



научно-практический журнал для врачей

Пятиминутка

№ 1 (56) 2020

Что не учитывает современная медицина

Экология мегаполиса и здоровье населения

Тревожно-депрессивные расстройства

Лечение витилиго

Санаторно-курортная реабилитация онкологических пациентов

Применение адаптогенов из хвои и водорослей в физиотерапии

Инновации в лечении остеопороза

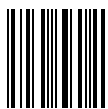
Профилактика ожирения у детей

Геммотерапия в гастроэнтерологии

Применение минеральных вод при аллергии и патологии ЖКТ



ISSN 2071-0712



9 772071 071005 20001 >

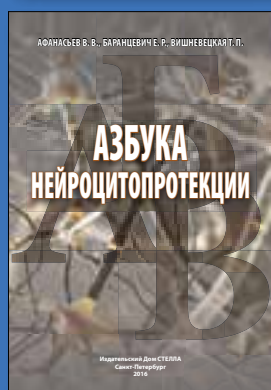
Per aspera ad astra
Через тернии к звездам

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



№ 1 (56) 2020

научно-практический журнал для врачей

Пятиминутка

Учредитель и Издатель – ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА»

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

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

Редакционный совет**1. Акимов А. Г.**, доктор мед. наук, кафедра Военно-полевой терапии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, СПб.**2. Бондарь В. И.**, доктор медицинских наук, академик АМТН РФ, Москва.**3. 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, СПб.**4. Долинина Л. Ю.**, кандидат мед. наук, доцент кафедры физиотерапии и медицинской реабилитации Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, СПб.**5. Коновалов С. В.**, профессор 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук, профессор, СПб.**6. Петрова Н. Г.**, профессор, доктор мед. наук, зав. кафедрой сестринского дела СПбГМУ им. И. П. Павлова, СПб.**7. Сергеев О. Е.**, зав. кафедрой экономики и управления учреждениями здравоохранения Санкт-Петербургского экономического университета, эксперт Общественной Палаты при Президенте РФ, действительный государственный советник 1 класса, канд. мед. наук, профессор, СПб.**8. Скрыбин О. Н.**, главный хирург СПб ГПБУ «Клиническая больница им. святителя Луки», главный хирург Калининского района СПб, главный абдоминальный хирург СПб, д.м.н., профессор.**9. 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 СКФНКИ ФМБА России, г. Пятигорск**10. Ханевич М. Д.**, зам. главного врача по хирургии — главный хирург Городского клинического онкологического диспансера, руководитель отдела хирургии и клинической трансфузиологии Российского НИИ гематологии и трансфузиологии, Засл. деятель науки РФ, Засл. врач РФ, академик РАЕН, д. м. н., профессор, СПб.**11. Шишкина Е. А.**, доктор социологических наук, профессор Астраханского филиала Международного юридического института, г. Астрахань.**12. Эргашев О. Н.**, Главный хирург Ленинградской области, профессор кафедры госпитальной хирургии № 2 Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, д.м.н., СПб.**13. Юрьев Р. Г.**, методист Городского реабилитационного центра для детей с психоневрологической патологией, специалист по детской реабилитации, кандидат медицинских наук, СПб.**Адрес редакции:** 197373, Санкт-Петербург, ул. Планерная, 47, к. 5 литер А, кв. 135**Фактический адрес:** 192019, Санкт-Петербург, ул. Профессора Качалова, д. 11 литер А, оф. 704**Адрес для писем:** 197373, Санкт-Петербург, ул. Планерная, 47, корпус 5, кв. 135. Тел./факс (812) 307-32-78.
E-mail: stella-mm@yandex.ruЖурнал 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: 12.03.2020

Тираж: 10 000 экз. Заказ № 3462

© Издательский Дом СТЕЛЛА, 2020

Отпечатано в типографии ООО «А-ЭЛИТ»

195030, г. Санкт-Петербург, Коммуны ул, дом 67, литера БМ, помещение № БМ10702, БМ10703, тел.: 89052267912, e-mail: spbcolor@mail.ru

**Уважаемые коллеги!**

В этом выпуске журнала на первое место вышли такие актуальные темы, как тревожно-депрессивные расстройства, синдром эмоционального выгорания, профилактика ожирения, санаторно-курортная реабилитация онкологических пациентов, лечение считающегося неизлечимым витилиго, геммотерапия и питьевые минеральные воды в гастроэнтерологии и т.д. Большинство тем, представленных в журнале, являются предметом дискуссий в медицинской среде, и мы предлагаем нашим коллегам принять самое широкое участие в этих дискуссиях и круглых столах. По-прежнему на страницах «Пятиминутки» освещаются темы народной и альтернативной медицины, курортологии и реабилитации, а также новых технологий в отечественном здравоохранении. Мы продолжаем традицию публикаций по проблеме экологии мегаполиса и влиянии на здоровье населения. Кроме этого, в номере размещены результаты научных исследований по хирургии, иммунологии.

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, организуемых Обществом специалистов «Международное медицинское сотрудничество», которое работает при нашем издательстве с 2012 г. Все объявления о будущих мероприятиях вы найдете на страницах журнала.

Ждем ваших отзывов, мнений и предложений.

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

Фото на первой обложке:

Струков Виллорий Иванович — доктор медицинских наук, профессор, разработчик российских остеопротекторов, основатель Центра остеопороза в Поволжье, руководитель его пензенского отделения, г. Пенза, Россия. Интервью с профессором В. И. Струковым читайте на стр. 32

**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: sciencetop.ru**

SCIENCE TOP
НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ИНТЕРНЕТ-ЖУРНАЛ

Читайте в следующем номере:

- Дисэлементозы и дисбиоз кишечника
- Соматипология: частные аспекты
- Тревожно-депрессивные расстройства (продолжение дискуссии)
- Геопатогенные зоны и здоровье человека
- Фитотерапия в гинекологии
- Мастерство клинического мышления
- Биоклиматология курортов

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 публикации: 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.
Тревожные расстройства и депрессия как актуальная проблема современности [4–9]
- Пятиминутка 10 лет спустя.** В. И. Бондарь
Что не учитывает современная медицина, но о чем необходимо помнить и задумываться врачу и тем, кто определяет перспективы развития медицинской науки и практики (часть I) [10–14]
- Натуропатическая медицина.** Колосовский Э. Д.
Витилиго — загадочное, но излечимое заболевание [15–17]
- Экология и здоровье.** Гордышевский С. М.
Место и роль передовых технологий в экологически безопасном обращении с отходами [18–20]
- Эндокринология.** Швыдкая И. В.
Рациональное питание школьников как основа профилактики ожирения [21–23]
- Международное медицинское сотрудничество.** Мамаева М. А.
Ежегодные международные конференции «Альтернативная медицина. Возможности сотрудничества медицины народной, природной и классической» [24–25]
- Комплексная реабилитация.** Шевчук Ю. А.
Минеральные воды в комплексной реабилитации пациентов с аллергией и заболеваниями желудочно-кишечного тракта [26–29]
- Натуропатическая медицина.** Некрасова В. Б.
Применение адаптогенов из хвои и водорослей в физиотерапии [30–31]
- Новые технологии в медицине.**
HDBA органик комплекс — безопасная альтернатива гормонозаместительной терапии в борьбе с остеопорозом и другими заболеваниями (Интервью с профессором В. И. Струковым) [32–34]
- Натуропатическая медицина.** Долинина Л. Ю.
Место и возможности геммотерапии (фитоэмбриотерапии) в гастроэнтерологии [35–36]
- Случай из практики.** Сазонова И. М.
Интоксикация организма, вызванная активированным углем, и излечение ее гомеопатическим препаратом Carbo Animalis [38–39]
- Хирургия.** Коновалов С. В., Ханевич М. Д., Синенченко Г. И.
Осложнения колостомы [40–44]
- Санаторно-курортное лечение.** Мамаева М. А.
Санаторно-курортное лечение пациентов с онкологической патологией [46–47]
- Иммунология.** Горбачева И. А., Сычева Ю. А., Соколов А. Н., Куликова Ю. Р., Ивановский В. А.
Роль противогерпетической терапии в лечении коморбидных больных с хронической персистенцией иммунотропных герпес-вирусов [48–51]
- Непознанное.** Виктор Филиппи
Душа страдает, а тело мучается... [52]
- Непознанное.** И. И. Черняева
О духовных причинах эпилепсии [53–57]
- Психиатрия.** Крекер Ирене
Все началось с депрессии (из записок практикующей медсестры) [58–59]
- Письмо в редакцию.** Иващук Е. В.
Случай на Парашютной улице Санкт-Петербурга [60]



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

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ДЕПРЕССИЯ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

Ускоренный темп современной жизни, социально-экономическая нестабильность, растущая напряженность в отношениях между людьми, а также невероятно быстрое развитие информационных технологий оказывают заметное негативное влияние на психическое здоровье человека. В состоянии хронического стресса в настоящее время работают большинство врачей, преподавателей, работников сферы обслуживания, представителей малого бизнеса и др.

По данным ВОЗ, стрессу подвергаются не менее 10–35% жителей различных стран мира, что неизбежно приводит к снижению работоспособности, ухудшению качества жизни, к социальной дезадаптации (1).

На фоне хронического стресса часто возникают тревожные расстройства, переходящие в депрессию. Согласно данным ВОЗ, в мире депрессией страдает 264 млн. чел. (2), а среди лиц преклонного возраста депрессивные симптомы имеют место у 40% (3).

Беспокойство вызывает статистика по депрессии у подростков. Известно, что в разных странах мира депрессии подвержено от 11,8% до 33,2% подростков. Среди причин и поводов для обращения подростков к психиатру депрессия занимает одно из первых мест. Депрессия является одной из самых частых причин суицидов в разных возрастных группах.

По числу самоубийств на душу населения Россия превышает среднемировые показатели в 2,5 раза (26,5 случая на 100 тысяч человек — против 10,5), занимая по данному показателю третье место в мире после Лесото и Гайаны (28,9 и 30,2 соответственно), а по мужским суицидам РФ и вовсе является абсолютным мировым лидером (48,3 на 100 тысяч населения).

Среди молодежи в возрасте от 15 до 30 лет это вторая самая распространенная причина смерти после дорожных аварий (4).

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА — ПРЕДВЕСТНИКИ ДЕПРЕССИИ

Предвестниками депрессии у детей и подростков в большинстве случаев являются тревожные расстрой-

ства, которые нередко не замечаются не только педиатрами, но и родителями.

Ранее тревожные состояния у детей и подростков относили к довольно широкой категории «эмоциональных расстройств детского возраста». Но в последние десятилетия предпринимаются попытки диагностических уточнений этих состояний. Тем не менее, педиатры владеют крайне скудной информацией в этой области. Традиционно считается, что тревожными состояниями должны заниматься психоневрологи и психотерапевты в содружестве с психологами. Однако на прием к данной категории специалистов ребенок/подросток попадает далеко не сразу, в то время как педиатр знает юного пациента порой с самого рождения вплоть до перехода его во взрослую сеть здравоохранения. В этой связи значительно повышается роль педиатра первичного звена в выявлении не только чисто соматической патологии, но и психоэмоциональных расстройств.

Специалисты рассматривают тревогу как особое состояние психики, которое характеризуется ощущениями внутреннего напряжения, повышенного беспокойства, неуверенности в себе, эмоциональной лабильностью, мрачными предчувствиями и фобиями, ожиданием негативных событий, иными словами, это совокупность психологических и поведенческих реакций, чувство дискомфорта, связанное с ожиданием неблагоприятного, предчувствием грозящей опасности (5). На этом фоне отмечается активизация и функциональные нарушения вегетативной нервной системы.

Примерно у 4–8% детей и подростков имеются клинически выраженные тревожные расстройства, которые заметно нарушают каждодневную жизнь. Это ставит тревожные расстройства на второе место по распространенности среди детских психических расстройств, они уступают только поведенческим расстройствам и опережают гиперактивность и депрессию. На каждого ребенка с тревожным расстройством приходится несколько детей с множественными страхами или беспокойствами, которые не классифицируют как расстройство, потому что в таких случаях симптомы не приводят к большим страданиям или социальным нарушениям (6).

Состояние тревоги отражается не только на внутреннем состоянии ребенка/подростка, внося дискомфорт в его жизнь, но и нарушает его самочувствие на физическом уровне, осложняет отношения со сверстниками и окружающими взрослыми, прежде всего, с родителями и учителями в школе.

Причинами возникновения тревожных состояний у детей и подростков могут быть:

1. Социальные факторы, формирующие у ребенка / подростка ощущение безысходности:

- Неблагоприятные социально-бытовые условия; проживание ребенка в так наз. «неблагополучной» семье, асоциальное поведение родителей, например, алкоголизм, плохое финансовое состояние семьи.
- Отсутствие у ребенка/подростка ощущения физической безопасности. Насилие в семье, жестокое обращение с детьми.
- Неблагополучная психологическая обстановка в семье: развод родителей, постоянные ссоры, напряженность семейных отношений.
- Враждебное и авторитарное поведение взрослых (родителей, учителей, наставников). Бескомпромиссный стиль воспитания.
- Предъявление к ребенку/подростку завышенных требований при отсутствии возможностей им соответствовать.
- Копирование детьми типа поведения родителей при наличии у последних тревожных расстройств.

2. Генетические особенности развития психики.

3. Витаминно-минеральные дефициты.

4. Некоторые соматические заболевания и состояния (тиреотоксикоз; гипогликемия; гиперкортицизм);

5. Синдром абстиненции при воздержании от никотина, алкоголя, снотворных препаратов, наркотических средств.

6. Побочное действие некоторых лекарственных препаратов (симпатомиметики; препараты гормонов щитовидной железы; общетонизирующие средства — настойка женьшеня, лимонника и др. — при передозировке; препараты, содержащие кофеин, при длительном приеме или приеме больших доз).

7. Психические заболевания (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз).

Все вышесказанное, кроме первого пункта, имеет значение в формировании тревожно-депрессивных состояний также у взрослых пациентов, особенно у людей пожилого возраста и беременных женщин. Но имеют место также и социальные факторы:

1) у пациентов пожилого возраста — закономерная обеспокоенность состоянием собственного здоровья, страх недееспособности, обременения необходимостью ухода родственников, одиночества и, наконец, смерти (3); плохое финансовое положение большинства современных пенсионеров, неуверенность в завтрашнем дне;

2) у беременных женщин — обеспокоенность состоянием здоровья, прежде всего, будущего ребенка, боязнь неблагоприятного исхода беременности в связи с низкой информированностью и недостаточной психолого-медицинской поддержкой (10); неблагоприятная психологическая обстановка в семье; плохие социально-бытовые условия и финансовое положение семьи; неполная семья;

3) у других категорий взрослых пациентов — синдром выгорания и хронической усталости на фоне длительного

астеноневротического состояния, связанного с работой в постоянном психолого-эмоциональном напряжении (медицинские работники, преподаватели, работники сферы обслуживания, офисные работники, военнослужащие и т.д.); конфликтные ситуации в семье; финансово-экономические проблемы (кредиты, низкие зарплаты, безработица) и т.д.

Суть патогенеза тревожных расстройств заключается в том, что под воздействием различных стрессорных факторов в организме человека активизируются высшие регуляторные центры ЦНС. Биологический смысл развивающейся в результате стресс-реакции заключается в быстрой адаптации организма к стрессорному фактору. Адекватное включение стресс-лимитирующих систем способствует ограничению стресс-реакции и поддержанию способности к адаптивным перестройкам. При тревожных расстройствах может возникать «патологический круг», следствием чего является преобладание возбуждения над торможением в ЦНС.

