

научно-практический журнал для врачей

Пятиминутка

№ 4 (55) 2019

**Странные виды лечения
или О нравственности
в медицине**

**Перспективы отраслевого
взаимодействия
в комплексной реабилитации**

**Профилактика и лечение ОРИ
у ЧБД**

**Аэроионотерапия в курортной
биоклиматологии**

**Профилактика и лечение
повреждений ОДА
у спортсменов**

Соматипология

**Био-геомагнитная астрология
и астрологический прогноз
на 2020 год**



ISSN 2071-0712



9 772071 071005 1 9004 >

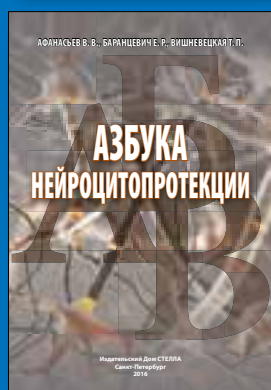
Per aspera ad astra
Через тернии к звездам

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, 2019)

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.
- Трубина М. А.**, кандидат географических наук, член-корр. МАНЭБ, действительный член Российского Географического Общества, старший научный сотрудник отдела курортной биоклиматологии, Пятигорский научно-исследовательский институт курортологии, филиал ФГБУ СКФНЦК ФМБА России, г. Пятигорск
- 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.
- Юрьева Р. Г.**, зав. отделением Городского реабилитационного центра для детей с психоневрологической патологией, специалист по детской реабилитации, кандидат медицинских наук, СПб.

Адрес редакции: 191144, СПб, 8-ая Советская ул., 50, лит. Б, пом. 1-Н
Фактический адрес: Санкт-Петербург, Лермонтовский пр., 144, 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: 23.12.2019
Тираж: 10 000 экз. Заказ № 3462
© Издательский Дом СТЕЛЛА, 2019

Отпечатано в типографии ООО «Невская Типография», 197198, город Санкт-Петербург, Ропшинская улица, дом 1/32, литер А, помещение 4Н, офис 9
тел. +7(812) 380-79-50. E-mail: spbcolor@mail.ru



Уважаемые коллеги!

В новогоднем выпуске журнала мы предлагаем много тем для дискуссий, которые будут развиваться и в Новом 2020 Году. По-прежнему наших специалистов волнует тема народной и альтернативной медицины, тема курортологии и реабилитации, тема новых технологий в отечественном здравоохранении, а также сама система здравоохранения, которая никак не может выйти из кризиса. Мы продолжаем публикацию актуальной экологической информации, в частности, о состоянии воздушной среды Санкт-Петербурга и влиянии этого фактора на здоровье населения. Продолжаем размещать материалы по биоклиматологии, педиатрии, комплексной реабилитации, спортивной медицине и т. д.

Мы продолжаем знакомить вас с нашими эксклюзивными мероприятиями и главными проектами издательства, в т. ч. с лечебно-оздоровительными и информационными программами, которые мы проводим на отечественных и зарубежных курортах.

Приглашаем всех наших коллег к участию в международных конференциях и рабочих поездках по обмену опытом с зарубежными специалистами, которые мы организуем силами Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество», которое работает при издательстве с 2012 г. Все объявления о будущих мероприятиях вы найдете на страницах журнала.

Как всегда, ждем ваших отзывов, мнений и предложений.

Поздравляем с наступающим Новым Годом! Желаем гармонии и на работе, и дома, благополучия и успехов!

С уважением,
главный редактор, кандидат медицинских наук,
Марина Аркадьевна Мамаева.

Фото на первой обложке:

Трубина Марина Августиновна — кандидат географических наук, член-корр. МАНЭБ, действительный член Российского Географического Общества, старший научный сотрудник отдела курортной биоклиматологии Пятигорского научно-исследовательского института курортологии, филиала ФГБУ СКФНЦК ФМБА России, член Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество». Статью М. А. Трубиной читайте на стр. 40

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

**Наш информационный партнер —
интернет-журнал: sciencepop.ru**

SCIENCEPOP
НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ИНТЕРНЕТ-ЖУРНАЛ

Читайте в следующем номере:

- Санаторно-курортная реабилитация пациентов с онкологической патологией
- Проблема профессионального выгорания медицинских работников
- Лечение витилиго
- Криотерапия в дерматологии
- Экология мегаполиса и здоровье населения
- Речевые нарушения у детей
- Геммотерапия в гастроэнтерологии
- Депрессия как социальная и медицинская проблема
- Профилактика ожирения

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	
	Плательщик (подпись)							

Уважаемые читатели!

Чтобы подписаться на наш журнал, необходимо:

1. Заполнить квитанцию и перечислить деньги на расчетный счет ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА» с четким указанием платежа «Подписка на журнал «Пятиминутка» № 1–6 / 2020 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 — **250 рублей**. Стоимость годовой подписки (6 номеров) — **1500 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	
	Плательщик (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:

Актуальная проблема. Мамаева М. А.

Странные виды лечения или О нравственности в медицине [4–8]

Наши Учителя. В. И. Бондарь

Ее след на этой земле:

профессор Татьяна Сергеевна Соколова [9–14]

Экология и здоровье. Гордышевский С. М.

Аналитический обзор по проблеме мусоросжигания:

экологические аспекты, влияние на здоровье человека [15–21]

Педиатрия. Мамаева М. А.

Профилактика и лечение ОРИ у часто болеющих детей [22–28]

II-я Международная научно-практическая конференция

«Перспективы отраслевого взаимодействия в комплексной реабилитации» в г. Орел [29–30]

Комплексная реабилитация. Юрьева Р. Г.

Долгожданное и востребованное событие [30–31]

Комплексная реабилитация. Ильина И. В.

Формирование комплексных реабилитационных программ

в условиях дефицита ресурсов медицинской реабилитации [32–35]

Спортивная медицина. Лутков В. Ф., Шадрин Д. И.

Возможность применения медицинских изделий «Coletex»

в профилактике и лечении повреждений

опорно-двигательного аппарата у спортсменов [36–39]

Санаторно-курортное лечение.

Трубина М. А., Поволоцкая Н. П.

Аэроионотерапия в курортной биоклиматологии:

«атмосфера — это пастбище жизни» [40–45]

Кардиология. Филиппова Л. В.

О патогенезе гипертонической энцефалопатии

[46–47]

Медицинская астрология. Валин А. Д.

Био-геомагнитная астрология. Влияние мест проживания

на здоровье. Диагностика и целительные возможности [48–51]

Тема для обсуждения. Кисина Е. В.

Соматипология

[52–54]

Медицинская астрология. Храмцова С. А.

Астрологический прогноз на 2020 год

для всех знаков Зодиака [55–60]



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

СТРАННЫЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ О НРАВСТВЕННОСТИ В МЕДИЦИНЕ

*«Природа весьма проста: что этому противоречит,
должно быть отвергнуто».*

М. В. Ломоносов

Современная официальная медицина, которую принято называть «классической», существует не так долго — несколько столетий, в то время как медицина народная, или традиционная, существует столько тысячелетий, сколько существует человечество.

Современная официальная медицина базируется на использовании продукции фармацевтической промышленности и медицинских технологий, а народная медицина опирается исключительно на природные средства и на возможности человека.

Казалось бы, вывод очевиден — оба направления должны развиваться в гармоничном равновесии и взаимодействии друг с другом, а при сопоставимой эффективности предпочтение должно отдаваться целительным силам Природы, а не химическим препаратам и аппаратным методикам, имеющим массу неблагоприятных побочных эффектов.

Тем не менее, сложилась парадоксальная ситуация. Методы и технологии «классической» медицины активно рекламируются и поддерживаются на государственном уровне, в то время как народную медицину в наше просвещенное время считают чуть ли не «мракобесием».

Причины такого положения вещей лежат на поверхности. Фармацевтический бизнес и производство медицинской техники достигли таких масштабов, что противостоять этому, конечно, не могут малочисленные представители и приверженцы народной медицины, а также специалисты так называемых альтернативных направлений, к которым до сей поры относятся гомеопатия, фитотерапия, рефлексотерапия, биоэнергетика и т. п. И не-

смотря на то, что опыт народной медицины измеряется тысячелетиями, мало того — уже в наше время усилиями отдельных исследователей накоплена большая научно-доказательная база высокой эффективности народных и природных методик исцеления различных недугов, тем не менее, все направления и методы народной медицины вынуждены буквально продираться «сквозь тернии к звездам», снова и снова доказывая свое право на жизнь.

Дошло до того, что Комиссия «по псевдонауке» при РАН объявляет давно используемые в медицине методы, известные своей эффективностью, «псевдонаучными», а ученых, работающих в данных сферах, — «пособниками псевдонауки».

Радует, что в Государственной Думе РФ не все согласны с подобными умозаключениями. Так, первый зам. председателя комитета по охране здоровья Госдумы РФ Федот Тумусов сообщил, что в Госдуме намерены добиваться легализации народной медицины на законодательном уровне. «Веками накопленный опыт должен работать на профилактику, реабилитацию, лечение, а, значит, на продление жизни каждого россиянина», — цитирует парламентария Агентство «Москва» (1).

В то же время давно напрашивается вопрос: а так ли на самом деле доказательна современная классическая доказательная медицина?

ДОКАЗАТЕЛЬНА ЛИ ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА?

Известный в мире науки человек — профессор медицины Стэнфордского университета Джон Иоаннидис в течение 10 лет говорит о проблеме ненадежности современных биомедицинских исследований. Так, 25 октября

Символические грифоны

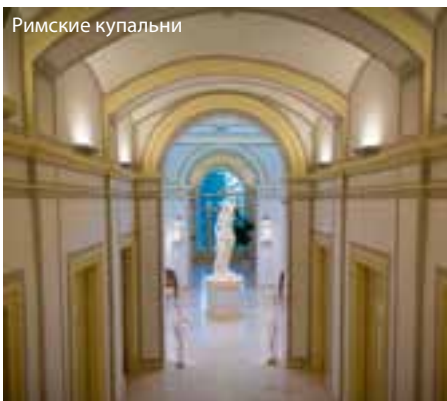


RIMSKE TERME
MDCCCXLVII

Гостиничный комплекс



Римские купальни



Римские Термы, бювет



Гостиница Здравилишки Двор



Римские Термы на закате



Крытый бассейн



Наружные бассейны



Ресторан



Римские Термы. Место силы



2019 г. он выступил в Санкт-Петербурге с лекцией «Medical evidence: flawed, but possible to fix», в которой подверг сомнению доказательность и достоверность современных научных исследований в области медицины. Профессор не без оснований считает, что множество исследований не отражают реальность, не решают актуальных проблем, являются по сути недостоверными и бесполезными, т.е. не имеют никакого практического значения, несмотря на то, что на эти исследования были потрачены огромные деньги.

«Чтобы исследование было полезным, оно должно быть не только достоверным», — считает ученый. Исследование должно помогать решать реальную проблему в здравоохранении и соответствовать главным нуждам пациентов; оно должно быть достаточно длительным и объемным, чтобы быть информативным. Профессор пришел к выводу, что в реальности исследуются далеко не те болезни, что уносят больше жизней или ведут к инвалидности. Эта диспропорция особенно заметна, если рассмотреть публикации о паразитарных заболеваниях, респираторных инфекциях, перинатальных состояниях, нарушениях, вызванных дефицитом питания, и т.д. — публикаций по этим насущным проблемам очень мало в общей массе, они не получают достаточного внимания исследователей. И, наоборот, очень много работ об эндокринных нарушениях, в частности, ожирении, онкологических заболеваниях и дерматологических проблемах, хотя «бремя от них куда меньше, чем от вышеперечисленных болезней» (2).

«Мы имеем дело с ситуацией, когда около 90% опубликованных исследований ненадежны, не дают определенности, не позволяют принять лучшее решение или не приносят пользы пациенту. К сожалению, ... у врачей нет той подготовки, которая позволила бы им оценить полезность и надежность исследования, понять, насколько качественны доказательства, и распознать те случаи, когда публикация дезинформирует», — считает профессор Д. Иоаннидис (2).

Но это еще не все. Если говорить о достоверности результатов исследований, надо понимать, что финансируются они чаще всего крупными фармацевтическими компаниями. А это значит, что результаты должны служить именно их интересам. «Это все равно, что взять у художника картину, повесить ее на стену рядом с чужими работами и попросить его выбрать лучшую. Неудивительно, что в некоторых видах клинических исследований более 96% результатов говорят в пользу их спонсора», — справедливо замечает профессор (2).

В ЧЕМ КРИТЕРИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ?

Если обратиться к мнению того же профессора Д. Иоаннидиса, необходим метаанализ уже имеющихся научных публикаций, и с этим сейчас большая проблема.

Однако есть и другие, проверенные тысячелетиями критерии доказательности того или иного медицинского метода. Например, его эффективность. Казалось бы, все просто. После применения метода или лекарственного средства человек выздоровел. Разве выздоровление пациента не может служить критерием доказательности метода? А если выздоровел не один человек, а сто, двести,

тысячи? А если люди выздоравливали веками, из поколения в поколение передавая знания об эффективности того или иного исцеляющего средства или метода? Именно такой доказательной базой обладает народная медицина, чем современная «классическая» медицина похвастаться не может.

Однако методы народной медицины почему-то должны снова доказывать и передоказывать свою состоятельность наравне с новыми фармацевтическими препаратами. Справедливо ли это? Очевидно, нет.

Дело в том, что в народной медицине человек рассматривается как индивидуальность, неповторимое сочетание особенностей, нюансов, качеств, сложившихся в единую систему. Соответственно, применяется индивидуальный подход к каждому пациенту. «Классическая» медицина индивидуальный подход только декларирует, а на деле оперирует схемами и алгоритмами, где пациент — некий «стандарт», «винтик» в системе кабинетов и этапов оказания медицинской помощи. И все реформы и нововведения последних лет в отечественном здравоохранении только усугубляют данную схематизацию и стандартизацию.

Если бы этот «конвейер», состоящий из амбулаторного и стационарного звена, а, если повезет, еще и из санаторно-курортного, работал, как положено... Но на деле обычный среднестатистический пациент не может без проблем вовремя попасть на прием даже к участковому врачу, не то что к узкому специалисту... А если даже попал, то за 10 минут, отведенные врачу регламентом Минздрава, специалист не в состоянии разобраться в проблеме пациента, поставить диагноз, назначить адекватное обследование и лечение, оформить все положенные документы. Видимо, регламенты и «стандарты» составляют люди, далекие от практической медицины.

ЧТО ДЕЛАТЬ ПАЦИЕНТУ В ДАННОЙ СИТУАЦИИ?

Выход первый. Пациент обращается в коммерческую клинику. И, надо сказать, коммерческий сектор здравоохранения в такой обстановке разрастается ныне не по дням, а по часам. И если вопросы нравственности, гуманности, человечности в государственном секторе здравоохранения, мягко выражаясь, «хромают», то коммерческая медицина откровенно ставит во главу угла прибыль (это прописано в Уставах всех подобных учреждений). Как говорится, ничего личного...

А потому, перешагнув порог коммерческой клиники, пациент должен быть готов к серьезным финансовым расходам, поскольку большинство коммерческих ЛПУ грешат назначением излишних и дорогостоящих обследований и процедур, ведь главное — прибыль! Далеко не все пациенты имеют такие финансовые возможности.

Выход второй. Пациент ищет возможность попасть на прием к народному целителю. Как правило, целитель — это человек, обладающий природным даром ясновидения и специализирующийся на лечении разных недугов. Это та народная медицина, которая известна в веках и у всех народов мира. Но! Поскольку шаманов, ведунгов, ясновидящих, целителей у нас в стране принято считать шарлатанами, все они как бы вне закона, как бы занимаются незаконной деятельностью, а потому стара-

ются тихо и мирно выполнять свою миссию, особо себя нигде не рекламируя. Более того, как и тысячелетия назад, дорогу к ним люди находят сами, благодаря народной молве, «сарафанному радио».

Однако в таких условиях создается благоприятная обстановка для массового появления разного рода дельцов, паразитирующих на теме целительства. Они создают свои Центры с громкими названиями, открывают «многоступенчатые» обучающие курсы по экстрасенсорике, магии и, что удивительно, повсеместно размещают свою рекламу, привлекая и пациентов, и просто любознательных людей, таким образом устраивая свой успешный бизнес.

Как обычному человеку разобраться, кто «от Бога», а кто — совсем с другой стороны? На этот счет, пожалуй, есть несколько критериев.

Настоящий целитель не требует от людей денег, а уж тем более — больших денег, не выставляет прайс на свои «услуги», его просто благодарят. Благодарность может выражаться и в денежном эквиваленте, но она добровольная, а не принудительная. Это как в храме — вы можете купить свечи, иконы, оставить пожертвование, а можете просто зайти и помолиться без каких-либо материальных затрат. Так и к целителю. В конце концов, целитель — тоже живой человек, и ему надо на что-то жить. Люди это прекрасно понимают и благодарят.

Настоящий целитель не рекламирует себя, развешивая объявления на столбах и публикуя в газетах, не устраивает шоу в больших концертных залах и на стадионах, демонстрируя свои магические способности. Как сказано выше, люди сами находят к нему дорогу. Раз Небеса одарили такими способностями, Небеса укажут и путь...

Настоящий целитель не использует театральную атрибутику (символические предметы, магические камни, амулеты, иконы, заклинания и т.д.), чтобы создавать мистическую обстановку, он просто работает, как врач на приеме.

На самом деле отличий много. Главное — определить, добрый человек или злой. И если он плохо отзывается о людях, с легкостью раскрывает секреты своих клиентов, отказывает людям в помощи по причине их бедности, — к такому целителю лучше не обращаться. Добра от его советов, все равно, не будет (3).

СТРАННЫЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Многие годы параллельно своей врачебной и преподавательской деятельности я изучала феномен народных целителей. Рекомендации целителей порой, действительно, можно назвать странными. Так, известный санкт-петербургский целитель Юрий Васильевич Кретов нередко онкологическим больным рекомендовал «жужжать» фарфоровыми блюдцами над определенным участком тела или мысленно «крутить винт» в определенном направлении. В каких-то случаях пациенту было показано «водить магнитом над головой», в каких-то — под конкретным углом приставлять зеркало и т.д. И это работало! А сколько «безнадежных» пациентов Ю. Кретов вывел из комы, «выдувая их из тоннеля»! Если бы я не была живым свидетелем всех этих «странных вещей», то, вероятно, сомневалась бы до сих пор в эффективности подобных методик.

Целительница из Анапы Татьяна Викторовна Мазалова работает более всего с водой. По воде она видит многое, в частности, информацию о состоянии здоровья человека. Воду может заряжать руками, т.к. с детства обладает большими биоэнергетическими способностями. И вода становится лекарством для этого конкретного человека.

Таджикский целитель Пахлавон Кучков был посвящен в чтецы Корана, ему разрешили исцелять людей молитвами т.к. он тоже обладает природным даром ясновидения, а такой дар ко многому обязывает.

Подробнее о целителях и результатах исследования их феномена можно прочесть многочисленные статьи в нашем журнале, начиная с 2009 г. (www.stella.uspb.ru)

Хочется призвать коллег относиться хотя бы чуточку терпимее к целителям и к их миссии на Земле. Не отгораживаться, не отвергать, а допускать возможность сотрудничества — вот путь, по которому нам должно идти. Это разумно, это полезно, это по-людски.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИРОДОЙ

Одним из самых древних направлений народной медицины можно считать то, что сегодня мы называем санаторно-курортным лечением. Наши предки испокон веков старались селиться вблизи минеральных и термальных источников, карстовых пещер, на морском побережье, а также у грязевых озер. Наблюдая за поведением животных, древние люди вслед за ними использовали природные ресурсы для лечения разных болезней.

Наша отечественная курортология как наука в этом году отметила свой 300-летний юбилей. В принципе, именно в России при Петре I курортология и начала развиваться, а затем уже бурно развивались и европейские курорты. Расцветом отечественной курортологии можно считать советский период. Так, к концу 70-х годов прошлого столетия в Советском Союзе насчитывалось 14 НИИ курортологии, которые занимались не только изысканием и изучением эффективности курортных ресурсов, но и обустройством курортов. Все граждане страны имели доступ к санаторно-курортному лечению на бесплатной основе. Работала единая система санаторно-курортной службы страны.

Однако сейчас по понятным причинам обстановка несколько иная. Грустно констатировать, но многие бывшие союзные здравницы так и не оправились после эпохи «реформ» и «перестроек», представляя собой ныне одни лишь развалины. А те санатории, которые сейчас функционируют, рассчитаны либо на неприспособленного пациента, т.к. далеки от европейского уровня, либо настолько дороги, что не по карману среднестатистическому гражданину.

В европейских странах давно наравне с обычными санаториями санаторно-курортные программы лечения и оздоровления осуществляют на базе лечебных гостиниц, оснащенных добротными медицинскими центрами. Проживая в таких комфортных гостиницах, люди не ощущают себя пациентами, они не ограничены рамками лечебного учреждения, хотя тут же на месте могут получать лечебные процедуры согласно рекомендациям врача реабилитолога.

Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА



в течение многих лет изучает опыт зарубежных коллег по программам санаторно-курортной реабилитации и оздоровления пациентов различного профиля, активно передавая этот опыт соотечественникам на конференциях и семинарах. На страницах журнала «Пятиминутка» регулярно публикуются материалы о курортах Венгрии, Сербии, Германии, Словении и т.д. Более того, на базе европейских курортов наша общественная организация проводит международные конференции по обмену опытом.

Так, в 2–9 февраля 2020 г. на венгерском курорте Хевиз состоится уже 7-я ежегодная международная конференция «Альтернативная медицина. Возможности сотрудничества медицины народной, природной и классической».

А 30 апреля — 07 мая в Словении, на курорте Римские Термы состоится семинар «Стихия Земля. Биоэнергетика Земли — значение в курортологии».

Курорты Словении — это относительно новое направление для изучения современной курортологии специалистами нашего Общества. Маленькая европейская страна Словения расположена, как и Венгрия, на благодатной территории с древним названием Паннония, где находится множество термально-минеральных источников и месторождений целебных пелоидов. Географическое положение среди горных массивов обеспечивает чистейший горный воздух этой стране. Южные широты объясняют огромное количество солнечных дней в году, что предрасполагает не только к развитию оздоровительного туризма, но и к виноделию, развитию сельского хозяйства.

Словения граничит с такими благополучными европейскими странами, как Австрия, Хорватия, Венгрия, Италия... На юге Словения имеет морское побережье, где расположены многочисленные отели и апартаменты, в летний сезон пользующиеся большой популярностью у любителей пляжного отдыха и талассотерапии.

Северо-восточная часть этой маленькой страны славится своими термальными курортами. В мае текущего года нам удалось осуществить рабочую поездку на курорты Словении, причем, познакомиться, пожалуй, с самыми известными курортами, имеющими международное признание — Рогашка Слатина, Термы Раденцы, Термы 3000, Римские Термы. На всех этих курортах прекрасно развита инфраструктура, а лечебные гостиницы и многопрофильные медицинские центры работают в тесном сотрудничестве.

Курорт Римские Термы выгодно отличается от других курортов Словении тем, что он расположен в живописном месте среди гор и лесов. Территория курорта производит впечатление сказочного места. Многоуровневые гостиницы как будто высечены в горе, внутренние интерьеры отличаются роскошью и простором. Особенностью внутреннего убранства являются крылатые фразы на латинском языке, которые есть даже в бассейнах, медицинском центре, комнатах для проживания. Лечебная вода в Римских термально-минеральных источниках используется как для питьевых курсов, так и для наружного применения. Вода характеризуется повышенным содержанием кальция, кремния, гидрокарбонатов, умеренным содержанием магния и уголекислоты, а также в очень небольших количествах присутствуют и другие минералы.

Лечебная вода эффективна при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани, артритах и артрозах, дегенеративных заболеваниях позвоночника, при ревматической патологии, применяется в программах реабилитации спортсменов и пациентов после травм и операций на суставах. Кроме того, в Римских термах есть и программы лечения бесплодия. Питьевые курсы рекомендуются при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, при обменных нарушениях, а также для повышения иммунитета. А чистейший горный воздух и умиротворяющая атмосфера курорта, расположенного в живописном уголке природы, позволили разработать и эффективно использовать программы реабилитации пациентов с неврологической и бронхолегочной патологией, включая онкологические заболевания. Это тот редкий курорт, куда смело можно направлять пациентов, перенесших онкологическую патологию, сложные виды агрессивного лечения, и нуждающихся в качественной реабилитации.

Но главной достопримечательностью курорта, на наш взгляд, является сама земля, на которой он расположен. Поскольку курорт находится в горной долине, где много тысячелетий назад происходили некие тектонические события, в настоящее время эту территорию считают «местом силы», т.к. сама земля обладает мощной биоэнергетической активностью. И визуальных признаков тому очень много, помимо мнений высоко чувствительных людей, которые биолокационными методами определяют наиболее «сильные» участки территории...

Сказочная красота этих мест, бережно сохраненная старина в виде замков, дворцов, крепостей и даже целых городков в стиле Средневековья придают отдыху и лечению в Словении особый шарм, гармонизируя внутренний мир каждого человека, способствуя релаксу и хорошему настроению.

В августе 2019 г. нам удалось организовать на этом курорте семинар, посвященный программам санаторно-курортной реабилитации, в котором приняли участие специалисты из Санкт-Петербурга, Москвы, Кисловодска. А 30 апреля — 07 мая 2020 г. запланировано уже второе большое мероприятие, которое мы посвящаем и самому курорту Римские Термы, и курортологии Словении, и биоэнергетике Земли, поскольку именно на этом курорте данное явление наиболее активно и ощутимо.

Приглашаем к участию в наших мероприятиях всех наших коллег, кто предпочитает природные методы лечения и оздоровления, стремится расширить свой профессиональный кругозор и вести здоровый образ жизни. ☀

Следите за нашими объявлениями на сайте:
www.stella.uspb.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. https://www.m24.ru/news/vlast/07112019/96324?utm_source=CopyBuf
2. <https://republic.ru/posts/95092>
3. Мамаева М. А. Свет и Тьма, или маги, экстрасенсы и целители: кто есть кто? — СПб: Издательский Дом СТЕЛЛА, 2011. — 60 с.



От Редакции: 02 декабря 2019 года — столетний юбилей со Дня рождения основоположника детской аллергологии, создателя отечественной школы детских аллергологов и детской аллергологической службы в стране, профессора Татьяны Сергеевны Соколовой. В этой связи мы повторно публикуем статью одного из ее учеников — д. м. н. Виктора Ивановича Бондаря (см. «Пятиминутка» № 2 (31) — 2015 г.).

Бондарь В. И., доктор медицинских наук, академик АМТН РФ,
(40-й, последний, аспирант проф. Т. С. Соколовой), Москва, Россия

ЕЕ СЛЕД НА ЭТОЙ ЗЕМЛЕ: ПРОФЕССОР ТАТЬЯНА СЕРГЕЕВНА СОКОЛОВА

СОКОЛОВА Татьяна Сергеевна — одна из основоположников отечественной аллергологии, основоположник детской аллергологии, создатель признанной в мире отечественной школы детских аллергологов и детской аллергологической службы на территории бывшего СССР, профессор, заведующая I клиникой раннего возраста (аллергологической) НИИ педиатрии АМН СССР (РАМН) (1962–1994), родилась 02 декабря 1919 г. в селе Дубасово Гусевского района Владимирская обл.

Отец — Сергей Алексеевич Бессонов (1892–1941) — советский государственный, общественный и партийный деятель, дипломат, профессор (1924 г.). Сын псаломщика, родился в г. Киржач Владимирской губернии, окончил Владимирское духовное училище. А уже из духовной академии, куда был принят как несомненно талантливый ученик, был отчислен в 1912 г. за политическую деятельность в партии социал-революционеров. На деньги московского мецената Шахова был отправлен на учебу за границу, где получал экономическое образование в Бернском университете. И там активно включился в деятельность Международной организации социалистической молодежи. За время обучения за границей проявились его недюженные способности к иностранным языкам. В 1914 г. — вернулся в Россию для получения диплома экономиста в Петроградском университете. В том же году был выслан в Вологодскую губернию за выступления в студенческом кружке и как активный деятель партии эсеров. В 1915 г. — был призван в армию. В 1918 г. по идейным соображениям порывает с партией эсэров, в 1919 г. добровольцем вступает в ряды РККА, где также проявились и не остались незамеченными его разносторонние способности, образование, умение полемиста и оратора и несомненный организа-



Профессор Татьяна Сергеевна
Соколова (02.12.1919–13.08.2009 г.)

торский талант. В 1920 г. С. А. Бессонов вступает в ряды партии большевиков и в дальнейшем с успехом реализуется на самых разных партийных и хозяйственных должностях. И здесь его разносторонний талант и несомненный творческий потенциал и знания не остаются не замеченными — его направляют в Институт Красной Профессуры, после окончания которого он в 1924 г., как один из лучших выпускников, был направлен на стажировку, как экономист, в Германию и Англию. По возвращении его назначают ректором Уральского университета (до 1925 года), а затем Уральского политехнического института (до 1927 года) в Свердловске, и там он, его активная созидательная деятельность оставили неизгладимый след и в истории этих ВУЗ-ов, и в исто-

рии образовательной системы региона. В 1930–1937 гг. он был призван на дипломатическую работу, где также проявил себя высшей степени компетентным специалистом на крупных должностях в торгпредствах и полпредствах в Англии и Германии, где находился вместе с семьей. По роду своей деятельности Сергей Алексеевич тесно контактировал с Г. Л. Пятаковым, в связи с чем, в 1937 г. был арестован по делу Бухарина-Рыкова-Пятакова и осужден на 15 лет с поражением в правах и конфискацией. Т. к. дело строилось исключительно на свидетельских показаниях самих арестованных, и известны изощренные методы их добывания, — вопрос о реальной подоплеке этого дела остается открытым, и в то же время прекрасно известно, сколь ревностно И. В. Сталин относился к любому намеку в конкуренции с ним на власть, роль в истории и авторитет в партии. Отбывал Бессонов С. А. тюремный срок в г. Орле. Много лет спустя, уже после развенчания культа личности, заключенные, отбывавшие срок вместе с ним, разыскивали Татьяну Сергеевну и рассказывали, что и в тюрьме актив-



Советский государственный, общественный и партийный деятель, дипломат, профессор Сергей Алексеевич Бессонов (1892–1941) (отец проф. Т.С. Соколовой)



10-й класс «Б» — последние месяцы беспечного детства (1937 г., крайняя слева во 2-м ряду снизу — Таня Бессонова-Соколова, из архива проф. Т.С. Соколовой)



ная жизненная позиция оставалась присущей ее отцу чертой: он и там, в тех условиях, старался поделиться со всеми желающими тем, чем обладал: организовал учебный процесс, преподавал иностранные языки заключенным и охране. 11.09.1941 г., в связи с приближением германских войск к городу, Сергей Алексеевич Бессонов, был расстрелян в Медведевском лесу близ Орла по, так называемым, спискам Сталина. Реабилитирован в 1960 г.

Мать Татьяны Сергеевны — Антонина Дмитриевна Бессонова (в девичестве — Соколова) (1894–1980), родилась в селе Дубасово Гусевского уезда Владимирской губернии. Как одаренная выпускница церковно-приходской школы с. Дубасово, на стипендию купца-стеклозаводчика М.К. Комиссарова — мецената, покровительствовавшего и школе, была направлена во Владимирскую женскую гимназию, где в старших классах включилась в работу Владимирского большевистского подполья. Вместе с видным деятелем подполья Владимирщины и Иваново-Вознесенска П. Батуриным принимала деятельное участие в укрывании бежавшего из ссылки М.В. Фрунзе. Получила педагогическое образование, работала преподавателем русского языка и литературы. В 1937 г. была арестована вслед за мужем, как жена врага народа, отбывала сроки в лагерях, после чего ее выслали на п. м. ж. в Казахстан, и только усилиями Татьяны Сергеевны вернулась в Москву на склоне лет. В Татьяне Сергеевне, несомненно, удачным образом объединилось все лучшее от ее высшей степени незаурядных, талантливых родителей, вышедших из городской и сельской глубинки Владимирской губернии, прежде всего, их ум, способности и всегда занимаемая ею активная жизненная позиция, талант организатора и колоссальная работоспособность, что и позволило ей стать лидером созданного ею научного направления, научной школы и полноценной детской аллергологической службы страны.

