитывая его выгодное географическое положение и особенности местного ландшафта.

В санатории работает сплоченный коллектив профессионалов, доброжелательный персонал, который заботится не только об эффективности проводимого лечения, но и о культурном досуге приезжающих на лечение и оздоровление гостей.

Благодаря многолетним усилиям руководства здравницы, это учреждение из типового санатория советских времен превратилось в современную лечебную гостиницу европейского уровня. Наряду с обычными стандартными номерами, которые отвечают всем современным критериям, в санатории есть апартаменты повышенной комфортности, причем, на все вкусы. Так, гости могут забронировать номера в стиле «Египет», «Франция» или «Индия», есть апартаменты и в стиле «Чувашия», есть и роскошные апартаменты в дворцовом стиле...

Питание предоставляется в красиво оформленном просторном ресторане в виде «шведского стола» и заказного меню — на выбор.

Бювет с питьевой минеральной водой доступен отдыхающим на бесплатной основе.

В гостинице есть роскошная сауна, бассейн, ванный комплекс, современное, хорошо оснащенное физиотерапевтическое отделение, соляная пещера, тренажерные залы, прокат спортивного инвентаря. В лесопарковой зоне — дорожки для терренкура и обычных прогулок, а также специально обустроенные беседки для отдыха.

Санаторий «Чувашия» готов к приему гостей как на отдых, так и с целью лечения и реабилитации в течение всего календарного года.





Шураева Е. В., врач-терапевт, генеральный директор ООО «Альсария», г. Орел, Россия

КАК СОХРАНИТЬ РЕНТАБЕЛЬНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В МЕЖСЕЗОНЬЕ?

огда заканчивается время летних отпусков, для большинства санаториев встаёт вопрос — как сохранить рентабельность в период длинных холодных месяцев, что предложить клиентам, стоящим перед огромным и сложным выбором лечебно-реабилитационных услуг?

«Лицо» современного пациента специфично — он ограничен в финансах, пожилой пациент обычно имеет множество противопоказаний к физиопроцедурам и бальнеолечению, а молодой — как правило, ограничен во времени (курс пребывания в санаториях пациентов молодого возраста обычно не превышает 12 дней), страдает от стрессов и проявлений офисного синдрома и эмоционального выгорания.

Основные требования к реабилитационным процедурам укладываются в триаду: «быстро, качественно и недорого». Всё это требует создания укороченных, интенсивных и безопасных методик восстановительной медицины.

И на сегодняшний день такие предложения есть. Российский производитель медицинских изделий ООО «Альсария» вывел на рынок инновационные реабилитационные мобильные комплексы микросферотерапии, работающие на основе эффекта сухой иммерсии и отражённого инфракрасного тепла (подробнее см. в журналах «Пятиминутка» 2016–2018 гг).

Мобильный комплекс микросферотерапии «Альсария» включает в себя:

Матрас трёх- или четырёхсекционный (в зависимости от размеров кушетки), состоящий из чехла и подушек анатомических с микросферами «Альсария» соответствующих размеров, размещаемых в отсеки чехла. Благодаря свойствам микросфер, приближенных к свойствам жидкости высокой плотности, создаёт эффект сухой иммерсии (псевдоплавания, псевдоневесомости), что приводит к снижению нагрузки на опорно-двигательный аппарат,

скелетную мускулатуру, сердечно-сосудистую систему, центральную и периферическую нервную систему, создаёт эффект релаксации.

Капсула инфракрасная (подушка плоская на молнии) заданных размеров, отражая инфракрасное (ИК) излучение тела человека, воздействует на организм отражённым ИК-теплом, способствует улучшению кровообращения, снятию спазмов, умеренному противовоспалительному эффекту. Может использоваться как вместе с матрасом (накрыть пациента), так и самостоятельно — (человек ложится внутрь капсулы).

Подушка анатомическая с микросферами по размеру заказчика, размещается под голову, создавая дополнительное анатомо-физиологическое положение головы и шеи, способствует улучшению мозгового кровообращения.

Повязка на глаза — устраняет воздействие внешних зрительных раздражителей, улучшает кровообращение в органах зрения.

Шапочка — уменьшает акустическое воздействие, создаёт дополнительную сенсорную депривацию, способствует улучшению мозгового кровообращения (в жаркое время может не использоваться).

Мобильный комплекс «Альсария» это:

1. Широкие возможности применения.

Может использоваться у лиц всех возрастов, в том числе с противопоказаниями к физиопроцедурам и бальнеотерапии. Санаторно-курортное учреждение получает больше довольных клиентов, а сотрудники получают больше положительных результатов от своей работы. Особенной популярностью процедуры микросферотерапии пользуются у лиц пожилого возраста.

2. Минимум требований к размещению. Мобильность.

Мобильный комплекс «Альсария» возможно разместить на массажном столе, на кушетке в процедурном кабинете, на лежаках в комнате для ароматерапии или спелеотерапии, а также предоставить клиентам для использования в номере на кровати.

3. Расширение спектра предоставляемых услуг, повышение эффективности и полноценности уже имеющихся.

Микросферотерапию можно совмещать с арома-, спелео-, музыко-, психотерапией. Использовать до процедур массажа и мануальной терапии с целью расслабления мышц, использовать после бальнеотерапии, пелоидотерапии, косметологических процедур с целью релаксации и усиления эффекта проведённых процедур.

Особенно эффективна процедура микросферотерапии на климатических терассах в холодное время года.

- **4. Улучшение условий труда:** позволяет бороться с умственными и эмоциональными перегрузками, профессиональным выгоранием, перенапряжением анализаторов, с профессиональными болезнями, вызванными статическим перенапряжением мышц и опорно-двигательного аппарата, вынужденной позой, микротравмой нервов. Сотрудники санаториев с удовольствием используют комплексы для восстановления сил в процессе рабочего дня.
- **5. Усиление эффекта метаболической терапии** использование комплекса в процессе капельного введения лекарственных средств усиливает их эффективность.
- **6.** Идеальная сочетаемость с комплексами функционального тестирования, такими как «Омега», «Лотос»

и другие. Наглядность при контроле эффективности процедур до и после проведённых сеансов.

- **7. Экономия средств** стоимость комплекса микросферотерапии «Альсария» колеблется от 80 до 150 тыс. руб. в зависимости от комплектации. При средней загрузке себестоимость процедуры составляет от 20 до 50 руб.
- **8. Быстрая окупаемость** от 1,5 до 6 мес. в зависимости от загрузки и стоимости процедуры.
- **9. Простота обслуживания** обрабатывается любыми дезсредствами, не требует подключения коммуникаций.

Изделия «Альсария» прошли клиническую апробацию в целом ряде научных и медицинских учреждений России, имеют все необходимые сертификаты.

Применение изделий рекомендовано главным физиотерапевтом Комитета здравоохранения Администрации Санкт-Петербурга профессором Кирьяновой В. В.

Более 20 санаториев и реабилитационных центров уже оборудованы мобильными комплексами микросферотерапии «Альсария», в том числе санатории ОАО РЖД «Здоровье», санаторий «Хилово» и многие другие.

С окончанием летнего сезона жизнь санаториев не останавливается. И мы очень надеемся, что оборудование «Альсария» поможет «оживить» холодное межсезонье и получить санаторно-курортным учреждениям новых довольных клиентов.

Подробнее: http://sankur.alsariya.com e-mail: sankur@alsariya.com тел: 8-800-500-44-92 (по России звонок бесплатный)

У профилактика:

эмоциональных перегрузок

- синдрома эмоционального

- психических и

- перенапряжения анализаторов

перенапряжения мышц

реабилитацияпри функциональных и

- статического

выгорания

Комплект оборудования

для комнат отдыха и психологической разгрузки с микросферами «Альсария»

Российское производство Оптимальная цена **Отсутствие** аналогов

8-800-500-44-92

(по России звонок бесплатный) Наш сайт: www.alsariya-corp.ru

Инфракрасное тепло **Сухая иммерсия**

Сенсорная депривация

Медицинское регистрационное удостоверение № ФСР 2011/12316 от 24.05.2016 г.



Не требует дополнительных расходов на подготовку помещения и подключение коммуникаций

органических поражениях ЦНС

Обрабатывается дез. средствами

Мобилен

Имеются противопоказания. Проконсультируйтесь со специалистом

РЕКЛАМА



От Редакции: На вопросы отвечает наш постоянный автор, врач стоматолог, главный врач Клиники «DENTSANA-TA», доктор Пивец Наталия (г. Шопрон, Венгрия), член Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ БЕРЕМЕННОЙ И КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ



- Наталия, наверняка, среди Ваших пациентов встречаются беременные и кормящие женщины. Известно, что во время беременности и кормления грудью у женщин часто разрушаются зубы, причем, в некоторых случаях до такой степени, что требуется протезирование. Как Вы считаете, только ли в недостатке кальция тут дело? Может быть, есть и другие причины серьезных стоматологических проблем в такие периоды? Например, гормональная перестройка организма? Может быть, особенности питания и обмена веществ? А, может, состояние нервной системы?
- Конечно, имеют значение все перечисленные факторы, и все они могут стать причиной разрушения зубов в период беременности и кормления грудью. Причем, как каждый фактор в отдельности, так и все они в совокупности. Ведь в этот период женщине требуется гораздо большее количество питательных веществ, в особенности, витаминов и минералов, которые необходимы не только для поддержания нормального уровня здоровья женщины, но и для роста и развития организма будущего ребенка. Поэтому при недостатке этих микронутриентов в пище, при отсутствии дотаций, возникает состояние витаминно-минерального дефицита, который, в свою очередь, является причиной многих проблем со здоровьем женщины, и не только женщины, но и младенца. Гормональная перестройка организма является тем благоприятным фоном, на котором могут формироваться различные патологические состояния при наличии дисбаланса витаминов и минералов. Хронические заболевания, в особенности, заболевания обмена веществ, в период беременности могут переходить в активную стадию или принимать необычные формы, т.е. отличаться в некоторой степени непредсказуемым течением. Это объясняется комплексными изменениями в женском организме, вызванными беременностью, а затем и лактацией. Огромное значение имеет и психологическое состояние женщины.
- Какие витамины и минералы особенно необходимы женщине в период беременности и кормления грудью для сохранения ее зубов в нормальном состоянии?
- Уже назвали кальций. Этот минерал имеет огромное значение для сохранения зубов в нормальном состоянии.

Но желательно все-таки кальций получать в достаточном количестве с продуктами питания, поэтому рекомендуем включать в рацион рыбу, молочные продукты, сыр, творог, свежую зелень и т.д. Известно, что при длительном приеме препаратов кальция этот минерал способствует камнеобразованию в почках, откладывается на стенках кровеносных сосудов и т.д. Поэтому отношение сейчас к препаратам кальция осторожное. Однако также известно, что при отсутствии в организме дефицита витамина Д, который способствует всасыванию кальция в кишечнике, кальций прекрасно усваивается в достаточном количестве из пищи, и дотации этого минерала не требуются. Значит, необходимо создать условия для нормального поступления кальция в организм с продуктами питания и обеспечить нормальный уровень витамина Д в организме.

Для поддержания в нормальном состоянии зубов и, вообще, костной системы в период беременности и кормления грудью необходимы также магний, фосфор, цинк, селен и множество витаминов, помимо витамина Д, например, витамины Е, С, группы В, в частности, В1, В2, В6, а также биотин, ниацин, фолиевая и пантотеновая кислоты, которые играют большую роль в обменных процессах. Приветствуются витаминно-минеральные комплексы, которые в своем составе имеют все необходимые витамины и минералы для поддержания в нормальном состоянии организма беременной и кормящей женщины, в т.ч. ее зубов и костной системы. Ведь во время беременности женщина не может употреблять большие объемы пищи, значит, так или иначе, она не будет получать достаточное количество необходимых витаминов и минералов. Получается, дотации просто необходимы.

- Влияет ли на состояние зубов женщины продолжительность сна? Физическая усталость? Психологическая обстановка в семье?
- Я уже заметила ранее, что психологическое состояние женщины тоже имеет значение. А это зависит и от психологической обстановки в семье, атмосферы на работе, отношений с родственниками и знакомыми. Влияет и продолжительность сна, которая, в свою очередь, зависит от состояния нервной системы женщины и от ее физической и психологической усталости. Все взаимосвязано. Все перечисленные факторы так или иначе влияют на обмен веществ, а, значит, в т. ч. на усвоение ви-

таминов и минералов, а также белков, которые являются основным строительным материалом в организме.

— Какие хронические заболевания женщины влияют на ее стоматологическое здоровье?

— Как уже сказано ранее, влияние имеют все заболевания, связанные с нарушением обмена веществ. Это и сахарный диабет, и заболевания щитовидной и паращитовдной желез, когда гормональный дисбаланс нарушает уровень кальция в организме. Большое значение имеют хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, в частности, хронические колиты, гастродуодениты, когда нарушаются процессы всасывания важных компонентов пищи, в частности, витаминов и минералов. Также на процессы всасывания большое влияние оказывает дисбактериоз кишечника, который встречается довольно часто у беременных женщин. Все эти состояния нельзя игнорировать, они требуют контроля соответствующих специалистов. Поэтому стоматологи обычно работают в содружестве с врачами других специальностей — терапевтами, эндокринологами, гастроэнтерологами и т.д.

— Есть ли какие-то ограничения и противопоказания во время беременности и кормления грудью для проведения стоматологических манипуляций и каких именно?

— Конечно, беременность и кормление грудью — период, когда у женщины возникает множество противопоказаний и к приему определенных лекарственных препаратов, и к проведению определенных медицинских манипуляций, в частности, у стоматолога. Не рекомендуются процедуры под общим наркозом, процедуры, способные вызвать сильную боль, и т.д. Вообще, в такие периоды женщине обычно проводят только плановое лечение зубов, например, пломбирование, не более того.

— Влияет ли состояние зубов матери на состояние зубов будущего ребенка и в какой степени? Прослеживаются ли «семейные» тенденции стоматологических проблем?

— Да, приходится наблюдать «семейные» стоматологические заболевания, когда и у детей, и у родителей (или у одного из родителей) отмечается тенденция к одинаковому типу разрушения зубов. Проследить эту проблему на более ранних поколениях обычно сложно, но связь «родители-дети» бывает порой очевидна. Когда выявляется явная «семейная» стоматологическая патология, мы это учитываем и даем общие по возможности рекомендации для всех членов семьи.

— Как часто беременным и кормящим женщинам рекомендуется посещать стоматолога?

— Не реже 2 раз в период беременности, а если есть необходимость, то чаще. В общем, все индивидуально.

— Какие общие рекомендации можно дать беременным и кормящим женщинам для профилактики стоматологических проблем?

— Конечно, в первую очередь, необходимо сбалансированное, полноценное питание. В наше время во многих странах, включая Россию, качество продуктов питания заметно снизилось. В этом отношении хочу отметить Венгрию, которая стоит особняком в этом вопросе и старается сохранять свое аграрное производство, наполняя свой внутренний рынок натуральными продуктами питания, подкармливая еще и соседей по Евросоюзу. Подчерки-



Выгодная цена и бесплатная доставка в аптеку на <u>apteka.ru</u>



Минисан[®] Мультивитамин Мама

Современный витаминноминеральный комплекс для планирующих беременность, беременных и кормящих женщин.

№1* в аптеках Финляндии.

* IMS Health MAT EUR 7/2018, ВМК в перинатальный период



Минисан[®] Витамин D₃ капли и таблетки

100 МЕ витамина D_3 в капле для гибкости в дозировании. Масляный раствор. Не содержит спирта.

5 мкг (200 ME) или 20 мкг (800 ME) витамина D₃ в жевательной таблетке.



Рела Лайф капли и жевательные таблетки

Источник клинически исследованных лактобактерий L. reuteri Protectis®.

Не содержат лактозы и белков молока.

№1** в аптеках Финляндии.

РЕКЛАМА

RU 77 99 11 1003 E 000302 02 16 o r 0 10 22 16; RU 77 99 19 003 E 002578 06 16 or 21 06 16; RU 77 99 11 1003 E 003573 04 14 or 14 04 14; RU 77 99 11 003 E 005777.04 15 or 17 04 15; RU 77 99 88 003 E 009922 11 15 or 03 11 15; RU 77 99 88 003 E 008754 09 15 or 02 09 15

ваю, что беременным и кормящим женщинам особенно необходимы натуральные продукты питания, ведь речь идет не только о сохранении ее здоровья, но и здоровья ребенка. Поскольку нормы потребления таких веществ, как витамины и минералы, у беременных и кормящих выше, чем у среднестатистического человека, то для профилактики стоматологических проблем и, вообще, проблем со здоровьем, необходимы дотации, как я уже ранее сказала, витаминно-минеральными комплексами, разработанными специально для данной категории пациенток. Например, я знаю, что в России большой популярностью

пользуются финские витаминно-минеральные комплексы, которые отличаются высоким качеством. И, конечно, помимо всего перечисленного, необходим нормальный режим дня и благоприятная психологическая обстановка.

Нужны ли беременным и кормящим женщинам специальные зубные пасты?

— Здесь нет специальных рекомендаций. Предпочтение отдается тем зубным пастам, которые показаны в соответствии с состоянием зубов и десен на данный момент.

Беседу вела М. Мамаева.



Уважаемые коллеги!

Приглашаем принять участие в 4 научно-практической конференции с международным участием в Санкт-Петербурге

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ



20-21 ноября 2018 г.

Место проведения — Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова (ст. м. «Петроградская»).

Регистрация участников конференции 20 ноября 2018 года с 09.00 до 09.55 по адресу: Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 17 (корпус № 57 — «Нефрокорпус», конференц-зал 2 этаж.