Клинически длительно сохраняющееся тревожное состояние сопровождается подавленностью настроения, потерей интереса к любимому роду занятий, безразличием к происходящим событиям, агрессивностью по отношению к окружающим. Нередко тревожные расстройства сопровождаются головная боль, сердцебиение, ухудшение аппетита, расстройства сна, которые существенно влияют на качество жизни (1).

РОЛЬ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНЫХ ДЕФИЦИТОВ В ФОРМИРОВАНИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Известно, что витамины группы В: тиамин (витамин В1), никотинамид (витамин РР), рибофлавин (витамин В2), пиридоксин (витамин В6) участвуют в метаболизме аминокислот, углеводов, жиров, в синтезе РНК/ДНК, гемоглобина, ацетилхолина, нейротрансмиттеров, обеспечивают функционирование окислительно-восстановительных реакций. Пантотеновая кислота (В5) необходима для синтеза гормонов, желчных кислот, холестерина, для поддержания нормальной работы нервных клеток и обеспечения детоксикационных процессов в организме, цианкобаламин (витамин В12) необходим для синтеза миелина, нуклеиновых кислот, эритроцитов, а фолиевая кислота — для обеспечения функциональной целостности нервной системы, укрепления иммунитета, оптимизации процессов деления, регенерации и роста клеток (11).

Большое значение в формировании тревожно-депрессивных расстройств многие ученые придают дефициту витамина Д (7,8,9). Так, установлено, что при дефиците этого витамина имеют место не только нарушения костного ремоделирования, но и развитие такой патологии, как ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия, аутоиммунные и онкологические заболевания, а также тревожно-депрессивные расстройства и нарушения когнитивных функций (7). Некоторые исследователи считают, что влияние витамина Д осуществляется за счет изменений внутри- и внеклеточной концентрации кальция, уровня серотонина и ослабления нейропротективной функции (9). Другие авторы большое значение придают изменению функции рецепторов витамина Д в различных отделах головного мозга, в частности, в лимбической системе, которая принимает участие в регуляции эмоций и поведения (12).



Дефицит минеральных веществ также приводит к выраженным нарушениям соматического и психоневрологического здоровья. Так, например, недостаток натрия сопровождается дисфункцией центральной нервной системы (ЦНС), калия — нарушениями проведения нервных импульсов, снабжения головного мозга кислородом, мышечной сократимости и др., дефицит магния приводит к нарушениям со стороны сердечно-сосудистой системы и гипомagneмическим судорогам, а также предрасполагает к повышенной подверженности стрессам, синдрому хронической усталости и головным болям (11).

Дефицит микроэлементов встречается не реже, чем дефицит макроэлементов. Известно, что у детей недостаточность йода способна приводить к задержке нервно-психического развития и снижению работоспособности, обучаемости, а длительный период дефицита йода в детском возрасте вызывает развитие специфического кретинизма. Дефицит хрома приводит к повышенной возбудимости и раздражительности, нарушениям памяти вплоть до тяжелых нарушений функций ЦНС. Есть также данные о нарушениях психомоторного и интеллектуального развития при недостатке железа у детей грудного и раннего возраста (11, 13).

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Тревожные расстройства у детей и подростков развиваются постепенно. Сначала формируется готовность раз от раза переживать чувство тревоги при воздействии травмирующего фактора, а затем уже тревога становится свойством личности и чертой характера.

С возрастом подверженность тревожным состояниям растет. Так, у дошкольников тревожные расстройства фиксируются редко и носят обычно кратковременный и не ярко выраженный характер. У подростков такие состояния встречаются значительно чаще и проявляют себя клинически более активно. Этому способствуют особенности данного возрастного периода развития организма:

- Гормональная перестройка организма подростка.
- Перестройка психики. Нередко развитие интеллекта опережает развитие духовности (особенно, если подросток пребывает по большей части в «бездуховной» среде). В результате возникают «искания» смысла жизни, своего места в этом мире, пересматривается отношение к окружающим взрослым, в частности, к родителям, которые перестают быть «авторитетами», меняются отношения со сверстниками, нередко возникает чувство «никому ненужности», одиночества, отверженности и т.д.

Вслед за тревожными расстройствами часто следует депрессия и раздумья о бессмысленности своего существования.

Подростковый возраст — это период полового созревания и психологического взросления. В этот период подростки нередко ведут себя агрессивно или замыкаются в себе, пребывают в тоскливом настроении, становятся угрюмыми, обидчивыми и вступают в конфликты с окружающими. Основным пусковым механизмом таких особенностей поведения являются гормональные изменения. Часто на фоне этих гормональных изменений и развивается подростковая депрессия. Депрессия в подростковом возрасте — биохимический и нейрогормональный процесс, развивающийся в течение нескольких недель или даже

месяцев, поэтому не всегда первые признаки депрессии заметны для окружающих. Опасность этого состояния заключается в том, что последствия могут быть самыми непредсказуемыми — от неудач в школе до суицида.

Одним из важных моментов является также фактор питания, которое у подростков полностью выходит из-под родительского контроля. Учитывая значимость витаминно-минеральных дефицитов в формировании «базы» для развития тревожно-депрессивных расстройств, нерациональное питание большинства современных подростков (увлеченность фаст-фудом, употребление алкогольных напитков, неправильный питьевой режим и т.д.), необходимость дотаций витаминов и минералов становится еще более очевидной.

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Согласно данным исследования Болотовой Н.А. и соавт. (2009), распространенность психических расстройств во время беременности составляет 10–15%, чаще у первородящих, причем, в первом триместре беременности преобладает истероформный синдром (44,9%), который проявляется в частых переменах настроения, демонстративности поведения, склонности к негативному, угнетенному настроению; во втором триместре чаще проявляются тревожные расстройства (59,3%) в виде внутреннего дискомфорта, беспричинных приступов тревоги с вегетативными проявлениями, а также в виде кошмарных сновидений; в третьем триместре у 36,3% беременных женщин отмечается депрессивный синдром — склонность к печальным раздумьям, замкнутости, унынию, возникает стойкое чувство подавленности, вины, тоски, отчаяния. Картину дополняют соматические симптомы (запоры, усталость, отсутствие сил, гиподинамия, сонливость, повышенная раздражительность, ухудшение памяти и т.д.) (10).

Нередко беременную женщину беспокоит исход беременности, состояние плода, как отразится беременность на ее собственном здоровье и внешнем виде, ухудшение взаимоотношений в семье, финансово-экономические проблемы и т.д.

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

У больных преклонного возраста часто отмечаются астенические проявления, повышенная утомляемость, общая слабость, диссомнические расстройства. Симптомы депрессивного расстройства, как правило, выражены незначительно или умеренно, обращает на себя внимание большое количество «соматизированных» жалоб (3).

В клинической картине депрессии позднего возраста обязательным компонентом являются нарушения когнитивных функций — у 40–60% больных. Депрессия провоцирует нарушения со стороны исполнительных функций, памяти и внимания, а также скорости обработки информации (3).

Наличие когнитивного дефицита во многом затрудняет трактовку имеющихся симптомов и постановку правильного диагноза. Кроме этого, могут быть трудности разграничения депрессии и эмоционального ответа на неблагоприятные жизненные события, сопутствующие старению (утраты, социальные трудности, нарушение здоровья) (3).

Депрессия остается основным фактором риска самоубийства в пожилом возрасте. Действительно, пожилые лю-

ди успешно пытаются совершить самоубийство с большей вероятностью, чем любая другая возрастная группа, и эти показатели продолжают расти во многих странах мира (14).

Депрессия позднего возраста может быть маркером цереброваскулярной патологии, однако несомненную роль играют также психогенные факторы. Как правило, депрессия наблюдается у лиц пожилого возраста, у которых развивается физическая и экономическая зависимость от окружающих, происходит потеря близких в связи с их смертью, возникают трудности самообслуживания. Однако лидирующее положение занимает сосудистая теория развития этого аффективного расстройства (3).

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Учитывая все вышесказанное, напрашивается вывод об актуальности ранней диагностики тревожно-депрессивных расстройств, в первую очередь, у детей и подростков, выявления первых признаков этих состояний на уровне педиатра (терапевта) поликлиники с последующим направлением к профильному специалисту.

Особая категория пациентов — беременные женщины ввиду лабильности и высокой ранимости психоэмоциональной сферы в этот период, а также в связи с невозможностью коррекции возникающих тревожно-депрессивных расстройств обычными медикаментозными средствами из-за риска неблагоприятных побочных воздействий на плод.

Меры профилактики могут быть самыми простыми. Ведь предупреждать всегда проще, чем лечить. Но сначала самым важным является определение причины тревожного расстройства. Если имеет место генетический механизм развития, исход в таких случаях трудно прогнозируем. Но если причинные факторы лежат в социальной плоскости, коррекция тревожных состояний вполне может быть успешной и быстрой.

В первую очередь следует проанализировать сложившуюся ситуацию и найти источник тревоги. Чрезвычайно полезно обучение простым методам релаксации, одним из простейших является глубокое спокойное дыхание. Большое значение имеет сбалансированное регулярное питание и полноценный сон 7–8 часов в сутки (1).

По мнению Майкла Гэша, специалиста по техникам релаксации, справиться с тревожными состояниями можно с помощью самомассажа. Одна из самых эффективных техник называется «третий глаз», когда рекомендуется использовать точку между бровями для трансформации негативных эмоций. Необходимо закрыть глаза, осторожно прикоснуться к этой точке средним пальцем и, не ослабляя давления на точку, ровно и глубоко дышать в течение трех минут (15).

Любому человеку подойдет также техника под названием «убежище», предложенная итальянским психоаналитиком Роберто Ассаджиоли, когда предлагается вспомнить самый яркий, самый радостный момент своей жизни и воссоздать его в своей памяти в мельчайших деталях: какой был свет, какие запахи, какие цвета были вокруг, какие звуки, какими были ощущения, и в какой части тела сконцентрировались эти чувства. Нужно поймать этот момент чистой, ничем не замутненной радости, и побыть в нем некоторое время. Это воспоминание и будет тем «убежищем», куда можно «спрятаться» каждый раз, когда на душе тревожно, грустно и тоскливо (16).

План медикаментозного лечения тревожных состояний и особенно депрессии составляется строго индивидуально с учетом особенностей организма ребенка /подростка/ взрослого и ситуации, которая привела к подобному состоянию. Лучше, если пациента наблюдают коллегиально несколько специалистов — психотерапевт, невролог, психолог, а также узкие специалисты, если у пациента отмечаются хронические заболевания, которые могут влиять на его психоэмоциональное состояние.

Для симптоматического лечения повышенной тревожности широко используются растительные препараты. В случае не резко выраженных симптомов это вполне оправдано.

Сложность применения **фитопрепаратов** заключается в том, что в каждом из растений содержится целый ряд биологически активных веществ, обладающих разносторонней активностью. В связи с этим большое значение имеет правильный выбор и применение как отдельных лекарственных растений, так и лекарственных сборов, содержащих до 15–20 и более лекарственных растений. Особенно важным является строгий учет возможных побочных эффектов, которые могут встречаться у растительных препаратов так же часто, как и при применении синтетических веществ (1).

Седативным эффектом обладают валериана, пустырник, пассифлора, пион, мята, Melissa, боярышник, хмель, ромашка и др. лекарственные растения.

Природным антидепрессантом по праву считается **зверобой** (17). Причем, при легких и умеренных депрессиях эффективность препаратов зверобоя сопоставима с эффективностью традиционных антидепрессантов, лишь при тяжелых депрессиях зверобой уступает стандартным антидепрессантам. Оценка терапевтического потенциала зверобоя при психовегетативных расстройствах была проведена в 154 исследовательских центрах при участии 758 пациентов. По результатам исследования, значительное улучшение наступило у 83% пациентов, а частота наблюдаемых симптомов снизилась на 37%. Применение зверобоя облегчает течение синдрома хронической усталости, снижает интенсивность рецидивирующих головных болей и т.д. (18)

Препараты зверобоя в целом гораздо реже вызывают побочные действия по сравнению с традиционными антидепрессантами, однако побочные действия все-таки возможны (фотосенсибилизация, расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, аллергические реакции, беспокойство и др.), что следует учитывать при назначении фитопрепаратов, содержащих зверобой (18). В детской практике зверобой не рекомендуется.

При тревожных расстройствах с успехом применяются также гомеопатические средства. Одним из наиболее популярных гомеопатических препаратов, обладающих многогранным действием при тревожных расстройствах, является **Гомеостресс** (ООО «Буарон»), который можно назначать детям с 3-летнего возраста, подросткам и взрослым. Гомеостресс уже с 3-го дня применения снижает чувство тревоги, страха, купирует повышенную утомляемость, нормализует сон, устраняет тошноту, улучшает коммуникабельность, работоспособность, нормализует психоэмоциональную сферу (16). Действие препарата Гомеостресс обусловлено входящими в его состав растительными компонентами (красавка, календула, борец, лакричник, чисто-



тел, калина). Препарат не вызывает дневной сонливости, нарушений координации движений, привыкания

При использовании гомеопатических средств следует помнить, что они совместимы с другими лекарственными средствами. Однако применение фитопрепаратов (особенно мяты), курение, прием алкоголя ослабляет их терапевтическое действие.

Транквилизаторы, или анксиолитики (диазепам, нитразепам, тазепам и др.) обладают более выраженным действием на ЦНС, чем растительные препараты. Они уменьшают внутреннее напряжение, устраняют чувство беспокойства, тревоги, страха. Уменьшая эмоциональное напряжение, способствуют наступлению сна. Но в связи с тем, что к данным препаратам возможно привыкание, развитие психической зависимости, они отпускаются строго по рецептам (1).

Как показывают данные научных исследований, хорошей альтернативой транквилизаторам в случаях не тяжелых тревожно-депрессивных расстройств является препарат **Тенотен** (НПФ «Материя Медика Холдинг»), который избирательно воздействует на ключевые звенья патогенеза тревоги, в частности, регулирует функциональную активность белка мозга S 100 — важнейшего медиатора ГАМК-эргической системы (20).

Важным звеном в системе лечебно-профилактических мероприятий при устранении или предупреждении тревожно-депрессивных расстройств является **борьба с витаминно-минеральными дефицитами**.

Для нормальной работы жизненно важных органов, а также для поддержания психического и физического здоровья необходимы дотации комплекса витаминов в связи с их взаимозависимым и потенцирующим действием. Препаратом, отвечающим этим требованиям, является **Нейромультивит**, содержащий витамины B1, B6, B12 (11). Отечественными аналогами препарата являются **Пентовит** (АО «Алтайвитамины») и **Комбилипен** (АО «Фармстандарт»).

Учитывая роль витамина D в патогенезе тревожно-депрессивных расстройств, а также большую распространенность гиповитаминоза D в России, особенно в северных регионах, необходимы дотации этого витамина практически с начала осени до конца весны людям всех возрастов. Среди препаратов витамина D хотелось бы обратить внимание на **МИНИСАН®** — оригинальный витамин D3 финской компании VERMAN. Для детей от 1,5 лет МИНИСАН® выпускается в каплях (в 1 капле — 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 в двух дозировках — в 1 таблетке 5 мкг (200 МЕ) или 20 мкг (800 МЕ) витамина D3.

Сейчас на фармацевтическом рынке имеется большой выбор витаминно-минеральных комплексов, разработанных для разных возрастных групп. Но особое внимание хотелось бы уделить витаминно-минеральным комплексам для беременных женщин, поскольку витаминизация является практически чуть ли не единственным доступным методом медикаментозной поддержки в этот период, в то же время, как показано выше, распространенность

тревожно-депрессивных расстройств у беременных женщин довольно велика.