Арест родителей в 37 г. пришелся на летние каникулы, Татьяна Сергеевна в это время находилась в летнем лагере, по возвращении из которого ее встретила и забирала к себе сестра ее матери. Чтобы отвести от девочки внимание органов, было решено, чтобы при получении паспорта она взяла девичью фамилию матери — Соколова. Однако поступать в институт иностранных языков, о чем она так мечтала, унаследовав несомненные спо-

собности к иностранным языкам от отца, прожив ряд лет с ним за границей и владея несколькими европейскими языками, так и не решилась (анкеты абитуриентов этого вуза подлежали пристальному изучению «органов»). В итоге, выбор пал на педиатрический факультет II-го ММИ, куда она и поступила в 1938 г. В 1941–42 гг. в учебе был перерыв: Татьяна Сергеевна работает медицинской сестрой в эвакогоспиталях, базировавшихся в г. Иваново, сначала № 1322, а затем — № 1889. С 1945 г., по окончании медицинского института, 2 года трудилась в детской инфекционной больнице и участковым педиатром детской поликлиники № 18 г. Москвы.

С 1947 по 1994 г. жизнь и деятельность Татьяны Сергеевны были связаны с НИИ педиатрии АМН СССР, где она прошла путь от ординатора и аспиранта до заведующей I-ой клиникой раннего возраста (1962–1982 гг.) и профессора (с 1970 г.). В характеристике ординатора Т.С. Соколовой за подписью директора института, академика Георгия Несторовича Сперанского, выданной ей в связи с поступлением в аспирантуру, отмечено, что к моменту поступления в ординатуру она «обладала хорошей подготовкой, поэтому ей был составлен индивидуальный план прохождения ординатуры», она характеризуется как ординатор, чей прием в аспирантуру «является безусловно желательным для пополнения столь необходимых для педиатрии кадров молодых научных работников». Татьяна Сергеевна активно включилась в одно из важных направлений борьбы с младенческой смертностью — снижение частоты и улучшение прогноза при кишечных инфекциях: от глубокого изучения патогенеза и разработки патогенетически обоснованной терапии — до профилактики. В последней огромное внимание Георгий Несторович уделял пропаганде знаний в области гигиены и санитарии среди населения. Татьяна Сергеевна активно занималась и научной, и популяризаторской деятельностью, о чем свидетельствуют ее многочисленные публикации того времени, в том числе адресованные к родителям, младшему и среднему медперсоналу. Подобный масштабный подход в решении проблем детских болезней она сохранила на всю свою долгую и плодотворную жизнь Врача, Ученого, Организатора и Учителя.

В 1955 г. ею была успешно защищена кандидатская диссертация «Внешнесекреторная функция поджелудочной



Георгий Несторович Сперанский с учениками и соратниками, 1949 г. (над его левым плечом — Т. С. Соколова из альбома, переданного проф. Т. С. Соколовой ее Учителем, академиком Г. Н. Сперанским).

железы при затяжной и хронической дизентерии у детей раннего возраста». В 1961 г. Георгий Несторович именно ей передал руководство I-ой клиникой раннего возраста, которую он лично возглавлял с 1921 г. (тогда — 13-е, стараниями Георгия Несторовича — больничное, отделение Дома охраны младенца). Г. Н. Сперанский не ошибся в своем выборе — Татьяна Сергеевна всю свою жизнь являлась продолжателем лучших его традиций: подвижничество и абсолютно бескорыстное служение детям при глубоком и масштабном, государственном, научном подходе к решению проблем. До последних дней жизни Георгий Несторович приходил на клинические разборы и обходы в свою клинику, более того, его 90-летний юбилей, с широким размахом отмеченный в Колонном зале Дома Союзов, он счел необходимым отметить в кругу семьи своих учеников в созданной им клинике. Всю жизнь Татьяна Сергеевна хранила альбом Института охраны материнства и детства, переданный ей лично Георгием Несторовичем, его книги и автографы. Именно ей было доверено редактирование сборника, посвященного 90-летию Учителя.

В связи с переездом института на новый, ставший широко известным в стране и в мире адрес, и сокращением возможностей работать с контагиозными инфекционными заболеваниями, в том числе и кишечными инфекциями, возникла необходимость в смене научного направления клиники. Именно Георгий Несторович с новым директором института Митрофаном Яковлевичем Студеникиным поддержали предложение Татьяны Сергеевны избрать основным направлением изучение аллергических болезней у детей, в то время как в Ученом совете института это решение понимания не нашло. Георгий Несторович предложил искать поддержки в воплощении данной идеи и использовать высокий авторитет в ученом мире основоположника отечественной аллергологии академика Андрея Дмитриевича Адо. Андрей Дмитриевич с прису-

щей ему экспрессией поддержал идею создания первой в мире детской аллергологической клиники, употребив весь свой авторитет и административный ресурс. Таким образом, Татьяной Сергеевной была начата разработка детской аллергологии как фундаментального научного и прикладного клинического направления в педиатрии, а Андрей Дмитриевич и многочисленные его ученики и последователи не оставляли вниманием научную деятельность клиники, принимая участие в совместных научных работах, мероприятиях, в работе научных обществ, оппонировании диссертаций.

В 1968 г. Соколовой Т. С. была защищена докторская диссертация на тему «Роль аллергии в патогенезе бронхиальной астмы у детей первых лет жизни и вопросы патогенетической терапии». В своем поздравлении по случаю защиты академик А. Д. Адо писал: «...надеюсь, что этот факт еще больше укрепит наши с Вами научные контакты и воодушевит на дальнейшую разработку проблем отечественной аллергологии». Так оно и произошло.

За годы работы Татьяной Сергеевной Соколовой, возглавляемым ею коллективом и многочисленными учениками проблема детской аллергологии была разносторонне изучена от эпидемиологии и региональных вариаций спектра причиннозначимых аллергенов — до глубинных патомеханизмов не только иммунных, но и вплоть до биохимического и медиаторного уровней и корреляций с наследственными маркерами. Это позволило наработать необходимую диагностическую и дифференциально-диагностическую базу и патогенетически обоснованные варианты терапии для различных видов, форм, стадий аллергических заболеваний и проявлений во всем возрастном диапазоне детства (0–17 лет), для всех этапов медицинской помощи (амбулаторно-поликлинический — стационарный — санаторно-курортный), что увенчалось созданием профильной детской аллергологической службы и развертыванием проведенной соответствующей



щим приказом Министерства сети аллергологических кабинетов (первый из которых был открыт, по инициативе проф. Т.С.Соколовой при поликлинике НИИ педиатрии АМН СССР), а также школ для больных аллергией детей и их родителей, дошкольных учреждений для таких детей. Были разработаны подходы к проведению вакцинопрофилактики у таких детей. I клиника раннего возраста стала кузницей кадров детских аллергологов для всей страны. Через нее проходили все новейшие отечественные и зарубежные разработки, имеющие отношение к аллергопатологии, как диагностические (оборудование для диагностики, препараты аллергенов и их отдельных фракций, в разработке целого ряда которых непосредственное участие принимала проф. Т.С.Соколова и ее сотрудники...), так и терапевтические (включая гипоаллергенные продукты для детей I года жизни, специфическую иммунотерапию различными препаратами аллергенов, лекарственные препараты, физиотерапевтические подходы и др.). Итог проделанной ею и руководимой ею клиникой работы подведен в последнем ее печатном труде, посвященном Учителю: «Георгий Нестерович Сперанский: у истоков отечественной аллергологии в педиатрии» (Вопросы современной педиатрии, 2004. — Т. 3, № 2. — С. 94–96.)

Т.С.Соколова — врач энциклопедических знаний, ведущий педиатр-аллерголог, долгое время являлась главным специалистом Министерства здравоохранения СССР, членом Фармкомитета, всегда находясь на передовых рубежах педиатрической науки. Знание нескольких европейских языков позволяло ей быть в курсе последних достижений в ее области и в близких к ней направлениях. Являясь членом Фармкомитета, Татьяна Сергеевна добивалась первоочередного получения ее клиникой всех последних зарубежных лекарственных средств, примени-

мых при аллергии, сопутствующих состояниях и осложнениях, в результате чего новые для страны передовые фармразработки к моменту поступления их на широкий внутренний рынок получали взвешенную оценку эффективности и научное обоснованное указание места в комплексном лечении аллергических и иных заболеваний и проявлений у детей. Достаточно вспомнить такие препараты, совершившие прорыв в пролонгированном противорецидивном лечении аллергических заболеваний, как Интал и его форму — Налкром, Задитен (Кетотифен), ингаляционные, включая первые дозированные, и другие аэрозольные формы фармпрепаратов и многие-многие другие лекарственные средства и их формы и адаптации для детей, прописи мазей для местного лечения различных кожных проявлений аллергии... Глубина и основательность разносторонних исследований, проводимых клиникой под руководством профессора Т.С.Соколовой, сделали вопросом престижа для многих мировых производителей попасть на испытание именно в ее стены. Усилиями Татьяны Сергеевны перспективные профильные препараты первыми попадали и в другие подразделения института. Аналогичная ситуация была и с диагностическим и терапевтическим медицинским оборудованием, как зарубежным, так и отечественным. Заслуженный, завоеванный трудами Татьяны Сергеевны и созданного ею коллектива авторитет клиники сохраняется по настоящее время.

Татьяной Сергеевной опубликовано свыше 150 научных работ, среди которых 7 монографий, многочисленные главы в руководствах, статьи в Большой медицинской энциклопедии. Были написаны главы (одна в соавторстве с А.Д.Адо) для ставшего классическим труда «Частная аллергология», вышедшего в 1976 г. под редакцией Андрея



90-летний юбилей Учителя: академик Г.Н.Сперанский в созданном им отделении
(по правую руку от него — его последняя ученица и восприемница проф. Т.С.Соколова, 1963 г., из архива проф. Т.С.Соколовой)



Профессор Т.С. Соколова и ученик академика А.Д. Адо, профессор А.А. Польнер на защите кандидатской диссертации ученицей Татьяны Сергеевны Ш.К. Нурдолотовой (1984 г.) (фото В.И. Бондаря)

Дмитриевича. Монография «Аллергические болезни у детей» с посвящением Г.Н.Сперанскому была переведена на английский язык и получила высокую оценку педиатров мира. О глубине и тщательности проработки каждой проблемы наглядно иллюстрируют написанные ею статьи для Большой медицинской энциклопедии, сам факт приглашения к участию ее в этом грандиозном издании говорит о многом, а перечень статей, таковых 5 (!), еще раз свидетельствует о широте охвата ею проблем детской патологии: «Лямблиоз у детей» (БМЭ. — М.: «Советская энциклопедия», 1960. — Т. 16. — С. 574–577); «Муковисцидоз» (БМЭ. — М.: «Советская энциклопедия», 1961. — Т. 19. — С. 411–418); «Целиакия» (БМЭ. — М.: «Советская энциклопедия», 1964. — Т. 34. — С. 321–324); «Аллергические заболевания у детей» (Ежегодник БМЭ. — М.: «Советская энциклопедия», 1968. — Т. I. — С. 58–63); «Аллергический сепсис (болезнь Вислера-Фанкони)» (в соавторстве с ее ученицей Н.И.Рошаль, Ежегодник БМЭ. — М.: «Советская энциклопедия», 1968. — Т. I. — С. 63–64).

Под руководством профессора Т.С.Соколовой было защищено 40 кандидатских и 4 докторских диссертации.

По ее инициативе и активном участии проводились Всесоюзные и Всероссийские форумы, школы. Много времени и сил она отдавала работе обществ педиатров, аллергологов, пульмонологов и других различного уровня.

Основной тезис ее школы — аллергопатология — первично хроническое заболевание, задача и цель врача в ее терапии — перевести заболевание в безмедикаментозную ремиссию. Последнее, к сожалению, находит все меньше и меньше отклика в современной, изрядно ангажированной производителями фармпрепаратов и медоборудования, медицине. Важнейшим компонентом комплекса терапевтического-профилактических мероприятий стало обучение пациента и его близких образу жизни, позволяющему повысить порог чувствительности к аллергенам, предупредить расширение их спектра, сведя к возможному минимуму проявления, научить жить с аллергией, как настроенностью, чтобы она не мешала в повседневной жизни при все сокращающейся, вплоть до полной отмены, необходимой медикаментозной поддержке. Для чего по ее инициативе и началось движение по созданию специальных школ для больных детей и их родителей. Правильность выдвинутых Татьяной Сергеевной и ее школой подхода и основополагающих постулатов подтверждается временем.

Большое внимание проф. Т.С.Соколова уделяла популяризации знаний в области педиатрии и аллергологии не только среди педиатров, но и среди населения. Врач энциклопедических знаний, она выступала в открытой печати, помимо детской аллергологии, по самому широкому спектру вопросов педиатрии и здоровье сбережения у детей.

Тот, кому посчастливилось присутствовать на поликлинических приемах Татьяны Сергеевны, обходах, профессорских разборах клинически сложных случаев, навсегда останется под впечатлением от ее широчайшей профессиональной эрудиции и виртуозного умения наладить контакт с ребенком любого возраста, а также деликатности и внимательнейшего отношения к родителям, что сочеталось со свойственным ей внимательным, щедрым и корректным отношением к коллегам, особенно молодым.



Профессор Т.С. Соколова с сотрудниками, медицинскими сестрами аспирантами и ординаторами I клиники раннего возраста (фото из архива проф. Т.С. Соколовой)



Во всем этом чувствовался высочайший уровень российской педиатрической школы, воспринятый ею от Георгия Несторовича Сперанского, а также ее личные высочайшие человеческие качества. При всем ее значительнейшем вкладе в медицинскую науку и практику, отечественную аллергологию и педиатрию Татьяна Сергеевна всегда оставалась скромным, доступным, доброжелательным, отзывчивым и высшей степени тактичным человеком. Такой она запомнилась ее коллегам, многочисленным ученикам и всем, кто имел счастье не только личного с ней знакомства, но и просто мимолетного общения.

Не стало Татьяны Сергеевны 13 августа 2009 г., она была похоронена на Ваганьковском кладбище г. Москвы, но дело ее живет трудами ее учеников и уже учеников ее учеников, занимающих заметные места и вносящими неоценимый вклад в отечественную педиатрическую науку и практику. На каком бы уровне не трудились, они продолжают нести искру, зароненную в них когда-то их Учителем, воспринятую ею, в свою очередь, из ее талантливой семьи и от замечательного Подвижника на ниве детского здравоохранения, выдающегося Ученого, Педагога и Организатора, ее Учителя — академика Георгия Несторовича Сперанского, последней и достойнейшей ученицей которого она являлась.

Обобщая вклад профессора Татьяны Сергеевны Соколовой в отечественную науку и медицинскую практику в связи с ее 85-летием, Российский Аллергологический Журнал (2004) вполне обоснованно поставил ее в один ряд с основоположником отечественной аллергологии академиком А.Д.Адо, чьим соратником на ниве фундаментальных и прикладных, клинических исследований в области аллергологии ей довелось быть.

Публикации проф. Т.С. Соколовой разных лет:

Т.С. Соколова. Ранняя диагностика дизентерии у детей // *Фельдшер и акушер*. — 1956, № 8. — С. 24–29.

Т.С. Соколова, Т.Т. Алексеева. Некоторые данные о механизмах нарушений секреторной функции желудка и поджелудочной железы при дизентерии (исследование на сросшихся близнецах). // *Педиатрия*. — 1957, №; — С. 35–42.

Т.С. Соколова, А.М. Федотова, В.А. Балашова. К вопросу о комплексном применении стероидных, анаболических гормонов и антигистаминных препаратов в лечении аллергических заболеваний у детей раннего возраста. // *Педиатрия*, 1965, № 7. — С. 34–39.

Т.С. Соколова, Е.К. Миесерова, Б.К. Кронштадская-Карева, Т.И. Бакланова. Клинические проявления и иммунологические реакции у детей первых лет жизни при инфекционно-аллергической форме бронхиальной астмы. // *Вопросы охраны материнства и детства*. — 1967. — Т. 12, № 10, — С. 21–25.

Г.Н. Сперанский, Т.С. Соколова. К изучению аллергических заболеваний в раннем детском возрасте. // В кн. — *Аллергические болезни в патологии детства*. — М., 1969. — С. 35–44.

Л.М. Ишимова, Т.С. Соколова, С.Х. Хутуева. Клиника, специфическая диагностика и гипосенсибилизация при полинозах у детей. // *Педиатрия*, 1970, № 4. — С. 14–21.

Аллергические заболевания у детей / Ред. М.Я. Студеникин, Т.С. Соколова. — М.: «Медицина». — 1971. — 432 с.

Т.С. Соколова. Актуальные вопросы детской клинической аллергологии. Актовая речь. — М. — 1976. — 23 с.



Основоположники отечественной аллергологии — Андрей Дмитриевич Адо и Татьяна Сергеевна Соколова (Российский Аллергологический Журнал, 2004, № 4)

Т.С. Соколова, З.М. Михайлова, В.Г. Иванов. О значении метода радиоаллергосорбентного теста в диагностике аллергических заболеваний у детей первых лет жизни. // *Педиатрия*, 1976, № 11. — С. 15–20.

Allergic disorders in children. / Ed. M. Studenikin, T. Sokolova / — М.: «Mir», 1977. — 446 p.

Т.С. Соколова, Т.В. Фокина, В.В. Ботвиньева, В.Г. Иванов. Особенности иммунологической реактивности при аллергических заболеваниях у детей. // *Вестник АМН СССР*, 1978, № 7. — С. 18–24.

Т.С. Соколова, Ю.А. Юрков, М.И. Баканов, И.Б. Резник, Ю.В. Захидов, Н.В. Башилова, Ю.С. Герасимова. Медиаторные нарушения при atopической бронхиальной астме у детей и вопросы терапии. // *Педиатрия*, 1983, № 3. — С. 11–13.

Metrofan Ya. Studenikin, Tatiana S. Sokolova. Main Mechanisms of Therapeutic Action in Atopic Asthma in children. // *Journal of Asthma*, 1983. — V. 20, № 4. — P. 245–249.

Т.С. Соколова, В.В. Ботвиньева, В.И. Бондарь, Ш.К. Нурдолотова, Е.М. Парцалис. Значение иммунологических изменений в прогнозировании и профилактике тяжелых atopических синдромов у детей // *Педиатрия*, 1986, № 1. — С. 17–21. Т.С. Соколова.

Т.С. Соколова. Георгий Нестерович Сперанский: у истоков отечественной аллергологии в педиатрии. // *Вопросы современной педиатрии*, 2004. — Т. 3, № 2. — С. 94–96. ☛

ЛИТЕРАТУРА

1. В.И. Бондарь. Татьяна Сергеевна Соколова (К 85-летию со дня рождения). // *Российский Аллергологический Журнал*, 2004, № 4. — С. 95–96.

2. В.И. Бондарь. Татьяна Сергеевна Соколова — основоположник отечественной детской аллергологии. // *Медицинская профессура СССР*. — М., 2009. — С. 49–51.

3. В.И. Бондарь. Памяти Учителя — Татьяны Сергеевны Соколовой. // *Пятиминутка*, 2009, № 3 (8). — С. 10–11.

4. В.И. Бондарь. Татьяна Сергеевна Соколова: в память о выдающемся ученом, учителе и человеке. // *Российский Аллергологический Журнал*, 2009, № 5. — С. 96–98.



Гордышевский С. М.,
Председатель Правления НП «Экологический Союз»,
Председатель Комитета по экологической, промышленной
и технологической безопасности Союза промышленников
и предпринимателей Санкт-Петербурга, Россия

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПО ПРОБЛЕМЕ МУСОРОСЖИГАНИЯ: ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

10 лет, прошедшие с момента публикации первого Аналитического обзора в мае 2008 года, показали, что он не только не утратил свою актуальность, но наоборот — выявленные экологические проблемы обострились.

Установлено, что

- возросло загрязнение опасными соединениями окружающей среды не только в регионах (странах) с работающими мусоросжигательными заводами (МСЗ), но и в соседних регионах (странах);
- увеличилось воздействие загрязнения химическими соединениями на продовольственное сырье, выращиваемое в этих регионах;
- продолжается рост заболеваемости в классах экологически обусловленной заболеваемости и вызванный этим рост затрат на здравоохранение.

Это подтверждается данными наблюдений и статистики. Новые установленные результаты позволяют анализировать ситуацию на новом, современном уровне.

В ЧЕМ СОСТОИТ ПРОБЛЕМА ПРЕДЕЛЬНО-ДОПУСТИМОГО ВЫБРОСА ДИОКСИНОВ?

Стартовавшая в начале 1980-х практика сжигания твердых коммунальных отходов (ТКО), в обиходе именуемая мусоросжиганием, уже к началу 1990-х обнаружила тревожные признаки растущего загрязнения окружающей среды стойкими органическими загрязнителями, в первую очередь, диоксинами. Ответы на возникший вызов от страны к стране различались. В США в 1995 г. законом было запрещено строительство новых МСЗ и одновременно повышены нормативные требования к действующим. В ЕС в 2000 году была издана Директива о сжигании ЕС/2000/76, установившая норматив предельно допустимого содержания диоксинов в выбросах МСЗ на уровне $0,1 \text{ нг/м}^3$. Этот норматив изначально не рассматривался его авторами, как окончательно безопасный, но как вре-

менный, за которым в течение нескольких лет должен был бы последовать пересмотр норматива ПДВ диоксинов в сторону ужесточения.

Основанием для такого утверждения является тот факт, что ограничение концентрации диоксинов в выбросах МСЗ на уровне $0,1 \text{ нг/м}^3$ не только не является безопасным уровнем — это **очень опасный уровень**. Дело в том, что диоксины, токсикологами именуемые как «суперэко-токсиканты», являются стойкими органическими загрязнителями с периодом распада 20 и более лет. Они являются ключевым объектом принятой почти одновременно с Директивой ЕС/2000/76 Стокгольмской Конвенции о стойких органических загрязнителях 2001 г.

Де-факто норматив $0,1 \text{ нг/м}^3$ ($0,1 \times 10^{-9} \text{ г/м}^3$) в 5000 раз превышает санитарный предельный норматив ЕС для диоксинов в атмосферном воздухе, равный $0,02 \text{ пг/м}^3$ ($0,02 \times 10^{-12} \text{ г/м}^3$). Несложный расчет показывает, что при таком соотношении каждая тонна сжигаемых ТКО изменяет в опасную для человека сторону качество 25 млн. м^3 атмосферного воздуха. С учетом большого периода стойкости диоксинов, из этого следует неизбежность роста загрязнения по цепочке «воздух → почва → растения → животные → продукты питания». Этот эффект подтвердился неожиданно быстро: в 2006 году в ЕС был принят документ «**Нормы и правила по предотвращению и снижению загрязнения диоксинами и диоксиноподобными полихлорированными бифенилами пищевых продуктов и кормов**» САС/RCP 62–2006. Сенсационным стало само название документа, в котором прямо подтверждалось загрязнение пищевых продуктов указанными токсикантами и была **обозначена цель: снижение загрязнения**.

В разделе «Норм и правил», посвященном источникам загрязнения, конкретно указаны важнейшие источники загрязнения:

а) «*сжигание отходов, включая сжигание бытовых, вредных или медицинских отходов или осадка сточных вод*»;



б) «сжигание опасных отходов в печи для обжига [цементного] клинкера» (п. 16)

Констатируется: «Потребуется много лет применения мер по сокращению источников загрязнения для снижения уровня загрязнения в рыбе, пойманной в естественных условиях, вследствие длительного периода полураспада диоксинов и диоксиноподобных РСВ₂ в окружающей среде» (п. 27). Формулировка не оставляет сомнения в смысле тезиса: диоксиновое загрязнение признается установленным фактом.

Однако есть существенное обстоятельство: количественные показатели уровня загрязнения в открытом доступе отсутствуют. Причину этого можно понять: любая утечка такой информации оказала бы самое негативное воздействие на объем экспорта продовольствия из стран ЕС.

ОТВЕТ ЕС НА ВОПРОС «ЧТО ДЕЛАТЬ?»

Возникла труднейшая проблема поиска и принятия приемлемого решения. Выбор был ограниченным:

1. Немедленно остановить все МСЗ.

Но это означало бы ликвидацию сотен тысяч рабочих мест и разрушение налаженных технико-экономических цепочек. Кроме того, оставалась надежда на совершенствование технологий сжигания отходов.

2. Ничего не предпринимать.

Но это было совершенно невозможно, т.к. проблема стала транспарентной.

3. Отложить решение на несколько лет.

Это давало возможность более точно оценить уровни опасности, возможные риски, а также результаты совершенствования технологий сжигания.

Фактически это был выбор без выбора: был избран 3-й путь.

Для признания истины понадобились еще 10 лет. За это время стало ясно, что:

- диоксиновый фон рос — к сожалению для оптимистов, но — предсказуемо для специалистов в области горения;
- дорогостоящие усложнения технологий сжигания привели к тому, что физический объем и стоимость систем очистки газообразных продуктов горения достигли величин, превышающих половину всей стоимости комплекса МСЗ; однако результаты оказались неутешительны: непропорционально низкое снижение опасных выбросов и удорожание производственных затрат, что потребовало роста бюджетного субсидирования «зеленых» тарифов на производимую МСЗ энергию;
- изменить норматив ПДВ диоксинов в сторону ужесточения не удалось — технологии сжигания достигли потолка физико-химических возможностей фундаментального характера.

Это был тупик, из которого вел трудный, но единственный путь: признание фактов реальными.

Таким образом, 26 января 2017 года появилось Коммюнике Европейской Комиссии «Роль преобразования отходов в энергию в циркулярной экономике» COM (2017) 34 (final), содержащее следующие указания: «Государствам-членам рекомендуется постепенно сворачивать государственное финансирование на получение энергии из смешанных отходов». В отношении МСЗ —

«Введение моратория на новые объекты и вывод из эксплуатации более старых и менее эффективных объектов».

В заключении подчеркивается: «Именно предотвращение образования отходов и утилизация во вторсырье вносят наибольший вклад в экономию энергии и снижение выбросов парниковых газов».

Сформулирована принципиальная позиция: «Процессы преобразования отходов в энергию могут играть роль в переходе к циркулярной экономике при условии, что в качестве руководящего принципа будет использоваться иерархия отходов ЕС, а сделанный выбор не будет препятствовать находящемуся на более высоких уровнях предотвращению образования отходов, повторному использованию и переработке. Это крайне необходимо для обеспечения полного потенциала циркулярной экономики, как с экономической, так и с экологической точки зрения... Больше внимания следует уделять таким процессам, как анаэробное разложение биоразлагаемых отходов, когда переработка материалов сочетается с получением энергии».

Итоговый вывод документа: «Финансирование ЕС и другая государственная финансовая поддержка должны направляться на варианты обращения с отходами в соответствии с иерархией, в которой приоритет отдается предотвращению образования отходов, повторному использованию, разделному сбору и рециклингу».

Понятно, что при таком новом курсе производители оборудования для МСЗ с удвоенной энергией вынуждены искать новые рынки сбыта, одним из которых является Россия.

Интересно, что по признанию самой ЕС, «1,5% от общего конечного потребления энергии в ЕС было достигнуто за счет получения энергии из отходов через сжигание, попутное сжигание в печах для обжига цемента и анаэробное разложение, т.е. около 676 ПДж/год». Это весьма незначительная величина. Если оценить и просуммировать экономические потери от субсидирования этого относительно небольшого количества полученной энергии и экологический ущерб от загрязнения окружающей среды, то станет понятно, что путь обращения с отходами способом сжигания, выбранный ЕС в начале 1980-х, вел в тупик. Но для того, чтобы это понять, понадобилось 35 лет. Еще лет 10–15 может понадобиться, ввиду инерционности процесса, для реализации принятых решений и выхода на вектор экологически устойчивого обращения с отходами.

ГЛОБАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ

Экологические последствия мусоросжигания в доступной для понимания форме и вполне корректно иллюстрируются известной восточной сказкой о джинне: носитель зла в компактном виде безопасно существовал в кувшине, но выпущенный наружу в газообразном виде и многократно увеличенном объеме, оказывался неуправляемым и очень опасным.

Диоксиновый фон вырос на всей планете и продолжает расти. Это подтверждают анализы контрольных проб в разных удаленных местах планеты, включая анализы кернов льда в Антарктиде.

Миллионы детей в мире раньше спасали от рахита рыбьим жиром. Сейчас врачи запрещают давать детям натуральный рыбий жир — он несет серьезную опасность из-за высоких концентраций содержащихся в нем диоксинов. Жир морских животных, как верхушка пищевой цепи «воздух → вода → планктон → морские животные», — довольно быстро накапливает опасные дозы стойких органических токсикантов.

Из сред земной биосферы — первой, ставшей объектом загрязнения экотоксикантами, является атмосферный воздух. Воздух — это важнейшая жизненная среда для человека и всей аэробной земной биоты. Человек дышит непрерывно и ритмически с циклом 4 секунды и пропускает через свои легкие и кровь в среднем 20 кг воздуха в сутки. За это же время он потребляет около 2 л воды и 1 кг еды. Т. е. в массовом обмене нашего организма с окружающей средой воздух составляет 85%, и при этом поступает в нас с непрерывностью действия часового механизма.

Этот фундаментальный биологический механизм объясняет, почему состояние атмосферного воздуха является самым значимым фактором воздействия на здоровье людей. Невероятно, но этот факт оспаривался и с энергией, достойной лучшего применения, дебатировался на многих научных экологических и медицинских площадках мира более двух десятилетий. В результате в 2013 году, ВОЗ официально признала грязный уличный воздух онкогенным фактором, вызывающим рак легких у горожан.

25 марта 2014 года, Женева: ВОЗ опубликовала новые данные, в соответствии с которыми в 2012 году порядка 7 миллионов человек умерли — каждый восьмой из общего числа умерших в мире — из-за загрязнения воздуха. *«Этот показатель более чем вдвое превышает предыдущие оценки и подтверждает, что в настоящее время загрязнение воздуха является самым крупным в мире экологическим риском для здоровья. Сокращение загрязнения воздуха может сохранить миллионы жизней».*

Важным итогом Ассамблеи ООН по окружающей среде «За планету без загрязнений», Найроби, 4–6 декабря 2017 года, стало заявление министров окружающей среды стран мира, в котором указывается: **«Крайне важно, чтобы люди во всем мире знали о следующем: ежедневно 9 из 10 человек дышат воздухом, показатели которого превышают предельно допустимые нормы... и более 17000 человек преждевременно умрут по этой причине».**

Сегодня главная проблема, которую надо решить, — как остановить растущее загрязнение земной атмосферы и дать ей возможность запуска процесса самоочищения.

Пока же известно, что дибензодиоксины и дибензофураны, как техногенные продукты, поступают в атмосферу в количествах, измеряемых для разных стран десятками-тысячами граммов в год. Значительная часть этого количества приходится на МСЗ и сжигание медицинских отходов, в частности, в США — около половины. И это несмотря на то, что в 1995 году в США был принят закон, запрещающий строительство новых МСЗ, а около половины штатов изначально запретили строительство МСЗ на своей территории.

Ситуация в Европе значительно хуже.

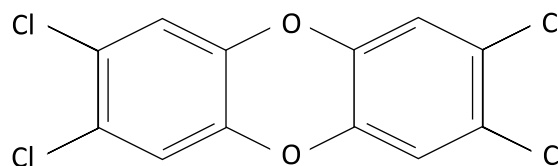
В Японии, где уровень технологического процесса сжигания отходов доведен до максимально возможного пре-

дела совершенства, основное следствие работы МСЗ — это, кроме загрязнения атмосферного воздуха, растущее загрязнение морской биоты.

Тема Ассамблеи ООН в Найроби «За планету без загрязнений» была выбрана не спонтанно: этому предшествовал целый год интенсивных обсуждений — в научных и экологических кругах многих стран мира. С убедительным отрывом тема загрязнения биосферы была признана ключевой. И сжигание отходов формирует нерв этой проблемы.

Диоксины признаны в мире абсолютным ядом, действие которых сильнее цианидов, стрихнина, кураре, зомана, зарина, табуна и т. д. Диоксины — это не какое-то конкретное вещество, а несколько десятков семейств, включающих трициклические кислородосодержащие ксенобиотики (вещества, неприемлемые для живых организмов), а также семейство бифенилов, не содержащих атомы кислорода. Это все 75 полихлорированных дибензодиоксинов, 135 полихлорированных дибензофуранов, 210 веществ из броморганических семейств и несколько тысяч смешанных хлорбромсодержащих.

