



научно-практический журнал для врачей

Пятиминутка

№ 5 (50) 2018

**Перспективы отраслевого
взаимодействия
в комплексной реабилитации**

**Опыт международного
сотрудничества
в курортологии**

**Здоровый образ жизни
в современных условиях**

**Синдром хронической
усталости**

**Бластофаг — забытый
метод лечения рака**

Спагирическая фитотерапия

**Коррекция микробиоты
у детей**

**Апитерапия в лечении
ревматоидного артрита**

**Песочная терапия:
инновации**

**Внешняя и внутренняя
память человека**



ISSN 2071-0712



9 772071 071005 1 8005 >

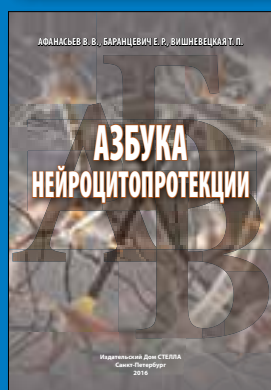
Per aspera ad astra
Через тернии к звездам

Сенека



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

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



Книга **«Азбука нейроцитопротекции»**

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

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



Методическое пособие

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

(автор М. А. Мамаева, 2017)

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



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

(автор М. А. Мамаева, 2011)

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

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

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

- Акимов А. Г.**, кафедра Военно-полевой терапии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, д.м.н., СПб.
- Бондарь В. И.**, доктор медицинских наук, академик АМТН РФ, ФГАУ «НЦЗД» МЗ РФ, Москва, Россия.
- Грабенко Т. М.**, кандидат педагогических наук, директор Центра ДПО «Центр обучения креативным технологиям и методам гуманизации бизнеса и образования», Сопредседатель «Евразийской федерации центров песочной психотерапии и тренинга», доцент ЧОУВО «Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга», СПб.
- Долинина Л. Ю.**, кандидат мед. наук, доцент кафедры физиотерапии и медицинской реабилитации Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, СПб.
- Коновалов С. В.**, профессор 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук, профессор, СПб.
- Петрова Н. Г.**, профессор, доктор мед. наук, зав. кафедрой сестринского дела СПбГМУ им. И. П. Павлова, СПб.
- 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.
- 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.
- Слепян Э. И.**, профессор, научный руководитель Санкт-Петербургского экологического союза.
- 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.
- Шишкина Е. А.**, доктор социологических наук, профессор Астраханского филиала Международного юридического института, г. Астрахань.
- 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.
- Юрueva 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: 07.11.2018
 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. 1Н
 тел./факс: +7 (812) 643-03-19 моб. тел.: +7 (911) 720-57-57
<http://spbcolor.com/> spbcolor@mail.ru



Уважаемые коллеги!

Этот выпуск журнала юбилейный — 50-й! И в нем наших читателей ждет много новой информации по крайне актуальным темам. Прежде всего, мы продолжаем публикацию материалов о санаторно-курортных программах в России и за рубежом, о развивающемся российско-венгерском

сотрудничестве в области медицинской реабилитации и курортологии в рамках нашей общественной организации Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА.

Традиционно в журнале мирно соседствуют как оригинальные статьи и научные обзоры литературы, так и работы по альтернативной медицине: апитерапии, танцевальной терапии, фитотерапии, микросферотерапии, гомеопатии и т.д.

В рубрике «Пятиминутка» десять лет спустя... в этот раз предлагаем вашему вниманию статью десятилетней давности, посвященную «вечно актуальной проблеме» — синдрому хронической усталости.

Мы продолжаем знакомить вас с нашими эксклюзивными мероприятиями и главными проектами издательства, в т.ч. с лечебно-оздоровительными программами на венгерских, сербских, австрийских, а также отечественных курортах.

Приглашаем всех наших коллег к участию в международных конференциях и рабочих поездках по обмену опытом с зарубежными специалистами, которые мы организуем своими силами. Все 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:

Грабенко Татьяна Михайловна — кандидат педагогических наук, доцент, директор Центра ДПО «Центр обучения креативным технологиям и методам гуманизации бизнеса и образования», научный руководитель проекта Isandbox, Сопредседатель «Евразийской федерации центров песочной психотерапии и тренинга», Сотрудник ЧОУВО «Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга», «Институт практической психологии «Иматон», руководитель международной благотворительной акции «Спасибо, Добрый Человек!», член Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество», Санкт-Петербург. Статью Т. М. Грабенко читайте на стр. 34.

Информацию о журнале
 «Пятиминутка», а также о мероприятиях
 Общества специалистов «Международное
 медицинское сотрудничество»
 вы можете найти на сайте: <http://www.stella.uspb.ru>

Наш партнер — интернет-журнал: sciencepop.ru

SCIENCEPOP
 НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ИНТЕРНЕТ-ЖУРНАЛ

Читайте в следующем номере:

- Тепловизорная диагностика синуситов
- Санаторно-курортное лечение в Австрии
- Геммотерапевтическая коррекция суставного синдрома
- Лечение глиной
- Память воды
- Права и социальная защита медицинских работников в РФ

ИНФОРМАЦИЯ О РАСПРОСТРАНЕНИИ И ПОДПИСКЕ НА ЖУРНАЛ «ПЯТИМИНУТКА»

Распространение журнала «Пятиминутка»:

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

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

Извещение	ООО «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 _____						
	Адрес плательщика _____						
	Кассир	Подписка на журнал «Пятиминутка» №№ _____					
		(наименование платежа)					
Дата			Сумма платежа:		руб	00 коп	
Платательщик (подпись) _____							

Уважаемые читатели!

Чтобы подписаться на наш журнал, необходимо:

1. Заполнить квитанцию и перечислить деньги на расчетный счет ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА» с четким указанием платежа «Подписка на журнал «Пятиминутка» № 1–6 / 2019 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.

Извещение	ООО «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 _____						
	Адрес плательщика _____						
	Кассир	Подписка на журнал «Пятиминутка» №№ _____					
		(наименование платежа)					
Дата			Сумма платежа:		руб	00 коп	
Платательщик (подпись) _____							

Уважаемые коллеги!

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

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

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

Приглашаем к сотрудничеству!

С уважением,
главный редактор
кандидат
медицинских наук

МАМАЕВА
Марина Аркадьевна

В НОМЕРЕ:

Международное медицинское сотрудничество

Мамаева М. А.

Опыт международного сотрудничества в области санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации

[4–5]

Комплексная реабилитация. Мамаева М. А.

Перспективы отраслевого взаимодействия в комплексной реабилитации

[6–8]

«Пятиминутка» 10 лет спустя»

А. Г. Кизева, И. П. Брызгунов, В. И. Бондарь

Синдром хронической усталости

[9–15]

Актуальная проблема. Мамаева М. А.

Здоровый образ жизни в современных условиях или Спасение утопающих — проблема самих утопающих

[16–20]

Комплексная реабилитация. Ильина И. В.

Роль комплексной реабилитации в системах качества медицинской помощи и качества жизни

[22–24]

Ортопедия и травматология.

Эргашев О. Н., Махновский А. И.

Современные представления о политравме и травматической болезни (обзор литературы)

[25–27]

Онкология. Черняева И. И.

О раке и бластофаге. Забытое открытие

[28–29]

Натуропатическая медицина.

Долинина Л. Ю., Делиева А. Н.

Спагирическая фитотерапия в профилактике и лечении заболеваний верхних дыхательных путей

[30–31]

Новые технологии в медицине. Максимович С. А.

Все гениальное просто

[32–33]

Комплексная реабилитация. Грабенко Т. М.

Песочная терапия и интерактивная песочница iSandBOX — одна из технологий комплексной реабилитации

[34–36]

Социология медицины. Куандыков Г. Б.

Общественное здоровье и его параметры (продолжение)

[37–39]

Гастроэнтерология. Рябчук Ф. Н., Пирогова З. И.

Клинические аспекты коррекции микробиоты у детей с функциональными заболеваниями кишечника

[40–44]

Альтернативная медицина. Власова И. В.

Апитерапия в лечении ревматоидного артрита

[45–47]

Альтернативная медицина. Шаркова О. В.

Танцевально-двигательная терапия

[48–51]

Спортивная медицина. Сазонова И. М.

Применение резонансного теста в спортивной медицине

[52–54]

Актуальная проблема. Захаренко Г. П.

Внутренняя и внешняя память человека или как время преобразуется в пространство

[55–58]

Наедине с прекрасным. Махновский А. И.

Медицина и поэзия

[59–60]



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

ОПЫТ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ОБЛАСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Принято считать, что история санаторно-курортного дела в нашей стране берет свое начало с 20 марта 1719 г. Это дата опубликования Петром I «Высочайшего Объявления о марциальных водах на Олонце, Правил Докторских как при оных водах поступать, Указа на докторские правила». Однако! История использования курортных факторов человеком имеет гораздо более глубокие корни, чем это принято считать, на то имеются и археологические подтверждения (использование местных целебных источников вод, грязей, солей и др. природных факторов людьми и даже животными с древних времен).

Также принято считать, что история детских санаторно-курортных учреждений началась в России только после октябрьской революции 1917 года. Однако! Первые детские климатические санатории для детей с туберкулезом костей возникли еще до революции. Правда, такие учреждения были негосударственными и существовали на частные пожертвования. В приютах для детей-калек также использовались бальнеопроцедуры с целью оздоровления.

В 1926 г. по инициативе Н. А. Семашко в Москве был организован Центральный институт курортологии. А в 1971 г. на территории СССР функционировало уже 14 НИИ курортологии и физиотерапии, в задачи которых входило изыскание курортных ресурсов, изучение их свойств, механизма действия на организм; разработка методов лечения и учёт их эффективности при различных заболеваниях; определение показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения; изучение потребности населения в санаторно-курортном лечении и разработка планов развития курортов в СССР, форм и методов организации курортов и курортных учреждений; принципов и нормативов курортного строительства и благоустройства (1).

Вплоть до конца 80-х годов прошлого столетия наша страна считалась флагманом в санаторно-курортном деле — на огромных просторах различных климатических зон успешно работала четко отлаженная и хорошо функционирующая система санаторно-курортных учреждений, доступная всем гражданам страны. Но после известных событий «лихих» 90-х, после «перестроек» и «реформ», в т. ч. системы здравоохранения, оказалось, что более всего деструктивным изменениям подверглась система санаторно-курортной помощи. Многие санатории, дома отдыха и загородные детские лагеря были разорены и превратились в «города-призраки», а оставшиеся учреждения выживали, как могли.

В период стабилизации финансово-экономической ситуации в стране здравоохранение все больше становилось коммерческим, и санаторно-курортный сектор — в первую очередь. Образовавшуюся нишу быстро заняли проворные туристические компании, начавшие активно развивать так называемый «медицинский туризм». А в медицинских вузах и колледжах практически перестали преподавать курортологию. Выросло целое поколение медиков, которые не имеют представления о санаторно-курортных факторах, механизмах их действия, о показаниях и противопоказаниях для лечения на курортах. Все это привело к полному хаосу в сфере санаторно-курортного лечения. Люди ищут по интернету профильный курорт или обращаются за советом к туроператорам, не имеющим знаний ни по медицине, ни по курортологии.

Специалисты Общества «Международное медицинское сотрудничество» в течение семи лет изучают опыт отечественных и зарубежных коллег в области курорто-



Первые номера каждого года, журналов «Пятиминутка» за последние 10 лет — с 2007 по 2017 года

логии и программ реабилитации пациентов, анализируют и доводят полученные знания до широких медицинских кругов и до населения.

Методы, при помощи которых удастся изучать отечественную и 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.

Главным рупором и информационным ресурсом санаторно-курортного проекта, как и других крупных проектов Издательского Дома СТЕЛЛА, является всероссийский научно-практический журнал для врачей «Пятиминутка». И это юбилейный — 50-й выпуск нашего журнала!

За прошедшие годы нам удалось организовать рабочие поездки врачей по обмену опытом в Германию, Австрию, Сербию, Болгарию, на курорты Татарстана, Чувашии, Крыма и т.д. Но пока примером самой добротной модели санаторно-курортной системы для нас остается Венгрия — страна термальных источников и исторически сложившейся высокой бальнеокультуры. В Венгрии, на наш взгляд, слаженно и четко работает не только коммерческая реабилитология и курортология, но и учреждения государственного здравоохранения, обеспечивающие курсами восстановительной и профилактической медицины, прежде всего венгерских граждан. Нам есть, чему поучиться у таких соседей по Европе.

Собрав немало ценной информации «из первых рук» во время наших выездных программ в Венгрию, нам удалось издать книгу «Курорты Венгрии глазами российских специалистов», которой теперь пользуются не только врачи, но и все желающие грамотно подходить к вопросу санаторно-курортного лечения и отдыха.

07–14 октября 2018 г. в одном из самых известных венгерских городов-курортов Хевизе мы провели очередную конференцию, посвященную санаторно-курортному лечению. На таких мероприятиях мы обсуждаем и возможности сотрудничества альтернативной медицины с медициной классической, и перспективные методы комплексной реабилитации. Последняя конференция не была исключением. Большое внимание было уделено методу кондуктивной педагогики, пилатесу, песочной терапии, диетотерапии и даже ортопедической обуви.

Участники конференции, как всегда, могли испытать на себе целебные свойства местной минерально-термальной воды как в бассейнах лечебной гостиницы, так и в единственном в мире доступном для круглогодичного купания термальном озере Хевиз.

После таких конференций остается долгое приятное послевкусие, у всех возникает желание делиться этими знаниями, этими впечатлениями со всем остальным человечеством. «Кто владеет информацией, тот владеет миром» — правдивые слова. Только вот далеко не до всех удастся довести эту информацию. А хотелось бы! И, для начала, до тех, от кого зависит состояние и уровень нашей отечественной санаторно-курортной системы, которую когда-то изучали специалисты других стран, как пример, на который надо равняться.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь В.И. Что означает право ребенка на охрану здоровья в нашей стране // Пятиминутка. — № 3 (48). — 2018. — С. 16–22



ПЕРСПЕКТИВЫ ОТРАСЛЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ



Международное
Медицинское
Сотрудничество

С таким названием в ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С.Тургенева» (ОГУ) 18–19 октября 2018 года состоялась Международная научно-практическая конференция, целью которой было обсудить и разработать концепцию единого системного подхода, направленного на обеспечение целостного, гармоничного, взаимосвязанного протекания процессов реабилитации пациентов различного профиля.

В работе конференции приняли участие сотрудники медицинских учреждений, в т.ч. санаториев и реабилитационных центров, производители медицинских изделий, сотрудники учреждений системы образования, в т.ч. коррекционных и оздоровительных школ и ДОУ, социальных учреждений, врачи, психологи, социальные и коррекционные педагоги, специалисты по адаптивной физической культуре и др. Делегаты приехали из разных регионов России. Приветствия прислали университеты из Венгрии и Польши.

В рамках конференции были обсуждены основные направления развития медицинской реабилитации в РФ с учетом опыта международного сотрудничества в области медицинской реабилитации пациентов различного профиля; современные отечественные и зарубежные технологии в системе медицинской реабилитации; особенности использования методик адаптивной физической культуры в реабилитации; опыт организации реабилитации и оздоровления часто болеющих детей; особенности психолого-педагогического сопровождения лиц находящихся на длительном лечении; метод кондуктивной педагогики в системе реабилитации пациентов с нарушениями движения; возможности сотрудничества медицины народной, альтернативной и классической в реабилитации пациентов; использование социоприродного окружения в процессе социализации и реабилитации; перспективы становления и развития комплексной реабилитации пациентов различного профиля в Орловской области.

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

Примечательно, что наряду с обычными докладами и мастер-классами в программу конференции были включены и оригинальные проекты. Особенно большое впечатление на всех произвел спектакль «Жизнь после», сценарий которого написан по автобиографической книге Е.Чижминой, в молодости пережившей рак тяжелой степени и победившей это заболевание. Как выяснилось, спектакль включается в программу обучения студентов-медиков ОГУ. Этот опыт — при помощи театрального языка воспитывать в студентах-медиках чувства сострадания и сопереживания пациенту, несомненно, следует транслировать на межвузовском уровне. Это очень правильный педагогический прием, который можно использовать при обучении студентов-медиков во всех профильных вузах страны.

Спонсоров у такой масштабной конференции с такой благородной целью, как водится, оказалось немного. Ведь это не узкопрофильное мероприятие, куда охотно устремляются фармацевтические компании и производители медицинского оборудования. Но главный спонсор Орловской конференции — ООО «Альсария», первооткрыватель микросферотерапии для отечественных санаториев и реабилитационных центров — достойно сопровождал демонстрациями своего уникального оборудования и мастер-классами практически всю конференцию. В капсуле, производящей эффект «сухой иммерсии» или невесомости, могли получить процедуру релакса все желающие. Изделия, которые производятся под маркой «Альсария», имеют большую научно-доказательную базу, причем, в проведении научных исследований принимали самое активное участие, прежде всего, ведущие специалисты Санкт-Петербурга. Комплекты «Альсария» успешно применяются сегодня во многих санаторно-курортных базах страны в комплексных программах реабилитации пациентов различного профиля и с целью оздоровления, например, в кабинетах здоровья на производстве. Несомненно, за микросферотерапией будущее, учитывая, что растет потребность в антистрессовых мерах, в гармонизации и стабилизации нервной системы большинства людей, потребность в эффективных методиках купирования синдрома профессионального выгорания и синдрома хронической усталости, нередко переходящего в депрессию.



Большое впечатление получила наша делегация санкт-петербургских специалистов от посещения Болховского детского дома-интерната для детей с нарушениями движения, где дети и подростки, в основном, передвигаются на колясках, не имея возможности самостоятельно ходить, но, тем не менее, мы увидели там улыбки на лицах, радость в глазах и все, что мож но обозначить простыми и емкими словами — «любовь к жизни». Сотрудники дома-интерната делают все, чтобы жизнь тяжело больных детей была более качественной, используя те возможности, которыми обладает данное учреждение. Однако, сотрудничая с зарубежными коллегами, мы прекрасно знаем, что в настоящее время есть много новых методов эффективной реабилитации детей с нарушениями движения, которые пока еще только декларируются, но на практике не применяются в России. Деятельность нашей общественной организации Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество», объединяющей

не только врачей разного профиля, но и средних медработников, психологов, коррекционных педагогов, сотрудников социальной сферы, направлена в т.ч. на то, чтобы самые эффективные и комплексные методы реабилитации стали доступны нашим отечественным пациентам.

И на наш взгляд, после проведения такого масштабного мероприятия в Орловском государственном университете и широкого освещения его в СМИ можно предложить:

1) организовать на базе ОГУ всероссийскую экспериментальную теоретическую и практическую базу для формирования концепции комплексной межотраслевой реабилитации пациентов различного профиля и утвердить этот проект на уровне нескольких профильных министерств; для осуществления данного проекта ОГУ обладает всеми возможностями для развития программ комплексной реабилитации на практике, объединяя в своем составе, прежде всего, медицинский и психолого-педагогический институты, и имея добротную спортивно-оздо-

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.



Имеются противопоказания. Проконсультируйтесь со специалистом

- ✓ **профилактика:**
 - психических и эмоциональных перегрузок
 - синдрома эмоционального выгорания
 - перенапряжения анализаторов
 - статического перенапряжения мышц
- ✓ **реабилитация** при функциональных и органических поражениях ЦНС

**Не требует
дополнительных расходов
на подготовку помещения
и подключение коммуникаций**
Обрабатывается дез. средствами

Мобилен

РЕКЛАМА



ровительную базу и диагностический ресурс в виде хорошо оснащенной студенческой поликлиники;

2) организовать на базе Болховского дома-интерната всероссийскую экспериментальную площадку для реализации самых передовых методов комплексной реабилитации детей с нарушениями движения, включая ДЦП, в частности, кондуктивной педагогики, с последующим обменом опытом с другими регионами страны; инициировать это предложение для начала на уровне Правительства Орловской области, предложив участие в данном проекте всем профильным департаментам — по здравоохранению, по образованию и по социальной работе;

3) международные конференции по вопросам комплексной реабилитации пациентов различного профиля на базе ОГУ проводить по возможности ежегодно, учитывая, что ОГУ выступил по сути флагманом в данной области.

Мы, со своей стороны, готовы сотрудничать с ОГУ, другими вузами страны, а также реабилитационными центрами и санаториями по вопросам комплексной реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов, делиться международным опытом сотрудничества и привлекать к сотрудничеству зарубежных партнеров, проводить совместные научные исследования, принимать участие в совместных конференциях, поддерживать все совместные проекты, используя собственные информационные ресурсы.

*Мамаева М. А., кандидат медицинских наук,
руководитель Общества специалистов
«Международное медицинское сотрудничество»,
директор Издательского Дома СТЕЛЛА*



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

Основные направления работы:

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

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



Приглашаем к сотрудничеству врачей разных специальностей

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

www.stella.uspb.ru



От Редакции: Данная статья была опубликована в нашем журнале более 10 лет назад (см. «Пятиминутка» № 1–2008 г.), но не потеряла своей актуальности до сих пор, а потому заслуживает права быть опубликованной вторично. Читатели могут судить, что изменилось за прошедшее десятилетие в обсуждаемой проблеме.



А. Г. Кизева,
кандидат медицинских
наук, старший научный
сотрудник лаборатории
психосоматической патологии,
ФГАУ «НЦЗД», Москва, Россия



И. П. Брызгунов,
доктор медицинских наук,
профессор, зав. лабораторией
психосоматической
патологии, ФГАУ «НЦЗД»,
Москва, Россия



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

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Синдром хронической усталости/утомляемости (СХУ), поражающий, как взрослых, так и детей, вероятно, является хроническим постинфекционным заболеванием. Этиология его еще окончательно не установлена, основные же проявления — не проходящая усталость, выраженная беспричинная общая слабость. Имеются данные, что причинами могут являться хроническая вирусная инфекция или персистирующий вирус (вирусы), активизирующиеся на фоне сниженной сопротивляемости организма с общей астенизацией или же приводящие к этому. В популярной, а иногда и в научной, литературе это заболевание называют «болезнью цивилизации», оно проходит под названиями «болезнь активных молодых людей» или «синдром менеджера». В медицинский обиход термин СХУ вошел сравнительно недавно. Под ним подразумевается как постоянная, так и меняющаяся комбинация симптомов.

Хотя термин и является новым, само заболевание под другими названиями известно давно. Во время I-й Мировой войны на Британских островах была зафиксирована вспышка «синдрома военного напряжения» [6]. Среди военнослужащих было выявлено 60.000 человек с проявлениями данного синдрома, из них — 44.000 получили пенсию по инвалидности.

Как СХУ расценивается заболевание, поразившее американских легионеров и проявлявшееся в виде пневмонии, протекающей несколько необычно. Данный синдром получил название — «болезнь легионеров». Позже, в 1984 году, вспышка заболевания с аналогичными симптомами была отмечена среди жителей курортного поселка в районе озера Тахо, штат Невада. Пик интенсивности заболевания пришелся на 1985 год.

Официально же СХУ был описан в 1988 году согласительной комиссией, созданной центром Контроля за заболеваниями (Атланта, штат Джорджия, США), так как необходимы были рекомендации для постановки диагноза к тому времени уже значительному числу пациентов с симптомами хронической усталости неизвестной природы.

Согласно Международной классификации болезней десятого пересмотра, данный синдром классифицирован, как синдром утомляемости после перенесенной вирусной болезни — G93.3. Кроме того, это заболевание может быть проведено по рубрике F48.0, как синдром утомляемости, или же по рубрике R53 — как недомогание и утомляемость. Между тем, ряд авторов не считают, что такая болезнь существует только в воображении отдельных коллег.



Многочисленные локальные конфликты и войны, в которые вовлечена современная армия, породили сходные синдромы: «афганский синдром», «синдром Персидского залива»... В последнее время врачи отмечают, что количество случаев заболевания СХУ значительно возросло, что связано с увеличением стрессовых нагрузок, ухудшением экологической обстановки и распространением вирусных инфекций.

В нашей стране эпидемиологические исследования по СХУ не проводились. В России им начали заниматься лишь в последние годы, ранее, да и, в большинстве случаев, по настоящее время, это состояние расценивается как: астенический синдром, нейроциркуляторная дистония, миалгический энцефаломиелит. Появились данные о распространенности СХУ в Санкт-Петербурге, где она составляет 4,5% среди взрослого населения. В 1998–2000 годах среди военнослужащих из Северо-Кавказского региона характерный для СХУ симптомокомплекс выявлен у 1,7% пациентов.

В последние 5 лет в США ежедневно регистрируется до 100 новых случаев СХУ.

Распространенность СХУ в Центральной Европе составляет 1–2%. Число заболевших в Англии составило 150 тыс. или 37,1 на 100 тыс. человек. Определенное представление о частоте заболеваемости СХУ дают результаты большого исследования, проведенного в Бостоне. Согласно им, частота пациентов с СХУ колеблется от 1,4 до 4% (среди первичных больных).

По данным австралийских исследователей, на 100 тыс. населения приходится 37 больных СХУ [16].

Заболеванию подвержены в основном люди трудоспособного возраста, женщины моложе 45 лет болеют в 3 раза чаще мужчин. По данным исследования, проведенного в Англии и основанного на анкетировании более 1000 человек, хроническое чувство усталости отметили 12% мужчин и 15% женщин. После исключения случаев соматической патологии распространенность СХУ составила 560 на 100 тыс. человек, а постинфекционного СХУ — 140 на 100 тыс. человек.

Средняя продолжительность заболевания составляет 3–7 лет.

Данные о распространенности СХУ среди детей отсутствуют. Большинство ученых считают, что СХУ у детей младше 10 лет не встречается. Возможно, это связано с тем, что детям сложно поставить этот диагноз, и поэтому СХУ проходит под другими диагнозами. В значительной степени ситуация может быть обусловлена и тем, что педиатры, в основной своей массе, совершенно не осведомлены об этой проблеме, не ориентированы на нее.

Существует несколько гипотез о причине возникновения заболевания [7], но наиболее популярна и проработана вирусная теория, тем более, что и дебют заболевания связан с гриппоподобными проявлениями [6]. В ряде исследований, проведенных в 1980 году, было установлено, что большинству больных с мононуклеозом свойственен СХУ. У этих больных были обнаружены повышенные титры антител к вирусу Эпштейн — Барра, относящегося к группе герпес-вирусов [5].

В 1934 году американский врач А. Evans обнаружил у больных со сходным СХУ симптомокомплексом бактерию *Brucella genus*, после чего длительно больным ста-

вился диагноз бруцеллез. Однако в других случаях у пациентов с симптомами СХУ не было бактериологического подтверждения, и от этого диагноза отказались. Затем были выявлены маркеры герпеса 1 и 2, 6 и 7 типов, энтеровирусов, цитомегаловирусов. Не исключается возможность существования неидентифицированного вируса (вероятнее всего, из группы герпес-вирусов), в то время как другие вирусы играют вторичную роль, реактивируясь на фоне нарушений иммунного статуса и поддерживая их, так как под влиянием инфекции развивается вторичный иммунодефицит. Директор Института синдрома хронической усталости профессор Дж. Гольштейн (Калифорния, США) убежден, что СХУ является полиэтиологическим заболеванием, в основе которого лежат нейроиммунные нарушения. Не исключается также роль наследственной предрасположенности к развитию вторичного иммунодефицита.

На наш взгляд, нельзя исключить, как причину/пусковой механизм СХУ, — дисадаптоз. Последнее — условно названное нами состояние организма, связанное с исчерпанием возможностей видового (чем и определяется распространение и распространенность подобного рода состояний), эволюционно закрепленного адаптационного коридора в рамках его реализации у какой-то части индивидуумов, подвергающихся внешним воздействиям, как повседневным, так и разовым или повторяющимся. Природа этих воздействий может быть самой разной (физические, химические, антигенные, психологические и др.), но, в итоге, они оказываются запредельными по силе, продолжительности, разнообразию, сочетанию и прочим, регламентируемым для адаптационных механизмов на генетическом уровне, реализованным у конкретного лица, исходя из индивидуальных особенностей, с той или иной степенью приближения к видовым пределам, характеристикам. [3].

При СХУ отмечаются нейроэндокринные нарушения, усугубляющийся иммунодефицит, происходит дисбаланс в системе цитокинов [4, 11, 13]. Могут развиваться реологические нарушения, проявления аллергии и псевдоаллергии. Нарушениями функционирования цитокиновой системы с преобладанием продукции провоспалительных цитокинов объясняется большинство клинических симптомов и синдромов при данном заболевании. Кроме того, выявляются аутоиммунные расстройства, которые лежат в основе сложнейшего симптомокомплекса, развивающегося у таких больных.

Важным звеном патогенеза СХУ оказывается субкомпенсированная структурно-функциональная иммунная недостаточность. Одни авторы в иммунном статусе пациентов с СХУ отмечают низкий уровень активности гуморального звена иммунитета, другими же отмечено повышение уровня иммуноглобулинов. Имеются данные и об отсутствии отклонений в показателях иммуноглобулинов [15]. Действительно, введение больным с СХУ гамма-глобулина, который стимулирует иммунную систему и подавляет вирусную инфекцию, не влияло на течение заболевания и не облегчало состояния больного. В работах D. Buchwald с коллегами отмечено достоверное увеличение у пациентов с СХУ уровней сывороточных маркеров воспаления и иммунной активации: С-реактивного белка, фракции комплемента С3 и неоптерина [9].

При исследовании клеточного звена иммунитета выявлялись сниженные показатели Т-лимфоцитов, было показано изменение функциональных характеристик Т-лимфоцитов, у некоторых больных отмечалась полная анергия Т-клеток. У большинства больных было выявлено снижение не только уровня, но и функции естественных киллеров. Таким образом, можно сделать вывод, что для СХУ характерно изменение фенотипического спектра иммунокомпетентных клеток и дисфункция естественных киллеров. Низкая активность натуральных киллеров часто является результатом генетически детерминированной аномалии иммунной системы.

Имеется и другая теория, согласно которой главная роль отводится нейropsychическим факторам с преобладанием иммунодисрегуляции [6]. Для иммунного статуса депрессивных больных с СХУ характерно снижение показателей клеточного иммунитета [13]. Предположительно иммунологические сдвиги при СХУ, хотя бы частично, могут быть обусловлены сопутствующей депрессией.