Хорошо сбалансированным по качественному и количественному составу ингредиентов по праву считается комплекс для беременных и кормящих женщин **Минисан Мультивитамин Мама®**, объединяющий 17 витаминов и минеральных веществ, в частности, витамины D, E, C, B1, B2, B6, PP, B12, биотин, пантотеновую кислоту, фолиевую кислоту и минералы — железо, цинк, селен, магний, йод, медь. Все компоненты комплекса являются жизненно необходимыми для сохранения нормального уровня здоровья женщины как во время беременности, так и во время кормления грудью. Комплекс Минисан Мультивитамин Мама® также рекомендуют молодым женщинам, планирующим беременность.

Помимо лекарственной терапии, в комплекс лечебных мероприятий при тревожно-депрессивных расстройствах необходимо включать обязательную **психологическую поддержку**. Неоценимой здесь является помощь семейного психолога, который работает с пациентом не в отрыве от его семьи, не изолированно от его обычного окружения, а, наоборот, тщательно исследуя ситуацию, которая сложилась вокруг ребенка/подростка/пожилого человека и т. д. в семье, в детском или рабочем коллективе.

Необходима также консультация **психотерапевта** с целью выработки адекватного подхода к лечению. В конечном итоге, именно психотерапевт определяет длительность лечебных мероприятий, необходимость привлечения других специалистов.

В последние годы психотерапевтические методики перестали быть сугубо консервативными, а потому в программы лечения пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами стали включаться и так называемые альтернативные методы лечения, например, **звучко- и музыкотерапия, арт-терапия, смехотерапия, сказкотерапия** и т. д. Особенно хорошо реагируют на такие методики дети, они быстро включаются в терапевтический процесс, становятся более лояльными к лекарственной терапии.

Например, рекомендуется записать на плеер либо на диск приятные мелодии общей продолжительностью на полтора-два часа. Известно, что хорошая расслабляющая или танцевальная музыка способна зарядить энергией и купировать раздражительность. Особо целительными свойствами обладают звуки природы. Можно записать звук дождя, пение птиц, шелест листьев, шум прибоя, и, закрыв глаза, погрузиться в мир природы. Такие простые, на первый взгляд, методики могут стать эффективным инструментом в комплексе терапевтических мероприятий при тревожно-депрессивных расстройствах.

Таким образом своевременная диагностика, которая возможна при внимательности врачей первичного звена здравоохранения, помощь психолога, психотерапевта, медикаментозная поддержка и альтернативные методики в целом составляют комплекс необходимых мероприятий при тревожно-депрессивных расстройствах у пациентов различного возраста.

Широкая распространенность тревожно-депрессивных расстройств, а также тяжелые и порой фатальные последствия этих состояний заставляют задуматься о выработке комплекса более серьезных профилактических мер данной социально значимой проблемы. ●

ЛИТЕРАТУРА

1. Зупанец И.А., Бездетко Н.В. Фармацевтическая опека: симптоматическое лечение тревожных состояний / Провизор, № 24–2002 г., http://www.provisor.com.ua/archive/2002/N24/art_22.php.
2. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
3. Боголепова А.Н. https://vrachirf.ru/company-announce-single/68608?utm_source=vrch&utm_medium=dstr_22&utm_campaign=msg_7012.
4. <https://www.bbc.com/russian/news-49636376>.
5. Большой психологический словарь. Сост. Мещеряков Б., Зинченко В. Олма-пресс. 2004.
6. Klein R.G., Pine D.S. (2002) Anxiety Disorders. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 486–509.
7. Каронова Т.Л., Андреева А.Т., Беляева О.Д. и соавт. Тревожно-депрессивные расстройства у лиц с разным уровнем обеспеченности витамином D / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015; 115 (10): 55–58.
8. Wilkins CH, Sheline YI, Roe CM, Birge SJ, Morris JC. Vitamin D deficiency is associated with low mood and worse cognitive performance in older adults. Am J Geriatr Psychiatry. 2006; 14: 1032–1040.
9. Kalueff A, Eremin K, Tuohimaa P. Mechanisms of neuroprotective action of vitamin D3. Biochem. 2004; 69: 738–741.
10. Болотова Н.А., Липина М.В., Проскурякова Т.С., Матвеева И.С. Тревожно-депрессивные расстройства при беременности / Вятский медицинский журнал, 2009, № 1.
11. Студеникин В.М., Балканская С.В., Шелковский В.И., Курбайтаева Э.М. Витаминно-минеральная недостаточность у детей: соматические и психоневрологические аспекты проблемы / Лечащий врач, 2008, № 1.
12. Eyles DW, Smith S, Kinobe R, Hewison M, McGrath JJ. Distribution of the vitamin D receptor and 1 alpha-hydroxylase in human brain. Journal of Chemical Neuroanatomy. 2005; 29: 21–30.
13. Кудрин А.В., Громова О.А. Микроэлементы в неврологии. Серия: «Обучающие программы ЮНЕСКО». М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 304 с.
14. Schulz R, Drayer RA, Rollman BL. Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly // Biol Psychiatry. 2002; 52: 205–225.
15. Майкл Гэш, Бет Хеннинг. Основы точечного массажа: Издательство АСТ. 208. — 304 с.
16. Ассаджиоли Роберто. Психосинтез. Принципы и техники: Институт общегуманитарных исследований. 2016. — 204 с.
17. Николаева Е.А. Панические атаки. Причины. Методы лечения. Самопомощь. / Пятиминутка, 2019, № 1, С. 23–27.
18. Горьков, В.А. и соавт. Фитотерапия умеренных депрессий препаратами зверобоя (аналитический обзор) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. — Т. 2, № 6.
19. Ромасенко Л.В., Сюняков С.А., Сюняков Т.С. и соавт. Терапевтическая эффективность и безопасность применения препарата Гомеостресс в качестве анксиолитического средства у больных с генерализованным тревожным расстройством. / Психиатрия. 2014; 16 (3): 62–69.
20. Аведисова А.С., Ястребов Д.В. Отчет о клинических испытаниях эффективности и переносимости препарата «Тенотен» в качестве анксиолитического средства при терапии тревожных состояний. 2004. — 15 с.

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



От Редакции: В данной рубрике мы размещаем статьи, опубликованные в нашем журнале около 10 лет назад, но не потерявшие своей актуальности до сих пор. Как показывает практика, чаще всего в эту рубрику попадают статьи Виктора Ивановича Бондаря, доктора медицинских наук, академика АМТН РФ, долгие годы проводившего исследования в отделе социальной педиатрии Научного Центра Здоровья детей в Москве, человека неравнодушного, деятельного, поднимающего в своих работах самые актуальные проблемы отечественного здравоохранения. Представляем статью этого автора, опубликованную в журнале «Пятиминутка» № 4–2009 г.



В. И. Бондарь,
доктор медицинских наук,
академик АМТН РФ, Москва, Россия

ЧТО НЕ УЧИТЫВАЕТ СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА, НО О ЧЕМ НЕОБХОДИМО ПОМНИТЬ И ЗАДУМЫВАТЬСЯ ВРАЧУ И ТЕМ, КТО ОПРЕДЕЛЯЕТ ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ (ЧАСТЬ I)

Человеческий организм суть высоко организованная колония высоко дифференцированных клеток, утративших в процессе эволюции способность к самостоятельному существованию (В. И. Бондарь). Но почему при этом, в том числе и медициной, этим клеткам отказано в возможности получения и обмена информацией на уровне, свойственном одноклеточным? Уровне, подтвердившем свою жизненность многомиллионнолетним существованием одноклеточных в окружающем мире. В то время, как одноклеточные лишены анализаторов, позволяющих нам на расстоянии получить информацию об окружающем их мире в том виде, как это свойственно многоклеточным организмам, они остаются жизнеспособны (питаются, уходят от угрожающих их жизни проблем, при этом, активно воспроизводясь) и реализуются в рамках своего генетического кода в окружающей среде настолько успешно, что продолжают существовать по сию пору, существуя даже там, где, казалось бы, и жизнь-то невозможна. Несомненно, что при этом одно-

клеточные совершают свою эволюцию, но остаются одноклеточными, а значит, — их системы получения/обмена информацией об окружающей их среде достаточно совершенны.

Явления положительного и отрицательного хемотаксиса у одноклеточных (яркие представители, обладающие этой способностью у нас — наши защитники лейкоциты) традиционно связываются с реакцией на контакт клетки с молекулами конкретного вещества, на которое генетически запрограммирована та или иная реакция клетки. В этой связи всегда мучил вопрос: а сколько, скажем, мышьяка надо «съесть» клетке, чтобы «понять», что ей туда не надо, и чтобы еще остались силы убраться подобру-поздорову? Но ведь гораздо целесообразней информацию об этой угрозе получить на расстоянии (нам-то такую возможность дают зрение и слух), в этом случае больше шансов выжить! А что, у клетки такой возможности нет?

Известно, что молекула воды — диполь, имеющий противоположную полярность на своих концах. А значит, все

электрически/магнитно-неиндифферентные источники/молекулы (да и сами молекулы воды) будут определенным образом организовывать вокруг себя воду, примерно, как мы помним из школьного курса физики, как организуются железные опилки, если с обратной стороны поверхности, на которой они насыпаны, приложить магнит. В человеческом организме макромолекулы практически все имеют заряды, активные центры, во всяком случае, ионсодержащие молекулы (с ионами железа, серы, магния, селена и др.), способные ориентировать молекулы воды вокруг себя.

В 70–90-е годы прошлого века в печати стали появляться сообщения, свидетельствующие о наличии явления, названного «магнитной» памятью воды, что вполне логично, коль молекулярная предпосылка к тому есть. Целый ряд экспериментов свидетельствовали, что если в сосуд, разделенный полупроницаемой пленкой, пропускавшей только воду и только в одном направлении, в одну половину поместить клетки, имеющие выраженный положительный и отрицательный хемотаксис на известные вещества, а в другую — в воду добавить вещество, заведомо будирующее ту или иную реакцию, то клетки, в зависимости от того, какое было вещество добавлено, либо собирались возле перегородки, либо «убегали» к противоположной стенке сосуда. Но ведь пройти через пленку могли молекулы воды и только (!)... Реакция пропадала, если пленка ставилась противоположным образом, т.е. вода могла проходить только в направлении клеточная взвесь — раствор.

В конце 80-х годов прошлого столетия итальянскими учеными был поставлен другой эксперимент, когда воду, в которой было растворено макромолекулярное вещество (белковой природы), вызывавшее известную реакцию у клеток, пропускали через ультрафильтр (к тому времени, производство ультрафильтрующих пленок с заданным размером пор было налажено давно и достаточно широко). Оказалось, что добавление этой воды в клеточную взвесь вызывало у клеток реакцию, присущую веществу, ранее растворенному в этой воде, без его молекулярного наличия!... Объяснили это явление следующим образом: молекулы воды, окружающие молекулы магнитнонеиндифферентного вещества, после удаления последнего сохраняются организованными в виде молекулярных водяных слепков молекул этого вещества и, при его дальнейшем отсутствии (!), они-то, по мнению авторов, и способны оказывать действие на рецепторы клеток, предназначенные для данного вещества (что, как свидетельствуют приводимые ниже факты, совершенно не обязательно).

По иронии, эта публикация попала в руки в 1992 г., когда автор проходил курс гомеопатии (к тому времени, будучи уже врачом достаточно состоявшимся в профессии, кандидатом медицинских наук по двум специальностям «Педиатрия» и «Аллергология и иммунология», с высоким положительным выходом у пациентов). На реплику преподавателя, что объяснения действию гомеопатии пока нет, мною было высказано возражение, в котором я и сослался на публикации выше приведенных экспериментов. С того момента в курсах гомеопатии введено объяснение действия данной группы лекарственных средств с позиций магнитной памяти воды и водяных слепков.

Поражаешься гению профессора Лейпцигского университета Фридриха Самуэля Ганемана, позволившему ему сформулировать принципы гомеопатического лечения, использующего разведения исходного вещества ниже числа Авогадро (т.е. — меньше, чем одна молекула вещества на кубический метр растворителя!), и подарить его людям за 200 лет до получения одного из вероятных объяснений принципа реализации его действия! А также ограниченности многих и многих, подвергавших и продолжающих подвергать этот метод критике и нападкам с узких позиций вульгарного материализма. Именно вульгарного, т.к. диалектика предполагает сознание того, что наши знания о материи расширяются по мере совершенствования, расширения возможностей парка аналитического оборудования, имеющегося в распоряжении исследователей. Жертвами позиции «если это не умещается у меня в голове — значит, этого не может быть» на протяжении всей истории человечества становились и гениальные открытия (взять хотя бы гелиоцентрическую теорию движения планет в солнечной системе, или, что ближе, генетику, кибернетику...) да и сами гении. Хотелось бы, чтоб этот печальный опыт перерос из своего количественного накопления в качественные изменения нашего сознания, в сторону, если не доброжелательного любопытства, так хотя бы терпимости к новым веяниям. Чтобы чаще вместо «я этого не принимаю» использовалось в повседневности «я этого не понимаю, но это не значит, что этого не может быть», а в науке — «...интересно, давайте в этом (но не «с этим»!) разберемся».

Возникает и следующий вопрос — почему восприятие светового излучения связывается только с фототаксисом/фотосинтезом, а, соответственно, с родопсиновым пятном или хлоропластами, заполненными хлорофиллом (у нас это палочки и колбочки сетчатки глаза, трансформирующие воздействие фотона в электронно-химический импульс). Неужели остальные клетки лишены возможности воспринимать световое излучение? А если способны, так, возможно, способны и генерировать его, а значит, потенциально у клеток есть возможность и таким образом обмениваться информацией!? Когда во второй половине прошлого века было открыто явление хемилюминесценции (было установлено, что биохимические процессы, происходящие в клетке, сопровождаются испусканием фотонов, которые на уровне клеточной взвеси позволяют регистрировать созданные на основе этого явления приборы — хемилюминометры), первое, что пришло в голову — значит, имеется еще одна потенциальная возможность обмена информацией между клетками. Позже в печати появились данные, согласно которым живая клетка способна воспринять (отреагировать) свет, равный по силе свету свечи с расстояния 16 км (!). Более того, имеются данные, что клетки макроорганизма в зависимости от их органной и тканевой принадлежности, а также состояния, генерируют световые волны разных участков видимой части спектра, т.е. различной длины волны.

На уровне макроорганизма установлено и используется разное психофизиологическое воздействие различных участков светового спектра. Хорошо бы шире использовать эти знания при оформлении интерьеров в лечебно-профилактических учреждениях (с учетом, естественно, что там, кроме больных, находится еще и медицинский



персонал), образовательных учреждениях. А также подойти к вопросу «цветового оформления» и окружающей среды непосредственно большой клетки, тем самым подталкивая ее по пути восстановления.

По своей дуалистической природе свет объединяет в себе и свойства электромагнитного колебания (имея, как волна, длину, что и определяет цветность в спектре белого света), и свойства потока частиц — фотонов (объяснение реализации действия солнечного света в хлоропласте и в сетчатке глаза, как раз и объясняется из фотона, а не из электромагнитной сущности света).