Молекула диоксина имеет форму прямоугольника размерами 3 на 10 ангстрем. Это позволяет ей удивительно точно вписываться в рецепторы живых организмов. Физиологическая активность чужаков подавляет жизненные функции приютивших их хозяев, заставляет их работать иначе. В малых дозах диоксины не столько отравляют, сколько видоизменяют живое.



Самый токсичный диоксин — структурная формула 2,3,7,8, — тетрахлордибензодиоксин (ТХДД $C_{12}H_4Cl_4O_2$)

Диоксин может годами накапливаться в организме, не вступая ни в какие взаимодействия, а затем дает о себе знать в виде самых разнообразных болезней. Рождается ребенок-урод, развивается злокачественная опухоль, психическое заболевание... Токсикологи даже утверждают, что для диоксинов понятие ПДК де-факто отсутствует: всего одна молекула способна изменить жизнь человека. Этим и объясняется феноменально низкая размерность норматива ПДК для диоксинов — пикограммы, pg/m^3 , л, кг, (10^{-12} г/ m^3 , л, кг). Подавляющее большинство всех остальных загрязняющих веществ имеют размерность ПДК в миллиграммах, т. е. mg/m^3 , л, кг (10^{-3} г/ m^3 , л, кг).

Это означает: **необходимо избегать любых технологических процессов, способных продуцировать, хотя бы теоретически, даже самое незначительное, как кажется, количество диоксинов.**

В США и Западной Европе диоксиновая опасность осознана, самые необходимые меры начали приниматься.

Масштаб диоксиновой опасности несколько заслонил собой от внимания общества другую острую, и не менее опасную проблему ПАУ — полициклических ароматических углеводородов. Это тоже стойкие органические загрязнители (С.О.З) — техногенные продукты практически всех процессов, включающих горение природных угле-



Приоритетные полициклические ароматические углеводороды (ПАУ), подлежащие контролю в пищевом сырье в ЕС

№	Наименование	Канцерогенность	№	Наименование	Канцерогенность
1	Аценафтен	+	9	Дибенз [a, h] антрацен	+++
2	Аценафтилен	+	10	Индено [1,2,3-с, d] пирен	+
3	Антрацен	+	11	Нафталин	ТР
4	Бенз [a] пирен	+++	12	Пирен	СС
5	Бенз [b] флуорантен	++	13	Фенантрен	+++
6	Бенз [k] флуорантен	++	14	Флуорантен	СС
7	Бенз [a] антрацен	+	15	Флуорен	+
8	Бенз [g, h, i] перилен	СС	16	Хризен/трифенилен	+

Условные обозначения: +, ++, +++ — степень активности, СС — соканцерогенен с бенз [a] пиреном, ТР — способность вызывать опухоли разного характера

Приоритетные диоксины, подлежащие контролю в пищевом сырье в ЕС

Наименование	TEF	Наименование	TEF
2378-тетрахлордибензофуран	0,1	123478-гексахлордибензодиоксин	0,1
2378-тетрахлордибензо-р-диоксин	1	123678-гексахлордибензодиоксин	0,1
12378-пентахлордибензофуран	0,05	123789-гексахлордибензодиоксин	0,1
23478-пентахлордибензофуран	0,5	1234678-гептахлордибензофуран	0,01
12378-пентахлордибензо-р-диоксин	1	1234789-гептахлордибензофуран	0,01
123478-гексахлордибензофуран	0,1	1234678-гептахлордибензо-р-диоксин	0,01
123678-гексахлордибензофуран	0,1	Октахлордибензофуран	0,0001
234678-гексахлордибензофуран	0,1	Октахлордибензо-р-диоксин	0,0001
123789-гексахлордибензофуран	0,1		

TEF — токсический эквивалент

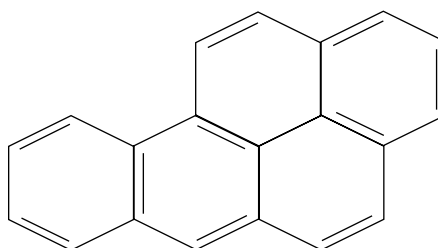
водородов и их производных, в частности, отходов, являющихся доминирующей частью ТКО. Все ПАУ — их 115 видов, — биологически активны. Многие канцерогенны.

Индикаторным ПАУ является **бенз (a) пирен (БП)**: он всегда имеется там, где есть другие ПАУ и наиболее распространен в окружающей среде из ряда канцерогенных полиароматических углеводородов. При этом обладает наиболее выраженной канцерогенной активностью. Он стал накапливаться в окружающей среде с тех пор, как человечество научилось широко использовать ископаемые углеводороды, т.е. с конца XIX века. В почву и воду БП поступает, в основном, с атмосферными осадками.

С ростом потребления ископаемых углеводородов и сжигания отходов распространение и концентрации (фон) БП в окружающей среде достигли высокого уровня, особенно в промышленных странах. Например, в донном иле Великих озер США БП присутствует в концентрациях от 10 до 1000 нг/г. В озерных отложениях стран Европы содержание БП составляет 100–700 нг/г. (Швейцария) и 200–300 нг/г (Германия).

Предельно допустимые концентрации (ПДК) бенз (a) пирена очень строги: в атмосферном воздухе — 0,1 мкг/100 м³, т.е. 1 нг/м³, в почве — 0,02 мг/кг, в воде и пищевых продуктах — 10 нг/кг. При этом БП, как и диоксины, отличаются тем, что опасны для человека при длительном воздействии даже в дозах, меньших ПДК, а при сочетании низкой концентрации с большой длительностью воздействия нередко наблюдается более сильный отрицатель-

ный эффект, чем при сочетании высокой концентрации и короткого воздействия.



Бенз (a) пирен — структурная формула

Глобальный характер массообменных процессов в биосфере требует осознания опасности загрязнения стойкими органическими загрязнителями в глобальном масштабе и адекватных мер реагирования в отдельных странах.

ЗАГРЯЗНЕНИЕ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ

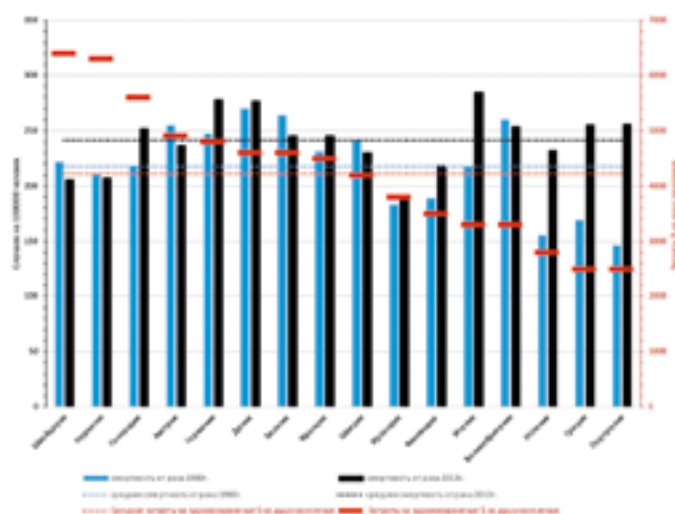
Как отмечалось выше, факт прямой зависимости здоровья человека от состояния среды уже не только не отрицается ведущими международными организациями, но подтверждением этому служат все новые данные статистики и наблюдений. Статистические данные ВОЗ показывают, что наиболее высокая смертность от новообразований отмечается в странах ЕС, Японии, США и Канаде.

На диаграмме видно, что наибольшая смертность от рака в густонаселенных регионах планеты отмечается в Европе, Северной Америке (Канада и США) и Японии. Россия также выделяется сопоставимым с этими странами уровнем смертности.

Страны, активно использующие МСЗ, — это страны Западной Европы, Япония, США и Канада. В Азии лидером является Япония, при этом уровень смертности в Японии (289) превышает средневзвешенный по Азии (108) почти втрое и вырос с 1980 по 2013 гг. более чем в 2 раза.

В Европе ситуация выглядит по-другому. Активно используют мусоросжигание с начала 1980-х страны Западной Европы, среди которых страны, сжигающие более

Смертность от рака в странах Западной Европы (по данным ВОЗ)



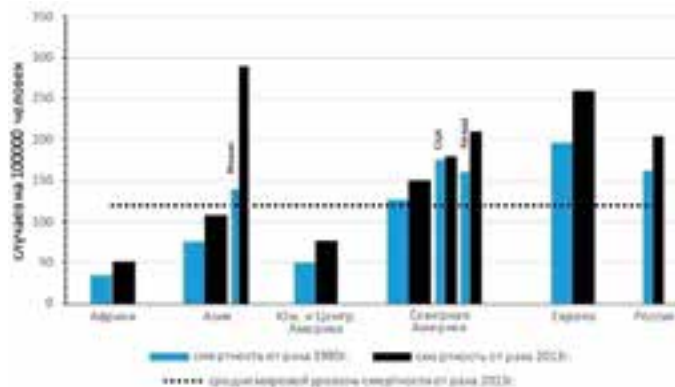
20% ТКО (по убыванию): Дания, Швейцария, Швеция, Голландия, Бельгия, Германия, Франция, Австрия, Португалия, Финляндия. Однако высокая смертность отмечается и в странах Восточной Европы, которых при этом отличает более резкий рост уровня смертности с начала 1980-х. Так, если средний уровень смертности в Западной Европе вырос за 1980–2013 гг. на 12%, то в Восточной Европе — на 49%, в 1,5 раза.

Бросаются в глаза 2 обстоятельства:

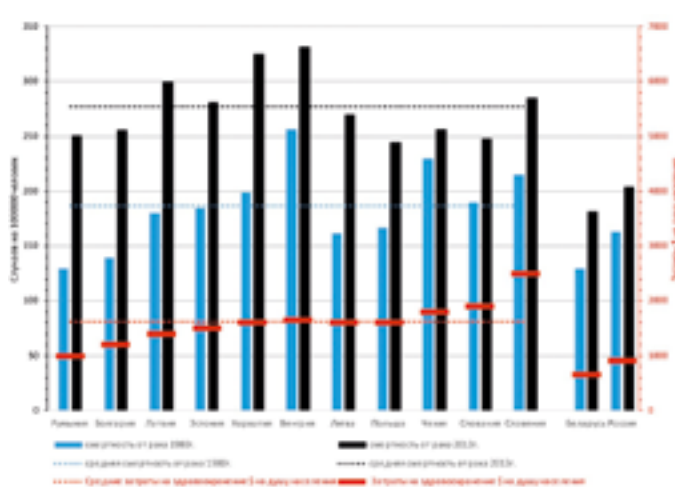
- Средний уровень смертности от рака в странах Восточной Европы превысил таковой в странах Западной Европы;
- В отдельных странах Западной Европы (Швейцария, Норвегия, Австрия, Бельгия, Швеция, Великобритания) уровень смертности несколько снизился относительно уровня 1980 г.

Если принять во внимание и включить в рассмотрение фактор затрат на здравоохранение, то все встает на свои места. Средний уровень затрат на здравоохранение составил (на 2013 год) в Западной Европе 4200\$ на душу населения, в то время как в Восточной Европе 1600\$, т.е. превышал в 2,6 раза. Хорошо заметна корреляция между уровнем смертности и качеством (уровнем финансирования) здравоохранения: чем выше затраты на здравоохранение, тем больше снижение смертности в сравнении с ранее имевшимися показателями.

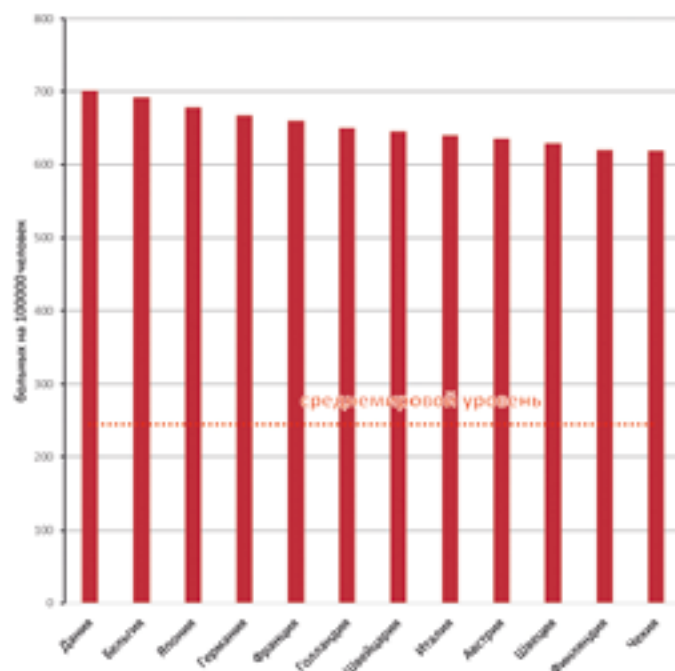
Смертность от рака в мире (по данным ВОЗ)



Смертность от рака в странах Восточной Европы (по данным ВОЗ)



Страны с наиболее высокой заболеваемостью раком (по данным ВОЗ 2013 г.) больных всех возрастов с диагнозом, установленным впервые в жизни





Полнота сравнения ситуации в Западной и Восточной Европе достигается путем рассмотрения **показателей заболеваемости** населения раком в разных странах.

Здесь наглядна самая высокая в мире заболеваемость стран Западной Европы с включением в этот список всего одной неевропейской страны — Японии. Список коррелирует с перечнем стран, активно использующих МСЗ.

Вполне очевидно, что рост загрязнения окружающей среды порождает рост заболеваемости, в первую очередь, в самых опасных классах: новообразования, врожденные аномалии, и, во вторую, рост общей заболеваемости, но также увеличивает инвалидизацию, т.е. рост числа людей с ограниченной или отсутствующей трудоспособностью. Противодействие этим процессам требует значительного увеличения затрат на здравоохранение, на которое способны самые богатые страны, и не способны бедные. **Остановить эту гонку преследования может только изменение тренда загрязнения биосферы:** сначала замедление, затем остановка, за которой должен последовать переход к снижению уровня загрязнения, в идеале, до естественного природного состояния.

Единственно эффективный инструмент для такой трансформации — достаточно быстрый отказ от опасных технологий, в частности, сжигания отходов, и переход к экологически безопасным технологиям.

Эффект в виде снижения заболеваемости, смертности, роста экономики, и в итоге — роста качества жизни, будет закономерным следствием этих усилий. Но **усилия должны следовать первыми.**

СИТУАЦИЯ В РОССИИ

Характеризуется низкой информированностью общества об опасности загрязнения атмосферы продуктами мусоросжигания, в частности, и о качестве окружающей среды, в целом.

Лоббисты строительства МСЗ приводят цифры выбросов диоксинов в других странах, стремясь убедить, что они совсем незначительны и, следовательно, не опасны. Например, приводят данные, опубликованные в журнале «Waste Management» (США) в декабре 2015 года, в статье «Inventory of U.S. 2012 dioxin emissions to atmosphere», из которой следует, что выбросы диоксинов от всех заводов по сжиганию отходов в США в 2012 году составили 3,4 грамма, и комментируют: это очень мало! Верна ли эта оценка? Оставляя за скобками вопрос о достоверности информации, приводимой американским журналом, представляющим интересы «мусорного» бизнеса, произведем несложный расчет. Исходя из действующего в США норматива безопасности, т.е. ПДК для диоксинов в воздухе, $0,02 \text{ г/м}^3$ ($0,02 \times 10^{-12} \text{ г/м}^3$), определяем количество воздуха, который приводится в непригодное (опасное) для человека состояние диоксинами в количестве 3,4 г. Оно составляет:

$$3,4 \text{ г} / 0,02 \times 10^{-12} \text{ г/м}^3 = 1,7 \times 10^{14} \text{ м}^3, \text{ т.е. } 170 \text{ триллионов м}^3$$

Зная, что одному человеку необходимо для жизнедеятельности минимум 20 м^3 воздуха в сутки, определяем, что за 1 год (365 суток) 3,4 г диоксинов делают опасным для дыхания воздух, который необходим

$$1,7 \times 10^{14} / 20 \text{ м}^3/\text{сут.} \times 365 \text{ сут.} = 2,3 \times 10^{10}$$

т.е. 23 млрд. человек, что в 3 раза больше всего населения Земли (!)

Немедленных последствий мы не видим лишь потому, что население рассредоточено на большой территории. Полученная цифра является расчетной и означает, что если бы все население планеты жило на ограниченной территории вокруг МСЗ, то каждый человек в течение года получил бы вместе с их выбросами 3 ПДК диоксинов, т.е. гарантированно смертельную дозу. Но вследствие атмосферного переноса и накопительного (кумулятивного) эффекта загрязнение среды обитания (воздух, вода, почва) на планете постепенно, но довольно быстро, растет, и вслед за ним **растут негативные демографические последствия:**

- мировая онкологическая заболеваемость, в первую очередь, в странах, использующих мусоросжигание и соседних с ними странах; эти страны являются рекордсменами по смертности от рака, несмотря на огромные расходы на здравоохранение;
- диоксиновый фон (об этом см. выше) накопление в окружающей среде стойких органических загрязнителей (диоксинов, ПАУ и др.) означает: их поступление превышает адаптивные возможности биосферы.

Учитывая эти явления, нашей стране следует с особой тщательностью подходить к вопросу выбора технологий обращения с отходами. Однако принятые в последнее время решения о строительстве МСЗ в Московской области и Казани и экспертные оценки этих проектов оставляют без ответов серьезные вопросы.

Экспертиза материалов проектов 4-х МСЗ, намеченных к строительству в Московской области, показывает, что оценка их воздействия на окружающую среду проводилась без расчета массовых и энергетических балансов и оценки экологического ущерба, т.е. является неполной, и потому недостоверной. Согласно проекту, каждый из этих МСЗ (проектное название «Завод по термическому обезвреживанию ТКО») мощностью 700 000 т ТКО в год будет производить:

240 тыс. т шлака;

20,5 тыс. т золы;

2,4 тыс. т загрязняющих веществ

и некоторое количество электроэнергии

На самом деле материальный баланс МСЗ выглядит следующим образом:

Материальный баланс убедительно показывает — корректно подсчитанный экологический ущерб от реализации проекта будет огромен. Но он в проекте не определен. При этом, только стоимость выбросов парниковых газов CO_2 при среднеевропейской цене 20–25 евро/тн. соизмерима со стоимостью произведенной электроэнергии. Оценка других видов экологического ущерба может выявить стоимость более высокого порядка. Растет фоновое загрязнение окружающей среды, а вслед ему — увеличивается демографический ущерб.

Гос. доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ в 2013 году»:

«Среди факторов среды обитания, оказывающих влияние на здоровье населения, приоритетным остается загрязнение атмосферного воздуха... Экономические потери от приоритетных загрязнителей атмосферного воздуха составили в 2013 году порядка 69,1 млрд. руб.»

Материальный баланс МСЗ (годовой)

Потребление ресурсов		Продукция	
наименование	количество	наименование	количество
У сырье: ТКО Из окружающей среды:	700 000 т	У шлак	240 000 т
У вода чистая	350 000 м ³	У зола	20 500 т
У атмосферный воздух	> 9 млрд. м ³ (в проекте не учтено)	У загрязняющие вещества (выбросы в атмосферу)	> 2 500 т
		У парниковые газы	> 2 млн. т (в проекте не учтено)
		У отработанные реагенты газоочистки	в проекте не указано
		У электроэнергия	< 600 ГВт-час

Примечание: себестоимость производимой электроэнергии будет значительно превышать действующие на энергетическом рынке тарифы и потребует значительных бюджетного субсидирования «зеленого тарифа» (программой предусмотрены).

«В целом в 2013 г. связанные с недопроизводством валового внутреннего продукта экономические потери от смертности и заболеваемости населения, обусловленные вредным воздействием химических, физических и биологических факторов среды обитания, составили около 192,8 млрд. руб.»

«Вклад химических факторов (загрязнение воздуха, питьевой воды, почвы) в смертность населения составил 21%, заболеваемость населения — 48%, экономические потери — 28%».

Гос. доклад «О состоянии и об охране окружающей среды РФ в 2015 году»:

«В 20 субъектах России 17% и более городского населения находится под воздействием высокого и очень высокого загрязнения воздуха, из них в 3 (Санкт-Петербург, Свердловская обл. и Таймырский АО) — более 75% городского населения»

«Смертность населения от новообразований устойчиво ассоциирована с загрязнением атмосферного воздуха бенз (а) пиреном, формальдегидом в 12 субъектах РФ. К приоритетным территориям относятся... Москва, Санкт-Петербург...».

Следует признать, что в физическом и химическом смысле сжигание отходов является переводом их в газообразное состояние с выбросом в атмосферу и образованием новых опасных соединений, в том числе особо опасных С.О.З. При этом любые технологии газоочистки дают шлейф новых отходов (отработанных реагентов, фильтров, уловленных загрязнителей).

Закон сохранения материи, как закон природы, отменить нельзя. Именно он определяет неотвратимость негативных экологических последствий любых попыток «уничтожения» отходов.

Обращение с отходами по определению является составной частью жизненного цикла «производство-потребление». Его цель совпадает с императивом циркулярной экономики и заключается в стремлении к максимуму (в идеале 100%) возврате отходов в производственный цикл. Современная законодательно принятая иерархия обращения с отходами отдает приоритет предотвращению их образования, повторному использованию и утилизации (рециклингу). Для этого необходимо массовое внедрение раздельного сбора ТКО, экологическое просвещение населения, внедрение экологически безопасных технологий рециклинга и технологий временного хранения фракций ТКО, пока не имеющих доступных экологически безопасных технологий переработки.

ЛИТЕРАТУРА

- Коммюнике Европейской Комиссии «Роль преобразования отходов в энергию в циркулярной экономике» COM (2017) 34 (final)
- Материалы Третьей сессии Ассамблеи ООН по окружающей среде, Программы ООН по окружающей среде (ЮНЕА3), Найроби (Кения), 4–6 декабря 2017 г.
- Директива 2000/76/ЕС Европейского парламента и Совета «О сжигании отходов»
- Нормы и правила по предотвращению и снижению загрязнения диоксинами и диоксиноподобными полихлорированными бифенилами пищевых продуктов и кормов CAC/RCP62–2006
- Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2013 году» окружающей среды Российской Федерации в 2015 году»
- Государственный доклад «О состоянии и об охране окружающей среды Российской Федерации в 2015 году»
- Доклад Государственного совета Российской Федерации «Об экологическом развитии Российской Федерации в интересах будущих поколений», Москва, Кремль, 2016 г.
- <https://medialeaks.ru/gorodskoj-vozdux-vyzyvaet-rak-legkix/>
- <https://www.oncotrust.ru/zagryaznenie-vozdukha-negativno-vliyayet-na-prodolzhitelnost-zhizni-patsientov/>
- <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/ru/>
- <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/air-pollution/ru/>
- <https://www.ecolearn.ru/chapter/143.html>
- Atlas of Population Health in European Union Regions. Authors Pola Santana and others, 2017
- GLOBAL CANCER OBSERVATORY; NORDCAN: www.gco.iarc.fr/databases.php
- <https://www.who.int/gho/data/node.country.country-RUS?lang=en>
- www.dep.iarc.fr/WHOdb/WHOdb.htm
- European Journal of Cancer, volume 49, Issue 6, April 2013 «Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012», J. Ferlay www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804913000075#t0020
- <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>
- https://www.bbc.com/russian/science/2016/02/160204_gch_cancer_infographics
- Public Health Statement for Polycyclic Aromatic Hydrocarbons (PAHs) www.atsdr.cdc.gov
- [https://eur-lex.europa.eu: COMMISSION REGULATION \(EU\) № 589/2014](https://eur-lex.europa.eu: COMMISSION REGULATION (EU) № 589/2014)
- Dioxins-EU LEGISLATION, Commission Recommendation 2006/794/EC www.fsai.ie
- <https://icss.ru/economicheskaya-politika/ekologiya/plata-za-vyibrosyi-parnikovyyx-gazov-po-stranam-mira>
- http://ecoznay.ru/publ/ehkspertnye_zakljuchenija/analiticheskij_obzor_po_probleme_musoroszhiganiya_ekologicheskie_aspekty_10/10-1-0-1642



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

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОРИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

К группе часто болеющих детей (ЧБД) принято относить детей, подверженных частым респираторным заболеваниям из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющих стойких органических нарушений в них (1). Отечественные педиатры относят детей к группе часто болеющих на основании критериев, предложенных В. Ю. Альбицким и А. А. Барановым, которые зависят от количества эпизодов острых респираторных инфекций (ОРИ) в течение года и от возраста ребенка (табл. 1) (2).

Таблица 1

Критерии включения детей в группу
часто и длительно болеющих

Возраст	Количество эпизодов ОРИ в год
Первый год жизни	4 и более
До 3 лет	6 и более
4–5 лет	5 и более
Старше 5 лет	4 и более

В последнее время предприняты попытки подвергнуть данные критерии пересмотру, предлагается увеличить число эпизодов ОРИ, перенесенных ребенком в течение года, считая «нормой» 7–8 и даже более (!) перенесенных ОРИ в году, а также учитывать только случаи с осложнениями, чтобы считать ребенка «часто болеющим». Да и сам термин «часто болеющий ребенок» в последние годы стал вызывать раздражение у большинства медицинских чиновников, теперь рекомендуется часто болеющих детей обозначать иначе, например, «дети, страдающие рекуррентными заболеваниями» и т. п.

Однако от смены названия масштабы проблемы не меняются, и ее, все равно, придется решать, хотя современной медицинской статистикой ЧБД уже нигде не учитываются. Статистика по ЧБД появляется лишь благодаря данным научных исследований отдельных специалистов.

Часто болеющие дети — это не диагноз, а медицинский термин, который обозначает диспансерную группу детей, характеризующуюся более высоким, чем у их сверстников,

уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями (3). Выделение этой группы диспансерного наблюдения реально берет свое начало на втором году жизни ребенка, т. к. первое полугодие жизни считается периодом «физиологического гуморального иммунодефицита» человека, проходящего под прикрытием пассивно переданных материнских антител против большинства респираторных вирусов, да и во втором полугодии указанный термин практически не используется (3). Наиболее высокий уровень заболеваемости ОРИ отмечается у детей дошкольного и младшего школьного возраста, особенно в течение первого года посещения организованного коллектива (4). Известно, что дети в возрасте 10 лет и старше болеют ОРИ в 2–2,5 раза реже, чем дети первых трех лет жизни. При этом повторные респираторные заболевания изменяют реактивность организма, сенсибилизируют его, приводят к снижению иммунитета, что способствует формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания, а также к задержке физического и психомоторного развития детей (1). При ОРИ, повторяющихся более 6–8 раз в год, адекватного восстановления функциональных характеристик иммунной системы не происходит (3). И это особенно актуально для детей в возрасте 2–6 лет, т. к. характерной особенностью данного возрастного периода является высокая пролиферативная активность лимфоцитов, при этом фракция недифференцированных, «наивных» лимфоцитов у детей больше, чем у взрослых, характерен и более высокий уровень клеточной цитотоксичности. Именно в этом возрасте происходит переориентация иммунного ответа на инфекционные антигены с превалирования Th2-пути ответа, свойственного плодам, новорожденным и детям первых месяцев жизни, на Th1 — ответ, типичный для инфекционного процесса у взрослых (3). В результате клинических исследований было выявлено, что в разгар болезни у ЧБД титр циркулирующих антител ниже, чем у детей, редко болеющих, при этом отмечается лимфопения, у более половины ЧБД снижается уровень интерферона в сыворотке крови, у подавляющего большинства таких детей выявляется низкий уровень термолабильных ингибиторов. ЧБД имеют достоверно более низкие титры лейкоцитарного интерферона (5,7 Ед/мл), чем редко болеющие дети (11,3 Ед/мл). Это

характеризует слабость неспецифической противовирусной защиты у ЧБД (5).

У большинства ЧБД выявляются особенности функционирования иммунной системы, которые в значительной степени связаны с процессами ее развития и созревания. У многих детей с частыми ОРИ предполагается наследственно обусловленный «поздний старт» иммунной системы (транзиторная семейная дисфункция). Но эти функциональные особенности следует рассматривать как адаптивные. Также известно, что с уровнем заболеваемости ОРИ прямо коррелирует частота выявления аллергии (4).

Нередко частые и длительные ОРИ представляют собой проявление наследственной, врожденной или приобретенной патологии, например, муковисцидоза, врожденного стридора, селективного дефицита IgA, синдрома Незеллофа (алимфоцитоз) и др. (1). Выяснение причины частых ОРИ в каждом конкретном случае позволяет выработать индивидуальную программу иммунореабилитации.

ЧБД — это не только медицинская, но и социально-экономическая проблема. Частые ОРИ у детей могут приводить к социальной дезадаптации ребенка из-за ограничения возможностей его общения со сверстниками, к формированию педагогических проблем (снижению успеваемости, отставанию от учебной программы и т.д.) и нарушению психологического климата в семье, а в целом — к снижению качества жизни ребенка (4).

Кроме того, лечение частых ОРИ требует значительных материальных затрат, а в настоящее время экономическая составляющая вопроса имеет также большое значение, учитывая стоимость современных лекарств и оплату больничных листов по уходу за ребенком.

В связи с вышеизложенным, одной из важнейших задач, требующей решения в рамках обозначенной проблемы, является формирование программы обследования, лечения и оздоровления ЧБД, в т.ч. рациональное (но не бесконтрольное!) использование иммуномодуляторов для восстановления функции иммунной системы.

Особое значение приобрела иммунотерапия в связи с увеличением антибиотикорезистентных β -лактамаза-продуцирующих штаммов, усилением роли условно патогенной микробной флоры в этиологии ЛОР-патологии у детей (6). Иммунотерапия имеет большое значение еще и потому, что в последние десятилетия изменилось течение инфекционных заболеваний, увеличилась аллергия населения, а в клинической практике стали широко применять средства, подавляющие иммунные реакции (кортикостероиды, антибиотики широкого спектра действия). Эффективность иммунотерапии зависит от правильной оценки исходного состояния иммунореактивности пациента, характера и выраженности патологических изменений, выбора оптимального препарата и схемы его применения. Проведение иммуномодулирующей терапии способствует устранению острых и хронических очагов инфекции и вторично уменьшению проявлений аллергического процесса (7). В научно-практической программе Союза педиатров России «Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика» подчеркивается, что изменение тактики ведения часто болеющих ОРИ детей, а именно применение превентивной иммунотерапии, ведет к снижению как общей стоимости лечения (за счет снижения частоты обращения за медицинской

помощью; уменьшения необходимости назначения лекарственных средств других фармакологических групп: антибиотиков, муколитиков и отхаркивающих препаратов, антипиретиков; уменьшения использования физиопроцедур), так и к непрямо́й экономии (предупреждение производственных потерь, связанных с уходом родителей за больными детьми) (8).

Поэтому в последние годы заметно вырос интерес к препаратам, реально воздействующим на иммунитет, приводящим к существенным позитивным сдвигам в заболеваемости ОРИ. Эти препараты предназначены для индивидуального использования, но одновременно с этим они могут применяться и для массовой профилактики. Эти средства рассматриваются и как профилактические, и как лечебные, снижающие степень тяжести заболевания и предупреждающие осложнения (9).

При этом в литературе есть много указаний, что лекарственные препараты, влияющие на иммунитет, имеют немало неблагоприятных воздействий на растущий детский организм и, прежде всего, на еще формирующуюся иммунную систему ребенка (10).

А потому решение о необходимости применения иммунотерапии должно приниматься только при наличии четких клинико-иммунологических показаний. При этом сама терапия должна проводиться при обязательном клиническом мониторинге и иммунологическом контроле, т.к. применение «вслепую» таких иммуностимуляторов, как производные тимуса, костного мозга, цитокиновых препаратов и др., может привести к еще более выраженному дисбалансу в иммунной системе (10).

Не менее остро стоит вопрос и о назначении часто болеющим детям антибиотиков. Часто назначаемая антибактериальная терапия стала, к сожалению, порочной практикой многих педиатров в последние годы. Антибиотики широкого спектра действия нередко назначаются детям при ОРИ без каких-либо оснований, без данных обследования. Мало того, обследование в подавляющем большинстве случаев не назначается вовсе. Мы должны помнить, что антибиотики обладают рядом нежелательных побочных действий, например, являются причиной развития дисбактериоза, гиповитаминоза и дисэлементоза, нередко вызывают аллергические реакции, нарушение функции печени, а также способствуют усугублению дисбаланса иммунной системы.