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.
- Возможности реабилитации и оздоровления детей и спортсменов в Венгрии. Спелеотерапия. Бальнеотерапия. Грязелечение. Мофеты.
- Реабилитации детей с психоневрологической и ортопедической патологией в Санкт-Петербурге. Сотрудничество с Институтом кондуктивной педагогики им. А. Петё (Будапешт).
- Роль питания в реабилитации и оздоровлении пациентов различных групп. Вода как лечебный и оздоровительный фактор. Лечебные минеральные воды. Дисвитаминозы и дисэлементозы, методы коррекции.
- Возможности повышения квалификации в Санкт-Петербурге и за рубежом в области медицинской реабилитации и санаторнокурортного лечения.
- Альтернативные и традиционные методы оздоровления и укрепления здоровья. Гомеопатия. Фитотерапия. И др.
- Мастер-классы, презентации, дегустации. Дискуссия.

Организаторы мероприятия:

- ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России;
- Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, Санкт-Петербург.

Информационная поддержка:

Всероссийский научно-практический журнал для врачей «Пятиминутка».







Долинина Л. Ю., кандидат медицинских наук, доцент, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Учебный центр «Интегративные технологии», Санкт-Петербург, Россия

ИСТОКИ МЕДИЦИНЫ. СПАГИРИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА — ГАРМОНИЯ ДУШИ И ТЕЛА

пагирическая медицина является самым загадочным и неизученным направлением натуротерапии. Истоки ее находятся в средневековой алхимии и фармации. Основоположником спагирического направления медицины является швейцарский алхимик, врач и фармацевт Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гогенхайм, более известный как Парацельс (1493–1541).

Заслуги Парацельса перед современной медициной и, в частности, фармакологией невозможно переоценить, так как он один из первых стал подходить к врачеванию и приготовлению лекарств как к научным дисциплинам и начал делиться своими знаниями с учениками.

Парацельс впервые стал изучать больного как отдельное явление природы, создал философское учение о внутреннем развитии человека, наделенного тремя таинственными силами — верой, волей и воображением, начал создавать первые лекарственные средства, водил учеников на ботанические экскурсии в поля и горы.

Кроме того, Парацельс создал концепцию здоровья, постулаты которой актуальны и в 21 веке. Он считал, что здоровое состояние человека является нормой, а болезнь есть результат отказа человека следовать естественным законам Природы. Причинами болезни, по Парацельсу, могут быть нарушение гармоничной и естественной циркуляции астральных энергетических токов в физическом теле человека; астрономические факторы, вызванные движением звезд и планет; любые отклонения от нервной и физической нормы, сопровождающиеся самобичеванием, излишними эмоциями, тяжелыми мыслями, страхами, подавленностью, отсутствием желания жить, горем от потери близкого, завистью, неуверенностью и неопределенностью положения, меланхолией.

Он один из первых обосновал зависимость здоровья человека от окружающей среды, говорил об ответственности человека за свои мысли и поступки, так как мысли могут «отравлять» и ухудшать экологическую среду, и, прежде всего, вокруг самого человека — носителя «патологического» мышления. Впервые именно Парацельс выступил за сохранение чистой экологической среды, как в психиче-

ском, так и в физическом плане. Он писал, что в организм человека с пищей, водой, дыханием и лекарствами могут попадать из воздуха искусственные вещества, не свойственные биологической естественной природе человека (инфекции, заразные болезни и паразиты).

Более того, он сформулировал закон причин и следствий, согласно которому некоторые болезни даются человеку как наказание за ошибки отцов, то есть передаются по наследству.

Источником долголетия Парацельс считал естественную взаимосвязь духовного равновесия и трех химических начал: ртути, серы и соли. При этом он считал, что в состав живого тела входят те же «элементы», что и в состав всех тел природы. В здоровом теле эти элементы находятся в известном равновесии. Если же один из них преобладает над другими или находится не в достаточном количестве, то возникают различные заболевания. При этом Ртуть олицетворяет Дух, Сера — Душу, а Соль — Тело.

Средневековые алхимики исходили из идеи единства мироздания, тесной связи и родства человека и мира, человека и Бога, именуя при этом человека не только «микрокосмом», малым миром, который заключает в себе свойства и природу всех вещей, но и ее «квинтэссенцией», истинной сущностью мира. По Парацельсу, человек производится Богом из «вытяжки» целого мира и несет в себе образ Творца.

В связи с таким пониманием сущности человека, здоровья и болезни спагирическая медицина подходит к лечению больного человека, именно как к восстановлению всех уровней здоровья — Духа, Души и Тела. При этом используются растительные препараты, приготовленные по специальной методике с применением знаний алхимической философии и химической науки.

Термин «spagiria» происходит от древнегреческого и говорит об этиомологической сути метода: spao (отделять) и ageiro (объединять).

В качестве субстрата для приготовления конечного средства берут только растения, выращенные в обычных условиях, но в экологически чистых районах. Данный ме-



Таблица 1

Спагирические препараты, зарегистрированные на территории РФ

Наименования спагирика	Рекомендации к применению		
ДИСМЕНОВИН (Dismenovin) капли для приема внутрь 50,0 мл	Функциональные нарушения менструального цикла, предменструальный синдром, климактерический синдром		
ДИУРВИН (DiurVin) капли для приема внутрь 50,0 мл	Дренажное средство на уровне почек и мочевыводящей системы (цистит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь)		
ИММУНВИН (ImmunVin) капли для приема внутрь 50,0 мл	Профилактика ОРВИ и гриппа. Хронические заболевания верхних и нижних дыхательных путей с частыми обострениями. Персистирующая вирусная инфекция, в том числе герпес.		
ИНФИАВИН (InfiaVin) таблетки для приема внутрь	ОРВИ и грипп. Хронические заболевания верхних и нижних. Аллергические заболевания (аллергический ринит, бронхиальная астма). Заболевания опорно-двигательного аппарата с воспалительным синдромом.		
ИНФЛУВИН (InfluVin) капли для приема внутрь 50,0 мл	Бактериальная и грибковая инфекция любой локализации.		
ИПЕРТЕНВИН (IpertenVin) капли для приема внутрь 50,0 мл	Артериальная гипертензия. Повышенный уровень холестерина.		
КОЛОНВИН (Colonvin) порошок для приема внутрь 100,0 гр	Воспалительные заболевания пищевода, желудка и кишечника. Синдром раздраженного кишечника.		
КОРЕВИН (CoreVin) капли для приема внутрь 50,0 мл	Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения. Нарушения ритма сердца. «Старческое сердце».		
МУЛЬТИМАГНЕЗИО (Multimagnesio) таблетки для приема внутрь №60	Заболевания нервной системы. Повышенная физическая, умственная и психическая активность. Раздражительность, тревожность.		
ПРОПГОЛА (PropGola) спрей для горла 15,0 мл	Воспалительные заболевания полости рта (стоматит, гингивит). Хронический и острый тонзиллит.		
ПРОСТВИН (ProstVin) таблетки для приема внутрь №60	Хронический простатит. Гиперплазия и аденома предстательной железы.		
РАЛАКС ГРАНИ (RhaLax Grani) гранулы для приема внутрь 25 г	Нарушение кишечного транзита (запор). Синдром раздраженного кишечника с запором.		

тод предусматривает получение растительного препарата, состав которого содержит максимальное количество изначальных компонентов всех частей растения и обуславливает физиологичность его воздействия на организм человека.

На территории Российской Федерации спагирические препараты представлены продукцией итальянской компании «Эрбенобили», которые производятся вручную и поэтапно (Табл. 1).

Первый этап включает в себя экстрагирование, когда свежее или сухое растение вымачивается в течение лунного цикла (28 дней) в спагирическом винном спирте или спагирическом красном вине, содержащих высокий уровень флавоноидов, процесс приготовления которых держится в секрете и передается по наследству из поколе-

ния в поколение одной семьи. Таким образом мы извлекаем Дух растения.

На втором этапе остатки растения поступают под пресс, что позволяет дополнительно высвободить элементы растения, еще остающиеся в них (Душа растения). Далее, на третьем этапе, остатки положенного под пресс растения помещают в муфельную печь, где при температуре 850°С сгорает биологическая часть растительной клетчатки, оставляя после себя высоко насыщенные микроэлементами твердые пеплообразные остатки и соли (Тело растения).

И, наконец, на четвертом этапе все составляющие растения, которые были отделены и получены на предыдущих этапах соединяются в две большие колбы с узким горлышком, помещенные одна на другую в виде песочных часов. Переход одной колбы в другую обматывается бумагой и покрывается специальной смесью из муки, воды, белка яйца и извести, названной древними алхимиками «смесью мудрости». Интересно, что после 12 дней нахождения в парнике эта смесь саморазрушается, что означает конец циркуляции и обмена информации. В течение этого заключительного двенадцатидневного этапа, благодаря перепадам дневной и ночной температур, препарат спагирика подвергается многократно повторяющемуся процессу испарения и конденсации с из-

менением агрегатного состояния раствора, воспроизводя цикл обращения воды в природе, можно сказать, что на этом этапе происходит динамизация спагирика естественным путем (Рис. 1).

После этого полученный раствор фильтруется через бумажный фильтр и разливается по флаконам. Весь процесс приготовления спагирика происходит в течение 40 дней при непосредственном воздействии биоритмов Земли, Луны и Солнца, а также гармоничных волновых колебаний специально подобранной музыки.

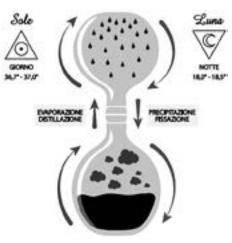


Рис. 1. Спагирическая динамизация.

Таким образом, препарат спагирика представляет собой продукт синтеза изначально разделенных, а впоследствии объединенных частей растения, впитавших в себя энергию основных природных явлений, солнечного и лунного света, и нормализующих биоритмов музыки. Несмотря на то что каждый спагирик рекомендован при конкретном состоянии или заболевании, ценность этих средств заключается в одновременном влиянии на симптомы всех уровней — от ментального до физического, что полностью соответствует концепции здоровья Парацельса и его последователей: X-C.Ганемана, Г-Г.Реккевега, П.Генри и других.

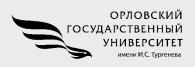
ЛИТЕРАТУРА

- 1. Василий Валентин. Алхимические трактаты. К.: «Автограф». 2008.
- 2. Жеребцов А. Тайны алхимиков и секретных обществ. М. 1999.
 - 3. Kaнселье Э. Алхимия. M.: Энигма. 2002.
- 4. Клещевич О.В. Алхимия: выход из спагирического лабиринта. СПб: Издательство РХГА. 2014.
- 5. Рабинович В.Л. Алхимия как феномен средневековой культуры. М: «Наука». 1979.
- 6. Седир П. Магические растения (сборник рецептов). Тула. 1993.



Уважаемые коллеги!

Приглашаем принять участие в Международной научно-практическо й конференции



«ПЕРСПЕКТИВЫ ОТРАСЛЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ»

в ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С.Тургенева» 18–19 октября 2018 г.

Целью проведения конференции является разработка и обсуждение концепции единого системного подхода, направленного на обеспечение целостного, гармоничного, взаимосвязанного протекания процессов реабилитации пациентов различного профиля.

К участию в работе конференции приглашаются медицинские учреждения, включая санатории и реабилитационные центры, производители медицинских изделий, учреждения системы образования, включая коррекционные и оздоровительные школы и ДОУ, социальные учреждения, врачи, психологи, социальные и коррекционные педагоги, специалисты по адаптивной физической культуре и другие.

Организаторы мероприятия:

- ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С.Тургенева»;
- Правительство Орловской области;
- Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, Санкт-Петербург.

Место проведения:

г. Орёл, ул. Наугорское шоссе, д. 29.

Контактная информация:

Телефон: 8 (4862) 75-27-15 (г. Орел); E-mail: medcentrgu@mail.ru

Телефон: +7 (921) 589-15-82, 8 (812) 307-32-78 (г. Санкт-Петербург); E-mail: stella-mm@yandex.ru





Балалыкина Т. В., гатроэнтеролог, эндоскопист, ДКДЦ Приморского района, Санкт-Петербург, Россия



Балалыкина В. С., студентка 5 курса СПбГПМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

«Всё есть яд и всё есть лекарство. Только доза делает лекарство ядом и яд лекарством». Парацельс

Ногие знают «секреты бабушек», т.е. народной медицины. Но не каждый умеет правильно пользоваться этими рецептами. А многие грешат самолечением, не посоветовавшись с врачом.

Лечение целебными травами всегда привлекало к себе внимание человека. Бесспорные указания на использование целебных свойств растений обнаружены в самых древних памятниках человеческой культуры. Первые записи о лекарственных растениях встречались в наиболее древнем из известных нам письменных памятниках, принадлежавших шумерейцам, жившим в Азии на территории нынешнего Ирака за 6 тыс. лет до н.э. О целебных свойствах растений известно было до возникновения письменности, и накопленные знания передавались из уст в уста.

Лечение растениями не является надуманным способом врачевания. Успешное применение растений с лечебной целью — закономерный процесс, непосредственно вытекающий из условий развития человеческого организма. Поэтому не только первобытный человек, но и заболевшие животные, которых вел инстинкт самосохранения, находили среди окружающей природы нужное растение, расплачиваясь иногда жизнью за неудачные поиски. С развитием земледелия человек научился использовать для лечения не только дикорастущие, но и культурные растения, выращиваемые в других почвенных, а иногда и других климатических условиях.

Благодаря народной фитотерапии мы располагаем теперь познаниями о растениях с самыми разнообразными терапевтическими свойствами: успокаивающими и стимулирующими центральную нервную систему (ЦНС), спазмолитическими свойствами, понижающими и по-

вышающими артериальное давление (АД), болеутоляющими, жаропонижающими, противовоспалительными, желчегонными, мочегонными, потогонными эффектами, а также свойствами, способствующими пищеварению, слабительными и вяжущими, рвотными, отхаркивающими, кровоостанавливающими и снижающими ПТИ, антисептическими, противомикробными, а также а растениях, применяемых при сердечно-сосудистых заболеваниях, нарушениях обмена веществ, болезнях печени, почек, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), поджелудочной железы, кожных, гинекологических заболеваниях, гипо- и авитамонозах и т.д.

Раньше для лечения, главным образом, использовались дикорастущие растения. В современной медицине используются культурные растения, в которых содержание отдельных действующих веществ выше, что позволяет применять их в качестве сырья для химико-фармацевтической промышленности.

Вспоминаем третий курс медицинского института, курс фармакологии, на котором мы узнали, что помимо химических веществ, есть средства растительного происхождения, которые входили в реестр лекарственных средств (Справочник под редакцией Машковского М. Д.):

- «Столбики с рыльцами кукурузы, собранные в период созревания початков кукурузы, сем. Злаковых содержит синестрол, стигмастерол, жирные масла, эфирные масла, сапонины, горькое гликозидное вещество витамин С, К, камедеподобные и другие вещества. Применяется в качестве желчегонного и мочегонного средства. При приеме внутрь наблюдается увеличение секреции желчи, уменьшение ее вязкости и относительной плотности, уменьшение содержания билирубина, увеличение содержания в крови протромбина и ускорение ее свертывания».
- «Цветки бессмертника песчаного, собранные до распускания цветков и высушенные корзинки дикорасту-

XAPMC

ЭКСТРАКТЫ СУХИЕ ИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ

- ЭКСТРАКТЫ высоко эффективные препараты растительного происхождения
- ЭКСТРАКТЫ это действующее вещество в чистом виде, не содержат химических компонентов, примесей, сопутствующих веществ
- Эффективность ЭКСТРАКТОВ сравнима с традиционными лекарственными средствами синтетического происхождения
- ЭКСТРАКТЫ легко дозируются, удобны в применении, не требуют заваривания
- ЭКСТРАКТЫ спутник активного образа жизни, способствуют повышению качества жизни

Экстракт бессмертника сухой — оказывает мягкое желчегонное действие, способствует улучшению функционального состояния печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Экстракт чаги сухой — способствует укреплению иммунитета, нормализации работы желудочно-кишечного тракта.

Экстракт кукурузных рылец — оказывает мягкое желчегонное и мочегонное, противоотечное действия.

Адреса аптек:

- М. «Ломоносовская», ул. Полярников, 15, «Центр гомеопатии СПб»
- М. «Проспект просвещения», пр. Энгельса 132 к. 1, «Центр гомеопатии «Арника»
- М. «Ладожская», пр. Энтузиастов, 20 к. 1, «Центр гомеопатии «Арника»
- М. «Спортивная», М. «Чкаловская», М. «Василеостровская», Большой проспект П. С., 2, Аптека ООО «Будьте здоровы»
- М. «Комендантский проспект», М. «Пионерская», М. «Удельная», Парашютная улица, 25 к. 1, ООО «Гомеофарм».

Санкт-Петербург, улица Александра Невского, дом 9, литера Г, помещение №25H-26, телефоны +7 (812) 327 2732,89217806412, smaksimovich@pharms.ru

www.pharms.ru

Регистрационный № РОСС RU.ИФ19.K00113

РЕКЛАМА













ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ



щего многолетнего растения бессмертника песчаного, сем. Астровых, действующее начало — флавоны, горечи. Дубильные вещества, стерины, эфирные масла и др. Применяются как желчегонные средства при желчнокаменной болезни, хронических холециститах и гепатитах, дискинезии желчных путей».

В современном мире трудно встретить людей, не страдающих заболеваниями ЖКТ. Это связано со многими факторами, такими как стресс, неправильное питание, несоблюдение режима дня и питания, плохая экология, постоянное нахождение в электромагнитном поле гаджетов и т.д., и т.п.

Наиболее распространенным диагнозом в детском возрасте является дискинезия желчевыводящих путей, или билиарная дисфункция. Об этом диагнозе знает практически каждая мама, и даже некоторые папы.