В свое время, когда в детстве во время прогулки в солнечный день я узнал от своего деда, физика, заведовавшего кафедрой методики преподавания физики в МОПИ им. Н.К. Крупской, что свет — суть электромагнитное излучение, первой же моей детской восторженной реакцией было: «Значит его можно услышать по радио!» На что, с лукавой улыбкой, мне был дан ответ: «Да, можно, только для этого длина антенны должна быть равна одной четверти длины световой волны, а это пока невозможно. Расти, может, что-нибудь придумаешь». 40 лет этот разговор живет у меня в памяти. И в очередной раз он вспомнился в связи со следующим соображением: сколько в живой клетке молекул и структур, которые можно было бы рассматривать, как отдельные элементы колебательного контура, известного нам из схемы радиоприемника, только с антеннами длиной с молекулы и конденсаторами типа клеточных мембран, имеющих свой заряд. Ну, не может такое счастье и потенциальная возможность воспринимать электромагнитные излучения различных частей спектра, и не только видимого, пропадать зря, без использования его живой клеткой для, опять же, получения информации и обмена ею, с последующей реакцией в рамках, определяющихся генетическим кодом. Имеются же терморепцепторы, позволяющие воспринимать различные уровни теплового, инфракрасной части, электромагнитного излучения у многоклеточных, подкрепленные в макроорганизме соответствующим анализатором (анализатор предусматривает наличие рецепторов, воспринимающих внешнее воздействие и преобразующих его в нервные импульсы, проводящих нервных путей и зоны коры головного мозга, ответственной за анализ). Кроме клеточных мембран, потенциально, свойства «конденсатора» имеются и в комплексе — молекула + ее окружение из диполей воды, ориентация которых определяется магнитными свойствами этой молекулы.

Собственно, любое отклонение диполя воды от постоянного направления силовых линий магнитного поля земли уже будет создавать момент, в котором будут происходить колебания с частотой и амплитудой, определяющимися фактором (а в реальности — факторами, т.к. трудно представить ситуацию, когда он бывает один), вызвавшим это отклонение. Хотя очевидного анализатора, способного донести информацию, получаемую клетками нашего организма таким путем, до нашего сознания, у человека, казалось бы, нет. Но это не значит, что все это не работает в его организме.

Так, в 30-е годы прошлого века немец Р.Фолль (R. Voll) анализировал электрические параметры акупунктурных точек, используемых в китайской медицине уже более 5 тысяч лет (гистоморфологический субстрат этих точек так

и не установлен, как и механизм реализации их действия, название же «рефлексотерапия» закрепилось только в нашей стране именно в угоду упомянутому выше вульгарным материалистам от бывшего идеологического сектора поллитбюро ЦК КПСС), и их изменения при различных состояниях организма. Им было установлено, что электропроводность кожи в месте акупунктурной точки меняется в зависимости от состояния органов и систем, за которые «отвечает» данная точка/меридиан. Далее случайность позволила ему обнаружить, что даже простой контакт человека с любым веществом, являющимся неиндифферентным для его организма, вызывает практически немедленное изменение электропроводности кожи в месте акупунктурной точки. При этом, это вещество может быть даже в герметичной упаковке, например, в запаянной ампуле. Позже было установлено, что для такой реакции и прямого контакта не нужно, можно его осуществить через провод.

На этом явлении Фоллем было основано медикаментозное тестирование для подбора лекарственных средств и их дозировок. Через десятилетия было установлено, что это явление наблюдается и при использовании лекарственных средств гомеопатического ряда (где и самого вещества-то нет, а только информация о том, что оно когда-то болталось в растворителе, нанесенном на гомеопатическую крупку). Среди подобных неиндифферентных для организма объектов могут быть и биологические, как по происхождению, так и включая других людей.

Оказалось, что перенос информационных свойств с источника информации можно осуществлять электромагнитным путем. И было показано, что в качестве гомеопатического средства можно использовать даже просто чистую воду, приобретающую после магнитно-информационного воздействия способность изменять состояние акупунктурных точек/лечебные свойства, как в целом, так и в любой ее (воды) видимой для невооруженного глаза части (т.е. эффект голограммы, когда любая часть от целого изображения несет полную информацию об изображении в целом).

Оказалось, что нет необходимости, как было установлено опять же методом Р.Фолля, в непосредственном контакте, либо через проводник, чтобы организм обнаружил присутствие неиндифферентного для него вещества. Электрические параметры акупунктурных точек меняются, даже когда такое вещество находится на некотором расстоянии, без контакта с телом, т.е. информация переносится через воздух. Впрочем, возможно, и наличие воздуха не является необходимым условием (т.к. не является он необходимым условием для распространения электромагнитного колебания), хотя описаний подобных экспериментов не встречалось. Существенно, что дистантное действие неиндифферентного вещества на организм отменяется установкой металлического экрана, что, опять-таки, подтверждает электромагнитную природу передачи информации в этом случае. И изготовленные магнитно-информационным способом гомеопатические средства теряют свои свойства под влиянием магнитного поля любой природы и светового воздействия, а вне их — могут сохраняться годами.

Много позже того, как автором был освоен метод Р.Фолля, коллега по работе в лаборатории патофизиоло-

гии НИИ педиатрии РАМН (тогда еще АМН СССР) поделилась одним случайным наблюдением. В физиологии часто используется живой биологический образец, реакция которого позволяет судить о концентрации того или иного биологически активного вещества в обрабатываемом определенным образом субстрате, полученном от пациента. Методика требует первоначально определить реактивность биологического образца на различные известные концентрации определяемого вещества, построить на основе этого калибровочную кривую, а потом по степени реакции на выделенный от человека субстрат можно судить о концентрации этого вещества в организме. К примеру, так определяли концентрацию гистамина и целый ряд других веществ, вызывающих реакцию гладкой мускулатуры кишечника или крупной артерии экспериментального животного, используемых в качестве биологического образца/детектора. В ее случае, таким биодетектором был изолированный фрагмент хвостовой артерии крысы: фрагмент артерии помещается в проточную кювету, через которую, как и через саму артерию пропускается питательная среда при постоянной комфортной температуре и газовом составе, что позволяет поддерживать ее жизнеспособность достаточно долгое время. После того, как артерия-детектор выведена в рабочее состояние, производят калибровку. Но однажды произошло необъяснимое: коллега потратила практически все рабочее время на безуспешные попытки вывести артерию в рабочее расслабленное состояние. Артерия упорно оставалась спазмированной, и видимых причин тому не было. Уже отчаявшись, сотрудница стала прибегать к рабочему месту, оставив разборку самой аналитической системы напоследок. Каково же было ее удивление, когда в кой-то момент обнаружилось, что артерия вышла в необходимое исходное состояние. При анализе возможных причин такому явлению коллега пришла к выводу, что, собственно, все, что изменилось на рабочем столе, так это — была убрана запаянная ампула с исходным веществом, приготовленным для изготовления калибровочных растворов. Ампула же (запаянная) стояла в непосредственном контакте со стенкой кюветы, в которой располагался биологический образец. При возвращении ампулы на прежнее место артерия вновь выдала стойкую реакцию: живая ткань восприняла информацию через стенку проточной кюветы из оргстекла толщиной более 3-х миллиметров и через заполнявший ее питательный раствор (!).

Таким образом, **клетки многоклеточного организма сохраняют способность получать информацию об окружающей среде свойственным для одноклеточных образом. Скорей всего, это происходит электромагнитным путем. Основным носителем / умножителем / трансформатором информации является вода, благодаря ее дипольной молекулярной структуре.**

В мире, кроме самого света, только магнитное поле распространяется с его скоростью. Соответственно, электромагнитное воздействие любой природы способно организовать диполи воды при условии его достаточной силы для преодоления последствий предыдущих и параллельных воздействий, а также при сопоставимости по силе с энергией броуновского движения. Наш же организм на 80% в детстве и на 70% в зрелости состоит из воды.

Вода — среда, в которой реализуются все биохимические процессы в организме, в ходе которых промежуточные этапы взаимодействия веществ проходят с активным участием воды.

При попадании микроорганизма в макроорганизм основным условием для размножения микроорганизма, если подумать, является захват воды хозяина под свои нужды, и, если микроорганизм лишит такой возможности, приведя воду в информационно непригодное для него состояние или усилив информацию о бактерицидных и бактериостатических средствах макроорганизма, теоретически возможно остановить бактериальную инфекцию на любом ее этапе. С другой стороны, если на ранних этапах инфекции организму дать информационный сигнал о наличии большой массы возбудителя, который к этому времени не успел размножиться до такой степени, чтобы существенно снизить сопротивление макроорганизма, организм, чьи функции неспецифической защиты еще не будут подавлены, освободится от интервентов на ранних этапах, до их накопления в необходимом для развития клиники инфекции количестве. Скорей всего, так и действует гомеопатия в части нозодов (препараты, в производстве которых в качестве источника информации используются ткани и субстраты животного происхождения, но не растительное сырье).

Возможность живых клеток организма воспринимать различного рода электромагнитные излучения открывает перспективу для появления новых не химических видов терапевтического воздействия. Появляется основа и для объяснения ряда феноменов, не имеющих удовлетворительного объяснения, таких как: дистантное получение информации и ее транспортировка по «каналам», как это постулирует китайская традиционная медицина, явление телепатической связи, феномены «кожного зрения» и «видения» слепыми вне логики характерного для человека зрительного анализатора (о чем набран уже достаточно обширный материал и имеется даже школа по овладению таким «зрением» слепыми и слабовидящими, кстати, свидетельствующий и о наличии все-таки анализатора, где зрение/глаз не является необходимым условием, но имеет место какой-то другой способ получения зрительных образов) и др. вплоть до объяснения механизмов включения дифференцировки клеток на зародышевые листки после восьмого деления оплодотворенной яйцеклетки и других переключений/активизации генома. Исходя из этого, становится понятней и реакции растений, растущих у одного человека хорошо, а у другого скверно, несмотря на соблюдение всех стандартных условий, а также, как установлено, по-разному реагирующих на людей, когда-либо наносивших им вред или относящихся к ним доброжелательно.

Вообще, за этим просматривается новая медицина. Уже сейчас имеются методы биорезонансной терапии, эксплуатирующие принцип генерации нормальных для различных органов и систем здоровых частот электромагнитного колебания, выводящих, навязывающих таким образом организму состояние вне болезни, или переводящие патологические колебания в противофазу и возвращающие их в организм, таким образом создавая резонансную нигилизацию реализации патологического процесса, который,



как и физиологический, имеет свои частотные параметры. Квантовые генераторы, инфракрасные генераторы, максимум использующие принцип обратной биологической связи на уровне регистрации и подстраивания по пульсу и частоте дыхания, могли бы варьировать и по частоте импульсного воздействия в соответствии с фоновым/здоровым состоянием организма и его отдельных органов и систем (тем более, что подобные частоты уже известны). Идя по этому пути, возможно подойти к решению проблем лечения многих заболеваний, плохо поддающихся терапии, включая онкологические.

Но, с этих же позиций, встает вопрос и о предельно допустимых концентрациях вредных веществ: правильно ли ограничиваться только определением их химических концентраций, не интересуясь информационным уровнем их воздействия. А также и вопрос о различного рода излучениях, число которых множится в окружающей среде и на бытовом уровне, и принципах определения их предельно допустимых уровней, как в условиях моно воздействия, так и, обязательно, всевозможных сочетаний. Ну и, конечно, уже нельзя обходить вниманием вопросы ликвидации последствий всех этих воздействий на организм во всем их многообразии.

Из поля зрения коллег выпадает и тот факт, что **все системы организма имеют четырехкратный запас функционального резерва**. Так, установлено, что для обеспечения существования организма человеку достаточно половины одного легкого, половины одной почки, половины одной доли печени. Японские исследователи определили, что средний человек обходится 21–27% (четвертью) задействованных клеток головного мозга (и функция памяти не имеет четкой локализации — голограммоподобна). При этом, $\frac{1}{4}$ органа/системы находится в работе, а остальное — резерв, запас прочности, обеспечивающий нам выживание. Инженеры к необходимости четверного дублинга систем, обеспечивающих жизнеспособность техники, пришли только в 20 веке, в связи с освоением воздушного пространства и космоса, а в нас природа заложила это очень давно. **Три четверти органа/системы находится в «спящем» состоянии, но готовы подключиться при значительном увеличении нагрузки, или, когда уменьшится по каким-либо причинам количество функционально способных клеток в задействованной четверти органа/системы. Скорость подключения резерва, как показывает опыт (на примере тех же закалывающих процедур), вполне поддается тренировке, естественно, в рамках адаптационного коридора, определяемого генетическим кодом вида и его особенностями у индивидуума.**

Значит, для проявления недостаточности необходимо, чтобы нагрузка на орган превысила возможности функционально активной четверти, и тогда необходимо дать ему возможность, время, чтобы включить резерв, если он имеется. Либо, когда резерва не остается (в силу ли острого или хронического воздействия), а объем функционально способной части органа/системы стал ниже $\frac{1}{4}$, остается надеяться только на собственные стволовые клетки или на терапию донорскими для восстановления функционально способной ткани до объема, обеспечивающего функцию в необходимом для жизни объеме. Это необходимо учитывать при назначении терапии. Представ-

ляется, что здесь имеется потенциальная возможность использования и генераторов электромагнитного излучения, как в видимой, так и в невидимой части спектра, и их сочетаний. А объектом воздействия будут как клетки органа/ткани, еще сохраняющиеся пригодными, так и иммунные клетки, выполняющие свои санитарные функции (в физиологической их части, а не по модели аутоагрессивного заболевания), ну и собственные органнне или донорские стволовые клетки (для облегчения реализации их функции по восстановлению органа или ткани).

Живая клетка и организм представляют широкие возможности для резонанса также и во всем спектре акустических волн, как с патогенным, так и саногенным эффектом. Это явление уже используется в ряде медицинских физиотерапевтических приборов, но, если судить с приведенных выше позиций, только с преломлением на звуковые колебания (звуковые колебания, как источник информации для клетки, способный будировать ту или иную реакцию), и пока используется явно недостаточно и, где-то, вслепую. **В связи с этим, должны быть уточнены и требования к звуковому загрязнению среды обитания человека, и профессиональные вредности: с позиций потенциального патогенного эффекта различного рода акустических волн при разном по длительности и интенсивности воздействии и не только на органы слуха, но на весь организм, исходя из его клеточного строения.**

Вообще-то, в медицине (официальной, а еще больше альтернативной) уже накопилось достаточное количество приборов, генерирующих различного рода колебания и излучения, для того чтобы говорить о необходимости проведения научно обоснованной их классификации по физическим характеристикам и физиологическим/патофизиологическим эффектам. Это позволит сделать их внедрение/эксплуатацию более осознанным, поспособствует повышению терапевтической эффективности их использования и, несомненно, расширит возможности медицины. Кроме того, обозначатся перспективные пути развития данного направления, поиска новых терапевтических применений различных видов и форм колебаний и излучений, их сочетаний, определяется их место в терапии различных состояний у людей.

С позиции изложенных выше фактов, встает вопрос и о пересмотре требований к окружающей человека среде, воде и продуктам питания, прежде всего, с позиций потенциальной возможности нивелирования их негативных воздействий самим организмом в различных физиологических и патологических состояниях (как саморегулирующейся системы). При этом, особо пристальное внимание должно быть к условиям, окружающим детей, как наиболее уязвимым ко всякого рода воздействиям, в силу высокой интенсивности обменных процессов в растущем организме, не завершившихся процессов формирования и становления органов и систем. Здесь, представляется, необходимо, и правильной, говорить не о предельно допустимых уровнях, а исключительно о физиологическом оптимуме для развития организма по всем частотным параметрам воздействий внешней среды. ☺

Продолжение следует...