Депрессия при СХУ встречается значительно чаще, чем при соматических расстройствах. Ее развитие при этом состоянии объяснить сложно. Одни исследователи считают, что депрессия при СХУ является вторичной, возникающей в ответ на потерю трудоспособности, изменение образа жизни, другие считают ее проявлением самой болезни, нейротропного действия вируса. Однако выраженность симптомов, свойственных депрессии, не достигает интенсивности, характерной для самостоятельных заболеваний, при которых избирательно поражаются звенья нейроэндокринной и иммунной систем [12].

Субкомпенсаторный характер носят нарушения регуляторных систем, выявляемые симптомокомплексы единичны: для центральной нервной системы — хроническая усталость, расстройства сна, ухудшение памяти и работоспособности; для вегетативной нервной системы — нейроциркуляторная дистония, дисфункция желудочно-кишечного тракта; для желез внутренней секреции — эндокринопатии; для иммунной системы — субкомпенсированная структурно-функциональная иммунная недостаточность, являющаяся важнейшим звеном патогенеза СХУ [8].

Ни одна из существующих на текущий момент моделей развития СХУ не объясняет полностью патогенеза этого состояния.

Классификации СХУ, как таковой, не существует. Между тем, усталость может быть и физиологической, и патологической.

Физиологическая усталость проходит после сна или адекватного отдыха, она наблюдается после тяжелой нагрузки: физической — в скелетных мышцах накапливается молочная кислота и ионы аммония; умственной — нарушена центральная нервная регуляция, изменяется функциональное состояние ретикулярной формации, которая является энергетическим центром головного мозга, влияющим на активное бодрствование. При умственном утомлении замедлены процессы передачи, ухудшаются сенсорные, моторные, когнитивные функции.

Длительное утомление является итогом стресса или стрессирующего/истощающего по продолжительности воздействия на организм, в результате чего нару-

шаются функции вегетативной нервной системы, а также эндокринной и иммунной систем — наступает патологическая/запредельная для адаптационных резервов организма усталость.

Хронической называется усталость, которая длится 6 и более месяцев, та же усталость, которая длится более 1-го месяца, считается продолжительной усталостью. В зависимости от диагностических критериев, СХУ может быть полным или неполным.

Для постановки диагноза СХУ используется комплекс больших и малых критериев, опубликованных Центром Контроля за заболеваниями (США) в 1988 году:

А) Большие диагностические критерии:

- постоянная усталость и снижение работоспособности более чем на 50% в течение 6 и более месяцев без существенного улучшения, не исчезающая при назначении постельного режима;
- отсутствие соматических и психических заболеваний, которые могут вызвать такое состояние.

Б) Малые диагностические критерии:

- субфебрилитет;
- рецидивирующий фарингит;
- увеличение и болезненность шейных и подмышечных лимфоузлов;
- мышечная слабость;
- миалгии;
- длительная слабость после физических упражнений;
- рецидивирующие цефалгии;
- артралгии;
- психологические жалобы (чувствительность к яркому свету, забывчивость, неспособность концентрироваться, повышенная раздражительность, депрессия);
- нарушения сна (сонливость или бессонница);
- внезапный приступ комплекса симптомов.

Для постановки диагноза необходимо наличие обоих больших критериев и не менее 8 из 11 малых критериев.

По данным упомянутого Центра, только четверть заболевших соответствуют всем позициям приведенных критериев. В 15% случаев заболевание отвечает только основным критериям (неполный СХУ). В зависимости от ведущего симптома выделены 3 типа СХУ:

- усталость физическая, ощущаемая как мышечная слабость;
- чувство утомления при малейшей физической нагрузке, сопровождающееся вегетативными признаками истощения;
- чувство истощения, переживаемое как эмоциональное утомление.

Приведенные диагностические критерии не в полной мере приемлемы для детей. Усталость, характерная для взрослых, у детей встречается не всегда, так как они легче приспосабливаются к ограничению активности. Еще труднее диагностировать усталость и снижение физической активности, депрессивные и соматические расстройства у детей в возрасте до 10 лет. Адекватная самооценка своего состояния у детей этого возраста затруднена, а взрослые, оценивая их поведение (с позиций активности), подспудно сравнивают их исключительно с собой, а не со здоровыми их сверстниками, и не склонны драматизировать ситуацию, а это в корне неверно, так как, в отличие от взрослых, детям в данный возрастной



период свойственна гораздо более высокая физическая активность, потребность в смене ее форм и быстрая утомляемость от необходимого/вынужденного однообразия чего бы то ни было. Активность и подвижность — свидетельство избытка энергии, обеспечивающего нормальный рост и развитие ребенка, основной показатель его здорового состояния. Спокойный, «как взрослый», ребенок должен настораживать.

Высокая частота инфекционных респираторных заболеваний с лихорадкой, фарингитом и лимфаденопатией также делают приведенные критерии не вполне надежными для детского возраста, что обуславливает необходимость проведения тщательной дифференциальной диагностики.

Особенностью СХУ у детей является его внезапное начало по типу инфекционного заболевания: отмечается повышенная температура, ночное потоотделение, заметное увеличение лимфатических желез. Как правило, такие дети наблюдаются с респираторной вирусной инфекцией. Необъяснимая усталость и другие психоэмоциональные симптомы развиваются постепенно и незаметно и осознаются как самодовлеющие лишь спустя какое-то, порой достаточно длительное, время.

Одним из ярких проявлений СХУ является депрессия, которая, как было сказано чуть выше, встречается при этом состоянии значительно чаще, чем при большинстве других соматических заболеваний, и выражена значительно сильнее, чем у больных с хронической органической патологией. Большинство детей и подростков с СХУ депрессией, в общепринятом смысле этого слова, не страдают, но они подвергаются и подвержены психологическому стрессу в большей степени, чем их сверстники. При этом многим детям, подверженным данному заболеванию, свойственен высокий интеллект. Необходимо помнить, что под маской сопутствующей СХУ депрессии могут скрываться больные с истинными психическими заболеваниями. Кроме усталости и депрессии, больные часто жалуются на нарушение концентрации внимания, забывчивость, раздражительность, трудности в принятии решений и восприятии новой информации. Возникают проблемы с учебой, развивается социальная дезадаптация.

Часто отмечаются расстройства сна, что способствует развитию и нарастанию усталости. Сон, как правило, неэффективен, больные часто просыпаются ночью. Сон не приносит отдыха — эта жалоба является общей практически для всех больных. В некоторых случаях во время сна наблюдаются случаи апноэ во сне или нарколепсия. Нарушение медленного сна — более типично.

Известно, что прерывистый сон имеет этиологическое значение при фибромиалгии. Помимо усталости наиболее частыми жалобами являются головная боль, боль в горле, мышцах (диффузные или локальные, иногда с судорогами) и артралгии.

У многих больных отмечаются сердечно-сосудистые и респираторные нарушения, что является причиной плохих показателей при выполнении ими физических упражнений. Низкое кровяное давление, наблюдаемое у больных, связывалось с симптомом усталости. У больных с СХУ обнаруживается ортостатическая гипотензия. Она действительно может быть причиной усталости, но также

может быть результатом пониженной активности надпочечников или щитовидной железы, а также снижения физической активности как таковой.

Несмотря на то что приступы паники характерны для пациентов с СХУ, лишь немногие из них имеют биохимически подтвержденную гипервентиляцию.

Больным с СХУ и фибромиалгией присущи низкие уровни кортизола, ненормальная адреналиновая реакция на стресс и напряжение, в отличие от депрессивных расстройств, при которых уровни кортизола обычно повышены.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с рядом инфекционных, паразитарных, эндокринных и нервно-психических заболеваний:

при преобладании в клинической картине воспалительных симптомов исключаются хронические гепатиты, онкологические заболевания, воспалительные заболевания внутренних органов, внутриклеточные инфекции (мазок из зева на внутриклеточные возбудители, определение антител к хламидиям, микоплазмам, к вирусам герпеса, Эпштейна-Барра, гепатита);

при выраженных миалгиях и артралгиях дифференциальная диагностика проводится с ревматическими заболеваниями, в том числе с первичной ювенильной фибромиалгией — заболеванием, установленным относительно недавно (анализ крови, ревмопробы, протеинограмма, антиядерные и другие антитела, являющиеся маркерами диффузных заболеваний соединительных тканей);

учитывая важную роль иммунологических нарушений в патогенезе СХУ, показано исследование иммунограммы, в первую очередь, клеточного звена иммунитета. Может выявляться снижение числа супрессоров, киллеров и снижение их функциональной активности. У половины больных отмечается дефицит иммуноглобулина G. Таких больных надо обследовать и на ВИЧ-инфекцию;

при наличии слабости, сонливости, чувства зябкости, сухости кожи, волос, увеличения массы тела, отеков необходимо исключать гипотиреоз; при снижении массы тела, гиперпигментации кожи и артериальной гипотензии надо исключать хроническую надпочечниковую недостаточность. При гипокортицизме могут быть боли в животе, неустойчивый стул, повышенная потребность в поваренной соли;

при преобладании в клинической картине психологических проблем необходимо исключать психические заболевания (шизофрения любого типа, маниакальные психозы, нервная булимия, алкогольная, медикаментозная или наркотическая зависимость). С этой целью показана консультация психолога и в ряде случаев — психиатра, по показаниям проводится компьютерная или резонансная томография головного мозга, ЭЭГ для исключения органического поражения ЦНС и ПНС;

сходный СХУ симптомокомплекс может наблюдаться и при глистной инвазии;

— банальный гиповитаминоз также может и провоцировать развитие, и усугублять течение СХУ, а также протекать со сходной клинической картиной, а распространенность полигиповитаминоза у нас в стране очень высока даже среди обеспеченных слоев населения.

Показаниями к консультациям других специалистов являются: при головных болях — консультация окулиста;

при наличии фарингита — отоларинголога; при наличии длительной лихорадки, потоотделения и лимфаденопатии — осмотр инфекциониста и фтизиатра; при респираторных изменениях и изменениях на рентгенограммах грудной клетки, положительной пробе Манту — консультация пульмонолога/фтизиатра; при сердечно-сосудистых изменениях, артралгиях и миалгиях — осмотр кардиолога; при диффузной гиперпигментации кожных покровов, пристрастии к соленой пище, изменениях щитовидной железы, гормонального профиля — осмотр эндокринолога; при изменениях в клиническом анализе крови — консультация гематолога; при болях в животе — осмотр гастроэнтеролога; при нарушениях сна — психоневролога; при изменениях в иммунологическом анализе крови — консультация иммунолога; при наличии различных фобий (особенно школофобии) — обязательна консультация психолога.

ЛЕЧЕНИЕ

Существующие к настоящему времени стандарты обследования и лечения больных с различными заболеваниями не охватывают больных с СХУ. Этиотропная терапия не разработана, так как до настоящего времени не выяснена причина возникновения СХУ. Лечение должно быть комбинированным и охватывать все известные, подтвержденные у конкретного пациента, звенья патогенеза. В основном оно сводится к купированию наиболее выраженных симптомов заболевания, коррекции выявленных иммунологических нарушений. В зависимости от выраженности симптомов и тяжести СХУ лечение может осуществляться как стационарно, так и в амбулаторных условиях.

При составлении плана лечения и реабилитации необходимо обсуждение его с пациентом и близкими, поскольку эффективное лечение возможно лишь при их активном участии. Если сведения о значении инфекции, иммунной дисфункции в развитии СХУ и необходимости применения противовирусных, антимикробных и иммуномодулирующих препаратов воспринимаются родителями, как правило, без особых возражений, то попытки врача объяснить роль депрессии и назначить антидепрессанты чаще всего вызывают негативную реакцию, к чему врачу надо быть готовым.

Программа лечения и реабилитации включает в себя комплексную медикаментозную и немедикаментозную терапию. Большое значение имеет соблюдение охранительного режима. Необходимо уделять внимание отдыху, сну в соответствии с состоянием и потребностями ребенка. Важную роль играет полноценное, сбалансированное, усиленное, как для больных-хроников, питание, основу которого составляет оптимальное соотношение белков и углеводов. Какие-либо ограничительные диеты нецелесообразны. Учитывая широкое распространение полигиповитаминозов у детей в нашей стране, включая дефицит витамина С, показаны **поливитаминные комплексы** терапевтическим курсом с добавлением аскорбиновой кислоты до суточной нормы.

Рекомендуется воздержаться от употребления продуктов, содержащих повышенное количество соли, сахара, жиров. При составлении рациона питания необходимо

уделять внимание продуктам с высоким содержанием антиоксидантов (витамины С и Е, бета-каротин) и микроэлементов (магний, цинк, селен, молибден). В целях оптимизации энергетического баланса целесообразно назначение препаратов коэнзима Q10 и L — карнитина. Хороший клинический эффект отмечен при использовании эссенциальных жирных кислот.

Учитывая, что основными жалобами у больных СХУ являются слабость, повышенная утомляемость, усталость, в соответствии с чем и двигательная активность этих больных резко снижена, в режим дня должны вводиться умеренные дозированные физические нагрузки, которые будут помогать поддерживать мышечный тонус, улучшать функциональное состояние сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем.

Комплекс физических упражнений необходимо выполнять ежедневно с увеличением нагрузки от занятия к занятию очень постепенно, так как чрезмерные нагрузки могут усилить явления СХУ. Например, прогулки по ровной дороге с 10–15 минут нужно увеличивать постепенно до одного часа, после чего можно начать подниматься на небольшие горки, включать ходьбу по лестнице. Особенно рекомендованы плавание и различные упражнения в воде, которые хорошо переносятся больными.

Для увеличения общих адаптационных возможностей организма, помимо поливитаминных препаратов с добавлением витамина С, применяются растительные биостимуляторы, адаптогены, гомеопатические средства [6]. Для уменьшения усталости можно использовать элеутерококк, женьшень, лимонник китайский, зверобой продырявленный.

Элеутерококк повышает способность организма противостоять неблагоприятным факторам внешней среды, увеличивает физическую и умственную работоспособность, обеспечивает адекватный ответ на стрессирующие воздействия и на физические нагрузки. Он улучшает самочувствие пациентов, страдающих психологическими отклонениями, включая бессонницу, ипохондрию, депрессию. Применение элеутерококка повышает содержание биогенных аминов в мозге, надпочечниках. Его экстракт также оказывает благоприятный эффект на иммунитет, наиболее заметно его влияние на Т-лимфоциты и повышение активности натуральных киллеров. Экстракт элеутерококка назначается детям по 1–2 капли на каждый год жизни 3 раза в день за 30 минут до еды курсом 1–2 месяца с 2-недельным перерывом.

Самое известное растение Дальнего Востока, широко используемое в традиционной медицине Китая и Кореи — **женьшень** (панакс). Прием его препаратов повышает работоспособность и снижает усталость, снимает явления переутомления и предотвращает его. Женьшень обладает антистрессовым воздействием, усиливает иммунные функции, включая фагоцитоз, выработку интерферона, активность макрофагов. Назначается аналогично элеутерококку.

Если первые два фитопрепарата являются все-таки не столько адаптогенами, сколько стимуляторами, то **китайский лимонник** является единственным, в приведенном ряду, реальным адаптогеном (повышающим сниженные и снижающим повышенные функции систем организма). Растение произрастает в диком виде у нас в При-



амурье и хорошо адаптируется в средней полосе России, может с легкостью выращиваться на приусадебных участках. Принцип применения его аналогичен элеутерококку и женьшеню.

Зверобой продырявленный (гелариум гиперикум) — широко используемое в России лекарственное растение. Прием его препарата улучшает настроение и снимает депрессию. Детями старше 12 лет и взрослыми принимается внутрь в виде драже во время еды, по 1 драже 3 раза в день в течение 1 месяца, запивается жидкостью, без разжевывания. Зверобой также улучшает качество сна, он эффективен как против бессонницы, так и против повышенной сонливости. Считается, что зверобой при депрессии более эффективен, чем антидепрессанты, включая элавил и трофинил.

Гипотеза о вирусном происхождении СХУ послужила основанием для применения ацикловира. Однако доктор Штраус в 1989 году опубликовал данные о неэффективности применения данного препарата при СХУ: ацикловир, как противовирусный препарат, проверялся в нескольких исследованиях, но никакой достоверной разницы в эффективности по сравнению с плацебо не было выявлено. Д. Джонс, иммунолог из Денверского национального центра, согласен, что ацикловир не может быть использован при СХУ.

При выявлении внутриклеточной инфекции назначаются азитромицин (сумамед) в дозе 10 мг/кг 1 раз в день в течение 3 дней, мидекамицин (макропен) — суточная доза составляет 30–50 мг/кг в 2–3 приема в течение 7–14 дней, рокситромицин (рулид) 5–8 мг/кг в 2 приема в течение 7–10 дней, спирамицин (ровамицин) — 1,5–3 млн. ед. на 10 кг в 2–3 приема, перорально в течение 7–10 дней, вильпрафен назначается в виде суспензии в суточной дозе 30–50 мг/кг массы тела в 3 приема. Однако убедительных данных эффективности этой целенаправленной терапии также не имеется.

Медикаментозная терапия применяется для облегчения таких симптомов как депрессия, нарушение сна, тревога, беспокойство, миалгии.

Клиническое сходство СХУ с типичной депрессией дало основание рекомендовать **антидепрессанты**. Небольшие их дозы уменьшают утомляемость, улучшают сон, уменьшают фибромиалгии. Среди антидепрессантов предпочтение отдается ингибиторам обратного нейронального захвата серотонина (амитриптилин). Детям 7–14 лет амитриптилин назначается по 12,5–25 мг. Лучше назначать его за 2–5 часов перед отходом ко сну, чтобы избежать седативного действия на следующий день. При нарушениях сна используются препараты бензодиазепинов: оксазепам (тазепам), нитрозепам (радедорм). Разовая доза оксазепама составляет 0,0025–0,01 мг, нитрозепама — 0,005 мг. Для лечения тревоги, беспокойства назначают алпрозолам.

Антидепрессанты обладают также и миорелаксирующим действием, поэтому они назначаются и при миалгическом синдроме.

При выраженных миалгиях, артралгиях показано назначение нестероидных противовоспалительных препаратов: диклофенак (вольтарен, ортофен). Аспирин детям не назначается из-за опасности развития синдрома Рей-

но, применяются парацетамол, ибупрофен (нурофен), немесулид (найз, нимесил).

При иммунных нарушениях, в зависимости от показателей иммунограммы, назначается иммунотропная терапия, с использованием активаторов Т-лимфоцитов (тимоген, тималин, иммунофан, ликолипид, неовир, изопринозин, полиоксидоний), препаратов α -2-интерферона или индукторов синтеза интерферона (виферон, гриппферон, циклоферон, амиксин), иммунокорректоры бактериальной природы.

Полиоксидоний оказывает прямое действие на фагоциты и естественные киллеры, стимулирует антителообразование. Препарат может назначаться ректально из расчета 100–200 мкг/кг 1 раз в сутки №10 по схеме на 1, 2, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 дни лечения. Внутримышечно препарат вводится из расчета 100–150 мкг/кг 1 раз в день №5–7 через 2–3 дня.

Тималин активирует систему Т-лимфоцитов, нормализует соотношение Т- и В-лимфоцитов, их субпопуляций, реакции клеточного иммунитета, усиливает фагоцитоз. Препарат вводится внутримышечно ежедневно детям 7–14 лет по 3–5 мг.

Ликолипид увеличивает цитотоксический эффект макрофагов за счет повышения активности лизосомальных ферментов и продукции активных форм кислорода. Благодаря усилению синтеза противовоспалительных цитокинов препарат повышает эффективность фагоцитоза, способствует активации, пролиферации и дифференциации Т- и В-лимфоцитов. Кроме того, ликолипид увеличивает синтез колониестимулирующих факторов, что приводит к стимуляции лейкопоэза. Препарат назначается в дозе 1 мг 3 раза в день в течение 10 дней.

Изопринозин стимулирует биохимические процессы в макрофагах, увеличивает продукцию интерлейкинов и антител, усиливает пролиферацию Т-лимфоцитов, Т-хелперов, естественных киллеров, стимулирует хемотоксическую и фагоцитарную активность моноцитов, макрофагов и полиморфноядерных клеток, подавляет репликацию вирусов. Суточная доза для детей составляет 50–100 мг/кг в 3–4 приема перорально в течение 5–10 дней. Противопоказаниями для применения препаратов являются нарушения ритма сердца и мочекаменная болезнь.

Амиксин, стимулирующий образование в организме α - β - γ -интерферонов, назначается детям старше 7 лет по 0,06 г 1 раз в день на 1-й, 2-й, 4-й и 6-й дни от начала курса.

При преобладании психоэмоциональных отклонений проводится психотерапия, **музыкотерапия**, аутогенная тренировка. Доказана эффективность когнитивно — поведенческой **психотерапии** [10], которая предусматривает изменение отношения пациента к болезни, повышает его активность, помогает решать проблемы общения, формировать позитивную самооценку. В ряде случаев применяется семейная и психодинамическая терапия. Обязательным условием эффективности психотерапии являются понимание больным ее необходимости, участие опытного детского психотерапевта и адекватная продолжительность курса лечения.

Следует отметить, что как психический, так и физический стресс могут ухудшить состояние больного, поэтому

по возможности следует избегать физических и умственных перегрузок. В этом плане представляет интерес субфебрилитет, который может сопровождать СХУ. Он относится к физическому стрессу. Для его устранения применяется гипноз, иглорефлексотерапия или бромистый натрий — препарат, который нормализует нарушенный теплообмен. Кроме того, в этом плане заслуживает внимания синдром раздраженного кишечника, когда у пациента имеются жалобы соматического характера, но признаки заболевания найти не удается. Эту группу заболеваний относят к соматоформным расстройствам, заслужившим название «клинической головолочки».

В лечении больных с СХУ, помимо педиатра, должны принимать участие психолог, психотерапевт. Заметного улучшения состояния пациентов с особо продолжительными, за давностью заболевания, нарушениями функций и/или плохой реакцией на лечение, можно достичь посредством регулярных, а, возможно, и частых поддерживающих курсов психотерапии, которые способны уменьшить последствия негативного ятрогенного воздействия большого числа мало результативных обследований и продолжительного не эффективного лечения.

Учитывая сопутствующую психосоциальную дезадаптацию и изменение качества жизни детей, лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение и этих последствий СХУ.

Для окончательного решения вопроса о причинах возникновения, лечения и профилактики СХУ требуются объединенные усилия различных специалистов: эпидемиологов, специалистов фундаментальной науки, педиатров, психологов, психиатров и др.

ИСХОДЫ СХУ

Любое длительное хроническое заболевание ребенка отражается на его физическом и психическом развитии. СХУ в юношеском возрасте более опасен, чем в зрелом, так как болезнь негативно отражается на психоэмоциональном статусе ребенка и снижает его социализацию [2, 14]. Дети с СХУ испытывают на себе негативные последствия вынужденной изоляции от сверстников, и им особенно нужна поддержка со стороны врачей, членов семьи и друзей [1]. В силу обстоятельств, такие дети общаются преимущественно с родителями, что интерпретируется психологами как гиперопека. Больше всего следует опасаться появления суицидальных мыслей. Прогноз у детей с высокой продолжительностью нарушений по причине затянувшейся диагностики или низкой эффективности лечения может быть улучшен посредством регулярного проведения сочетанных медикаментозных и немедикаментозных поддерживающих курсов, в том числе направленных на уменьшение негативных последствий ятрогенных воздействий. Правильное и терпимое отношение со стороны медиков, учителей, родных и сверстников улучшает эмоциональное состояние ребенка и смягчает, снижает выраженность симптомов СХУ.

Соматические исходы СХУ в большинстве случаев — благоприятные. Обычно отмечается улучшение состояния. Но заболевание, как правило, носит затяжной, волнообразный характер с серьезными функциональными нарушениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арцимович Н.Г. Синдром хронической усталости в детском и юношеском возрасте — грозный симптом // *Аллергология и иммунология*, 2001, т. 2, № 1, с. 175–179.
2. Арцимович Н.Г., Галушина Т.С. Синдром хронической усталости. — М.: Научный мир, 2002. — 221 с.
3. Бондарь В.И. Состояние здоровья детей свидетельствует об истощении адаптационных резервов человека. // В сб. тр. Междунар. Конгресса «Здоровье, обучение, воспитание детей в XXI веке». — М., 2004, I т., с. 172–175.
4. Дидковский Н.А., Караулов А.В., Малашенкова И.К. Синдром хронической усталости // *Успехи клинической иммунологии и аллергологии*: Сб. науч. тр. — М., 2000. — С. 72–83.
5. Мюррей М.Т. Синдром хронической усталости / Пер. с англ. — Ростов-на-Дону: «Феникс», 1997. — 256 с.
6. Цыган В.Н. и др. Синдром хронической усталости: диагностика и лечение / Под ред. Ю.В. Лобзина. — СПб.: СпецЛит, 2005. — 79 с.
7. Bell K.M., Cookfair D., Bell D.S. et al. Risk factors associated with chronic fatigue syndrome in a cluster of pediatric cases // *Rev. Infect. Dis.* — 1991. — №13, Suppl. 1. — P. 32–38.
8. Bou-Holaigah I., Rowe P.C., Kan J., Calkins H. The relationship between neurally mediated hypotension and the chronic fatigue syndrome // *JAMA.* — 1995. — Vol. 274, №12. — P. 961–967.
9. Buchwald D., Wener M.H., Pearlman T., Kith P. Markers of inflammation and immune activation in chronic fatigue and chronic fatigue syndrome // *J. Rheumatol.* — 1997. — Vol. 24, №2. — P. 372–376.
10. Butler S., Chalder T., Ron M., Wessely S. Cognitive behaviour therapy in chronic fatigue syndrome // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* — 1991. — Vol. 54, №2. — P. 153–158.
11. Cannon J.G., Angel J.B., Abad L.W. et al. // Interleukin-1 beta, interleukin-1 receptor antagonist, and soluble interleukin-1 receptor type II secretion in chronic fatigue syndrome // *J. Clin. Immunol.* — 1997. — Vol. 17, №3. — P. 253–261.
12. Carter B.D., Kronenberger W.G., Edwards J.F. et al. Psychological symptoms in chronic fatigue and juvenile rheumatoid arthritis // *Pediatrics.* — 1999. — Vol. 103, №5. — P. 975–979.
13. Cleare A.J., Bearn J., Allain T. et al. Contrasting neuroendocrine responses in depression and chronic fatigue syndrome // *J. Affect. Disord.* — 1995. — Vol. 34, №4. — P. 283–289.
14. Krilov L.R., Fisher M., Friedman S.B. et al. Course and outcome of chronic fatigue in children and adolescents // *Pediatrics.* — 1998. — Vol. 102, №2, Pt 1. — P. 360–366.
15. Lyall M., Peakman M., Wessely S. A systematic review and critical evaluation of the immunology of chronic fatigue syndrome // *Journal of Psychosomatic Research.* — 2003. — №55. — P. 79–90.
16. Marshall G.S. Report of a workshop on the epidemiology, natural history, and pathogenesis of chronic fatigue syndrome in adolescents // *J. Pediatr.* — 1999. — Vol. 134, №4. — P. 395–405.

**Мамаева М. А.,**

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

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ИЛИ СПАСЕНИЕ УТОПАЮЩИХ — ПРОБЛЕМА САМИХ УТОПАЮЩИХ

Здоровый образ жизни... Только ленивый сейчас не рассуждает на эту тему.

Здоровому образу жизни посвящаются многочисленные монографии, статьи, телевизионные передачи и речи депутатов.

Что же подразумевается под этим понятием — «здоровый образ жизни»? Обычно речь идет об одном и том же — о вреде курения, алкоголя, наркотиков и других сильнодействующих веществ, о профилактике гиподинамии и компьютерной зависимости, соответственно, и о пропаганде спорта. Гражданам активно рекомендуется «сбалансированное и рациональное питание, обогащенное витаминами и минералами». Также рекомендуется «полноценный отдых, достаточный сон и соблюдение режима физических и умственных нагрузок».

Все это, конечно, замечательно. Правильные рекомендации, с которыми никто не может поспорить. Но как эти рекомендации реализовать обычному среднестатистическому гражданину в стране, где продукты питания сплошь начинены синтетикой, а вода — всей таблицей Менделеева, где большинство людей еле сводят концы с концами, чтобы оплатить текущие счета и обеспечить себе хоть какой-то уровень существования... И почему-то среди факторов, которые разрушают здоровье и укорачивают жизнь человека, не упоминаются такие факторы, как «низкий материальный достаток», «унизительное социальное положение человека, честно отработавшего всю свою жизнь на родное отечество», «душевный дискомфорт по причине социальной несправедливости» и т.д. Удобно ратовать за те ценности, которые и так очевидны и которые зависят от воли и желания самого человека. Однако не все от гражданина зависит. Кое-что зависит и от государства.

Простой сравнительный анализ цен на самые необходимые товары и услуги в нашей стране в «доперестроечные» времена и в настоящий период показывает, что стоимость жизни увеличилась в разы, а по некоторым позици-

ям — в десятки раз. Соответственно, уровень и качество жизни наших соотечественников катастрофически снижается. Большинство наших сограждан по факту находятся за чертой бедности. Ну, как можно прожить пенсионеру на 8–12 тыс.руб. в месяц? А ведь именно в этих пределах колеблется размер пенсии большинства пенсионеров РФ. И речь идет не о бывших безработных людях, а о врачах, учителях, преподавателях высшей школы, инженерах, библиотекарях и иных специалистах с большим стажем работы! Налицо вопиющая социальная несправедливость: официальное обнищание большинства трудового населения страны на фоне стремительно богатеющей «псевдоэлиты», утопающей в чрезмерной роскоши, о которой не мечтали даже короли и шейхи.