Открытым остается вопрос и о профилактике частой простудной заболеваемости детей. Прежняя система диспансеризации утеряна. В настоящее время диспансерная группа ЧБД является не обязательной. А потому четких официальных программ работы с такими детьми на амбулаторном этапе детского здравоохранения практически нет. Детская санаторно-курортная служба сейчас минимизирована, так что далеко не все нуждающиеся в данном виде помощи могут ее получить хотя бы однократно. Да и материально-техническая база большинства детских санаториев оставляет желать лучшего. К сожалению, именно детское здравоохранение в нашей стране финансируется по остаточному принципу.

В этой связи вопросы лечения и профилактики ОРИ у ЧБД приобретают еще большую актуальность. И в первую очередь стоит остановиться на выборе иммунокомпетентных препаратов.



ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

Успехи фармацевтической отрасли в последние годы привели к тому, что в руках клиницистов в настоящее время имеется большой арсенал иммуностимулирующих средств. Условно их можно разделить на четыре большие группы: иммуностимуляторы, иммуномодуляторы, иммунокорректоры и иммунодепрессанты (11).

Иммуностимуляторы — это средства, усиливающие иммунный ответ. К ним относятся лекарственные препараты, пищевые добавки, другие различные агенты биологической или химической природы, стимулирующие иммунные процессы (11). Как сказано выше, они должны назначаться по строгим показаниям на основании клинико-иммунологической картины, и проводится такое лечение под обязательным лабораторным иммунологическим контролем (1).

Иммуномодуляторы — это лекарственные средства, обладающие иммуностимулирующей активностью, которые в терапевтических дозах восстанавливают функции иммунной системы (эффективную иммунную защиту) (11). Они могут применяться без предварительного иммунологического обследования и характеризуются хорошей переносимостью. Лечебный эффект иммуномодуляторов зависит от исходного состояния иммунитета: эти препараты снижают повышенные и повышают сниженные показатели иммунитета. Причем, иммуномодуляторы, избирательно действующие на соответствующий компонент иммунитета, помимо влияния на этот компонент, будут, так или иначе, оказывать влияние на все другие компоненты иммунной системы. Препараты данной группы в настоящее время по понятным причинам стали называть иммунокорректорами. Т. е. иммунокорректоры — это иммуномодуляторы «точечного» действия (1, 11).

Иммунодепрессанты — это средства, подавляющие иммунный ответ. К ним относятся лекарственные препараты, обладающие иммуностимулирующей, или неспецифического действия, и другие различные агенты биологической или химической природы, угнетающие иммунные процессы (11).

Все заболевания иммунной системы делятся на иммунодефициты, аллергические и аутоиммунные заболевания. У ЧБД мы имеем дело с иммунной недостаточностью и иммунной нестабильностью. Главным критерием назначения иммуномодуляторов является упорно протекающий инфекционный синдром (11).

Хаитов Р.М. и Пинегин Б.В. (2004) разделили все иммунокомпетентные препараты, согласно их происхождению, на: микробные, тимические, костномозговые, цитокины, нуклеиновые кислоты, химически чистые иммуномодуляторы низко- и высокомолекулярные.

В последние годы в повседневной практике с лечебной и профилактической целью стали широко применяться так называемые бактериальные или микробные вакцины, к которым относятся препараты естественного происхождения, а также полусинтетические. Эти препараты отличаются мягким воздействием на иммунную систему ребенка и используются, в основном, для профилактики частой простудной заболеваемости. Действие их развивается медленно, но после проведения полного профилактического курса, как правило, сохраняется длительный

эффект (1). Конечно, параллельно требуется выявление и санация хронических очагов инфекции. Некоторые бактериальные вакцины рекомендуются и в остром периоде ОРВИ с целью облегчения состояния ребенка и сокращения сроков течения заболевания.

Популярны в педиатрической практике препараты нуклеиновых кислот. Некоторые представители данной группы не имеют возрастных противопоказаний и могут при необходимости использоваться с первого дня жизни ребенка. Они обладают высокой противовирусной активностью, а потому применяются не только для профилактики простудных заболеваний, но и в острый период ОРВИ, заметно сокращая сроки болезни и смягчая симптомы заболевания, облегчая при этом состояние ребенка (1, 11).

Таким образом, в системе лечения и оздоровления ЧБД иммуномодулирующая терапия, как мы видим, присутствует в обязательном порядке, но должна строго регламентироваться и обосновываться.

Она назначается:

- при ОРВИ (лечение острого заболевания);
- после перенесенных инфекций и тяжелых заболеваний (бронхит, пневмония и т.д.) в периоде реабилитации;
- в качестве сезонной профилактики (весна, осень).

ВИТАМИН Д КАК ПРИРОДНЫЙ ИММУНОМОДУЛЯТОР

По современной функциональной классификации витаминов, разработанной В.Б.Спиричевым с соавт. (2005), витамин Д относится к гормонам, производным холестерина. Кроме того, теперь этот витамин следует рассматривать как гормон, не только регулирующий кальциевый гомеостаз, но и контролирующей пролиферацию и дифференциацию клеток (12).

Основные функции витамина Д, несомненно, связаны с поддержанием гомеостаза кальция и фосфора, он обеспечивает всасывание кальция и фосфора в кишечнике и их выведение через почки. Тем самым он непосредственно влияет на отложение кальция в костной ткани, а также на полноценность всех процессов, в которых задействованы ионы кальция: мышечное сокращение и тонус мышц, свертываемость крови и др. (12).

В 1936 году витамин Д был выделен из рыбьего жира. Обе известные формы витамина — Д₂ и Д₃ в почках и печени преобразуются в гормон calcitriol, являющийся физиологически активной формой витамина Д — 1,25-дихолекальциферола. В кишечнике он способствует синтезу белка-носителя для транспорта кальция, а в мышцах и почках активизирует реабсорбцию свободного кальция.

Поступает в организм витамин Д с продуктами питания, в основном, животного происхождения (сметана, сливки, молоко, печень трески, тунец, сельдь, скумбрия, икра), синтезируется из провитамина в коже под влиянием солнечных лучей.

Активность препаратов витамина Д выражается в международных единицах (МЕ): 1 МЕ содержит 0,000025 мг (0,025 мкг) химически чистого витамина Д, т.е. 1 мкг = 40 МЕ.

Среднее потребление витамина Д в разных странах — 2,5–11,2 мкг/сутки. Установленный уровень потребности в разных странах — 0–11 мкг/сутки. Верхний допустимый

уровень потребления — 50 мкг/сутки. Физиологическая потребность для детей — 10 мкг/сутки (13).

Поступая в организм, витамин Д всасывается в проксимальном отделе тонкого кишечника, причем, обязательно в присутствии желчи. Часть его абсорбируется в средних отделах тонкой кишки, незначительная часть — в подвздошной. После всасывания кальциферол обнаруживается в составе хиломикронов в свободном виде и лишь частично в форме эфира. Биодоступность составляет 60–90%.

Витамин Д влияет на общий обмен веществ, прежде всего, он стимулирует всасывание из кишечника кальция, фосфатов и магния.

Недостаток витамина Д приводит к нарушению обмена кальция и фосфора в костях, в детском возрасте — ведет к рахиту, в старшем и пожилом возрасте — к остеопорозу (боли в костях, повышенный риск переломов), сопровождается повышенной нервной возбудимостью и склонностью к судорогам мышц, особенно икроножных, нарушением роста и сохранности зубов. Также при дефиците витамина Д нарушаются обмен липидов, белков, микроэлементов (медь, железо, магний и др.), в итоге, страдает весь организм (13).

Доказано, что дефицит витамина Д является универсальным фактором риска для различных многофакторных заболеваний. Особо отмечается влияние витамина Д на уровни кардиоваскулярного (липиды крови, артериальное давление) и цереброваскулярного здоровья (когнитивная активность), а также риск возникновения онкологических заболеваний. Открытие De Luca Hector (1998) специфических рецепторов для витамина Д не только в тканях-мишенях — кишечнике, костях, почках, — но и в других тканях, а также идентификация рецепторов в раковых клетках указывают на более широкие функции витамина, чем только регуляция обмена кальция и остеогенеза. В ходе научных исследований было установлено, что витамин Д модулирует секрецию инсулина, тиреоидных гормонов и паратгормона. Адекватный фотосинтез в коже витамина Д рассматривается как важный антиканцерогенный фактор, а также как дополнительный фактор в преодолении глюкозотолерантности, в борьбе с ожирением (12).

House M. D. (2011) также сообщает, что от витамина Д зависит восприимчивость организма к кожным заболеваниям, болезням сердца и раку. В географических областях, где пища бедна витамином Д, повышена заболеваемость атеросклерозом, артритом, диабетом, особенно юношеским. Он повышает иммунитет (уровень витамина Д в крови служит одним из критериев оценки ожидаемой продолжительной жизни больных СПИДом), этот витамин необходим для функционирования щитовидной железы и нормальной свертываемости крови. А при наружном применении витамина Д3 уменьшается характерная для псориаза чешуйчатость кожи. Есть также данные, что, улучшая усвоение кальция и магния, витамин Д помогает организму восстанавливать защитные оболочки, окружающие нервы, поэтому он включается в комплексную терапию рассеянного склероза (14).

Во многих научных исследованиях доказано активное участие витамина Д в регуляции иммуногенеза и клеточной пролиферации. В обзоре Громовой О. А. (2007) показана

**Выгодная цена и
бесплатная доставка
в аптеку на apteka.ru**



* IMS Dataview MAT EUR 4/2019,
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

Источник клинически исследованных лактобактерий *L. reuteri* Protectis®.

Не содержат лактозы и белков молока.

№1** в аптеках Финляндии.

** Tamro Bright YTD EUR 12/2018

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



но, что иммуностимулирующие эффекты витамина Д проявляются в подавлении экспрессии рецепторов к трансферрину на макрофагах (W. F. C. Rigby et al., 1985), подавлении образования CD23-клеток (Ch. Fargeas et al., 1990), активности и пролиферации Т-хелперов в зависимости от концентрации ИЛ-1: при низкой концентрации ИЛ-1 витамин стимулирует пролиферацию Т-хелперов почти в 50 раз; в оптимальных (физиологических) концентрациях подавляет индукцию и пролиферацию; при повышенной концентрации ИЛ-1 повышает индукцию, но блокирует пролиферацию Т-хелперов (D. L. Lacey et al., 1987). Кроме того, ИФН-гамма дозозависимо усиливает образование кальцитриола (1,25- (ОН) 2-D3) альвеолярными макрофагами, что оптимизирует антиген-презентирующую функцию (H. Koeffler, Phillipe et al., 1990), а повышенные дозы витамина Д оказывают подавляющее действие на процессы гуморального и клеточного иммунных ответов (S. K. Shiozawa et al., 1985; K. Muller et al., 1988). Известно также, что под действием кальцитриола происходит окончательная дифференцировка промиелоцитов HL-60 в макрофаги (R. L. Paguet et al., 1991). Поэтому витамин Д3 нашел применение в качестве дифференцирующего агента в схемах лечения недифференцированных лейкозов и карцином. Кальцитриол индуцирует синтез Са-связывающих белков: кальбиндина кишечного эпителия, S100 нейронов, парвальбулина и тропонина мышечной ткани и кальцимединов в многочисленных тканях (в том числе в лимфоидной) (3). Автор отмечает, что для восстановления функции макрофагов и лимфоцитов при иммунодефиците, обусловленном Д-недостаточностью, необходим прием всего 450 МЕ витамина Д3 в день в течение 2–3 месяцев (15).

У детей при недостатке витамина Д развивается рахит. Гиповитаминоз Д снижает процесс всасывания кальция и освобождение его из костей, что вызывает стимуляцию синтеза паратгормона паращитовидными железами. Возникает и развивается вторичный гиперпаратиреоз, способствующий вымыванию кальция из костей и выведению фосфата с мочой.

При рахите у детей наблюдается задержка сроков прорезывания зубов, размягчение плоских костей черепа с уплощением затылка, а в области теменных и лобных бугров формируются наслоения («квадратная голова», «олимпийский лоб»), могут отмечаться деформации лицевого черепа (седловидный нос, высокое готическое небо), искривление нижних конечностей, деформация таза («плоский таз»), формы грудной клетки («куриная грудь»). Также при рахите наблюдаются нарушения сна, повышенная потливость, раздражительность. Рахит является крайне неблагоприятным фоном для развития различных хронических заболеваний и нестабильного состояния иммунной системы, что неизбежно приводит к частым простудным заболеваниям.

Одним из способов профилактики дефицита витамина Д в организме является рациональное сбалансированное питание с включением продуктов, богатых этим витамином, а также достаточное пребывание на солнце. При условии, что организм получает достаточное количество ультрафиолетового излучения, потребность в витамине Д компенсируется полностью. Однако количество витамина Д, синтезируемого под действием солнечного света, зависит от таких факторов как:

- длина волны света (наиболее эффективен средний спектр волн, который мы получаем утром и на закате);
- исходная пигментация кожи (чем темнее кожа, тем меньше витамина Д вырабатывается под действием солнечного света);
- возраст (стареющая кожа теряет свою способность синтезировать витамин Д);
- уровень загрязненности атмосферы (промышленные выбросы и пыль не пропускают спектр ультрафиолетовых лучей, потенцирующих синтез витамина Д, этим объясняется, в частности, высокая распространенность рахита у детей, проживающих в Африке и Азии в промышленных городах).

Учитывая современные дефициты питания, склонность к гиподинамии и недостаток инсоляции в силу географических особенностей района проживания или образа жизни, остро встает вопрос о выборе препаратов витамина Д, эффективно профилактирующих гиповитаминоз.

С профилактической целью витамин Д рекомендуется детям уже с 1 месяца жизни и назначается длительным курсом с перерывом на летний период. Предпочтение отдается препаратам натурального происхождения. Традиционной профилактической суточной дозой считается 400 МЕ (13).

На фармацевтическом рынке в настоящее время есть много разных форм препарата витамина Д. Отдельно хотелось бы обратить внимание на МИНИСАН® — оригинальный витамин D3 финской компании VERMAN. Для детей от 1,5 лет МИНИСАН® выпускается в каплях. 1 капля содержит 100 МЕ витамина D3, что обеспечивает возможность варьирования дозы с учетом индивидуальных особенностей организма. В составе капель отсутствуют спирт и аллергенные добавки. Для взрослых МИНИСАН® Витамин D3 выпускается в виде маленьких жевательных таблеток. Одна таблетка МИНИСАН® содержит 5 мкг (200 МЕ) витамина D3 или 20 мкг (800 МЕ).

При назначении витамина Д рекомендуется одновременно назначать препараты кальция (коротким курсом), витамин А, а также аскорбиновую кислоту и витамины группы В (13).

МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ В ЛЕЧЕНИИ И ОЗДОРОВЛЕНИИ ЧБД

Минеральные воды являются природным лечебным фактором, который издавна широко применяется в разных областях медицины, включая педиатрию.

Лечебными считаются природные минеральные воды, которые содержат в повышенных концентрациях минеральные (реже органические) компоненты, а также различные газы или обладают специфическими физическими свойствами: радиоактивностью, определенной температурой, активной реакцией среды, благодаря чему они оказывают на организм человека действие, отличающееся от действия пресной воды (16).

Самым распространенным и наиболее древним методом применения минеральных вод является питьевое лечение. В работе с ЧБД мы практиковали питьевые курсы лечебных минеральных вод с чешских курортов, в частности, лечебную воду «Билинска Киселка» (щелочная гидрокарбонатно-натриевая лечебно-столовая минеральная

Родник

Минеральные воды Чехии



РЕКЛАМА

ПРЕИМУЩЕСТВА НАШИХ ВОД

- ✓ Все наши воды бутилируются прямо у источника, что максимально сохраняет их лечебные свойства.
- ✓ Скважины по добыче минеральных вод находятся на глубине до 190 метров, поэтому наши воды абсолютно чисты и не содержат посторонних примесей.
- ✓ Население многих европейских стран лечится этими водами более 350 лет, что говорит об их эффективности и узнаваемости нашей продукции.
- ✓ С каждым годом бальнеология (лечение с помощью минеральных вод) возвращает свою популярность и заменяет фармакологические методы, так как вода не имеет противопоказаний и побочных эффектов, а результаты ее использования во многих случаях проявляются быстрее и сохраняются дольше.
- ✓ Все наши воды имеют свидетельства о регистрации и прошли добровольную сертификацию. За годы продаж у нас сотни благодарственных отзывов от врачей и покупателей.

www.minervoda.ru • 8 (812) 274-11-41 • 8 (495) 96-92-792

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ



вода, природно-газированная с общей минерализацией 7,5 мг/л., добывается в горах Северной Чехии у местечка Билины с глубины 190,8 м., по составу напоминает «Боржом» и «Ессентуки 17», но вкус значительно мягче и приятнее) и «Винцентка» (среднеминерализованная, хлоридно-гидрокарбонатно-натриевая вода с повышенным содержанием фторидов и борной кислоты, добывается на территории чешского курорта Лугачовице, имеет слабощелочную реакцию среды pH 6,2–6,4, солоноватый вкус).

При работе с ЧБД мы учитывали основные свойства лечебных минеральных вод:

1. «Билинска Киселка» (БК)

- кислотонейтрализующий и спазмолитический эффекты;
- противовоспалительное действие;
- стимуляция адаптационных реакций, что позволяет рассматривать БК как средство повышения резистентности организма;
- регуляция продукции гормонов пищеварительной системы, посредством чего происходит модификация течения метаболических процессов, что успешно применяется при ожирении;
- умеренное желчегонное и желчестимулирующее действие;
- антиоксидантное действие, усиление выведения токсинов из организма за счет гепатопротекторного действия (активирует процессы биотрансформации токсических веществ в печени);
- коррекция дисбактериоза (активирует нормальную микрофлору кишечника и способствует выработке ею антибактериальных и биологически активных компонентов);
- многогранное позитивное действие при хронических заболеваниях органов дыхания как при внутреннем применении, так и в качестве компонента ингаляций, небулайзеротерапии.

2. «Винцентка»

- природное дополнение к питанию спортсменов, детей, беременных женщин и выздоравливающих;
- многогранное позитивное действие при хронических заболеваниях органов дыхания как при внутреннем применении (в сочетании с теплым молоком), так и в качестве компонента ингаляций, небулайзеротерапии;
- может применяться в качестве источника йода (1 глоток в день — 25 мл — покрывает суточную потребность в йоде).

Преимуществом минеральных вод «Билинска Киселка» и «Винцентка» является гармоничное сочетание мощного лечебного эффекта и приятных вкусовых качеств. Вода разливается непосредственно у источника, поэтому обладает исключительной бактериологической чистотой. «Билинска Киселка» — старейшая лечебная вода, известная более трех столетий. Вода не содержит в своем составе тяжелых металлов (свинец, ртуть, кадмий, хром), соединений группы азота (нитраты, нитриты, аммоний), а также радионуклидов. Не имеет возрастных ограничений, поэтому широко используется в педиатрии.

Лечебные минеральные воды рекомендуются детям в периоде выздоровления при ОРИ, они рекомендованы к использованию как в санаторно-курортных, так и в домашних условиях курсами от 3 до 6 недель. Для ингаляций минеральные воды применяются и в острый период заболевания.

Разовая доза различна (от столовой ложки до 2 стаканов). Начинать следует с уменьшенных доз, постепенно увеличивая до максимальных.

Повторные курсы проводятся через 3–4 месяца.

Поскольку минеральные воды являются природным источником жизненно важных минералов для детского организма, их можно считать одним из наиболее эффективных и безопасных средств профилактики не только минеральных дефицитов, обменных расстройств, но и частой простудной заболеваемости. ☉

ЛИТЕРАТУРА

1. Безруков К. Ю., Стернин Ю. И. Часто и длительно болеющий ребенок, СПб: ИнформМед, 2011. — 168 с.
2. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления, Саратов, 1986. — 228 с.
3. Самсыгина Г. А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии // Практика педиатра, декабрь, 2005. — с. 40–44
4. Балева Л. С., Вавилова В. Л., Доскин В. А. и др. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей (медицинская технология), М., 2006, 46 с.
5. Костинов М. П. Основы вакцинопрофилактики у детей с хронической патологией. Медицина для всех, 2002, С. 304–305, 318
6. Богомилский М. Р., Гаращенко Т. И., Маркова Т. П., Чувилов Д. Г. Актуальные вопросы оториноларингологии детского возраста и фармакотерапия болезней ЛОР-органов. Юбилейный сборник научных трудов, 2001.
7. Балаболкин И. И., Сюракина М. В., Тюменцева Е. С. Иммунокорригирующая терапия в комплексном лечении детей с аллергией // Лечащий врач, № 7, 2005.
8. Баранов А. А., Намазова Л. С. Российский национальный педиатрический формуляр и рациональное использование лекарственных средств у детей // Практика педиатра, № 9, 2007.
9. Белоусов Ю. Б., Карпов М. В., Леонова М. В., Ефременкова О. В. Клинико-экономическая оценка средств, применяемых для профилактики и лечения ОРВИ у детей // Детские инфекции, № 4, 2006.
10. Михайлов И. Б. Коррекция вторичного приобретенного иммунодефицита у детей и взрослых. Методическое пособие для врачей. — СПб, 2007, 20 с.
11. Романюк Ф. П., Алферов В. П., Сидорова Т. А., Харит С. М. Часто и длительно болеющие дети. Дифференциальная диагностика, лечение и профилактика. Руководство для педиатров. — СПбМАПО, СПб, 2008. — 178 с.
12. Спиричев В. Б., Громова О. А. Витамин D и его синергисты // Земской врач, № 2 (13), 2012, С. 33–37
13. Бондарь В. И. Проблема питания современного человека. Витамины и витаминоподобные вещества // Пятиминутка, № 1, 2012 (18), С. 26–32
14. House M. D. Медицина, Лекарства и витамины, 2011
15. Громова О. А. Витамин D (эргокальциферол, холекальциферол) // Практика педиатра, май, 2007
16. Внутреннее применение минеральных вод / В кн. Диетология: Руководство / Под ред. А. Ю. Барановского / А. Ю. Барановский, Э. А. Кондрашина, Л. Ю. Назаренко и др. — СПб.: Изд. Питер, 2008

II-Я МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПЕРСПЕКТИВЫ ОТРАСЛЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ» В Г. ОРЕЛ



ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С.Тургенева» и Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА 24–25 октября 2019 года провели уже вторую совместную Международную научно-практическую конференцию «Перспективы отраслевого взаимодействия в комплексной реабилитации».

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

Старт таким ежегодным тематическим конференциям был дан в октябре 2018 года.

В работе конференции традиционно участвуют медицинские учреждения, включая санатории и реабилитационные центры, производители медицинских изделий, учреждения системы образования, включая коррекционные и оздоровительные школы и ДОО, социальные учреждения, врачи, психологи, социальные и коррекционные педагоги, специалисты по адаптивной физической культуре и др., а также представители Правительства Орловской области.

В рамках конференции обсуждались следующие вопросы:

- Направления развития медицинской реабилитации в РФ;
- Опыт 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.

Орловская конференция отличается выраженной практической направленностью, искренним желанием большинства участников мероприятия, включая руководителей медицинских учреждений, заведующих кафедрами, директоров институтов и т.д., получить новые знания в области комплексной реабилитации пациентов и выработать механизмы реализации этих знаний в практической деятельности. По сути на таких мероприятиях происходит настоящий обмен опытом между специалистами и выработка новых концепций и подходов к решению насущных проблем на стыке смежных профессиональных дисциплин.

Было много запоминающихся, интересных докладов, мастер-классов, круглых столов. Но, наверное, стоит выделить несколько самых ярких и значимых событий этих двух дней.

1. Состоялись переговоры о сотрудничестве между Врио ректора ОГУ им. И.С.Тургенева доцентом Федотовым А.А. и депутатом Государственной Думы РФ профессором Пилипенко О.В., с одной стороны, заместителем декана факультета кондуктивной педагогики им. А.Петё Университета Семмельвейса Др. Тури Ибойей (Будапешт, Венгрия), с другой стороны, и руководителем Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество», директором Издательского Дома СТЕЛЛА, к.м.н. Мамаевой М.А. (Санкт-Петербург), с третьей стороны. В результате переговоров достигнуто полное понимание в вопросах возможности и необходимости внедрения метода кондуктивной педагогики в практику, прежде всего, орловских специалистов в области реабилитации пациентов с нарушениями движения, а также в вопросах возможности обучения орловских специалистов в Будапеште по направлению «кондуктивная педагогика».

2. Венгерские гости совместно с членами нашей общественной организации из Санкт-Петербурга и сотрудниками ОГУ им. И.С.Тургенева посетили Болховский дом-интернат для детей с физическими недостатками (директор Виноградова Л.В.). По итогам общения было принято решение организовать экспериментальную площадку для реализации метода кондуктивной педагогики именно в этом доме-интернате и начинать этот процесс незамедлительно сразу после подписания меморандума о сотрудничестве между ОГУ им. И.С.Тургенева и Университетом Семмельвейса.

Таким образом, вся наша, надо сказать, общественная работа, направленная на внедрение венгерского мето-



да кондуктивной педагогики в практику отечественных специалистов, проводимая с 2012 года, наконец, привела к серьезным и реальным результатам на Орловской земле. Жаль, что в родном Санкт-Петербурге до сих пор все наши усилия в этом направлении буксовали в кабинетах чиновников. А дети с нарушениями движения, прежде всего, с ДЦП, не имеют доступа к методике, эффективность которой доказана и многочисленными научными исследованиями, и 70-летним стажем практического использования во многих странах мира, но, к сожалению, не в России...

Наши совместные с ОГУ им. И.С.Тургенева конференции будут иметь продолжение. Следите за анонсами и присоединяйтесь к нашим проектам! ☺

Контакты для получения информации о мероприятиях:

Котов Александр Анатольевич, главный врач студенческой поликлиники, ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С.Тургенева», г. Орел, Россия.

Телефон: 8 (4862) 75-27-15

E-mail: medcentrgu@mail.ru

Мамаева Марина Аркадьевна, директор Издательского Дома СТЕЛЛА, руководитель Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество», г. Санкт-Петербург, Россия.

Телефон: +7 (921) 589-15-82; 8 (812) 307-32-78

E-mail: stella-mm@yandex.ru

Юрьева Р.Г., кандидат медицинских наук, врач-методист СПбГКУЗ «Городской центр восстановительного лечения детей с психоневрологическими нарушениями», член Национальной ассоциации детских реабилитологов, Санкт-Петербург, Россия

ДОЛГОЖДАННОЕ И ВОСТРЕБОВАННОЕ СОБЫТИЕ

Темы, заявленные и обсуждаемые на конференции «Перспективы отраслевого взаимодействия в комплексной реабилитации», проходившей в г. Орел, отличались своей актуальностью в настоящий период, масштабностью по затрагиваемым проблемам в обществе, профессионализмом выступающих. Особый интерес вызвали выступления венгерских специалистов Др. Тури Ибойи, зам.декана факультета кондуктивной педагогики по научным вопросам и Др. Ленделя Яноша, преподавателя и помощника декана того же факультета Университета Семмельвейса. Достигнутые договоренности о подготовке и обучению кадров (кондуктологов) и реализации метода кондуктивной педагогики на базе Болховского дома-интерната для детей с физическими недостатками (г. Болхов, Орловская обл.) при активном участии и поддержке Администрации и депутатов г. Орел, идеологов сотрудничества — руководителя Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество», директора Издательского Дома СТЕЛЛА, к.м.н. Мамаевой М.А. (г. Санкт-Петербург), главного врача студенческой поликлиники ОГУ им. И.С.Тургенева Котова А.А. (г. Орел) — позволили состояться долгожданному и востребованному событию — заключению договора между Орловским государственным университетом и Университетом Семмельвейса, одной из целей которого является подготовка и обучение кадров рекомендуемой МЗ РФ методике Андраша Петё в комплексной медико-социальной реабилитации детей.

Все выступления отличались профессиональным научно-практическим подходом. Особенно запомнились доклады Ильиной И.В. (к.п.н., доцент Медицинского института ОГУ) «Методологические подходы к формированию

программ комплексной реабилитации при патологии опорно-двигательного аппарата», Березиной Н.А. (к.т.н., зав.кафедрой технологии продуктов питания и организации ресторанного дела ОГУ) «Инновационные разработки пищевых продуктов функционального и специализированного назначения ОГУ им. И.С.Тургенева» и многие другие.

Организация мастер-классов отличалась особой формой построения, что не могло оставить равнодушными всех присутствующих на тематических секциях.

Круглый стол «Перспективы педагогического взаимодействия в комплексной реабилитации» показал высокий профессиональный уровень профессорско-преподавательского состава университета, возникшая дискуссия указала на необходимость совершенствования межведомственного участия, изучения и обмена опытом в решении вопросов по подготовке кадров для различных сфер деятельности.

Представители различных учреждений Санкт-Петербурга также поделились своим профессиональным опытом в организации и проведении комплексной медицинской реабилитации детей-инвалидов.

От имени всех участников делегации из Санкт-Петербурга хочется выразить особую благодарность руководству ОГУ им. И.С.Тургенева и, в частности, Котову Александру Анатольевичу, главному врачу студенческой поликлиники ОГУ, за теплый прием, создание прекрасной атмосферы и условий пребывания на Орловской земле.

Мы надеемся на дальнейшее сотрудничество, обмен опытом и продолжение традиций таких полезных во всех отношениях мероприятий. ☺



Янош Лендель и Ибойя Тури



Котов А. А.



Переговоры в ОГУ



Встреча депутата Государственной Думы РФ Пилипенко О. В. с венгерскими специалистами в ОГУ



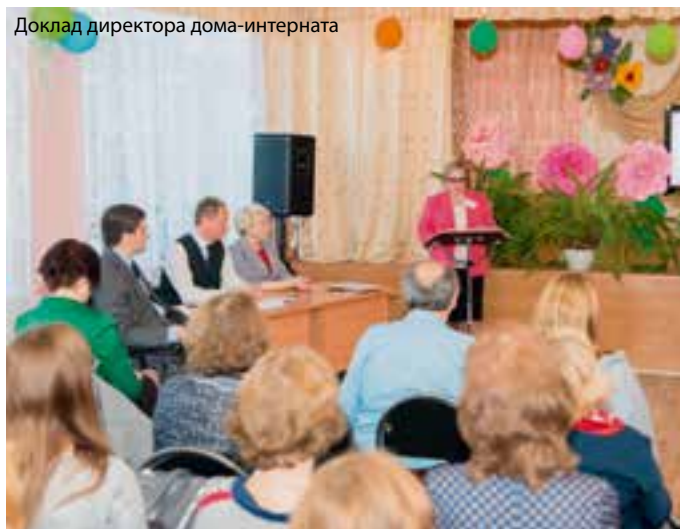
Болховский дом-интернат
Уроки ходьбы



В Болховском доме-интернате с детьми



На конференции в Орле 2019



Доклад директора дома-интерната

**Ильина И. В.,**

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

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТА РЕСУРСОВ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Актуальность формирования и реализации комплексных реабилитационно-восстановительных программ для населения Орловской области подтверждается медико-статистическими данными (таблицы 1, 2), которые в течение последнего десятилетия регистрируют стабильный рост как показателей болезненности (общей заболеваемости), так и первичной заболеваемости, и численности диспансерных контингентов во всех возрастных группах — среди детей (от 0 до 14 лет), подростков (от 15 до 17 лет) и взрослого населения (старше 18 лет).

При этом в 2017–2018 гг. максимально выражен прирост количества травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин наряду с ростом числа заболеваний органов пищеварения, дыхания, кровообращения, эндокринной системы, расстройств питания, нарушения обмена веществ, а также болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Учитывая тот факт, что проведение комплексной реабилитации в подавляющем большинстве случаев предполагает собственную физическую активность пациента, а также связано с широким использованием методов и средств медицинской реабилитации, в частности, лечебной физкультуры в различных формах (например, в виде лечебной гимнастики, механотерапии, трудотерапии, прогулок и пр.), необходим углубленный анализ сведений о зарегистрированных патологиях костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Всего медицинские организации области в 2018 году зафиксировали 132496 указанных заболеваний (почти у каждого пятого жителя области). Артропатии, остеопатии, хондропатии и деформирующие дорсопатии встре-

чаются у 8,82% детей в возрасте от 0–14 лет и у 17,3% подростков (таблица 3). У 19,7% взрослых к ним добавляются артрозы и остеопороз. Максимальное число указанных патологий (24,3%) отмечено у населения старше трудоспособного возраста.