Колосовский Э. Д.,
кандидат медицинских наук, фитотерапевт,
Санкт-Петербург, Россия

ВИТИЛИГО — ЗАГАДОЧНОЕ, НО ИЗЛЕЧИМОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

*«Стойкое излечение:
от центра жизненной силы к периферии».*
С. Ганеман.

Витилиго, или песь, относится к дисхромиям, характеризующимся появлением депигментированных отдельных очагов на коже лица, кистей рук, в некоторых случаях отмечается универсальное течение. Заболевание вызывает косметические дефекты и ранит психику больных, особенно в молодом возрасте.

ПАТОГЕНЕЗ ВИТИЛИГО

Патогенез витилиго остается неясным ввиду многофакторности болезни и вовлечения в патологический процесс многих систем организма. На конечном этапе заболевания в участках пораженной кожи нарушается функция эпидермальных меланоцитов, снижается их число, а также содержание гранул меланина в них.

Меланин образуется в цитоплазме меланоцитов путем полимеризации продуктов окисления тирозина или фенилаланина, образующихся под действием фермента тирозиназы, поэтому недостаток фенилаланина или тирозина, возможно, является одним из пусковых механизмов развития витилиго. Недостаток тирозина для выработки меланина может возникать вследствие нарушенного расхода его в реакциях образования катехоламинов и гормонов щитовидной железы. Возможен недостаток количества тирозин-глутамат-трансферазы в печени либо медьсодержащих ферментов, катализирующих образование меланина или уменьшение меланоцитстимулирующего гормона.

Некоторые авторы обнаруживают в крови больных витилиго антитела, оказывающие цитотоксический эффект на меланоциты.

Кроме того, у больных с витилиго достоверно снижено содержание Т-лимфоцитов, отмечается снижение содержания Т-хелперов и повышение Т-супрессоров.

Наблюдаются случаи возникновения витилиго после перенесенного гепатита. Установлена некоторая особенность распределения антигенов гистосовместимости в зависимости от клинической формы витилиго.

Нейтронно-активационный анализ биоптатов кожи позволил обнаружить, что содержание меди в депигментированной коже достоверно меньше, чем в нормально пигментированной коже, что свидетельствует об определенной патогенетической роли данного микроэлемента при витилиго. Содержание меди в крови и в моче у больных витилиго оказалось пониженным, что свидетельствует об имеющихся нарушениях усвоения меди тканями. На фоне снижения кровотока в коже обнаруживают также уменьшение активности фенилаланингидроксилазы и карбоноаланиндегидрогеназы в эпидермисе. В дальнейшем развивается дисбаланс антиоксидантной системы меланоцитов, образования и накопления свободных радикалов, а также увеличение количества неферментного изомера 5, 6, 7, 8-тетрагидробиоптерина, ингибирующего фенилаланингидроксилазу.

Учитывая приведенные выше данные, можно сделать вывод, что витилиго возникает при изменениях функционирования гормональной, иммунной систем, нарушении микроциркуляции в коже, а в дальнейшем — при уменьшении числа меланоцитов и количества пигментов в них. В клинической картине, кроме косметического дефекта, возникают нервно-психические нарушения, особенно у женщин при появлении обширных очагов депигментации на коже лица.

Хроническое воспаление является одним из важнейших факторов, влияющих на развитие поражений кожи при витилиго.

Хроническое воспаление может быть представлено как последовательность острых воспалительных процессов, каждый последующий из которых является фазой обострения заболевания с промежутками между ними, т.е. фазами ремиссии. Каждая фаза обострения завершается в соответствии с исходами острого воспаления и иногда проявляется замещением соединительной тка-



нию поврежденных в некротической стадии острого воспаления тканей. Принципиальным отличием фазы обострения хронического воспаления от острого воспалительного процесса является то, что при последующих обострениях связь с первичным этиологическим фактором утрачивается, но остается реакция иммунной и других систем контроля за жизнеобеспечением организма. Лейкоциты составляют основной пул клеток в реализации всех стадий воспалительного процесса, начиная с ранних клеточных реакций и заканчивая организацией развивающегося и созревающего на месте повреждения соединительно-тканного рубца, в то же время в крови повышаются активность ферментов и содержание белков острой фазы воспаления, а также других факторов. Реализация хронического воспаления определяется взаимодействием экологических и физиологических факторов и отражается в формах неспецифической резистентности и иммунной реактивности, определяемой генотипом (конституцией) больных.

Причиной длительного существующих хронических заболеваний являются, прежде всего, острые инфекционные процессы, вызываемые различными возбудителями: стафилококками, стрептококками, пневмококками, нейссериями, различными вирусами, патогенными дрожжами и грибами.

Микроорганизмы поселяются в организме в соответствии со своим тропизмом к тканям. Этот процесс зависит от состояния макроорганизма, вирулентности микроорганизма, санитарных условий проживания индивидуума, загрязненности атмосферы и гигиенических привычек.

При внедрении микроорганизма вызываются многочисленные реакции различных органов и систем организма, в том числе гематологические проявления, выражающиеся в виде лейкоцитоза с возрастанием общего числа нейтрофилов. Нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы при инфекционных заболеваниях варьирует от тахикардии и увеличения сердечного выброса до сердечной недостаточности.

При длительно текущих воспалительных процессах в легких, вызываемых различными возбудителями, нарушается их эластичность, и в дальнейшем в них развиваются очаги хронической инфекции. Бактериальные воспалительные процессы в почках приводят к нарушению их функций и в дальнейшем могут являться источником диссеминации различных микроорганизмов, что в свою очередь будет поддерживать хроническое воспаление.

Одним из этиологических факторов при витилиго является нарушение функции печени, которое может возникать при различных инфекционных заболеваниях. На клеточном уровне ослабевает синтез альбуминов гепатоцитами, затем увеличивается образование амилоида А, С-реактивного протеина.

При длительно текущих хронических воспалительных процессах может нарушаться деятельность эндокринной системы, в том числе усиливается синтез тиреотропного гормона, вазопрессина, инсулина, глюкагона, а также нарушается катаболизм белков в скелетных мышцах вследствие усиления окисления аминокислот. Увеличение выброса адренокортикотропного гормона приводит вначале к повышению жизнеспособности организма, однако в избыточном количестве кортикостероиды поддерживают воспалительную реакцию и угнетают клеточный иммунитет.

Органы пищеварительной системы также могут поражаться при различных специфических воспалительных процессах, вызываемых микроорганизмами определенной группы, и в дальнейшем служить очагами хронических инфекций.

В ЛОР-органах могут обнаруживаться микроорганизмы, не вызывающие заболевание в данный момент, но способствующие выработке антител и поддерживающие состояние повышенной чувствительности (аллергии) в организме.

Кроме того, сотни видов различных бактерий входят в состав нормальной микрофлоры кожи, слизистых оболочек полости рта, кишечника и влагалища. Но если равновесие между ними нарушается вследствие недостаточного кровообращения, травмы, хирургического вмешательства, некроза тканей, то они могут стать причиной тяжелых инфекций. Может наблюдаться инфицирование одного и того же органа аэробными и анаэробными бактериями и другой патогенной микрофлорой, а также вирусами, вследствие чего образуются различные антитела и антигенные комплексы, которые часто обнаруживаются у больных с витилиго.

Можно с высокой достоверностью предположить, что витилиго чаще развивается у пациентов с хроническими заболеваниями печени, протекающими на фоне нарушения функции щитовидной железы, и очагами хронической инфекции, создающими высокий титр антител. Поэтому у больных с витилиго необходимо тщательно исследовать функции печени, щитовидной железы и выявлять очаги хронической инфекции в организме.

ЛЕЧЕНИЕ ВИТИЛИГО

Несмотря на не до конца выявленный патогенез витилиго, сложность течения данного заболевания, вовлечение в патологический процесс многих систем организма, это заболевание излечимо!

К сожалению, в настоящее время большинство пациентов с кожными (да и с другими заболеваниями) ищут «волшебную пилюлю» — лекарство, которое нужно выпить один раз, после чего сразу наступит излечение. Никто не хочет

менять свой образ жизни, систему питания и поведения, то есть перейти к так называемому здоровому образу жизни. Но для лечения любого заболевания, в особенности, витилиго, следует набраться терпения.

Исходя из выше описанного патогенеза заболевания, одним из важнейших звеньев которого является хроническое воспаление, формируются основные принципы лечения витилиго.

Лечение больных с хроническими воспалительными заболеваниями должно основываться на представлениях о воспалительном процессе, как защитной компенсаторной приспособительной реакции организма на повреждение, в соответствии с чем данную реакцию следует **не подавлять, а управлять ее течением** и обеспечивать благоприятное разрешение воспалительного процесса с минимальными нарушениями структуры пораженного органа и организма в целом, т.е. использовать препараты, улучшающие функционирование регулирующих систем организма и устраняющие факторы, запускающие воспалительный процесс. Такими препаратами являются гомеопатические средства и специально разработанные фитосборы.

Мы рекомендуем при витилиго в течение длительного времени применять фитосборы: КЭД № 7, КЭД № 13 (*Автором фитосборов является Колосовский Э.Д. — прим. ред.*). Вначале принимается фитосбор КЭД № 7 по схеме: 2/3 чайной ложки заваривается 300 мл кипятка в течение 15 минут и принимается по 100 мл три раза в день после еды в течение двух месяцев. Затем рекомендуется перерыв на один месяц, после чего принимается фитосбор КЭД № 13 по такой же схеме.

В зависимости от тяжести процесса и площади поражения кожи фитосборы следует принимать от восьми месяцев до двух лет. Лечение витилиго длительное, но положительный эффект будет обязательно. Кроме приема фитосборов, следует соблюдать рациональную диету и придерживаться здорового образа жизни (отказ от вредных привычек, соблюдение режима умеренных физических и психических нагрузок, достаточная продолжительность сна и т.д.).

Лечение фитосборами проводится под контролем фитотерапевта. ☺

Контакты автора статьи есть в редакции.



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



От Редакции: Мы продолжаем публикацию оперативных материалов о состоянии воздушной среды Санкт-Петербурга и влиянии этого экологического фактора на здоровье населения.



Гордышевский С. М.,
председатель комитета по экологической, промышленной
и технологической безопасности СПП СПб,
Председатель Совета Экологического союза,
Санкт-Петербург, Россия

МЕСТО И РОЛЬ ПЕРЕДОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ БЕЗОПАСНОМ ОБРАЩЕНИИ С ОТХОДАМИ

По данным международной организации «Глобальная сеть экологического следа» (GFN), в 2019 году мировая экономика израсходовала условный запас возобновляемых природных ресурсов, которые могут восстановиться за год, уже к 29 июля — на 3 дня раньше, чем год назад. То есть, для обеспечения потребностей в природных ресурсах и восстановления экосистем от загрязнений окружающей среды глобальной экономике уже требуется 1,75 планеты Земля. При этом, для России расчет «дня экодолга» дает дату 26 апреля (!).

Естественно, сокращение образования отходов и их возврат в цикл производство-потребление способно уменьшить использование природных ресурсов и загрязнение окружающей среды. Именно с этой целью были введены вступившие в силу с 1 января 2015 г. поправки в Федеральный закон №89-ФЗ «Об отходах производства и потребления», определяющие **приоритетность государственной политики в обращении с отходами:**

- максимальное использование исходных сырья и материалов;
- предотвращение образования отходов;
- сокращение образования отходов и снижение класса опасности отходов в источниках их образования;
- обработка отходов;
- утилизация отходов;
- обезвреживание отходов.

Однако, несмотря на то, что реформа в сфере обращения с отходами осуществляется с 2015 года, ее промежуточные результаты свидетельствуют о системном кризисе.

Экологическая ситуация в Санкт-Петербурге неблагоприятна и характеризуется, в первую очередь, высоким загрязнением атмосферного воздуха. Ситуация усугубля-

ется другой проблемой — отсутствием полной и достоверной информации о состоянии окружающей среды (см. прилагаемую Аналитическую справку).

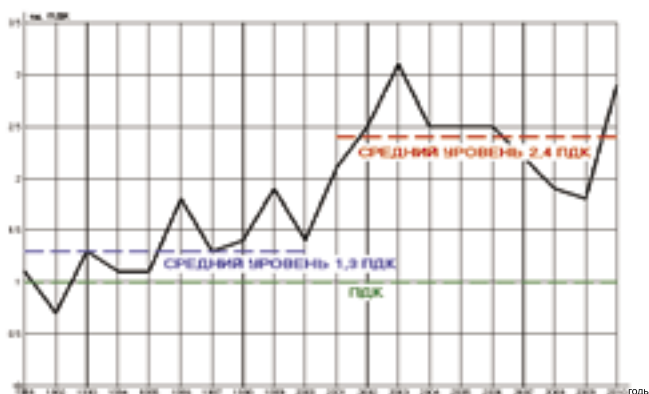
В сфере обращения с отходами в Санкт-Петербурге факторами наибольшего риска являются:

1. **Неопределенность относительно выбора способа (технологий) обращения с твердыми коммунальными отходами (ТКО)**, что влечет за собой риск выбора экологически опасных технологий, как, например, сжигание отходов на мусоросжигательных заводах (МСЗ). Реализация такого проекта физически будет означать перевод твердых отходов в газообразные, экологически — рост и без того высокого уровня загрязнения атмосферного воздуха в регионе, экономически — высокие тарифы и субсидирование из городского бюджета.

В то же время, в Санкт-Петербурге есть успешный опыт глубокой переработки ТКО на заводе АО «Спецтранс-1» на Старообрядческой ул., 9, мощностью 100 тыс. тн/год. Этот опыт может и должен быть распространен. Строительство серии таких заводов могло бы решить задачу обработки образующихся в городе примерно 1,5 млн. тн/год ТКО с извлечением из них 60–70% вторичного сырья.

2. **Сжигание илового осадка канализационных очистных сооружений** на трех заводах сжигания осадка (ЗСО). Такой экологически опасный способ обращения с канализационным осадком в РФ применяется только в Санкт-Петербурге, что не является положительным фактом. В осадке содержатся практически все элементы таблицы Менделеева, которые, как отмечают эксперты, не уничтожаются — это в принципе невозможно, но вступают в химические реакции, образуя разнообразные химические соединения, включая диоксины, полицикличе-

Загрязнение атмосферного воздуха Санкт-Петербурга*

Концентрации БЕНЗ(А)ПИРЕНА
(среднегодовые в единицах ПДК)

* По данным государственного экологического мониторинга

ские углеводороды (ПАУ), в т. ч. бенз (а) пирен. К тому же, это очень дорогой способ обращения с осадком. Несмотря на субсидию в 2,5 млрд. руб. из бюджета Петербурга в 2017 году, тариф «Водоканала» растет ежегодно на рекордные среди других монополистов 12% (см. «Коммерсантъ» №26 от 13.02.2019 г.).

Эти вопросы вынесены на информационный уровень Правительства города. В апреле группа экспертов направила открытое письмо ВРИО Губернатора Санкт-Петербурга А.Д. Беглову (см. «Пятиминутка» №2–2019 г.). В письме приводится информация о демографических последствиях растущего экологического загрязнения городской среды. За период с 2001 по 2016 гг., по данным статистики Минздрава РФ, в Санкт-Петербурге произошел огромный рост онкологической заболеваемости (+78%), врожденных аномалий (+116%), детской онкологии (+296%), астмы (+107%), общей заболеваемости (+51%), что значительно опережает аналогичные показатели Москвы и РФ в целом (см. «Пятиминутка» №3–2019 г.). Санкт-Петербург стал рекордсменом по этим заболеваниям среди субъектов РФ. При этом тренд роста заболеваемости ускоряется.