Дискинезия желчевыводящих путей — это функциональное нарушение желудочно-кишечного тракта без структурных или биохимических нарушений. К функциональным заболеваниям относят состояния, при которых не удается обнаружить морфологических, генетических, метаболических и иных изменений со стороны органов. Расстройство моторно-тонической функции билиарного тракта — или дискинезия желчевыводящей системы — является одним из самых частых заболеваний в детском возрасте. Нарушение оттока желчи или ее нерегулярное поступление в просвет кишечника сказывается не только на работе пищеварительного тракта, но и на состоянии всего организма в целом, поскольку желчь, являясь поликомпонентным биохимическим субстратом, обеспечивает целый ряд функциональных процессов. К ним относятся следующие: нейтрализация соляной кислоты и пепсина, эмульгирование жиров и тем самым участие в их гидролизе, активизация кишечных и панкреатических ферментов, усиление всасывания жирорастворимых витаминов А, Д, К, Е, фиксация ферментов на ворсинах, поддержка перистальтики и тонуса кишечника, антибактериальное и противопротозойное действие, с желчью в просвет кишки выводятся метаболиты ксенобиотиков, лекарственных и токсических веществ.

СТРУКТУРА ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

труктура желчевыводящей системы складывается из правого и левого печеночного протоков, обще-→го печеночного протока, желчного пузыря (ЖП), пузырного протока, общего желчного протока. Общий желчный проток открывается в двенадцатиперстную кишку вместе с главным панкреатическим протоком через выступающий в ее просвет большой дуоденальный (Фатеров) сосок, в толще которого расположен истинный анатомический сфинктер — сфинктер Одди, который регулирует поступление желчи и панкреатического секрета в кишечник. Сфинктер Одди состоит из собственного сфинктера большого дуоденального сосочка, сфинктера общего желчного протока и сфинктера панкреатического протока. В редких случаях эти сфинктеры открываются в просвет двенадцатиперстной кишки отдельно. Кроме анатомического, в желчевыводящей системе выделяют два функциональных сфинктера — сфинктер Мирици (при слиянии правого и левого печеночных протоков)

и Люткенса (в месте перехода шейки ЖП в пузырный проток). Основная задача сфинктерного аппарата — регуляция поступления желчи в кишку и предотвращение рефлюксов. Желчевыводящая система имеет общее для всего желудочно-кишечного тракта слоистое строение, включая слизистую и подслизистую оболочки, мышечный слой из продольных и циркулярных волокон и рыхлую наружную соединительнотканную оболочку, в которой расположены сосуды и нервы. Кроме обеспечения пассажа желчи, билиарные пути принимают участие в формировании окончательного состава желчи, поскольку слизистая оболочка отвечает за процессы всасывания и секреции воды, хлоридов, бикарбонатов и др.

РЕГУЛЯЦИЯ РАБОТЫ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

абота желчевыводящей системы координируется и контролируется вегетативной нервной системой (plexus hepaticus, симпатическим и парасимпатическим отделом) и нейрогуморальными факторами (холецистокинином, гастрином, секретином), среди которых наиболее значимым влиянием обладает холецистокинин. Умеренное раздражение блуждающего нерва вызывает координированную активность ЖП и сфинктеров, сильное раздражение — спастическое его сокращение. Повышение тонуса симпатического звена — расслабление сфинктеров и снижение тонуса ЖП. Забегая вперед, необходимо отметить, что большинство детей старшего возраста, особенно с заболеваниями верхних отделов ЖКТ, — парасимпатотоники, что априорно обуславливает гипертонический тип дисфункции желчевыводящей системы. В норме сфинктер Одди периодически открывается, и в межпищеварительный период желчь равномерно истекает в просвет 12-перстной кишки со скоростью 4–5 капель в минуту. Самым сильным стимулятором сокращения ЖП является прием пищи. Поступление желчи в 12-перстную кишку совпадает со временем прохождения перистальтической волны через привратник. При поступлении пищи в 12-перстной кишке вырабатывается регуляторный пептид — холецистокинин, регулирующий дальнейшее сокращение ЖП. Время тонического сокращения ЖП зависит от объема и качественного состава принятой пищи — при обильной еде, особенно жирной, сокращение ЖП длится до полного опорожнения желудка. При приеме небольшого количества пищи, особенно с небольшим содержанием жиров, сокращение ЖП кратковременное. После сокращения тонус ЖП снижается и наступает период наполнения его желчью.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

ричины функциональных нарушений, как правило, связаны с расстройством регуляции органа, функция которого нарушена. Эти изменения нервной регуляции провоцируются обычно психоэмоциональными и стрессорными факторами и обусловлены вегетативными нарушениями или органическим поражением ЦНС с последующим развитием вегетативной дисфункции. У детей первого года жизни функциональные нарушения

ЖКТ чаще всего являются проявлением перинатальных поражений ЦНС в структуре вегето-висцерального синдрома или натальной травмы спинальных отделов нервной системы. В более старшем возрасте возрастает роль рефлекторных и нейрогуморальных нарушений при развитии хронических заболеваний ЖКТ. К развитию моторно-тонических нарушений билиарного тракта приводят вегетативные расстройства, неврозы, психоэмоциональные нарушения, пищевая аллергия, паразитозы и хронические заболевания пищеварительной системы, нарушения режима питания, гиподинамия, курение, алкоголь и многое другое.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ДЖВП)

ля больных с ДЖВП типичны жалобы на колющие боли в правом боку или подреберье после приема жирной, жареной пищи или при физической или эмоциональной нагрузке. Подобная симптоматика обусловлена спастическим состоянием сфинктера Одди или чрезмерными сокращениями мышечного слоя ЖП. При перерастяжении ЖП (при гипотонии или нарушенном желчеоттоке вследствие выраженного спазма сфинктеров) появляются жалобы на чувство тяжести и/или распирания в правом боку или подреберье. При употреблении жирной или жареной пищи возможно появление тошноты или рвоты.

При объективном осмотре можно отметить болезненность при пальпации в правом подреберье, положительные пузырные симптомы, в том числе и положительный frenicus-симптом справа.

ДИАГНОСТИКА

з исследований клинического минимума только в копрограмме можно отметить признаки нарушения желчеотделения — нейтральный жир, жирные кислоты, мыла. В биохимическом спектре крови можно отметить повышение уровня щелочной фосфатазы. По критериям Римского консенсуса, при панкреатической дисфункции сфинктера Одди отмечается повышение уровня липазы и амилазы в крови. Дуоденальное зондирование сегодня редко применяется в клинической практике. Самым частым и доступным методом исследования состояния желчевыводящих путей является ультразвуковая диагностика. У3-исследование ЖП проводится натощак. В норме ЖП имеет округлую, овальную или грушевидную форму. Толщина стенки ЖП может колебаться в норме от 0 до 4 мм, при описании стенки важна однородность ее структуры. Просвет пузыря эхонегативен. Размеры ЖП вариабельны и мало зависят от возраста. Встречается — длинник желчного пузыря, равный 7 см у новорожденного и 4 см у подростка. Средняя длина ЖП при УЗ-исследовании составляет 5-7 см, ширина 1,2–2,5 см. Необходимо помнить, что УЗ-размеры пузыря не соответствуют его истинным анатомическим размерам и категорически неправильно на основании только увеличения УЗ-размеров без проведения функционального исследования устанавливать диагноз гипомоторной дисфункции ЖП!

Частой находкой при ДЖВП на УЗИ является локация густой неоднородной желчи в просвете ЖП, что свидетельствует о ее застойных изменениях.

С момента внедрения У3-исследования в клиническую практику резко возросло выявление аномалий формы ЖП (перегибов).

Необходимо помнить, что большая часть выявленных перегибов являются функциональными (при исследовании в положении стоя они расправляются) и связаны с интенсивным ростом ЖП и малой емкостью его ложа. В процессе роста ребенка такие перегибы неоднократно могут появляться и исчезать, а также принимать порой самые причудливые формы. Ошибкой является постановка диагноза ДЖВП только на основе выявления функциональных перегибов, поскольку они редко затрудняют желчеотток, хотя их можно отнести к предрасполагающим факторам.

Функциональное исследование сократительной способности ЖП (эхохолецистография) лучше всего проводить по методике, предложенной в НИИ педиатрии в 1987 году. Согласно этой методике, размеры ЖП отмечаются натощак и через каждые 15 минут после приема желчегонного завтрака в течение 90 минут. Оптимальным завтраком являются сырые желтки или ксилит (5 г/20 кг веса). Использование других завтраков (хлеб с маслом, йогурт, сметана, сыр, шоколад) вызывает или слабое, или отсроченное сокращение ЖП, что приводит к ошибочному диагнозу гипомоторной дискинезии. При нормальном сокращении ЖП его объем сокращается примерно на 50% через 30-60 минут после приема желчегонного завтрака, затем отмечается его восстановление. Контрольное определение размеров ЖП только через час после начала исследования (без промежуточных измерений) приводит опять-таки к ошибочному диагнозу гипомоторной дисфункции в силу того, что через 1 час у многих детей происходит восстановление объема, а исследователи делают вывод о снижении моторной функции ЖП.

У детей с явлениями ДЖВП на фоне хронического заболевания желудочно-кишечного тракта чаще отмечается нормокинетический или гиперкинетический вариант сокращения ЖП.

ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

первую очередь при лечении любого заболевания необходимо обратить внимание на оптимизацию образа жизни. Рекомендуется нормализовать длительность ночного сна. Физиологическая длительность ночного сна в подростковом возрасте составляет 8 часов в сутки, у младших школьников 9-10 часов. При выраженном астеническом синдроме рекомендуется дополнительный дневной сон. Достаточная ежедневная физическая активность и прогулки являются профилактическим и лечебным компонентом при ведении больных с ДЖВП. Существенное повреждающее действие на центральную нервную и вегетативную систему оказывает электромагнитное излучение, в связи с чем необходимо ограничивать время просмотра телепередач и работы за компьютером до 2-3 часов в день. Рекомендуется диета №5. Поскольку сам факт приема пищи является хорошим стимулятором поступления желчи в 12-перстную кишку, питание должно

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ



быть регулярным, необильным, 4–5 раз в день. Пища готовится на пару либо в отварном виде.

Медикаментозная терапия

Медикаментозное лечение при дисфункциональных заболеваниях билиарного тракта зависит от формы дисфункции и характера основного заболевания и должно быть комплексным. Учитывая большую роль нарушений вегетативной и центральной нервной систем в реализации билиарных расстройств, необходимо использовать средства, направленные на восстановление нарушенной регуляции, проводится лечение заболеваний, на фоне которых развился дискинетический процесс.

При гипертонической форме дисфункции для купирования болевого синдрома назначаются спазмолитики: Но-шпа, Папаверина гидрохлорида, Дибазол и др. Назначаются препараты в возрастных дозах, коротким курсом 3–5 дней, поскольку все они обладают системным спазмолитическим действием. В клинической практике сегодня широко используется периферический спазмолитик мебеверин (Дюспаталин). После купирования болевого синдрома проводится подбор дальнейшей терапии. Как правило, современные препараты, применяемые для коррекции дисфункции билиарного тракта, обладают сочетанным действием: мягким спазмолитическим, холеретическим и холекинетическим, гепатопротекторным, что позволяет индивидуализировать проводимую терапию.

Фитотерапия в лечении ДЖВП

В настоящее время основным видом лечения ДЖВП является фитотерапия. Применяются спиртовые, водные настои и отвары трав (вытяжек). Однако лучшими формами вытяжек по достоинству считаются водные, хотя они и более трудоемки. Наиболее оптимальными являются сухие экстракты на водной основе, являющиеся классической фармацевтической формой, но более известной в качестве фармсубстанции. Отечественная компания «ХАРМС», занимающаяся более 20 лет как раз производством фармацевтических фитосубстанций, начала производить экоэкстракты как конечный продукт, готовый для потребителя. По сути своей эти средства представляют собой сухие экстракты на водной основе в виде порошка, расфасованного по 50 г, и являются современной биологической активной добавкой к пище, созданной по всем канонам фитотерапии. Данная форма обеспечивает сохранение и содержание в экоэкстрактах максимального количества неизмененных активных веществ растений: алкалоидов, гликозидов, сапонинов, горечей, эфирных масел, витаминов, флавоноидов, дубильных веществ (танинов), органических кислот, жирных масел и ненасыщенных жирных кислот, пектинов, смол, фитонцидов, наличием которых и обусловлен терапевтический эффект фитопрепаратов. Экоэкстракты не требуют заваривания и хорошо подходят для людей, ведущих активный образ жизни.

В настоящее время мы имеем в арсенале прекрасный препарат из кукурузных рылец (компания «ХАРМС»), оказывающий мягкое желчегонное и мочегонное действие, который способствует выделению избыточной жидкости из организма, улучшению функционированию мочевыводящей и желчевыводящей систем.

Экстракт кукурузных рылец сухой применяется для профилактики и лечения хронического холецистита, дискинезии желчевыводящих путей, особенно по гипо-

тоническому типу, желчнокаменной болезни 1 стадии, то есть при наличии густой желчи и билиарного сладжа, хронического гепатита любого генеза. Считается, что кукурузные рыльца способствуют растворению камней желчного пузыря и почек, что обуславливает их использование и при желчнокаменной болезни 2 стадии и мочекаменной болезни, но, при назначении данного средства при этих состояниях необходимо соблюдать осторожность, ориентироваться на данные ультразвуковой диагностики, размер и количество камней, их характер, то есть не забывать про опасность развития калькулезного холангита в случае желчнокаменной болезни.

Также экстракт кукурузных рылец сухих полезно принимать для профилактики атеросклероза и ассоциированных с ним кардиологических заболеваний. Схема приема проста и удобна: по 1 чайной ложке 1 раз в день или по ½ чайной ложки 2 раза в день во время еды, добавив в пищу или растворив в половине стакана воды, сока, кефира или другого негазированного, безалкогольного напитка. Длительность одного курса 1 месяц, при необходимости курсы можно повторять, делая небольшие перерывы.

Также компания «ХАРМС» производит экстракт сухой бессмертника, который обладает антибактериальной активностью в отношении стафилококков и стрептококков, улучшает желчеотделение, стимулирует синтез желчных кислот из холестерина, повышает содержание холатов и билирубина в желчи. Более того, бессмертник оказывает спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру. Эти свойства обусловлены присутствием в растении флавоноидных соединений.

Схема приема: по 1 чайной ложке 1 раз в день или по ½ чайной ложки 2 раза в день во время еды, добавив в пищу или растворив в половине стакана воды, сока, кефира или другого негазированного, безалкогольного напитка. Длительность одного курса 1 месяц, при необходимости курсы можно повторять, делая небольшие перерывы.

Таким образом, современные фитопрепараты, в частности, в виде сухих экоэкстрактов бессмертника и кукурузных рылец, способны занять свое достойное место в арсенале врачей гастроэнтерологов, терапевтов, педиатров. Не будем забывать, что натуральные фитопрепараты не чужеродны человеческому организму, обладают гораздо меньшим количеством побочных эффектов, чем синтетические лекарственные средства, и опыт их применения измеряется тысячелетиями.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. М.Д.Машковский. Лекарственные средства. 1997 г., 1 том, С. 510–511.
 - Н.П.Шабалов. Детские болезни. 1993. C. 263–277.
 - 3. Т. Казарина. Растения целители. 1996.
- 4. В.Л.Пайков, Л.В.Эрман. Гастроэнтерология детского возраста. 1998.
- 5. И.Б. Михайлов. Основы фармакотерапии детей и взрослых. 2005.
- 6. В.А.Александрова. Функциональные расстройства желчевыводящей системы у детей // Лечащий врач, 2008. № 7. С. 58–62.
- 7. Л.Ю.Долинина. Современная фитотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта // Пятиминутка, 2018. № 3 С. 32–35.



ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА»

Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество»

Научно-практический журнал для врачей «Пятиминутка»

Уважаемые коллеги!

Приглашаем принять участие в выездном семинаре

«Санаторно-курортное лечение в современных условиях»

07-14 октября 2018 г.

На курорте Хевиз, Венгрия Проживание в Kolping Hotel Spa & Family Resort****

Программа семинара:

- санаторно-курортное лечение в Венгрии, особенности и возможности венгерских курортов
- лечебно-оздоровительные программы курорта Хевиз с купанием в лечебном озере Хевиз
- курорты Западной Венгрии: Тапольца, Залакарош, Кестхей, Балатонфюред и др.
- спа-столица мира Будапешт, обладающая всеми возможностями курорта, медицинские достопримечательности столицы Венгрии
- спелеотерапия, мофеты, термальные и минеральные воды, лечебные грязи и другие лечебные факторы венгерских курортов
- возможности международного сотрудничества в области курортологии и медицинской реабилитации.

По желанию предлагаются экскурсии — старинные замки и дворцы Западной Венгрии, а также в Вену и Будапешт, северный берег озера Балатон с посещением уникальных венгерских городков и курортов и т. д.

Все семинары и конференции Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» совмещаются с оздоровительными и лечебными программами курортов.







Просим заранее подавать заявки на участие!

Тел. +7-921-589-15-82, (812) 307-32-78

e-mail: stella-mm@yandex.ru





Рябчук Ф. Н., кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии и неонатологии ФГБОУ СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия



Пирогова 3. И., кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии и неонатологии ФГБОУ СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия



Александрович Н. Ж., кандидат медицинских наук, ООО «БИОМЕДИКА Санкт-Петербург»

МЕТОДЫ НОРМАЛИЗАЦИИ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

дной из важнейших составляющих здоровья является состояние микробиоценоза организма человека. Дисбиоз кишечника представляет собой клинико-микробиологический синдром, в основе которого лежат изменения количественного и качественного состава кишечной микрофлоры. Причины развития этого синдрома многообразны: несбалансированное питание, перенесенные инфекционные и/или аллергические заболевания, ятрогенные воздействия (применение антибиотиков, иммунодепрессантов, проведение химиотерапии, лучевые нагрузки), хронические заболевания мочевыводящей системы и желудочно-кишечного тракта.

Под влиянием неблагоприятных факторов происходит постепенное снижение количества собственной микрофлоры; бифидо- и лактобактерий, бактероидов, энтерококков и эшерихий. Снижается способность кишечной палочки расщеплять лактозу. Эшерихии, энтерококки, стафилококки приобретают гемолизирующие и другие патогенные свойства. Наряду с этими изменениями нарастает пролиферация патогенной и условно-патогенной флоры, что сопровождается метаболическими нарушениями, развивается эндогенная интоксикация, нарушаются процессы пищеварения и всасывания, снижается местная иммунная защита организма.