Но не наша задача — обсуждать политические и финансово-экономические проблемы общества, на это есть соответствующие специалисты. Однако, как врачей, нас не могут не беспокоить растущие депрессивные настроения среди соотечественников, которые являются, прежде всего, нашими пациентами. Все меньше вокруг людей с улыбками на лицах, со светом в глазах, и все больше — угрюмых, агрессивных, с потухшими и тоскливыми взглядами. От малейшего повода разгораются конфликтные ситуации в общественном транспорте, среди соседей по подъезду и т.д. Такое ощущение, что психологическая ситуация в обществе становится взрывоопасной. И еще больше эту ситуацию усугубляет телевидение, демонстрируя по всем каналам циничные шоу и агрессивные боевики.

Такая атмосфера негативно влияет, прежде всего, на психическое и физическое здоровье людей, разрушая его изнутри. Так, согласно официальной статистике, смертность трудоспособного населения от сердечно-сосудистых заболеваний в РФ превышает аналогичный показатель по Евросоюзу в 4,5 раза (!). Общее количество больных с психическими расстройствами в России на 2017 год составило 3 960 732 человек — почти 3% населения стра-

ны (1). На первое место по инвалидности среди детей вышли психические заболевания — такое заявление недавно сделала главный детский реабилитолог Минздрава России Татьяна Батышева на круглом столе в Общественной палате РФ (2). По Индексу выживаемости (Всемирный банк) Россия занимает 122-е место с результатом 0,78, наряду с такими странами, как Афганистан, Судан, Папуа-Новая Гвинея (тоже 0,78). А это значит, что в этих странах от 15 до 60 лет доживают только 78% людей (1). И на этом фоне в нашей стране принимается решение о повышении пенсионного возраста граждан. Без комментариев...

Поэтому еще никогда не была так актуальна тема медицинской профилактики. Все выше сказанное имеет прямое отношение к так называемому здоровому образу жизни, о котором сейчас повсюду так много говорят, но так мало делают для его реализации в масштабах страны.

Рассуждая о здоровом образе жизни, чиновники обычно декларируют борьбу с различного рода зависимостями и инфекциями типа СПИДа, т.к. на эту «борьбу» традиционно выделяются большие финансы, которые традиционно осваиваются без какого-либо видимого результата. При этом нет почти никаких финансовых вложений в программы, посвященные сохранению здоровья детей, сохранению здоровья здоровых. И уж совсем циничное отношение наблюдается к тяжело больным людям, в т.ч. детям, когда на их лечение средства почему-то собираются буквально всей страной, всем миром...

И совсем уж никому не приходит в голову провозглашать «борьбу с нищетой и бедностью» как с фактором нездорового образа жизни.

В этой обстановке забота о здоровье как физическом, так и психическом, ложится на плечи самих граждан. И поскольку профилактика всегда дешевле лечения, в условиях скромных финансовых возможностей большинства соотечественников растет актуальность именно медицинской профилактики.

Одной из самых значимых и в то же время уязвимых сфер, определяющих уровень общего здоровья населения, является сфера питания. И несмотря на повышение стоимости продуктов питания, качество их в настоящее время оставляет желать лучшего. Все шире в производстве продуктов питания используются синтетические пищевые добавки (стабилизаторы, красители, консерванты и т.д.), а также синтетические заменители натуральных ингредиентов, что не делает пищу современного человека более полезной. И хотя человеческий организм настолько пластичен, что постепенно адаптируется и к «синтетической» пище, и к ухудшающейся экологии, и к стрессам, тем не менее, основные нормы питания человека остаются прежними: суточный рацион должен быть сбалансирован по основным ингредиентам — белкам, жирам, углеводам и содержать достаточное количество витаминов и минералов.

Эти требования к качеству питания актуальны для людей любого возраста, но особенно важны для детей и подростков, а также для беременных и кормящих женщин.

И если с белками, жирами и углеводами все предельно ясно, то относительно витаминов и минералов картина совсем иная. Сегодня на отечественном фармацевтическом рынке такое обилие витаминно-минеральных комплексов — абсолютно разных по составу, по качеству, по стоимости и т.д., что эта ситуация сбивает с толку и население,

Выгодная цена и
бесплатная доставка
в аптеку на apteka.ru



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

Минисан® Мультивитамин Мама

Современный витаминно-минеральный комплекс для планирующих беременность, беременных и кормящих женщин.

№1* в аптеках Финляндии.



Минисан® Витамин D₃ капли и таблетки

100 МЕ витамина D₃ в капле для гибкости в дозировании. Масляный раствор. Не содержит спирта.

5 мкг (200 МЕ) или
20 мкг (800 МЕ) 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.

** Tamro Bright YTD EUR 6/2018

РЕКЛАМА

RU.77.99.11.003.E.000402.02.16 от 01.02.16; RU.77.99.19.003.E.002578.06.16 от 21.06.16; RU.77.99.11.003.E.003523.04.14 от 14.04.14;
RU.77.99.11.003.E.005777.04.15 от 17.04.15; RU.77.99.88.003.E.009922.11.15 от 03.11.15; RU.77.99.88.003.E.008754.09.15 от 02.09.15

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ



и даже врачей. Соответственно, каждая фармацевтическая компания доказывает исключительность только своего препарата, порой не считаясь ни с моральным кодексом, ни с логикой, т. к. для фармацевтических компаний главное — это прибыль. И ради прибыли они идут на многое...

Возьмем для примера несколько аспектов.

АСПЕКТ ПЕРВЫЙ. КАЛЬЦИЙ

Кальций — это необходимый элемент минерального матрикса кости, выступает регулятором нервной системы, участвует в мышечном сокращении; входит в состав клеточных структур, является компонентом системы поддержания кислотно-щелочного равновесия внутренней среды организма и нормального функционирования многих жизненно важных систем; необходим для обеспечения деятельности сердца, участвует в процессах свертывания крови, проведения нервных импульсов, сокращения мышц, а также в стабилизации защитных механизмов, повышающих устойчивость организма к действию внешних неблагоприятных факторов (3).

Дефицит кальция, соответственно, приводит к деминерализации костей, развитию остеопороза, разрушению зубов, развитию рахита у детей раннего возраста, слабости мышечной системы, риску проявления аллергических реакций и т. д.

Однако не рекомендуется применять препараты кальция длительными курсами с целью профилактики его дефицита по причине многочисленных неблагоприятных побочных действий, а именно:

- риск образования камней в почках;
- запоры или диарея, метеоризм, тошнота, боль в животе;
- нарушение всасывания железа, риск развития анемии;
- повышение риска развития инфаркта миокарда;
- отложение кальция на стенках сосудов, повышение риска атеросклероза.

Кроме того, в период приема препаратов кальция необходимо постоянно контролировать выведение ионов Ca^{2+} с мочой и концентрацию Ca^{2+} и креатинина в плазме крови.

Как правило, телевизионная и печатная реклама многочисленных препаратов кальция и витаминно-минеральных комплексов, его содержащих, умалчивает о выше перечисленных рисках, впрочем, как и о том, что **при отсутствии дефицита витамина Д кальций в достаточном количестве организм может получать из продуктов питания.**

Наиболее значимыми и полноценными источниками кальция являются молоко и молочные продукты: 100 г пастеризованного молока обеспечивают поступление в организм 120 мг кальция, 100 г полужирного творога — 164 мг, 100 г сметаны 10% жирности — 90 мг. Сыр по содержанию кальция превосходит все другие продукты питания: в нем содержится до 1000 мг и более этого элемента на 100 г продукта. Хорошим источником кальция являются многие рыбные продукты — сельдь атлантическая, горбуша и др. (3). Достаточно включать эти продукты в ежедневный рацион, и препараты кальция не понадобятся.

Кроме того, источником кальция могут служить и минеральные воды. Так, например, с целью профилактики дефицита кальция в организме вполне подходит натуральная минеральная вода «Рудольфов прамен», которая добывается из популярного источника чешского курорта Мариан-

ске-Лазне. Это минеральная природная питьевая, лечебно-столовая, газированная природным газом, гидрокарбонатная магниевая-кальциевая, кремнистая вода с общим уровнем минерализации 2,3–2,5 г/л (4). В воде «Рудольфов прамен» самой природой удивительным образом создана минеральная композиция, включающая кальций, магний, железо, кремний в таком количественном соотношении, что эти элементы не конкурируют друг с другом, хотя, согласно всем законам научной физиологии, должны бы.

Благодаря высокому содержанию кальция (276,7 мг/л) вода «Рудольфов прамен» рекомендуется не только для профилактики, но и в качестве дополнительной терапии в комплексном лечении остеопороза. Содержание двухвалентного железа в воде источника (12,32 мг/л) позволяет использовать эту минеральную воду при долечивании больных после операций и при лечении анемии. Кроме того, эта вода широко используется в комплексном лечении заболеваний почек и мочевыводящих путей, диабета, мочекаменной и почечнокаменной болезни, ожирения, подагры. Обычная дневная норма воды «Рудольфов Прамен» для взрослого человека — 1,5 л.

Таким образом, проявляя заботу о здоровье пациентов и давая рекомендации по здоровому питанию и образу жизни, специалистам следует обратить внимание на естественные источники такого жизненно необходимого минерала, как кальций, т. е. на продукты питания и минеральные воды, и не прибегать к назначению длительных курсов препаратов кальция или витаминно-минеральных комплексов, содержащих в своем составе этот элемент.

Но мы должны помнить, что основное условие нормального усвоения кальция с пищей — это отсутствие в организме дефицита витамина Д.

АСПЕКТ ВТОРОЙ. ВИТАМИН Д

Витамин Д является жирорастворимым витамином, в 1936 году был выделен из рыбьего жира. Относится к классу гормональных веществ, производных холестерина (Спиричев В. Б. и соавт., 2005). Витамин Д не только регулирует кальциевый гомеостаз, но и контролирует пролиферацию и дифференциацию клеток (Громова О. А., 2007).

В принципе, витамин Д — это не одно вещество, а группа метаболитов, биологически активных веществ, участвующих в целом ряде важных процессов организма человека:

- D2 (эргокальциферол), поступает в организм с продуктами растительного происхождения
- D3 (холекальциферол), образуется в коже под влиянием солнечного излучения или поступает в организм с продуктами животного происхождения
- 25 (ОН) D3 (25-гидрокси-холекальциферол), кальцидол, печеночный метаболит витамина D3, основной показатель обеспеченности организма витамином Д
- 1,25 (ОН) 2D3 (1,25-дигидро-холекальциферол), кальцитриол, почечный метаболит витамина D3, обеспечивающий основные биологические эффекты витамина Д

Витамин Д обеспечивает нормальный рост и развитие костей скелета, предупреждает развитие рахита в детском возрасте и остеопороза у подростков и взрослых, способствует предотвращению кариеса зубов и заживлению переломов, предотвращает развитие мышечной слабости, регулирует мышечную деятельность, укрепляет



БИЛИНСКА КИСЕЛКА –

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



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.



ЗАЙЕЧИЦКАЯ ГОРЬКАЯ –

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



РУДОЛЬФОВ ПРАМЕН –

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



ВИНЦЕНКА –

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

ООО «Родник»

Единственный поставщик в России

www.minervoda.ru

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

Фирменные магазины г. Санкт-Петербург:

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

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



иммунитет, препятствует развитию воспалительных процессов. Кроме того, этот витамин обладает антиканцерогенным действием, поддерживает функцию щитовидной и паращитовидной желез, нормализует свертываемость крови, регулирует активность инсулина и баланс сахара в крови, участвует в регуляции кровяного давления, предотвращает синдром хронической усталости.

Главный механизм действия витамина Д связан с регуляцией фосфорно-кальциевого метаболизма и обеспечением необходимого уровня кальция и фосфора в организме, прежде всего, для адекватного остеогенеза. С этой целью витамин Д осуществляет регуляцию абсорбции кальция, фосфатов и магния в кишечнике за счет избирательного повышения проницаемости эпителия кишечника для этих ионов, ускоряет реабсорбцию кальция и фосфора в почках, подавляет избыточную секрецию паратиреоидного гормона, а в костной ткани стимулирует синтез остеокальцина, остеопонтинина, коллагена, необходимых для минерализации и функционирования вновь формирующейся кости.

Антигипертензивный эффект витамина Д реализуется за счет уменьшения секреции ренина, ренопротективного, противовоспалительного и, соответственно, сосудопротекторного воздействия.

Улучшая усвоение кальция и магния, витамин Д помогает организму восстанавливать защитные оболочки, окружающие нервы, поэтому он включается в комплексную терапию рассеянного склероза (House M.D., 2011).

Доказано также, что витамин Д влияет на ядра клеточной мишеней и стимулирует транскрипцию ДНК и РНК, что сопровождается усилением синтеза специфических протеинов (House M.D., 2011).

Витамин Д снижает восприимчивость организма к кожным заболеваниям. Так, при наружном применении масляного раствора витамина Д уменьшается характерная для псориаза чешуйчатость кожи.

Витамин Д нормализует уровень липидов крови, влияя тем самым на кардиоваскулярное здоровье.

Адекватный фотосинтез в коже витамина Д рассматривается как важный антиканцерогенный фактор, а также как дополнительный фактор в преодолении глюкозотолерантности, в борьбе с ожирением (Громова О. А., 2007).

Таким образом, список заболеваний, которые могут развиваться вследствие дефицита витамина Д, не ограничивается только рахитом у детей и остеопорозом у взрослых. В этот список входят и онкологические заболевания (рак), и сахарный диабет, и аутоиммунные заболевания, и гипертоническая болезнь, и заболевания суставов (артриты), и кожные болезни, и иммунодефицитные состояния, на которые наслаивается частая простудная заболеваемость и бронхолегочная патология.

Особенно опасен дефицит витамина Д для растущего детского организма и в период беременности и кормления грудью. Поэтому профилактика дефицита проводится, в первую очередь, детям, начиная с 3–4-недельного возраста, а также беременным и кормящим женщинам.

Для профилактических мер недостаточно включения в рацион питания продуктов, содержащих данный витамин, а это, в первую очередь, продукты животного происхождения (сметана, сливки, молоко, сливочное масло, яйца, печень трески, тунца, сельдь, скумбрия, икра). И хотя витамин Д — единственный из всех витаминов, который

способен синтезироваться в организме, а именно, в коже под воздействием солнечных лучей, при отсутствии достаточной инсоляции практически всегда наступает гиповитаминоз, поэтому дотации необходимы.

Все препараты витамина Д можно условно разделить на натуральные и синтетические. Разумеется, предпочтение следует отдавать натуральным, особенно, если речь идет о детях. Из натуральных препаратов хотелось бы обратить внимание на МИНИСАН® Витамин D3 — оригинальный препарат финской компании VERMAN. Для детей МИНИСАН® выпускается в каплях, 1 капля содержит 100 МЕ витамина D3, что обеспечивает возможность широкого варьирования дозы с учетом индивидуальных особенностей организма. В составе препарата отсутствуют спирт и аллергенные добавки. Для взрослых МИНИСАН® Витамин D3 выпускается в виде маленьких жевательных таблеток с приятным вкусом. Одна таблетка МИНИСАН® содержит 5 мкг (200 МЕ) и 20 мкг (800 МЕ) витамина D3. Подчеркиваем, что препараты МИНИСАН® содержат натуральный жирорастворимый витамин D3, что, несомненно, является одним из преимуществ МИНИСАН® перед многочисленными современными синтетическими формами.

Хочется также напомнить коллегам, что витамин Д относится к жирорастворимым витаминам, поэтому никак не способен растворяться в воде, иными словами, разрекламированные и часто назначаемые «водные растворы витамина Д» в реальности водными не являются, т.к. содержат в своем составе спирт.

Из последних разработок финской семейной компании VERMAN хочется отметить также хорошо сбалансированный по витаминно-минеральному составу комплекс Минисан Мультивитамин Мама®, содержащий 11 наиболее необходимых в период беременности и кормления грудью витаминов (Д, Е, С, В1, В2, РР, В6, В12, фолиевая кислота, биотин, пантотеновая кислота) и 6 минералов (магний, цинк, железо, медь, селен, йод). Исходя из всего выше изложенного, можно отметить как положительный момент отсутствия в данном комплексе такого элемента, как кальций (5).

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Говоря о здоровом образе жизни, в частности, о здоровом питании, нам, практикующим специалистам, стоит очень аккуратно относиться к информации о фармацевтических препаратах и БАДах, к различного рода медицинской рекламе и т.д. Прежде чем назначать любое новое средство, тем более, для профилактики витаминно-минеральных дефицитов, не мешает самим внимательно изучить инструкцию, опираясь на свое клиническое мышление и профессиональный опыт. ☺

ЛИТЕРАТУРА

1. <https://valkiriarf.livejournal.com/>
2. <https://mirvracha.ru/>
3. Бондарь В.И. Проблема питания современного человека. Роль минеральных веществ. // Пятиминутка. — №2. — 2012. — С. 4–9
4. Скочкова В.М. Профилактика остеопороза в условиях мегаполиса // Пятиминутка. — №4. — 2017. — С. 18–20
5. Мамаева М.А. Профилактика витаминно-минеральных дефицитов у беременных и кормящих женщин. — СПб: Издательский Дом СТЕЛЛА, 2018. — 24 с.

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

**Ильина И. В.,**

кандидат педагогических наук, доцент кафедры
внутренних болезней медицинского института
ФГБОУ «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева»,
г. Орел, Россия

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМАХ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

В течение последних лет качество жизни человека повсеместно признано основной целью деятельности государства и его социальных структур.

Комплексная реабилитация, являющаяся динамической системой взаимосвязанных медицинских, психологических, социокультурных воздействий и полученных результатов, обеспечивает максимально эффективное и раннее возвращение лиц со сниженным уровнем здоровья, в том числе больных и инвалидов, к социально-бытовому и трудовому процессам, восстановление их способности к независимому существованию — т.е. повышение уровня индивидуального качества жизни (схема 1).

Схема 1

Взаимосвязь систем качества жизни и комплексной реабилитации

Система комплексной реабилитации		
Воздействия	медицинские	Результаты
	психологические	
	социокультурные	
Качество жизни		

Среди компонентов системы качества жизни человека выделяются мотивационно-ценностный, когнитивный и поведенческий. Соответственно, им должны формироваться и основные направления комплексного реабилитационного воздействия, в частности, позитивное изменение системы жизненных ориентиров пациентов, актуализация и расширение базы специальных знаний, а также оптимизация образа жизни (схема 2).

Применение технологий комплексной реабилитации в сочетании с индивидуально-ориентированной реабилитационной деятельностью позволяет обеспечить по-

Схема 2

Формирование основных направлений комплексной реабилитации

Компоненты системы качества жизни человека	Направления комплексного реабилитационного воздействия
Мотивационно — ценностный	позитивное изменение системы жизненных ориентиров пациентов
Когнитивный	актуализация и расширение базы специальных знаний
Поведенческий	оптимизация образа жизни (включая производство и быт)

вышение не только качества оказываемой медицинской помощи и качества здоровья пациента, но и в целом — качество жизни как отдельного человека, так и населения России в целом (схема 3).

Схема 3

Взаимосвязь качества медицинской помощи, качества здоровья и качества жизни

Технологии комплексной реабилитации		
Качество и культура здоровья	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ	Качество медицинской помощи
Индивидуально-ориентированная реабилитационная деятельность		

К основным индикаторам качества медицинской помощи относят уровень смертности, величину естественного прироста и заболеваемость населения в регионе, а также кадровую ситуацию в системе здравоохранения. Рассмотрим динамику данных показателей в 2006–2017 гг. в Орловской области.

Таблица 1

Динамика показателей смертности от различных причин в трудоспособном возрасте

Показатель / причина	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017
Общая смертность	79,1	75,1	67,1	62,5	61,1	57,7	54,2
Болезни системы кровообращения	27,3	26,8	23,2	20,9	23,7	20,6	20,5
Несчастные случаи, отравления и травмы	26,5	22,6	19,1	17,2	16,5	12,4	11,4
Новообразования	10,1	10,4	10,4	11,1	11,5	9,8	9,4
Болезни органов пищеварения	4,8	5,8	5,6	5,6	5,6	6,2	5,5
Болезни органов дыхания	4,7	4,2	3,4	3,2	3,4	2,9	2,2

Таблица 2

Динамика результатов диспансеризации отдельных контингентов взрослых

Год	III группа здоровья		Направлены на лечение	
	абс. числа	%	абс. числа	%
2017	67062	68,0%	53219	54,0%
2016	67271	61,2%	30376	41,0%
2015	71836	65,3%	34867	43,6%
2014	73109	66,5%	42938	46,7%
2013	49401	44,9%	11899	20,4%

Численность населения области длительное время неуклонно сокращалась и в 2017 году достигла 747247 человек. Только за последние 12 лет потери составили 79,4 тысячи человек, что сопоставимо с численностью населения нескольких районов области. Однако продолжительность жизни населения области при этом постепенно росла (с 68,40 лет в 2010 г. до 71,63 лет в 2017 г.), приводя к формированию возрастной структуры по регрессивному типу. На данный момент 26,7% жителей находятся за рамками трудоспособного возраста, их число превышает количество детей в возрасте до 18 лет на 43,1%. Данный тип структуры характерен и для городского, и для сельского населения области.

В 2006–2016 гг. общий коэффициент смертности в Орловской области регистрировался на более высоком уровне, чем в среднем по стране (в среднем на 20%–25%), однако его динамика, в основном, повторяла изменение общего коэффициента смертности в России. Отрицательный естественный прирост населения области регистрировался на фоне устойчивого роста показателя рождаемости и постепенного снижения показателя смертности, что выражалось в уменьшении величины коэффициента естественной убыли населения. Но снижение рождаемости в 2017 году, как в целом по стране, так и в Орловской области, привело к падению численности населения региона на 7569 человек.

Ведущими причинами смертей в 2006–2017 гг. стали болезни системы кровообращения (в среднем, 60,0% умерших), новообразования (16,0%), несчастные случаи, травмы и отравления (7,0%). Динамика смертности лиц трудоспособного возраста в этом периоде (табл.1) демонстрировала четкую тенденцию к снижению (на 27,1%), в 2017 г. данный показатель составил 54,2 на 10 000 трудоспособного населения. Большинство умерших, как правило, составляли мужчины.

Уровень общей заболеваемости взрослого населения области, по данным обращаемости, в 2006–2017 г. вырос

на 22,7% и стабильно превышает соответствующий показатель по России. В структуре причин обращений населения за медицинской помощью в государственные медицинские организации болезни системы кровообращения постоянно занимают одно из первых мест (в 2017 г. их доля среди всех заболеваний составила 20,0%).

При анализе сведений о диспансеризации отдельных контингентов взрослых замечен постоянный рост числа лиц, отнесенных к третьей группе здоровья, и доля пациентов, направленных на лечение и реабилитацию (табл. 2).

Одновременно увеличивается число лиц, впервые признанных инвалидами — как среди всего взрослого населения (2015 г. — 45,8; 2017 г. — 47,1), так и среди населения трудоспособного возраста (2015 г. — 30,2; 2017 г. — 30,3).

Итак, увеличение продолжительности жизни населения с одновременным ростом доли пациентов, перенесших сложные заболевания и травмы, а также с хроническими заболеваниями, которым нужно восстанавливать свои функциональные возможности, обусловило рост числа лиц, нуждающихся в комплексной реабилитации. Не менее востребована и своевременная реабилитационная помощь людям с врожденной инвалидностью или получившим инвалидность в раннем детстве и не имеющим опыта жизни без инвалидности.

При формировании эффективной реабилитационной деятельности принято опираться не только на подбор адекватных технологий, включающих определенные стратегические цели и тактические задачи с соответствующим набором форм и методов работы, но, в первую очередь, и на подбор квалифицированных кадров (схема 4).

Схема 4

Формирование реабилитационной деятельности

Подбор адекватных технологий	Стратегия и тактика
	Формы и методы работы
Подбор квалифицированных кадров	



Таблица 3

Кадровый состав реабилитационной службы Орловской области в 2017 г.

Наименование должности (специальности)	Число должностей		Число физич. лиц	Укомплектованность штатных должностей физическими лицами
	штатн	занят		
ВРАЧИ				
по медицинской реабилитации	3	0	0	0%
диетологи	9,75	5,25	3	30,77%
мануальной терапии	9,25	4,25	3	32,43%
по лечебной физкультуре	31,50	11,75	7	22,22%
по спортивной медицине	20,50	11,75	8	39,02%
психотерапевты	43,50	14,50	9	20,69%
рефлексотерапевты	8,75	6,75	3	34,29%
инструкторы-методисты по лечебной физкультуре	14,25	11,75	9	63,16%
логопеды	21,75	17,50	14	64,37%
психологи медицинские	84,50	49	42	49,70%
физиотерапевты	54	28,50	21	38,89%
СРЕДНИЕ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ				
инструкторы по ЛФК	73,50	46,50	32	43,54%
по массажу	191,50	160	141	73,63%
по реабилитации	0	0	0	0%
по физиотерапии	336	289	242	72,02%
ПРОЧИЙ ПЕРСОНАЛ				
социальные работники	32,50	7	3	9,23%

Решение проблем реабилитации давно вышло за узко-профессиональные рамки медико-биологических специальностей. Наличие таких аспектов реабилитационной деятельности, как медицинский (включая психологический и фармакологический), медико-социальный, психолого-педагогический, профессионально-трудовой, экспертно-правовой, социально-экономический, социо-культурный, требует активного участия как медицинских работников (с высшим и средним медицинским образованием), так и психологов, специалистов по социальной работе, социальных педагогов, юристов и т.п., что позволяет вернуть к активной жизни большинство пациентов. Но зафиксированный незначительный рост числа врачей в Орловской области (за последние 12 лет на 6%) обеспечен, в основном, за счет изменения кадровой ситуации в медицинских организациях областного центра. В районах области ситуация прямо

противоположная — количество врачей снизилось на 9,1%. Структура реабилитационной службы в системе здравоохранения Орловской области представлена в табл. 3.

Таким образом, очевидна актуальность активного развития системы комплексной реабилитации, позволяющей обеспечить оптимальное качество здоровья и жизни населения, как в отдельно взятом регионе, так и в целом по стране. В то же время подготовка и закрепление в организациях, ведущих реабилитационную деятельность, квалифицированных кадров (с высшим и средним медицинским образованием, специалистов в сфере медико-социальной работы и пр.) позволит подойти к решению проблемы превентивной реабилитации, то есть восстановлению сниженного уровня здоровья на донологическом этапе, при отсутствии выраженных структурно-функциональных изменений в организме человека. ☞

СТАТИСТИКА

В 2020 году наша страна по количеству больниц может достигнуть уровня 1913 года. За последние 15 лет в России сократилось: количество больниц в 2 раза — с 10,7 тыс. до 5,4 тыс., как подсчитали эксперты Центра экономических и политических реформ (ЦЭПР); больничных коек примерно на 27,5% — до 1,2 миллионов; в сельской местности сокращение мест заметнее — почти 40%; поликлиник на 12,7% — до 18,6 тыс. учреждений; в 8866 населенных пунктах, где проживают до 100 человек, нет доступа к первичной помощи в шаговой доступности; в 43 тыс. населенных пунктах, где проживают до тысячи человек, не хватает 865 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП); в населенных пунктах, где проживает до 10 тыс. человек, не хватает 169 сельских амбулаторий.

Кроме того: возросла нагрузка на врачей и средний мед. персонал до 208 человек (в 2000 было 166 чел.); на осмотр пациента на дому выделены 15 минут; нет нормы на количество «прикрепленных» к врачу людей (в приказе Минздрава есть только рекомендации: терапевту на участке — не более 1700 человек, врачу общей практики — 1200, семейному доктору — 1500 человек); в 18 регионах (21%) отсутствует служба оказания паллиативной помощи в амбулаторных условиях взрослому населению; в 29 регионах (38%) отсутствуют выездные службы.

Источник: <https://mirvracha.ru/>



Эргашев О. Н.,
Главный хирург Ленинградской области, профессор кафедры госпитальной хирургии № 2 ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, доктор медицинских наук, Санкт-Петербург, Россия



Махновский А. И.,
ассистент кафедры госпитальной хирургии № 2 ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПОЛИТРАВМЕ И ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В 1975 году А.В.Капланом на II Всесоюзном съезде травматологов-ортопедов впервые были предложены понятия «множественная травма» и «сочетанная травма». К множественным травмам было предложено относить два и более повреждения в пределах одной анатомической области, к сочетанным — несколько повреждений в пределах разных анатомических областей [17].

В 1998 году на Межведомственном научном Совете по проблемам сочетанных и множественных повреждений было принято определение сочетанной травмы — одновременное повреждение механическим травмирующим агентом двух и более из семи анатомических областей тела человека [17].

Следует отметить, что используемая в Российской Федерации классификация анатомических областей тела в хирургии повреждений не соответствует кодификатору травм «S00-S99» Международной классификации болезней МКБ-10 и классификации анатомических областей в шкале Injury Severity Score (ISS) [12, 27].

ПОЛИТРАВМА

В отечественной и зарубежной литературе, посвященной проблеме диагностики и лечения тяжелых травм, часто используется термин «политравма» [1, 10, 28, 29, 30, 31, 32, 33].

Встречаются различные варианты определения термина «политравма» на основе количественной оценки тяжести повреждений по шкале ISS [33]:

- ISS > 15 (M. Sikand et al., C. Palmer);
- ISS > 16 (A. Biewener et al.);
- ISS > 18 (F. Hildebrand et al);
- ISS ≥ 18 (H. Pape et al);
- ISS > 25 (R. McLain).

W. Chiang et al. предложили дифференцированные критерии политравмы в зависимости от возраста пострадавших [29]:

- ISS ≥ 17 — для пациентов младше 65 лет
- ISS ≥ 14 — для пациентов 65 лет и старше.

В 2014 году N. Butcher et al. и C. Rau et al. при формулировке нового «Берлинского» определения политравмы обосновали целесообразность использования уточненных критериев политравмы [16, 28, 33]:

- наличие двух и более тяжелых повреждений (AIS ≥ 3);
- развитие хотя бы одного жизнеугрожающего последствия (синдрома): гипотонии (АД ≤ 90 мм.рт.ст.), ацидоза (BE ≤ 6,0 ммоль/л), гипокоагуляции (АЧТВ ≥ 40 сек. или МНО ≥ 1,4), комы (GCS ≤ 8).