Неблагоприятная картина подтверждается Государственным докладом Роспотребнадзора «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2017 году» (см. «Пятиминутка» №3–2019 г.).

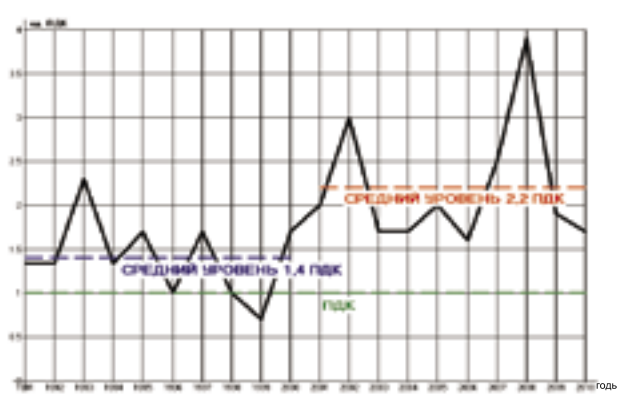
Что **необходимо сделать для улучшения экологической ситуации в Санкт-Петербурге** в первую очередь, и, в частности, в области обращения с отходами?

1. Модернизировать и организовать систему информирования городского сообщества достоверной экологической информацией и экологического просвещения населения.

2. Отказаться от экологически опасной и дорогостоящей технологии сжигания канализационного осадка и перейти на апробированные экологически безопасные технологии обращения с осадком, включающие извлечение биогаза (метана).

3. Поощрять и содействовать развитию систем раздельного сбора ТКО. Это создаст практическую основу для формирования экологической культуры в обществе.

Загрязнение атмосферного воздуха Санкт-Петербурга*

Концентрации ФОРМАЛЬДЕГИДА
(среднегодовые в единицах ПДК)

* По данным государственного экологического мониторинга

4. Разработать комплексные меры по реализации двух высших по приоритетности направлений государственной политики в области обращения с отходами — **«максимальное использование исходных сырья и материалов»** и **«предотвращение образования отходов»**. Это стимулирование и популяризация использования населением и юридическими лицами многооборотных (много-разовых) товаров, тары и упаковки, а также поддержка проектов по ремонту, восстановлению и модернизации товаров, обмену и совместному использованию потребительской продукции и услуг. В части предотвращения образования отходов — последовательное сокращение использования населением и юридическими лицами, а также вывод из оборота одноразовых, неизвлекаемых и трудноперерабатываемых (многослойных, композитных, немаркированных) товаров, тары и упаковок медицинского назначения.

Приведенная в 2018 году Институтом озероведения РАН оценка концентраций пластиковых частиц в водной среде и донных отложениях Ладожского озера показала, что каждый литр воды озера и его притоков содержит одну частицу микропластика размером от одного микрона до пяти миллиметров (http://president-sovet.ru/documents/read/648#_ftn16).

5. Разделить функции регулятора и оператора в деятельности регионального оператора, создав условия для рыночной конкуренции операторов по обращению с ТКО. Это позволит предотвратить монопольный рост тарифов, создать условия для внедрения эффективных и безопасных инновационных технологий по обращению с ТКО, устранить риск внедрения дорогостоящих и опасных технологий, как сжигание (см. «Аналитический обзор по проблеме мусоросжигания: экологические аспекты...» в журнале «Пятиминутка» №4–2019 г.).

Перспективной экономической моделью может быть **создание ресурсосберегающей отрасли промышленности**, обеспечивающей возврат отходов в виде вторичного сырья в цикл производство-потребление и стимулирующей выпуск многооборотных (много-разовых) товаров, тары и упаковок вместо одноразовых и трудноперерабатываемых товаров, тары и упаковок.



АНАЛИТИЧЕСКАЯ СПРАВКА ОБ ОБРАЩЕНИИ С ИЛОВЫМ ОСАДКОМ КАНАЛИЗАЦИОННЫХ ОЧИСТНЫХ СООРУЖЕНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Канализационный иловый осадок в Санкт-Петербурге сжигается на трех заводах сжигания осадка (ЗСО), расположенных на основных очистных сооружениях: Центральной станции аэрации (ЦСА), запущенной в 1997 году, Северной станции аэрации (ССА) — 2007 г. и Юго-Западных очистных сооружениях (ЮЗОС) — 2007 г. Их суммарная проектная мощность составляет 440 тонн осадка по сухому веществу. Реальная производительность сейчас около 350 т/сутки.

Выбор такого способа обращения с осадком основывался на следующем соображении: «Уловленные на городских очистных сооружениях осадки содержат практически все вещества, входящие в Периодическую систему элементов Д. И. Менделеева.

...Если применение осадков в сельском хозяйстве недопустимо из-за повышенного содержания в них опасных загрязнений, то единственным способом, позволяющим максимально сократить объем осадков, является их сжигание» (изд. «Отведение и очистка сточных вод Санкт-Петербурга», ГУП Водоканал Санкт-Петербурга, СПб, 2002, стр. 604–605).

Действительно, в Санкт-Петербурге одна общесплавная канализационная сеть, куда поступают стоки из жилого фонда, содержащие средства бытовой химии, социальной инфраструктуры, в т. ч. от химчисток, прачечных, фото-, медицинских и учебных лабораторий, производственного сектора, в т. ч. заводских лабораторий, в канализационную сеть поступают использованные средства для уборки, санитарии, дезинфекции, борьбы с насекомыми, паразитами и грызунами, дорожные, в т. ч. антиобледенительные, реагенты и т. д.

Химические элементы при сжигании не уничтожаются, это невозможно в принципе, но вступают в химические

реакции, образуя разнообразные химические соединения. Присущее канализационным стокам мегаполиса высокое содержание органических веществ и хлорсодержащих соединений гарантирует при сжигании осадка образование диоксинов и диоксиноподобных соединений, ПАУ, в т. ч. бенз [a] пирена, в дополнение к неизменным соединениям с тяжелыми и легкими металлами, соединениям азота и т. д.

С учетом того, что количество зольного осадка не превышает 15%, подавляющая часть продуктов горения представляют собой газообразные выбросы, поступающие в атмосферу, и, с учетом географического расположения ЗСО и розы ветров, непрерывно загрязняющие городской воздух. Причем, по разнообразию загрязняющих веществ выбросы ЗСО значительно превосходят основной массовый источник — автомобильный транспорт.

Расчеты массовых балансов ЗСО в открытом доступе отсутствуют, данные мониторинга выбросов скудны — включают не более 10 веществ, эффективность газоочистки вызывает много вопросов.

В то же время, период с начала 2000-х годов характеризуется быстрым ростом загрязнения атмосферного воздуха в городе наиболее опасными (приоритетными) наблюдаемыми загрязнителями, что подтверждается экологическим следом — загрязнением почво-грунтов города. Однако, в 2007 году мониторинг почв был прекращен и с тех пор не проводился (см. *Диаграмма концентраций бенз [a] пирена, Диаграмма концентраций формальдегида*).

Статистика Минздрава РФ показывает высокий рост уровня заболеваемости в классах новообразований, врожденных аномалий, детской астмы, общей заболеваемости в сравнении с Москвой и среднероссийскими показателями.

Проблема обращения с канализационным осадком требует серьезного рассмотрения с учетом экологических факторов.

НОВОСТИ

По данным ВОЗ, загрязнение воздуха является второй по значимости причиной смерти от неинфекционных заболеваний (НИЗ) после курения табака.

Загрязнение воздуха внутри и вне помещений — причина 7 млн преждевременных смертей в год по всему миру, включая более 5 млн смертей, вызванных связанными с загрязнением воздуха НИЗ. В Европейском регионе ВОЗ в 2016 г. загрязнение воздуха внутри и вне помещений обусловило в общей сложности более 550 тыс. смертей. Борьба с загрязнением воздуха является одним из важнейших факторов снижения преждевременной смертности. В этой связи на совещании высокого уровня по НИЗ ООН, состоявшемся в сентябре 2018 г., загрязнение воздуха было включено в перечень факторов риска возникновения НИЗ в качестве пятого элемента. Как отражение этого факта был подготовлен программный документ, используемый в качестве справочного материала для Европейской конференции ВОЗ высокого уровня по НИЗ в Ашхабаде (Туркменистан).

По данным ВОЗ, растет объем фактических данных, подтверждающих воздействие загрязнения воздуха на возникновение не только сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний, но и диабета, неврологических нарушений развития у детей и неврологических расстройств у взрослых. Учитывая объем доказательств, свидетельствующих о влиянии загрязнения воздуха на здоровье, и масштаб воздействия этого экологического фактора риска на общественное здоровье, любое вмешательство требует межсекторальных подходов и действий на различных уровнях власти. Например, снижение загрязнения воздуха угольными электростанциями не только уменьшит риски для здоровья, связанные с вдыханием твердых частиц, но и предотвратит попадание ртути в пищевые цепочки. Многие стратегии борьбы с загрязнением воздуха также смягчают последствия изменения климата, например, посредством принятия мер в сферах энергетики и транспорта. Автомобили и общественный транспорт, выбрасывающие меньше загрязняющих веществ, снижают объем парниковых газов, а передвижение пешком или на велосипеде способствует физической активности.

Сектор здравоохранения должен быть вовлечен в руководство и координацию вопросов, связанных со здоровьем. Он играет решающую роль в повышении осведомленности о воздействии загрязнения воздуха на здоровье человека и в пропагандистской деятельности. Сегодня он должен участвовать в разработке отраслевой политики, в частности, для секторов, связанных с экологическими рисками для здоровья, таких как энергетика и транспорт. Чтобы взять на себя эту роль, сектору здравоохранения могут понадобиться дополнительные навыки и умения, а также поддержка со стороны новых механизмов стратегического руководства.

Источник: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/environment-and-health/pages/news/news/>



Швыдкая И. В.,
главный детский эндокринолог
Приморского района Санкт-Петербурга,
ДПО 16 ГП 114, Россия

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ОЖИРЕНИЯ

Рациональное питание — одна из основных составляющих здоровья нации, и это профилактика таких заболеваний, как ожирение, рак, аллергия, патология желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательной и нервной систем. По данным ВОЗ, доля детей, страдающих ожирением, утроилась с 1980 года. Каждый 3-й ребенок в возрасте от 2 до 18 лет имеет лишний вес. Каждый восьмой взрослый в мире страдает ожирением. Основная причина — энергетический дисбаланс, когда калорийность питания превышает энергетические затраты организма.

Избыток веса в килограммах можно рассчитать по специальным таблицам соответствия роста и массы тела, по рекомендации ВОЗ, по ИМТ. Индекс массы тела (ИМТ) — это отношение массы тела к росту — рассчитывается как отношение массы тела к росту в метрах в квадрате: $\text{кг}/\text{м}^2$. Согласно ВОЗ, ИМТ больше или равен 25 — это избыточный вес. ИМТ больше 30 означает ожирение у детей старше 13–14 лет и у взрослых. У детей младшей возрастной группы эти показатели меньше, ИМТ от 13 — избыточный вес, от 21 — ожирение.

Очень важно с детства формировать у ребенка потребность в двигательной активности и формированию здорового образа жизни. Просветительская работа ложится на плечи медработников, учителей, семьи, СМИ.

Детское ожирение легче предотвратить, чем лечить. Избыток веса вызывает множество сопутствующих проблем. Одна из основных проблем — психологическая. Приведу немного статистических данных:

- 2/3 детей в течение дня не имеют никаких физических нагрузок;
- 96% времени, которое ребенок проводит в начальной школе, не предполагает физических нагрузок и занятий спортом;
- 7 часов — среднее время, проводимое детьми в течение дня перед экраном компьютера, планшета, смартфона, телевизора.

Двигательная активность помогает справиться с ожирением. Положительное влияние на детский организм

имеют занятия физкультурой, прогулки, подвижные игры, активный отдых, здоровое питание. Необходимо формировать у детей стремление к активному образу жизни, а также здоровым пищевым привычкам. Семейные завтраки, обеды, ужины формируют правильный режим питания и позволяют на собственном примере научить ребенка есть медленно, отдавать предпочтение здоровой пище, красиво сервировать стол, общаться и соблюдать этикет. Дети копируют поведение своих родителей. Важной частью профилактики детского ожирения является регулярная демонстрация родителями правильных пищевых привычек. Необходимо привлечение ребенка к приготовлению полезной пищи. Дети должны знать, какая пища является полезной, и уметь готовить ее. Каждый раз, когда взрослые едят фастфуд, сладости, пьют газированные напитки, алкоголь и закуривают сигарету — они негативно влияют на будущее своих детей.

Вот несколько полезных правил для родителей:

- Не наказывайте и не поощряйте ребенка едой. Строгие запреты провоцирует повышенный интерес.
- В школе не следует перекусывать вредной едой. Давайте в школу «полезный перекус»: очищенные овощи, нарезанные фрукты, натуральный йогурт, кефир, бутерброд на ржаном или цельнозерновом хлебе с нежирным отварным мясом и зеленью, яйцо.
- Ребенок должен привыкать жить без конфет и булочек.
- Доедать содержимое тарелки не обязательно.
- Меньше солите еду.
- Дети часто путают чувство жажды и голод. Необходимо предлагать воду и пить достаточное количество чистой воды.
- Дети должны знать, какая пища является полезной и уметь готовить ее.

Рекомендации по питанию разработаны с учетом потребности в калораже и соотношению белков, жиров и углеводов (БЖУ) в суточном рационе.

Правила здорового питания:

- Прием пищи 4–6 раз в день небольшими порциями.



- Последний прием пищи за 3 час до сна.
- Пережевывание пищи тщательно и медленно.
- Не есть перед телевизором и в кинотеатре.
- Исключать скрытые жиры, фастфуд.
- Не сладить чай, каши, творог.
- Употреблять сырые овощи и фрукты вместо сладостей.
- Вставать из-за стола с легким чувством голода (насыщение наступает через 30 мин после начала приема пищи).
- Не держать сладости на столе постоянно.
- Принимать пищу только при появлении чувства голода.
- Сначала организм следует напоить водой. Достаточное суточное потребление воды: 20 мл/ кг массы тела.
- Следить за калорийностью продуктов.
- Есть из маленьких тарелок.
- Красиво сервировать стол, согласно правилам этикета.

Чтобы ребенок хорошо рос и развивался, в рационе должен быть необходимый минимум продуктов, которые обеспечивают получение питательных веществ, витаминов и минералов. Примерная суточная потребность в пищевых ингредиентах для ребенка в возрасте 7–17 лет содержится в следующем наборе продуктов: мясо — 150–200 г., рыба — 150–200 г., овощи — 900–1300 г., молочные продукты — 400 г., фрукты — 200–300 г., крупа — 15–20 г. (греча, овес, пшено, полба, бурый рис, перловая, ячневая), яйцо — 1 шт., хлеб — 100 г., сыр — 10 г, сметана 10–15% — 10 г., масло сливочное и растительное — по 10–15 г.

Суточная потребность в Килокалориях по возрастам:

- Дети 7–9 лет — 1800–2000 (ккал)
- Дети 10–12 лет — 2000–2500 (ккал)
- Дети 13–15 лет — 2500–3000 (ккал)

С возрастом потребность в калораже снижается, так как активный рост и пубертатное развитие остаются в прошлом.