Актуальность проблемы дисбиоза кишечника возрастает в связи с ростом числа заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей. По итогам диспансеризации детского населения России известно, что хронические заболевания ЖКТ стоят на первом месте по распростра-

ненности среди хронической соматической патологии и составляют 142:1000 детского населения. Поражение гастродуоденальной зоны занимает до 70% в структуре хронических болезней органов пищеварения, среди них эрозивные изменения слизистой составляют от 4% до 12%, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки диагностируется с частотой 1–7% от общего числа заболеваний ЖКТ у детей. Все перечисленные поражения ЖКТ неизменно сопровождаются нарушениями кишечной микрофлоры разной степени выраженности. Именно по этим причинам поиск новых высокоэффективных и безопасных средств для коррекции микробиоценоза у детей с заболеваниями ЖКТ остается высоко актуальной задачей уже не одно десятилетие.

Для оценки эффективности жидкого пробиотического кисломолочного биопродукта «БИФИДУМБАКТЕРИНА «БИФИШКА», разработанного Новосибирской фирмой «Биокор» было проведено открытое рандомизированное клиническое исследование на клинических базах кафедры педиатрии и неонатологии СЗГМУ им. Мечникова.

Целью работы явилась оценка эффективности использования «БИФИДУМБАКТЕРИНА «БИФИШКА» в лечении детей со следующими заболеваниями органов пищеварения:

- хроническим гастродуоденитом (ХГД), ассоциированым с хеликобактер пилори (Нр-инфекцией);
- хроническим гастродуоденитом, не ассоциированным с хеликобактер пилори;
- пищевой аллергией, аллергическим гастритом, гастроинтестинальной аллергией.

ЕСТЕСТВЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА начинается со ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ

Продукция Dr.Bios — это:

- только натуральные компоненты
- без консервантов, ГМО, искусственных наполнителей и добавок
- вместо них полезные прои пребиотики (инулин, клетчатка, лактулоза)
- вместо сахара натуральный природный подсластитель стевия (без глюкозы и калорий).

Это значит, что продукция **Dr.Bios** — для всех, включая людей с избыточным весом и больных сахарным диабетом.

Закваски **Dr.Bios** — просто, вкусно и полезно каждый день!

БИОМЕДИКА

«БИОМЕДИКА Санкт-Петербург» (812) 274-58-69, 710-20-51 bv-pbcom@yandex.ru



СПРАШИВАЙТЕ В АПТЕКАХ И МАГАЗИНАХ











Бифидумы

— жидкие пробиотики, источники кислотоустойчивых бифидо-бактерий, необходимых в любом возрасте, особенно детям.

Сироп «Фитолон»

— надежный помощник пробиотиков, содержит только природные компоненты. Создает невыносимые условия для вредных микробов и вирусов, идеально питает полезные бактерии

Вместе они точно победят дисбактериоз!

«Наринацин» «Наринэ-Форте»

— это содружество самых необходимых участников пищеварения – ацидофильных лакто и бифидо-бактерий.

Инулин — это натуральные растворимые пищевые волокна, полученные из корней цикория. Наринэ с инулином обладает пребиотическими свойствами, способен стимулировать размножение и рост полез-ных бактерий, улучшает пищеварение и усвоение кальция из пищи, способствует снижению чувства голода.

РЕКЛАМА

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ СЛЕДУЕТ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ



«БИФИДУМБАКТЕРИН «БИФИШКА» — жидкий пробиотический кисломолочный биопродукт содержит живые в активной форме кислотоустойчивые бифидобактерии штамма B.bifidum №791/БАГ ГНЦВБ «Вектор» (патент № 2165454, 2001 г.), производится ООО «Биокор» (Торговая марка «Лактомир») (Россия, Новосибирская область, Наукоград Кольцово) по лицензии ФГУН Государственного научного центра вирусологии и биотехнологии «Вектор» Роспотребнадзора (Россия, Новосибирская область, Наукоград Кольцово). Концентрация живых микроорганизмов в продукте не опускается ниже 10⁹ микробных тел в 1мл, содержание аминокислот очень высокое в 3-3,5 раза выше, чем в молоке. «БИФИДУМБАКТЕРИН «БИФИШКА» богат антиоксидантами, сходными по антиоксидантной активности с витаминами В2, В6, В12. Сохранности титров бактерий в «Бифидумбактерине «БИФИШ-КА» способствует также высокая кислотоустойчивость (до 300° по Тернеру) и хорошая кислородоустойчивость бактериального штамма, которая обусловлена обогащенностью продукта природными антиоксидантами, синтезируемыми бифидобактериями. Штамм 791/ БАГ благодаря своей высокой кислотоустойчивости может находиться в средах со значением рН 3-4, что уникально для бифидобактерий. Этот штамм устойчив к воздействию протеолитических ферментов и обладает выраженной способностью к колонизации кишечника.

Единственным противопоказанием к использованию «Бифидумбактерина «БИФИШКА» является индивидуальная непереносимость компонентов продукта. Возрастных ограничений к его применению не имеется.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

бследовано 66 детей в возрасте от 8 мес. до 17 лет. По возрасту пациенты распределялись следующим образом: до года — 3 ребенка, от 2 до 3 лет — 2 детей, от 4 до 7 лет —16 детей и от 8 до 17 лет — 45 детей.

Среди 66 обследованных детей было 34 девочки и 32 мальчика.

Группы I, II, III — исследуемые. Все дети этих трех групп в комплексе лечения получали возрастную дозу «БИФИ-ДУМБАКТЕРИНА «БИФИШКА» в течение 3 недель. Дозы «БИФИДУМБАКТЕРИНА «БИФИШКА» были следующими: детям первого года жизни — 2 раза в день по $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложке на приём, детям от 1 года до 3 лет — 2 раза в день по 1 чайной ложке, с 3 до 7 лет — по 1 десертной, а с 7 лет — по 1 столовой ложке 2 раза в день.

Длительность приёма у всех детей составила 3 недели. В І группу (14 детей) включены дети с диагнозом *хронический гастродуоденит, ассоциированный с хеликобактер пилори* (Нр-инфекцией).

II группу (13 детей) составили больные с диагнозом хронический гастродуоденит, не ассоциированный с хеликобактер пилори.

В III группу (19 детей) включались дети с пищевой аллергией, аллергическим гастритом, гастроинтестинальной аллергией (не сенсибилизированные к белку коровьего молока).

Группы IV, V, VI — контрольные (все дети этих трех групп в комплексе лечения получали не «БИФИДУМБАКТЕРИН «БИФИШКА», а другие пробиотики).

В IV группу (6 детей) включены дети с диагнозом хронический гастродуоденит, ассоциированный с хеликобактером (Нр-инфекцией).

V группу (7 детей) составили больные с диагнозом хронический гастродуоденит, не ассоциированный с хеликобактером.

В VI группу (7 детей) включались дети с пищевой аллергией, аллергическим гастритом, гастроинтестинальной аллергией (не сенсибилизированные к белку коровьего молока).

Все обследованные больные I–VI групп до назначения им лечения имели диспептические нарушения (тошнота, отрыжка, чувство тяжести в эпигастрии, чувство быстрого насыщения во время еды, рецидивирующие боли в животе с преимущественной локализацией в области эпигастрия, пилородуоденальной зоне, снижение аппетита). Головные боли, чувство усталости, снижение работоспособности расценивались как проявление дисфункции вегетативной нервной системы. Отмечались также проявления астенического синдрома — раздражительность, плаксивость, головные боли.

На основании оценки клинических симптомов были получены следующие данные. У всех детей трех исследуемых групп выраженность болевого абдоминального синдрома до лечения была приблизительно одинаковой при оценке по балльной шкале (от 1 до 3 баллов). В І группе она составила 2,40 балла, во ІІ — 2,35, в ІІІ — 2,29 балла. В трех контрольных группах выраженность болевого абдоминального синдрома до лечения в ІV группе — 2,60 балла, в V — 2,70, в VI — 2,10 балла.

Кроме абдоминального синдрома, во всех группах оценивались следующие клинические симптомы: снижение аппетита, тошнота, рвота, метеоризм и урчание в животе, частота стула, склонность к запорам, наличие примесей в кале и, как проявление интоксикации, подъемы температуры до субфебрильных или фебрильных значений в течение 1-2-3 дней во время обострения заболевания. Примерно у 1/3 больных в каждой из приведенных групп отмечались патологические примеси в кале (слизь, непереваренные частицы).

У всех детей обследованных групп определялись те или иные сопутствующие заболевания: аллергический дерматит, респираторный аллергоз, вторичная лактазная недостаточность, нутритивная недостаточность, дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП), глистные и протозойные инвазии, ожирение, анемия, хроническая ЛОР-патология.

У детей, имеющих глистную инвазию, лямблиоз или патологию ЛОР-органов, чаще отмечались подъемы температуры, тошнота в утренние часы, а в кале — патологические примеси.

Вторичная лактазная недостаточность была выявлена приблизительно с одинаковой частотой у детей и исследуемых, и контрольных групп: в І группе — у 35%, во ІІ гр. — у 23%, в ІІІ гр. — 31%, в ІV гр. — у 33,3%, в V гр. — у 28,5%, в VI гр. — у 28,5% обследованных детей.

Кожные проявления аллергического дерматита в структуре пищевой аллергии (на облигатные аллергены) представлены локализованным поражением кожи лица (периоральной области, хейлитом), сгибательных поверхностей конечностей и описаны у 7 детей III (исследуемой) группы и у 2 детей VI (контрольной) группы.

Таблица 1 Сроки исчезновения клинических симптомов основного заболевания у детей исследуемых и контрольных групп после трехнедельного курса лечения (в порядковых днях заболевания, среднее значение).

Клинические симптомы	Исследуемые группы			Контрольные группы		
	I	II	I	II	I	II
	n=14	n=13	n=19	n=6	n=7	n=7
Болевой абдоминальный синдром	3,0±0,7	4,0±0,9	3,0±0,9	6,0±0,8	6,0±0,6	5,0±0,9
Снижение аппетита	3,0±0,5	4,0±0,8	3,0±0,8	4,0±0,9	4,0±0,5	4,0±0,5
Тошнота	2,0±0,9	2,0±0,8	3,0±0,5	4,0±0,6	5,0±0,4	5,0±0,7
Рвота	2,0±0,8	2,0±0,9	3,0±0,4	2,0±0,9	3,0±0,5	3,0±0,8
Метеоризм, урчание, вздутие живота	4,0±0,5	4,0±0,3	4,0±0,5	5,0±0,8	6,0±0,5	6,0±0,4
Нормализация частоты стула (регулярно 1 раз в день)	4,0±0,2	3,0±0,7	3,0±0,9	6,0±0,2	5,0±0,8	6,0±0,5
Склонность к запорам	4,0±0,5	4,0±0,7	4,0±0,8	6,0±0,3	6,0±0,8	6,0±0,9
Нормализация температуры	3,0±0,3	3,0±0,5	3,0±0,3	3,0±0,9	4,0±0,3	4,0±0,9

Аллергические проявления были в стадии неполной ремиссии. Во время наблюдений за детьми обострений аллергодерматита не наблюдалось.

В комплекс терапии этим детям включались десенсибилизирующие средства.

Респираторный аллергоз в анамнезе был у 2 детей II группы и у 5 детей III группы. Аллергии к белку коровьего молока у этих детей не было.

Терапия больным детям назначалась в соответствии с диагнозом, включая диету.

Дети I и IV групп получали 1^в стол, эрадикационные, антихеликобактерные средства (фамотидин, гастрозол, амоксиклав, амоксициллин, фуразолидон, денол, трихопол).

Больные II и V групп получали также 1^в стол, антацидную терапию (маалокс, альмагель), денол, фуразолидон.

Больные III и VI групп получали гипоаллергенную диету, антацидную (маалокс, альмагель) и десенсибилизирующую (тавегил, зиртек или кетотифен) терапию.

Всем детям I, II и III групп в терапевтический комплекс включался пробиотический биопродукт «БИФИДУМБАК-ТЕРИН «БИФИШКА». Дети IV, V и VI групп получали в комплексной терапии другие пробиотики (аципол, бифиформ, лактофлор).

Через три недели после проведенного лечения дети всех шести групп прошли повторное обследование.

В динамике клинической симптоматики после трехнедельного курса лечения отчетливо прослеживается разница между исследуемыми и контрольными группами в скорости купирования целого ряда симптомов (табл.1).

Обращает на себя внимание тот факт, что после трехнедельного курса лечения основного заболевания у детей всех трех исследуемых групп (получавших в комплексе лечения «БИФИДУМБАКТЕРИН «БИФИШКА») на 2–3 дня раньше, чем у детей трех контрольных групп (получавших другие пробиотики) исчезает тошнота и склонность к запорам, нормализуется частота стула. Детям ІІ и ІІІ групп удается справиться с метеоризмом, урчанием и вздутием живота на 2–3 дня раньше, чем детям V и VI контрольных групп.

Важное клиническое значение имеет то, что у больных исследуемых групп (получавших «БИФИДУМБАКТЕРИН «БИФИШКА») при наличии сопутствующего острого респираторного заболевания или обострения хроническо-

го тонзиллита, сопровождающихся повышением температуры, нормализация температуры наступает на 1–2 дня раньше, чем у детей контрольных групп в аналогичной ситуации.

При использовании «БИФИДУМБАКТЕРИНА «БИФИШ-КА» в терапевтическом комплексе на фоне отчетливо положительной клинической динамики ни у одного ребенка не отмечалось каких-либо побочных эффектов. Более того, даже у пациентов с пищевой сенсибилизацией к облигатным аллергенам не было описано никаких аллергических реакций. Напротив, в ряде случаев отмечалось улучшение состояния кожи и быстрая нормализация частоты и консистенции стула, исчезала склонность к запору, что еще раз подтверждает клиническую безопасность и эффективность этого биопродукта.

Все пациенты, участвующие в исследовании, оценили органолептические свойства «БИФИДУМБАКТЕРИНА «БИФИШКА» как хорошие или отличные, что свидетельствует о положительной переносимости биопродукта.

Все вышеизложенное позволяет сделать вывод, что жидкий биопродукт «БИФИДУМБАКТЕРИН «БИФИШ-КА» является эффективным и безопасным пробиотиком и может использоваться в качестве профилактического средства и с лечебной целью в комплексной терапии детей с дисбиозом кишечника при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА

ри дефицитном варианте микробиоты кишечника в начальном этапе коррекции целесообразно использовать пребиотические компоненты воздействия, а не сами пробиотики, т. к. последние не имеют «пароля» для входа микробов внутрь биопленки и поэтому пребывают в кишечнике транзиторно (1). Пребиотики же способствуют активации роста эубиотичных штаммов лактобацилл и бифидобактерий.

В клинических исследованиях подтверждена эффективность природных пребиотиков — **сиропа** *Фитолон и Рекицена-РД* с фруктоолигосахаридами.

Сироп Фитолон содержит медный комплекс хлорофилла, экстракты мяты и душицы, яблочный пектин. Препарат

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ



обладает способностью вмешиваться в состав микробных биопленок на эпителиальных слизистых кишечника. Антивирусный, антифунгальный и антибактериальный механизмы действия *сиропа Фитолон* способны подавлять кворум (феномен социального поведения бактерий), предотвращая образование биопленки (2).

Основу механизма действия *Рекицена-РД* с фруктоолигосахаридами составляет детоксикация организма с помощью ферментированных пищевых волокон в его составе за счет эффекта энтеросорбции. *Рекицен-РД* с фруктоолигосахаридами не только насыщает организм витаминами, но и нормализует выработку в организме собственных витаминов группы В, фолиевой кислоты, а также усиливает антиоксидантный потенциал организма.

Пребиотики в разных их видах желательно регулярно использовать для поддержания нормального состояния как полезной микрофлоры, так и всего организма в целом.

Для эффективной коррекции нарушений микробиоценоза, особенно в периоды сезонных подъемов заболеваемости, неблагоприятной экологической обстановки, тяжелых и длительных или хронических заболеваний, операций для предупреждения их неблагоприятного воздействия на здоровье человека становятся необходимо сочетание пребиотиков с <u>пробиотиками</u> (рго — «для», bios-«жизнь»). Целью использования пробиотиков является обеспечение оптимальных условий для роста и размножения индивидуальной микрофлоры человека, а не создание конкуренции между вводимыми извне и собственными бактериями индивидуума. Для этого необходимо соответствие пробиотика следующим основным условиям:

- 1. Штаммы бактерий в составе пробиотика должны быть абсолютно здоровы и многократно тестированы, иметь происхождение из микроорганизмов кишечника здорового человека (новорождённого),
- 2. Титр бактериальных клеток не должен превышать титр собственных соответствующих видов бактериальных клеток с целью предупреждения конкуренции между ними,
- 3. Обладать высокой степенью антагонистической активности к патогенным и условно-патогенным микроорганизмам.
- 4. Содержать бактерии с выраженной кислото- и ферментоустойчивостью,
 - 5. Иметь высокие адгезивные свойства.

Из всех современных пробиотиков очень немногие обладают всеми выше перечисленными свойствами, а высокой кислото- и ферментоустойчивостью обладают всего два современных штамма: бифидобактерии штамма В. bifidum 791/БАГ (основа «БИФИДУМБАКТЕРИНА «БИФИШКА») и штамм ацидофильных бактерий «Наринэ ТНСи». Первый их них депонирован (хранится) в Государственном Научном Центре Вирусологии и Биотехнологии (ГНЦВБ) «Вектор». Штамм «Наринэ ТНСи» — единственный в России штамм (из всех многочисленных штаммов Наринэ), который депонирован во Всероссийской Коллекции Промышленных Микроорганизмов — ВКПМ и рекомендован Институтом Питания РФ для диетических и профилактических продуктов.