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Термин «травматическая болезнь» и концепция травматической болезни были впервые внедрены в клиническую практику выдающимися отечественными учеными И.И.Дерябиным, И.А.Ерьюхиным, С.А.Селезневым, Г.А.Худайбереновым [5, 10, 14, 22, 24].

Следует отметить, что в зарубежной литературе термин «травматическая болезнь» не используется, его эквивалентами являются понятия «травматический шок» и «посттравматическая полиорганная недостаточность».

Наиболее удачное определение травматической болезни предложил профессор И.А.Ерьюхин: «Травматическая болезнь — это клиническая концепция, устанавливающая главные закономерности причинно-следственных отношений между характером травмы и особенностями острого ее периода (травматического шока), с одной стороны, и особенностями клинического течения после вы-



ведения из шока — с другой, и относится к тяжелой шокогенной, преимущественно множественной и сочетанной травме» [5].

До настоящего времени отечественные авторы не пришли к единому мнению относительно классификации и периодизации травматической болезни.

Специалистами кафедры военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им С. М. Кирова применяется следующая периодизация травматической болезни [2, 4, 14, 19, 21, 26]:

- 1 период — период острой реакции организма на травму в виде нарушения жизненно важных функций организма;
- 2 период — период относительной стабилизации жизненно важных функций организма;
- 3 период — период максимальной вероятности развития осложнений (полиорганная недостаточность, сепсис и т. д.);
- 4 период — период полной стабилизации жизненно важных функций организма.

С. А. Селезнев и Г. А. Худайбереновым предложена несколько иная периодизация травматической болезни [1, 6, 7, 8, 9, 15, 24, 25]:

- 1 период — острый период;
- 2 период — период ранних осложнений;
- 3 период — период поздних осложнений;
- 4 период — период реабилитации.

И. М. Самохвалов и соавт. выделяют три варианта течения травматической болезни [14]:

- 1 вариант (благоприятный) — с манифестированным периодом стабилизации жизненно важных функций организма;
- 2 вариант (относительно благоприятный) — с временной стабилизацией жизненно важных функций организма и развитием полиорганной недостаточности;

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян В. В. Организация медицинской помощи при множественной и сочетанной травме (политравме). Клинические рекомендации (протокол лечения) (проект) // Политравма. — 2015. — № 4. — С. 6–8.

2. Гаврилин С. В., Петров А. Н., Мешаков Д. П., Недомолкин С. В., Суворов В. В., Смирнов С. А., Самохвалов И. М. Оптимизация инфузионно-трансфузионной терапии в остром периоде травматической болезни // Скорая медицинская помощь. — 2016. — № 3. — С. 15–19.

3. Гараев Д. А. Синдром взаимного отягощения // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. — Москва. — 2007. — 25 с.

4. Гуманенко Е. К. Травматический шок и травматическая болезнь у раненых / в книге Военно-полевая хирургия: Национальное руководство [под ред. И. Ю. Быкова, Н. А. Ефименко, Е. К. Гуманенко] — М. ГЭОТАР-Медиа — 2008. — 816 с.

5. Ерюхин И. А. Травматическая болезнь — общепатологическая концепция или нозологическая категория? // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. — 1994. — № 1. — С. 12–15.

6. Калинин О. Г. Травматическая болезнь / О. Г. Калинин // Травма. — 2013. — Том 14. — № 3. — С. 59–65.

7. Климовицкий В. Г., Калинин О. Г., Лобанов Г. В., Гридасова Е. И., Калинин А. О. Травматическая болезнь при повреждениях таза глазами клинициста // Таврический ме-

- 3 вариант (неблагоприятный) — с отсутствием периода стабилизации жизненно важных функций организма.

В патогенезе травматической болезни некоторые авторы описывают синдром или феномен взаимного отягощения — взаимное влияние повреждений различных анатомических областей (органов) друг на друга и тяжесть состояния пациента. Каждое отдельное повреждение может не являться тяжелым и не представлять непосредственной угрозы для жизни, при этом общая тяжесть травмы может быть тяжелой или крайне-тяжелой [3, 13, 18, 23].

ВЫВОДЫ

Таким образом, на основе систематического обзора литературы можно сформулировать следующие выводы:

Политравма — это сочетанная, множественная или комбинированная травма с наличием двух или более тяжелых повреждений ($AIS \geq 3$), сопровождающаяся феноменом взаимного отягощения и развитием хотя бы одного жизнеугрожающего последствия (синдрома): травматического шока ($AD < 90$ мм.рт.ст), ацидоза ($BE \leq 6,0$ ммоль/л), гипокоагуляции ($ACTB \geq 40$ сек. или $MHO \geq 1,4$), травматической комы ($GCS \leq 8$);

Травматическая болезнь — это клиническая концепция, устанавливающая главные закономерности и последовательность развития патологических процессов у пациентов с политравмой в различные периоды травматической болезни:

- острый период (период травматического шока и период временной стабилизации жизненно важных функций организма);
- период ранних осложнений;
- период поздних осложнений;
- период реабилитации.

дико-биологический вестник. — 2012. — Том 15. — № 3. — ч. 2 (59). — С. 121–127.

8. Климовицкий В. Г., Салем А. А., Шпаченко Н. Н., Золотухин С. Е. Прогнозирование осложнений с учетом эффективности противошоковых мероприятий в раннем периоде травматической болезни // Травма. — Том. 14. — № 3. — С. 39–42.

9. Лебедева Е. А., Белявский А. Д., Куртасов А. А., Немкова З. А. Факторы риска летального исхода в остром периоде травматической болезни // Современные проблемы науки и образования. — 2012. — № 4. — С. 1–11.

10. Люлин С. В., Мещерягина И. А., Самусенко Д. В., Стефанович С. С. Тактика лечения травматической болезни у пациентов с политравмой на реанимационном этапе // Гений ортопедии. Журнал клинической и экспериментальной ортопедии им. Г. А. Илизарова. — 2015. — № 3. — С. 31–37.

11. Мадай Д. Ю., Гаврилин С. В., Мешаков Д. П., Недомолкин С. В., Барт В. А., Мадай О. Д. Метод оценки тяжести течения травматической болезни на основе теории кривых дожития // Вестник анестезиологии и реаниматологии. — 2014. — Т. 11. — № 1. — С. 11–15.

12. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Том 1. Часть 2. М. Медицина. — 1995. — 631 с.

13. Назарова Е. О. Современный взгляд на патогенетические механизмы травматической болезни при политравме // Клиническая неврология. — 2016. — № 3. — С. 22–25.

14. Самохвалов И. М., Щеголев А. В., Гаврилин С. В., Мешков Д. П., Недомолкин С. В., Суворов В. В. Алгоритм оказания реаниматологической помощи пострадавшим с тяжелыми сочетанными повреждениями // Вестник анестезиологии и реаниматологии. — 2011. — Т. 8. — № 2. — С. 3–8.

15. Селезнев С. А. Травматическая болезнь и ее осложнения. — СПб.: Политехника. — 2004. — 414 с.

16. Селиверстов П. А., Шапкин Ю. Г. Оценка тяжести и прогнозирование исхода политравмы: современное состояние проблемы (обзор) // СТМ. — 2017. — Том 9. — № 2. — С. 207–218.

17. Соколов В. А. Множественные и сочетанные травмы (практическое руководство для врачей-травматологов). — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2006. — 512 с.

18. Соколов В. А., Картавенко В. И., Гараев Д. А., Сви́рская Л. М. Синдром взаимного отягощения повреждений у пострадавших с сочетанной травмой // Вестник хирургии. — 2006. — Том 165. — С. 25–29.

19. Супрун А. Ю., Денисов А. В., Супрун Т. Ю., Жирнова Н. А., Демченко К. Н. Влияние ушиба легкого на течение травматической болезни при сочетанной травме груди // Вестник Российской Военно-медицинской академии. — 2017. — № 2 (58). — С. 92–99.

20. Тулупов А. Н., Куршакова И. В., Тания С. Ш. Динамическое прогнозирование течения травматической болезни: учебно-методическое пособие // Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе. СПб.: фирма «Стикс». — 2011. — 44 с.

21. Тюрин М. В., Кажанов И. В., Мануковский В. А., Ганин В. Н., Денисов А. В. Обоснование хирургической тактики в остром периоде травматической болезни при нестабильных переломах таза // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. — 2012. — Т. 7. — № 3. — С. 44–49.

22. Шабанова А. Ю. Тактика лечения пострадавших с политравмой в острый период травматической болезни // Пермский медицинский журнал. — 2015. — Том XXXII. — № 3. — С. 22–28.

23. Шапкин Ю. Г., Селиверстов П. А. Феномен взаимного отягощения повреждений при политравме // Пермский медицинский журнал. — 2016. — Том XXXIII. — № 5. — С. 82–94.

24. Шапот Ю. Б., Селезнев С. А., Куршакова И. В., Карташкин В. Л. Шокогенная травма и травматическая болезнь (лекция) // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2005. — № 3 (41). — С. 94–101.

25. Шпаченко Н. Н., Золотухин С. Е., Кравченко А. В., Титов Ю. Д., Шутин А. А. Периодизация травматической болезни на современном этапе и аспекты прогнозирования ее исходов // Травматология, ортопедия и военная медицина. — 2017. — № 1. — С. 71–77.

26. Щербук Ю. А., Мадай Д. Ю., Гаврилин С. В., Щербук А. Ю., Абсава К. А., Мадай О. Д. Методологические аспекты хирургической тактики у пострадавших с тяжелой сочетанной черепно-лицевой травмой с учетом тяжести травматической болезни // Вестник хирургии. — 2014. — № 3. — С. 49–54.

27. Baker S., O'Neill B., Haddon W., Long W. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care // J. Trauma. — 1974. — Vol. 3. — P. 187–196.

28. Butcher N., Balogh Z. Update on the definition of polytrauma // Eur. J. Trauma. Emerg. S. — 2014. — № 2. — P. 107–111.

29. Chiang W., Huang S., Chang W., Huang M., Chien D., Tsai C. Mortality Factors Regarding the Injury Severity Score in Elderly Trauma Patients // International Journal of Gerontology. — 2012. — № 6. — P. 192–195.

30. Paffrath T., Lefering R., Flohe S. How to define severely injured patients? — An Injury Severity Score (ISS) based approach alone is not sufficient // Injury, Int. J. Care Injured. — 2014. — № 45. — P. 64–69.

31. Palmer C. Major Trauma and the Injury Severity Score — Where Should We Set the Bar? // Ann. Proc. Assoc. Adv. Automot. Med. — 2007. — Vol. 51. — P. 13–29.

32. Pape H., Lefering R., Butcher N., Peitzman A., Leenen L., Marzi I., Lichte P., Josten C., Bouillon B., Schmucker U., Stahel P., Giannoudis P., Balogh Z. The definition of polytrauma revised: an international consensus process and proposal of the new «Berlin definition» // J Trauma Acute Care Surg. 2014. — Vol. 77. — № 5 — P. 780–786.

33. Rau C., Wu S., Kuo P., Chen Y., Chien P., Hsieh H., Hsieh C. Polytrauma defined by the new Berlin definition: a validation test based on propensity-score matching approach // Int. J. Environ. Res. Public Health. — 2017. — Vol. 14. — P. 1–10.

НОВОСТИ

Злоупотребление солью увеличивает риск умереть от любых причин на целых 20%. Причина в натрии, который содержится в соли в большой концентрации. В противовес натрию выступает калий: т.е., кто получает его больше других, на 20% меньше склонны к преждевременной смерти. Поэтому традиционно рекомендуется есть много овощей и фруктов в необработанном виде — они по своей природе имеют «правильный» состав: мало натрия, много калия. При этом стоит избегать фастфуда, копченого мяса и сосисок, ограничивать употребление сыра, хлеба, полуфабрикатов — в них как раз, как правило, много добавленной соли (натрия) и мало калия.

Есть еще один выход — калийная соль. В ней часть натрия заменена на калий, поэтому она не так вредна. Конечно, ее тоже нельзя употреблять в неограниченных количествах — но, по крайней мере, неприятных последствий будет меньше.

Рак желудка — пятый по распространенности среди онкологических заболеваний в мире. И его развитие может быть связано с избыточным употреблением соли. Наблюдения за сотнями тысяч людей показали: у тех, кто ест больше всего соли, рак желудка развивается на 68% чаще, чем у тех, кто предпочитает пресную еду. Причин разрушительного воздействия соли на желудок может быть несколько: 1) высокая концентрация соли может ускорить рост и размножение бактерий, в частности, *Helicobacter pylori*, которая вызывает воспалительные процессы в желудке; 2) диета с большим содержанием соли может негативно сказываться на состоянии слизистой желудка.

Излишнее потребление соли также грозит здоровью костей. Чем больше соли потребляется, тем больше кальция теряет организм с мочой. Если кальция с пищей поступает недостаточно, то часть этого микроэлемента может «вымываться» из костей.

Однако во всем надо знать меру — слишком жесткое ограничение соли в рационе может и навредить. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) установила рекомендуемую норму потребления соли — 5 граммов в день. При уменьшении количества соли примерно в 3 раза от нормативов, с одной стороны, снижается кровяное давление, с другой — растет инсулинорезистентность что означает, что клетки организма будут с трудом усваивать глюкозу, а это грозит человеку ожирением и развитием сахарного диабета 2 типа. Поэтому людям, у которых давление в норме, нет никакой необходимости слишком жестко ограничивать количество соли в рационе, напротив, это может ухудшить их здоровье. Даже тем, у кого повышено давление, стоит все взвесить, прежде чем полностью отказываться от соли.

<https://health.mail.ru/news/>

**Черняева И. И.,**

кандидат биологических наук, старший научный сотрудник,
более 30 лет работала в ВНИИ СХ микробиологии,
Санкт-Петербург, Россия

О РАКЕ И БЛАСТОФАГЕ. ЗАБЫТОЕ ОТКРЫТИЕ

Онкологические заболевания в настоящее время можно рассматривать как своего рода эпидемию. Основные методы лечения, признанные академической медициной, — это хирургическое удаление опухоли, химиотерапия и гамма — облучение. В ряде случаев такая схема лечения помогает, но это только у тех больных, у которых ещё сохранился высокий иммунитет. В большинстве же случаев после такого лечения иммунитет ещё больше слабеет, и человек погибает. Господь даёт людям болезни, и рак в том числе, как сигнал, что человек идет в своей жизни не той дорогой...

Евгений Васильевич Лебедев выпустил целый ряд книг и статей о том, как с Божьей помощью можно лечить рак и другие болезни. Размышляя над этим, он справедливо указывает, что микроорганизмы и простейшие являются неотъемлемой частью человеческого организма. Автор доказывал, что в биологическом плане рак является следствием ослабления иммунной системы под воздействием различных паразитов, живущих в человеке. А в духовном плане причиной рака являются нераскаянные смертные грехи: совершая их, человек получает возмездие высших сил, которые делают его иммунную систему не способной бороться с паразитами, и они в прямом смысле слова «пожирают его заживо» (1). Автор справедливо отмечает, что «сейчас все, кто покался, исповедовал грехи, исправил жизнь и постится, принимает травы, тот выздоравливает». И это утверждение имеет под собой основание. Надо одновременно лечить тело и душу, тогда будет эффект.

Но сейчас мы оставим в стороне вопрос о духовных причинах болезней, в т.ч. онкологических, а остановимся на открытии эффективного метода лечения рака, даже 4-ой степени, предложенного врачом Юрием Фёдоровичем Проданом в 50–60 годах 20 столетия. Об этом способе лечения раковых опухолей можно подробно прочитать в интернете (см. «Бластофаг» или «Юрий Продан» — прим. автора). Сенчук пишет, что открытие Ю.Ф.Продана было случайным. Но у Господа ничего не бывает случайным! Ещё в школе (он учился в 7 классе гимназии в 1912 г.) ему нужен был протоальбин для эмульсии, использу-

мой при фотографировании. И он получил протоальбин из клейковины злаковых в результате того, что микроорганизмы, населяющие пыльцу растений (чистотел, молочай, жёлтый осот) проводили этот процесс. Для получения необходимой жидкости с нужными микроорганизмами Ю.Продан собрал зелёные стебли растений, сварил их и засыпал отвар цветами, дав ему перебродить.

Миновали годы, Юрий стал врачом. В его практике был случай, когда он удалил злокачественную опухоль губы у больного и решил сохранить удаленный трофей. Надёжным местом для опухоли ему показался пузырёк с неизвестными живыми организмами. Жидкость, растворяющая растительный белок, не должна была повредить человеческую ткань. Революция привела врача в Красную Армию. Через 2 года он возвращается на участок. У его прежнего больного вновь на губе рецидивировала обширная опухоль. Доктор решил посмотреть, что же стало с той, удаленной ранее опухолью. Он вылил содержимое бутылочки, но там опухоли не нашёл — ткань исчезла без следа. Врач понял, что эта жидкость не только расщепляла растительные, но и животные белки. И тогда он рискнул, конечно, с согласия больного. Он прокипятил содержимое бутылочки и ввел себе в мышцу две капли жидкости, и такую же дозу ввёл под опухоль губы больному. Уже через час значительно увеличились подчелюстные лимфоузлы. На 9-й день дозу увеличили на 0,2 грамма, опухоль уменьшилась, начала чернеть, а после 2-х месяцев лечения больной выздоровел. 8 лет врач провёл в сельской больнице, и за эти годы встретил только 8 больных раком, большинство которых вернулись к жизни и к труду.

Затем 10 лет Юрий Продан провёл в госпитале на военной службе. Многое за эти годы удалось ему выяснить и продвинуться вперед в своих исследованиях. Сенчук пишет, что «микроорганизмы, населяющие жидкость, оказались грибами, развивающимися на листьях и цветках растений.... Споры, введенные в организм человека, пораженного злокачественным новообразованием, оседают на самых молодых метастазах, проникают в их клетки,

и, прорастая, разрушают в них ядро. Процесс этот сопровождается выделением продуктов расщеплённых белков и резким подъёмом температуры тела. Эта реакция, однако, возникает лишь в организме, поражённом раковой болезнью или в предраковом состоянии. На здорового человека препарат не окажет никакого воздействия. Трудно себе представить лучший метод распознавания рака. В распадающихся клетках споры грибов находят себе питательную среду, схожую со своей естественной. Сходство это не случайное. Злокачественные ткани растут с быстротой более свойственной растительным, чем животным». Ранее, в 90-х годах 19 столетия целый ряд учёных независимо друг от друга находили в клетках раковых опухолей споровиковые дрожжи. Учёные считали, что именно они вызывали перерождение нормальной клетки в раковую.

Так считал и врач Юрий Продан, когда пытался своим знакомым популярно объяснить возникновение раковых клеток, сравнивая этот процесс с болезнью злаковых — с «головнёй пшеницы», которая развивается при заражении растений споровиковыми дрожжами.

Название «Бластофаг», то есть «фаг, разрушающий раковые клетки», у Ю.Ф.Продана возникло в связи с тем, что он знал, что быстрое разрушение микробных клеток может производить фаг.

В статье «Победить рак. Микроб съел опухоль» автор (Сафонова Ф.Г.) в 2015 г. пишет, что «в России нет даже группы объективных специалистов, готовых разобраться в народных методах лечения. Мне удалось при жизни Продана Ю. Ф. проследить микробиологическую картину подготовки бластофага. Мой отчёт на 50 страницах был приложен к заявке Юрия Фёдоровича на авторское свидетельство. Никаких сомнений относительно действия бластофага у меня не возникало, т.к. я знала людей, приговорённых к скорой кончине и уже несколько лет живущих благодаря Юрию Фёдоровичу». И еще: «Ко времени знакомства с Юрием Фёдоровичем у него накопилось много общих тетрадей с адресами вылечившихся людей (более 5 тысяч) и с данными о неизлечимых случаях. Эти данные позволяют говорить, с одной стороны, о выдающейся роли бластофага в борьбе с болезнью века, а, с другой стороны, — о большом разнообразии возбудителей этой болезни».

Юрий Продан отмечал, что одна и та же разновидность опухоли — аденокарцинома — примерно у половины больных в результате лечения рассасывается. Гораздо реже происходит перерождение опухоли в «нарыв» с болевыми ощущениями. Иногда наблюдалась инкапсуляция опухоли. Наиболее редкими были случаи отторжения опухоли. Юрий Фёдорович установил на практике, что опухоли быстро растворяются в бластофаге. И после этого он более активно разрушает в организме одноименную опухоль. Таким способом удавалось активизировать бластофаг и сократить продолжительность лечения.

Во время войны Юрий Продан работал в госпиталях. И там нашлась работа для бластофага у сильно обгоревших танкистов и лётчиков. После нескольких инъекций разглаживались страшные рубцы на животе, не позволявшие им распрямиться во весь рост.

Юрий Фёдорович не прятал своих достижений от медиков, желающих помогать людям. Он помогал наладить

выпуск бластофага в пяти учреждениях. В Риге, в республиканской больнице им. Страдыня стали успешно применять и производить бластофаг. Автору дали положительный отзыв по результатам двухлетнего лечения неоперабельных больных. Автор статьи «Микроб съел опухоль» пишет: «В заключение нельзя умолчать о способности бластофага рассасывать рубцы не только снаружи, но и внутри тела. Женщинам, которые не могут стать матерями из-за рубцов и спаек после воспалений, удаётся родить после 11–14 инъекций. Рождаются, как правило, мальчики. Юрий Фёдорович смеялся, что на Украине бегают около 140 Юрок, названных так в его честь».

К сожалению, людская зависть, о которой святые люди говорят, что «зависть хуже войны», коснулась и Юрия Продана. К Юрию Фёдоровичу после войны стал набиваться в соавторы Н.Н.Блохин, который в то время был Президентом Академии Медицинских Наук СССР и руководителем Российского онкологического центра. Ю.Ф.Продан ему отказал, после чего начались все несчастья. За лечение неутверждённым препаратом его посадили в тюрьму, вследствие чего жена Елизавета Юрьевна попала в психиатрическую больницу. Юрия Фёдоровича не стало в 1970 году. Фармкомитет прислал извещение о том, что он должен приехать в Москву и, как автор, подписать документы, разрешающие, наконец, производство бластофага. Сердце Юрия Фёдоровича не выдержало (случился инфаркт), и спасти его не удалось. Производство бластофага потихоньку свернули, а имя изобретателя не стали афишировать.

Весь материал о бластофаге и его авторе Юрии Фёдоровиче Продане мною взят из статей, опубликованных в интернете и проиллюстрированных документами. Лично я с ним не была знакома. Мне о нём рассказывала моя знакомая, которую, как и её маму, вылечил от рака этот замечательный врач. Он дружил с этой семьёй. И у них остался его препарат. И хотя прошло более 40 лет с той поры, но, судя по виду, препарат сохранил свои свойства. Я, работая свыше 30 лет в научно-исследовательском институте микробиологии, знаю, что споры грибов, а также бактерии могут долгие годы находиться в покоящемся состоянии и прорастать при подборе соответствующих питательных сред. Считаю целесообразным восстановить этот препарат «бластофаг» для лечения онкологических больных. Вероятно, здесь действуют не фаги, а несовершенные грибки, возможно, в симбиозе с бактериями. Нужны серьезные исследования.

В настоящее время Б.В.Рубцов в Москве готовит бластофаг из чистотела, но похож ли он на тот препарат, который готовил и применял Ю.Ф.Продан, — это вопрос. Дело в том, что при приготовлении бластофага Б.В.Рубцовым используются две стадии сбраживания травы чистотела — аэробная и анаэробная, и время приготовления бластофага — от 7 до 12 месяцев (2; 3).

ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедев Е. Давайте лечить рак! — М: Благословение. — 2016. — 304 с.
2. <https://blastofag.nethouse.ru/perviy-bolnoy>
3. Рубцов Б. История противоопухолевого препарата Бластофаг. — М., 2013



Долинина Л. Ю.,
кандидат медицинских наук,
доцент, Северо-Западный го-
сударственный медицинский
университет имени И. И. Меч-
никова, Учебный центр «Инте-
гративные технологии», Санкт-
Петербург, Россия

Делиева А. Н.,
кандидат медицинских
наук, Учебный центр
«Интегративные технологии»,
Санкт-Петербург, Россия

СПАГИРИЧЕСКАЯ ФИТОТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

На сегодняшний день вирусные инфекции являются ведущей причиной заболеваемости во всем мире. Установлено, что к наиболее распространенным возбудителям относятся: риновирусы, вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус (РСВ), коронавирусы и аденовирусы. Все актуальнее обсуждается роль атипичных патогенов (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) в этиологии не только инфекций нижних дыхательных путей (внебольничная пневмония), но и инфекций верхних дыхательных путей и острого бронхита.

Прием противовирусных препаратов с целью терапии или профилактики сопряжен с повышенным токсическим влиянием на организм пациента в целом на фоне неубедительной клинической эффективности. Большинство таких препаратов противопоказаны детям, беременным женщинам и лицам старше 65 лет. Следует отметить, что бесконтрольный прием антибиотиков среди населения привел к формированию стойкой резистентности к препаратам, прежде всего, пенициллинового ряда и макролидов. В силу этих причин, сохраняется высокий процент как заболеваемости, так и частоты осложнений.

Возможности современной натуропатической медицины позволяют весьма эффективно лечить и осуществлять профилактику инфекций верхних дыхательных путей.

Препараты компании «Эрбенобили» производятся более 20 лет. В лаборатории, зарегистрированной в министерстве здравоохранения Италии, в соответствии с традициями алхимии и спагирики, а также достижениями современных технологий создана производственная цепь

изготовления натуральных фитосубстанций. Растения подвергаются трехэтапной обработке, которая позволяет достигнуть сбалансированной экстракции активных веществ растения, составляющих сущность препаратов-спагириков.

Эффективность данных средств обусловлена первоначальным субстратом (растением), который используется абсолютно полностью, без остатка, спагирическим вином, в котором происходит экстрагирование, и за счет спагирической динамизации, происходящей под влиянием солнца, луны и биоритмов классической музыки, что в целом способствует повышению биоактивности тщательно отобранного растительного исходного материала.

При лечении ОРВИ в острый период оптимально назначение препарата *Инфиавин* по 1 таблетке 3 раза в день через 30 минут после еды. В состав *Инфиавина* входят: сухой экстракт корня лютика полевого, индийских благовоний, коры белой ивы, спиретрума девичьего, селен. Препарат воздействует на слизистые оболочки носовых ходов, лимфоидное кольцо и бронхи, обладая выраженным противовоспалительным, дренажным, противовирусным действием, а также жаропонижающим эффектом.

При выраженной местной симптоматике (острый ларингофарингит, тонзиллит) терапия дополняется ингалятором *Пропгола*. Основные активные компоненты препарата — гидроалкогольный экстракт прополиса 30%, гулявник лекарственный, мед, эфирные масла чайного дерева, эвкалипта, витамин С — обуславливают противовирусную и противовоспалительную активность.

Также по результатам клинических и лабораторных исследований (Микробиологическая лаборатория Департамента Фармации в Корато, Италия, 2016) для препарата *Пропгола* доказана высокая бактериостатическая активность в отношении *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* и для *Candida albicans*, что позволяет назначать данное средство при местных бактериальных и грибковых осложнениях ОРВИ.

На 3–4 сутки от дебюта заболевания, также при подострой на бактериальную природу воспаления или осложнении течения, при обострении хронического тонзиллита и синусита, в схему терапии рекомендовано включать *Инфлувин* (капли для приема внутрь). Препарат показал высокую активность в отношении *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Bacillus subtilis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* и *Candida albicans*. *Инфлувин* принимается по 20–40 капель в 50 мл воды до 3 раза в сутки в течение 2 недель от дебюта заболевания. Прием препарата можно продолжить до 1 месяца, в случае тяжелого осложненного течения ОРВИ или наличии сопутствующих иммуносупрессорных факторов (тяжелая соматическая патология, сахарный диабет, курение). Высокая антимикотическая активность *Инфлувина* позволяет уменьшить риск развития микозов на фоне приема антибиотиков.

Для профилактики ОРВИ и реабилитации после перенесенного ОРВИ разработано применение препарата *Иммунвин*. Препарат содержит водно-спиртовые экстракты

корня эхинацеи, сухой экстракт гриба грифолы, бетаин безводный, витамин В 12, витамин С, фолаты, витамин Е, цинка глюконат. *Иммунвин* назначается по 20–40 капель в небольшом количестве воды дважды в день в течение 1 месяца.

Детям до 5 лет спагирические средства рекомендуются по 1 капле на 1 кг массы тела 2 раза в день, таблетки — по 1 таблетке 2 раза в день.

Спагирики можно отнести к новому поколению фитопрепаратов, приготовленных по старинной рецептуре с использованием современных технологий, их можно применять как самостоятельное лечение, так и в комбинации со стандартной терапией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долинина Л.Ю. Спагирическая медицина- гармония души и тела // Гомеопатия и фитотерапия. — 2018. — №1. — С. 49–51.
2. Долинина Л.Ю. Истоки медицины. Спагирическая медицина- гармония души и тела // Пятиминутка. — 2018 — №4 (49). — С. 31–33.
3. Мамаева М.А. Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления. Методическое пособие для врачей-педиатров. — Санкт-Петербург: Издательский Дом Стелла. — 2017–80 с.
4. Селькова Е.П., Калужин О.В. ОРВИ и ГРИПП. В помощь практикующему врачу. — Москва: МИА. — 2015–224 с.

АПТЕКА **БиоMed**

практика естественного выздоровления

Широкий ассортимент

Гибкая система скидок постоянным покупателям

Адрес: пр. Стачек, д. 47 (вход с Кронштадтской ул.)
 Режим работы: пн-пт, 10.00–18.00
 Телефон: +7 (812) 331-06-99

АПТЕКА
Д.47

пр. Стачек
ст.м. "Кировский завод"

biomed-spb.ru



Максимович С. А.,
директор по развитию ООО «ХАРМС»,
Санкт-Петербург — Псковская обл., Россия

■ ВСЕ ГЕНИАЛЬНОЕ ПРОСТО

«Я не успеваю жить». Кто из нас не отвечал этой избитой фразой детям, родителям, друзьям. Наша жизнь настолько стремительна, что создается ощущение, будто планета стала вращаться быстрее. Вы спросите: «А как это связано с фитотерапией и, в частности, с деятельностью компании «ХАРМС»? Ответу: «Продукция нашей компании призвана сохранять здоровье, долголетие, ясность мыслей, красоту на протяжении всей жизни с минимальными потерями такого драгоценного и неуловимого времени».