Пища должна быть разнообразной и экологически чистой, т.к. помимо белков, жиров и углеводов организму ребенка необходимо получить набор витаминов и микроэлементов (Таб. 1 и 2)

При ожирении из питания исключаются: сахар, пшеничная мука высшего и 1 сорта и изделия из нее, макароны, белый очищенный рис, манная крупа, готовые и быстро растворимые каши, соусы, в т.ч. майонез, виноград, бананы, хурма, соки и газированные напитки, жирные сорта мяса и рыбы, мясные и рыбные консервы, сосиски, колбаса, сладкие и жирные молочные изделия (творожная масса, сырки, йогурты с добавками), фастфуд.

Хочу подробнее остановиться на понятиях **«трансжиры»**, **красители** и **консерванты**. Мы часто не задумываемся, где содержатся эти вещества, и насколько они вредны для растущего детского организма.

Транжиры — ненасыщенные жиры, образующиеся в процессе гидрогенизации, т.е. насыщения водородом. В 1909 г ученый Сабатье получил за это изобретение Нобелевскую премию. Речь идет о дешевых растительных маслах, которые при химической реакции становятся похожими на масла животного происхождения и используются для удешевления продукции массового потребления. Нельзя забывать про красители и консерванты, которые позволяют продуктам питания долго не портиться и иметь красивый, аппетитный внешний вид, запах и вкус. Про добавки со знаком «Е» появилось много публикаций.

Таблица 1

Суточная потребность детей в витаминах

Витамин	Суточная потребность
Аскорбиновая кислота (C)	50–100 мг
Тиамин (B1)	1,4–2,4 мг
Рибофлавин (B2)	1,5–3,0 мг
Пиридоксин (B6)	2,0–2,2 мг
Никотиновая кислота (PP)	15–20 мг
Фолиевая кислота (B9)	200 мкг
Цианокобальтамин (B12)	2–5 мкг
Биотин (H)	50–300 мкг
Пантотеновая кислота (B3)	5–10 мг
Ретинол (A)	0,5–2,5 мг
Кальциферол (D)	2,5–10 мкг
Токоферол (E)	8–15 МГ

Таблица 2

Суточная потребность детей в основных минералах

Возраст (лет)	Кальций (Ca)	Фосфор (P)	Магний (Mg)
7-10	1200	2000	360
11-13	1500	2500	400
14-17	1400	2000	530

Таблица 3

Критичные ингредиенты в пище

E 111	оранжевый альфа нафтол, краситель: супы быстрого приготовления мармелад, сухарики, газированные напитки, копчености, мороженое, глазурь. Запрещен законодательно.
E 124	пунцовый понсо, краситель: напитки, кондитерские изделия, консервы, запрещен в фармацевтической промышленности
E 132	индигокармин, краситель: кондитерская промышленность, напитки, мороженое, фармацевтическая промышленность, косметическая промышленность
E 143	зеленый стойкий, запрещен в медицинской, но разрешен в пищевой промышленности, не всасывается из кишечника, но вызывает проблемы ЖКТ
E 250	нитрит натрия, доза 6 г. смертельна, убивает бактерии ботулизма и др, что увеличивает срок хранения, канцероген! но используется в мясных продуктах для придания розово-красного цвета колбасе, сосискам, консервам, мясу.
E 510	хлорид аммония, улучшает текстуру муки: макароны, кондитерская продукция, дрожжи, вина
E 513	серная кислота, регулятор кислотности
E 450	пирофосфат, стабилизатор: фарш, колбаса, мясо, сливки, яичный порошок, спреды, молочные десерты, тесто, шоколад, протеиновые коктейли, косметическая промышленность — зубные пасты
E 452	полифосфаты, эмульгатор, плавленый сыр, выпечка, дрожжи, молоко, мороженое, коктейли, маргарин, консервы
E 621	глутамат натрия — усилитель вкуса — аппетитный вкус: бульонные кубики, китайская кухня, рестораны быстрого питания, сухарики, чипсы. Запрещен для использования в домашних условиях
E 600–699	группа усилителей вкуса и аромата

Таблица 4

Расход калорий при различных видах деятельности

вид	Калорий/час	Вид	Калорий/час
Работа по дому	60	Катание на коньках	420
Шитье	65	Танцы (аэробика)	420
Вязание	85	Аэробика	450
Сидение	85	Велосипед	450
Стояние	100	Бег трусцой 8 км/час	500
Вождение	110	Плавание активное	500
Работа в офисе	140	Турпоход	500
Работа в саду	250	Лыжный кросс	500
Танцы	260	Гребля	550
Ходьба 5 км/час	280	Велосипед в спортзале	650
Настольный теннис	290	Скакалка	700
Теннис	350	Бег ЮкмАшс	700

По влиянию на организм ученые разделили их на: опасные, особо опасные, канцерогенные, вызывающие заболевания ЖКТ, кожи, аллергию, повышающие артериальное давление, ухудшающие память... Приведу пример лишь немногих (Таб. 3).

Вредные продукты, которые мы употребляем ежедневно, содержащие вредные пищевые добавки и транжиры: сахар, бекон, сосиски, колбаса (нитраты и нитриты, заменители мяса), сливки для кофе, соки в пакетах и бутылках, глазурь, мороженое, выпечка, печенье и торты, сильно прожаренное мясо, энергетические напитки, лимонад, кола, пепси, фастфуд, нагетсы, масло растительное рафинированное, маргарины, соусы и кетчупы, бульонные кубики, каши в пакетиках, хлебобулочные изделия, содержащие бромат калия и сухие дрожжи, искусственный шоколад, фруктовые йогурты, содержащие триполифосфат натрия, сухофрукты, обработанные сернистым ангидридом, фрукты, обработанные воском и газом.

При ожирении для снижения массы тела необходимо соблюдать лишь 3 правила:

1. Уменьшить суточный калораж на 500 ккал/сут

2. Ежедневно проходить пешком не менее 5 км или 11 тыс. шагов или иметь часовую физическую нагрузку (танцы, бег, игры, тренажерный зал и др.)

3. Рационально распределять приемы пищи и следить за составом и качеством продуктов

На другой стороне обмена веществ — расход накопленной энергии. Приведу примеры, какое количество килокалорий в час расходуется при различных видах деятельности (Таб. 4).

Так, съев кусок торта 100 г. — 300 ккал, вам потребуется 1 час быстрой ходьбы, чтобы он не отложился в виде жира. При увеличении калорийности пищи на 100 ккал в сутки гарантирована прибавка массы тела на 3–5 кг в год!

Расчет нормы калорий производится по формулам в зависимости от возраста, пола и физической активности.

Подводя итог, хочу призвать не перекармливать детей, предлагать детям здоровую пищу, свести к минимуму потребление трансжиров и вредных пищевых добавок и увеличить физическую активность. Регулярность выполнения рекомендаций в семье и школе, жизнь с удовольствием и активный отдых сделают школьников, а значит, и будущую нацию здоровой. ☺

НОВОСТИ

Минюст зарегистрировал приказ Минздрава от 23 октября 2019 г. о Порядке организации медицинской реабилитации детского населения. Документ вступит в силу с 1 января 2021 года. Приказ устанавливает правила организации медицинской реабилитации детей на основе применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов по основным классам заболеваний или отдельным нозологическим формам — с учетом возраста, анатомо-физиологических особенностей, тяжести основной болезни и сопутствующих, реабилитационного потенциала, нарушений мнестико-интеллектуальной сферы. Оговаривается, что реабилитация (в т.ч. новорожденных с экстремально низкой массой тела) осуществляется в максимально ранние сроки от начала заболевания; в медорганизациях с соответствующей лицензией; амбулаторно, в дневном или круглосуточном стационарах. Порядок устанавливает критерии определения уровней курации с учетом тяжести состояния пациентов, этапы реабилитации, действия лечащего врача и специалистов. Приложения к документу содержат штатные нормативы, стандарты оснащения и правила организации деятельности отделений медицинской реабилитации для детей с заболеваниями нервной системы, опорно-двигательного аппарата, соматическими, органов чувств (зрения и слуха), онкологическими. В отдельном приложении оговариваются также правила организации деятельности детских реабилитационных центров.

Ранее необходимость создания отдельного порядка по медицинской реабилитации детей специалисты обосновали многочисленными особенностями организма ребенка, более высокой пластичностью, способностью к восстановлению и совершенно другой структурой заболеваний, требующих реабилитации.

Источник: <https://medvestnik.ru/content/news/>



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

ЕЖЕГОДНЫЕ МЕЖДУНАРОДНЫЕ КОНФЕРЕНЦИИ «АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕДИЦИНА. ВОЗМОЖНОСТИ СОТРУДНИЧЕСТВА МЕДИЦИНЫ НАРОДНОЙ, ПРИРОДНОЙ И КЛАССИЧЕСКОЙ»

Начиная с февраля 2012 года, у нас сложилась традиция проводить ежегодные международные конференции на тему: «Альтернативная медицина. Возможности сотрудничества медицины народной, природной и классической» на венгерском курорте Хевиз, который славится своим лечебным термальным озером, доступным для купания круглый год.

Иногда в конференции принимают участие специалисты из многих стран, иногда — только из России, Венгрии и, например, Казахстана, как это было в феврале 2020 г., но каждый раз эти мероприятия ведут к определенному результату, заключению важных договоров, определению перспектив международного сотрудничества, обсуждению общих планов работы в конкретных сферах медицины, прежде всего, в сфере санаторно-курортной реабилитации пациентов.

В феврале 2020 г. в рамках традиционной конференции в Хевизе, проходившей на территории лечебной гостиницы Ensana Thermal Heviz (Danubius) ****, состоялся круглый стол по кондуктивной педагогике с участием декана факультета кондуктивной педагогике им. А. Петё Университета Семмельвейса (Будапешт) Др. Жебе Андреа, заместителя декана Др. Фекетене Сабо Евы, помощника декана Др. Ленделя Яноша, руководителя по международным связям Всемирной ассоциации кондуктивной педагогике Др. Чука Пала. Состоялись успешные переговоры и подписание меморандума о сотрудничестве между двумя вузами: Университетом Семмельвейса и Орловским государственным университетом им. И. С. Тургенева, в результате планирует-

ся создать экспериментальную платформу для внедрения метода кондуктивной педагогики в практику российских специалистов на базе Болховского Дома-интерната для детей с физическими недостатками (Орловская область, г. Болхов, директор Виноградова Л. В.), а также начать обучение выпускников ОГУ на факультете кондуктивной педагогики им. А. Петё в Будапеште по программе магистратуры, помимо краткосрочных курсов для преподавателей ОГУ.

Планомерно мы шли к этим результатам все эти годы, старались обращать внимание ответственных лиц на проблемы пациентов с ДЦП, прежде всего, детей, привлекали к решению этих проблем чиновников по мере сил и возможностей. К сожалению, кроме совместных семинаров и конференций, инициированных нашей организацией, подвинуть на большее чиновников, да и руководство вузов в Санкт-Петербурге не удалось. Зато отклик мы увидели в регионах России, например, в г. Орел со стороны руководства опорного вуза — Орловского государственного университета им. И. С. Тургенева. В октябре 2020 г. состоится уже третья наша совместная международная конференция, посвященная комплексной реабилитации пациентов различного профиля, и выйдет уже третий сборник научных трудов по этой актуальной теме.

Все идет к тому, что именно город Орел станет первым среди регионов России, где будет внедрен венгерский метод кондуктивной педагогики в программы реабилитации детей с ДЦП и другими двигательными нарушениями.

Напомним, что метод отличается высокой эффективностью, имеет 70-летнюю историю практического приме-



ния, известен во всем мире и до сих пор никак не используется в России...

Метод кондуктивной педагогики включается в комплекс программ реабилитации детей с ДЦП в лечебной гостинице Kolping, которая расположена в поселке Альшопакх рядом с Хевизом. Такие программы реабилитации обычно планируются заблаговременно и составляются индивидуально с учетом всех особенностей пациента, степени двигательных нарушений, возраста, состояния интеллекта. Кроме кондуктивной педагогики, в программу реабилитации обычно включаются: подводный массаж, лечебная физкультура в воде, механотерапия, кинезиотерапия, арт-терапия, песочная терапия, эко-питание, ландшафтотерапия и др. Одним из направлений работы Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» является информирование педиатров и родителей о современных возможностях реабилитации детей с ДЦП и организация групп родителей с детьми на такие курорты, где эти программы успешно реализуются.

Из года в год доклады участников февральской конференции поражают широтой тематики и взглядов на различные проблемы современной медицины и психологии. На этот раз также были представлены интересные темы: саматипология, фелинотерапия, сокотерапия и лечебное голодание, сотрудничество медицины народной и классической и т. д.

Но традиционной темой всех конференций, проводимых нашим издательством в Венгрии, конечно, является тема санаторно-курортного лечения и лечебно-оздоровительных возможностей венгерских курортов. Как обычно, был представлен обзор сотрудничества нашего Общества специалистов с различными венгерскими курортами,



КУРОРТЫ ВЕНГРИИ ГЛАЗАМИ РОССИЙСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Под редакцией М. Мамасовой



а о самом Хевизе рассказал почетный посол г. Хевиз в России и странах СНГ г-н Эрдош Эндре.

Приятным сюрпризом для делегатов было знакомство с миниотелем Villa Lira на территории курорта Хевиз, где мы в течение вот уже нескольких лет подряд проводим совместные программы «Танцующие люди», поскольку хозяйка отеля — профессиональный педагог по танцам, а в миниотеле есть танцевальный и музыкальный залы. Учитывая, что танцевальная терапия является общепризнанным методом реабилитации и оздоровления, программа «Танцующие люди» в Хевизе стала очень популярной и востребованной.

Всем делегатам нашей февральской конференции мэр города Хевиз г-н Папп Габор традиционно оформляет дипломы. Это тоже стало своеобразной традицией в рамках нашего сотрудничества с этим прекрасным венгерским курортом.

Приглашаем коллег принять участие в следующих наших мероприятиях как на зарубежных, так и отечественных курортах. Анонсы размещаются в журнале. ☺

**ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ
«МЕЖДУНАРОДНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СОТРУДНИЧЕСТВО»
ПРИ ИЗДАТЕЛЬСКОМ ДОМЕ СТЕЛЛА**

**Тел/факс (812) 307-32-78, тел. +7-921-589-15-82
e-mail: stella-mm@yandex.ru
<http://www.stella.uspb.ru>**



Шевчук Ю. А.,
преподаватель кафедры сестринского дела
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России,
заместитель руководителя Общества специалистов
«Международное медицинское сотрудничество»
при Издательском Доме СТЕЛЛА,
Санкт-Петербург, Россия

МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Минеральные воды относятся к природным лечебным факторам и широко применяются в разных областях медицины, в частности, в гастроэнтерологии и аллергологии.

Первые упоминания о лечебном применении минеральных вод встречаются в литературных памятниках Месопотамии, датированных третьим тысячелетием до н.э. Упоминали о лечебном действии минеральных вод и известные врачи древнего мира Гиппократ, Авиценна, Плиний, Геродот, Соран Эфесский и др. (1).

Только в трех местах на земле есть разломы земной коры, позволяющие глубинным водам подняться на поверхность, одно из этих мест — Чехия, где в течение уже нескольких столетий добываются природные минеральные воды, которые с успехом используются в лечении многих заболеваний.

Учение о минеральных водах, впрочем, как и о других природных лечебных факторах, бурное развитие получило в России в советский период. К 1971 г. в стране функционировало уже 14 НИИ курортологии и физиотерапии, в задачи которых входило изыскание курортных ресурсов, изучение их свойств, механизма действия на организм; разработка методов лечения и учет их эффективности при различных заболеваниях; составление показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения; изучение потребности населения в санаторно-курортном лечении и разработка планов развития курортов в СССР, форм и методов организации курортов и курортных учреждений; принципов и нормативов курортного строительства и благоустройства (2).