Синбиотическая кисломолочная БАД к пище нового поколения **Наринацин** содержит одновременно два вида полезных микроорганизмов: бифидобактерии штамма В. bifidum 791/БАГ и ацидофильные бактерии нового, наиболее эффективного штамма «Наринэ ТНСи», полученного учёными Томска и Наукограда Кольцово (ООО»Биокор»). Кроме того, **Наринацин** обогащен *инулином*.

Инулин — полностью натуральный компонент из корней цикория пребиотического действия. Под воздействием соляной кислоты и ферментов желудочно-кишечного тракта инулин частично расщепляется до молекул фруктозы, которые попадают в кровеносную систему и приступают к выполнению своих основных функций — очищению организма от токсинов и снижаю уровня сахара в крови. Нерасщепленная часть инулина выводится из организма естественным путем, попутно избавляя его от избыточного холестерина, токсинов и прочих вредных веществ, а также избирательно стимулируя рост и метаболическую активность бифидо- и лактофлоры.

Штамм «Наринэ ТНСи», составляющий основу продукта, уникален тем, что его клетки устойчивы даже к максимально кислой питательной среде. При такой высокой кислотности клетки других штаммов Наринэ погибают.

Повышенная устойчивость клеточных мембран штамма «Наринэ ТНСи» обеспечивает при культивировании устойчивый симбиоз с другими молочнокислыми бактериями (в данном случае с В. bifidum 791/БАГ), гарантирует жизнеспособность клеток штамма как при прохождении их через агрессивный кислый желудочный «барьер», так и при длительном хранении.

Ацидофильные бактерии штамма «Нарине ТНСи» кислотоустойчивы, хорошо приживаются на всех слизистых желудочно-кишечного тракта и репродуктивных органов женщин. Они обладают выраженной антагонистической активностью к широкому кругу патогенных и условно-патогенных микроорганизмов (возбудителей дизентерии, патогенных кишечных палочек, стрептококков, стафилококков, протея, клебсиеллы и др.) рекомендованы Институтом Питания РФ для диетических и профилактических продуктов. Штамм В. Вifidum 791/БАГ имеет повышенную кислотоустойчивость по сравнению с другими штаммами. Это позволяет бифидобактериям оставаться длительное время жизнеспособными в продукте и помогать быстрой нормализации микрофлоры организма.

Сильные протеолитические ферменты ацидобактерий ТНСи гидролизуют часть клеток бифидобактерий и освобождают из них ферменты, участвующие в расщеплении лактозы и белка коровьего молока. Кроме того жидкий синбиотик **Наринацин** дополнительно обогащен аминокислотами, которые нормализуют процессы расщепления лактозы и молочного белка. Последнего свойства лишена сухая закваска «Нарине». Способность жидкой формы **Наринацин** нормализовать процессы расщепления лактозы и молочного белка позволяет применять его для нормализации микробиоценоза у детей и взрослых, страдающих лактазной недостаточностью.

Дозы **Наринацин** для детей 1 года жизни 5–20 капель на прием 2 раза в день, детям от 1 года до 3 лет — 1–2 чайных ложки, с 3 до 7 лет — 1 десертная ложка 2 раза в день, старше 7 лет — 1 столовая ложка 2–3 раза в день.

Жидкие формы препаратов содержат дополнительный лечебный фактор — продукты метаболизма активных форм живых бактерий. Среди продуктов метаболиз-

ма очень важны низкомолекулярные жирные кислоты, которые улетучиваются при лиофилизации (высушивании). «БИФИДУМБАКТЕРИН «БИФИШКА», **Наринацин** относятся к группе жидких кислотоустойчивых пробиотиков, не подвергавшихся лиофилизации, поэтому низкомолекулярные жирные кислоты в них остаются сохранными.

Для закрепления эффекта коррекционных мероприятий при нарушениях микробиоты необходимо обеспечивать ребенка полноценным здоровым питанием. В структуре такого питания незаменимую роль играют кисломолочные продукты. Оценка их значения в питании принадлежит И.И.Мечникову. Именно он впервые отметил особые свойства молочнокислых бактерий, в частности, их антагонизм по отношению к гнилостным и патогенным бактериям. Кроме того, кисломолочные продукты содержат значительно меньше лактозы, которая расщепляется на моносахара (глюкозу и галактозу) в процессе сквашивания молока. По этим причинам такие продукты можно и нужно использовать ежедневно даже при вторичной лактазной недостаточности, особенно больным с нарушениями микробиоты.

Кисломолочные продукты широко представлены в магазинах, но их можно приготовить и дома на основе **заквасок.** Домашние продукты отличаются свежестью, приятным вкусом, сохранностью полезных бактерий и простотой приготовления. Процесс домашнего приготовления дает возможность выбрать за основу молоко любой степени жирности от 0%. В последнее время в продаже появилась новая продукция торговой марки **Dr.Bios**.

Главная концепция продукции Dr.Bios —

- только натуральные компоненты,
- полное отсутствие консервантов, ГМО, искусственных наполнителей и добавок,
- дополнение основного состава натуральными полезными про- и пребиотиками (немикробными факторами питания полезных бактерий),
- использование вместо сахара натурального природного подсластителя — стевии, что позволяет использовать продукцию **Dr.Bios** больным сахарным диабетом.

Закваски **Dr.Bios** имеют целый ряд неотъемлемых компонентов здорового питания, которых нет в других заквасках. В их состав, кроме основного компонента — высококачественных пробиотических штаммов бактерий, входят: пищевые волокна (клетчатка), лактулоза, инулин (пребиотик), стевия (единственно доступный, натуральный, без побочных эффектов заменитель сахара), кальций, фосфор.

Клетчатка (пищевые волокна) — неперевариваемая часть продуктов растительного

происхождения. Очищает пищеварительный тракт от отходов жизнедеятельности, аккумулирует и выводит вредные компоненты окружающей среды или пищи — радионуклиды, аммиак, пигменты желчи и холестерин. Кроме этого, пищевые волокна в продуктах выполняют и другие важные функции:

- делают еду более объемной, что позволяет насыщаться меньшим ее количеством,
- является «питательной средой» для увеличения количества полезной микрофлоры кишечника.
- препятствует быстрому усвоению и эффективно связывает излишки жиров и сахара,
- способствует быстрому продвижению масс по кишечнику и облегчает их выведение.

Лактулоза — пребиотик, дисахарид из двух молекул мносахаридов — глюкозы и фруктозы. До толстого кишечника моносахариды доходят в неизменном виде, где расщепляются до молочной, уксусной и масляной кислот, являясь питательной средой для лактобактерий и бифидобактерий. Кроме того, продукты бактериального метаболизма лактулозы сдвигают рН среды в толстой кишке в кислую сторону, угнетая тем самым рост и размножение патогенных микроорганизмов.

Инулин — подробно описан выше (см Наринацин).

Стевия — многолетнее растение, родом из Южной Америки. В ее листьях содержатся 17 аминокислот, эфирные масла, апигенин, кампестерол, стевиол, флавоноиды и гликозиды. Последние придают этому растению сладкий вкус. Стевия в 30 раз слаще сахара, поэтому ее называют «медовой травой». Она не противопоказана больным сахарным диабетом, так как глюкозиды, входящие в ее состав не оказывают влияние на уровень инсулина в крови человека. Стевия обладает противомикробным действием, снижает уровень сахара в крови, понижает артериальное давление, выводит токсины и радионуклиды, уменьшает тягу к жирной пище, замедляет процесс старения.

Обогащенный состав заквасок делает их ценным дополнением рациона оздоровительного питания.

©

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Осипов Г.А. Определение состава и количества микроорганизмов кишечной стенки методом масс-спектрометрии по клеточным жирным кислотам. СПб. 2016; с. 5–16.
- 2. Рябчук Ф. Н., Пирогова З. И. Новые биотехнологии в изготовлении пробиотиков и их эффекты при использовании в практике педиатра. СПб, 2014; с. 24–25.
- 3. Пирогова З.И. Оптимизация профилактики и коррекции дисбиозов у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Педиатр. 2013; 1 (IV), c. 21–26.

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ





Куандыков Г. Б.,Главный врач Центра медицинской профилактики
Астраханской области, Депутат Думы Астраханской области, г. Астрахань, Россия

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЕГО ПАРАМЕТРЫ

едицинская наука, а тем более практика, исследуя здоровье человека и его параметры, нечасто обращается к его социальной составляющей, в то время как именно она обретает все большую значимость в конструировании индивидуального и общественного благополучия, и, тем самым, здоровья. Это обусловлено тем, что современные представления о сущности здоровья строятся на понимании его как индикатора качества жизни и сохраняют, тем самым, его социальную обусловленность. Социальная среда нашла отражение даже в определении здоровья, сформулированном ВОЗ, согласно которому, здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов [1]. Этот общеизвестный постулат свидетельствует о том, что социальная компонента общественного здоровья, представляя собой элемент организации и самоорганизации всей общественной системы, является равноценной физическому и психическому благополучию.

Организация охраны здоровья есть форма реагирования государства, социальных групп и отдельных индивидов на те условия, которые, способствуют сохранению либо, напротив, разрушению устойчивости социального организма во внешней среде. Потребность в изучении здоровья через призму социальных отношений продиктована усилением значимости средовых факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья мирового и, в частности, российского населения. Расширение диапазона множественных рисков, локализующихся в социальной среде, обусловило рост заболеваемости и смертности от хронических неинфекционных заболеваний, которые, по данным отечественных исследователей, в современном мире вызывают 59% из 57 миллионов смертей ежегодно [2].

Рискогенная социальная среда ведет к сокращению продолжительности жизни, росту известной и появлению новой патологии, приводит к изменению иммунологической реактивности, усиливает сбои на генетическом уровне. Взаимообусловленность генетического, биологического и социального пространств создает необходимость в изучении здоровья общества через такие сре-

довые составляющие, как трудовая деятельность, доход, стресс, физическая и социальная активность, семейное положение, информированность, способы оздоровления, профилактика заболеваний, качество медицинских услуг, характер питания, степень распространенности вредных привычек и множество иных рисков, корни которых произрастают из общественных отношений и образа жизни индивидов и социальных групп (в данной статье мы рассмотрим лишь некоторые из них).

В диапазоне социальных рисков, провоцирующих возникновение множества неинфекционных заболеваний, рассматриваются такие факторы, как психологический микро- и макроклимат, комфортность жилья и территории, обеспеченность транспортом, которые опосредуют физическое, психологическое и моральное состояние индивидов, а также формируют понятие «состояние окружающей среды» [3, С. 19–32]. Условия жизни человека оказывают влияние на настроение граждан и управляют их психологическим состоянием. Социальное настроение, в свою очередь, приобретает фоновую значимость в развитии различной патологии либо, напротив, устойчивости к ней.

В исследованиях, ориентированных на познание социальных рисков, определяющих качество жизни и здоровья населения, приоритетные позиции занимает экономический достаток личности, социальной группы и общества. Л.Гордон в своих исследованиях высказывает наиболее распространенную точку зрения о том, что в здоровье отражается уровень экономического и культурного развития общества [4, С. 69]. 52-я сессия Всемирной организации здравоохранения также признала, что основные детерминанты здоровья обусловлены социально-экономическими факторами, и связь между состоянием здоровья и занятостью, уровнем доходов, социальной защитой, жилищными условиями и образованием четко прослеживается во всех европейских государствах [5]. Социальные и экономические детерминанты — от социальной иерархии до неравенства доходов, от экономического роста до социального капитала, от этнического состава до показателей рынка труда и социальных норм, пронизывающих общественные отношения, — выступают параметрами жизни и трудовой деятельности [6, S. 20–21], они определяют характер отношения общества к здоровью и степень заинтересованности в его поддержании.

Материальное благосостояние общества считается одним из важнейших источников неравенства в распределении здоровья. В то же время Р.С.Гринберг и Т.В.Чубарова, изучающие связь бедности и здоровья людей, проживающих в развивающихся и развитых странах, выявили, что для последних относительная важность материальных обстоятельств снижается, в то время как значение психосоциальных факторов возрастает [7, С. 19–32]. И, действительно, степень тяготения к комфорту и благам цивилизации показывает, что экономический фактор далеко не всегда выступает причиной всех зол, хотя и определяет значительную часть проблем, связанных со здоровьем. В современной же России преобладание экономической мотивации обусловлено не только реальными доходами граждан, но и их мировоззрением. Привычная ссылка на «нехватку денег» есть скорее следствие зацикленности на денежном вопросе, это удобный аргумент в защиту неспособности или нежелания самой личности искать и находить возможности (не только материальные) для здоровьесбережения.

Важнейшим фактором, оказывающим влияние на общественное здоровье, выступает и трудовая деятель**ность**. Согласно А. В. Решетникову, 20–40% заболеваний работающих людей связаны с неблагоприятными условиями труда [8, С. 4]. Комфорт индивида обусловлен как физическими параметрами трудового пространства, так и социально-психологической атмосферой в коллективе, а также множеством иных организационных составляющих, к которым, в частности, относится управленческий стиль руководителя организации, заинтересованного (либо незаинтересованного) в поддержании здоровья своих сотрудников. Согласно исследованиям отечественных ученых, в 72,2% случаев инициатором профилактической работы в учреждении выступает администрация. Среди причин, способствующих формированию здоровьесберегающего стиля руководства предприятия, названы: интересы дела (73%), гуманность (11,4%) и потребность в уважении со стороны коллектива (4%) [9, С. 5]. Как видно, главным интересом руководителей является их стремление поддержать функциональность производства («чем меньше болеют, тем больше и лучше работают»), а потребность в заботе о здоровье как главной социальной ценности занимает второстепенное место. Те же исследования выявили, что наиболее популярным методом предупреждения неинфекционных заболеваний на государственных предприятиях является вакцинация сотрудников (81,8%), а на предприятиях с частной и смешанной формой собственности — выдача абонементов для занятий спортом (95,3%) [10, С. 5].

Важнейшим показателем социального здоровья общества выступает его социально-психологическая детерминанта. Современный уклад и ритм жизни, сопровождаемые хроническим стрессом на фоне катастроф, войн, терроризма, экологических бедствий, породили массовую невротизацию населения. А рост депрессивных заболеваний, в свою очередь, неизбежно отражается и на клиническом облике терапевтических болезней [11, С. 9]. Неустойчивый социум способствовал возникнове-

нию «синдрома тревожного мира», который в атмосфере нестабильной повседневности породил неуверенность в завтрашнем дне и, как следствие, обесценивание такой долговременной потребности, как здоровье [12].

Индикатором психологической устойчивости личности к факторам риска являются ее самоощущения и самооценка собственного состояния. Способность индивида к позитивному восприятию различных жизненных ситуаций, психологический настрой на преодоление трудностей и болезней препятствуют формированию острого и хронического стресса, обеспечивая устойчивость к различной психоневрологической и соматической патологии. Исследования, проводимые в рамках психоневроиммунологии, показали зависимость иммунной системы от настроения. Так, оптимистический настрой ВИЧ-инфицированных пациентов способствовал более позднему развитию симптомов и большей продолжительности их жизни. А позитивное отношение к жизни среди пожилых людей помогает им легче преодолеть возрастной иммунный спад. Выявлено также, что ярко выраженное чувство субъективной компетентности коррелирует с хорошим здоровьем [13], поддерживает хороший уровень социальной активности и устойчивости к неблагоприятным жизненным ситуациям, сохраняет социальнопсихологические резервы личности.

Современное общество, именуемое информационным, все более подвержено воздействию информации и информационных технологий, которые своим противоречивым влиянием на общественные отношения вызывают далеко неоднозначные последствия. Использование информационных технологий в системе здравоохранения осуществляется путем обеспечения населения информацией по вопросам здоровья, а медицинских работников — по профессиональным вопросам (в частности, электронной медицинской литературой); путем использования технологий обработки информации (электронная обработка статистических данных и их архивация, электронные истории болезни и электронные записи на прием); путем оказания медицинской помощи. В то же время влияние информатизации на медико-социальные отношения не ограничивается их непосредственным использованием в деятельности лечебных учреждений. Переорганизация процесса получения и обработки информации ведет к расширению возможностей информационных технологий в области формирования новых подходов к пониманию здоровья как общественной ценности, расширению диапазона способов оздоровления институциональными и индивидуальными методами, созданию современных здоровьесберегающих программ, что «позволяет говорить о возрастании мировоззренческой роли информационно-коммуникативных технологий» [14, C. 23].

В то же время информационная среда, все более встраиваясь в социальные взаимодействия, способствует социальному и профессиональному отчуждению. При ее участии разрушается классическая связь в системе «врач пациент», затрудняется процесс межличностного взаимопонимания и регуляции медико-социальных отношений, что создает почву для возникновения множества прецедентов между медицинским работником и обслуживаемым населением.

(Ž)

социология медицины

Одну из центральных ролей в конструировании здоровья общества играют социальные институты, в частности, **инстиитут здравоохранения.** Опрос, проведенный в 46 регионах России Ассоциацией частных клиник Москвы, показал, что более 50% респондентов недовольны качеством медицинских услуг в государственных больницах и поликлиниках. А. Кудрин в своем докладе «Основные положения стратегии охраны здоровья населения России в период 2013-2020 гг.» отметил, что, несмотря на некоторые успехи последних лет, эффективность российского здравоохранения остается низкой. Граждане по-прежнему не довольны качеством медицинского обслуживания. Лишь 20% граждан сегодня удовлетворены состоянием здравоохранения, 77% не удовлетворены им, а 40% уверены, что за последний год качество медицинской помощи снизилось [15]. Такие показатели свидетельствуют о необходимости проведения глубокого анализа общественного здоровья не только через призму организационных и экономических реформ здравоохранения, но и в контексте удовлетворенности населения получаемыми лечебными услугами, уровнем компетентности медицинских работников, качеством оказания медицинской помощи, соблюдением медицинской этики.