Лекарственные растения применялись нашими предками для лечения и профилактики заболеваний издревле. Целебные свойства растений изучались в Древней Греции, Риме, Китае.

Неоценимый вклад в изучение и развитие фитотерапии внесли Гиппократ — основоположник научной медицины, Теофраст, Цельс, Ибн Сина (Авиценна) — описывали лекарственные растения и их применение. Римский врач Клавдий Гален внес большой вклад в развитие фитотерапии. Гален считал, что в растениях наряду с лечебными содержатся и балластные вещества, поэтому целесообразнее применять их в виде настоев, отваров и настоек (именно такие формы позволяют извлечь из растений их положительные свойства). На основе этого он разработал методы экстрагирования действующих веществ из лечебных трав с помощью воды, вина, уксуса и т. п. (настойки, экстракты, отвары). В память о Галене их называют галеновыми.

Компания «ХАРМС» производит экстракты сухие и густые из лекарственного растительного сырья двух направлений — API (активная фармацевтическая субстанция) и Dietary supliement (биологически активные добавки к пище), среди которых выделяем субстанции и готовые БАД, реализуемые в аптеках и специализированных магазинах.

Что же такое экстракт, как мы его получаем на производственных площадях, и чем он так полезен и удобен?

Первая ступень — это поступление лекарственного растительного сырья на завод. Наше производство расположено в экологически чистом районе Псковской области. Отдел контроля качества проводит отбор проб сырья, направляет его на испытания безопасности и пригодности для использования в производстве. Сырье в это время находится на хранении в карантинном складе.

После получения разрешения на использование от отдела контроля качества сырье поступает непосредственно в производственный процесс и начинается таинство превращения травы, корней, листьев в целебный экстракт.

Экстрагирование сырья (экстрагирование (экстракция от лат. *extrahere* — вытягивать, извлекать) — процесс из-

влечения вещества при помощи воды, в нашем случае, растительных, материалов) проводят в экстракторах емкостного типа при давлении 1 атмосфера до достижения концентрации сухих веществ в растворе 4,2+0,5% (концентрация может быть различной в зависимости от качества сырья). Обычно проводят 2–3 экстракции. Водную вытяжку экстракций сливают и отправляют на стадию вакуумной отгонки, для упаривания водного извлечения до содержания сухих веществ в концентрате 40+2%. Под атмосферным давлением с помощью насоса упаренную водную вытяжку передают в сборник, установленный на участке сушки (стадия сушки). Процесс сушки осуществляют в распылительной сушильной установке путем распыления раствора в токе горячего воздуха. Сушильная установка работает в течение 12–16 часов непрерывно (в зависимости от количества накопленной упаренной водной вытяжки). Количество полученного сухого продукта составляет за это время 140±20 кг. Сухой экстракт из сборников продукта выгружают в ПЭ приемники, их закрывают, взвешивают на весах, маркируют, передают на стадию просева и смешения. Операцию просева проводят для стандартизации сухого порошка по размеру частиц и исключению попадания в готовый продукт частиц крупного нестандартного размера. Готовый экстракт фасуют в полиэтиленовые баночки по 50 грамм.

В настоящее время на полках аптек представлены: «Экстракт бессмертника сухой», «Экстракт кукурузных рылец сухой», «Экстракт чаги сухой».

Чем же так удобен наш продукт?

Использование экстракта позволяет избежать процедуры заваривания, настаивания и процеживания аналогичных травяных сборов, при этом сохраняя все полезные вещества. Достаточно добавить 1 чайную ложку в пищу или развести в воде, соке или другом негазированном напитке. Все сырье и готовая продукция подвергаются контролю качества и являются абсолютно безопасными для потребителей.

Самые популярные показания для фитотерапии и, следовательно, для применения наших экстрактов: простудные заболевания и другие болезни дыхательной системы, острые и хронические болезни пищеварительного тракта и мочевыводящих путей, воспалительные заболевания. Мы рекомендуем применять наши продукты, как в виде самостоятельной терапии, так и в качестве дополнения к основному медикаментозному лечению.

Все мы стремимся к гармонии с природой, с собой. Фитотерапия — это наиболее приближенный к природе метод лечения и профилактики заболеваний, а производимые ООО «ХАРМС» экстракты позволяют это делать максимально быстро и просто. ●



®

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. «Ладужская», 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».
- Аптечная сеть «Фиалка».

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

www.pharms.ru



Регистрационный № РОСС RU.ИФ19.К00113

РЕКЛАМА

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

**Грабенко Т. М.,**

кандидат педагогических наук, доцент, директор АНО ДПО «Центр обучения креативным технологиям и методам гуманизации бизнеса и образования», научный руководитель проекта «Интерактивная песочница iSandBOX», сопредседатель Евразийского Центра песочной психотерапии и тренинга, Санкт-Петербург, Россия

ПЕСОЧНАЯ ТЕРАПИЯ И ИНТЕРАКТИВНАЯ ПЕСОЧНИЦА ISANDBOX — ОДНА ИЗ ТЕХНОЛОГИЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Наша жизнь прекрасна и богата. Она постоянно обогащается новыми впечатлениями и открытиями, формирует в нас разные способности и навыки, предоставляя для этого ежедневно безграничные возможности.

Однако среди нас есть и те, кому все, что для многих естественно и легко достижимо, — крайне затруднено, а порой и просто невозможно. Речь идет о детях, подростках и взрослых с ограниченными возможностями здоровья и жизнеобеспечения временного или, увы, постоянного характера, и о тех, для кого необходимо создавать особые условия комплексной реабилитации.

Современная практика реабилитации насыщена многочисленными методиками, методами, приемами и способами, созданы медицинские, психологические, педагогические технологии работы с детьми, подростками и взрослыми, имеющими насущную потребность в краткой или продолжительной реабилитации.

Однако все специалисты, осуществляющие или сопровождающие реабилитационные процессы, постоянно находятся в поиске эффективных средств и технологий, позволяющих быстрее, точнее, прочнее формировать необходимые навыки для успешной адаптации, коммуникации, и обеспечивающие самостоятельное осмысленно-деятельное проживание индивида. Специалисты пытаются создать такую систему реабилитации, которая отвечала бы основным потребностям человека, будучи, с одной стороны, универсальным, а, с другой стороны, сугубо индивидуальным процессом взаимодействия подопечного со специалистами.

В последние столетия немаловажную роль в реабилитации играет предложенная Карлом Густавом Юнгом и его последователями **sand play** (песочная терапия) — психотерапевтические, анимационно-развивающие игры на песке. Именно песочная терапия может претендовать на место одного из направлений комплексной реабилитации, поскольку способна активизировать умения и навыки

(поверхностные ресурсы) игрока и выявить, распознать, укрепить, а в дальнейшем и использовать доселе неведомые человеку способности (глубинные ресурсы), запускающие механизмы исцеления, выздоровления.

Для организации классической песочной терапии необходим деревянный ящик — 50 см в ширину, 70 см в длину и высотой бортов в 10 см. Дно и борта ящика должны быть выкрашены в голубой или синий цвет, и олицетворяющие водные (дно) или воздушные (борта) пространства. Экологически чистым песком ящик заполняется на одну треть или наполовину.

В работе используется и коллекция миниатюрных фигурок — высотой желательнее не более 8 сантиметров. В набор игрушек могут войти: человеческие персонажи, субъекты и объекты флоры и фауны, сказочные и мифологические персонажи, социальные объекты, транспорт, природные материалы и пр.

Таким образом, при богатстве воображения, используемые в картинах фигуры становятся героями и свидетелями приключений, подвигов, созидания и разрушения миров, поиска сокровищ и открытия новых земель. В контексте сказочной песочной терапии, исходя из потребности подопечного, клиента, пациента, песочный терапевт дает инструкцию к строительству картины. Наблюдение за процессом строительства и результатами постройки дают информацию о ментальном, эмоциональном и физическом состоянии игрока, о событиях его жизни в прошлом, о процессах настоящего времени и развитии его в будущем.

Корректное ведение (осмысление) картины специалистом в стратегиях включенного наблюдения, вербализации созданного, диалога, провокаций, позволяет освободить желаемую энергию созревания, созидания, самоисцеления и саморазвития.

Мой, более чем 25-летний, опыт работы с детьми, подростками и взрослыми, оказавшихся в тяжелых жизненных ситуациях и проходящих реабилитацию в различных проектах — «Дети Беслана», «Дети Северного Кавказа»,

частные и групповые игротерапевтические сессии с заложниками Норд-Оста, жителями Цхинвала, детьми с ОВЗ и их родителями — собрал большую доказательную базу, свидетельствующую о силе и эффективности песочной терапии.

А буквально несколько лет назад педагогическое пространство «взорвалось» от знакомства и применения **интерактивной песочницы iSandBOX** производства томской компании «Универсальные терминалы системы».

В чем же ее значительные преимущества?

Соединение древнего способа взаимодействия человека и природы — игра и деятельность на песке с современной компьютерной игрой и деятельностью в условиях дополненной реальности дает безграничный ресурс для развития всех систем, внутри которых происходит формирование тех навыков, которые крайне необходимы современному человеку.

Сенсорно — перцептивная сфера (ощущение, восприятие, представление) отвечает за развитие модальностей — слуховых, зрительных, осязательных, обонятельных, вкусовых. Внутри этой системы происходит тончайшая дифференциация всех сенсорных образов и эталонов, благодаря чему создается и обновляется представление об окружающем мире.

Чем ярче и насыщеннее впечатления, чем богаче опыт восприятия, тем качественнее развиваются сенсорные способности человека. Иногда же речь идет о том, чтобы «разбудить» сенсорную систему, заставить ее работать

на сохранных функциях, замещающих, компенсирующих. Очень важно человека с сенсорными нарушениями или депривациями погрузить в смоделированную дополненную реальность, в меру насыщенную необходимыми стимулами и позволяющую ему сконцентрировать внимание на определенном, иногда весьма ограниченном, пространстве (от 50x70 см и шире). Используемые в интерактивной песочнице iSandBOX режимы решают данную задачу превосходно. Кроме того, что на массивный объем песка проецируется красочная движущаяся картина, она еще и видеоизменяется в зависимости от существования (действий) в ней человека. Ребенок, подросток и взрослый имеет исключительную возможность не только наблюдать за природными явлениями в режимах «Ландшафт», «Океан», «Вулкан», «Источник воды», «Топография», «Сафари», «Ледниковый период» и пр., но и стать непосредственным участником процесса созидания и изменения текущих процессов.

Психомоторная сфера человека отвечает за развитие моторных способностей и ориентировку в пространстве. Многие специалисты знают, какой кропотливый труд ребенка, помноженный на помощь медиков, педагогов адаптивной физической культуры, логопедов, дефектологов, родителей позволяет сформировать, закрепить необходимое движение тела для того, чтобы осуществлять необходимые функции жизнедеятельности. В интерактивной песочнице iSandBOX любая двигательная активность, даже весьма ограниченная, приводит к видеоизме-

РЕКЛАМА



ЕСТЬ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

Песочница iSandBOX

Уникальный реабилитационный комплекс из Томска

iSandBOX объединяет песочную терапию и новейшие технологии дополненной реальности. Такое сочетание дает новые возможности для комплексной реабилитации детей, подростков и взрослых.

За 4 года применения в работе с детьми с ОВЗ песочница iSandBOX доказала свою эффективность, что подтверждается исследованиями Астраханского Государственного Университета*.

Для практикующих специалистов мы проводим семинары, мастер-классы и вебинары, на которых обучаем эффективной работе с комплексом iSandBOX.

isandbox.ru
8-800-700-7831

Больше информации об
оборудовании на нашем
сайте или по телефону



*Рахманина И. Н. и др. Влияние интерактивной песочницы на психоэмоциональное состояние детей с проблемами в развитии // Детская и подростковая реабилитация. — 2017. — № 3. — С. 38-44.

Сертификат СТР TC
NoTC RU C-RU, A116, B.18727
Сертификат CE No 181299296



нящему результату. Огромная вариативность движений используется во всех режимах (сила, резкость, плавность, высота подъема) — от протягивания руки над объектом до резкого маха, от легкого прикосновения и поглаживания поверхности песка до прорывания его толщи, от тонких мелких манипуляций с песком до объемных захватывающих движений больших песочных пластов — становится естественным, эмоционально насыщенным двигательным тренажером. А насыщенное двигающимися объектами игровое поле прекрасно формирует жизненно необходимую связь «глаз-рука». Формирование навыка ориентации в пространстве происходит как бы само по себе. Сопровождающий игру взрослый направляет внимание ребенка слева направо, вниз, вверх, в центр, в углы поля, формирует понятия сторон света и пр. Все 19 режимов дают возможность постоянно формировать, развивать, дифференцировать и автоматизировать двигательные навыки детей, подростков, взрослых.

Когнитивная сфера отражает сформированность мышления и всех его процессов (анализ, синтез, сериация, классификация, дифференциация, обобщение), а также внимание, память, речь, воображение.

Все режимы интерактивной песочницы iSandBOX имеют информационно-образовательный компонент. Они, как декорации, в которых специалисты могут развернуть исторические и гео-социальные, и даже политические события — обустройство человеческого быта и его развития, борьба за выживание и захват земель, проживание природных катаклизмов, наблюдение за цикличностью природных процессов. Пока еще малая, но в ближайшем будущем большая всемирная живая энциклопедия — это песочница iSandBOX. Давно доказано, что только то, что прожито, проанализировано, осознано, и становится бесценным опытом человека. Мало услышать, мало увидеть, важно соприкоснуться, поучаствовать, прожить процесс, дополнить воображаемыми событиями — усвоить и использовать полученный опыт в дальнейшей жизни. С чего вы с вашими подопечными начнете развивать, укреплять, активизировать концептуальный интеллект, зависит от психологических, медицинских, педагогических и коррекционных задач, сонаправленных интересов субъектов реабилитации, а возможности песочницы — безграничны!

Коммуникативная сфера — общение и социальная реализация всемерно развивается благодаря работе с iSandBOX. Здесь можно работать и индивидуально, и парно, и малыми и расширенными коллективами. Строительство, защита, нападение, конфронтация, сопротивление, охота — в основе всех этих процессов исторически лежит разнонаправленная (совместная, противоборствующая) групповая, коллективная деятельность. При решении определенных восстановительных, коррекционно-развивающих и терапевтических задач специалист определяет состав группы и предлагает ей игры в режимах «Ландшафт», «Сафари», «Акула», «Раскраска», «Защита базы», «Циклопы и Драконы», «Долина бабочек», «Художник», «Сетка», «Вулкан», «Воздушные шары» и пр.

Эмоционально-волевая сфера отвечает не только за эмоциональный фон жизни, но определяет и саму жизнь человека как:

направленную на созидание, в которой преобладают и устойчиво закрепляются эмоции, переходящие

в чувства и состояние интереса, радости и удовольствия от жизни;

направленную на выживание, в которой объемно проживаются эмоции обиды, стыда, вины, грусти, страха, а жизнь разрушительная обусловлена эмоциями гнева, отвращения.

Адекватно все десять базовых эмоций проживаются в песочнице iSandBOX, в контексте которой разворачивается программа эмоционального развития, разработанная в процессе работы с детьми, подростками и взрослыми на основе большого исследовательского опыта.

Креативная сфера творческой реализации и воссоздающего преобразования реальности — основа всей деятельности в песочнице iSandBOX. Личностное развитие всегда творческое, всегда эвристическо-поисковое, переходящее от незнания к знанию, от неумения к умению, и это результат самостоятельной деятельности исцеляющегося человека. При определенной уплотненности данного процесса или его угнетении по определенному ряду причин на помощь приходит iSandBOX. Только сотворчество игрока с создателями песочницы (опосредованно, посредством проживания режимов) каждый раз создает инновационный продукт игры и формирует новую цель, новый сценарий, привносит новое действие, свежие решения, новый опыт. Именно это всегда добавляет в игры со стандартными режимами творческую составляющую. Воображение ребенка и взрослого безгранично, и сопровождение его игры в знакомых уже режимах разнообразными историями, притчами, сказками, забавами и заданиями изначально включает креативность, а затем развивает и поддерживает самостоятельное творчество.

Сфера ценностных ориентаций и ее развитие отражает личность человека как зрелую или незрелую в совокупности многих характеризующих его факторов — ментального, эмоционального, социального интеллекта. Ответственность за мысли, чувства, действия, склонность к анализу и рефлексии, эмпатийность переживаний — все это необходимо формировать в подрастающем поколении. Личность ведущего и его психолого-педагогическое сопровождение игры — непреложное условие формирования ценностей, в частности, ценности жизни и ее качественного проживания в любых условиях, при любых обстоятельствах.

Всегда рядом с любым изобретением стоит человек. Именно он насыщает, освещает, овеивает все своим присутствием. Красота и мудрость игры создается всегда в ее процессе.

Итак, в наших руках «Золотой ключик» — выдающее изобретение российских авторов — песочница iSandBOX. Рядом с нами — дети, подростки и взрослые, насущная потребность которых — активно жить, с каждым днем преумножая ресурсы своего организма, укрепляя свою силу и волю к исцелению, и мы сами — наши профессиональные возможности, таланты, амбиции, личностные качества и, несомненно, любовь и интерес ко всему, чем мы занимаемся.

Общая для всех насущная потребность в комплексной реабилитации начинает свое поступательное движение, используя в своих благих целях интерактивную песочницу iSandBOX, которая уже работает более чем в 300 городах России и 35-ти странах мира.





От Редакции: Относительно недавно в нашем журнале появилась данная рубрика, но теперь практически постоянно она наполняется статьями, актуальными по своему содержанию и по характеру освещаемых проблем. Сегодня мы публикуем продолжение статьи Куандыкова Г. Б., руководителя лечебно-профилактического учреждения и одновременно депутата Областной Думы (начало см «Пятиминутка» № 4–2018 г.).



Куандыков Г. Б.,
главный врач Центра медицинской профилактики
Астраханской области, депутат Думы Астраханской области,
г. Астрахань, Россия

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЕГО ПАРАМЕТРЫ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

В первой части статьи, опубликованной в предыдущем номере, был рассмотрен ряд социальных факторов, способных стать, с одной стороны, залогом социального благополучия и основой хорошего здоровья, с другой, — предстать резервуаром рисков, провоцирующих самые разнообразные заболевания. Зависимость физического и психического здоровья человека от формы и моделей общественных отношений отмечалась еще Гиппократом, раскрывшим важнейшую роль факторов социальной среды — образа жизни людей, государственного устройства, законодательства [1]. В современных условиях в диапазон факторов, представляющих собой социальные риски, вошло множество иных компонентов, определяющих общественное самочувствие, — культурная среда, ментальность, социальное неравенство, профессиональные, экономические, политические, экологические и иные факторы. А. В. Кос уточняет, что здоровье обусловлено не только персональным выбором, но и общими социальными условиями, в которых находится конкретный индивид или общество [2, С. 27].

В. Д. Михель очень точно характеризует социальную сущность многих заболеваний, отмечая, что болезнь в социологическом понимании, как правило, представляет собой разрыв социальных связей, здоровье же, напротив, отражает тесную связь с обществом [3]. Потому показатели социального благополучия и здоровья тем выше, чем стабильнее положение системы на общественном уровне. А. В. Решетников также усматривает тесную связь здоровья (либо болезни) со степенью устойчивости самого общества во внешнем мире и констатирует, что в периоды социальной стабильности преобладает интерес к клинико-морфологическим параметрам здоровья и болезни, тогда как резкие социальные кризисы фокусируют внимание на социальных детерминантах [4, С. 30], что в достаточной мере объясняет повышение к ним внимания со стороны современной медико-социологической науки.

Участие социальных факторов в возникновении той или иной патологии проявляется даже на генетическом уровне, поскольку развитие наследственных заболеваний определяется не только врожденными генетическими дефектами, но и мутациями, спровоцированными внешними факторами, — радиацией, химическими экотоксикантами, вирусными атаками и иными средовыми влияниями. На основании этого можно утверждать, что наследственные заболевания есть результат нарушения адаптации организма к среде обитания, а не только дефекты генотипа. То есть генетический аппарат определяет не признаки заболевания, а особенности реакции организма на внешние средовые процессы. Генетика и биологические характеристики, а также эффект их влияния на здоровье индивида и общества «опосредован социально-экономическими и поведенческими факторами как в положительную, так и в отрицательную сторону» [5, С. 19].

Взаимозависимость генетического и общественного здоровья широко анализируется в рамках современных концепций, согласно которым сахарный диабет, ожирение и множество иных патологических процессов уже не считаются только наследственными, а расцениваются как варианты социальной патологии. Убедительным доказательством этого утверждения служит сохраняющий свою непобедимость и непобежденность алкоголизм. Исследования, проведенные на мышах Williams R. J. еще в 1949 году, показали, что значительная доля изменчивости, связанной с потреблением алкоголя, имеет генетическую природу. Различия в предпочтении алкоголя у инбредных линий мышей были выявлены в ситуации, когда животным позволяли выбирать между водой и алкоголем. Животные C57B1 потребляли в среднем около двух третей дневной нормы жидкости из поилки с 10% раствором алкоголя. Мыши других линий, в особенности DBA/2, почти полностью избегали алкоголя, а другие демонстрировали промежуточное поведение [6].



Социальная среда создает множество условий для закрепления этой аномалии не только ситуативно, но и ментально. Так, опрос общественного мнения, проведенный Минздравом России, показал, что 26% респондентов принимают алкоголь для снятия стресса, 31% видят в этом традицию встречать выходные и проводить трудную рабочую неделю, для 28% россиян выпивка является формой отмечания праздников, для 20% респондентов — средством от скуки на различных мероприятиях, 16% опрошенных отметило, что им нравится состояние опьянения; 12% нравятся алкогольные напитки на вкус, у 11% имеется потребность в алкоголе, примерно 5% пьют, чтобы снять похмелье, 4,5% — за компанию и почти 3% — «для согрева» [7]. Эти исследования показывают, что потребность в алкоголе выступает в виде бинарной этиологической системы, образованной совокупностью факторов генетической и социальной природы. Последняя укрепляет первую и способствует формированию устойчивых видов патологии. Отсюда вполне обосновано утверждение о том, что роль наследственности следовало бы увеличить за счет роли образа жизни [8].

Сегодня социальные риски пронизывают все жизненное пространство, их источники многочисленны, подвижны и до конца не изучены. N. Lumann рассматривает риск как *порог катастрофы*, с результатами калькуляции которого соглашаются только тогда, когда они не подходят к порогу, за которым несчастье было бы воспринято как катастрофа [9, С. 9–40]. Являясь одной из форм общественных практик, риск имеет широчайший диапазон проявлений: от латентного воздействия на здоровье человека и всего биомира до спонтанных аварийных ситуаций на месторождениях, предприятиях и транспорте, выступающих угрозой жизни и здоровью общества, источником разрушения привычного «хода вещей», острого и хронического стресса, отдаленных, порой трудно предугадываемых последствий.

М. С. Ельчанинов заключает, что экзистенциальные риски дестабилизируют социальный мир и проблематизируют будущее человека. Алгоритмы и правила, характерные для стабильного общества, перестают действовать с прежней результативностью [10, С. 21–22], в связи с чем факторы риска, определение «нормы» здоровья и выбор механизмов его поддержания, ресурсы и пути формирования оптимальной социальной среды представляют для общества особый интерес. И задача разработки показателей здоровья становится ключевой [11, С. 77].

Объективное и субъективное состояние организма определяется не только специфическими свойствами социальных рисков, но и степенью их выраженности. К примеру, неблагоприятными оказываются как недосыпание, так и пересыпание, недоедание и переедание, гиподинамия и физические перегрузки. «Недо-» и «пере-» выступают крайними условиями риска, в равной мере определяющими возникновение и развитие того или иного патологического процесса. Не менее существенным условием, провоцирующим либо препятствующим развитию различных дисфункций здоровья, выступает *сочетание социальных и морфофункциональных особенностей организма, которые способны усиливать либо нейтрализовать риски*. По мнению Р. С. Гринберга и Т. В. Чубаровой

основная сложность заключается в оценке относительно вклада каждого из факторов, воздействующих на состояние здоровья, поскольку, с одной стороны, этот вклад определяется конкретными обстоятельствами, а с другой — сочетанием этих факторов [5, С. 19].

Идеи о роли социальных рисков, участвующих в конструировании системы профилактики неинфекционных заболеваний, зарождаются в Западной Европе и США в 70–80-е годы XX века. Наиболее популярными направлениями исследований становятся образ жизни, курение, потребление алкоголя, физическая активность, характер питания, избыточная масса тела, контроль за артериальным давлением. В современных условиях они сохраняют свою актуальность и требуют дальнейшего изучения, что подтверждается, в частности, российской статистикой, согласно которой сегодня курят в стране 37% жителей; ожирение выявлено у 29%; потребляют соль выше рекомендуемой нормы 51%; дефицит фруктов и овощей в питании отмечается у 44%. Низкая физическая активность отмечена у 24% жителей, повышенный уровень холестерина в организме — у 51%, а повышенное артериальное давление — у 34% [12].

Число компонентов системы социальных рисков огромно и постоянно пополняется новыми формами. Рост сердечно-сосудистых, онкологических, нервно-психических заболеваний, травматизм в огромной степени определяются образом жизни людей, объективными условиями и их субъективным восприятием, а сахарный диабет рассматривается как результат издержек современной цивилизации, представленных несбалансированным питанием, стрессом, гиподинамией, а также ожирением, увеличивающим риск диабета и провоцирующим его в 80% случаев.

Совокупность факторов социальной среды, образующая систему рисков, является одновременно системой антирисков, лежащей в основе конструирования здоровьесберегающих моделей поведения. Гипотетически можно утверждать, что именно она способна стать наиболее эффективным средством профилактического управления здоровьем, концептуальной основой здорового образа жизни, а узкомедицинские рекомендации, ориентированные на лечение и профилактику конкретных заболеваний, становятся историческим прошлым. Диалектическое и междисциплинарное понимание здоровья и болезни создает потребность в пересмотре понятия «норма» и определении ее верхних и нижних границ для каждого параметра здорового образа жизни каждого человека [11, С. 90].

С позиций современного медико-социологического знания система профилактики неинфекционных заболеваний пытается, с одной стороны, оптимизировать качество всего социального пространства, с другой, — ориентирует свои целевые свойства на предупреждение конкретных заболеваний, провоцируемых социальной средой. Важнейшим условием, инициирующим развитие заболеваний либо нейтрализующим влияние рисков, является сочетание индивидуальных, социальных и морфофункциональных особенностей организма.

Таким образом, оценка здоровья современного общества свидетельствует о возрастании роли социальных факторов, определяющих его качественные характери-

стики. Социальные условия, способные как провоцировать и усиливать патологические процессы, так и противостоять им, образуют систему «риск-антириск». В ее диапазоне: условия жизни, экономический достаток, трудовая деятельность, питание, привычки, самоощущение и самооценка здоровья, психологическая напряженность, социальная активность, информатизация, особенности функционирования системы здравоохранения. Они являются лишь частью средовых факторов, участвующих в конструировании здоровья, и флуктуируют под влиянием общей социальной динамики. Важнейшим же условием, провоцирующим развитие заболеваний либо нейтрализующим влияние рисков, является сочетание социальных и морфофункциональных особенностей организма. ●

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиппократ. Этика и общая медицина. — М.: Изд-во «Мир книги», 2007. [Эл. ресурс]. Режим доступа: <http://www.labirint.ru/books/139424/> (Обр. 01.02.16).
2. Кос А.В. Анализ влияния социальных условий жизни на психическое благополучие населения (на примере г. Саратова) // Вестник Саратовского государственного технического университета. № 1. Т. 2. 2009.
3. Михель Д.В. Медицинская антропология: что это такое? [Эл. ресурс]. URL: <http://dinoera.ru/antropologija/1313-mihel-dv-medicinskaja-antropologija-cto-jeto-takoe.html> (Обр. 03.03.16).

4. Решетников А.В. Социология медицины. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010.

5. 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).

6. Solar O., A. Irwin. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper. Geneva: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. 2007. S. 20–21.

7. Зачем столько пьют в России. — [Эл. ресурс]. URL: <http://med-info.ru/content/view/116> (Обр. 30.12.15).

8. Здоровье и его измерение. — [Эл. ресурс]. URL: <http://www.humanecology.ru/page33.htm> (Обр. 22.06.16).

9. Judge K., I. Paterson. Poverty, Income Inequality and Health. Treasury Working Paper 01/29, New Zealand.

10. Ельчанинов М. С. Российская трансформация с точки зрения социальной синергетики // СОЦИС. 2003. № 8.

11. Гордон Л., Возьмитель А., Журавлева И., Клопов Э., Римаевская 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.

12. Для формирования здорового образа жизни нужна законодательная основа. [Эл. ресурс]. URL: <http://zdorov.tvergma.ru/> (Обр. 17.05.16)

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОЮЗА ПЕДИАТРОВ РФ НА 2018 Г.

www.pediatrica-spб.ru

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 НМО размещена на сайте МЗ РФ www.sovetnmo.ru, edu.rosminzdrav.ru



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



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

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ МИКРОБИОТЫ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта (ФЗЖКТ) — наиболее актуальная сфера современной гастроэнтерологии. В последние десятилетия изучение этих заболеваний в значительной мере проводили с позиций нейрогастроэнтерологии — науки, позволяющей проанализировать особенности нейральной регуляции деятельности органов ЖКТ. Благодаря исследованиям, акцентируется внимание на том, что функциональные заболевания ЖКТ — это группа расстройств, характеризующихся нарушением взаимодействия центральной нервной системы (ЦНС) (головной мозг) и периферического звена нервной системы, обеспечивающего органы ЖКТ (ось «головной мозг — ЖКТ»).