Таблица 1
Динамика заболеваемости населения
Орловской области в 2008–2018 г.

Медико-статистические показатели	2008	2018
Болезненность (на 1 тыс. населения)	1584.7	1934.1
взрослые	1450.8	1820.2
подростки	1783.6	2573.6
дети (0–14 лет)	2309.7	2442.4
Заболеваемость (на 1 тыс. населения)	846.6	948.8
взрослые	652.3	721.1
подростки	1170.5	1687.7
дети (0–14 лет)	1886.2	2057.8
Диспансерный контингент (на 1 тыс. населения)	265.9	292.4
взрослые	260.9	307.6
подростки	349.1	391.9
дети (0–14 лет)	268.2	192.2
Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ) в случаях (на 100 работающих)	55.6	53.0
Заболеваемость с ВУТ в днях (на 100 работающих)	718.2	742.1

Таблица 2

Изменение общей заболеваемости населения Орловской области в 2017–2018 гг.

Ранговая позиция	Классы болезней (согласно МКБ-10)	2017	2018	темпы прироста/убыли, %
1	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	98,9	109,6	10,8
2	Болезни органов пищеварения	107,3	114,1	6,3
3	Болезни органов дыхания (включая грипп, ОРВИ)	503,5	530,4	5,3
4	Болезни системы кровообращения	310,9	324,9	4,5
5	Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	116,5	120,1	3,1
6	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	43,1	43,8	1,6
7	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	175,1	177,3	1,3
8	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	11,3	11,4	0,9
9	Болезни мочеполовой системы	144,5	145,5	0,7
10	Психические расстройства и расстройства поведения	52,9	53,0	0,2
11	Болезни нервной системы	58,5	57,6	-1,5
12	Новообразования	58,5	57,1	-2,4
13	Болезни глаза и его придаточного аппарата	140,8	137,0	-2,8
14	Болезни кожи и подкожной клетчатки	63,8	60,4	-5,3
15	Болезни уха и сосцевидного отростка	48,9	46,0	-5,9
16	Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	8,8	8,1	-7,9

Таблица 3

Число заболеваний костно-мышечной системы, зарегистрированных в 2018 году в Орловской области

Категории населения	Численность населения в 2018 г. (чел.)	Зарегистрировано заболеваний (%)	
		всего	% (от численности населения данной категории)
Дети (0–14 лет)	114949	10137	8,82%
Подростки (15–17 лет)	20623	3567	17,30%
Взрослые (старше 18 лет)	603895	118792	19,67%
в т.ч. взрослые старше трудоспособного возраста	220946	53674	24,29%
ИТОГО	739467	132496	17,92%

Распространенность заболеваний костно-мышечной системы значительно растет среди лиц старше 18 лет при одновременном сокращении числа заболеваний, выявленных у данных контингентов впервые в жизни (таблица 4). Однако если у детей (в возрасте от 0 до 14 лет) при профилактических осмотрах выявляется 29,7% заболеваний, у подростков 15–17 лет — 50,6%, то у взрослых — всего 0,03%, что отражается в численности диспансерных контингентов: под диспансерным наблюдением в медицинских организациях области состоят всего 9,5% пациентов с данной патологией (таблица 5).

Медицинская реабилитация, проводимая в медицинских организациях, является системным процессом. В настоящее время особое внимание уделяется вопросу более широкого применения методов восстановления здоровья путем изменения структуры системы здравоохранения, в том числе выделения реабилитационных отделений при поликлиниках, стационарах, а также организации самостоятельных учреждений. Согласно приказу Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации», ресурсное

обеспечение данного вида деятельности предполагает наряду с наличием специального оборудования (согласно стандартам оснащения различных реабилитационных подразделений) также наличие врачей-специалистов по медицинской реабилитации и средних медицинских работников по реабилитации.

Для удовлетворения потребности пациентов с заболеваниями костно-мышечной системы в медицинской реабилитации в Орловской области в 2018 году было предусмотрено 86 реабилитационных соматических коек для детей и взрослых (1,4% от общего количества стационарных коек), на которых в течение этого года пролечено 1273 чел. (таблица 6). Из 68 реабилитационных соматических коек для взрослых лишь одна предназначена для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (в течение 2018 года пролечено 23 человека). Койки геронтологического профиля в области отсутствуют.

Так как по данным форм федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2018 год профессионально подготовленные вра-



Таблица 4

Распространенность заболеваний костно-мышечной системы среди населения Орловской области в 2018 году

Контингенты пациентов	Зарегистрировано заболеваний			
	всего		с впервые в жизни установленным диагнозом	
	абс. числа	% от общего числа зарегистрированных заболеваний КМС	абс. числа	% от общего числа зарегистрированных заболеваний у данного контингента
Дети (0–14 лет)	10137	7,65%	4449	43,89%
Подростки (15–17 лет)	3567	2,69%	1487	41,69%
Взрослые (старше 18 лет)	118792	89,66%	30174	25,40%
в т.ч. взрослые старше трудоспособного возраста	53674	40,51%	11638	21,68%
ИТОГО	132496	100%	36110	27,25%

Таблица 5

Выявление заболеваний костно-мышечной системы при профилактических осмотрах и численность диспансерных контингентов в 2018 году

Контингенты пациентов	Выявлено при профосмотре (из числа впервые в жизни выявленных заболеваний)		Состоит под диспансерным наблюдением (чел.)	
	абс. числа	% от числа впервые в жизни выявленных заболеваний	абс. числа	% от общего числа зарегистрированных заболеваний у данного контингента
Дети (0–14 лет)	1321	29,69%	2513	24,79%
Подростки (15–17 лет)	752	50,57%	1081	30,31%
Взрослые (старше 18 лет)	9	0,03%	9052	7,62%
в т.ч. взрослые старше трудоспособного возраста	2	0,02%	3126	5,82%
ИТОГО	2082	5,77%	12646	9,54%

Таблица 6

Использование коечного фонда Орловской области в реабилитационном процессе

Профиль коек (2018 год)	Число коек	Пациенты			
		поступило всего, чел.	из них: сельских жителей	из общего числа поступивших	
				дети 0–17 лет	лица старше трудоспособного возраста
реабилитационные соматические для взрослых	68	968	332		524
из них: реабилитационные для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	1	23			
реабилитационные соматические для детей	18	305	220	305	

чи по медицинской реабилитации в Орловской области отсутствуют, организация оказания помощи населению в данной сфере в амбулаторно-поликлинических условиях ложится на плечи участковых служб. Однако в первичном звене системы здравоохранения Орловской области не хватает почти 10% участковых терапевтов (без учета находящихся в декретных отпусках), 24% участковых педиатров, а цеховые терапевтические участки не функционируют уже более 20 лет (таблица 7).

В сложившейся ситуации необходимость достижения основной цели реабилитации — максимально эффективного и раннего возвращения лиц со сниженным уровнем здоровья, в том числе больных и инвалидов, к социально-бытовому и трудовому процессам, восстановление личностных свойств человека, его способности к независимому существованию — диктует важность комплексного использования иных реабилитационных методов (помимо медицинских), в частности, психологических,

Таблица 7

Структура участковой службы в Орловской области в 2018 году

Наименование должности (специальности)	Число должностей		Число физических лиц основных работников на занятых должностях
	штатных	занятых	
терапевты участковые	291,50	268,75	263
педиатры участковые	154	131,75	117
терапевты участковые цеховых врачебных участков	0	0	0

социальных и педагогических, определяет разнообразие реабилитационных мероприятий с точки зрения формы и содержания. Например, инвалидность вследствие травмы или заболевания, меняя социальный статус пациента, ставит перед ним такие проблемы, как приспособление к дефекту, изменение профессии и т. п., решение которых нередко представляет значительные трудности и требует активного участия психологов, специалистов социальной работы, социальных педагогов, юристов и представителей иных служб.

В зависимости от поставленных реабилитационных задач среди различных видов реабилитационных мероприятий можно выделить профилактико-восстановительные, способствующие сохранению трудоспособности здоровых и лиц с обратимыми функциональными нарушениями, в том числе в рамках превентивной реабилитации, а также реабилитационно-реадаптационные, обеспечивающие возвращение ранее нетрудоспособных к полноценной жизни. Так, комплекс методов реабилитации, формируемых в рамках коррекционно-адаптационных реабилитационных технологий, объединяет обширный арсенал современных методов психологической реабилитации (нацеленных на преодоление отрицательных эмоций, сформировавшихся в результате заболевания или травмы), социальной реабилитации (обеспечивающей позитивное влияние на взаимоотношения пациента

с окружающей социальной средой), а также педагогических воздействий, в частности, кондуктивной педагогики, обеспечивающей на фоне формирования мощной реабилитационной мотивации восстановление в процессе обучения не только двигательных, но и психических (эмоционально-когнитивных), и речевых функций у детей и взрослых.

К сожалению, крайне сложно восстанавливать функциональное состояние пациента, имеющего значительные морфофункциональные повреждения. Задачи реадаптации пациента в этом случае, в основном, будут решаться социально-педагогическими мерами, такими, как его подготовка к быту и труду, вовлечение в посильный трудовой процесс, определение индивидуального уровня пригодности к трудовой деятельности и профессиональной переподготовке, проведение соответствующего личностно-ориентированного обучения.

Таким образом, при формировании комплексных программ реабилитации в условиях дефицита медицинских реабилитационных ресурсов следует использовать системные подходы, позволяющие минимизировать и компенсировать негативные последствия недостаточной медико-биологической функциональной коррекции и обеспечить комплексный эффективный реабилитационный процесс при активном межличностном взаимодействии пациента и специалиста.

НОВОСТИ

За январь — октябрь 2019 года естественная убыль населения России, то есть превышение числа умерших над числом родившихся, составила 259,6 тыс. человек, следует из данных Росстата. Это означает, что по итогам текущего года убыль в стране станет самой высокой за 11 лет, выше этот показатель был только в 2008 году — 362 тыс. человек. За последние два месяца года тенденция не изменится: приток мигрантов не сможет перекрыть масштабную убыль россиян, из-за чего постоянная численность населения сократится уже второй год подряд. Национальная цель — обеспечить устойчивый естественный рост численности населения, поставленная в майском указе президента, в 2019 году выполнена не будет. Сокращение населения неизбежно.

В 2018 году население сократилось впервые за десять лет на 96,4 тыс. человек (на 1 января 2019 года в России проживало 146,9 млн человек). Естественная убыль населения в последние годы наблюдалась не всегда. В 2013–2015 годах был естественный прирост, однако с 2016 года население России без учета мигрантов снова начало сокращаться. Убыль населения продолжает ускоряться, и в правительстве признают ее катастрофической. Основной причиной естественной убыли остается сокращение рождаемости. В январе — октябре 2019 года этот показатель составил 1,250 млн человек, что на 102,6 тыс. меньше, чем в прошлом году. Снижение рождаемости фиксируются в 80 из 85 российских регионов. Сильнее всего она сократилась в Новгородской области (–22,6%), в Чукотском АО (–18,4%) и Ивановской области (–18,2%). Рождаемость падает из-за снижения числа женщин репродуктивного возраста, сейчас в основном это представительницы малочисленных поколений 1990-х годов. Преимущественный возраст первых рождений для матерей сейчас составляет 25–34 года, что сокращает возможности рождения вторых и третьих детей.

Правда, смертность в России тоже снижается, но значительно меньшими темпами: в январе — октябре 2019 года число умерших снизилось на 27 тыс. человек год к году. Естественная убыль сменится приростом только в 2023–2024 годах, рассчитывают в правительстве. «Негативная тенденция, которая сейчас складывается по естественной убыли населения, начнет меняться в 2023–2024 годах», — заявила вице-премьер Татьяна Голикова.

Источник: https://www.rbc.ru/economics/13/12/2019/5df240d49a79475d8876bdc3?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews



Лутков В. Ф., кандидат медицинских наук, профессор, кафедра «Спортивной медицины и технологий здоровья» НГУ имени П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, Россия



Шадрин Д. И., кандидат педагогических наук, доцент, кафедра «Спортивной медицины и технологий здоровья» НГУ имени П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, Россия

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ «SOLETEX» В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У СПОРТСМЕНОВ

Одной из самых актуальных проблем современного спорта является спортивный травматизм. Это обусловлено возросшим объемом соревновательной деятельности, участием спортсменов в большом количестве стартов, избыточными тренировками и соревновательными нагрузками. В результате полученной травмы титанический труд спортсмена обесценивается в течение нескольких минут, поэтому проблема профилактики и правильного лечения травм чрезвычайно актуальна.

Большинство острых и «усталостных» травм можно предотвратить. Острые травмы, естественно, предупредить труднее, чем последствия неправильной нагрузки (повреждения мышц, тендиниты, тендопатии, растяжения связок). Во многих видах спорта для уменьшения риска травм используются защитные средства, качественный инвентарь, средства и методы для коррекции нарушений функции кинетических звеньев, изменяются правила с целью защиты спортсмена (обязательное ношение шлемов в хоккее, боксе).

Некоторые виды травм являются специфичными только для одного конкретного вида спорта («локоть теннисиста», «колено прыгуна», «колено бегуна», «бедро футболиста»). Большинство этих травм можно предотвратить путем коррекции тренировочного процесса на основе знания механизма повреждения и факторов риска травмы в каждом конкретном виде спорта. Понимание механизма и факторов риска травм позволяет осуществлять проведение более эффективных профилактических мероприятий.

В настоящее время установлено, что при чрезмерных нагрузках в различных отделах локомоторного аппарата формируются области (очаги) функционально-трофических нарушений. Они локализуются в мышцах, мышечной фасции, месте перехода мышцы в сухожилие, связки в кость, тканях суставов. Каждый из очагов имеет особен-

ности патофизиологии, патогистоморфологии и патологического метаболизма. Однако, независимо от локализации, общими признаками этих нарушений являются два патологических процесса: дистрофия и асептическое воспаление.

Вследствие этого возникает функциональная неполноценность, нарушение функции ткани (мышцы, сухожилия, хряща, капсулы сустава и др.). Эти нарушения функции проявляются признаками хронического перенапряжения опорно-двигательного аппарата (ОДА). При продолжении спортивной тренировки у таких спортсменов возникают острые травмы (микротравмы мышц, надрывы сухожилий, связок и др.) [4].

В этой связи острые травмы рассматриваются как осложнения хронического повреждения ОДА. Заболевания ОДА, связанные с чрезмерной по интенсивности или объему мышечной деятельностью, рассматриваются как болезни адаптации, т.е. как срыв долгосрочных механизмов адаптации организма спортсмена к вредному фактору внешней среды — нерациональной спортивной тренировке. Это «цена» платы организма спортсмена за борьбу с факторами риска современной спортивной тренировки, психоэмоциональным и мышечным стрессом [12]. Таким образом, указанные выше очаги функционально-трофических нарушений в различных участках опорно-двигательного аппарата в виде дистрофии и асептического воспаления являются следствием общей стрессорной реакции организма, одной из «мишеней» спортивной болезни [12].

По данным специальной литературы, частота хронических перенапряжений ОДА у спортсменов высшей квалификации составляет от 20,3% до 53,1% [3; 10; 17]. Следует подчеркнуть, что хронические повреждения и острые травмы для спортсмена всегда социально значимы, так как их исход может существенно влиять на спортивную карьеру или спортивное долголетие. В этой связи совер-



НАПРАВЛЕННАЯ ДОСТАВКА ЛЕКАРСТВ К ОЧАГУ ПОРАЖЕНИЯ

Колегель

Гидрогелевые материалы с лекарственными препаратами

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

Колетекс

Лечебные салфетки и пластыри:

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

Успешное применение в таких областях медицины, как:

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



Сделано в России

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

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

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

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

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

ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ



шенно очевидна актуальность профилактики и реабилитации заболеваний ОДА у спортсменов [6, 18].

В настоящее время разработан комплекс программы для профилактики травм и перенапряжения ОДА у спортсменов [17].

Этот комплекс включает:

1. Предсоревновательную диагностику;
2. Полное восстановление после перенесенных травм;
3. Баланс силы и гибкости мышц;
4. Правильную биомеханику движений;
5. Общефизическую подготовку во всех периодах тренировок;
6. Анаэробную и аэробную работоспособность;
7. Правильное питание и правильный питьевой режим;
8. Недопущение состояния переутомления и перетренированности;
9. Полноценную разминку и заключительную часть тренировки;
10. Безопасный инвентарь и оборудование;
11. Безопасные условия мест тренировки (зал, стадион);
12. Индивидуальные защитные приспособления и тейп;
13. Правильную методику тренировки;
14. Знание правил различных видов спорта;
15. Совместную работу с лечебными учреждениями;
16. Понимание этических проблем в спортивной медицине.

При несоблюдении указанных требований у спортсменов развиваются признаки перенапряжения ОДА. Оно рассматривается как кумулятивный результат воздействия комплекса внешних и внутренних факторов, включающих специфические факторы вида спорта, универсальные, экологические и социально-бытовые. При этом внутренние факторы могут быть неподдающиеся воздействию (возраст, пол, соматотип и др.) и потенциально поддающиеся воздействию (уровень подготовленности, гибкость, стабильность суставов и др.). В результате воздействие этих факторов приводит к чрезмерной нагрузке на ткани ОДА и их микротравматизации. Ремоделирование ткани в зависимости от качества реабилитации может завершиться полным восстановлением или переходом к хронической травме и возникновению микротравматической болезни [11, 2].

В настоящее время разработана классификация стадий микротравматической болезни [11], которая характеризует ранние стадии развития микротравматической болезни (МТБ):

I стадия — функциональный спазм сосудов в тканях, подвергнувшихся перенапряжению;

II стадия — дистрофические нарушения;

III стадия — вторичные дистрофические нарушения;

IV стадия — микротравма.

Реабилитация спортсменов должна начинаться на ранней (доклинической) стадии с целью предотвратить хронизацию перенапряжения или — острую травму [5]. Однако на этой стадии перенапряжения ОДА спортсмены редко обращаются к врачу, и лечение, как правило, начинается в острой стадии перенапряжения. Основные средства на этой стадии — физиотерапия, направленная на лечение болевого синдрома, восстановление микроциркуляции и метаболизма мышц. С этой целью применяются лазеротерапия и магнитная терапия.

Таким образом, хроническое перенапряжение ОДА у спортсменов является следствием воздействия комплекса внешних и внутренних факторов, вызывающих патологические изменения, характеризующимся сложным комплексом нарушений микроциркуляции, приводящим к дистрофическим процессам, асептическому воспалению, нарушению функций тканей, дегенеративно-дистрофическим процессам, сопровождающимся микротравматизацией и ограничением специальной физической работоспособности.

Выбор средств и методов лечения при различных травмах и последствий хронического перенапряжения ОДА зависит от стадии развития патологического процесса. В настоящее время в связи с развитием новых направлений в медицине, которые характеризуются интегративным, холистическим подходом при лечении заболеваний (интегративная медицина С.А.Пацерняк [14], гомотоксикология Х.Х.Реккевег [15, 16], биологическая медицина Х.Хартмут [20]), успешно применяются комплексные средства антигомотоксической терапии (Траумель С, Цель Т, Дискус композитум, Лимфомиазот, Коэнзим композитум, Убихинон композитум [13]).

Кроме этого, результатом научно-технического развития является разработка новых средств и технологий для повышения эффективности лечения и реабилитации больных. Следует отметить, что обязательным требованием к этим новым средствам является их направленность на восстановление саногенетических механизмов выздоровления. На соматическом уровне необходимо, в первую очередь, воздействовать на саногенетические механизмы компенсации, регенерации и адаптации. Активность этих механизмов нужно поддерживать, активизировать, направлять, тренировать, создавать условия для их проявления [1].

Одними из таких новых средств являются медицинские изделия «Coletex», характеризующиеся направленной доставкой лекарств к очагу поражения.

В производстве материалов «Coletex» используется универсальная технология, способная создать аппликационный депо-материал на текстильной основе практически с любыми лечебными, биологически-активными и косметическими средствами, что уже используются довольно широко: в хирургии для закрытия операционных швов, при лечении ран, «диабетической стопы», пролежней, трофических язв, в гинекологии, урологии, проктологии, стоматологии, для лечения и предотвращения лучевых поражений в онкологии и радиологии, а также в физиотерапии и даже в бытовых условиях, например, при лечении мелких травм, порезов и ожогов, для остановки кровотечения и др. [8, 9, 19].

Механизм действия материалов «Coletex» довольно прост — на текстильную матрицу по специальной технологии нанесены природные биополимеры (альгинат натрия, сукцинат хитозана и т.д.), а при наложении аппликационных депо-материалов на неповрежденную кожу или рану при их смачивании водой, физиологическим раствором или за счет пропитывания естественным путем биологическими жидкостями (кровь, лимфа) происходит набухание полимерной составляющей аппликации, направленное высвобождение и непрерывная диффузия лечебных препаратов по запланированному адресу стро-

го по временной и концентрационной программе. Т. е. аппликация выполняет роль своеобразной «капельницы», причем, абсолютно безболезненной.

Представляется перспективным применение этих средств для лечения ран у спортсменов. Показанием к применению салфеток «Coletex» у спортсменов для лечения ран является: I стадия — лечение воспаления и очищение раны; II — заживление, фаза регенерации (образование грануляций, эпителизации и рубцевании). Кроме выше указанных возможностей применения салфеток «Coletex» у спортсменов, они могут использоваться на ранней (доклинической) стадии с целью предотвратить хронизацию перенапряжения ОДА или острой травмы, а также на этапах медицинской и спортивной реабилитации.

Таким образом, применение рациональных методов комплексной реабилитации с использованием современных медицинских технологий будет способствовать повышению эффективности первичной и вторичной профилактики микротравматической болезни, а также на этапах медицинской и спортивной реабилитации у спортсменов, что существенно влияет на спортивное долголетие. ☉

ЛИТЕРАТУРА

1. Горизонтов, П.Д. Гомеостаз / под ред. П.Д. Горизонтова, — М.: — Медицина, — 1981–576 с.
2. Гундарев, И., Посский, В. Золотой запас здоровья / И.Гундарев, В.Посский // Медицинская газета, 1990.18.04. — С. 3.
3. Граевская, Н.Д., Долматова, Т.И. Спортивная медицина: Курс лекций и практических занятий. Часть I. Учебное пособие. — М.: советский спорт, 2004. — 304 с.
4. Давлиев, А.А., Аухадеев, Э.И. Факторы риска острых травм на фоне функционально-трофических нарушений в аппарате движения / А.А.Давлиев, Э.И. Аухадеев // Вестник спортивной медицины, 1999, № 3 (24) с. 18–19.
5. Клинические аспекты спортивной медицины: руководство / под ред. В.А.Маргазина. — СПб.: СпецЛит, 2014. — 462 с.
6. Коваленко, Ю.А. Проблемы травматологии в современном спорте / Ю.А.Коваленко // Теория и практика физической культуры. — 2006. — № 5. — с. 22–26.

7. Коновалов, В. Совсем другая медицина / В.Коновалов. К «JANUS BOOKS», СПб: ООО ЭТО «Экслибрис», 2002. — 352 с.

8. Лечение длительно не заживляющих ран и трофических язв с применением салфеток «Колетекс». / Пятиминутка, 2016, № 5 (40). — С. 38–41.

9. Ломтева, Е.Ю. Профилактика и лечение ранних лучевых реакций у больных раком головы и шеи / Е.Ю.Ломтева [и др.] // Пятиминутка, 2015, № 4 (33). — С. 30–32.

10. Макарова, Г.А. Спортивная медицина. Учебник. — М.: Советский спорт. 2003. — 480 с.

11. Миронова, З.С. Перенапряжение опорно-двигательного аппарата у спортсменов / З.С.Миронова, Р.И.Меркулова, Е.В.Богущая, И.А.Баднин. — М.: ФиС, 1982. — 95 с.

12. Насонкин, О.С. Спортивная болезнь как актуальная проблема спортивной медицины 21-го века / О.С.Насонкин // Спортивная медицина — XXI век: Сборник матер. науч. конф. посв. 70-летию кафедры спортивной медицины СПб ГАФК им. П.Ф.Лесгафта. — СПб.: СПб ГАФК, 2002. с. 87–90.

13. Общая терапия. Каталог препаратов фирмы «Биологише Хайльмитель Хеель Гмбх». 2016.

14. Парцерняк, С.А. Интегративная медицина: путь от идеологии к методологии здравоохранения / С.А Парцерняк / Под ред. РАМН А.В.Щербакова. — СПб.: «Нордмедиздат», 2007. — 424 с.

15. Реккевер, Г.Г. Об основных учениях о гомотоксикозах / Г.Г.Реккевер // Биологическая медицина, 2010. — № 1. — С. 5–7.

16. Реккевер, Г.Г. Что такое биологическая медицина? / Г.Г.Реккевер // Биологическая медицина, 2011. — № 2. — С. 4–12.

17. Рёнстрем, П.А. Ф.Х. Спортивная травма / П.А. Ф.Х.Рёнстрем. — Киев: Олимпийская литература, 2003. — 471 с.

18. Чандлер, Т.Д. Спортивные травмы. Основные принципы профилактики и лечения / Т.Д.Чандлер, У.Б.Киблер. — К.: Олимпийская литература, 2002. — 476 с.

19. Филатова, Е.И. Возможности улучшения жизни качества жизни онкологических пациентов / Е.И.Филатова // Пятиминутка, 2015, № 4 (33). — С. 36–38.

20. Хайне, Хаймут. Учебник биологической медицины. Пер. с нем. М.: Арнебия. 2008. — 244 с.

НОВОСТИ

Ситуация с питанием ухудшилась в каждой шестой российской семье — свидетельствует исследование Росстата. За 2018 год около 16,1% российских семей, участвовавших в статистическом наблюдении, сообщили, что ситуация с питанием у них осложнилась. Чаще всего о недоедании говорили неполные, многодетные семьи, а также те, что состоят только из пенсионеров.

Большинство домохозяйств (71,3%) считают, что их питание за последний год никак не изменилось, а 12% участников исследования сообщили, что оно, напротив, улучшилось. Треть расходов семей в России уходит на питание (34,3%). Больше всего на еду тратят семьи, состоящие из пенсионеров (40,6%), и многодетные (38,9%).

Росстат проводит выборочное наблюдение рациона питания населения во второй раз (впервые оно состоялось в 2013 году, исследование проводится раз в пять лет). Оно охватывает 45 тысяч домохозяйств, 96,4 тысячи респондентов. Период проведения последнего исследования Росстата — май-июнь 2018 года.

Ранее аналитики «Сбербанка» указывали, что расходы на еду останутся повышенными до тех пор, пока реальные доходы населения существенно не увеличатся.

Источник: <https://www.newsru.com/finance/12dec2019/malnutrition.html>



Данная статья подготовлена авторами в соответствии с докладом СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ ПОГОДЫ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: БИОМЕТЕОРОЛОГИЯ И БИОКЛИМАТОЛОГИЯ, КУРОРТНАЯ БИОКЛИМАТОЛОГИЯ, представленном на 8-й ежегодной международной научно-практической конференции «Санаторно-курортная реабилитация и оздоровление в современных условиях в России и за рубежом» 06–13 октября 2019 г., в г. Казань, Республика Татарстан, пос. Крутушка, Оздоровительно-образовательный комплекс «Байтик». В дальнейшем планируется издание цикла статей по данной актуальной теме.



Трубина М. А., кандидат географических наук, член-корр. МАНЭБ, действительный член РГО, старший научный сотрудник отдела курортной биоклиматологии, Пятигорский научно-исследовательский институт курортологии, филиал ФГБУ СКФНКЦ ФМБА России, эл. почта: marina.tma@gmail.com



Поволоцкая Н. П., кандидат географических наук, член-корр. РАЕН, действительный член РГО, заведующая отделом курортной биоклиматологии, Пятигорский научно-исследовательский институт курортологии филиал СКФНКЦ ФМБА России, эл. почта: nina194101@gmail.com

АЭРОИОНОТЕРАПИЯ В КУРОРТНОЙ БИОКЛИМАТОЛОГИИ: «АТМОСФЕРА — ЭТО ПАСТБИЩЕ ЖИЗНИ»

Аэротерапия — (лат. *aeris* — воздух) — воздухолечение, лечение воздушными ваннами, пребыванием на открытом воздухе — метод климатотерапии, использующий дозированное воздействие так называемым открытым (атмосферным) воздухом на организм человека в лечебно-профилактических целях. Особенно полезна аэроионотерапия (лат. *ion* — идущий, движущийся).

«Болезни излечивает природа, врач только помогает ей».

Гиппократ

Актуальность. Развитие санаторно-курортного комплекса России — основа сбережения здоровья населения (акад. А. Н. Разумов, 2018). Природные лечебные ресурсы (ПЛР) и курортные богатства нашей страны велики и многообразны, а родоначальником курортного дела в России является активный реформатор — царь Петр I (Специальный Указ 20 марта 1719 года). Актуальность современного санаторно-курортного лечения обусловлена новым стратегическим направлением политики государства в развитии отечественной курортологии и оздоровительного туризма, опирающимся на рациональное использование и охрану ПЛР, лечебно-оздоровительных

местностей и курортов России. Современная санаторно-курортная сфера в России имеет инновационный вектор развития, и главной ее стратегической задачей во все времена было и остаётся сохранение и приумножение здоровья нации.

Исторический экскурс. Среди природных лечебных факторов главную роль играет влияние климата (чистый воздух, солнце, тепло, ландшафты, прогулки по горам, водные объекты, купание и др.). Идея воздействия воздуха на организм человека является лейтмотивом в медицине во всей истории человечества. Древние римляне говорили «*Dum spiro — spero*», что означает «Пока дышу — надеюсь». Гиппократ, один из основоположников научного (системного) подхода к болезням человека и их лечению, говорил, что «Атмосфера — это пастбище жизни». В его трактате «О воздухе, водах и местностях» приводится

идея о влиянии географических условий и климата на особенности организма, свойства характера жителей и даже на общественный строй. Гиппократ писал: *«Болезни происходят частью от образа жизни, частью от воздуха, который мы вводим в себя и которым мы живем».*

Древние греки и древние римляне составляли точные прогнозы погоды согласно астрономическим и астрологическим наблюдениям. Врачей древности весьма интересовало патогенное действие климата. Разнообразные болезненные проявления связывались с метеорологическими факторами: повышением или понижением температуры воздуха, влажностью, перепадами давления, ветрами, и т. п. Появление болезней объяснялось нарушением гармонии между дыханием (сущностью жизни), кровью и желчью, которое предлагалось лечить растениями, обладающими целебными свойствами от лучей солнца, гроз, дождей и Земли.

В индийской и китайской цивилизациях были разработаны специальные методы дыхания, т. к. считалось, что «жизненная энергия», находящаяся в области сердца (т. н. прана), «входит» и «выходит» при дыхании. Поэтому нарушение энергетического баланса в организме является первопричиной всех заболеваний, а главной функцией дыхательной системы является *«продвижение по каналам, меридианам и психическим центрам организма»* жизненной энергии, получаемой человеком из Космоса. Выдающийся гений российской науки М. В. Ломоносов утверждал, что *«...все болезни происходят от неспособности соков в теле нашем воспринимать атмосферное электричество».* Корицей русской медицины Т. А. Захарьин говорил, что *«по силе воздействия на организм свежий воздух превосходит все лекарственные и лечебные средства».*

Заслуги Чижевского. Экспериментальные работы по разгадке «тайны живого воздуха» и его неблагоприятного влияния воздуха на живые организмы впервые начал проводить Александр Леонидович Чижевский в 1919 году (г. Калуга).

Молодой ученый в сложных исторических условиях России в своей научной лаборатории по изучению биологического действия ионизированного воздуха провел множество серий опытов на лабораторных мышах. Результаты опытов он впервые представил в докладе *«Ионизация воздуха как физиологический активный фактор атмосферного электричества. Экспериментальное исследование»* [1]. А. Л. Чижевский изучил, обобщил и систематизировал результаты исследований различных ученых в области воздушного электричества, научно обосновал характер и механизм воздействия заряженных ионов кислорода на животных и растения, в том числе на организм человека. В «Меморандуме о научных трудах профессора, д-ра А. Л. Чижевского» (1939 г.) сказано: *«Чижевскому принадлежит приоритет ряда капитальных открытий в биофизике, электрофизиологии, медицине и других областях естествознания»* (электронный адрес сайта: <http://чижевский.рф/>).