Таким образом, многоликое социальное пространство приобретает важную роль в конструировании физического, психического и социального здоровья современного общества. В одних случаях социальность способствует созданию условий для здоровьесбережения и противостояния средовым рискам, в других — сама выступает рискогенным фактором и способствует возникновению и развитию разнообразных форм патологических процессов.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Преамбула к Уставу (Конституции) Всемирной организации здравоохранения / Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения (Нью-Йорк, 22 июля 1946 г.) [Эл. ресурс]. URL: http://base.garant.ru/2540328/ (Обр. 11.10.14).
- 2. Оганов, Р.Г., Масленникова, Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний трудоспособного населения России // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2002. № 3.
- 3. Гринберг, Р.С., Чубарова, Т.В. Здоровье в социально-экономической системе координат // Аналитический вестник «Здоровье населения как ключевой фактор социально-экономического развития регионов России». 2013. № 34 (518).
- 4. Гордон, Л., Возьмитель, А., Журавлева, И., Клопов, Э., Римашевская, Н., Ядов, В. Социология быта, здоровья и образа жизни населения / Социология в России / Под ред. В. А. Ядова. — 2-е изд., перераб. и доп. М.: Изд-во Института социологии РАН. 1998. 696 с.
- 5. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе в 2002 году на 52 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, сентябрь 2002 года //Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ/15/02, Копенгаген, 17 сентября 2002 года.
- 6. Rusmussen, D., Den Uyl. См.: Изуткин, Д. А. Анализ подходов к понятию «здоровье» в зарубежной социологии // Социология медицины. № 2 (19), 2011.
- 7. Гринберг, Р.С., Чубарова, Т.В., Здоровье в социально-экономической системе координат // Аналитический вестник «Здоровье населения как ключевой фактор социально-экономического развития регионов России». 2013. № 34 (518). С. 19–32.
- 8, 9, 10. Решетников, А.В. Медико-социальная эффективность деятельности страхователя в системе обязательного медицинского страхования //Социология медицины. 2014. № 1.
- 11. Сокол, А.Ф. Современный врач: особенности, пути оптимизации профессиональных и личностных качеств.//Социология медицины. 2014. № 1.
- 12. Жарова, М. Здоровье в системе жизненных ценностей человека. [Эл. ресурс]. URL: http://www.woa/wa/Main?level1= (Обр. 23.10.15).
 - 13. Влияние настроения на здоровье. [Эл. pecypc]. URL: http://viptoria.ru/zdorovie-6-108. html (Обр. 31.05.16).
- 14. Капто, А. Роль информационно-регулятивных механизмов в формировании культуры мира / Безопасность Евразии. № 3 (21), 2005.
- 15. Основные положения стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013–2020 гг. и последующие годы. [Эл. pecypc]. URL: http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=12658 (Обр. 15.05.15).

НОВОСТИ

Результаты выборочных исследований показали: только 48% россиян знают о наличии у них артериальной гипертонии, лечатся от нее лишь 34%, а считают лечение эффективным лишь 11%. Причем, многие говорят о всплеске этого заболевания в межсезонье, когда лето переходит в осень, зима в весну и т.д. Не случайно именно в межсезонье чаще всего случаются сердечно-сосудистые катастрофы — инфаркты и инсульты.

В России заболеваемость гипертонией среди женщин — 41,1%, среди мужчин — 39,2%. К ним можно причислить россиян с пограничными показателями, таких примерно 30%. Так что артериальная гипертония — настоящий бич времени: в нашей стране только от сердечно-сосудистых заболеваний ежегодно умирает до 1,3 млн человек. На ее фоне грозная ишемическая болезнь сердца развивается почти в 4 раза чаще, а мозговые инсульты — в 7 раз!

Исследования говорят о том, что, если систолическое АД снизить в среднем всего на 3 мм рт. ст., риск смерти от инсульта уменьшится на 8%, а от инфаркта — на 5%. А снизить АД поможет (наряду с медикаментами) ограничение в меню соли и жирной пищи.

К сожалению, россияне начали резко полнеть. И в нашей стране за последние десятилетия выросло число не только взрослых с избыточным весом, но и детей, подростков, у кого на фоне полноты фиксируется повышение АД. Специалисты уже говорят о четверти нашего населения с ожирением. Похоже, мы стремимся догнать Америку в этом плане, где уже примерно 65% взрослых имеют индекс массы тела (ИМТ) более 25 кг/г², что является показателем избыточного веса; у 30% фиксируется ожирение (ИМТ >30 кг/г²).

Но только одно снижение массы тела на 5,1 кг приводит к уменьшению систолического и диастолического АД на 4,4 и 3,6 мм рт. ст. соответственно. По мнению экспертов, уменьшить свой вес не составляет большого труда: достаточно перейти на низкокалорийную диету, добавить по максимуму физических нагрузок и снизить количество потребляемой соли. В мире проводилось немало исследований по оценке влияния соли на показатели АД. Установлено: уменьшение в меню соли всего лишь на 0,9 г/сут. способствует снижению АД у всех пациентов.

Источник: https://www.mk.ru/social/health/2018/08/23/qipertoniya-v-rossii-prinyala-kharakter-epidemii.html



ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА»

Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество»

Научно-практический журнал для врачей «Пятиминутка»

Уважаемые коллеги!

в научно-практическом семинаре с программой оздоровления и отдыха:

Шопрон— средневековый оазис на границе Венгрии и Австрии

08–15 декабря 2018 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 др. 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 и дворцов, дегустацией вин, блюд национальной кухни, концертными программами, и экскурсии в Австрию, включая Вену, а также лечебные и оздоровительные программы, выезд в аквапарк, курорты Балф, Бюкфюрдо и др., а также на дегустацию вина и т.д.

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



Заявку на участие можно отправить на e-mail: stella-mm@yandex.ru с пометкой «Поездка в Шопрон — 18».

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

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ





Шадрин Д. И., кандидат педагогических наук, доцент кафедры спортивной медицины и технологий здоровья, НГУ имени П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург

САНОГЕНЕЗ КАК ОДНА ИЗ ОСНОВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

еоретической основой лечебной физической культуры являются медико-биологические и педагогические науки: анатомия, физиология, биохимия, гигиена, различные клинические дисциплины, спортивная медицина, педагогика, психология, теория и методика физического воспитания, виды спорта (гимнастика, плавание, легкая атлетика, лыжные гонки и другие спортивные игры). Теория собственно лечебной физической культуры развивается, прежде всего, путём изучения механизмов лечебного действия физических упражнений, разработки новых методик занятий и исследования их действия и эффективности [1, 2].

В первую половину прошлого столетия, с момента распоряжения Наркома здравоохранения Н.А.Семашко в 1929 г. и принятия термина лечебной физической культуры (ЛФК) [6], этому методу функциональной терапии принадлежит ведущая роль по восстановлению трудоспособности. В этот период активно стали проводиться исследования по клинико-физиологическому обоснованию использования физических упражнений при разных нарушениях и заболеваниях как на санаторно-курортном этапе лечения, так и в условиях стационара. К середине предыдущего столетия в СССР были определены основы (В.Н.Мошков, 1948) и ведущие процессы регулирования (нервная и гуморальная) в ЛФК [6], разработана теория моторно-висцеральных рефлексов (М.Р.Могендович, 1947) и сформированы ведущие механизмы лечебного действия физических упражнений: тонизирующего влияния, трофического действия, формирования компенсаций и нормализации функций (В.К.Добровольский 1947, 1952) [1, 2], которые и по сей день являются теоретической основой лечебной физической культуры.

Как известно, биологическая роль мышечной деятельности в жизни человека чрезвычайно велика. Движение является стимулятором процессов роста, развития и формирования организма. Функция движения, стимулируя активную деятельность всех органов и систем человеческого организма, поддерживает их функционирование и развивает их. В свою очередь, мышечная работа является необходимой для нормального функционирования центральной нервной системы и внутренних органов.

Организм человека должен постоянно приспосабливаться к меняющимся условиям внутренней и внешней среды. Это приспособление достигается изменением функций клеток различных органов и систем, взаимосвязанных друг с другом. Процессы, происходящие в каком-либо органе или системе, вызывают изменения деятельности других органов или систем. Таким образом осуществляется саморегуляция внутренних органов, систем и обмена веществ [1].

Саногенез — это генетически детерминированная система любого живого организма (человек, животное, растение), обеспечивающая его жизнеспособность в физическом мире. Она наиболее сложна по своему строению у человека и наиболее проста (по структуре) у растений. Саногенез у человека является многоуровневым и многоэтапным процессом. Он проявляется на клеточном уровне (например, апоптоз и регенерация клеточных популяций) и органном (например, перестройка эндокринной регуляции при парциальном ее повреждении). В чело-

веческом организме система саногенеза представлена на всех уровнях организации (организменном, органном, клеточном, молекулярном), во всех системах гомеостаза. Практическое значение саногенеза состоит в том, что защитные (саногенетические) проявления со стороны организма (например, повышение температуры при простуде, диарея при пищевом отравлении) врач однозначно трактует как симптом болезни и назначает соответствующее лекарство, как правило, подавляющее эти защитные (саногенетические) реакции (в данном примере — повышение температуры, которое стимулирует иммунологическую реактивность, и диарею, которая удаляет из организма патогенный «материал»). В то же время, как отличить (при грамотном врачевании) защитную реакцию и симптомы болезни, — врачей не учат [4].

Двигательная активность обладает значительным саногенетическим эффектом, различные виды ее имеют большое значение как в профилактике, так и в лечении острых, хронических, в том числе и генетических, заболеваний [8].

Морфофункциональной основой адаптации человека к различным видам нагрузки и их применения в качестве реабилитации являются механизмы первичного и вторичного саногенеза (саморегуляции организма). Вторичный саногенез у больных хронической патологией направлен на локализацию и компенсацию нарушенных функций вследствие повреждения [3].

Глобальное значение концепции саногенеза состоит в осознанной необходимости, на основе знания механизмов саногенеза, предупредить развитие заболевания и развить компенсаторные механизмы [5]. Ряд авторов считают, что основным механизмом саногенеза при хронических патологиях является компенсация. Компенсация характеризуется тем, что органы и системы, не пострадавшие от патогенного фактора, берут на себя функции поврежденных структур путем заместительной гиперфункции или качественной новой функции [4].

В наших наблюдениях, адекватная физическая нагрузка в физкультурно-рекреационных занятиях с лицами, имеющими генетическое заболевание (муковисцидоз), подобранная в зависимости от морфофункционального состояния занимающихся, положительно влияет на организм лиц с генетическими заболеваниями (муковисцидоз) и увеличивает их резервные возможности [7].

Таким образом, саногенез и его механизмы встают в один ряд с вышесказанными механизмами лечебного действия физических упражнений при клинико-физиологическом обосновании использования физических упражнений при разных нарушениях и заболеваниях, и должны быть включены в теоретическую основу лечебной физической культуры.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Дамскер И.С. Клинико-физиологическое обоснование лечебного действия физических упражнений / И.С.Дамскер, А.В.Белорусова // Учебник инструктора по лечебной физической культуре: учебник для ин-ов физкульт. / под ред. В.П.Правосудова. Москва: Физкультура и спорт, 1980. С. 34–43.
- 2. Добровольский В.К. Клиноко-физиологические обоснования лечебного применения физических упражнений / В.К. Добровольский // Учебник инструктора по лечебной физической культуре / под ред. В.К. Добровольского. Москва: Физкультура и спорт, 1974. С. 67–83.
- 3. Кокосов А.Н. Философия здоровья в научной и традиционной медицине / А.Н.Кокосов // Саногенез (О науке и практике врачевания) / Под ред. А.Н.Кокосова. — СПб. 2009. — С. 20–24.
- 4. Кокосов А.Н. Проявления саногенеза в системах гомеостаза и на различных уровнях организации организма человека / А.Н.Кокосов // Саногенез (О науке и практике врачевания) / под ред. А.Н.Кокосова. Санкт-Петербург, 2009. С. 25–31.
- 5. Минеев В.Н. Саногенез с позиции молекулярной биологии и клеточной сигнализации на примере JAK-STAT системы / В.Н. Минеев, Л.Н. Сорокина // Саногенез (О науке и практике врачевания) / под ред. А.Н. Кокосова. Санкт-Петербург, 2009. С. 35–66.
- 6. Мошков В.Н. Основы физиологического и терапевтического действия физических упражнений на организм больного / В.Н.Мошков // Общие основы лечебной физкультуры. Москва, 1963. 356 с.
- 7. Шадрин Д.И. Саногенетические основы в использовании физкультурно-рекреационных занятий у лиц с муковисцидозом / Д.И.Шадрин и др. / Материалы VII международного научный конференции «СПОРТ, ЧЕЛОВЕК, ЗДОРОВЬЕ» 27–29 октября 2015 г., Санкт-Петербург, Россия: Материалы Конгресса / Под ред. В.А.Таймазова. СПб., Изд-во «Олимп-СПб» 2015. С. 331–332.
- 8. Фролькис В. В. Старение и биологические возможности организма / В. В. Фролькис. Москва: Наука, 1975. 272 с.

новости

В более 540 клиниках пластической хирургии прошли проверки Росздравнадзора, нарушения были выявлены в 67% из них. Об этом рассказал начальник Управления организации государственного контроля качества оказания медицинской помощи населения Росздравнадзора Анатолий Шаронов.

Он отметил, что пока проверено 45% клиник от запланированного объема. По его словам, в ходе проверок ведомству удалось выявить 70 специалистов, уровень образования которых не соответствовал профессиональному стандарту о пластической хирургии. «Помощь людям оказывали специалисты, непонятно что знающие и непонятно чего умеющие», — уточнил он, добавив также, что «в среднем на одну медицинскую организацию приходится по 2,5 факта нарушения порядка».

Ранее вице-премьер РФ Татьяна Голикова поручила Росздравнадзору провести внеплановые проверки в клиниках красоты в связи с сообщениями о случаях гибели пациенток после пластических операций в некоторых учреждениях. По данным секретариата вице-премьера, только в 2018 году зафиксировано шесть летальных случаев после выполнения пациентам пластических оперативных вмешательств.

Источник: http://www.remedium.ru/news/detail.php?ID=74950





Кудрявцева Н. Г., почетный работник общего образования РФ, педагог-психолог, ГБУЗ «Детский санаторий «Пионер» (психоневрологический), Санкт-Петербург, Россия



Гонтарь И.П., педагог-психолог, ГБУЗ «Детский санаторий «Пионер» (психоневрологический), Санкт-Петербург, Россия

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

«Душа — это парус. Ветер — жизнь» М. Цветаева

анаторно-курортный этап является важным звеном в профилактике, лечении и реабилитации детей с различными заболеваниями. Наш санаторий расположен на берегу Финского залива, в уникальном курортном месте. В учреждение поступают дети дошкольного и младшего школьного возраста по направлению детских поликлиник города и ЦВЛ «Детская психиатрия» с астено-невротическим синдромом, с синдромом двигательной гиперактивности и дефицитом внимания, с различной речевой патологией (заикание, общее недоразвитие речи, алалия, дизартрия, дислалия, дисграфия, др.), с задержкой психоречевого развития и др. Лечебно-оздоровительный комплекс мероприятий по оздоровлению детей, проводимых на базе санатория «Пионер», включает климатолечение, режим, диетическое сбалансированное питание, массаж, лечебную физкультуру, индивидуальную и групповую психотерапию, занятия с психологом и логопедом, лечебную педагогику. Широко применяются современные физиотерапевтические методы лечения и профилактики.

Развитие концепции реабилитации по-новому поставило вопрос о месте и роли психологов в деятельности санатория. Особое значение приобретает, в частности, вопрос о привлечении психолога к участию не только в диагностическом процессе, но и в проведении психотерапевтической и психокоррекционной работы, которой отводится важная роль в системе восстановительного лечения.

Работа психолога в санатории имеет ряд особенностей, т.к. срок пребывания детей носит ограниченный характер, и в большей мере должна подчиняться задачам реабилитации. Здесь психокоррекционная работа в группах и организация терапевтической среды являются важнейшими ее элементами. Целью деятельности психолога являяется содействие личностному и интеллектуальному развитию маленьких пациентов, исходя из способностей, склонностей, состояния здоровья.

В последние годы, в силу многих причин, изменились не только мы, но и дети. Они стали более активны, более эрудированы, у них разнообразные интересы. В то же время мы наблюдаем, что стало больше ребятишек, страдающих различными невротическими и агрессивными состояниями, отличающихся неуровновешенностью поведения. Все эти проблемы порождают острую необходимость гибкого подхода к воспитанию, развитию, оздоровлению детей в условиях санатория. Каковы бы ни были результаты исследований, тестов и анкет, — главное, чтобы мы, взрослые, помнили, что нет детей плохих и хороших, интересных или скучных, а есть дети разные. И наша задача, чтобы их детство прошло радостно и полноценно. «Не проси груш у тополя» — говорит пословица. Не требуй от ребенка того, что он еще не может. Помоги ему отыскать в себе то, о чем он даже не подозревает. Поддержи его, ведь ничто так не волнует нас, взрослых, как первые шаги ребенка по неровной дороге жизни.

В современной психологии в самом общем приближении выделяется три взаимосвязанных уровня, на которых разворачивается жизнедеятельность человека: биологический, психологический и социальный. На каждом из названных уровней здоровье человека имеет особенности своего проявления. В фокусе внимания психологов — психологический и социальный уровни функционирования человека. Функции социально-психологической реабилитации — это восстановление психологического и психического здоровья человека, оптимизация внутригрупповых отношений и связей.

Психологическое сопровождение детей в санатории реализуется через систему индивидуальных, подгрупповых занятий, через индивидуальное и семейное консультирование. Перед психологом стоит основная задача — выявить причины психологического дискомфорта, отклонений в поведении детей, найти и применить наиболее эффективные методы и средства для восстановления. Суть взаимодействия психолога с детьми: снятие нервнопсихического напряжения, смягчение эмоционального дискомфорта, снижение агрессивности, возбудимости, тревожности, развитие психических функций (памяти, внимания, мышления, воображения), преодоление пассивности, формирование самостоятельности и коммуникативных навыков.