Генез функциональных заболеваний ЖКТ рассматривается как мультифакторный. В детском возрасте генетические и средовые факторы могут оказывать большое влияние на психосоциальное развитие и личностные качества человека, восприимчивость к стрессам и навыкам преодоления трудностей. Эти факторы определяют развитие нарушений моторики ЖКТ, повышение локальных иммунных свойств слизистой оболочки и состава микробиоты (1). На чувствительность нервных окончаний слизистой оболочки оказывает влияние освобождение провоспалительных цитокинов вследствие проникновения агрессивных агентов в подслизистый слой, что сопровождается активацией тучных клеток. В последнее время большое внимание в генезе ФЗЖКТ уделяют кишечной микробиоте. (2). Предложена концепция существования оси «микробиота ЖКТ — головной мозг», согласно которой количественные и качественные сдвиги микробиоты ЖКТ рассматривают в качестве возможного иницирующего фактора в развитии симптоматики заболевания (3). Изменения кишечной микрофлоры могут привести к повышенной пролиферации отдельных видов микроорганизмов, обладающих газопродуцирующими свойствами,

что может способствовать развитию симптоматики заболевания (4).

Сейчас уже хорошо известно, что продукты метаболизма микробных «комменсалов», попадая в кровоток, могут как удовлетворять определённые потребности организма, так и негативно влиять на его функциональные и метаболические процессы. Кишечная микробиота определяет характер ответа макроорганизма на факторы окружающей среды и участвует в формировании его метаболического фенотипа. Эта способность делает микробиоту одним из ведущих игроков на поле патофизиологии хронических заболеваний — гастроэнтерологической системы, болезней печени, ожирения, неврологического статуса и др.

Роль микрофлоры кишечника прояснилась после открытия и изучения действия так называемого кишечного эндотоксина (ЭТ). Это вещество является обязательным компонентом клеточной мембраны всех грамотрицательных бактерий микрофлоры кишечника, которое при деструкции клеток выходит во внешнюю среду. Эффекты действия зависят от концентрации ЭТ. В очень низких концентрациях он присутствует постоянно в общем кровотоке и является важнейшим участником гомеостаза. ЭТ активизирует все адаптивные системы, в том числе иммунитет и гомеостаз. Однако есть ситуации, которые приводят к значительному повышению его концентрации в общем кровотоке и возникновению так называемой эндогенной агрессии, что меняет вектор действия ЭТ с положительного на отрицательный (5). Развивающийся в этих условиях транзиторный иммунодефицит обуславливает системное (аутоиммунное) воспаление.

Передовые позиции в медицине начинает занимать кишечная микробиота, проявляющая себя в роли крупнейшего эндокринного органа, способного к образованию широкого спектра биологически активных метаболитов.

ЕСТЕСТВЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА начинается со ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ

Продукция Dr.Bios — это:

- только натуральные компоненты
- без консервантов, ГМО, искусственных наполнителей и добавок
- вместо них — полезные про- и 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

www.bio-me.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



«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 полезных бактерий, улучшает пищеварение и усвоение кальция из пищи, способствует снижению чувства голода.

**Вместе они точно
победят дисбактериоз!**

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ СЛЕДУЕТ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ

РЕКЛАМА



Высокая пластичность микробной популяции может стать основой многих методов профилактики и лечения заболеваний, в том числе нервной системы или других органов и систем.

Цель исследования. Определить особенности ассоциации микробов в микробиоценозе кишечника у детей с функциональными заболеваниями (функциональная диспепсия) и постинфекционным синдромом раздраженного кишечника методом газожидкостной хроматографии и масс-спектрометрии (ГХ-МС) кала (6). Оценить возможность адекватного выбора коррекции нарушенного микробиоценоза кишечника у детей с функциональными заболеваниями.

Материалы и методы. Обследовано 68 детей в возрасте от 1 года до 6 лет (с функциональной диспепсией — 30 и постинфекционным синдромом раздраженного кишечника — 38 больных). 25 детей с функциональной диспепсией за 4–5 месяцев до поступления под наблюдение жаловались на боли в верхней половине живота или вокруг пупка, которые проходили самостоятельно. Отмечались у них пассажи газов, неустойчивость стула, метеоризм. У 5 детей, напротив, была склонность к запорам, недостаточные прибавки массы тела, снижение аппетита. Все больные в последние месяцы переносили респираторные заболевания, в связи с чем получали антибиотики и пробиотическую поддержку. С постинфекционным синдромом раздраженного кишечника обследовано 38 детей в возрасте от 1 года до 8 лет. 3–4 месяца тому назад 25 детей перенесли ротавирусный энтероколит, 6 детей болели сальмонеллезом, и у 7 больных был острый иерсиниозный энтероколит. Обследование проводилось полным клиническим комплексом, УЗИ органов брюшной полости, хелик-тест, микробиота кишечника исследовалась методом ГХ-МС кала.

Результаты. У детей с функциональной диспепсией при оценке микробиоты кишечника выявились два варианта нарушений. У 20 детей общая кишечная нагрузка в кишечнике была дефицитной и составляла в среднем 70662 микробных маркера (при норме 168105). У детей данной группы микробный состав флоры кишечника был снижен на 52,9% от возрастной нормы. У 10 детей с функциональной диспепсией выявился пролиферативный тип микробиоты. Средний уровень микробных маркеров у них составил 284095 при норме 168105, что превышало возрастную норматив на 27%. Уровни маркеров основных компонентов биоценоза (бифидо- и лактобактерии) у детей с дефицитным вариантом микробиоты, в среднем, ниже возрастных норм, соответственно, в 5 и 10 раз.

У детей с дефицитным вариантом микробиоты в составе кишечной флоры обнаружилось наибольшее число маркеров герпесвирусов и чаще в виде ассоциаций. HV 1 и 2 типов в сочетании с ВЭБ был выявлен у 9 детей, ЦМВ и HV 1 и 2 типа — у 5 детей, ЦМВ в сочетании с HV 1 и 2 типов и хламидиями *Trachomatis* обнаружены у 2 пациентов. Моноинфицирование только герпесвирусом было у 4 детей. У больных с пролиферативным вариантом микробиоты, несмотря на высокую общую бактериальную нагрузку, число маркеров симбионтной флоры оказалось ниже норматива, так бифидобактерии были снижены в 3 раза, лактобактерии в 7 раз. Обычно наблюдаемый дефицит лактобацилл означает снижение кишечного и систем-

ного иммунитета (6). У детей с пролиферативным типом микробиоты преобладали в составе микробных маркеров не вирусы, а грибковые ассоциации. У всех 10 детей было избыточное число маркеров грибов рода *Candida alb.*, а также микрогрибов, продуцирующих кампестерол и ситостерол, их численность превышала норматив в 3–4 раза. Только у 1 пациента было сочетание грибов рода *Candida alb.* с герпесвирусом (HV 1, 2 типов). Средняя величина маркеров грибов рода *Candida alb.* превышала возрастную норму в 10 раз и составила $310 \pm 44,5$ (при норме 39 маркеров). Наряду с пролиферацией микрогрибов и грибов *Candida alb.* отмечалось изменение маркеров грибов рода эубактерий, численность их было ниже норматива в 2 раза. С учётом высокой активности эубактерий в протеолитических целлюлолитических процессах организма будет сказываться их дефицит и в способности образовывать водород, именно в ключевых регулирующих свойствах анаэробного процесса, протекающего в мукозном слое кишечника. Водородные бактерии играют роль в процессах первичного расщепления углеводов с образованием ацетата. При пролиферативном типе нарушения микробиоценоза обнаруживается рост других анаэробов: *Porphyromonas*, *Campylobacter mucosalis*, псевдомонады, *Acinetobacter*, стрептококки и др. Эта группа микробов вероятно является источником токсинов, что в условиях дефицита основных компонентов биоценоза (лактобацилл и бифидобактерий) поддерживает в организме ребёнка выраженность синдрома эндогенной интоксикации. Попытка лечения подобных состояний назначением антибиотиков приводит к избыточному росту грибов, стрептомицинов и *Clostridium ramosum*. Эндотоксемия, обусловленная повышенной кишечной транслокацией бактерий, поддерживает и усугубляет воспалительные реакции в кишечнике.

У больных с постинфекционным синдромом раздраженной кишки выявилось 2 типа нарушений микробиоты кишечника. У 30 детей из 38 преобладал дефицитный тип (88%), у 8 детей (12%) определялись разнонаправленные изменения численности биоты, то есть наблюдалось формирование диссоциированного типа микробиоценоза. У детей с постинфекционным синдромом раздраженной кишки при дефицитном типе микробиоты кишечника отмечалось уменьшение общей микробной нагрузки в кишечнике. Максимальное снижение уровня колонизации кишечника сопровождалось уменьшением численности микроорганизмов в 4–6 раз по сравнению с нормой. Воссоздавая картину заселённости кишечной стенки при постинфекционном СРК с учётом доминантной группы бактерий (бифидо-, лактобактерий, пропионовые бактерии и эубактерии) стало очевидным, что нарушение микробиоты при постинфекционном СРК носит ярко выраженный дефицитный характер. Но при этом отмечается рост и других анаэробов: *Porphyromonas*, *Campylobacter mucosalis*, псевдомонады, *Acinetobacter*, микрогрибов и вирусов. Эта группа микробов в условиях дефицита основных компонентов микробиоты (бифидобактерии имеют 7-кратное снижение по сравнению с нормой, лактобактерии — 10-кратное ниже норматива) является источником токсинов и устанавливает выраженность синдрома эндогенной интоксикации у детей с постинфекционным СРК.

При диссоциированном типе микробиоты кишечника общая бактериальная нагрузка соответствовала нормативу и составила в среднем 160000 ± 547 маркеров (при норме 168105). Основные компоненты биоценоза у детей данной группы оказались сниженными, численность маркеров бифидобактерий составила в среднем 6198 (при норме 24824), маркеров лактобактерий в среднем было равным 5420 (при норме 32456). Таким образом, у пациентов при диссоциированном типе микробиоценоза численность маркеров бифидобактерий была ниже норматива в 4 раза, лактобактерий — в 6 раз. Значительная обсемененность микробиоты приходилась на вирусно-грибковые ассоциации. Вирусные маркеры обнаруживались у всех 8 пациентов. Герпесвирусы 1, 2 типа были представлены численностью в среднем 795 маркеров; герпесвирусы 1, 2 типа в ассоциации с ВЭБ обнаруживались у 3 пациентов и у 2 больных сочетались с ЦМВ. Грибы рода *Candida alb.* с 3-кратным превышением норматива определялись у 5 детей, микрогрибы, продуцирующие кампестерол и ситостерол, выявлялись у 8 больных в значениях, превышающих норматив в 3–4 раза. У всех 8 пациентов определялись маркеры *H. pylori*. Признаки эндогенной интоксикации выявлялись у большинства больных данной группы. Что касается анаэробных представителей микробиоты кишечника, то у большинства пациентов определялись разнополярные изменения. Численность маркеров эубактерий была снижена в 3 раза у 4 детей, у 4 пациентов маркеры эубактерий были в пределах нормальных значений. Маркеры бактериоидов типировались на низких значениях у большинства пациентов. Значительная диссоциация отмечалась среди разновидностей клостридий. В составе маркеров клостридий чаще выявлялась их высокая численность, это касалось *Cl. perfringens*, *Cl. histolyticus*, *Cl. difficile*, их состав был в сочетаниях у 5 детей, численность маркеров превышала норму в 5, 10 и 5 раз, соответственно.

Раздел лечения функциональных заболеваний кишечника строят по ступенчатому принципу, он включает в себя общие мероприятия, рекомендации по нормализации алиментарного фактора и применение лекарственных препаратов, включающих антациды, ферменты, средства, нормализующие моторику и висцеральную чувствительность слизистых ЖКТ. В связи с выраженными сдвигами в биоценозе кишечника у детей основное внимание в процессах восстановления микробиоты следует уделять постоянно действующим факторам на организм ребёнка. Это, прежде всего, должен быть строгий режим его жизни, регулярное питание. Диета назначается детям с учётом основного заболевания, с достаточным количеством витаминов и микроэлементов. Предпочтение отдаётся продуктам, способствующим улучшению микробиоты. С положительным эффектом используются продукты, обогащенные пробиотиками, пищевыми волокнами и пребиотиками.

К такой категории продуктов в полной мере относятся кисломолочные закваски торговой марки **Dr. Bios**. Закваски **Dr. Bios** содержат неотъемлемые компоненты 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.

Домашние продукты, приготовленные на основе заквасок **Dr. Bios** отличаются свежестью, приятным вкусом, сохранностью полезных бактерий и простотой приготовления.

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),
- применение вместо сахара натурального природного подсластителя с пребиотическими свойствами — стевии, что позволяет использовать продукцию **Dr. Bios** больным сахарным диабетом.

Обогащенный состав заквасок делает их ценным дополнением рациона оздоровительного питания.

Учитывая индивидуальные и нозологические особенности микробиоценоза, тактика корректирующих воздействий должна планироваться с учётом нарушенных патофизиологических механизмов в кишечнике ребёнка. При дефицитном варианте нарушений микробиоты стартовые лечебные воздействия должны быть направлены на нормализацию метаболических процессов микромира кишки, на улучшение адгезивных свойств эндотелиальной выстилки кишки и на восстановление мукозного слоя слизистой оболочки кишечника. Это обеспечивается назначением метаболитов (Актофлор «С» внутрь по 2 мл 2 раза в день, курс 2–3 недели) в сочетании с пребиотиками (сироп «Фитолон», Рекицен-РД с фруктоолигосахаридами или Хилак-форте в возрастных дозах). Для нормализации мукозной выстилки слизистой кишечника назначается Мукоза композитум внутрь по 1–2 мл на физиологическом растворе с интервалом в 2 дня, на курс 5 приёмов.

На 2 этапе коррекции при сохранении пребиотической поддержки следует назначать пробиотики (Примадофилус, Бифидум Бэби, РелаЛайф — младшим детям и Баксет-форте, Флорок, жидкие пробиотики Наринэ-форте, Наринацин, Бифидумбактерин «Бифишка» — в возрастных дозах).

Жидкие формы пробиотиков содержат дополнительный лечебный фактор — продукты метаболизма активных форм живых бактерий. Среди продуктов метаболизма очень важны низкомолекулярные жирные кислоты, которые улетучиваются при лиофилизации (высушивании). Синбиотик нового поколения **Наринацин** содержит одновременно два вида полезных микроорганизмов: бифидобактерии штамма *B. bifidum* 791/БАГ и ацидофильные бактерии наиболее эффективного штамма «Наринэ ТНСи». Сильные протеолитические ферменты ацидобактерий ТНСи гидролизуют часть клеток бифидобактерий и освобождают из них ферменты, участвующие в расщеплении лактозы и белка коровьего молока. **Наринацин** дополнительно обогащен аминокислотами, которые нормализуют процессы расщепления лактозы и молочного белка. Способность жидкой формы **Наринацин** нормализовать процессы расщепления лактозы и молочного белка позволяет применять его для нормализации микробиоценоза у детей и взрослых, страдающих вторичной



лактазной недостаточностью. Кроме того, **Наринацин** обогащен пребиотиком *инулином*.

Дефицитный вариант микробиоты, сопровождаемый высокой степенью нагрузки вирусами, курируется пробиотиками с интерфероновой активностью (Ветом 1.23 и Ветом 2.26 с последовательным назначением со сроком в 10 дней) или Кипферон, Генферон-Лайт в свечах. При необходимости возможно их сочетание с антивирулетиками (Ацикловир, Валтрекс). Для повторных курсов коррекции микробиоценоза необходимо динамическое исследование микробиоты методом ГХ-МС.

Пролиферативный тип нарушений микробиоты при выборе программы лечения требует в первую очередь проведения энтеросорбционной детоксикации в связи с выраженной микробной обсемененностью и высокой степенью эндогенной интоксикации. Этот метод лечения основан на связывании токсического вещества в ЖКТ и выведении его из организма естественным путем. В основе метода — 4 главных механизма: адсорбция (концентрирование удаляемого вещества на поверхности сорбента на границе раздела сред); абсорбция (поглощение вещества сорбентом); ионообмен (замещение ионов сорбента ионами сорбата); образование комплекса сорбента с удаляемым веществом. В результате использования сорбента снижается эндогенная интоксикация, повышается герметичность кишечного барьера, повышается функциональная активность клеточного и гуморального иммунитета, нормализуются процессы перекисного окисления. Сорбенты (Смекта, Зостерин-ультра, Полисорб и др.) назначаются в сочетании с пребиотиками (Дюфалак, Динолак, Стимбифид) и средствами, подавляющими избыточный рост условнопатогенной микрофлоры. Препаратом выбора следует считать макмирор в разовой дозировке 15 мг/кг 2 раза в сутки, в течение 10 дней или суспензию энтерофурила в возрастной дозе (при неустойчивом стуле). Макмирор обладает высокой эффективностью в элиминации условнопатогенной и патогенной флоры кишечника, стимулирует рост лактобактерий и бифидобактерий, противодействует росту патогенных грибов *Candida alb.*, макрогрибов и простейших (*Lambia intestinalis* и др.). Последующие назначения направлены

на пробиотическую поддержку и иммуностропные средства (лимфомиозот, полиоксидоний и др. по показаниям).

Выбор терапии при диссоциированном типе нарушений микробиоты кишечника осуществляется с учетом характера стула, выраженности эндогенной интоксикации и показателей анализа ГХ-МС. У большинства пациентов сохраняется необходимость эндогенной детоксикации назначением сорбентов, при вирусно-грибковых ассоциациях необходимо сочетание сорбентов с ферментами и антимикотическими средствами (Пимафуцин, Нистатин и др.). При высокой степени вирусной нагрузки используются интерферонсодержащие препараты или антивирулетики. При бактериальной обсемененности макмирор назначается с пре- и пробиотической поддержкой.

Заключение. Современный уровень нанотехнологического обследования (ГХ-МС) позволяет индивидуализировать и оптимизировать выбор корректирующей терапии при нарушении микроэкологии кишечника у больных с функциональными гастроэнтерологическими заболеваниями. ●

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриева В.Я., Одинцова В.В. Энтеральная нервная система и психосоматические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта. — Мед. альманах, 2011; 166–9.
2. Маев И.В. Андреев Д.Н., Кучерявый Ю.Л. Современные представления о физиологических основах синдрома функциональной диспепсии. Росс. журнал гастроэнтерология, гепатология, колопроктология. 2015; 4; 15–22.
3. Шептулин А.А., Курбатова А.А. Новые Римские критерии функциональной диспепсии IV пересмотра. Росс. журнал гастроэнтерология, гепатология, колопроктология. 2016; 26 (4), 124–8.
4. Самсонов А.А., Андреев Д.Н., Дичеева Д.Т. Синдром раздраженного кишечника с позиций современной гастроэнтерологии. Фарматека. 2014; 18; 7–13.
5. Рябчук Ф.Н., Пирогова З.И., Александрович Н.Ж. Методы нормализации нарушений микробиоценоза у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Ж.Пятиминутка, № 4 (49). 2018. — 40–45.
6. Осипов Г.А. Определение состава количества микроорганизмов кишечной стенки методом масс-спектрометрии по клеточным жирным кислотам. СПб. 2016; 5–16.

НОВОСТИ

Искусственные заменители сахара создавались для людей с диабетом и лиц, контролирующих калорийность своего рациона. Несмотря на заявления об их безопасности, на деле заменители токсичны для микрофлоры кишечника. И, чтобы проявился негативный эффект, требуется совсем небольшая доза заменителя, пишет Slash Gear.

Последнее исследование, касающееся данного вопроса, проведено в Университете Бен-Гуриона и Наньянском технологическом университете. Был осуществлен анализ шести заменителей и 10 спортивных добавок с похожими свойствами. В центре внимания оказались аспартам и сукралоза. У обоих заменителей сахара выявили токсичный эффект.

Источник: <http://meddaily.ru/>

Новое исследование доказывает: большинство владельцев домашних животных, которые спят в обнимку со своими питомцами, лучше высыпаются. В Центре медицины сна в клинике Майо в Скотсдейле, Аризона, были опрошены 150 пациентов. Порядка 56% опрошенных рассказали, что допускают кошек или собак на кровать или в спальню, из них 20% жалуются на то, что животные мешают им спать, а 41% утверждают, что вместе с питомцами им спится лучше.

Люди, предпочитающие спать вместе со своей собакой или кошкой, признались, что это дает им чувство безопасности, защищенности, и это способствует хорошему сну. Особенно это касается одиноких людей, но не только их. Одна замужняя женщина рассказала, что две собаки, устраивающиеся во время сна у ее ног, действуют как обогреватели, а кот, который ложится на грудь, — как успокоительное.

Ранее шведские ученые доказали, что проживание с домашними животными снижает риск развития астмы у детей.

Источник: <http://www.vokrugsveta.ru/>



Власова И. В.,
кандидат медицинских наук,
Клиника «Семейный доктор»,
Санкт-Петербург, Россия, vlasova-irina@ya.ru

АПИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Статья содержит материалы кандидатской диссертации. Научные руководители: д.м.н., профессор Ю. С. Пименов Ю. С. и д.м.н., профессор Н. И. Мельченко.

Недостаточность терапевтических мер в лечении ревматоидного артрита (РА) приводит к инвалидности через 3–5 лет, причем, 50% пациентов — это лица в возрасте 35–50 лет.

Очевидно, что одним из главных препятствий на пути успешного лечения больных РА является тот факт, что до настоящего времени остаются неясными первичные факторы, запускающие процесс ревматоидного воспаления, недостаточно изучены патогенетические механизмы развития РА, в том числе и психосоматические. Особенно актуальна в ревматологии проблема депрессии и тревожности, наличие которых утяжеляет течение любого соматического заболевания. При лечении больных РА следует считаться с этими факторами, причем, наряду с соматическим лечением должна проводиться психотерапия или психофармакотерапия.

Лечение РА в настоящее время остается достаточно агрессивным и имеет немало побочных действий. Одним из наиболее эффективных средств купирования активности ревматоидного воспаления остаются глюкокортикостероиды. Высокий риск обострения процесса при отмене препарата побуждает к поиску новых схем лечения.

Поэтому **целью нашего исследования** являлось определение эффективности апитоксинотерапии с учетом клинко-лабораторных и психологических показателей.

МЕТОД АПИТЕРАПИИ. АПИТОКСИНОТЕРАПИЯ.

Апитерапия как метод лечения используется очень давно. Показания к лечению и отбору больных были утверждены в инструкции Минздрава СССР еще в 1959 году.

Действие пчелиного яда многоплановое и требует дальнейшего изучения. Основными механизмами действия пчелиного яда является механизм активации гипо-

физарно-надпочечниковой системы, который сопровождается увеличением эндогенного кортизола, механизм угнетения циклооксигеназы, который приводит к уменьшению синтеза простагландинов — основных медиаторов воспаления, механизм ганглиоблокирующего эффекта на пре- и постсинаптические мембраны нервных клеток, анальгетический механизм, реализуемый через активацию системы эндогенных опиоидных пептидов. Наблюдается также противомикробный, иммуномодулирующий эффект. В то же время осложнения при апитоксинотерапии, по сравнению с медикаментозным лечением, незначительны.

Поэтому одним из путей успешного лечения РА и устранения нежелательных побочных эффектов лекарственной терапии, на наш взгляд, является применение апитоксинотерапии.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наши исследования позволили вынести на обсуждение следующие положения:

1. Апитоксинотерапия является эффективным методом лечения больных со средней и высокой степенью активности РА и симптомами тревоги и депрессии.

2. В качестве факторов риска развития РА выделены высокий уровень нейротизма и алекситимия.

3. Уровень показателей депрессии положительно коррелирует со скоростью оседания эритроцитов, дозой потребляемых ГКС, НПВП, а уровень показателей тревожности положительно коррелирует с возрастом и дозой потребляемых ГКС и НПВП.

4. Лечебное действие апитоксинотерапии не уступает по клиническому эффекту действию ГКС, при этом не наблюдается «синдрома отмены» и осложнений, свойственных стероидной терапии.



Таблица 1

Показатели тревоги, депрессии, ФСС при медикаментозной терапии и апитоксинотерапии

Тип терапии	Показатели тревоги	Показатели депрессии	Показатели ФСС (по МНАQ)
	(Медиана)		
Медикаментозная	26,83*	15,01*	17,30*
Апитерапия	23,00	9,00	7,00
Манн-Уитни U	226,50	105,50	139,50
P<	,001	,001	,001

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

В исследование включены пациенты с верифицированным диагнозом.

Мы исследовали типологические особенности больных РА по двум шкалам: нейротизм и экстра/ интроверсия и обнаружили, что среди пациентов РА лица с высоким уровнем нейротизма, т.е. эмоционально неустойчивые, составили 97% с достоверностью $p < 0,001$. Соотношение показателей нейротизма в группе здоровых лиц составило 50/50.

В группе больных РА более половины (57,6%) относятся к меланхолическому типу, к холерическому — 39,4%, флегматическому — 3%. Сангвиников среди обследованных не оказалось. В контрольной группе сангвиники составили почти 40%. Полученные данные позволили сформулировать вывод, что алекситимия или неспособность словесного выражения своих чувств, а также высокий уровень нейротизма или эмоциональная неустойчивость могут рассматриваться при генетической детерминированности как факторы риска развития РА.

Известно, что в ситуациях неблагоприятных, стрессовых у нейротической личности чаще развивается депрессия. Литературные данные и данные, полученные нами, указывали на необходимость исследования уровней депрессии и тревожности у больных РА.

Исследование тревожности показало, что больные РА характеризуются высоким уровнем тревожности. Наши данные совпадают с данными других авторов.

Установлено, что в группе, получавшей лечение пчелиным ядом, наблюдалось снижение уровня тревожности, в то время как в группе медикаментозной терапии уровень тревожности несколько повысился.

Наличие депрессии различной степени выраженности наблюдалось у 77% пациентов. Назначение апитоксинотерапии приводило к снижению выраженности депрессии, в то время как при фармакологическом лечении показатели депрессии сохранялись на прежнем уровне. По данным болгарских исследователей известно, что в результате апитоксинотерапии в крови происходит повышение уровня 17-оксикортикостероидов, их уровень также повышается у людей с депрессией и тревогой, в связи с чем следовало ожидать, что показатели тревожности и депрессии при апитоксинотерапии будут сохраняться, а, может, и увеличиваться, однако показатели депрессии на самом деле уменьшились в 2,2 раза, понизился уровень тревоги, хотя и не столь значительно. Клинически действие апитерапии проявлялось в повышении общего

фона настроения, отмечалась редукция тревожно-ипохондрических проявлений, улучшался сон. Это позволило нам предположить, что антидепрессивное и противотревожное действие пчелиного яда не связано с гипоталамо-надпочечниковой системой. Согласно общепринятой сегодня концепции, депрессия — это, в первую очередь, дефицит серотониновой медиации. Учитывая литературные данные о механизме действия некоторых антидепрессантов, а также данные о свойстве пчелиного яда как ганглиоблокатора пре- и постсинаптических мембран нервных клеток, можно полагать, что антидепрессивное и противотревожное действие апитоксинотерапии аналогично действию некоторых препаратов-антидепрессантов, что требует дальнейшего изучения.

Известно, что в формировании болевого симптомокомплекса депрессивным и тревожным нарушениям принадлежит определяющая роль, причем, лечение РА при наличии депрессивного расстройства резистентно к традиционной терапии НПВП как анальгетика. Поэтому назначение антидепрессантов можно рассматривать и как средство, воздействующее на центральные механизмы развития болевого синдрома. Кроме того, депрессия и хроническая боль имеют один общий механизм — дефект серотониновой медиации, что позволяет предположить наличие механизма влияния апитоксинотерапии на соматическое состояние.

Наши исследования воздействия на показатели утренней скованности показали следующее: выявлено достоверное однонаправленное снижение утренней скованности независимо от вида терапии ($P < 0,001$).

Обнаружено достоверное однонаправленное снижение болевых ощущений независимо от вида терапии ($P < 0,001$), а также улучшение подвижности суставов.

Это позволяет относиться к пчелиному яду как к средству патогенетической терапии.

Из таблицы 1 видно, что уровень тревоги и депрессии при апитерапии ниже, чем при медикаментозной терапии по критерию Манна — Уитни U.

Одновременно наблюдалось улучшение подвижности суставов. Таким образом, результаты лечения пчелиным ядом больных РА продемонстрировали сочетанное действие как на симптомы депрессии и тревоги, так и на показатели общего соматического состояния.

В группе пациентов, получавших апитоксинотерапию, цитостатики (ЦС) были отменены в начале курса терапии.

Частота употребления ГКС ниже при апитоксинотерапии, к концу апитоксинотерапии ГКС принимали 6% больных от общего числа. НПВП использовались редко, по требованию.

Нами получены данные о высокой и достоверной положительной корреляции между дозой ГКС, показателями депрессии и тревоги (непараметрический коэффициент корреляции Спирмана, $P < 0,001$). Следовательно, чем выше доза приема ГКС, тем выше уровень депрессии и тревожности. Сравнение полученных данных позволяет предположить, что не только тяжесть заболевания вызывает тревожно-депрессивные расстройства, но, вероятно, и экзогенные кортикостероиды способствуют развитию и поддержанию депрессии.

Лабораторные показатели в группе медикаментозного лечения и апитерапии снижались одинаково, достоверных отличий по данному критерию между разными видами лечения по тесту Стьюдента нет. Острофазовые показатели снижались независимо от терапии.

По уровню ревматоидного фактора различий при апитоксинотерапии и медикаментозной терапии не наблюдалось как до лечения, так и после него, снижение происходило однонаправленно.

Удельный вес осложнений при лечении методом апитоксинотерапии, по нашим наблюдениям, составил 5% в виде крапивницы, кожного зуда. Пациентам были проведены немедленные терапевтические мероприятия, аналогичные применяемым для лечения анафилаксии любой этиологии. Других осложнений в 1-й группе пациентов не наблюдалось. Таким образом, 95% больных РА могут удовлетворительно переносить пчелиные укусы. Согласно полученным нами и литературным данным (Трубкина Н. Н., 1987, Лудянский Э. А., 1994, Мазуров В. И., Лила А. М., 2000), при апитоксинотерапии риск побочных эффектов в 9 раз меньше, чем при применении базисной терапии, и в 8 раз меньше, чем при применении ГКС.