В современной постиндустриальной/информационной цивилизации можно считать пророческим утверждение А. Л. Чижевского: *«Построив жилище, человек лишил себя ионизированного воздуха, извратил естественную дыхательную среду и вступил в конфликт с природой своего организма. Жители городов проводят внутри зданий 90% жизни и постепенно теряют свои иммунные силы, болеют и преждевременно дряхлеют».* Можно сказать, что еще в 30-х годах прошлого века Чижевский предсказал возможность **«аэроионного голода»** — это недоста-

точная концентрация отрицательных ионов в воздухе для нормального функционирования систем живого организма. По существу аэроионы (греч. *aer* — воздух + *ion* — идущий) — частица воздуха, несущая на себе электрический заряд, являются заряженными молекулами газов воздуха, возникающими в результате ионизации. Физическая сущность процесса аэроионизации заключается в действии на молекулы газов воздуха различных физических факторов (солнечной радиации, космического излучения, электрического поля высокой напряженности, радиоактивного излучения и др.).

Чижевский изучил механизм целебного воздействия аэроионов на живые организмы и создал прибор, насыщающий кровь и весь организм отрицательными аэроионами. Кислород воздуха заряжается от этих ионов отрицательными зарядами и в помещении образуется «горный воздух», восстанавливая утраченный электрический заряд мембран клетки и тем самым увеличивая срок жизни человека. Этот уникальный прибор для лечения множества болезней стал большим достижением XX века и получил название «Люстра Чижевского» [2, 3]. В экспозиции Дома-музея А. Л. Чижевского в Калуге можно увидеть многие современные образцы модификации «Люстры Чижевского», поучаствовать в тематических экскурсиях, а также повысить иммунитет на оздоровительном сеансе (см. сайт <http://www.gmik.ru/otdely/dom-muzej-a-l-chizhevskogo/>). Последователями Чижевского в XX веке было изобретено множество аэроионизаторов, генераторов легких аэроионов, а также счетчиков аэроионов МАС-01, Сапфир-3к и др., которые успешно применяются на производствах для поддержания микроклимата в соответствии СанПиН 2.2.4.1294–03.

Известно, что бывают *искусственные и природные* источники ионизации. Учеными мира в XX веке было установлено, что только природно-лечебные факторы (морской бриз, горный воздух, парки, хвойный лес, воздух после грозы и др.) полностью могут утолить аэроионный голод человека в XXI веке. Больше всего от недостатка отрицательных аэроионов (ОА) страдают городские жители: в воздухе мегаполисов ОА в десятки и сотни раз меньше, чем, например, в сосновой роще. В закрытых помещениях их практически нет, зато много вредоносных положительных ионов, которые появляются в результате работы экранов мониторов и телевизоров, сплит-систем, кондиционеров и другой техники. При этом отсутствие ОА во вдыхаемом воздухе воспринимается гипоталаму-



сом как сигнал тревоги и опасности для жизни, функционирование его нарушается, что приводит к ухудшению самочувствия человека. С другой стороны, повышенное количество ОА всегда оказывает на гипоталамус нормализующее воздействие, позволяет ему справиться со многими заболеваниями, в т. ч. бронхолегочными и сердечно-сосудистыми, оказывает *адаптогенное действие*, то есть повышает приспособительные и защитные возможности организма.

По мнению ВОЗ (2019 г.) *отмечающиеся изменения климата и загрязнение атмосферы являются самой большой угрозой для глобального здравоохранения в XXI веке.*

Природная аэроионотерапия. В настоящее время в России активно развиваются федеральные курорты Кавказских Минеральных Вод (КМВ). КМВ — особо охраняемый эколого-курортный регион Северо-Кавказского Федерального Округа (СКФО) Российской Федерации, который относится к разряду высоко-рекреационных регионов для решения задач курортной и спортивной медицины, медицинского туризма и оздоровительного отдыха населения России.

Современной стратегией перспективного форсайт-проекта развития КМВ до 2030 года является Программа создания курортной инфраструктуры городов-курортов Ставропольского края: *курортные и лечебные парки, терренкуры, рекреационные зоны, площадки для массового отдыха и проведения событийных мероприятий, территории, прилегающие к памятникам природы, экологические маршруты, формирование на курортных территориях «безбарьерной среды» для лиц с ограниченными возможностями и т. д.* Стратегия развития КМВ направлена на модернизацию санаторно-курортной системы, особо значимыми являются инвестиционные проекты для развития знаменитых круглогодичных курортов федерального значения: г. Кисловодск, г. Ессентуки, г. Железноводск и г. Пятигорск.

В этом проекте особая роль принадлежит Кисловодску, который является горным климатическим курортом (среднегорье), имеет особо благоприятный биоклимат (330 солнечных дней в году) и рекреационный ландшафт, а также уникальный чистый горный воздух, насыщенный целебными аэроионами.

Жемчужиной и брендом курорта является шедевр садово-паркового искусства — живописный рукотворный Национальный парк «Кисловодский» (НПК) общей площадью около 966 га (эл. адрес сайта: <http://kispark.ru/>). Национальный парк «Кисловодский» является единственным в мире «лечебным парком», имеющим соответствующую государственную лицензию, а в 2016 году НПК получил Федеральный статус.

Воздух Национального парка «Кисловодский» обладает мощным оздоравливающим эффектом. Исключительно высокая чистота атмосферы, повышенная ионизация и насыщенность фитонцидами являются сильнейшим стимулирующим фактором, действующим на организм человека. Доктор Ф. П. Гааз — первооткрыватель целебных вод Северного Кавказа — в 1810 г. сказал о Кисловодске: *«Небесный райский воздух вызывает во всем теле ликование, о котором долго еще хранит воспоминания, здешний воздух столь же ценен, сколь и сами воды...»*

Парк основан в 1823 году, является одним из крупнейших европейских парков — уникальная природная лаборатория здоровья, в составе его территории: нижний, средний и высокогорный парки. Редчайший по красоте Национальный парк «Кисловодский» расположен на склонах Джинальского хребта, занимает площадь 966 га с богатым природным разнообразием, благоприятным климатом и ценнейшими минеральными источниками, по долине реки Ольховки, от Нарзанной галереи по склонам гор Крестовой, Тупой (Сосновой), Серых, Красных, Синих камней до гор Пикет и Малое Седло (Рис. 1).

Флора и фауна парка богата и разнообразна и включает 217 видов птиц, 900 травянистых растений, 259 древесно-кустарниковых пород, 39 видов млекопитающих и др. Главное достоинство климата Кисловодска состоит в обилии солнечных дней и высокой продолжительности периода с благоприятными климатическими условиями для прогулок по маршрутам терренкура парка (более 340 дней в году).

На территории парка успешно применяются следующие высокоэффективные методы и технологии курортной биоклиматологии для предупреждения обострения дизадаптозов и профилактики метеопатий в санаторно-курортном лечении и оздоровлении:

- Климатотерапия
- Гипокситерапия
- Природная аэроионотерапия
- Ландшафтотерапия
- Гелиотерапия
- Аэроионотерапия
- Ароматерапия
- Фитотерапия
- Терренкуротерапия по 7 маршрутам
- Бальнеотерапия
- Орнитотерапия, зоотерапия
- Спелеотерапия, галотерапия

Терренкур — это метод лечения дозированным восхождением по гористой местности под определенным углом подъема, темпом ходьбы, числом остановок, дыхательных упражнений. Прогулки по маршрутам терренкура помогают лечить заболевания сердца, легких, сосудов, опорно-двигательного аппарата и многое другое.

Чистая приземная атмосфера повышает резервные возможности кардиореспираторной системы, оптимизирует регуляторные функции организма, за счет коррекции дыхательных и гемодинамических нарушений, а также повышения устойчивости организма к воздействию факторов внешней среды, увеличения толерантности к физическим нагрузкам [4].

Визитной карточкой НПК является великолепная Долина роз (Рис. 2), где сочетание аромата горных трав, прекрасных роз (35 сортов) и хвойных деревьев создают уникальный целебный воздух, создающий прекрасное настроение, оказывающий благотворный антистрессовый эффект на организм человека.

В августе 2019 г. в НПК была создана уникальная *«тактильная тропа»* протяженностью полтора километра, не имеющая аналогов в России. Тропа включает множество лабиринтов, серпантин, тропинок, выполненных из простых материалов (30 видов покрытия): галька, щебень, гранитная крошка и дерево, и предназначена

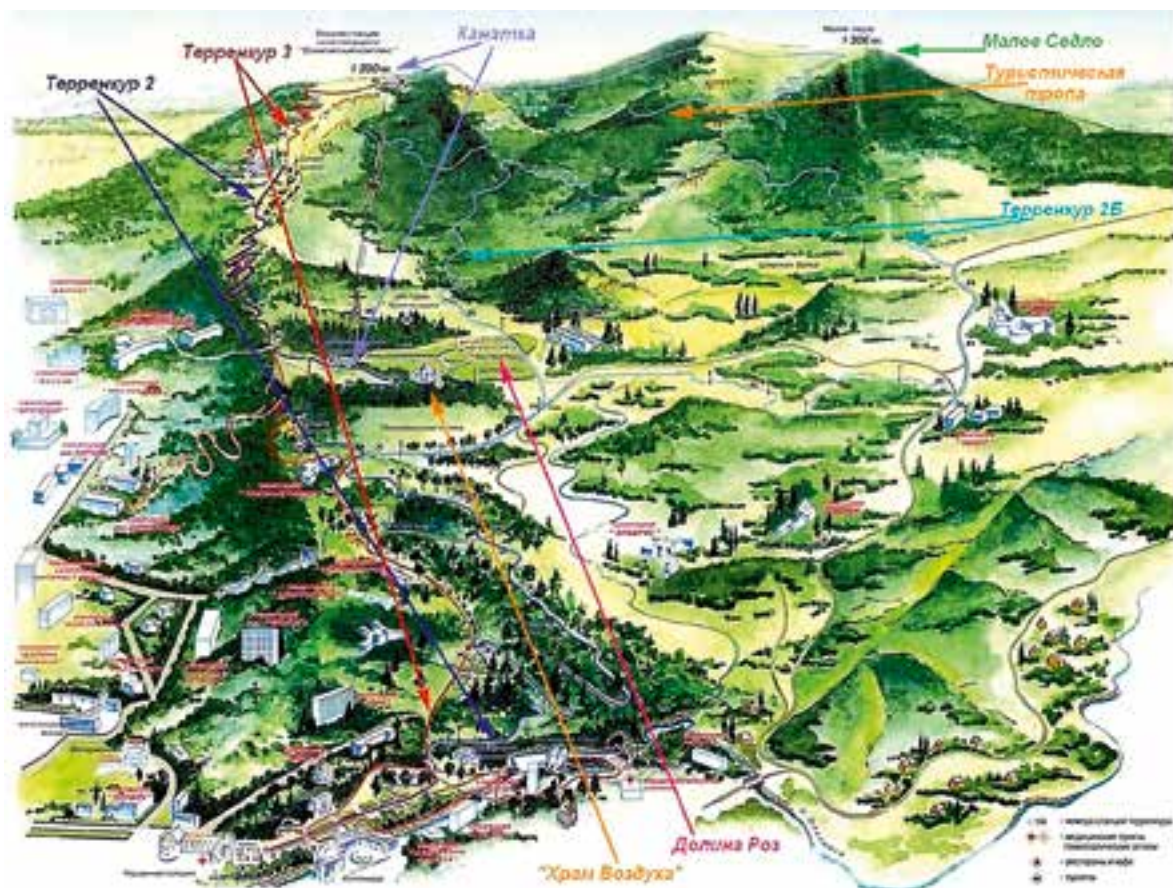


Рис. 1.
Картосхема
Национального
парка
«Кисловодский»

для хождения босиком, что дает прекрасный оздоровительный расслабляющий эффект (Рис. 3). А, с другой стороны, это снижает антропогенную нагрузку с Нижнего парка.

Тактильная тропа уже пользуется популярностью наряду с канатной дорогой, сетью велосипедных дорожек (около 10 км); терренкурами разной степени сложности, скандинавской ходьбой, бегом, экскурсиями и спортивными мероприятиями, новым аэрарием, а также занятиями на спортивных площадках Workout, зарядкой, zumba-fitness, йогой и уникальным спортивным сооружением «Веревочный городок» (6 трасс).

Роль курортной биоклиматологии в системе оздоровления. Сотрудники отдела курортной биоклиматологии ПНИИК ФГБУ СКФНЦ ФМБА РФ изучают современное состояние лечебных свойств климата курортов и лечебных местностей с учетом влияния природных и антропогенных факторов (см. сайт: <http://www.gniik.ru/index.php/2013-09-11-11-22-31>). На специализированных стационарных площадках и маршрутах на территории курортов и лечебных местностей используется технология биометеорологического мониторинга (ТБМ) с целью обеспечения системного мониторинга лечебно-рекреационных свойств климата [4, 5]. ТБМ включает организацию и ведение стационарных и маршрутных биоклиматических наблюдений (актинометрических, метеорологических, ионизации приземной атмосферы, интегральной и ультрафиолетовой солнечной радиации). Качество приземной атмосферы характеризуется содержанием природных аэроионов (данный индикатор характеризует свежесть и энергетические свойства воздуха). На рисунке 4 представлена краткая информационная карта климата КМВ.



Рис. 2. Долина роз в Национальном парке «Кисловодский»



Рис. 3. Тактильная тропа в парке



В 2015 г. появился и активно развивается новый метод климато-ландшафтотерапии (КЛТ) — природная аэроинофитотерапия (АИФТ) в парках, основанная на целенаправленном использовании природной аэроионизации летучих фитоорганических веществ (ЛФОВ), выделяемых растениями, в сочетании с дозированной ходьбой по маршрутам терренкура с видами горного ландшафта, оказывающих адаптогенное, антиоксидантное, противовоспалительное, бактерицидное, гипотензивное, релаксирующее и другие воздействия [6, 8]. Аэроионотерапия активно используется в системе санаторно-курортного лечения для эффективного использования ПЛФ в современных методах курортной биоклиматологии, в т.ч. природной аэроионофитотерапии в парках особо охраняемого природного региона (ООПР) Кавказских Минеральных Вод (КМВ).

За последнее 10-летие сотрудниками ПГНИИК было разработано и внедрено в практику курортной реабилитации ряд технологий и методических пособий, посвященных современным методам курортной климатотерапии и климатопрофилактики [6–9].

В соответствии с авторской методикой проводится модульный анализ ландшафтно-климатического потенциала на основе многолетних биоклиматических наблюдений в НПК, уровней ионизации воздуха, счетной концентрации приземного аэрозоля, микроклимата, породного состава растительности, пейзажно-эстетического качества и комфортности ландшафта для целей климатоландшафтотерапии и оздоровительного отдыха на различных участках терренкура.

Для оценки биоклимата применяется шкала курортологической оценки лесопарковых ландшафтов, которая может быть использована не только для комплексной оценки по всем критериям, но и для решения отдельных задач: оценки качества приземной атмосферы по природной аэроионизации, степени аэрозольного загрязнения атмосферы, пейзажно-эстетического качества ландшафта или др. (Рис. 4).

Результаты биоклиматического мониторинга показали, что г. Кисловодск отличается исключительно благоприятными биоклиматическими особенностями, которые по специализированной курортологической шкале оцениваются в 2,71 баллов (из 3-х возможных), что соответ-

Климат региона Кавказских Минеральных Вод	
• Климат КМВ умеренно-континентальный, с относительно малой зимой и теплым летом. Горный рельеф создает существенные различия микроклимата в различных частях региона.	
• Для курортов характерна природная флориссия, степень которой зависит от давления атмосферы (которое напрямую зависит от высоты местности над уровнем моря), температуры и влажности воздуха.	
• Беловое содержание кислорода в воздухе на курортах в среднем на 5–10% ниже, чем на уровне моря, а на прилегающих к курортам горях это снижение может достигать 10–20%.	
• Фактор природной флориссии активно используется в курортной практике для тренировки и повышения резервных возможностей организма, особенно у детей с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем.	
• Для региона КМВ характерны высокая чистота атмосферы (коэффициент прозрачности воздуха 0,75–0,84), повышенный фон легких аэрозолей в приземном слое атмосферы (суммарное содержание ионов обих знаков от 800 до 2500 з.з./см ³) с низким коэффициентом универсальности ионов (КУИ 0,4–1,2), малые биологически активная ультрафиолетовая солнечная радиация в течение всего года (от 40 до 400 мВт/м ²), относительно низкий уровень антропогенных аэрозолей в курортной зоне, большое число дней с благоприятной погодой для организации терренкура и климатолечения.	

Рис. 4. Информационная карта климата КМВ

ствует 1 рангу и статусу уникального курорта по условиям биоклимата с достаточным ландшафтно-климатическим потенциалом 2,63 балла (из 3-х возможных). Оценка модуля природной аэроионизации в НПК показала, что ионизационно-курортологический потенциал оценивается как высокий и равен 2,67 баллов, при этом суммарное число легких аэроионов в приземной атмосфере составляет 900–1500 ион/см³, что является особо благоприятным.

Для посетителей парка впервые предложена оригинальная технология медицинского прогноза погоды (МПП), который представляется в оперативном режиме на информационном стенде в Нарзанной галерее. Ежедневный МПП включает информацию о комфортности погоды, типе погоды, состоянии атмосферы (синоптическая обстановка, аэроионный состав, загрязнение и т.д.), ультрафиолетовом индексе, солнечной и геомагнитной активности, а также условия и рекомендации для климатолечения посетителей парка. Оправдываемость МПП на курортах КМВ в пределах от 88% до 95%.

На рисунке 5 представлен пример оперативного МПП для федерального курорта Кисловодск на 9.12.2019 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение комплексного подхода с использованием уникальных природных лечебных ресурсов в системе оздоровления людей на примере Национального парка «Кисловодский» повышает эффективность курортного лечения и отдыха, что позволяет в будущем сделать город Кисловодск курортом международного уровня.

Параметры	9 декабря	
	Ночь-утро	День-вечер
Температура воздуха, °C	-4...0	+7...0
Теплоощущение днем в тени	Умеренно прохладно (+6)	
Теплоощущение днем на солнце	Умеренно прохладно (+8)	
Характеристика погоды	Малооблачно, без осадков, ветер слабый	
Давление воздуха	683-685 мм рт. ст. — слабо понижено	
Содержание кислорода (O ₂) в приземной атмосфере	О, ночью 281 г/м ³ , днем 279 г/м ³ — слабо понижено	
Природная аэроионизация в парке	850-1050 ион/см ³ — достаточный лечебный эффект	
Влажность воздуха	Ночью 82% — влажный воздух, днем 65% — в норме	
УФ индекс в полдень при ясном небе	УФИ — 1 — низкий уровень ультрафиолетовой радиации	
Геомагнитная обстановка	От спокойной до слабо возмущенной — благоприятно	
Состояние воздушного бассейна	Приземная атмосфера чистая	
Биотропные факторы погоды	Повышенная температура воздуха, пониженное атмосферное давление и содержание кислорода в воздухе	
Условия для климатолечения и прогулок по терренкуру	Благоприятные для прогулок по терренкуру, аэротерапии и сна на воздухе в палатах и климатопавильонах	
Степень патогенности погоды	Слабая (ИПП = 24%)	
Медицинский тип погоды	2Б — благоприятный	
Медицинский контроль	Возможно для пациентов с МЗ	
Рекомендации	Рекомендуется прогулки и отдых в парке, терренкур по назначению врача. Метеочувствительным людям рекомендуется дополнительный медицинский контроль.	

Рис. 5. Пример МПП для г. Кисловодска (9.12.2019)

Атмосфера Национального парка «Кисловодский» создает уникальные условия для проведения санаторно-курортной деятельности и оздоровления людей всех возрастных групп и в полной мере оправдывает определение Гиппократ «АТМОСФЕРА — ЭТО ПАСТИЩЕ ЖИЗНИ»!

Биосферная модель Национального парка «Кисловодский» — это развитие человечества в гармонии с природой. ☉

Продолжение следует...

ЛИТЕРАТУРА

1. Чижевский А. Л. Действие отрицательных ионов воздуха на некоторые физиологические функции животных. Доклад, читанный в Зоологическом музее МГУ. Калуга, 1922, стр. 1–22.
2. Чижевский А. Л. Аэроионизация в народном хозяйстве / 2-е изд., сокр. М.: Стройиздат, 1989. — 485 с.
3. Чижевский А. Л. Аэроионы и жизнь. Беседы с Циолковским / Сост., вступ. ст., комментарии, подбор илл. Л. В. Голованова. — М.: Мысль, 1994. — 735 с.
4. Здоровье населения России: влияние окружающей среды в условиях изменяющегося климата / Под общ. ред. акад. А. И. Григорьева; Российская академия наук. — М.: Наука, 2014. — 428 с.
5. Поволоцкая Н. П. Трубина М. А. Опыт инновационного развития курортной биоклиматологии // Журнал «Курортная медицина». № 3. — 2013. — С. 16–19.
6. Методика курортологической оценки лесопарковых ландшафтов горных территорий для целей климатоландшафтотерапии при курортном лечении континген-

та, подлежащего обслуживанию ФМБА России: Пособие для врачей / Авторы: Ефименко Н. В., Поволоцкая Н. П., Кайсинова и др.) // Утв. зам. руководителя ФМБА В. Б. Хавкиной 17.12.2015 г. Регистрационный номер 82–15. — Пятигорск: МЗРФ: ФМБА России: ФГБУ ПГНИИ ФМБА России, 2015. — 26 с.

7. Система медицинского прогноза погоды на федеральных курортах Кавказских Минеральных Вод: Методическое пособие / Авторы: И. Г. Гранберг, Н. П. Поволоцкая, Г. С. Голицын, Н. В. Ефименко, Л. И. Жерлицина, К. Г. Рубинштейн, И. А. Сеник, В. А. Васин, С. В. Ткачук, М. С. Артамонова, А. А. Кириленко, М. Д. Козлова, З. В. Кортюнова, Ф. А. Погарский, Л. О. Максименков. — ФГУ «ПГНИИ ФМБА России»: ИФА им. А. М. Обухова РАН: Гидрометцентр России. — Пятигорск, 2009. — 23 с.

8. Применение транскраниальной мезодизэнцефальной модуляции и аэротерапии для профилактики метеопатических реакций у больных ишемической болезнью сердца: Методическое пособие (рег. номер ФС № 2011/019 от 11.03.2011) / Л. И. Жерлицина, Н. В. Ефименко, И. И. Великанов, Н. П. Поволоцкая, И. А. Сеник // — Пятигорск. — 2010. — 23 с.

9. Маршруты терренкура в парке федерального курорта Ессентуки. Методическое пособие (Утв. руководителем ФМБА России) / Руководитель темы: В. В. Уйба; ответственные исполнители К. В. Котенко, А. Ф. Бабякин; исполнители: Н. Б. Корчажкина, Н. П. Поволоцкая, Н. В. Ефименко, А. А. Кириленко, И. А. Сеник, В. В. Слепых, Д. И. Топурия. — Пятигорск. ФГБУ ПГНИИ ФМБА России. — 2011. — 36 с.

При подготовке статьи использовались открытые информационные источники глобальной сети интернет.

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР «ИНТЕГРАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ» САНКТ-ПЕТЕРБУРГА САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО КАФЕДРА ФИЗИОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. И. И. МЕЧНИКОВА

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Приглашаем Вас принять участие в научно-практической конференции «Интегративная медицина в гастроэнтерологии», которая состоится в Санкт-Петербурге 21 марта 2020г. по адресу: Батайский переулок дом 3А, СокоС Отель Олимпия Гарден, зал «Лос-Анджелес и Мехико», станция метро «Технологический институт I,II». ВХОД СВОБОДНЫЙ.

Начало конференции в 10.00. Начало регистрации в 9.00

Программа конференции включает разделы: Место и возможности интегративной медицины в современном здравоохранении, Возможности гомеопатии в гастроэнтерологии, Возможности фитотерапии и фитозмбриотерапии в профилактике и лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, Биорегуляционная системная медицина в гастроэнтерологии, Пептидотерапия в гастроэнтерологии, Курортология и Физиотерапия в гастроэнтерологии.



Филиппова Л. В.,
преподаватель, Медицинский колледж № 2,
Санкт-Петербург, Россия

О ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Артериальная гипертензия (АГ) — наиболее распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы, которым в России страдают около 40% взрослого населения. В старших возрастных группах ее частота достигает 80%. Болезнь затрагивает все органы и системы организма, но более всего подвержены патологическим изменениям почки и головной мозг.

ПАТОГЕНЕЗ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Поражение головного мозга при АГ бывает обусловлено патологической извитостью или стенозом сонных артерий с поражением белого вещества и развитием гипертонической энцефалопатии (ГЭ). ГЭ — медленно прогрессирующее диффузное очаговое поражение головного мозга, обусловленное хроническим нарушением кровоснабжения, связанным с длительно существующей неконтролируемой АГ. Атеросклероз церебральных сосудов ухудшает кровоснабжение мозга и приводит к прогрессированию болезни.

В начальный период сосудистой мозговой недостаточности до появления неврологической симптоматики обнаруживают снижение кровотока в лобных и теменных зонах. У 10% пациентов выявляются единичные малые «немые» инфаркты.

При ГЭ I выявляются более выраженные изменения сердечно-сосудистой системы. У половины больных имеется атеросклероз экстракраниальных артерий. Ухудшается церебральная перфузия в лобных, теменных долях и в полушариях мозга в целом. У 1/3 больных выявляются малые глубинные инфаркты, в том числе множественные.

При ГЭ II и III стенозирующее атеросклеротическое поражение экстракраниальных артерий обнаруживается у 80% пациентов. У 20% больных выявляются стенозы внутренней сонной, средней мозговой артерии, разобщение Виллизиева круга.

Стенки интракраниальных артерий утолщаются, диаметр просвета сужается, что приводит к увеличению сосудистого сопротивления.

Головной мозг — не единственная мишень АГ. Наиболее значимыми являются кардиальные осложнения.

При ГЭ I обнаруживаются признаки гипертрофии и диастолической дисфункции левого желудочка, иногда с расширением левых камер сердца. Клиническим проявлением этих изменений являются хроническая сердечная недостаточность (ХСН), диагностируемая у 50–70% больных, у 20% пациентов выявляется стенокардия напряжения.

При ГЭ II и III гипертрофия левого желудочка сопровождается диастолической дисфункцией у 65% больных, а ХСН — у 80% пациентов.

Морфологический субстрат ГЭ характеризуется мелкоочаговыми и диффузными изменениями белого вещества мозга. Значительные изменения обнаруживаются в артериях: возникает гипертрофия мышечной оболочки, развиваются стенозы с последующей облитерацией их просвета. Изменение калибра артерий приводит к редукции мозгового кровотока в корковых отделах, ишемии мозговой ткани и инсультам. Сосудистая стенка имеет повышенную проницаемость, отекает, вены сдавлены, что замедляет венозный отток.

При неконтролируемой АГ прогрессируют изменения в белом веществе, нарушаются интеллектуально-мнестические функции, и развивается сосудистая деменция. Когнитивный дефицит при ГЭ связан с поражением глубоких отделов белого вещества головного мозга и базальных ганглиев. Это приводит к нарушению связей лобных долей и подкорковых структур, что определяет клиническую картину. При наличии атеросклероза, снижение артериального давления приводит к гипоперфузии глубоких структур головного мозга.

Маркером хронической ишемии является разрежение перивентрикулярного или подкоркового белого вещества-лейкоареоз («свечение белого вещества»). Эти зоны характеризуются демиелинизацией, глиозом и расширением периваскулярных пространств.

В патогенезе когнитивных нарушений играют роль также инфаркты в ассоциативных зонах лобной коры, гиппокампе, теменно-височно-затылочной коре.

К прогрессированию когнитивных расстройств у пожилых людей с АГ приводит избыточное снижение АД, в том числе на фоне гипотензивной терапии. Такие пациенты имеют тяжелое течение АГ и большой объем поражения структур головного мозга.

Течение ГЭ может быть прогрессирующим, иметь длительные периоды ремиссии и даже обратного развития, что нередко ошибочно расценивается как положительный эффект от проводимой терапии. Преимущественное значение приобретает диагностика и лечение начальных проявлений когнитивных расстройств у пожилых пациентов с ГЭ.

ЛЕЧЕНИЕ

Принципы терапии включают: адекватный контроль АД, коррекцию гиперхолестеринемии, нормализацию реологических свойств крови, гликемии, устранение факторов сосудистого риска, улучшение кровоснабжения и метаболизма мозга.

В основе лечения лежит базисная антигипертензивная терапия, ее главная цель — предупреждение органических осложнений. Индекс артериальной ригидности (жесткости) и также традиционных факторов риска (среднее АД и пульсовое) имеют высокую прогностическую значимость для инфаркта и инсульта.

Для лечения пациентов пожилого возраста с ГЭ и когнитивными нарушениями применяются препараты, улучшающие метаболизм мозговой ткани и обладающие вазоактивным и антиагрегантным действием. Они улучшают вязкость крови, препятствуют неадекватным сосудистым реакциям, повышают синтез ацетилхолина. Препараты производных спорыньи, барвинка, гинкго билоба имеют научно-доказательную базу в регрессе поведенческих нарушений и повышении самостоятельности пациентов.

Таким образом диагностика и своевременно начатое лечение ГЭ оказывают профилактическое действие на развитие и прогрессирование когнитивной дисфункции. 

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко А.Н., Чугунов А.В., Камчатов П.Р. Сосудистые когнитивные расстройства — современные возможности лечения. // Трудный пациент. 2008;2:36–40.
2. Ощепкова Е.В. Гипертоническая энцефалопатия: возможности профилактики. Справ. поликлин. врача. 2003;3:1–4



ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА»

Общество специалистов

«Международное медицинское сотрудничество»

Научно-практический журнал для врачей «Пятиминутка»

Уважаемые коллеги!

Приглашаем принять участие в программе с семинаром:

СТИХИЯ ВОЗДУХ. АЭРОТЕРАПИЯ В КУРОРТОЛОГИИ

03–10 октября 2020 года в г. Парадфюрдо, Венгрия

В программе:

- Природные факторы в лечении заболеваний и оздоровлении организма. Санаторно-курортное лечение — обмен опытом.
- Климат как самый мощный лечебный фактор в курортологии.
- Аэротерапия, аэрофитотерапия, аэроионотерапия в биоклиматологии.
- Отличительные особенности курорта Парадфюрдо. Лечебный воздух. Лечебные термально-минеральные воды. Мофета. Музей минеральных вод мира.

- Санаторно-курортные программы лечения бесплодия, гинекологической и урологической патологии; анемии; обменных нарушений; заболеваний опорно-двигательного аппарата; кожных болезней; сердечно-сосудистой патологии, гипертонической болезни; заболеваний желудочно-кишечного тракта.
- Курорт Эгерсалок — соляная гора. Курорт Эгер.
- Токай. Винотерапия.
- И многое другое...

Все участники семинара получают Сертификаты.

Проживание в старинном отеле в горах Матра (север Венгрии) — Erzsébet Park Hotel с велнес-зоной (бассейны, сауны, природная мофета — сухая углекислая ванна, тренажерные залы) и медицинским центром.

В Парадфюрдо особо ценная питьевая минеральная вода, а также лечебная вода для ванн (гинекологические и урологические заболевания, бесплодие, заболевания опорно-двигательного аппарата, кожные болезни).

В программе предлагаются экскурсии с посещением старинных венгерских замков и дворцов, других исторических достопримечательностей, дегустацией вин, блюд национальной кухни, концертными программами, а также лечебные и оздоровительные программы.

Организатор — Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, Санкт-Петербург

Заявку на участие можно отправить на e-mail: stella-mm@yandex.ru с пометкой «Программа Парадфюрдо»

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



Валин А.Д.,
специалист по био-геомагнитной астрологии,
Санкт-Петербург, Россия

БИО-ГЕОМАГНИТНАЯ АСТРОЛОГИЯ. ВЛИЯНИЕ МЕСТ ПРОЖИВАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ. ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Современный уровень развития науки и технологий закономерно порождает новые симбиозы знаний и практического применения. Одним из таких симбиозов является метод био-геомагнитной астрологии. Автором теории, положенной в основу этого метода диагностики и целительных возможностей является Дмитрий Мирцев, в прошлом военный врач.