Опыт работы доказывает, что эффективность лечебновосстановительного процесса напрямую зависит от того, насколько комфортно чувствует себя ребенок. Основным условием нормального психосоциального развития (помимо здоровой нервной системы) признается спокойная и доброжелательная обстановка, создаваемая всеми сотрудниками санатория, которые внимательно относятся к эмоциональным потребностям ребенка, беседуют и играют с ним, поддерживают дисциплину. В этой связи существенное значение играют мероприятия, направленные на информирование о традициях санатория, правилах пребывания и снятие отрицательного отношения детей к лечению в условиях санатория, на создание обстановки домашнего комфорта и уюта.

С целью выявления, насколько комфортно ребенок чувствует себя в санатории, мы используем цветовой тест Люшера. Неблагополучная ситуация в семье, а также негативное отношение ребенка к пребыванию в санатории могут существенно осложнить адаптацию. Например, в 2016 году нами было обследовано 86 детей и получены следующие результаты:

- оптимальная работоспособность у 56% детей,
- компенсируемое состояние усталости 34%,
- хроническое переутомление, истощение, низкая работоспособность у 6% детей,
- возбуждение y 4%.

Данная информация учитывалась в индивидуальной работе с ребенком. В состоянии хронического переутомления не могут полноценно функционировать память, внимание, мышление, нарушается адекватность реагирования, снижается способность к самоуправлению. Все это, естественно, отрицательно сказывается на школьных успехах. Но чем больше времени ребенок начинает уделять урокам и меньше — отдыху, тем плачевнее бывают общие результаты: к слабой успеваемости добавляется и потеря здоровья.

После проведенной психокоррекционной работы наблюдалась положительная динамика: работоспособность возросла на 4%, компенсируемое состояние усталости снизилось на 2%, и на 2% снизилось перевозбуждение. При хроническом переутомлении в первую очередь требуется снижение нагрузок, и были даны рекомендации педагогам по взаимодействию с детьми.

Предлагаем выполнить простое упражнение «Руки». Соедините ладони рук на уровне груди, а затем надавите правой ладонью на левую. Левая рука бессознательно начинает оказывать сопротивление, хотя такая инструкция

не давалась. Вывод: в ответ на агрессию мы подсознательно начинаем сопротивляться, то есть агрессия рождает агрессию. Если педагог настроен недружелюбно по отношению к детям, они это почувствуют и неосознанно примут меры защиты.

Обеспечение социально-психологического благополучия ребенка, согласно ФГОС, — это создание эмоциональной комфортности и позитивного психологического самочувствия ребенка в процессе общения со сверстниками и взрослыми в учреждении.

Психологическая коррекция ребенка и взрослого — далеко не одно и то же. Психологическая коррекция в детском возрасте ориентируется на работу с детьми и их социальным окружением. Главная задача при построении взаимодействия с ребенком — это создание атмосферы безопасности и комфорта, достижение которой обеспечивается принятием ребенка и уважением к нему как личности, проявлением эмпатии.

Собственно коррекционная работа — наиболее трудоемкая, осуществляется непосредственно психологом при активном содействии родителей, воспитателей, врачей, учителей с группой детей или индивидуально. Дети младшего дошкольного возраста, у которых совместная деятельность практически отсутствует, и велика эмоциональная значимость взрослого, вряд ли будут успешны в коррекционном смысле при выполнении серии групповых занятий.

При коррекции поведения 5–8 гиперактивных детей групповая форма окажется неэффективной. Зато «разнопроблемная» по составу группа детей с эмоциональными нарушениями позволит каждому приобрести новый опыт, отреагировать чувства и изменить когнитивную сферу. В индивидуальной коррекции психолог выступает в качестве основного инструмента. Групповая коррекция имеет преимущества: многие замкнутые, застенчивые дети, участвуя в действии скрыто, в качестве зрителей, идентифицируются с активными участниками, боязливый ребенок быстрее принимает решения, гиперактивный становится более уравновешенным под воздействием спокойных товарищей по группе. Признание сверстников мотивирует ребенка на изменение своего поведения.

Тренинговые упражнения помогают в организации педпроцесса. Тренинг понимания жестов позволяет избавиться от лишних слов на занятиях. Открытая ладонь — «не мешаем отвечать», «хлопок» — сигнал к выполнению действия. Молчаливое поощрение — «Я доволен тобой» — дотронуться до плеча, взять за руку, положить поощрительный жетон во время самостоятельной работы.

В направлении практики развития эмоционального интеллекта, как составной части коммуникативной компетентности, отдаем предпочтение методу песочной терапии. Для этого используем в своей работе «Чудо-стол» для рисования песком с подсветкой и «кинестетический песок». Мы пришли к выводу, что песок великолепно тренирует мелкую моторику руки и эффективно готовит руку ребенка к письму. Завораживающее песочное действие снижает психоэмоциональное напряжение ребенка и повышает веру в себя.

Для развития социальной компетентности важен опыт активного социального взаимодействия. Чтобы ребенка включили и приняли в свое сообщество другие дети, он

ПЕДИАТРИЯ



или она тоже должны «включать» и «принимать». Ребенка важно научить вступлению в контакт, организации совместной работы, распределению обязанностей, разрешению конфликтов, слушанию другого, запрашиванию помощи и т.д. Многие дети настолько сосредоточены на себе и своем «Я», что другие дети становятся лишь фоном их собственной жизни: их интересует не столько сверстник сам по себе, сколько его отношение к ним.

Поэтому наша задача — отвлечь детей от такой фиксированности на собственном «Я» и сосредоточенности на отношении к себе ровесников и обратить их внимание на сверстника самого по себе, вне контекста их взаимоотношений. Предлагаем детям задания, успешное выполнение которых требует пристального внимания к другим детям: их действиям, внешности, мимике, голосу, жестам и пр. Используем известные и традиционные игры, такие как «Зеркало», «Эхо», «Испорченный телефон»; можно использовать новые игры: «Общий круг», «Передай движение», «Глазки-кокетки», «Сколько ладошек прикоснулось» и др.

В своей деятельности применяем такие упражнения, в которых ребята согласовывают собственное поведение с поведением других детей. Это требует от них, во-первых, большого внимания к сверстникам и, во-вторых, умения действовать с учетом потребностей, интересов и поведения других детей. Такая согласованность способствует ориентации на другого, сплоченности действий и возникновению чувства общности.



«Рукавички»

Для игры нужны вырезанные из бумаги рукавички с различным не закрашенным узором. Количество пар рукавичек должно соответствовать количеству пар участников игры. Каждому ребенку дается вырезанная из бумаги рукавичка и предлагается найти свою пару, т.е. рукавичку с точ-

но таким же узором. Одинаковых половинок две, они образуют пару. Дети ходят по комнате и ищут свою пару. После того как каждая пара рукавичек встретится, дети должны как можно быстрее раскрасить одинаково рукавички, причем, им дается только три карандаша разного цвета.



«Выпусти из круга»

Цель: развитие коммуникативных способностей.

Дети становятся в круг взявшись за руки. Один ребенок находится в центре круга. Его задача ласково попросить детей, чтобы его выпустили из круга.

Игра «Строим замок». Цель: развитие интереса друг другу, развитие произвольной саморегуляции. На столе лежит набор из геометрических объемных фигур. По команде ведущего дети строят замок, по очереди выставляя фигуры. Участники стараются построить общий дом.

Игра «Наш Дом». Цель: способствовать адаптации детей в группе, развитие коммуникативных умений. Психолог показывает детям изображенный на листе ватмана дом. В доме нарисованы окна по количеству детей в группе. Психолог просит детей представить, что все они приехали в этот дом и будут жить в нем целую смену. Каждому ребенку предлагается выбрать для себя место в доме и сделать так, чтобы там было уютно и хорошо.







Социальная умелость не может состояться без сформированности у ребенка личностных образований, способствующих социальной адаптации.

Какие это образования? На наш взгляд, прежде всего, — это *мотивация*. Причем, она располагается на одном из двух полюсов: стремление к успеху (достижение) и боязнь неудачи (избегание). Изначально ребенок ориентирован на достижение успеха. Однако если он часто в процессе деятельности сталкивается с неудачами, то в его мотивационной сфере начинает преобладать мотив избегания. При мотивации достижения действия ребенка направлены на достижение конструктивных, положительных результатов. Мотивация боязни неудачи относится к негативной в плане достижения социальной компетентности.

В нашей практике мы встречаем детей с низкой мотивацией, ребенок стремится избежать ошибки, неудачи, порицания, наказания. Ожидание негативных последствий становится определяющим в его поведении в социуме. Еще ничего не сделав, он боится провала и отказывается от деятельности. Считаем, что с позиций развития социальной компетентности значима мотивация успеха.

Также включаем игры-занятия, предполагающие различные формы просоциального поведения: дети должны делиться со сверстником, помогать ему в процессе совместной деятельности. Занятия на совместную деятельность проводим на заключительном этапе, когда между детьми уже установлены доброжелательные и неконфликтные отношения. Кроме того, на этом этапе впервые вводится соревновательный момент, причем дети соревнуются не за собственный успех, а за успех другого.

Упражнение «Кто я?» Цель: Развитие рефлексии, формирование позитивного образа «Я». Инструкция: Представь себе, что у тебя есть друг, который живет в другой стране, и с которым ты переписываешься. Он очень хочет побольше узнать о тебе, ему интересно, какой ты, что ты можешь, узнать о твоих желаниях. Чтобы он лучше узнал

тебя, ты решил отправить ему две ромашки. На серединке одной ромашки написано «Я могу», на другой «Я хочу». Вам предстоит заполнить лепестки. По окончании дети показывают свои цветы.

Обсуждение:

Понравилась ли вам эта игра?

Хотели бы вы с кем-нибудь переписываться?

Какую ромашку было труднее заполнять?

Что нового узнали о своих товарищах?

Упражнение «Ищу друга» Цель: осознание своих личностных особенностей, своих ожиданий и ожиданий других в процессе межличностного взаимодействия.

Каждый из детей может поместить в газету объявление о поиске друга. В нем список требований к кандидату в друзья, можно нарисовать его портрет, можно рассказать о себе. Принимается любая форма (нет ограничений на количество слов и размер букв).

Таким образом, социально-педагогическая и психологическая реабилитация не только благоприятствует медицинской реабилитации, но и сама становится пусковым механизмом коррекции физического и психического здоровья ребенка (порой даже без медикаментозного вмешательства). Одно из главных условий данной работы — это улучшение взаимопонимания и повышение эффективности междисциплинарного взаимодействия между психологами и другими специалистами (врачами, логопедами и др.) в системе реабилитации.

Очень важно, и мы бы хотели, чтобы дети умели не только считать и писать, но и любить. Что и кого любить? Любить небо, ветер, звезды, волны — это очень важно. Но главное, чтобы они умели любить людей: всех вместе и каждого отдельного человека, который встретится на их пути. Однако это очень непростое умение. И научиться ему труднее, чем чтению и письму, потому что для этого, прежде всего, нужно научиться любить самого себя. А это так трудно — осознать свое несовершенство и принять его, разрешив себе не быть богом, а развиваться в течение жизни.

Им нужно уметь доверять миру и отдельному человеку. Видеть в любом, даже не очень хорошем, человеке его светлые качества — они ведь есть в каждом, не правда ли? Уметь работать вместе с другими, сотрудничать с ними. Но главное— стремиться не только получать что-то от людей, но и отдавать им хотя бы капельку самого себя, своей радости, своего тепла.



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





Драчинская Т. В., педагог-психолог, СПб ГБУЗ Детский психоневрологический санаторий «Комарово», г. Санкт-Петербург, Россия



Воронцова И. И., учитель-логопед, СПб ГБУЗ Детский психоневрологический санаторий «Комарово», г. Санкт-Петербург, Россия

КАК ПОМОЧЬ ДЕТЯМ С ДИАГНОЗОМ СДВГ: ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ

ы хотим поделиться с коллегами успешным опытом, который мы получили в детском психоневрологическом санатории «Комарово» при абилитации детей с синдромом дефицита внимания с гипеактивностью (СДВГ).

В проявлениях СДВГ большинство исследователей отмечают три основных блока: гиперактивность, дефицит внимания, импульсивность (Ю.С.Шевченко, Н.Н.Заваденко и др.).

Гиперактивность проявляется избыточной двигательной активностью, беспокойством и суетливостью, многочисленными беспорядочными движениями, которые ребенок часто не замечает. Для детей с СДВГ также характерны нарушения двигательной координации, несформированности мелкой моторики и праксиса, которые проявляются неумением завязывать, застегивать, использовать ножницы, нитку с иголкой, наличием несформированного почерка.

Нарушения внимания характеризуются непоследовательностью в поведении детей, забывчивостью, неумением слушать и сосредоточиться, перескакиванием с одного дела на другое, старанием избежать заданий, требующих длительных умственных усилий. Однако если деятельность ребенка связана с заинтересованностью, увлеченностью и удовольствием, то он способен удерживать внимание достаточно долго.

Импульсивность выражается в том, что ребенок часто действует, не подумав, перебивает других, может без разрешения встать и выйти из класса. Кроме того, такие дети не умеют регулировать свои действия и подчиняться правилам, не умеют ждать, часто повышают голос, у них часто меняется настроение. Для этого расстройства также характерна постоянная внешняя болтовня, указывающая на **недостаток развития внутренней речи**, которая должна контролировать социальное поведение.

Среди возможных причин возникновения синдрома на нейропсихологическом и биологическом уровнях исследователи (Сиротюк А.Л.Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. М., 2002.) отмечают снижение процессов метаболической активности в определенных участках мозга, дефицитарность нейромедиаторных сетей, обеспечивающих функциональные взаимосвязи на уровне среднего мозга и лимбической системы, а также дисфункцию неспецифических активационных механизмов. Слабое развитие тонкой моторной координации, постоянные, беспорядочные, неловкие движения вызваны несформированностью межполушарного взаимодействия и высоким уровнем адреналина в крови. Нарушения двигательного контроля связаны с дисфункцией префронтальной области лобных отделов головного мозга, дефицитарной работой ретикулярной формации и вестибулярного аппарата. Функциональные нарушения ретикулярной формации и стволовых отделов мозга приводят к снижению болевой чувствительности, такие дети сами слабее чувствуют боль, следовательно, не сочувствуют другим, что объясняет их безжалостное отношение к сверстникам и животным, агрессивные действия и по отношению к себе.

Таким образом, гиперактивность ребенка является лишь внешним проявлением нарушений его нейропси-хологического развития и может возникнуть по причине несформированности или дефицитарности мозговых структур, прежде всего, с недостаточной зрелостью лобных отделов коры головного мозга, особенно левого полушария.

Цель программы упражнений: обеспечение стабильной работы мозга, обеспечение регуляции, программирования и контроля деятельности и поведения ребенка, включая восприятие, внимание, память, мышление, эмоции, др.

Программа ориентирована на детей 9–12 лет, проходящих лечение в санатории, с жалобами на трудности в эмоционально-волевой, поведенческой сферах, с диагнозом СДВГ.

Психологическое коррекционно-развивающее занятие включает следующие виды упражнений:

- упражнение «Растяжки» нормализует тонус мышц помогает почувствовать ребёнку его собственное тело и показать варианты работы с ним на самых наглядных и простых примерах, одновременно обучая приёмам релаксации, например, упражнения: «тянулись к солнышку», перекрестные потягивания (правая рука-левая нога и наоборот);
- дыхательные упражнения улучшают ритмику организма, развивают контроль и произвольность. Эффективным приёмом является подключение к дыхательным упражнениям визуальной и сенсорной систем, например, упражнение «Певец», упражнения с задержкой дыхания, например, вдох задержка дыхания выдох задержка дыхания и т.д.;
- глазодвигательные упражнения позволяют расширить поле зрения, улучшить восприятие. Однонаправленные и разнонаправленные движения глаз и языка развивают межполушарное взаимодействие и повышают энергетизацию организма, например, круговые движения глазами, горизонтальные восьмерки и пр, далее присоединяем движение языком и рукой, и получаем полноценную программу движений;
- движения всего тела и пальцев или телесные упражнения развивают межполушарные взаимодействия, снимаются синкинезии и мышечные зажимы. На двигательной активности построены все нейропсихологические коррекционно-развивающие и формирующие программы. Девиз: неподвижный ребёнок не обучается!
- упражнения по развитию произвольности сюда относятся движения, которые осуществляются по словесной команде и должны быть осмыслены, «перекодированы» ребёнком, например, на поднятый педагогом палец дети поднимают руку и наоборот;
- упражнения по формированию двигательных программ, например, на счет раз-хлопнуть в ладоши, на счет два-топнуть ногой, на счет три-обнять себя, на счет четыре-поднять руки вверх;
- **упражнения на ритмирование,** например, педагог задает несложный ритм, а дети его простукивают или прохлопывают;
- коммуникативные упражнения используются двух типов: индивидуальные упражнения, направленные на восстановление и дальнейшее углубление контакта с собственным телом, невербальное выражение, состояние и отношение; групповые упражнения дают ребёнку навыки взаимодействия в коллективе через организацию совместной деятельности. На итоговом занятии дети сами выбирают коуч-тренера на каждый вид упражнений и на весь комплекс упражнений. Принципом отбора является динамика достижения каждым ребенком личного успеха.

За 2017–2018 годы программу упражнений прошли 39 человек: 2017 г. –19 чел, 2018 г. –20 чел. По заключительной диагностике данная программа дает высокий стабильный положительный результат.

Занятия проводятся в ежедневном режиме психологом в подгруппе и педагогом-воспитателем на посту. В результате занятий происходит выработка механизма саморегуляции посредством речевого регулирования, перевода внешней речи во внутренний план, происходит построение двигательных программ с помощью внутренней речи ребенка. Процесс коррекции можно представить в виде последовательных актов: усвоение ребенком внешней инструкции — перевод ее во внутреннюю речь — использование речи для построения программы движений регуляция и контроль действий через управление речью. Например, при овладении перекрестными движениями упражнения «Ухо-нос» дети действуют по программе: дети в замедленном темпе проговаривают всю программу движений (вначале вслух, потом про себя): правая рука нос — левая рука ухо — хлопок -левая рука нос, правая рука ухо — хлопок). Вначале темп замедлен, по мере овладения темп ускоряется и речь переходит во внутренний план.