Низкий процент осложнений при апитоксинотерапии является важным преимуществом этого метода при лечении больных РА.

Лечебный алгоритм ведения пациентов с РА, предложенный нами, позволяет определить место апитоксинотерапии при лечении РА. Применение алгоритма позволит повысить эффективность проводимого лечения.

Таким образом, применение апитоксинотерапии позволит не только улучшить общее соматическое, но и психоэмоциональное состояние пациента, что имеет существенное прогностическое значение.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

С целью иллюстрации выше представленных данных приводим в качестве примера один из клинических случаев отдаленных результатов (через 7 лет) после лечения методами апитерапии. Пациентка Х., 32 г., с диагнозом РА, прогрессирующее течение. Заболела в 2006 г. В ревматологическом центре получила короткий курс гормональной терапии, затем ей был назначен метотрексат, который принимала в течение 4 месяцев, отмечала улучшение и самостоятельно прекратила прием препарата. Через несколько месяцев вновь наступило ухудшение. В течение года лечилась у врача гомеопата, отмечался положительный эффект лечения, и в последствии вновь наступило ухудшение. Затем пробовала голодание — без эффекта. Очередное ухудшение связывает с обливанием холодной водой. Решила обратиться к апитерапевту. При поступлении на апитерапию (2009): жалобы на боли в суставах стоп, кистей, плечевых и локтевых суставах, снижение массы тела, слабость. Работать не могла, подвижность была ограничена. Объективно: локтевые, лучезапястные, суставы пальцев рук значительно отечны, резко ограничены в движениях, с трудом ходит; вес значительно снижен, подавленное настроение, раздражительность. Лекарственной терапии, кроме НПВП, не принимала. Была назначена апитерапия (курс лечения пчелиными укусами, БАПП). Пациентка отметила положительную динамику уже к 20-му сеансу апитоксинотерапии. В течение 2 лет периодически получала поддерживающую апитерапию. После курса апитерапии посещала психотерапевта в течение полугода. Динамика через 7 лет (подтверждается видео-материалом) — движения восстановились полностью. Набрала прежнюю массу тела, чувствует себя здоровой, делает карьеру, активно работает. ☺

ПО ТЕМЕ...

Белорусские медики нашли, как они утверждают, альтернативу таблеткам. В одной из больниц Витебска лечить пациентов помогают пчелы, точнее их укусы. Методику едва ли можно назвать революционной — пчелиный яд испокон веков применяли народные целители. Но теперь старинные знания стали стройной научной теорией. К тому же от апитерапии есть положительный побочный эффект — в больничной столовой можно полакомиться медом. Здесь заставили пчел работать круглый год. И главное в этом труде не мед, а лечебный эффект. Витебское здравоохранение использует пчелиный укус в борьбе с недугами своих пациентов.

Апитерапия, то есть лечение пчелиным ядом, в этой больнице практикуется уже несколько лет. Врачи говорят, что первых пациентов было мало — не верили в целительную силу. Виктор Спиридонов, главный врач больницы: «...я думаю, что, учитывая неплохие результаты лечения, положительное отношение больных к этому методу лечения только увеличится».

Заставить пчелу ужалить в нужное место трудно, необходима сноровка. Врачи прошли специальную подготовку, и сама процедура теперь занимает несколько минут.

Галина Сержанова, заведующая отделением реабилитации: «Человечество устало от постоянных медикаментов, химиопрепаратов, сейчас век тотальной аллергии. Все ведь настолько смешалось, лекарственные препараты разных направлений... И человеческий организм настолько забит и зашлакован этими лекарственными препаратами, что просто неудивительно, что человечество повернулось к натуропическим методам лечения».

Эту методику главный врач привез в областной центр из деревни. В сельской местности о лечении пчелиным ядом не забывали никогда. Но врачи со свойственным им консерватизмом предупреждают каждого пациента: «Я как врач-апитерапевт предостерегаю всех людей, что самолечением пчелиным ядом заниматься категорически нельзя».

В больнице пчелы не только жалят, медом врачи угощают маленьких пациентов в детском отделении.

Источник: <https://www.ntv.ru/video/147732/>



Шаркова О. В.,
инструктор-методист по ЛФК ММЦ «СОГАЗ» ОП «Белые Ночи»,
Санкт-Петербург, Россия

ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Исследования ученых показывают, что состояние здоровья населения катастрофически ухудшается. С каждым годом растет число людей, страдающих сердечно — сосудистыми заболеваниями, патологией опорно — двигательного аппарата, ожирением. Снижается сопротивляемость организма к различного рода заболеваниям.

В связи с этим, все актуальней становится проблема поиска эффективных путей укрепления здоровья населения, профилактики заболеваний и увеличения двигательной активности как мощного фактора интеллектуального и эмоционального развития человека.

Во всем мире неуклонно возрастает внимание к проблеме восстановительного лечения, или реабилитации. Широко проводятся исследования с участием ученых ряда стран по научному обоснованию принципов и разработке методов восстановительного лечения больных хроническими заболеваниями и инвалидов, по созданию различных видов реабилитационных программ и разработке критериев их оценки и эффективности.

В последние годы ученые стали обращать большее внимание на роль творческого воображения и различных экспрессивных средств в лечении различных заболеваний.

Арт-терапия («лечение искусством») — относительно новая область в психотерапии. В ее основе лежит метод выявления и решения психологических проблем с помощью искусства. Проблема переводится на бессознательный уровень, фантазия и чувства развиваются через символическое выражение художественных форм, что способствует при рассеянном внимании внутренней свободе и раскрепощению.

«Арт-терапия —...это забота об эмоциональном самочувствии и психологическом здоровье личности, группы, коллектива средствами художественной деятельности» (Л.Д. Лебедева, 2007). Некоторые специалисты называют здравоохранительную инновационную технологию арт-

терапии альтернативной медициной. Если психологические проблемы еще не зашли слишком далеко и не приняли тяжелую форму расстройства психики, то лечить их целесообразнее, используя арт-терапевтические техники.

Не все чувства и переживания можно выразить с помощью слов. Арт-терапия позволяет выявить и проработать эмоции, которые человек привык подавлять, потому что по каким-либо причинам их трудно обсуждать вербально.

«Чувства, которым не хватает слов, нуждаются в символике для раскрытия — живопись, музыка, танец», — писал К. Юнг. В своей теории «активного воображения» он доказал, что фантазия и креативность производят исцеляющий эффект.

Искусство непосредственно связано с творчеством, а творчество — это универсальный способ проявления уникальной индивидуальности человека, возможность его самореализации и самоутверждения. Творческое действие, развивающее фантазию и креативность, приносит радость. Чувство удовлетворения, возникающее в результате выявления скрытых талантов и возможностей, имеет терапевтическое значение. «В подлинном творчестве всегда есть катарсис, очищение, освобождение духа от душевно-телесной стихии или одоление душевно-телесной стихии духом» (Н.А. Бердяев).

Арт-терапия облегчает процесс коммуникации, помогает адаптации человека в обществе.

Арт-терапия — комплексное понятие, которое включает в себя следующие направления (Н.Оганесян. 2005):

- 1) танцевальную терапию;
- 2) музыкальную терапию;
- 3) телесно-двигательную терапию;
- 4) художественную терапию;
- 5) драма-терапию;
- 6) игровую терапию и песочную терапию.

Лечение искусством — это:

- приятное и полезное занятие;
- гарантия щадящих организм приемов и методов;
- возможность устранения и причины и следствия проблемы;
- процесс, не имеющий побочных эффектов.

В отличие от традиционной медицины, арт-терапия позволяет **не только избавиться** от психических недугов, **но и приобрести** положительный эстетический опыт и испытать радость творчества!

Танцевальная терапия стоит в одном ряду с художественной терапией, музыкальной и драма-терапией. Все эти направления получили общее название экспрессивных видов терапии, поскольку их объединяет то, что они задействуют художественно выражаемые эмоции как способы запустить исцеляющий креативный процесс.

**Когда не сможешь ни сказать, ни спеть, ни вскрикнуть,
и выразить в стихах, КАК хочется летать:
Тогда поверь в себя и в силу своих крыльев!
Взлетай! И пробуй, пробуй ТАНЦЕВАТЬ!!
Не важен жанр, не важна тема,
Ведь в танце каждом суть одна —
Он не привносит в жизнь проблемы,
А лечит, коль душа больна....**

ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ЭКСПРЕССИВНЫЙ ВИД ТЕРАПИИ

В настоящее время в работе с лицами с отклонениями в состоянии здоровья, как в нашей стране, так и за рубежом, все большее внимание уделяется танцевальным упражнениям, которые, по существу, являются средствами физической культуры, спорта и искусства.

В своей основе физическая культура и танцевальная культура имеют двигательную основу, которая выражается в физической нагрузке и сформировавшихся архетипах. Многообразная деятельность человека формировала физическую и танцевальную культуру с целью физического и духовного совершенствования человека.

Танцевальная терапия (ТТ) как метод зародилась в США в 1940-х гг. С ее рождением связаны четыре имени: Мэриан Чейз. Лилиан Эспенак. Труды Шуп. Мари Уайтхаус — профессиональные танцовщицы, хореографы и педагоги, представительницы танца модерн. Все они были убеждены, что танец — это дорога для раскрытия чувств, это баланс между телом и душой.

На развитие танцевальной терапии значительное влияние оказали первые танцовщики экспрессивного направления — А.Дункан, М.Грэхэм, Э.Жак-Далкроз, М.Вигман и Р.Лабан. Многие пионеры танцетерапии считали своими учителями Грэхэм и Вигман, свой практический танцевальный опыт они комбинировали с теоретическим изучением смежных дисциплин — педагогики, психологии, медицины, философии и религии, стремясь найти возможности их гармоничного и эффективного объединения.

В настоящее время танцевальная терапия активно распространяется по всему миру и все больше ориентируется на работу с людьми, имеющими психологические затруднения, с целью развития у них приспособляемо-

сти, чувства удовольствия и группового взаимодействия, а также для выражения и направления сильных эмоций.

ПОНЯТИЕ ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Танцевальная терапия — это психотерапевтическое использование танца и движения как процесса, способствующего индивидуальному чувственному самовыражению и физической интеграции.

Танцевальная терапия — это форма лечения при помощи движения. Теория, лежащая в ее основе, состоит в том, что тело и разум человека взаимосвязаны.

Танец — это своеобразный язык, использующий вместо слов движения тела.

Танец — это способ выражения эмоций, он помогает раскрепоститься, выявить скрытый потенциал и обрести уверенность в себе.

Танец — это не просто движение или композиция движений.

Танец — это жизнь в движении, это «проживание» каждого мига движения. Воздействие на эмоции, изменение привычного характера переживаний влечет изменения в движениях, пластике, осанке, в связи с чем меняется отношение человека к себе и своему телу. С другой стороны, движения, изменение привычной пластики человека вызывают перемены в его чувствах, эмоциях.

Танец — ритмичные, выразительные телодвижения, обычно выстраиваемые в определённую композицию и исполняемые с музыкальным сопровождением.

Кроме того, танец демократичен. Он приглашает тело к разговору, дает ему возможность высказаться. Танец помогает расширить творческий и личностный потенциал, избавиться от различных комплексов, исчезнуть страху перед выступлением, учит расслабляться.

Основная цель танцевальной терапии: достижение внутренней и внешней гармонии посредством танца. Переживание радости движения, осознание движения, придание ему смысла и эмоционального содержания — основа метода как психотерапевтического.

Танцевальная терапия дает возможность:

- снять напряжение, избавиться от страха и усталости;
- помочь замкнутым, необщительным, эмоционально неуравновешенным людям;





- поддержать людей с психическими и физическими недостатками;
- выявить творческие способности, повысить собственную самооценку.

Танцевальная терапия подходит для разных категорий людей — от психически больных до здоровых, желающих посредством танца научиться чувствовать себя, свое тело и развить свою индивидуальность. ТТ может быть использована для работы с разными возрастными группами — от маленьких детей до людей преклонного возраста.

Важно не столько умение танцевать, сколько желание танцевать!

ВКЛЮЧЕНИЕ ТЕХНИК ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАНЯТИЯ ПО ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ

Включение техник Танцевально-двигательной терапии в занятия по лечебной физкультуре может быть полезным с разных позиций:

- Расширение двигательного режима, осознание движения, достижение свободных и естественных движений
- Достижение умения владеть своим телом. Как только вы научитесь плавно и красиво двигаться — пластика и грация станут вашими неотъемлемыми «аксессуарами» в повседневной жизни
- В процессе занятия танцами вы научитесь лучше понимать и любить свое тело, что поможет улучшить координацию
- Ваша фигура преобразится, станет более подтянутой
- Танцотерапия дает возможность выразить глубинные подсознательные чувства, а также скрытые в подсознании эмоции
- Танцотерапия — это прекрасная возможность познать свое тело, сделать его гибким и пластичным, избавиться от стресса, обрести хорошее настроение и жизненный тонус.

Танцевальные стили:

- Диско, свинг, джаз, рок-н-ролл
- Латино: сальса, ча — ча — ча, самба, джайв, румба
- Вальс, танго
- Этнические: русские народные, афро, индийские
- Танцы на мячах

Содержание занятий:

- Общеразвивающие упражнения, направленные на развитие подвижности в суставах и укрепление мышечного корсета
- Ритмические упражнения
- Лечебные упражнения в сочетании с танцевальными элементами

Упражнения на осознание связи между психикой и телом, дыхательные упражнения, упражнения на расслабление и снятие мышечных зажимов.

Во время работы с танцевальными движениями используются различные упражнения, игры, задания, которые помогают поддерживать позитивную динамику работы в группе. Психологический аспект используемых игр

и заданий на развитие пространственного воображения, снятие мышечных зажимов состоит в усвоении навыков телесного и чувственного осознания, развитие пластичности в танце и поведении, расширении диапазона и потенциала движений. Поэтому благодаря эмоциональному воздействию движения меняется обычный характер переживаний и собственных движений, пластики, осанки, изменяется отношение к себе, собственному телу. В тоже время, выстраивая цепочки движений, осозная позы, требующие изменения в обычной пластике человека, человек испытывает новые чувства, эмоции, воспринимая свое тело как надежный, уникальный, неповторимый инструмент личности.

Большая часть упражнений носит танцевальный, музыкально — пластический характер. Выполняя танцевальные действия, субъект изменяет взаимное положение частей тела, а при изучении танцевальных движений формирует новые пространственные модели тела благодаря изменению его поз. В процессе танцевального тренинга активизируется субъективное ощущение позы, которое отображает не только положение тела в каждый момент танца, но и возможные изменения его в пространстве. Если движения не согласованы, то в действие вступают активные механизмы перестройки позы. Таким образом, изменение позы в танце активизирует психические процессы, позволяя сравнивать закодированный в памяти статический образ тела с его конкретной вариацией — динамическим образом тела.

Центральной категорией, отображающей сущность взаимодействия человека в танце, является личностное развитие, которое в танцевально — психомоторном тренинге рассматривается как фундаментальный процесс изменения человека. Личностные изменения, которые происходят во время тренинга, отображаются в понятии «**психомоторное развитие**». Содержание этого понятия характеризует своеобразный путь личности с начала представлений о своем теле и мотивациях к усвоению собственного телесного пространства к гармонизации души и тела. Танцевальная пластика носит осознанный характер. Благодаря умению управлять мышечными движениями на разных иерархических уровнях тело превращается в единый ансамбль. В танцевальных играх, танцах, которые проводятся в тренинге, участники активно общаются с партнерами. Такая неформальная форма общения позволяет очень легко переносить приобретенные навыки взаимодействия на окружающих.

Музыкальное сопровождение является составной частью занятий с включением техник Танцевально — двигательной терапии. Музыка помогает сделать жизнь людей более интересной и привлекательной.

Красивая, с выразительной мелодией музыка организует, дисциплинирует группу, обладает большим эмоциональным воздействием. Музыка помогает добиваться заданного характера движений, темпа, амплитуды, нужного напряжения мышц и ускоряет процессы овладения техникой движения.

Комплексное воздействие музыки и физических упражнений на эмоциональное состояние человека и его организм многогранно может оказывать положительное воздействие, которое отражается в улучшении двигательной

реакции, развитии музыкальных способностей; активизируются волевые усилия, возникают сильные эмоциональные переживания и стремление к творчеству.

Танец — одна из тех вещей, которые по-настоящему могут раскрасить монотонную жизнь любого человека. Танец полезен для эмоционального состояния, психического и физического здоровья и для самочувствия и самоощущения в целом.

Танец активизирует работу всех внутренних органов. Людей, ведущих пассивный образ жизни, он заставляет двигаться, преодолевая вялость и апатию, заряжает энергией. Организм получает, в хорошем смысле слова, встряску. Улучшается обмен веществ, нормализуется работа сердечно-сосудистой и дыхательной систем, повышается иммунитет, улучшается память, укрепляются все группы мышц. ♀

ЛИТЕРАТУРА

1. Арт — терапия женских проблем / под редакцией А.И.Копытина. — М.: Когито — Центр, 2010. — 270 с.
2. БоттомерП. Учимся танцевать / перевод с англ. К.Молькова. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. — 256 с.
3. ГренлюндЭ., ОганесянН.Ю. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика. — СПб: Речь, 2004. — 219 с.

4. КозловВ.В., ГиршонА.Е., ВеремеенкоН.И. Интегративная танцевально — двигательная терапия. 3 — изд. — СПб: Речь, 2010. — 286 с.

5. ПасынковаН.Б. Влияние музыкального движения на эмоциональную сферу личности П.Б.Пасынкова Психологическая наука. 1993, С. 142–146.

6. РаздоркинаЛ.Л. Танцуйте на здоровье! Танцевально — игровые тренинги / Л.Л.Раздоркина. — Ростов н/Д: Феникс, 2007. — 157 с. — (Психологический практикум).

7. РассуловаА. Танцевально-двигательная терапия / А.Рассулова // Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации, 2006. — № 4 (19), С. 52–54.

8. РоговикЛ.С. Танцевально — психомоторный тренинг: теория и практика. — СПб: Речь, 2010. — 253 с.

9. Сербина, Л.П., ХекельманА., БлазерП., ЭленбергерВ. Взаимодействие музыки и движения // Теория и практика физической культуры. — 2000. — № 5.

10. ТылевичИ.М., НемцеваА.Я. Руководство по медицинской психологии. — Л.: Медицина, 1980. — 224 с.

11. ФоминА.С. Танец: понятие, структура, функции. М., 1990, 32 с. Деп. в ОЦНИ «Школа и педагогика». 04.01.90. № 05–90.

12. ФоминА.С. Танец как раздел физической культуры // Сибирский учитель. 2003. № 6 (30). С. 35–38; 2004, № 1 (31). С. 35–39.



Международное
Медицинское
Сотрудничество

Уважаемые коллеги!

**Приглашаем принять участие в программе
«Санаторно-курортное лечение в Венгрии»
20-31 марта 2019 г.**

**На курорте Хайдусобосло и в столице Венгрии Будапеште
Проживание в Hotel Aurum **** дворцового типа (г. Хайдусобосло)
и в Garay Terrace Residence*** (Будапешт)**

В программе:

- санаторно-курортное лечение в Венгрии, особенности и возможности венгерских курортов
- лечебно-оздоровительные программы курорта Хайдусобосло (лечение гинекологических заболеваний, бесплодия, псориаза, заболеваний опорно-двигательного аппарата, кардиологические программы и др.)
- экскурсии в Дебрецен, Лиллафюред — дворец Палота, в термальные пещерные купальни курорта Мишкольц-Тапольца, степной заповедник Хортобадь и Токай
- спа-столица мира Будапешт, медицинские и туристические достопримечательности столицы Венгрии
- возможности международного сотрудничества в области курортологии и медицинской реабилитации.

Все выездные программы и конференции Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА совмещаются с оздоровительными программами и возможностью одновременно получить программы лечения и реабилитации.

Просим заранее подавать заявки на участие:

моб. +7-921-589-15-82, тел. (812) 307-32-78, e-mail: stella-mm@yandex.ru

**Сазонова И. М.,**

эксперт Центрального Совета Всероссийского общественного движения «Всероссийское Родительское собрание» в защиту прав родителей и детей (г. Екатеринбург), член Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА (г. Санкт-Петербург), член Союза журналистов г. Москвы, врач-гомеопат,
E-mail: antihiv@mail.ru, г. Москва, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ РЕЗОНАНСНОГО ТЕСТА В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Предложена новая не инвазивная методика определения биологического возраста, адаптационных резервов, состояния иммунной и эндокринной систем у спортсменов с помощью резонансного теста, являющегося авторской разработкой с применением диагностических резонансных шкал, представляющих собой ряды потенцированных гомеопатических препаратов.

Современная функциональная диагностика в спортивной медицине усложняется с каждым днём. Это объясняется тем, что значительно повысился уровень спортивных достижений, в результате чего изменился характер тренировочного процесса как качественно, так и количественно. Это очень осложняет работу тренера, так как если объём и интенсивность нагрузок уменьшить, то не будет необходимого результата, а если увеличить — могут возникнуть различные заболевания. Поэтому в настоящее время острее, чем когда-либо, стоит вопрос об индивидуализации тренировочного процесса, вопрос об оптимальной физической нагрузке для каждого конкретного спортсмена. Необходимость строгой индивидуализации физической нагрузки ведёт к поиску новых проб и показателей, позволяющих более точно и тонко оценивать реакцию на те или иные воздействия.

К сожалению, поиск этих проб и показателей ограничивается разработкой методов определения функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Но в спортивной медицине, практически, нет методов, особенно экспресс-методов, определяющих функциональные состояния других систем и органов, например, почек, печени, поджелудочной железы, желудочно-кишечного тракта в целом, иммунной и эндокринной систем, хотя при чрезмерной нагрузке возможно и их перенапряжение.

15 лет назад мною вместе с доктором Махонькиной Л. Б. (к сожалению, скончавшейся в 2003 году) была выпущена монография «Резонансный тест. Возможности диагностики и терапии (объёмом 740 стр.) [1], где описывались наши собственные разработки по диагностике методом резонансного теста по разработанным и апробированным диагностическим резонансным шкалам, представляющим собой ряды потенцированных гомеопатических препаратов. Практически все положения этой работы излагались впервые.

Предложенный нами резонансный тест является модификацией вегетативного резонансного теста (BPT), который был предложен немецким врачом Х. Шиммелем (Schimmel H.W.) [4] в 1978 году.

Ключевым принципом для резонансного теста так же, как и для BPT, является принцип биологического резонанса. Этот метод позволяет через воспроизводимую («здоровую») биологически активную точку (БАТ) уловить наличие или отсутствие резонанса организма с препаратами-указателями, находящимися в диагностических шкалах, и таким образом узнать состояние организма, в частности, спортсмена, по интересующим нас вопросам.

Проверка и отработка диагностических шкал проходила как в клинических условиях (отделение немедикаментозных методов лечения специализированной поликлиники лётно-испытательного института г. Жуковский, кардио-реанимационное отделение и цитологическая лаборатория больницы МПС, Институт кардиологии г. Томска, патоморфологическое отделение клинической больницы г. Оренбурга). В частности, отработка шкалы адаптационных резервов проходила в параллели с велоэргометрией, проводимой врачебной лётно-экспертной комиссией у лётно-подъёмного состава и в терапевтическом отделении у постинфарктных больных.

При проведении диагностики методом резонансного теста мы используем:

1. Технические средства в виде приборов, выступающие в качестве инструмента для получения информации (измерения проводятся с помощью прибора, выпускаемого фирмой «Имедис»).

2. Резонансные диагностические шкалы, выступающие в качестве элементов модели для сопоставления с реальной ситуацией.

Без основательных знаний предмета весь инструментальный, даже самый лучший, попадает не в те руки.

Предложенная нами методика РТ позволяет определять:

- биологический возраст организма спортсмена в целом и его отдельных органов и систем;
- адаптационные резервы организма спортсмена на текущий момент, а также потенциально возможные;
- адаптационные резервы отдельных органов и систем;
- степени напряжённости и истощения иммунной и эндокринной систем;
- степень бактерицидности внутренних сред организма (сыворотка крови, ликвор, кожа и др.);
- наличие соединительно-тканной недостаточности и её степень;
- степень напряжённости и истощения вегетативной нервной системы;
- роль неадекватного питания в возникновении патологии;
- состояние метаболизма по оценке анаболических и катаболических процессов, а также кислотности и щёлочности среды организма;
- наличие загруженности лимфатической системы и её степень.

Анализируя полученные результаты и прослеживая их в динамике, можно:

1. Оценить состояние здоровья и уровень функционального здоровья спортсмена, что позволит врачу регулировать физическую нагрузку, предупреждать возможную перегрузку, ориентировать тренера в отношении допустимой нагрузки.
2. Определить орган и систему, которые испытывают наибольшую нагрузку при конкретном виде спорта.
3. Выявить патологию на раннем этапе.
4. Проводить индивидуальную коррекцию состояния спортсмена с целью сохранения здоровья и достижения высоких результатов, применяя цвето- и светотерапию, магнитотерапию, гомеопатию и др.
5. Решать вопрос спортивного отбора.
6. Оценить различные варианты спортивной тактики.

При определении состояния здоровья необходимо исследование не только в состоянии покоя, но и при нагрузке, которая позволит определить так называемое динамическое здоровье. Оно определяется количественной характеристикой адаптационных возможностей организма. Для того, чтобы получить представление о динамическом здоровье, необходимо исследовать не только состояние органов и систем, но и их работоспособность.

В практической медицине принято противопоставлять патологические отклонения норме. Таким образом, если отклонения от нормы не обнаружены, ставится диагноз «здоров». В качестве нормы обычно принимают среднестатистические значения. Но со временем эти значения могут меняться. Кроме того, среднестатистические данные могут значительно различаться у людей, проживающих в Москве и проживающих на Крайнем Севере или в горных районах. В результате этого может возникнуть ситуация, когда, исходя из данных статистики, присутствие факторов риска придётся признать нормой (когда они станут превалировать у большинства людей).

Уже теперь средние величины физической готовности у «практически здоровых» людей с сидячим образом

жизни не соответствуют представлению о хорошем динамическом здоровье. Для спортсменов, представляющих собой неоднородную группу, расчёты средних величин, на основании которых делаются далеко идущие выводы, вообще, недопустимы.

В результате больших психофизических нагрузок в организме происходит ряд закономерных сдвигов: уменьшение его энергетических, ферментативных и пластических ресурсов, изменение химизма крови, накопление продуктов распада и т.д. Всё это ведёт к ухудшению общего состояния организма спортсмена, появлению чувства усталости, падению работоспособности.

Примером физического стрессового фактора служит открытое в 1981 году явление исчезнувших иммуноглобулинов, авторами которого были советские учёные Б. Першин, В. Левандо, С. Кузьмин и Р. Суздальницкий [2,3]. Они показали, что на пике спортивной формы в момент максимальных нагрузок организм спортсменов практически остаётся без защиты, так как у них исчезают из организма целые классы иммуноглобулинов. Этот период иммунодефицита может длиться несколько дней и даже месяцев.

Ликвидация этих сдвигов до достижения или превышения предрабочего уровня функционирования организма — основа процесса восстановления. Применяв имитационное моделирование, мы можем с помощью резонансного теста определить, каким образом восстановительное средство будет влиять на адаптационные резервы организма, и в соответствии с полученными результатами решать вопрос о его назначении.

Вопрос резервов организма — резервов адаптации, запасов адаптационных возможностей, количества адаптационной энергии и возможностей их определения является кардинальным вопросом интегративно-индивидуальной диагностики. Столько, сколько существует медицина, интуитивно и, может быть, не всегда осознанно, либо глубоко осознанно и целенаправленно, врачи стремились выяснить и более или менее успешно определяли резервы организма человека, хотя именоваться и описываться это могло по-разному.

Проводя измерения, мы получим положительный ответ на определенной резонансной частоте ряда резервов адаптации. Это будет указанием на наличие соответствующих резервов адаптации у конкретного человека в данный период времени, то есть исходных адаптационных резервов на момент измерения.

Применив специальный фильтрующий препарат, мы можем измерить конституциональные резервы, то есть уровень резервов на перспективу. Если он невысок, то это будет лимитировать расход адаптационных резервов. Этот показатель очень важен в плане профориентации. Из таких ребят, у которых слабые адаптационные резервы, вряд ли получатся высококлассные спортсмены.

Важное значение имеет оценка состояния эндокринной и иммунной систем, состояния вегетативной нервной системы и общего метаболизма. Необходимо оценить каждый орган, входящий в те или иные системы. Так, оцениваем:

- эндокринную систему, включающую в себя гипоталамус, гипофиз, эпифиз, тимус, щитовидную и паращитовидные железы, надпочечники с их корковым и мозговым слоями, поджелудочную железу, яичники или яички, матку или простату;



- иммунную систему, включающую гипоталамо-гипофизарную систему, тимус, селезёнку, костный мозг, лимфатическую и ретикулоэндотелиальную систему;
- вегетативную нервную систему с её центральной регулирующей и многочисленными периферическими вегетативными сплетениями (плексусами);
- метаболизм с его анаболическими и катаболическими процессами.

Если просмотреть через резонансные диагностические шкалы степеней напряжённости и истощения каждый из эндокринных органов по отдельности, то получим своеобразный гормональный профиль. Особенно интересно проследить этот гормональный профиль в динамике на фоне нагрузок и восстановительных мероприятий.

Тем же самым образом можно просмотреть по отдельности каждый элемент иммунной системы и получить своеобразный иммунный статус, который в динамике тоже даёт очень показательную картину. Можно посмотреть не только состояние иммунитета в целом (общий иммунитет), но и местный иммунитет какого-либо органа.

Интересно проследивать динамику метаболизма по соотношению анаболических и катаболических процессов и состояния вегетативной нервной системы по степеням напряжённости и истощения.

При необходимости через соотношение анаболических/катаболических процессов можно просмотреть и в динамике отследить состояние таких метаболических органов, как печень, поджелудочная железа, почки и др.