Около двух лет назад мне довелось познакомиться с этой теорией. Она совпала с моими собственными практическими наработками и хорошо согласовалась со смежными областями знаний. С тех пор я применяю ее в практике консультирования.

На какие вопросы отвечает метод био-геомагнитной астрологии?

С его помощью мы получаем однозначные и географически точные ответы на насущные вопросы нашей жизни, а именно:

- в каких местах Земного шара вы будете «беспричинно» болеть и терять силы, а в каких «неожиданно» обретете великолепное здоровье и долголетие;
- в каких местах Земного шара стоит пожить для достижения ваших персональных целей;
- как изменится ваша жизнь при переезде в другой город или страну;
- в какой город (страну) отправить ребенка получать образование, а где ребенку будет грозить опасность;
- где вы сможете отдохнуть в отпуске, а где отпуск превратится в персональный ад;
- как скорректировать разрушительные влияния (при их наличии) или добавить целительное воздействие места вашего проживания;
- как влияет место вашего пребывания на вашу возможность создать семью;

- где вам легче всего привести в Мир детей, а где есть риск остаться бесплодным;
- где вам легче всего созидать и творить, а где вы будете бездарны;
- где вас ждет социальное признание, а где вы станете изгоем;
- где все благоприятствует вашей карьере и доходам, а где вас ожидает нищета;
- где лично вам легче всего обрести ясность мышления и понять собственные цели и способ их реализации, а где заблудитесь в тумане хаотичных мыслей и бессмыслицы;
- где легче и проще разрешить все внутренние конфликты и нестандартные ситуации в вашей жизни;
- как решить большинство специфических вопросов, возникающих при ведении бизнеса.

Также, метод био-геомагнитной астрологии позволяет создать ваш персональный календарь благоприятных и критических периодов для места вашего проживания.

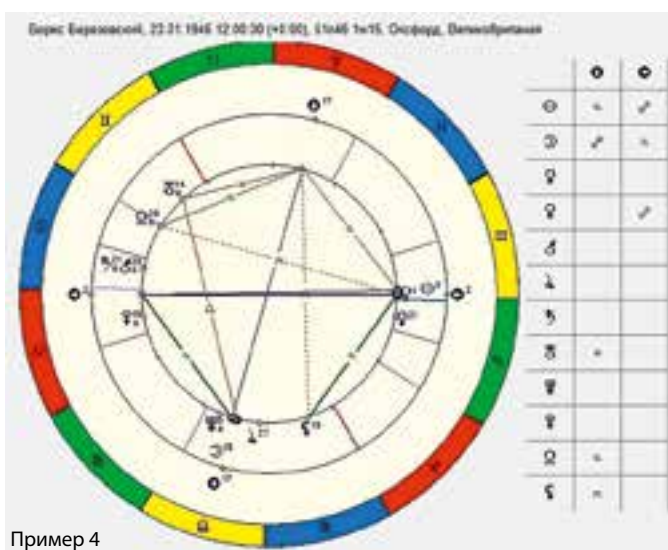
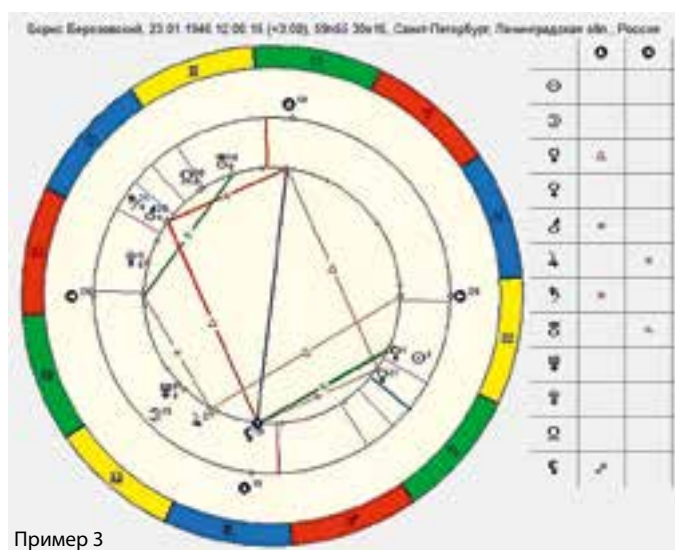
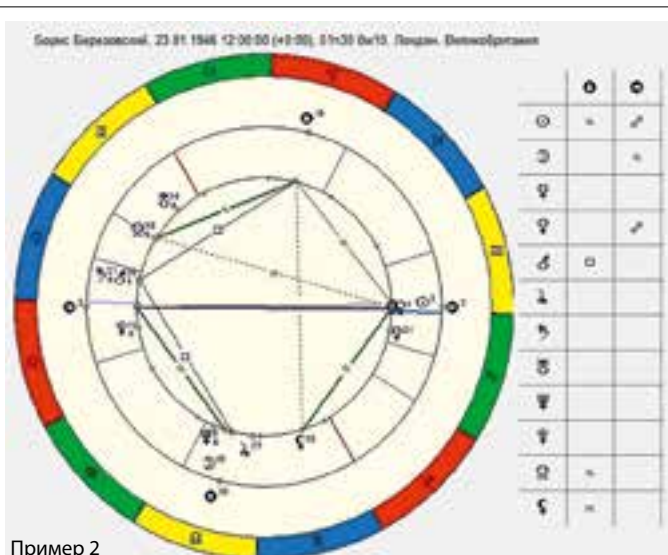
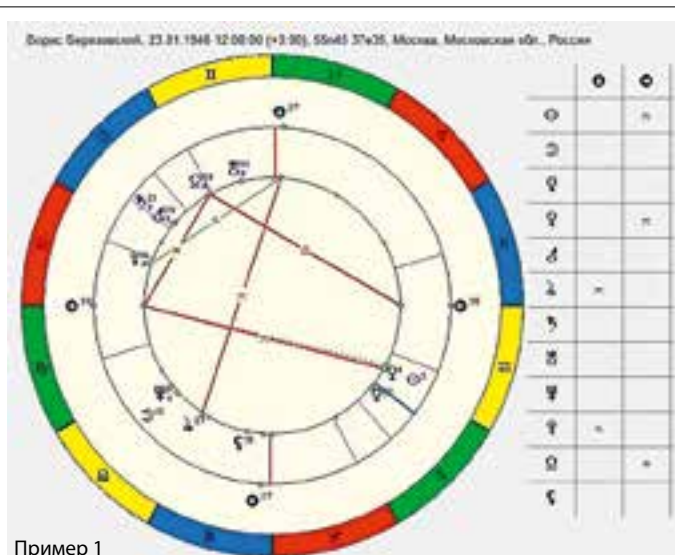
Очевидно, информацию, получаемую этим методом, можно использовать при решении многих вопросов.

Помимо влияния места проживания на физическое здоровье хочу выделить еще один аспект — влияние места проживания на психическое здоровье.

Допустим, в вашей жизни за три месяца должно произойти 100 значимых событий. Если при этом вы проживаете в благоприятном персонально для вас месте, то большинство этих событий будут удачными и будут способствовать укреплению психического здоровья.

Если место проживания для вас нейтрально, то чаша весов останется в равновесии.

И если, полагаю в трети случаев, место проживания не благоприятствует персонально вам, то все события будут разрушать ваше психическое здоровье.



Таким образом, применив метод био-геомагнитной астрологии, возможно увеличить количество и качество счастливых случаев в жизни человека. Стать каждому «баловнем судьбы» теперь гораздо проще. Применив метод, возможно кардинально изменить все сферы жизни человека (в редких случаях), однако чаще требуется скорректировать отдельные аспекты.

Суть метода проще всего описать в терминах астрологии. Сейчас этим сложно удивить, и астрология прекрасно подходит для простого объяснения сложных вещей. Такое описание позволит избежать терминов из различных научных дисциплин.

В методе био-геомагнитной астрологии каждое место на Земле характеризуется двумя точками, символически расположенными на Зодиакальном круге. Для простоты назовем их «Точка 1» и «Точка 2». Например, Санкт-Петербургу в этом методе соответствуют: «Точка 1» с координатой 19 градусов в созвездии Тельца и «Точка 2» с координатой 26 градусов в созвездии Льва. Эти «Точки» могут составлять аспекты к планетам в личном гороскопе. Аспекты могут быть гармоничными, разрушительными или нейтральными. Влияние «Точек» непрерывно, но может немного уменьшаться, а также многократно усиливаться в отдельные периоды. Неподвижность и по-

стоянство «Точек» дает возможность решить почти любые жизненные задачи достаточно простыми действиями.

Рассмотрим влияние на здоровье, определяемое методом био-геомагнитной астрологии.

Рассмотрим все периоды жизни: детство, юность, зрелость, пожилой возраст.

Разделим условно периоды следующим образом: детство — от 0 до 15 лет; юность от 16 до 35 лет; зрелость от 36 до 60 лет и пожилой возраст после 61 года. Естественно, что в разные периоды жизни у человеческого тела разный запас прочности и различные задачи.

В каждый период организм может без ущерба переносить лишь соответствующие возрасту уровни стрессовой нагрузки. Если уровень стрессовой нагрузки будет превышен, это неминуемо приведет к дистрессу и скажется на физическом самочувствии, на психическом здоровье и, в конечном счете, на продуктивности и долголетию человека.

В этой связи закономерно поставить вопрос о необходимости заблаговременного планирования уровня стрессовой нагрузки с учетом перехода человека из одного возрастного периода в другой с целью обеспечить максимальную продолжительность жизни и максимально долгий продуктивный период.



Метод био-геомагнитной астрологии позволяет выполнить такое планирование, а также диагностику и коррекцию существующего положения.

Для периода жизни 0–15 лет.

Идеальные условия. Ребёнок почти всегда здоров:

- присутствуют один или несколько гармоничных аспектов к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа ребенка: Солнца, Меркурия, Венеры;
- отсутствуют любые аспекты к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа ребенка: Марс, Юпитер, Сатурн, Уран, Нептун, Плутон, Лилит.

Нормальные условия. Ребёнок редко болеет:

- или отсутствуют аспекты к «Точкам» места проживания от любой планеты гороскопа ребенка;
- или имеется только один гармоничный аспект к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа ребенка: Марс, Юпитер, Сатурн.

Условия применения корректирующих мер. Ребенок часто болеет:

- любой аспект к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа ребенка: Уран, Нептун, Плутон, Лилит.
- дисгармоничный аспект к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа ребенка: Солнце, Меркурий, Венера, Марс, Юпитер, Сатурн;
- два или более гармоничных аспекта к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа ребенка: Марс, Юпитер, Сатурн.

Для периода жизни 16–35 лет.

Идеальные условия. Юноша или Девушка почти всегда здоровы:

- присутствуют один или несколько гармоничных аспектов к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа пациента: Солнца, Меркурия, Венеры, Марса, Юпитера, Сатурна, Урана, Нептуна, Плутона, Лилит;
- отсутствуют разрушительные аспекты к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа пациента: Марс, Юпитер, Сатурн, Уран, Нептун, Плутон.

Нормальные условия. Юноша или Девушка редко болеют:

- или отсутствуют аспекты к «Точкам» места проживания от любой планеты гороскопа пациента;
- или имеется до двух разрушительных аспектов к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа пациента: Солнце, Меркурий, Венера, Юпитер.

Условия применения корректирующих мер. Пациент часто болеет, начинаются психические нарушения:

- один или более разрушительный аспект к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа пациента: Марс, Сатурн, Уран, Нептун, Плутон.

Для периода жизни 36–60 лет.

Идеальные условия. Человек почти всегда здоров:

- присутствуют один или несколько гармоничных аспектов к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа пациента: Солнца, Меркурия, Венеры, Марса, Юпитера, Сатурна, Урана, Нептуна, Плутона, Лилит;
- отсутствуют разрушительные аспекты к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа пациента: Марс, Юпитер, Сатурн, Уран, Нептун, Плутон.

Нормальные условия. Человек редко болеет:

- или отсутствуют аспекты к «Точкам» места проживания от любой планеты гороскопа пациента;

- или имеется один разрушительный аспект к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа пациента: Солнце, Меркурий, Венера, Юпитер.

Условия применения корректирующих мер. Пациент часто болеет, психические нарушения средней тяжести:

- один или более разрушительный аспект к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа пациента: Солнце, Марс, Юпитер, Сатурн, Уран, Нептун, Плутон, Лилит.

Для периода жизни после 61 года.

Идеальные условия. Человек почти всегда здоров:

- присутствуют один или несколько гармоничных аспектов к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа пациента: Солнца, Меркурия, Венеры, Марса, Юпитера, Сатурна, Нептуна;
- отсутствуют разрушительные аспекты к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа пациента: Солнце, Меркурий, Венера, Марс, Юпитер, Сатурн, Уран, Нептун, Плутон, Лилит.

Нормальные условия. Человек редко болеет:

- или отсутствуют аспекты к «Точкам» места проживания от любой планеты гороскопа пациента;
- или имеется один разрушительный аспект к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа пациента: Солнце, Меркурий, Венера, Юпитер.

Условия применения корректирующих мер. Пациент часто болеет, тяжелые психические нарушения:

- один или более разрушительный аспект к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа пациента: Солнце, Меркурий, Венера, Марс, Юпитер, Сатурн, Уран, Нептун, Плутон, Лилит;
- один или более гармоничных аспекта к «Точкам» места проживания от следующих планет гороскопа пациента: Плутон, Лилит.

Из приведённых условий для идеального здоровья легко сделать выводы о принципах и мерах необходимых исцеляющих воздействий.

А теперь я предлагаю убедиться, что не все города одинаково полезны. Мы переходим к примерам. В примерах мы опустим трактовки личных гороскопов. Рассмотрим лишь влияние «Точки 1» и «Точки 2» каждого из городов, в которых находились рассматриваемые личности. Очевидно, что поведение и поступки людей из примеров неразрывно связаны с состоянием здоровья в том или ином городе.

Пример 1. Борис Березовский. Период жизни в Москве.

Здесь мы видим аспектированные «Точками» Солнце, Венеру, Юпитер и Плутон Березовского. Характер аспектов, скорее, «эмоциональные качели» и стимулирующий к нестандартным действиям. Мы все прекрасно помним неординарные бизнесы Бориса Березовского. Москва в качестве места проживания сформировала такой характер деятельности этого человека. Санкт-Петербург оказывал на Березовского гораздо более гармоничное и созидательное влияние (Пример 2).

Пример 3. Борис Березовский. Период жизни в Лондоне.

На этой карте мы видим, что Лондон подарил Березовскому как сильные, гармоничные аспекты к Солнцу и Венере, так и разрушительный аспект с Марсом и невероятную эмоциональность, к которой он не был готов, через включение Лилит.

Результат пребывания Березовского в Лондоне хорошо известен. Но посмотрим еще одну карту — допустим, Березовский переехал не в Лондон, а на 60 километров западнее — в Оксфорд.

Пример 4. Борис Березовский. Потенциальный период жизни в Оксфорде.

На этой карте вместо разрушительного квадрата с Марсом есть созидательный аспект с Ураном. Этот аспект мог подарить Березовскому необычный и гармоничный выход из его ситуации и, возможно, избежать суда с Абрамовичем. Всего 60 километров в сторону...

Итак, мы рассмотрели довольно яркий пример. И сделали это без углубления в личный гороскоп этого человека. Просто, оценив влияние места пребывания на его жизнь.

Если добавить к простому рассмотрению влияния «Точек» движение планет, то получится календарь. Это будет Календарь дат наиболее мощного или ослабленного влияния «Точек» места проживания на человека, чем и вручим ему волшебную палочку.

Надеюсь, что мне удалось заинтересовать уважаемых читателей в практическом применении метода био-геомагнитной астрологии.

Больше информации о возможностях и областях применения метода вы найдете на страничке ВКонтакте: https://vk.com/a_valin

ЛИТЕРАТУРА

1. Физика земли, 2015, №2, с. 3–20 Геоинформатика и наблюдения магнитного поля земли: российский сегмент © 2015 г. А.Д.Гвишиани, Р.Ю.Лукьянова. Геофизический центр РАН, г. Москва, Институт физики Земли им. О.Ю.Шмидта РАН, г. Москва
2. Barrett, Lisa Feldman, and Ajay B. Satpute. 2013. «Large-Scale Brain Networks in Affective and Social Neuroscience: Towards an Integrative Functional Architecture of the Brain.» Current Opinion in Neurobiology 23 (3): 361–372.



ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА»

Общество специалистов

«Международное медицинское сотрудничество»

Научно-практический журнал для врачей «Пятиминутка»

Уважаемые коллеги!

**Приглашаем принять участие в 7-й международной научно-практической конференции:
АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕДИЦИНА. ВОЗМОЖНОСТИ СОТРУДНИЧЕСТВА
МЕДИЦИНЫ НАРОДНОЙ, ПРИРОДНОЙ И КЛАССИЧЕСКОЙ**

**02–09 февраля 2020 года в г. Хевиз, Венгрия
в Danubius Health Spa Resort Hévíz * * * * superior**

В программе:

- Природные факторы в лечении заболеваний и оздоровлении организма. Санаторно-курортное лечение — обмен опытом.
- Курорты Венгрии. Термальные источники.
- Уникальное термальное озеро Хевиз. Лечебные программы в Хевизе.
- Лечебные карстовые пещеры. Мофеты. Минеральные воды.
- Биоклиматология. Био-геоастрология.
- 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.

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», Санкт-Петербург.

**Заявку на участие можно отправить на e-mail: stella-mm@yandex.ru
с пометкой «Конференция Хевиз — февраль 2020».**

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



От Редакции: Все новое, как известно, пробивает себе дорогу и право на признание довольно трудно и долго. Но, с другой стороны, не все новые идеи имеют под собой научное обоснование. Однако это не повод отрицать и отвергать, и уж тем более — бранить... Наверное, потому Япония и стала лидером мирового научно-технического прогресса, что в этой стране рассматривали и брали во внимание любую, даже кажущуюся бредовой идею и проверяли ее научную состоятельность, вкладывая в это немалые средства. В нашей отечественной системе здравоохранения и медицинской науки о японской мудрости и дальновидности остается только мечтать. Не потому ли авторы новых методик, программ и технологий все чаще реализуют свои проекты в коммерческом поле, т. к. не находят никакого понимания и поддержки, обойдя со своими идеями многочисленные кабинеты чиновников? Не так давно в информационном пространстве появились первые сведения о новой науке — соматипологии. Набрав это слово в интернете, в первую очередь появляются множественные форумы, наполненные безграмотными диалогами с нецензурной лексикой, и только потом сайты с информацией о запрашиваемой науке. Невольно напрашивается подозрение о ловком дирижировании процессами, происходящими в информационном пространстве... Поэтому мы предоставили слово специалисту, имеющему диплом соматиполога.



Кисина Е. В.,
врач физиотерапевт,
СпбГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»,
соматиполог, член Общества специалистов
«Международное медицинское сотрудничество»
при Издательском Доме СТЕЛЛА,
Санкт-Петербург, Россия

СОМАТИПОЛОГИЯ

*«Каждая личность бесконечна,
как в своей реальности,
так и в своих возможностях».*

Карл Ясперс

Еще с давних времен философы и врачи занимались изучением строения тела человека и его взаимосвязи с заболеваниями. Было замечено, что во время болезни люди похожи в поведении, симптомах, жалобах, эмоциях и т. п. И для удобства стали классифицировать, то есть разделять, болезни и поведение пациентов. Исходя из этого, заболевания стали давать названия, а позже во многих странах врачи договорились использовать к схожим симптомам единую систему названий. Она существует под названием «Международная Классификация Болезней» (МКБ) и выходит в разных редакциях дополненная и исправленная.

То есть все началось с классификации и систематизации болезней. Позже, в век развития гуманизма, ученые стали обращать внимание на то, что не только больные люди отличаются по внешнему виду, но и здоровые люди тоже не похожи, как один, друг на друга.

Следующие поколения философов и психологов стали изучать, наблюдать и описывать характеры людей. Мнение о том, что темпераментов только 4 (холерик, сангвиник, флегматик и меланхолик) стало неактуально довольно скоро. И, соответственно, стало расти количество, выделяемых исследователями новых характеров. Гален

предлагал 13 типов, Авиценна больше, Кант рассматривал темпераменты как чувствующие, а характеры как мыслящие части человека. Парацельс рассматривал темпераменты в русле алхимии и связывал с ними определенные вещества (соль, серу и ртуть).

Постепенно формируется представление о взаимосвязи болезни, общем уровне здоровья и нервной системы. Темперамент связывают с обменом веществ в организме, и говорят об отличиях в деятельности разных организмов.

Люди живут в условиях постоянно меняющейся окружающей среды, к которой необходимо непрерывно приспосабливаться. Нашему сложно организованному телу необходим постоянный обмен информацией между клетками. Для этой цели у человека есть две системы.

Первая — нервная система. Она очень быстро реагирует на любые события внутри организма и в окружающем мире. С помощью нервной системы осуществляется общий контроль над организмом и рефлекторная деятельность. Кроме того, нервная система управляет психикой человека.

Вторая система — эндокринная. Ее работа основана на передаче сигналов от одних клеток к другим с помощью особых химических веществ — гормонов. Эндокринная система состоит из комплекса желез. Нервная и эндокринная системы функционируют согласованно.

У разных людей эти две системы работают по-разному, что связано с индивидуальными особенностями каждого человека. Однако есть в работе нейроэндокринной систе-

мы и определенные закономерности. Они позволяют выделить семь типов людей по преобладанию деятельности какой-либо из желез внутренней секреции. Эти типы носят имя преобладающего в его крови гормона, а сами типы называются **соматипами** (от греческого soma — тело), так каждый тип отличается друг от друга особенностями телосложения.

Наверняка, вы задавались вопросом, почему, когда один человек спокоен, другой нервничает, почему один человек на изменение условий окружающей среды реагирует активно, а другой — пассивно?

Наши реакции зависят от нашего соматипа. Каждый соматип имеет свои черты характера и особенности в работе организма, которые необходимо учитывать, чтобы быть здоровым. Определив свой соматип, вы будете знать слабые и сильные стороны своего организма. Сделать это можно несколькими методами: по телосложению, по поведению и по заболеваниям, которые уже есть у данного конкретного человека.

Телосложение — это пропорции и особенности частей тела, а также особенности развития костной, жировой и мышечной тканей.

Размеры и формы тела каждого человека запрограммированы генетически. У нашего тела имеется программа его будущего физического развития. И если телосложение человека может меняться на протяжении его жизни, то соматип обусловлен генетически и является постоянной характеристикой от рождения и до смерти. Возрастные изменения, различные болезни, усиленная физическая нагрузка изменяют размеры, очертания тела, но не соматип. Таким образом, если человек, например, набрал избыточную массу тела, то жировые отложения у него сформируются в определенных местах в зависимости от соматипа.

Соматип — генотипически обусловленный, конституционный тип, характеризующийся уровнем и особенностями обмена веществ (преимущественным развитием мышечной, жировой или костной ткани), склонностью к определенным заболеваниям, а также психофизиологическими отличиями. При определении типа учитываются такие параметры, как рост, масса тела, ширина плеч и бедер, выраженность талии, развитость мускулатуры, преобладание одних частей тела над другими.

Не все люди имеют четкие параметры телосложения, характерные для своего соматипа, поэтому иногда для его определения необходимо пообщаться с человеком, посмотреть на его поведенческие реакции и отношение к жизни.

Кроме того, определить соматип можно по характерным для данного конкретного человека заболеваниям. Например, проблемы нервной системы — удел тиреоидов, ожирение характерно для представителей окситоцинового соматипа и т.д.

Подробнее это рассматривается на индивидуальной консультации с экспертом-соматипологом, где обстоятельно разбираются все основные параметры и критерии. Можно определить соматип по преобладанию одного из гормонов в крови, но не всегда это будет видно по лабораторным анализам. Определение личной конституции, а, значит, соматипа — важнейший фактор для выбора правильного лечения, как тела, так и психики. У всех

соматипов разные очертания тела и размеры, разный темперамент и склонности. Режим и питание, физические нагрузки, подходящие одним, могут совершенно не подойти другим. Только правильно определив соматип, можно качественнее и быстрее справляться с заболеваниями. Кроме того, зная соматип пациента, врач может точнее поставить диагноз, ведь каждый соматип имеет склонность к определенным заболеваниям.

Так, с 2002 года российским ученым доктором Шадриным К.А. и группой его единомышленников проводились обширные исследования по изучению соматипов. Были обследованы и опрошены более 24 тысяч человек, проведено 789 исследований уровня гормонов в крови. В результате с помощью накопленной информации удалось выявить семь основных соматипов человека. Знание этих соматипов помогает налаживать контакт с собеседниками, улучшать отношения с близкими и родными. Человек, знающий соматипы, понимает и принимает себя таким, какой он есть, а, значит, начинает точно так же принимать и любить других людей. Так улучшается качество жизни, решаются многие психологические проблемы.

Зная свой соматип, можно эффективно проводить профилактику заболеваний, а правильно подобранный режим дня и рекомендации по питанию позволят человеку быть здоровым и радостным. Хорошо изучив свой соматип, можно компенсировать его недостатки различными средствами и, в некотором смысле, уйти из-под влияния своего соматипа.

В конце концов, знание своего соматипа позволяет найти свое место в жизни!

На характер человека существенно влияют гормоны. Одни гормоны делают человека активным, другие, наоборот, медлительным, кто-то обладает точностью движений и скрупулезностью, а кто-то умеет тонко чувствовать и т.д. Гормоны формируют телосложение, а по телосложению мы можем определять особенности каждого конкретного человека. Это совершенно новый взгляд, позволяющий понять самого себя и сделать гормоны своего организма своими союзниками.

Каждый человек имеет свою функцию в этом мире. Каждый чем-то полезен миру, и, действуя в соответствии со своей функцией, человек проявляет себя в мире гармонично.

Функцию можно определить по преобладанию в крови какого-либо гормона. Всего гормональных типов семь. Перечислим эти соматипы, а также функции, которые они имеют.

Функция мелатонинового соматипа — в сохранении информации.

В рамках этого типа человек многое чувствует и остро переживает. Чувствовать и помнить, обращать внимание на детали — вот основное, чем важно заниматься этому соматипу, чтобы жить в гармонии с миром и с собой. Библиотеки, бухгалтерия, ювелирная работа, уход за другими людьми — это сферы, в которых так нужен именно этот соматип.

Функция тиреоидного соматипа — передача информации.

Этим людям важно узнавать что-то новое и передавать информацию другим. Налаживание коммуникаций,



множество новых впечатлений, постоянное поступление информации — все это обязательно должно быть у такого соматипа, чтобы он выполнял свою функцию. Тиреоидным людям необходимо осуществлять обмен знаниями, предметами, впечатлениями, новостями и т.д.

Функция инсулинового соматипа — создание гармонии, красоты и комфорта.

Благодаря этому типу мир становится вполне приятным местом для жизни. Дизайн, медицина, актерское искусство — сферы, которые нуждаются в инсулиновых людях.

Функция адреналинового соматипа — это активизация мира.

Толкать, разрушать, бороться, воевать — вот, что необходимо этому соматипу. Такими действиями мир спасается от застоя и двигается дальше. Адреналиновые люди создают напряжение, которое приводит к результату, любое затянутое дело все-таки решается, гордиев узел разрубается. Такие люди нужны в спорте, в армии, в строительстве, в геологии, во всех сферах, где есть потребность в активности и риске.

Функция окситоцинового соматипа — организовывать и направлять.

Этим людям необходимо стоять во главе коллективов либо заниматься обучением других людей. Окситоциновый тип дает миру перспективу и управление.

Функция соматотропного соматипа — структурировать этот мир, сохранять его, систематизировать и придавать ему форму.

Такие люди хороши в сферах, где нужно анализировать данные, создавать стратегии, держать что-то под контролем.

Функция МСГ-соматипа — быть положительным примером для других.

Им свойственны стремление стать индивидуальностью и ярко проявляться, их свойство — постоянное самосовершенствование — необходимо этому миру. Для МСГ-соматипа подходят все публичные профессии.

Если человек занимает в жизни место, соответствующее его функции, то он живет в гармонии с собой и миром. Он наполнен жизненной энергией, у него много сил на достижение той или иной цели, он редко переносит заболевания, и, в конечном итоге, чувствует себя счастливым.

У каждого человека есть свои индивидуальные особенности и свое предназначение. Выраженное влияние какого-либо гормона помогает ярче проявить индивидуальность человека и реализовать его предназначение. Осознание своего соматипа поможет понять, в каком направлении человек должен двигаться и какие качества развивать, а какими учиться управлять. Благодаря этому человек развивается, реализует свое предназначение и становится счастливее. ☺

КАФЕДРА ФИЗИОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ И.И.МЕЧНИКОВА УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР «ИНТЕГРАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ» САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Кафедра физиотерапии и медицинской реабилитации СЗГМУ им. И.И.Мечникова приглашает врачей различных специальностей на циклы повышения квалификации

Наименование цикла	Дата начала занятий
Цикл повышения квалификации «Классическая и клиническая гомеопатия» (216 часов) Врачам выдается удостоверение установленного образца	02 марта 2020 18 мая 2020 19 октября 2020
Цикл повышения квалификации «Актуальные вопросы гомеопатии» (72 часа) Врачам выдается удостоверение установленного образца	02 марта 2020 18 мая 2020 19 октября 2020
Цикл повышения квалификации «Диагностика и медикаментозное тестирование по методу Р.Фолля (144 часа) Врачам выдается удостоверение установленного образца	29 января 2020 08 апреля 2020 16 сентября 2020 25 ноября 2020

Все преподаватели кафедры имеют диплом преподавателя высшей школы и большой стаж клинической практики в области гомеопатии.

Программы обучения включают лекции, семинары, практические занятия, клинические разборы. Во время обучения используется индивидуальный подход к каждому слушателю и делается акцент на освоении практических навыков.

Врачи, которые прошли цикл повышения квалификации и сдали экзамен, получают удостоверение установленного образца, позволяющее использовать гомеопатический метод лечения и метод Р.Фолля в рамках клинической специальности врача.

Наши контакты:

Санкт-Петербург, Пискаревский проспект, 47
телефон +79062734850, +79119255185 вайбер/ватсап +79062734850
e-mail: chomspb@mail.ru [http:// www.integration.spb.ru](http://www.integration.spb.ru)



Храмцова С. А.,
инженер по медицинской технике
Международного медицинского центра «СОГАЗ» ПО «Белые ночи»,
член Общества специалистов «Международное медицинское
сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, астролог,
Санкт-Петербург, Россия

АСТРОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ НА 2020 ГОД ДЛЯ ВСЕХ ЗНАКОВ ЗОДИАКА

Новый 2020 год попадает в коридор затмений, что подчеркивает фатальность года для разных знаков зодиака.

26 декабря 2019 года — Солнечное затмение в 08:17:42 по Москве.

10 января 2020 года — Лунное затмение в 22:10:04 по Москве.

Поэтому с 26 декабря по 10 января в коридоре затмения будьте осторожны и предельно внимательны ко всему происходящему вокруг вас.

Обычно годовой гороскоп по знакам зодиака составляется для всех представителей, проживающих в разных часовых поясах. Поэтому я буду опираться на **космограмму**, а не на гороскоп. Строю космограмму на определенную местность и не учитываю Лунный день, так как он может отличаться: допустим в 2020 год в Москве — 7 Лунный день, а в Пхукете, Таиланд — 6 Лунный день.

КОСМОГРАММА, ГОРОСКОП, НАТАЛЬНАЯ КАРТА: В ЧЕМ РАЗНИЦА?