Одной из основных задач на подгрупповых занятиях является развитие навыков регуляции, программирования и контроля. Используются следующие задания:

- выполнение графических проб с вербальной и графическими инструкциями, различные модификации графических диктантов, модификации «Морского боя»; электронная «Муха» 6–36 клеточек (проговаривание маршрута «Мухи» педагогом, детьми);
- выполнение шифровок, начиная от простейших, и дешифровок от расшифровки слов из 4–8 букв до профессиональных шифров: «шифра Петра Первого», шифра Цезаря, шифра азбуки Морзе и др. Используются шифровки с ключами, где шифруются символы (внутри звездочки поставим точку, треугольник обведем в кружочек), и т.п., задания, где шифруется целое сообщение, шифровки с перестановками и пропусками, геометрические шифровки, классические шифровки (из теста Векслера).

Через знакомство детей с различными шифрами и кодированием сообщений происходит отработка алгоритма действий: выделить знак, подлежащий кодированию найти в ключе знак, соответствующий искомому — записать полученный символ-проверить себя.

Таким образом, нейропсихологическое сопровождение ребенка с СДВГ как один из немедикаментозных методов коррекции показывает высокую эффективность при использовании, а кроме того, по мере освоения, повышает уверенность в собственной успешности, является зримым личностным достижением для ребенка, повышает статус ребенка в группе сверстников.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Семаго Н.Я. Методика формирования пространственных представлений у детей дошкольного и младшего школьного возраста. М.: Айрис, 2007. 112 с.
- 2. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. М.: Генезис, 2008. 319 с.
- 3. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. М.: Генезис, 2010. 474 с.
- 4. Сиротюк А.Л. Коррекция обучения и развития школьников. М.: Сфера, 2002. 80 с.



От Редакции: Мы продолжаем публикацию фрагментов книги «Странные виды лечения», где частично раскрываются секреты народных целительских практик и механизмы некоторых «чудес» исцеления».



Мамаева М. А., кандидат медицинских наук, ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, руководитель Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, Санкт-Петербург, Россия

СЛОВА И ВИБРАЦИИ

«Многое забытое должно быть открыто и благожелательно истолковано языком современности». М.К.Рерих

еизвестное всегда кажется странным. Непознанное — ерундой. Непонятное — вздором. Наверное, так проще. Не надо ничего объяснять, толковать, изучать, исследовать... Но есть люди, специалисты, которые относятся к этим вещам серьезно, и они кропотливо исследуют механизмы не объяснимых пока с точки зрения науки явлений, пытаясь сложить эти знания в систему, как пазлы.

О силе слова, лечебном и, наоборот, разрушительном действии слов написано и сказано уже немало. Однако большинство людей до сих пор крайне несерьезно относятся к этому. А зря...

В Библии сказано: «Смерть и жизнь — во власти языка». Известен такой факт, что при дистанционном «отпевании» преступника старейшинами австралийских аборигенов этот обряд всегда успешно срабатывает, даже если «отпеваемый» преступник находится очень далеко, т.е. он погибает, причем, без каких-либо видимых причин. Вот такое своеобразное правосудие.

В «Книге притчей» есть фраза: «Приятная речь — сотовый мед, сладка для души и целебна для костей». А вот брань недвусмысленно осуждается в Библии. По закону Моисея, всякий, кто бранил своих родителей, мог быть наказан смертью (1).

Есть много свидетельств тому, что доброе слово, наполненное любовью, оптимизмом, сочувствием, способно творить чудеса — спасать человеческие жизни, исцелять тяжелые недуги, вдохновлять на подвиги и благие дела. И, наоборот, неосторожно брошенное злое слово может больно ранить, травмировать душу и даже разрушить судьбу и жизнь человека...

О способности слова влиять на физиологию человека утверждал еще в начале 20 века известный психоневролог академик В.М.Бехтерев. В своей знаменитой речи на торжественном акте Психоневрологического института в феврале 1916 г. академик говорил, что «...в известных случаях слова вообще должны быть понимаемы не по внешней их форме, а по их сокровенному смыслу», и что «ни одно человеческое действие, ни один шаг, ни одна мысль, выраженная словами или даже простым взглядом, жестом, вообще мимикой, не исчезают бесследно. И это потому, что всякое вообще действие, слово или вообще тот или иной жест, или мимическое движение неизбежно сопровождается для самого человека определенными органическими впечатлениями, что, в свою очередь, должно отразиться в его личности, претворившись в новые формы деятельности в последующий период времени. Но особые свойства нервнопсихической деятельности обусловливают то, что этим «самовлиянием» дело не ограничивается. Дело в том, что если действие человека, его слово, мимическое движение или жест производятся в присутствии других лиц, способных усваивать все, что они видят и слышат, то ясно, что эти явления, будучи воспринятыми другими, либо претворятся путем непосредственного подражания, внушаемости и усвоения в те или другие формы их нервно-психической деятельности, либо, встретив со стороны их противодействие, вызовут тем самым особую в них реакцию, словом, так или иначе отразятся на их последующей деятельности в окружающем мире» (2).

Исследования К.И.Платонова подтвердили, что слово может вызвать физиологические реакции, сходные с воздействиями факторов внешней среды. Так, если человек бранится в адрес другого человека, то бранное слово не только наносит обиду адресату, но также причиняет вред тому, кто бранится. В унисон вышеописанному, американские ученые в результате многолетних исследований сделали выводы, что люди, которых постоянно бранят, подвержены частым простудным заболеваниям и патологии внутренних органов, в частности, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы и т. д. Наши исследования проблемы часто болеющих детей также подтверждают, что нездоровая психологическая обстановка в семье, ругань и скандалы в присутствии ребенка, когда взрослые могут использовать бранные слова, и это происходит систематически, — все это усугубляет дисбаланс иммунной системы детского организма и приводит не только к частым простудным заболеваниям, но и к более тяжелой



хронической патологии, а также задержке физического и умственного развития ребенка (3).

Некоторые современные исследователи убеждены, что бранные слова как бы «взрываются» в генетическом аппарате человека и становятся причиной мутаций, которые могут привести к бесплодию, т.е. вырождению рода. Так, группа отечественных ученых под руководством П.Гаряева трудилась над разработкой аппарата, который способен переводить человеческие слова в электромагнитные колебания. А науке давно известно, что электромагнитные волны способны воздействовать на молекулы ДНК. Согласно результатам исследований группы П.Гаряева, «ДНК воспринимает человеческую речь». В частности, ученые считают, что бранные слова могут вызвать в живой клетке мутагенный эффект, подобный тому, который вызывает радиоактивное излучение (!). Эти опыты исследователи проводили на семенах арабидопсиса. В результате воздействия бранных слов почти все опытные растения погибли... А те, что все-таки выжили, превратились в «генетических уродцев», не способных к воспроизводству здорового потомства (4).

Ученые признались, что, начиная эксперимент, они надеялись на результат, но то, что в итоге получилось, их просто ужаснуло. Они сравнивают эффект воздействия бранных слов на семена подопытных растений с мощью облучения в 40 тысяч рентген. От такого воздействия разрушились

цепочки ДНК, изменилась структура генов. Поэтому большинство семян погибло. А генетический аппарат тех семян, которые выжили, стал вырабатывать противоестественные программы, которые явились причиной чудовищных мутаций, а они, в свою очередь, вызывали тяжелые болезни и гибель растений (4).

Результаты исследований в области волновой генетики позволяют утверждать, что организм человека живо реагирует на мысли и речь хозяина, при этом вся воспринимаемая человеком информация отражается в волновом геноме. Любое произнесенное слово действует как волновая генетическая программа, способная оказывать существенное воздействие на поведение и жизнь людей. Одни слова оздоравливают наследственность, а другие ее травмируют. Так, считается, что слова молитвы пробуждают резервные возможности генетического аппарата, обладают целебными свойствами. И, наоборот, проклятие разрушает волновые программы, а, значит, и нормальное развитие человеческого организма.

П. Гаряев и его единомышленники считают, что ничего нового они не открыли, а лишь сумели научно обосновать то, что было известно с древних времен. Ведь благодаря молитвам святых исцелялись безнадежно больные люди во все времена.

Вот и в описанном выше эксперименте исследователям удалось оживить семена, убитые радиоактивным излучением, читая над ними молитвы,

подобно тому, как в прежние времена сельские священники каждую весну совершали молитвенные обряды, благословляя семена и землю на новый урожай (4).

Конечно, учитывая, прямо скажем, смелые выводы, сделанные П.Гаряевым и его коллегами, в информационном пространстве можно найти много противоречивых отзывов о данных исследованиях, в т.ч. много негативных мнений вплоть до откровенной ругани в сторону исследователей. Результаты описанных опытов официальное научное сообщество не только подвергло сомнению, но и, как водится, поторопилось объявить «лженаукой». Жаль, что при этом никто не стал перепроверять эти данные. Поэтому сейчас нельзя ни утверждать, что ученые не правы, ни отрицать их результат.

К слову, при сравнении волновых характеристик ДНК и человеческой речи ученые обнаружили их совпадение на 30%. Объяснить этот факт современная наука пока не может. Вероятно, снова надо обратиться к Библии, где сказано, кто создал и ДНК, и самого Человека с помощью Слова: «Сначала было Слово...» (1).

Большой информационный материал по данной теме удалось получить в беседах с народными целителями, наделенными от природы даром прозорливости. В отличие от ученых, целители, как правило,

НЕПОЗНАНОЕ



не обладают фундаментальными научными знаниями, но их необычные способности позволяют им «видеть» то, что не видит обычный человек.

Обсуждая тему силы слова с санктпетербургским целителем Юрием Кретовым, мы пришли к выводу, что слово есть один из самых значительных способов воздействия на человека. «Самые тяжело переносимые вещи это нападение словом. При этом слово может быть совсем простое, обычное», — считает Юрий Васильевич. Нами этот материл был опубликован еще в 2011 г. (см. «Все, о чем Вы хотели спросить педиатра» № 2–2011 г.).

Исходя из своего многолетнего опыта, целитель утверждает, что у каждого человека есть свой индивидуальный набор определенных «ключевых» слов или фраз, и зная их, можно оказывать влияние на человека и его поступки. При этом количество слов, их последовательность — у каждого человека свои. И слова эти не какие-то особенные, а самые обыкновенные, простые.

Есть и другой, тоже индивидуальный, набор слов, которые данный конкретный человек не выносит, не терпит, хотя он сам порой этого даже не подозревает, т. к. эти невидимые реакции формируются на уровне подсознания. Но если кто-то в присутствии данного человека произнесет этот индивидуальный набор «невыносимых» слов, это обязательно вызовет у него реакцию неприязни, отторжения, своеобразной «защиты». Вот так нечаянно брошенное слово может либо оттолкнуть от вас человека, либо привлечь его внимание...

Из всего сказанного можно сделать вывод, что человек, имеющий доступ к так называемым «ключевым» фразам, получает в руки инструмент управления людьми. Таким образом, прозорливый человек, понимающий суть «ключевых» слов и фраз, испытывает соблазн манипулировать другими. Однако Юрий Кретов уточняет, что не все так просто, потому что «существует система допуска», т.е. далеко не всем прозорливым людям доступны такие знания, иначе «в первую очередь такими знаниями воспользовались бы организаторы разного рода сект».

Скажем честно, эти слова целителя мало успокаивают. В интернете находим информацию следующего содер-

жания: «Слова-пароли — это метод внутреннего преобразования, использование «слов-переключателей» по методу Джеймса Мангана. Словапароли соединяют сознание с подсознанием и приводят к цели, которую человек ставит перед собой. С помощью этих слов вы можете получить все, к чему безуспешно стремились долгие годы — успех, счастье, любовь, достаток. Этот метод описан в книге в книге Джеймса Мангана «Секреты легкой жизни. Как жить без проблем». И далее рассказывается, что «более 40 лет проводились исследования психогенеза, исследования в области передачи мысли», и основным смыслом исследований было то, что «каждая мысль имеет свою односложную формулу» в виде какого-то слова (5).

ДжеймсТ. Манган, действительно, большую часть своей жизни посвятил изучению влияния слов на те или иные события в жизни человека, на эмоции, на состояние здоровья и т.д., что и отразил в своей книге. Автор имел своей целью научить людей управлять своей жизнью, своими эмоциями, своим здоровьем, наполнить жизнь позитивом и радостью. Кропотливо объясняя значение тех или иных слов в жизни человека, направленность из действия, он дает четкие рекомендации по использованию некоторых слов для достижения той или иной цели, а также по расстановке этих слов в тексте (речи), чтобы желаемое свершилось. Что в этом плохого? В общем-то, ничего. Например, если человек при помощи правильной комбинации слов найдет потерянную вещь или вспомнит что-то важное, или поправит свое здоровье...

Каково же было мое изумление, когда в телевизионном рекламном ролике я услышала эти же слова в той самой последовательности, как это было рекомендовано в книге! Ролик призывал зрителей к милосердию, чтобы они «всем миром» присылали деньги на счет одного из фондов помощи больным детям.

Без комментариев...

Возможно, эти «тайные знания» доступны далеко не всем, но уж авторам рекламных роликов доступны точно. Не исключено, что руководству фондов — тоже. Что же тогда говорить о сектантах?! И как объяснить такие факты, что даже после пережитых не-

давно смутных 90-х годов, когда наши соотечественники были многократно обмануты и втянуты в разного рода финансовые «пирамиды», в наши дни повторяется то же самое?! Ведь нельзя же все это объяснить невообразимой всеобщей глупостью?! Куда делись память и опыт? Почему они не срабатывают? Не защищают людей от повторных ошибок? Или, возможно, «сила слова» уже давно и эффективно используется в рекламных технологиях и предвыборных речах? Вспомним самое начало нашей беседы с целителем Ю. Кретовым: «Самые тяжело переносимые вещи — это нападение словом». И люди перед этим беззащитны.

Конечно, далеко не на всех и далеко не одинаково действуют те или иные «сильные слова» но, несомненно, что они все-таки могут воздействовать на большинство людей.

Ю. Кретов так это комментировал еще в 2011 году: «Если прийти в аудиторию с четким пониманием, какую реакцию зала мы хотим получить, можно использовать тот или иной набор «ключевых» слов. Если ждем положительную реакцию, достаточно вписать в доклад, речь «хороший» набор «ключевых» фраз. А если ждем отрицательную реакцию, — «плохой» набор слов, тогда зрители, вернувшись домой, все устроят скандалы».

Это мы тоже оставим без комментариев...

Продолжение следует...

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Библия книги священного писания Ветхого и Нового Завета. Российское Библейское Общество. М. 2011
- 2. Бехтерев В.М. Бессмертие человеческой личности как научная проблема. СПб: Алетейя. 1999
- 3. Мамаева М.А. Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления (методическое пособие для врачей-педиатров). СПб.: Издательский Дом СТЕЛЛА, 2017. 80 с. Гаряев П.П. Лингвистико-волновой геном. Теория и практика. Институт квантовой генетики. 2009. 220 с.
- 4. Гаряев П.П. Лингвистико-волновой геном. Теория и практика. Институт квантовой генетики. 2009. 220 с.
- 5. ДжеймсТ. Манган. Секрет легкой жизни. Как жить без проблем. — 2010. — 170 с.



XIII Российский Форум с международным участием

«ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ С РОЖДЕНИЯ: МЕДИЦИНА, ОБРАЗОВАНИЕ, ПИЩЕВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ»

Посвящается Дню матери

Сателлитные мероприятия в рамках Форума:

- 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

14-15 декабря 2018



X Юбилейная Российская научно-практическая конференция с международным участием

«АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ И ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ — ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА»

Совместно с Национальным медицинским исследовательским центром здоровья детей

В рамках Конференции будут проведены:

- 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).

НМО

Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России» является профессиональной некоммерческой организацией, которая участвует в реализации модели непрерывного медицинского образования (НМО) согласно приказу МЗ РФ №837 от 11.11.2013 г. («Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования... с участием общественных профессиональных организаций»).

Врачам, получившим индивидуальный код на мероприятиях, после регистрации на сайте www.sovetnmo.ru зачисляются кредитные единицы.

Полная информация о HMO размещена на сайте M3 PФ www.sovetnmo.ru, edu.rosminzdrav.ru

ЗАСЕДАНИЯ

Санкт-Петербургского регионального отделения общественной организации «СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ»

Место проведения заседаний СПР:

Клуб ВМА, Большой конференц-зал, Б. Сампсониевский, 1

- 17 января 2018
- 18 апреля 2018
- 17 октября 2018

- 21 февраля 2018
- 16 мая 2018
- 21 ноября 2018

- 21 марта 2018
- 19 сентября 2018
- 19 декабря 2018

Темы заседаний можно узнать на сайте pediatriya-spb.ru



ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА»

Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество»

Научно-практический журнал для врачей «Пятиминутка»

Уважаемые коллеги!

Приглашаем принять участие в ежегодной международной научно-практической конференции:

Альтернативная медицина. Возможности сотрудничества медицины народной, природной и классической

03-10 февраля 2019 года в г. Хевиз, Венгрия

В программе:

- Природные факторы в лечении заболеваний и оздоровлении организма. Санаторно-курортное лечение обмен опытом.
- 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...

Специалисты по альтернативной медицине и авторы методик проводят дополнительные семинары, встречи и консультации для всех желающих.

Все участники конференции получают Сертификаты участника Международной конференции.

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, бювет с минеральной лечебной водой), с реабилитационным центром, а также возможность зимнего купания в термальном озере Хевиз.

В свободное время — по желанию — предлагаются экскурсии с посещением старинных венгерских замков и дворцов, 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 — февраль 2019».

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