Для сущностной интерпретации показателей измерений по резонансным диагностическим шкалам необходимо органичное единение основательных знаний предмета, ощущение происходящих процессов (чувство «знания») и математические методы обработки полученных показателей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Махонькина Л.Б., Сазонова И.М. Резонансный тест. Возможности диагностики и терапии. Монография. М.: Изд-во РУДН, 2000.
2. Першин Б.Б. Стресс, вторичные иммунодефициты и заболеваемость. Москва, 1994.
3. Б.Б. Першин, С.Н. Кузьмин, В.А. Левандо, Р.С. Суздальницкий. Номер и дата приоритета: № 345 от 18 января 1981 г. <http://ross-nauka.narod.ru/03/03-345.html>
4. Schimmel H.W.: Funktionale Medizin. Vol. 1, 2. — Haug Verlag, Heidelberg, 1991.



Международное
Медицинское
Сотрудничество

Уважаемые коллеги!

**Приглашаем принять участие
в программе изучения курортов Чувашии:
На базе санатория «Чувашия».**

**09–16 января 2019 года в г. Чебоксары,
пос. Сосновка — в гуще лесов на берегу Волги**

В программе:

- Особенности курортов Чувашии.
- Природные факторы в лечении заболеваний и оздоровлении организма.
- Инновации в курортологии и комплексной реабилитации пациентов.
- Биоэнерготерапия и другие альтернативные методы лечения и профилактики заболеваний.

Участники программы проживают в уютном санатории европейского типа «Чувашия», который расположен в лесопарковой зоне на берегу Волги.

В отеле-санатории созданы все условия для пребывания с детьми.

В программе предлагается экскурсия по Чебоксарам — столице Чувашии и культурная программа.

Заявку на участие можно отправить на e-mail: stella-mm@yandex.ru с пометкой «Поездка в Чувашию — 19».

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



Захаренко Г. П.,
кандидат технических наук, доцент,
Санкт-Петербург, Россия

ВНУТРЕННЯЯ И ВНЕШНЯЯ ПАМЯТЬ ЧЕЛОВЕКА ИЛИ КАК ВРЕМЯ ПРЕОБРАЗУЕТСЯ В ПРОСТРАНСТВО

Известно, что любое наше впечатление, переживание, или конкретное движение оставляют определенный след, который может сохраняться в течение небольшого промежутка времени или достаточно долго, а при надлежащих условиях — проявляться вновь и становиться предметом сознания. Поэтому под памятью обычно понимают запись (запечатление), сохранение и последующее воспроизведение следов прошлых знаний или опыта, позволяющее накапливать данные, не теряя при этом прежних знаний, навыков, сведений и фактов.

Память — это сложный психический процесс, который состоит из нескольких подпроцессов, связанных друг с другом. Психологическая наука ставит перед собой ряд очень важных и сложных задач, в т. ч. изучение механизма, как запечатлеваются следы, каковы физиологические приспособления этого процесса, какие приемы позволяют увеличить объем запечатлённых данных.

Память в разнообразных формах и видах присуща всем высшим животным. Эту способность к памяти и обучению все животные наследовали у своего общего предка. Предполагается, что он жил около 600 миллионов лет назад.

В науке и в практических исследованиях в последние годы обнаружено, что памятью обладают не только человек и животные, но и растения и даже вода. Возможно, наиболее развитый уровень памяти и характерен для человека, однако есть исследования, которые показывают, что у человека в этом направлении есть конкуренты, например, дельфины, обезьяны.

Память человека — это общее обозначение для комплекса познавательных способностей и высших психических функций по накоплению, сохранению и воспроизведению знаний и навыков. Таким образом, память человека представляет собой психический процесс, заключающийся в закреплении, сохранении и последующем воспроизведении информации. Именно благодаря этим опера-

циям обеспечивается сохранение человеческих знаний и практического опыта.

ИЗ ИСТОРИИ ВОПРОСА

Из истории проведенных исследований данной темы известно, что изучение памяти началось еще в древности и было связано с обучением. Изучение памяти было одним из первых разделов психологической науки. В Древней Греции, например, считалось, что знания попадают в голову человека в виде некоторых материальных частиц, оставляют отпечатки на мягком веществе головного мозга, подобно воску или глине. Позднее Р. Декарт, автор «гидравлической» модели нервной системы, высказывает идею о том, что регулярное применение одних и тех же нервных волокон (пустотелых трубок) снижает их сопротивление движению «жизненных духов». Это, в свою очередь, приводит к образованию запоминания. Прием заключался в запоминании бессмысленных слов. Итогом стали кривые запоминания, а также определенные закономерности действия механизмов ассоциаций, где был применен экспериментальный метод: были сделаны попытки измерить изучаемые процессы и описать законы, которым они подчиняются.

Затем в 80-х годах прошлого столетия немецкий психолог Г. Эббингауз выдвигает метод изучения законов «чистой памяти». Он предложил прием, с помощью которого можно было изучать законы «чистой памяти», независимые от деятельности мышления, — это заучивание бессмысленных слогов, в результате он вывел основные кривые запоминания материала. Классические исследования Г. Эббингауза сопровождались работами немецкого психиатра Э. Крепелина, который применил эти приемы к анализу запоминания у больных с психическими изменениями, и немецкого психолога Г. Э. Мюллера, фундаментальное исследование которого было посвящено



главным законам закрепления и воспроизведения следов памяти у человека.

С развитием объективного исследования поведения животного сфера изучения памяти была существенно расширена. В конце XIX и в начале XX вв. появились исследования известного американского психолога Торндайка, который впервые сделал предметом изучения формирование навыков у животного, применяя для этой цели анализ того, как животное обучалось находить свой путь в лабиринте и как оно постепенно закрепляло полученные навыки. В первом десятилетии XX в. исследования этих процессов приобрели новую научную форму. И.П. Павловым был предложен метод изучения условных рефлексов. Были описаны условия, при которых возникают и удерживаются новые условные связи, и условия, которые влияют на это удержание. Учение о высшей нервной деятельности и ее основных законах стало в дальнейшем основным источником наших знаний о физиологических механизмах памяти, а выработка и сохранение навыков и процесса «учения» у животных составили основное содержание американской науки о поведении. Все эти исследования ограничивались изучением наиболее элементарных процессов памяти.

Заслуга первого систематического изучения высших форм памяти у детей принадлежит выдающемуся отечественному психологу Л.С. Выготскому, который в конце 20-х гг. впервые приступил к исследованию вопроса о развитии высших форм памяти и вместе со своими учениками показал, что высшие формы памяти являются сложной формой психической деятельности, социальной по своему происхождению, проследив основные этапы развития наиболее сложного опосредованного запоминания. Исследования А.А. Смирнова и П.И. Зинченко, раскрывших новые и существенные законы памяти как осмысленной человеческой деятельности, установили зависимость запоминания от поставленной задачи и выделили основные приемы запоминания сложного материала.

И лишь за последние 40 лет положение дел существенно изменилось. Появились исследования, которые показывали, что **запечатление, сохранение и воспроизведение следов связаны с глубокими биохимическими изменениями, в частности, с модификацией РНК, и что следы памяти можно переносить гуморальным, биохимическим путем.**

Наконец, появились исследования, пытающиеся выделить области мозга, необходимые для сохранения следов, и неврологические механизмы, лежащие в основе запоминания и забывания. Все это сделало раздел о психологии и психофизиологии памяти одним из наиболее богатых в психологической науке. Многие из перечисленных теорий и в настоящее время существуют на уровне гипотез, однако ясно одно, что память — это самый сложный психический процесс, состоящий из разных уровней, разных систем.

КАК ВРЕМЯ ПРЕОБРАЗУЕТСЯ В ПРОСТРАНСТВО

В человеческом мозге около миллиона километров связей. Можно легко себе представить физическую модель: у нас миллион тончайших проводов, находящихся в голове. Естественно, возникает вопрос, каким об-

разом при огромнейшем числе комбинаций мозг за доли секунды извлекает необходимую нам информацию: даты, факты, формулы, стихи и т.п. Очевидно, что ни один современный компьютер, ни одна вычислительная система и даже интернет не могут это обеспечить. Понятно, что система поиска конкретной информации совершенно иная. В такой непостижимой по объему базе данных для понимания мозг «умудряется» в этой базе данных найти такие мелочи как, например, один символ, один иероглиф, одну картинку, и также целый массив данных, состоящий из многочисленных цифр или образов. Причём, нам кажется, что это происходит мгновенно.

«Между пространством и временем... одна вещь... она не до конца понятна. Мозговые закономерности — они и отражают картину мира, и отражаются в картине мира. Но вот в мозгу время преобразуется в пространство. На клетках мозга записывается очень многое, что дальше оказывается прошлым, и оно оказывается в распределенном пространстве мозга, но временная структура возможна при воспроизведении, любая, в том числе и, оказывается, возможен уход в прошлое. Вы дальше и дальше «копаете», доходите до своего детства по пространству мозга». Это цитата из книги Бехтеревой Натальи Петровны «Магия мозга».

Первое открытие, которое сделала Наталья Петровна Бехтерева: «В мозгу работают жесткие и гибкие звенья».

Так, например, было установлено, что особенно прочно запоминаются те события, которые произвели на человека сильное впечатление. Подобная информация запоминается практически мгновенно и надолго. Менее существенные для человека данные (даже если они более сложны по своему содержанию) в памяти, как правило, надолго не сохраняются.

Таким образом, Г.Эббингауз впервые использовал для изучения памяти экспериментальный метод. Начиная с конца 19-го века, и позже процесс памяти пытаются интерпретировать по аналогии с функционированием таких устройств, как телефон, магнитофон, электронно-вычислительная машина и др. По аналогии с современными технологиями здесь имеет место классификация памяти компьютера.

В современной научной школе при анализе механизмов запоминания используются биологические аналогии. Так, например, некоторым видам памяти приписывается молекулярная основа: процесс запечатления информации сопровождается увеличением содержания в нейронах головного мозга нуклеиновых кислот.

ВИДЫ ПАМЯТИ

В качестве наиболее общего основания для выделения различных видов памяти выступает зависимость ее характеристик от особенностей деятельности по запоминанию и воспроизведению.

При этом отдельные виды памяти вычленяются в соответствии с тремя основными критериями:

- **по характеру психической активности**, преобладающей в деятельности, память делят на двигательную, эмоциональную, образную и словесно-логическую;
- **по характеру целей деятельности** — на произвольную и произвольную;

- **по продолжительности закрепления и сохранения** материалов (в связи с его ролью и местом в деятельности) — на кратковременную, долговременную и оперативную.

Непосредственный отпечаток сенсорной информации

Эта система удерживает довольно точную и полную картину мира, воспринимаемую органами чувств. Длительность сохранения картины очень невелика — 0,1–0,5 с. Для эксперимента — закройте глаза, затем откройте их на мгновение и закройте снова. Последите за тем, как увиденная вами четкая, ясная картина сохраняется некоторое время, а затем медленно исчезает.

Кратковременная память

Кратковременная память удерживает материал иного типа, нежели непосредственный отпечаток сенсорной информации. В данном случае удерживаемая информация представляет собой не полное отображение событий, которые произошли на сенсорном уровне, а непосредственную интерпретацию этих событий. Например, если при вас произнесли какую-то фразу, вы запомните не столько составляющие ее звуки, сколько слова. Обычно запоминается 5–6 последних единиц из предъявленного материала. Сделав сознательное усилие, вновь и вновь повторяя материал, можно удерживать его в кратковременной памяти на неопределенно долгое время.

Долговременная память

Существует явное и убедительное различие между памятью о только что случившемся событии и событиях далекого прошлого. Долговременная память — наиболее важная и наиболее сложная из систем памяти. Емкость первых названных систем памяти очень ограничена: первая состоит из нескольких десятых секунд, вторая — из нескольких единиц хранения. Однако какие-то границы объема долговременной памяти все же существуют, так как мозг является конечным устройством. Он состоит из 10 млрд нейронов, и каждый из них способен удерживать существенное количество информации. Причем, оно настолько велико, что практически можно считать, что емкость памяти человеческого мозга не ограничена. Все, что удерживается на протяжении более чем нескольких минут, должно находиться в системе долговременной памяти.

Главный источник трудностей, связанных с долговременной памятью, — это проблема поиска информации. Количество информации, содержащейся в памяти, очень велико, и поэтому поиск сопряжен с серьезными трудностями. Тем не менее, отыскать необходимое удастся быстро.

Оперативная память

Понятием оперативная память обозначают мнемические процессы, обслуживающие актуальные действия, операции. Такая память рассчитана на сохранение информации, с последующим забыванием соответствующей информации. Срок хранения такого вида памяти зависит от задачи и может варьировать от нескольких минут до нескольких дней. Когда мы выполняем какое-либо сложное действие, например, арифметическое, то осуществляем

его по частям, кускам. При этом мы удерживаем «в уме» некоторые промежуточные результаты до тех пор, пока имеем с ними дело. По мере продвижения к конечному результату конкретный «отработанный» материал может забываться.

Двигательная память

Двигательная память — это запоминание, сохранение и воспроизведение различных движений и их систем. Встречаются люди с ярко выраженным преобладанием этого вида памяти над другими ее видами. Один психолог признавался, что он совершенно не в состоянии воспроизвести в памяти музыкальную пьесу, а недавно услышанную оперу может воспроизвести лишь как пантомиму. Другие же люди, наоборот, вообще не замечают у себя двигательной памяти. Огромное значение этого вида памяти состоит в том, что она служит основой для формирования различных практических и трудовых навыков, равно как и навыков ходьбы, письма и т.д. Без памяти на движения мы должны были бы каждый раз учиться осуществлять соответствующие действия. Обычно признаком хорошей двигательной памяти является физическая ловкость человека, сноровка в труде, «золотые руки».

Эмоциональная память

Эмоциональная память — память на чувства. Эмоции всегда сигнализируют о том, как удовлетворяются наши потребности. Эмоциональная память имеет весьма важное значение для жизнедеятельности человека. Чувства, пережитые и сохраненные в памяти, проявляются в виде сигналов, которые либо побуждают к действию, либо удерживают от действия, вызвавшего в прошлом отрицательное переживание. Эмпатия — способность сочувствовать, сопереживать другому человеку, герою книги, основана на эмоциональной памяти.

Образная память

Образная память — память на представления, картины природы и жизни, а также на звуки, запахи, вкусы. Она бывает зрительной, слуховой, осязательной, обонятельной, вкусовой. Если зрительная и слуховая память, как правило, хорошо развиты и играют ведущую роль в жизненной ориентировке всех нормальных людей, то осязательную, обонятельную и вкусовую память в известном смысле можно назвать профессиональными видами. Как и соответствующие ощущения, эти виды памяти особенно интенсивно развиваются в связи со специфическими условиями деятельности, достигая поразительно высокого уровня в условиях компенсации или замещения недостающих видов памяти, например, у слепых, глухих и т.д.

Словесно-логическая память

Содержанием словесно-логической памяти являются наши мысли. Мысли не существуют без языка, поэтому память на них и называется не просто логической, а словесно-логической. Поскольку мысли могут быть воплощены в различную языковую форму, то воспроизведение их можно ориентировать на передачу либо только основного смысла материала, либо его буквального словесного оформления. Если в последнем случае материал вообще не подвергается смысловой обработке, то буквальное за-



учивание его оказывается уже не логическим, а механическим запоминанием.

Произвольная и произвольная память

Запоминание и воспроизведение, в котором отсутствует специальная цель что-то запомнить или припомнить, называется произвольной памятью, а в случаях, когда это целенаправленный процесс, говорят о произвольной памяти. В последнем случае процессы запоминания и воспроизведения выступают как специальные мнемические действия.

Непроизвольная и произвольная память, вместе с тем, представляют собой две последовательные ступени развития памяти. Каждый из опыта знает, какое огромное место в нашей жизни занимает произвольная память, на основе которой без специальных мнемических намерений и усилий формируется основная и по объему, и по жизненному значению часть нашего опыта. Однако в деятельности человека нередко возникает необходимость руководить своей памятью. В этих условиях важную роль играет произвольная память, дающая возможность преднамеренно заучить или припомнить то, что необходимо.

Все виды памяти тесно связаны между собой. Пользуясь несколькими видами памяти одновременно, мы улучшаем качество сохраненной и воспроизводимой информации. Существуют специально разработанные методики улучшения памяти. Многие из них применяются у детей в учреждениях образования. Каждый человек при желании может улучшить свою память при помощи различных упражнений.

ВНУТРЕННЯЯ И ВНЕШНЯЯ ПАМЯТЬ

Внутренняя память человека является объектом исследования во многих странах мира. Кроме того, проводятся многочисленные эксперименты с разнообразными животными на предмет запоминания слов, предметов, оценки и развитие умственной деятельности животных и птиц. Например, шимпанзе, собаки, крысы, вороны, попугаи и т.д.

Внешняя память человека представляет особый интерес, поскольку это направление науки, находится на начальном этапе своего развития. Это, прежде всего, память воды, золота, амулетов и, конечно, память ноосферы.

Определение ноосферы дал Владимир Иванович Вернадский. Ноосфера — это особое состояние биосферы, в которой ключевая роль принадлежит человеческому разуму. Человек, пользуясь интеллектом, создает «вторую природу» наряду с существующей. Однако в то же время он сам по себе является частью природы. Таким образом ноосфера — сфера взаимодействия общества и природы.

Эта сфера высшая стадия эволюции биосферы, становление ее связано с развитием общества, которое оказывает глубокое воздействие на природные процессы, в границах ее разумная человеческая деятельность становится определяющим фактором развития.

Кроме того, к внешней памяти человека можно отнести: блокноты, тетради, магнитофоны, компьютеры, телефоны и другие носители информации, которых в настоящее время очень много.

Одним из важнейших направлений исследований является воспроизведение информации из внутренних и внешних источников памяти человека. ☺

ПО ТЕМЕ...

Внучка всемирно известного физиолога, психиатра и невропатолога Владимира Бехтерева, нейрофизиолог с мировым именем, руководитель Института мозга человека РАН, академик Наталья Бехтерева считала, что человеческий мозг — это живое существо, находящееся в нашем теле. Ей всегда хотелось заглянуть за грань, за предел, побывать там, где никто еще не был, хотелось понять, что делает человека — человеком. И, кажется, ей это удалось. Вот кратко ее выводы:

«Фактором, наиболее часто и существенно влияющим на состояние мозга здорового человека, являются эмоции. При эмоциональных расстройствах очень хороши прогулки, разного рода двигательная активность, плавание. Воспитанный баланс эмоций, разумная гордость и стойкость — важнейшие условия для полной реализации таланта. Если бы люди были здоровы и, скажем так, оказывались бы менее часто подавлены или перевозбуждены проблемами, творческий потенциал человечества значительно увеличился бы. Особенно сейчас, в фазу растущего информационного потока.

Я часто думаю о мозге так, будто он — отдельный организм, как бы «существо в существе». Мозг охраняет сам себя от того, чтобы шквал негативных эмоций не захватил его целиком. Когда я поняла это, то испытала такое чувство, будто нашла жемчужину.

Между прочим, вы знаете, что у вас в мозгу постоянно действует детектор ошибок? Он напоминает — «вы не выключили свет в ванной», обращает ваше внимание на неправильное выражение «синий лента» и предлагает другим отделам мозга его проанализировать, лента-то «синяя», но что кроется за ошибкой — ирония, незнание или небрежность чьей-то быстрой речи, выдающая волнение? Вы же человек, вам надо знать и понимать не один, а множество планов.

Оказывается, когда кто-то говорит «после всего пережитого я стал совсем другим», он совершенно прав — перестроилась вся работа его мозга, даже некоторые центры переместились. Мы видим, как люди мыслят, как вспыхивают огоньками отдельные активные клеточки, но еще не расшифровали код мышления и не в состоянии по картинке на экране прочитать, о чем вы думаете. Может быть, никогда и не расшифруем. Я допускаю, что мысль существует отдельно от мозга, а он только улавливает ее из пространства и считывает. Мы видим многое, что не в состоянии объяснить. Я встречалась с Вангой — она читала прошлое, видела будущее. По данным Болгарской академии наук, число ее сбывшихся предвидений — 80%. Как у нее это получалось?

Принято говорить, что у нас задействованы только 5–7% мозговых клеток. Лично я на основе своих исследований склонна полагать, что у творчески мыслящего умного человека работают почти все 100% — но не разом, а как огоньки елочной гирлянды — по очереди, группами, узорами».

Наталья Бехтерева всю жизнь посвятила изучению мозга. Незадолго до ухода в лучший мир она написала научную работу «Умные живут долго».

Источник: <http://www.knigikratko.ru/articles/>



От Редакции: Махновский Андрей Иванович после окончания с Золотой медалью Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова в 1998 г. служил военным врачом, в т. ч. был главным хирургом 442 Военного клинического госпиталя (Санкт-Петербург) — главным хирургом Западного военного округа, где трудится и сейчас, одновременно являясь ассистентом кафедры госпитальной хирургии № 2 ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, где выполняет диссертационное исследование. Но, как и многие наши коллеги, Махновский А. И. — человек творческий. Представляем вниманию читателей несколько интересных стихотворений доктора с не менее интересными авторскими комментариями, в которых он обозначает свою твердую гражданскую позицию.



МЕДИЦИНА И ПОЭЗИЯ

*Авиамедицинским бригадам посвящается**

АНГЕЛ — ХРАНИТЕЛЬ

Бригада в рейс спешит к аэродрому,
И спецсигнал как бешеный орёт:
О том, что Врач, спасая жизнь больному,
Душе покинуть тело не даёт.

О том как этот Врач на самолёте,
Пытаясь ход замедлить на часах,
Стремится чью-то жизнь продлить в полёте,
Возможно — с Богом рядом в небесах.

Врач — Чудотворец, в этом нет сомненья,
И в том, что поднимаясь в облака,
Дано ему вершить предназначенье,
Смотря на всё Земное свысока.

Дозатор, инотроп и вазопрессор,
Оксиметр, ИВЛ и кислород.
Дыханья ритм определил процессор,
И в норме для всего у них расход.

Кровь остановит гемостатик в ране,
Ослаблена над ней закрутка-жгут:
С ногой вернется мальчик этот к маме —
Прервал Врач ход критических минут ...

Борт приземлится с раненым стабильным,
И спецсигнал, как прежде, заорёт:
О том, что Врач, на небе став всеильным,
Душе покинуть тело не даёт.

*Санкт-Петербург, декабрь 2017 г.
<https://www.stihi.ru/2017/12/09/4862>*

* Примечание автора: отделение скорой медицинской помощи 442 Военного клинического госпиталя — первое в истории Вооруженных Сил Российской Федерации штатное отделение такого профиля. За полтора года работы специалисты отделения сохранили жизнь и здоровье десяткам пациентов, которые своевременно были доставлены в специализированные стационары (Военно-медицинскую академию им. С. М. Кирова, Главный и центральные военные госпитали).

*1469 Военно-морскому клиническому госпиталю
в День 80-летия посвящается*

ПОЧЕТНАЯ ВАХТА

Североморский госпиталь на Флоте —
И Флагман медицины, и спецназ.
На суше, в море, в боевом расчете —
Везде готов он выполнить приказ.

Врачи и на воде, и под водой,
На вертолете — в стужу и в пургу
Всегда готовы рисковать собою,
Не находясь на твердом берегу.

Герои эти в мгле полярной ночи
Заменяют пациентам Солнца свет.
И зимний день не кажется короче,
Когда их добротой он согрет.

И в Арктике, и в Средиземноморье
Дежурит Флот и вахты нет важней —
Служить во имя жизни и здоровья
Защитников и членов их семей.

*Североморск, октябрь 2016 г.
<https://www.stihi.ru/2016/10/14/7285>*

*Моему учителю и наставнику ведущему хирургу
442 окружного военного клинического госпиталя
Иванову Юрию Андреевичу в день 70-летия посвящается*

ИГРАЮЩИЙ ТРЕНЕР**

Когда хирургов бравая бригада,
Собравшись вместе даст болезни бой,
В опасные моменты, если надо,
Ей тренер подыграет головой.

А если надо — может он руками
За каждого в отдельности сыграть:
Поможет и словами, и делами,
Не отдохнув, вступает в бой опять.

** Примечание автора: по образному выражению Юрия Андреевича Иванова ведущий хирург — это играющий тренер.



Ну а потом разбор игры устроит,
С командой тренировку проведет,
Бригады из хирургов подготовит
И в бой бригады эти поведет ...

Прошли года — другой состав играет,
И тренер молодой в команде той
На ветеранов коллектив равняет
И уровень эпохи золотой.

Им суждено постичь свои вершины
Добром, искусством, знанием, трудом,
Но прошлое — и в том они едины —
Дает им сил, поскольку сила — в нем.

Мы говорим Учителю: «Спасибо»,
И низкий отдаем ему поклон
За всех — кого учил он хирургии,
За всех — чью жизнь спасал когда-то он.

*Санкт-Петербург, 13 марта 2014 года
<https://www.stihi.ru/2017/04/22/3105>*

*Пушкинскому военному госпиталю в день 75-летия
(195-летия) посвящается*

ГИПЕРБОЛИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ

В тени садов и парков Царскосельских
Стоит в строю парадном двести лет
Среди рядов гусарских и гвардейских —
Второго класса местный лазарет*.

Лейб-медицины храм — здесь воцаряли
Наука и профессионализм,
Здесь стены персоналу прививали
Дворцовый этикет и гуманизм.

Здесь улицу в честь Виллие называли,
Но в годы Революции, увы,
Вдруг вспомнили: «Когда-то здесь Радищев
Из Петербурга ехал до Москвы».

Всех войн печаль знакома лазарету,
И сам, погибнув у врага в плену,
Историю свою как эстафету,
Не передал тогда он никому.

* Примечание автора: в 1819 году Яков Васильевич Виллие — один из основоположников Российской военно-медицинской науки — основал в Царском Селе военный лазарет. В 1830 году в честь Виллие в Царском Селе одна из улиц получила название Велиовская. А в 1919 году после Октябрьской революции улица Велиовская была переименована в улицу Радищева, так как по преданию именно здесь великий русский писатель и просветитель останавливался во время своего знаменитого «Путешествия из Петербурга в Москву». Во время фашистской оккупации военный лазарет прекратил свое существование. Но еще до войны в 1939 году на Невском проспекте был создан новый госпиталь, который в 1954 году был передислоцирован в Пушкин и именно на улицу Радищева и по всем канонам является правопреемником Царскосельского военного лазарета. В 2014 году мы отметили 75-летие Пушкинского военного госпиталя. А в 2019 году — должны отметить двухсотлетие Царскосельского военного лазарета.

Но и фашистам флаг его не сдался,
И знамя всех наследников нашло —
На Невском новый госпиталь рождался,
Чтобы вернуться в Царское Село.

История им бережно хранима.
И сколько бы столетий не прошло,
Он Пушкинский — везде ему чужбина,
Его Отчизна — Царское Село.

*Пушкин, 18 сентября 2014 года
<https://www.stihi.ru/2017/04/20/9521>*

Первому Военно-морскому госпиталю посвящается

ВОЗВРАЩЕНИЕ ИМЕНИ

В канун трехвекового юбилея
Манкурты**, страх и совесть потеряв,
Морскую медицину в колыбели
Убить хотели, имя отобрав.

Убить хотели подло и жестоко:
Сперва — заставив имя позабыть,
Ну а потом — цинично, методично
Обосновав, что надо сократить***.

Но подлые манкурты просчитались,
И Божий гнев обрушился на них:
Иных уж нет, а те — далече, каюсь
Плохим примером стали для других.

Вернули имя, знамя и награды,
Но Флагман, к сожалению, сел на мель.
И я тебе семь футов пожелаю,
Врачей Адмиралтейских колыбель.

И в добрый путь благословим всем Миром
Мы экипаж орденосный твой.
В бой за здоровье воинов России
Вернулся Первый госпиталь морской.

*Санкт-Петербург, февраль 2014 г.
<https://www.stihi.ru/2016/09/26/3649>*

** Термин «манкурт» в романе Чингиза Айтматова «Буранный полустанок» («И дольше века длится день») употребляется для обозначения человека, потерявшего связь со своими корнями, забывшего о своём родстве. В настоящее время он стал нарицательным и уже используется в публицистике;

*** Примечание автора: в 2012 году за 3 года до 300-летия Первого военно-морского госпиталя чиновники (манкурты) решили сократить (продать) старейшее военно-морское медицинское учреждение России. Но даже они побоялись сокращать Первый военно-морской госпиталь и предварительно (за два года) отобрали у госпиталя историческое наименование: переименовали в «Госпиталь на Старо-Петергофском проспекте», так как сокращение учреждения с таким наименованием не должно было вызвать серьезного общественного резонанса. Бог хранит Первый военно-морской госпиталь — манкуртам не удалось реализовать свой план. Мы отстаивали госпиталь — сохранили наследие Петра Великого: в 2014 году вернули госпиталю историческое наименование, а в 2015 году — поздравили с 300-летним юбилеем.

РОДИТЕЛЬСКИЙ КЛУБ НА БАРОЧНОЙ, 4



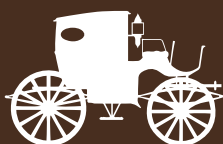
РЕКЛАМА



РОДИТЕЛЬСКИЙ КЛУБ НА БАРОЧНОЙ, 4

- ♦ **ВСТРЕЧИ С ВЕДУЩИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ** – педиатрами, психологами, логопедами, неврологами и др., лекции, консультации, ответы на вопросы.
- ♦ **КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ ПО ПРОГРАММЕ «ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ».**
- ♦ **КОНСУЛЬТАТИВНАЯ СЛУЖБА ПО САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ:** выбор профильного курорта с учетом показаний и противопоказаний, информационное сопровождение, визовая поддержка, организация индивидуальных и групповых поездок на курорты России, Венгрии, Сербии и др.
- ♦ **СЕМЕЙНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА.**
- ♦ **ПРОФОРИЕНТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ.**
- ♦ **ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ:** массаж классический, гуа-ша, лимфодренажный ...;
микросферотерапия в капсуле.
- ♦ **ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА, ЙОГА И ДР.**

Адрес: Санкт-Петербург,
ул. Барочная, 4 (во дворе),
ст. м. Чкаловская



Тел.: +7 (911) 146-99-21,
+7 (921) 589-15-82,
+7 (921) 956-45-90



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, бьюет 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