Космограмма — это отпечаток звездного неба на момент рождения человека. Этот отпечаток содержит в себе положение всех 10 планет в знаках зодиака, необходимых для анализа. Это Солнце, Луна, Меркурий, Венера, Марс, Юпитер, Сатурн, Уран, Нептун, Плутон. Также мы можем увидеть и проанализировать аспекты между планетами. Но космограмма рассматривается, как отдельная схема, без наложения на астрологические дома гороскопа. По космограмме мы можем составить точный психологический портрет человека, его особенности, черты характера, слабые и сильные стороны, внутреннюю мотивацию. Многие астрологи консультируют только по космограмме, и это называется астропсихологией. Самое важное в работе с космограммой — это то, что для ее построе-

ния не требуется знание точного времени рождения. Вы можете ее построить, просто введя дату рождения и приблизительное время. Но по космограмме мы, увы, ничего не сможем рассказать о том, через какие сферы проявляются все эти особенности человека, и в какие жизненные сценарии он может быть втянут. Как раз с такими вопросами следует обращаться уже к гороскопу.

Гороскоп — это тот же отпечаток звездного неба на момент рождения, но уже наложенный на 12 астрологических домов, каждый из которых отвечает за конкретную сферу, сценарий, событие и даже людей, которые могут нас окружать в жизни. Все эти психологические особенности космограммы обретают реальную среду для их проявления, формируя судьбу человека через дома. Нюанс в том, что для достоверности гороскопа необходимо знать точное время рождения. К слову сказать, гороскоп может быть не только у человека, но и у любого события, места, города, в хорарной астрологии — вопроса, в мунданной астрологии — государства. Условно, если что-то родилось, значит это «что-то» уже имеет гороскоп.

Натальная карта — это более официальный синоним гороскопа. Он появился позже, когда слово «гороскоп» было обесценено так называемой журнальной астрологией, и за гороскоп стали принимать еженедельные прогнозы для знаков Зодиака.

Кстати, **прогноз** — это не гороскоп и не натальная карта. Прогноз — это прогноз. Составлением и анализом прогнозов занимается прогностическая и предсказательная астрология. А натальная астрология работает только с фактическими, статичными данными человека. Как мы выяснили статичные данные — это отпечаток неба с сеткой домов (гороскоп) или без нее (космограмма). Что будет с этими данными происходить в будущем — это уже прогноз (1).



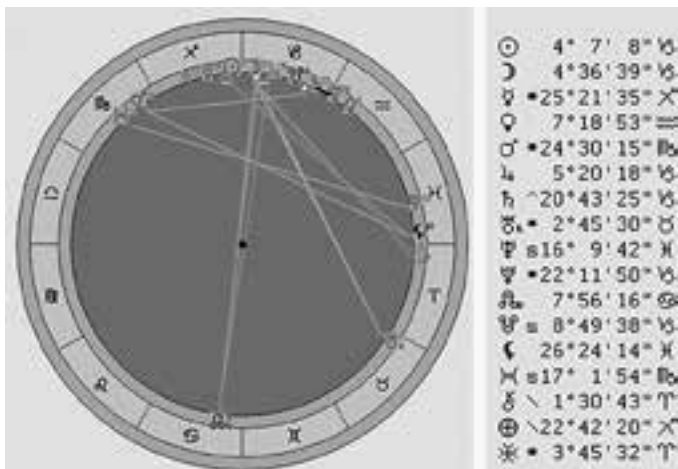
СЕРЕБРО ЛУНЫ И ЗОЛОТО СОЛНЦА

По Москве Новый год выпадает на 7 лунный день. Лунный день будет фоном подсвечивать события года. 7 лунным днем управляет планета Венера. Эта планета по своей энергетике достаточно мягкая, ее называют планетой малого счастья.

Поэтому многие знаки зодиака в этом году смогут улучшить свое материальное положение, найти делового партнера, прийти к перемирию с теми, с кем давно в ссоре, встретить свою вторую половинку.

Коридор затмений с 26 декабря по 10 января будет воистину уникальным, так как встретим мы Новый год, как алхимики, имея и Серебро Луны, и Золото Солнца.

Очень важно, в каком знаке зодиака, и в каких градусах происходит затмение. Это лунное затмение произойдет в знаке зодиака Козерог.



Если говорить про общий прогноз, то каждый дом гороскопа делится на 3 трети: больше планет в начале дома — основные события произойдут в 1-ю треть Нового года (первые 4 месяца года январь-апрель), во 2/3 дома — во 2/3 Нового Года (вторые 4 месяца года май-август) и в 3/3 — в последней трети Нового Года (третьи 4 месяца года- сентябрь-декабрь).

В ДАННОМ СЛУЧАЕ ЗАДЕЙСТВОВАНА 1/3 ЗНАКА.

Строим карту Нового года по МСК.



В 2020 году лунное затмение произойдет в Санкт-Петербурге 10 января в 22:10:04 на оси Рак-Козерог. Эту ось называют еще «родительской». Повторюсь — это лунное затмение будет очень серьезным, поэтому надо быть предельно осторожными.

Что же ждет представителей знаков Зодиака в 2020 году?

ПРОГНОЗ ДЛЯ ЗНАКОВ ЗОДИАКА НА 2020 ГОД ПО КОСМОГРАММЕ



У Овнов, в первые 4 месяца (январь-апрель) 2020 года идут благополучные изменения в карьере: возможно знакомство в начале года с влиятельными людьми, которые помогут продвижению по карьерной лестнице. Для реализации успешной карьеры Овнам рекомендуется вести себя более решительно и проявлять лидерские качества. Ожидается улучшение материального положения.

Те проекты, которые вы будете делать самостоятельно, в середине года вы не сможете полностью осуществить, потому что не будет поддержки и достаточной энергии для этого. Попробуйте перенести на конец года наиболее важные проекты.

В мае — августе Овны захотят уединиться, заняться творчеством (живопись, вокал, эзотерика и т.д.). Многих Овнов потянет к романтике (поездки за границу, путешествия). Но не топите свои мечты в психотропных средствах, будьте осторожны, т.к. эта иллюзия может вас затянуть.

К концу 2020 года (сентябрь-декабрь) будьте крайне внимательны, не расслабляйтесь: возможны проверки различных структур власти, приведите в порядок документы на работе. Будьте аккуратны в общении с представителями власти, со своими начальниками. Могут быть проверки и судебные разбирательства у вашего руководства. Если у вас свой бизнес, будьте начеку! Не доверяйте партнерам, не верьте на слово. Порядок во всех документах поможет пройти проверки со стороны власти с положительным результатом.

Постарайтесь больше внимания уделять своим родителям. В конце года у вашего партнера (супруга) может быть увеличение финансовой прибыли, которую он готов разделить вместе с вами.

Ваша энергия года будет направлена на решение вопросов связанных с деньгами партнеров, с инвестициями, вкладами. Возможно захочется заняться каким-то экстремальным видом спорта (освоить те виды спорта, которые добавляют адреналина в кровь).

В первой трети 2020 года (январь-апрель) многие Тельцы будут настроены на перемены, захочется поменять свой имидж, свой стиль. У Тельцов будет желание карьерного роста, преобразований в работе, но не спешите в принятии этих решений — в этом году у вас мало энергии на осуществление задуманного. Для смены работы, надо подумать о специальности. Многих Тельцов в начале года может повлечь за границу — в новые страны, в дальние поездки. Они задумаются о смене профессии, о переквалификации, о получении нового высшего образования.



Уже ко второй трети (май-август) 2020 года у Тельцов возникнет яркое желание поменять свою профессию, но пока еще недостаточно знаний, чтобы осуществить задуманное, нужно еще поучиться. Вторая треть 2020 года будет богата множеством утопических иллюзорных планов и проектов, не стремитесь их реализовывать, к их осуществлению нужно будет подойти очень конкретно. Зато вы можете приятно провести время в кругу друзей, единомышленников, кружках по интересам. Но не расслабляйтесь, некоторые Тельцы могут быть вовлечены в судебные разбирательства, не переживайте, все закончится благополучно.

В конце 2020 года (сентябрь-декабрь) у Тельцов могут возникнуть серьезные отношения, завязаться роман.

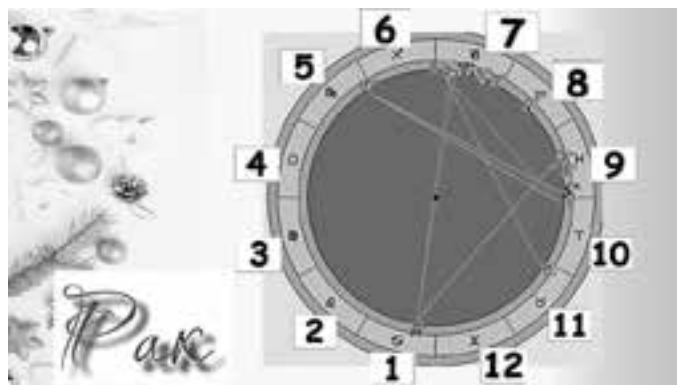


Близнецы в начале 2020 года (январь-апрель) могут получить от своего партнера очень крупный подарок. Могут кредитовать свой бизнес, если есть в этом необходимость. Есть возможность неожиданно совершить крупную покупку на кредитные (чужие) деньги, например, приобрести транспортное средство.

Во второй трети 2020 года (май-август) не планируйте путешествий, у вас не будет поддержки и в учебе (поступление в вузы), рассчитывайте только на свои силы. Близнецы, у вас есть возможность воспользоваться своим шансом для улучшения своего положения на работе, в карьере, делайте ставку на вдохновение и интуицию, в противном случае все останется в фантазиях и иллюзиях.

В конце 2020 года (сентябрь-декабрь) у Близнецов будет очень много работы, где вы можете проявить свою активность, вас поддержат ваши партнеры в вашей профессиональной деятельности.

Но!!! Ни в коем случае не берите кредитов в конце года, потому что эти кредиты загонят вас в кабалу, и их будет очень трудно выплатить. Будьте очень осторожны, не рискуйте, последние 4 месяца 2020 года могут стать для вас опасными.

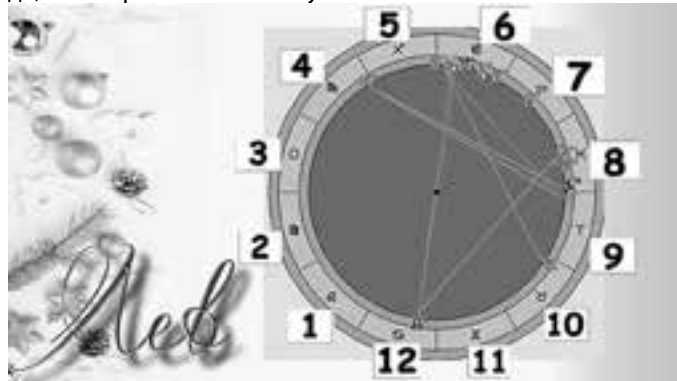


В начале 2020 года (январь-апрель) одинокие и свободные Раки могут встретить свою вторую половинку и построить серьезные отношения. Многие Раки вступят в прочную связь и закрепят ее брачными узами. Встречайте любовь — не упустите свой шанс. Раки могут познакомиться и завязать деловые контакты и отношения с иностранными партнерами. Наладить взаимосвязь и контакты с партнерами за границей.

Во второй трети 2020 года (май-август) для Раков будет актуальна тема заграницы, можно делать ставку в бизнесе на иностранных партнеров, будет много путешествий и взаимодействий с иностранными культурами.

Но в конце 2020 года (сентябрь-декабрь) те браки, которые дали трещину, изжили себя, могут быть расторгнуты. У многих Раков партнерские и деловые отношения в конце года прекратят свое существование. В последние 4 месяца года Раки могут быть втянуты в судебную тяжбу, будьте осторожны (деление имущества при расторжении брака и т.д.)

Даже если в конце года у Раков вероятны разводы, не отчаивайтесь, т.к. именно в конце года у вас есть вероятность встретить новую любовь: любовь с первого взгляда, новое романтическое увлечение.



В начале 2020 года (январь-апрель) у Львов возможны благополучные изменения в карьере, продвижения по службе.

Во второй трети 2020 года (май-август) не тоните в фантазиях и иллюзиях по поводу денег вашего партнера. Остерегайтесь кредитов (даже если очень хорошие условия), будет трудно их отдавать. Хорошо бы застраховать имущество от несчастных случаев.

Но к концу 2020 года (сентябрь-декабрь) будьте очень аккуратны, ведите себя достойно, чтобы удержаться на завоеванных в начале года позициях. В последней трети 2020 года уделяйте внимание своему здоровью, особенно к позвоночнику, суставам и зубам.



В конце года больше внимания уделяйте своим близким, домашнему очагу, семье. Можете заняться ремонтом.

Вашим любовным мечтам в 2020 году не суждено будет сбыться.



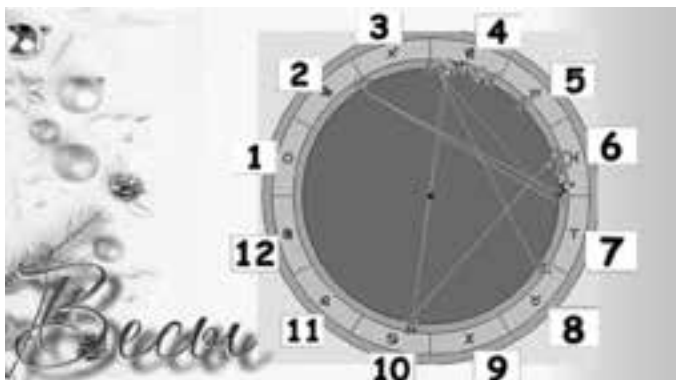
В начале 2020 года (январь-апрель) тем Девам, которые планируют рождение детей, есть вероятность забеременеть, но будьте внимательны к своему положению. Постоянно находитесь под наблюдением врачей, особенно контролируйте последние сроки беременности.

Возрастные Девы откроют в себе творческие способности, не упускайте шанс раскрыть в себе свои таланты. Этот год может подарить вам хобби.

В начале 2020 года (первые 4 месяца) у Дев есть возможность выигрыша. Купите лотерейный билет, и пусть вам повезет!

У многих Дев могут произойти неожиданные знакомства, возникнуть любовные увлечения, которые перерастут в серьезные отношения.

К концу 2020 года (сентябрь-декабрь) любовные отношения, которые не стали серьезными, скорее всего будут прекращены. В последние 4 месяца года у Дев будет много поездок, контактов, новых знакомств.



Весам в начале 2020 года (январь-апрель) захочется облагородить свой дом, заняться декором. Есть возможность взять кредит для приобретения недвижимости (квартиры, дома, участка).

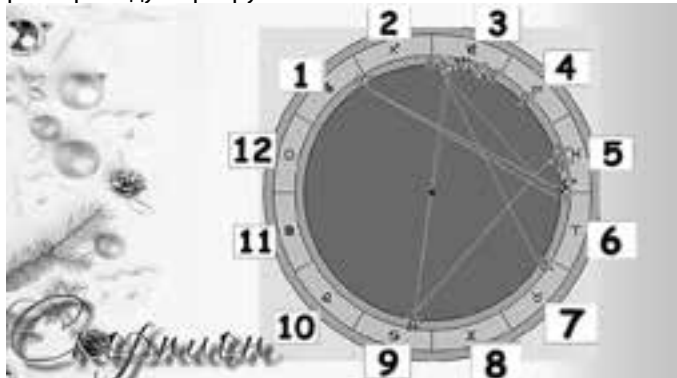
Отношения с коллегами по работе в 2020 году у Весов будут благоприятные. Атмосфера на работе спокойная. Для укрепления здоровья купите абонемент в бассейн.

В последней трети 2020 года Весы будут активно вовлечены в процесс улучшения своего материального благополучия, привлекая своих партнеров.

В любовной сфере у Весов в 2020 году особых улучшений не будет.

В конце 2020 года (сентябрь-декабрь) уделите больше внимания членам семьи и родителям. Будьте осторожны,

в последние месяцы года, не затевайте ремонты, не начинайте строительство. Если у вас к тому времени уже идет строительство или ремонт, обязательно контролируйте процесс, иначе впоследствии вскроются недочеты, которые приведут к разрушениям.



В начале 2020 года (январь-апрель) Скорпионам можно задуматься о дальних дорогах, о загранице. Очень хороши контакты с авторитетными партнерами, покровителями, взаимодействия с чиновниками, людьми высокой социальной иерархии. В начале года возможны значимые и важные знакомства. В первые 4 месяца года Скорпионам можно приобретать транспортное средство, эта покупка будет благополучной.

В конце 2020 года Скорпионам рекомендуется быть решительными, опираться на свою волю, отстаивать свои интересы, свои цели и не идти у других на поводу.

Во второй трети 2020 года (май-август) Скорпионы могут расслабиться, включить романтические чувства и завести роман, только не тоните в фантазиях и иллюзиях. У женщин Скорпионов есть вероятность зачатия.

В конце 2020 года (сентябрь-декабрь) Скорпионам, имеющим транспортные средства, надо быть очень внимательными и осторожными за рулем. Для вас этот период года повышенной аварийности. Будьте осторожны в поездках, не рискуйте, для вас усиливается опасность на дорогах с возможностью получения серьезных травм. Покупку автомобиля в конце года лучше перенести на другое время. Купленное транспортное средство, по энергии, может быть вовлечено в аварийную ситуацию. Будьте более внимательны к своему ближнему окружению, им может понадобиться ваше участие.



В первой трети 2020 года (январь-апрель) Стрельцам Птица удачи на своем хвосте принесет повышение заработной платы. Появятся новые источники заработка, изменения на работе, что позволит увеличить свое материальное благополучие.

В середине года (май-август) особых контактов не будет: желание есть, а возможностей нет. Стрельцам самим придется провоцировать налаживание связей, прикладывать усилия, затрачивать свою энергию.

В конце года последние 4 месяца (сентябрь-декабрь) ни в коем случае, Стрельцы, никому не давайте свои деньги, вещи в долг — вам их не вернут! Не тратьте свои деньги на покупки, вы ими будете не довольны — это напрасно потраченные средства.

Домашняя обстановка у Стрельцов в 2020 году будет уютной, дома будет все спокойно. Стрельцам захочется больше времени проводить дома в уюте и тепле. В конце года Стрельцам будет комфортно в семье. Захочется уделять время родным и близким. Стрельцы будут стремиться побыть в тишине и уединении, уйти от мирской суеты.



В начале 2020 года (январь-апрель) многих Козерогов заслуженно заметят, заметят их авторитетность. Козероги завоюют свои лавры, займут свое достойное место в социальной иерархии. Их советы станут ценными для других людей. Неожиданно они получают заслуженные награды, будут отмечены орденами, кубками, поощрениями.

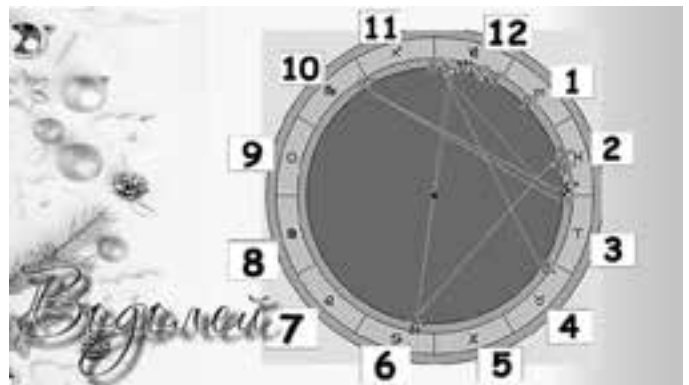
Во второй трети года (май-август) все ваши усилия, направленные на достижение материального благополучия, не будут иметь поддержки.

В конце 2020 года (сентябрь-декабрь) Козерогам нельзя делать пластические операции, могут возникнуть послеоперационные тяжелые последствия. Вы будете не довольны результатами. Также Козерогам в последние 4 месяца года лучше воздержаться от протезирования зубов, беречь кости, суставы.

Ваша категоричность в конце года может с вами сыграть плохую шутку: вы можете разрушить контакты с другими людьми, что составит плохое мнение о вас и поставит пятно на вашу репутацию. Старайтесь быть более гибкими и идти на компромиссы. Тайные контакты Козерогам лучше не афишировать.

В конце года активность Козерогов проявится в общении с партнерами, друзьями. Вам надо осторожно и более внимательно продумывать новые планы и проекты.

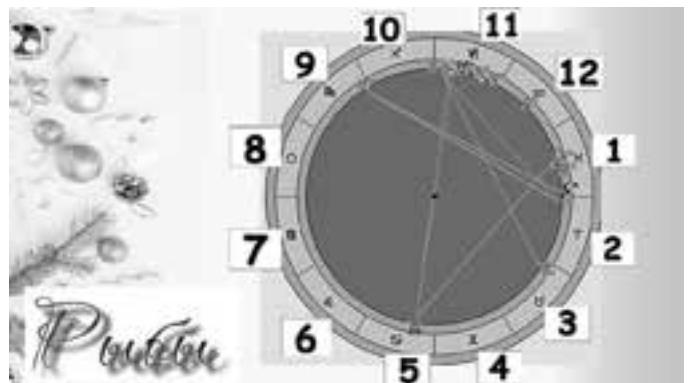
Водолеи, судьба будет милостива к вам в начале 2020 года (январь-апрель), рассчитывайте на поддержку Высших сил. Опирайтесь на свое предчувствие, и все произойдет так, как вы задумали. Рядом с вами появятся люди, которые бескорыстно поддержат вас и окажут вам помощь, что приведет к положительному результату. В начале 2020 года пройдите профилактическое медицинское обследование, потому что в конце года (сентябрь-декабрь) есть вероятность того, что дадут о себе знать хронические болезни, которые могут привести вас в стационар.



В 2020 году Водолеи в теме любви все решать будут сами. Как решат, так и будет.

В конце года (сентябрь-декабрь) будьте осторожны. Вероятно, за вашими финансовыми делами ведется тайная слежка, которая может повлечь за собой не приятные для вас последствия (вплоть до задержания, заключения под стражу). Будьте осторожны, у вас есть время в начале года исправить ситуацию — «подложить соломку». В конце года могут серьезно активизироваться тайные враги, будьте крайне осторожны. Не вступайте в конфликты, постарайтесь уйти в тень, выступайте в роли «серого кардинала».

Тема финансов Водолеев не будет напрягать, но чтобы обезопасить свои деньги, лучше держать свои доходы в тайне.



В начале 2020 года (январь-апрель) у Рыб появится возможность завести новые контакты, в близких поездках познакомиться с новыми друзьями, покровителями. В контактах с друзьями могут появиться какие-то широкие планы, значительные проекты. Возможны разговоры и обсуждения с покровителями о планах и проектах с большим размахом.

Во второй трети 2020 года (май-август) не приносите себя в жертву ради цели других людей. Отстаивайте свою точку зрения. Примите на себя лидерство, проявите решительность, самостоятельность, и все у вас получится.

В конце года будьте осторожны, не держитесь за старое, есть вероятность, что определенный круг друзей распадется. Очень внимательно и четко продумывайте до мелочей бизнес-план, стратегию плана, иначе ваше дело может быть разрушено. Отпускайте тот круг единомышленников, который перестал для вас быть ресурсным, актуальным. Если вас исключили из какого-то клуба по интересам, не переживайте, будьте к этому у готовы.

В конце 2020 года отправляйтесь со своим партнером в путешествие, и получите не забываемые ощущения.



РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВСЕХ ЗНАКОВ ЗОДИАКА

С 26 декабря по 10 января будьте внимательны и предельно осторожны:

- не давайте денег в долг;
- не планируйте походы, где могут быть опасные ситуации;
- отслеживайте сигналы организма и вовремя реагируйте, не запускайте патологический процесс;
- старайтесь сдерживать эмоции, не провоцируйте конфликты и ссоры, которые могут привести к нервным срывам, разрыву отношений.

Как говорится: «Предупрежден — значит вооружен».

Новый 2020 год мы будем праздновать на растущей ЛУНЕ. Значит, мы будем загадывать желания по алгоритму: НА ПРИБЫВАНИЕ!!!

Желать друг другу под бой курантов: благополучия, здоровья, счастья и детишек в дом, купить квартиру, купить машину, денег побольше и изобилия вашему дому!

Дорогие коллеги и читатели журнала «Пятиминутка», разрешите и мне поздравить вас с наступающим Новым 2020 годом! Пусть Год этот год вдохновляет вас на креативные идеи, добрые поступки, душевные взаимоотношения, подарит удивительные путешествия, незабываемые впечатления, много положительных эмоций и хорошее настроение! Смотрите на мир позитивно и с оптимизмом, с уверенностью говорите о своих чувствах, чтобы жить счастливо и беззаботно.

✉

ЛИТЕРАТУРА

1. Прошина К. В чем разница? Космограмма, гороскоп, натальная карта.



Общество специалистов Международное медицинское сотрудничество при Издательском Доме СТЕЛЛА



- консультации специалистов по вопросам санаторно-курортного лечения, реабилитации и оздоровления в России и за рубежом
- рекомендации по выбору курорта и программы реабилитации с учетом совместимости человека с конкретной биоклиматической зоной и географической территорией
- организация рабочих поездок врачей по обмену опытом с зарубежными коллегами
- проведение семинаров и конференций по зарубежной и отечественной курортологии, альтернативной и народной медицине, здоровому образу жизни
- информационное сопровождение на зарубежных и отечественных курортах
- совмещение оздоровительных и туристических программ

Приглашаем к сотрудничеству врачей разных специальностей, средних медицинских работников, психологов, социологов, экологов, коррекционных педагогов и других специалистов, работающих в сфере здоровья



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

www.stella.uspb.ru

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОЮЗА ПЕДИАТРОВ РФ НА 2020 Г.

28–29 февраля
пятница – суббота
09:00–18:00

Отель «Санкт-Петербург»,
г. Санкт-Петербург,
Пироговская наб., д. 5/2
(ст. м. «Площадь Ленина»)



XIII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«Воронцовские чтения. Санкт-Петербург – 2020»

Конференция посвящена памяти выдающегося педиатра – доктору медицинских наук, заслуженному деятелю науки РФ, президенту регионального отделения «Союза педиатров», главному педиатру Северо-Западного региона России Игорю Михайловичу Воронцову (1935–2007).

На конференции рассматривается широкий круг научно-практических вопросов, которыми занимался профессор И.М. Воронцов: педиатрия, нутрициология, аллергология и иммунология, гематология, пульмонология и многие другие.

24–25 апреля
пятница – суббота
09:00–18:00

Отель «Холидэй Инн
Московские ворота»,
г. Санкт-Петербург,
Московский пр., д. 97, лит. А
(ст.м. Московские ворота)



XIV ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ

«Здоровье детей. Современная стратегия профилактики и терапии ведущих заболеваний»

На форуме затрагиваются научные и практические аспекты в педиатрии, вопросы вакцинопрофилактики, а также терапии заболеваний, имеющих социальную значимость: туберкулез, злокачественные новообразования, гепатит В и С, ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, артериальная гипертензия, психические расстройства и расстройства поведения.

На форуме обсуждаются вопросы по диагностике и возможности терапии орфанных заболеваний, а также взаимодействие органов власти, некоммерческих профессиональных ассоциаций и пациентских организаций.

ЗАСЕДАНИЯ

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

Место проведения:

Клуб ВМА, Большой конференц-зал,
Б. Сампсониевский, д. 1
(ст. м. Площадь Ленина)

Время проведения:

с 17.00 до 19.00 (3 среда месяца)

15 января

20 мая

19 февраля

16 сентября

18 марта

21 октября

15 апреля

18 ноября

16 декабря



www.pediatriya-spb.ru
vk.com/pediatriyaspb

Уважаемые коллеги и друзья!

**Приглашаем принять участие в необыкновенно интересной программе
с семинаром нового формата**

СТИХИЯ ЗЕМЛЯ

БИОЭНЕРГЕТИКА ЗЕМЛИ — ЗНАЧЕНИЕ В КУРОРТОЛОГИИ

30 апреля — 07 мая 2020 г.

в отеле HOTEL ZDRAVILIŠKI DVOR ** (курорт Римские Термы, Словения)**

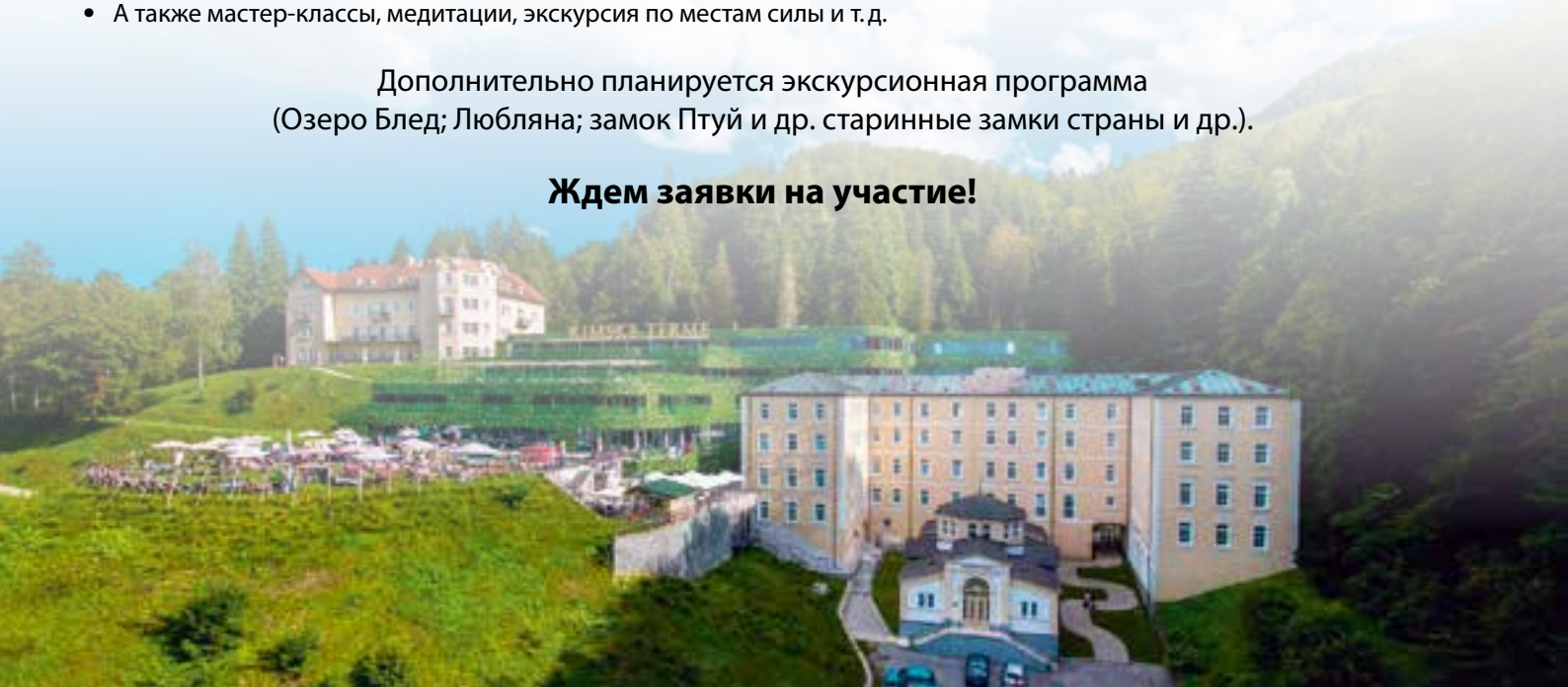
Курорт Римские Термы расположен в живописном месте Словении, среди горных массивов, покрытых густыми лесами, где главными лечебно-оздоровительными факторами являются кристально чистый горный воздух и лечебная вода из термально-минеральных источников. Лечебная вода используется как для купаний (бассейны, ванны), так и для питьевых курсов (бювет). Но это далеко не все! Курорт Римские Термы и окружающий его лесопарк является так называемым местом силы, причем, настолько мощным, что туда специально приезжают специалисты по аюрведе, биоэнергетике, медитациям и т.д. для изучения и работы с пациентами.

В программе:

- Биоэнергетика и иные свойства Земли — значение в курортологии и лечении заболеваний
- Особенности курорта Римские Термы — история от Римской Империи до наших дней, возможности явные и скрытые
- Аэроионотерапия в курортной биоклиматологии
- Биоэнерготерапия — особенности и разновидности. Места силы. Люди с биоэнергетическими способностями.
- Пелоидотерапия в Словении.
- А также мастер-классы, медитации, экскурсия по местам силы и т.д.

Дополнительно планируется экскурсионная программа
(Озеро Блед; Любляна; замок Птуй и др. старинные замки страны и др.).

Ждем заявки на участие!



Обращайтесь: Тел. +7-921-589-15-82, e-mail: stella-mm@yandex.ru

Подробнее: www.stella.uspb.ru