В настоящее время во многих странах мира функционирует огромное количество источников лечебных, ле-

чебно-столовых и столовых минеральных вод, которые успешно используются в комплексных программах реабилитации и оздоровления пациентов.

Для достижения желаемой цели от применения той или иной водолечебной процедуры при различных заболеваниях врачи руководствуются конкретными представлениями о взаимообусловленности специфических физико-химических свойств назначаемого вида физического фактора и особенностями течения патологического процесса у данного пациента (1).

Самым древним и самым распространенным методом применения минеральных вод является питьевое лечение.

Напомним, что «природные минеральные питьевые воды — это подземные воды различного химического состава, насыщенные двуокисью углерода и используемые в качестве лечебных, лечебно-столовых и столовых вод» (3).

АЛЛЕРГИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ЖКТ)

XXI век заслуженно называют веком аллергических заболеваний, в том числе и бронхиальной астмы. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что от 4 до 8% населения страдают бронхиальной астмой. Эта патология человека стала глобальной, охватив все континенты, и среди хронической патологии у детей она является самой частой (4).

Аллергия — это состояние повышенной чувствительности организма к какому-либо веществу или нескольким веществам, которые обычно являются безобидными для большинства людей. Сенсибилизация проявляется в виде аллергической реакции. Основными признаками



ЛЕЧЕБНЫЕ ВОДЫ ЧЕХИИ И СЕРБИИ У ВАС ДОМА

MINERVODA.RU



#ПитьЧтобыЖить

 facebook.com/rodnikmineral
 vk.com/rodnikmineral
 [@minervoda](https://t.me/minervoda)

 instagram.com/rodnikmineral
E-mail: info@minervoda.ru

Москва: +7 (495) 108-20-02
Санкт-Петербург: +7 (812) 309-58-02
Россия: +7 (800) 777-70-02

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



аллергии у человека являются: сыпь, зуд, чихание, слезотечение, тошнота, отек, бронхоспазм и т. д.

Аллергенами могут быть определенные продукты питания (пищевая аллергия), лекарства (лекарственная аллергия), бытовая химия, домашняя пыль (бытовая аллергия), пыльца растений (поллиноз) и т. д.

Росту аллергической патологии способствуют различные факторы: частота дисфункций иммунной системы, увеличение потребления продуктов химического синтеза, а именно, бытовой химии, косметики, лекарств, а также некоторых продуктов питания (фаст-фуд, газированные напитки, содержащие красители и консерванты, продукты ГМО и др.).

Широкое распространение аллергии связывают также с ухудшением статистики по заболеваниям ЖКТ, в частности, ростом распространенности хронического гастродуоденита, патологии гепатобилиарной системы, а также дисбиоза кишечника, в результате чего происходит нарушение всасывания жизненно необходимых нутриентов и удаления из организма токсинов и аллергенов.

АЛЛЕРГИЯ И ВОДА

При бронхиальной астме отмечается повышение содержания гистамина в легочной ткани, что инициирует развитие бронхоспазма. Вследствие этого, в результате компенсаторных механизмов, заложенных природой, снижаются потери воды с дыханием, дыхание во время приступов учащается, и при недостаточном поступлении воды в организм развивается риск обезвоживания. Поэтому употребление достаточного количества обычной питьевой или минеральной воды является необходимым звеном в комплексе терапевтических мероприятий при бронхиальной астме.

Кроме вышеописанных механизмов, гистамин повышает сосудистую проницаемость и усиливает продукцию слизи (4).

Известно также, что при аллергии страдает обмен кальция, поэтому рекомендуется использовать в комплексном лечении аллергических заболеваний минеральные питьевые воды, содержащие достаточное количество кальция.

Примером может служить **чешская минеральная вода «Рудольфов Прамен»**, которая относится к природным питьевым, слабо минерализованным железистым водам из гидрокарбонатной-кальциево-магниево-группы с повышенным содержанием кремниевой кислоты. Общая минерализация — от 2 до 2,6 г/л. Минеральная вода «Рудольфов Прамен» обладает уникальной структурой: кальций, магний, калий, натрий, сера, фтор, а также двухвалентное железо и кремний. Вода входит в десятку ценнейших вод мира.

Добывается эта вода из источника курорта Марианске-Лазне. Название источника происходит от имени наследника престола, принца Рудольфа.

Учитывая, что кальций участвует во многих обменных процессах в организме, в частности, в процессе остеогенеза, является компонентом свертывающей системы крови, а также необходим для стабилизации нервной и мышечной деятельности, минеральная вода «Рудольфов Прамен» рекомендуется в комплексной терапии не только при аллергической патологии, но и при остеопорозе, нервных и мышечных расстройствах.

Магний, содержащийся в минеральной воде «Рудольфов Прамен», повышает растворимость оксалатов в моче и блокирует образование оксалатных камней. Магний необходим для нормального функционирования сердечно-сосудистой и нервной систем, оказывая стабилизирующий, седативный эффекты, что также имеет значение в комплексном лечении аллергии.

Содержание железа в минеральной воде «Рудольфов Прамен» позволяет использовать эту воду при реабилитации больных в послеоперационном периоде, а также при лечении анемии.

Обычно назначаются питьевые курсы воды продолжительностью до 30 дней по 250 мл три раза в день. Курсы можно повторять 3–4 раза в год.

МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖКТ

По статистике, почти 90% населения России страдают различными заболеваниями ЖКТ, запорами — пятая часть населения и т. д. Широко распространен дисбиоз кишечника, который играет значимую роль в развитии вторичной аллергии. Питьевые курсы минеральных вод являются прекрасным дополнением к комплексному лечению и реабилитации гастроэнтерологических пациентов.

Достаточно широко используется в гастроэнтерологии **чешская минеральная вода «Билинска Киселка»**, это гидрокарбонатная вода из лечебно-столовой группы со средней минерализацией и оптимальным лекарственным соотношением анионов и катионов. Общая минерализация — 7,1–7,6 г/л, pH — 6,6–6,7. Обладает солоновато-кислым, освежающим вкусом с приятной природной газацией. В воде содержатся следующие катионы: натрий, кальций, калий, магний и литий; а также анионы: хлор, фтор, сульфаты и гидрокарбонаты. Вода содержит метакремниевую и ортоборную кислоты. Такой состав воды обуславливает ее терапевтический эффект: активацию обменных процессов на клеточном уровне, дезинтоксикацию и удаление из организма продуктов распада.

Минеральная вода «Билинска Киселка» применяется в комплексном лечении больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, хроническим гастродуоденитом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, хроническим панкреатитом и т. д. Вода также стимулирует адаптационные реакции, что позволяет рассматривать ее как средство повышения резистентности организма. «Билинска Киселка» влияет на выработку ферментов пищеварительной системы, поэтому успешно применяется при ожирении, а за счет умеренного желчегонного и желчестимулирующего действия применяется в комплексной терапии патологии желчного пузыря и печени (ЖКБ, хронический холецистит, холангит, дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди). Питьевые курсы этой минеральной воды могут включаться в схемы коррекции дисбактериоза кишечника, т. к. вода «Билинска Киселка» способствует активации микрофлоры кишечника и выработке ею антибактериальных и биологически активных компонентов.

Абсолютных противопоказаний нет. Относительные противопоказания: декомпенсация кровообращения,

хроническая почечная недостаточность, диабетический ацидоз.

Чешская минеральная вода «Зайчицкая Горькая» — это горькая по вкусу сульфатно-магниева минеральная вода с высокой степенью минерализации и pH 6,7, отличное желчегонное и мягкое природное слабительное средство. Идеально подходит для тюбажей. Препятствует образованию камней в желчном пузыре, оказывает противовоспалительное действие, способствует купированию кожных проявлений аллергии. Это природное слабительное и естественное желчегонное средство. Способствует также выработке пищеварительных ферментов, детоксикации, нормализует уровень холестерина в крови, тем самым препятствуя развитию атеросклероза. По содержанию магния превосходит все известные воды в мире. Кроме того, содержит: натрий, калий, кальций, цинк, серу, йод, литий.

Основные показания к применению: хронические запоры, ДЖВП, заболевания печени и желчного пузыря, диспепсия различного характера, а также ожирение, атеросклероз, гипертоническая болезнь, неврологические расстройства.

Абсолютных противопоказаний нет. Относительные противопоказания: выраженная недостаточность кровообращения, тяжелая печеночная и почечная недостаточность, декомпенсированный ацидоз, желчнокаменная болезнь.

Наибольший лечебный эффект при многих заболеваниях дает совместное применение минеральных вод «Зайчицкая Горькая» и «Билинска Киселка».

Чешская минеральная вода «Винцентка» относится к среднеминерализованным, хлоридно-гидрокарбонатно-натриевым щелочным водам с повышенным содержанием фторидов и борной кислоты.

По содержанию биогенных элементов подходит в качестве природного дополнения к питанию спортсменов, детей, беременных женщин и выздоравливающих пациентов. Может применяться в качестве источника йода, который необходим для нормального функционирования, прежде всего, щитовидной железы, для правильного физического и умственного развития детей.

Минеральную воду «Винцентка» можно использовать для лечебных целей несколькими способами: 1) орошение носоглотки и верхних дыхательных путей; 2) ингаляции; 3)

питьевые курсы воды при заболеваниях органов пищеварения, например, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочных диспепсиях, хронических заболеваниях желчного пузыря, а также при заболеваниях обмена веществ (сахарный диабет, ожирение и т.д.), острых и хронических заболеваниях дыхательных путей (5).

Противопоказания к применению воды «Винцентка»: артериальная гипертензия III ст., ХСН III ст., цирроз печени с асцитом, тяжелое нарушение функции почек.

Воду употребляют в холодном и подогретом виде, при необходимости — с добавлением обычной воды или молока. Суточная доза для взрослых пациентов — до 600 мл, для детей — до 300 мл.

При желудочных диспепсиях с пониженной кислотностью желудочного сока воду принимают холодной за 20–30 минут перед приемом пищи. При желудочных диспепсиях с повышенной кислотностью желудочного сока воду принимают в теплом виде с интервалом в 1 час перед приемом пищи (5).

При острых заболеваниях верхних дыхательных путей данная минеральная вода оказывает благотворное воздействие при приеме внутрь в комбинации с горячим молоком в соотношении 1:1. Принимают в теплом виде по 250 мл медленно (в течение примерно 5 минут) (5).

Таким образом, питьевые курсы минеральных вод могут во многих случаях быть полезны в комплексном лечении и реабилитации пациентов с аллергической патологией и заболеваниями ЖКТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рябцев В.С. Целебная сила воды. Москва: ИНКОМ-БУК, 1999, 184 с.
2. Бондарь В.И. Что означает право ребенка на охрану здоровья в нашей стране // Пятиминутка, № 1, 2007, С. 4–9.
3. http://22.rospotrebnadzor.ru/491/-/asset_publisher/n55G/content/
4. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». Второе издание. — М.: Издательский дом «Русский врач», 2006. — 100 с.
5. Ждихинец Б. Применение минеральной воды «Винцентка» в лечебных целях // Пятиминутка, № 1. — 2017.



Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, Санкт-Петербург
Контакты: тел. +7-921-589-15-82, e-mail: stella-mm@yandex.ru

- Консультации по выбору профильного курорта (в России и за рубежом) с учетом всех показаний и противопоказаний
- Профессиональные рекомендации по программам санаторно-курортной реабилитации
- Информационное сопровождение на отечественных и зарубежных курортах
- Рекомендации специалистов по питьевым курсам минеральной воды, бальнеопроцедурам с целью комплексного лечения и оздоровления
- Организация рабочих поездок специалистов по обмену опытом на отечественные и зарубежные курорты
- Проведение семинаров и конференций по санаторно-курортной и комплексной реабилитации пациентов различного профиля.



Некрасова В. Б.,
академик МАНЭБ,
почетный доктор ЛТА им. С. М. Кирова,
доктор технических наук,
Санкт-Петербург, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ АДАПТОГЕНОВ ИЗ ХВОИ И ВОДОРΟΣЛЕЙ В ФИЗИОТЕРАПИИ

Физиотерапия, как и другие традиционные и новые методы физиотерапии, — это огромный резерв для оздоровления населения. При любых методах физиотерапии весьма эффективным дополнением является повышение неспецифической сопротивляемости организма за счет восстановления иммунитета, нормализации микрофлоры желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), восполнения дефицита макро- и микронутриентов, выведения из организма тяжелых металлов, токсинов, метаболитов от фармакотерапии.

В комплексных схемах физиотерапевтических процедур целесообразно применять биокорректоры питания — адаптогены. К ним относятся биологически активные добавки к пище (БАД), продукты функционального и специального питания, которые восполняют дефицит витаминов, минералов, других полезных компонентов пищи. БАД — это природные (или идентичные природным) биологически активные вещества, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевых продуктов для повышения пищевой ценности. БАД не является лекарством и, в отличие от лекарств, не содержат вредных, токсичных, наркотических компонентов. Мы рекомендуем принимать только натуральные БАД, но не «подобные натуральным».

В настоящее время природные биологически активные вещества (БАВ) вновь привлекли внимание врачей и населения, началось бурное развитие фармаконутрициологии — пограничной науки между наукой о питании и фармакологией. Это полностью соответствует видению великого ученого-диетолога, одного из основоположников НИИ питания РАМН А. А. Покровского: «Пищу следует рассматривать не только как источник энергии и пластических веществ, но и как весьма сложный фармакологический комплекс». БАД позволяют удовлетворить потребности организма в необходимых веществах. От-

клонения от так называемой «формулы сбалансированного питания» рано или поздно, но неизбежно приводят к нарушению различных функций и, как следствие, к различным патологиям современного человека: сердечно-сосудистым, онкологическим заболеваниям, сахарному диабету, метаболическому синдрому, остеопорозу, дисбиозу и другим.

Целесообразно применять БАД в качестве вспомогательного средства при физиотерапии, особенно на стадиях восстановления и реабилитации, а также при хронических заболеваниях для снижения доз лекарств и минимизации последствий фармакотерапии.

Серьезную доклиническую и клиническую апробацию прошли растительные адаптогены — БАД из хвои и водорослей производства НПФ «Фитолон-Мед». Эти БАД содержат витамины и провитамины, производные хлорофилла, макро- и микроэлементы, натриевые соли полиненасыщенных жирных кислот, горечи и другие БАВ. Натуральные растительные комплексы из хвои и водорослей содержат полезные вещества в природой созданных соотношениях, а макро- и микроэлементы — в органически связанной форме, поэтому легко усваиваются и не дают побочных действий.

Витохвоин — поливитаминно-фитонцидный комплекс из хвои сосны и ели, содержит витамины Е и К, сквален, пренолы, провитамины Д (фитостерины) и А (каротиноиды), фитонциды, горечи, производные хлорофилла, полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК), балзамические вещества. Витохвоин восполняет дефицит витаминов в питании, применяется для профилактики и в комплексном лечении гриппа, ОРВИ, ОРЗ, туберкулеза, при глистных инвазиях. Таблетки Витохвоина в качестве вспомогательного вещества содержат альгинат натрия взамен МКЦ. Известно, что альгинат натрия снимает изжогу, выводит из организма вредные метаболиты, тя-

желые металлы, радионуклиды, нормализует стул (купирует запоры).

Провитам из хвои не содержит жирных кислот и хлорофилла, но в нем в 3 раза больше, чем в Витохвоине, витаминов и провитаминов, сквалена и пренолов. Провитам — онко-, геро-, гепато- и кардиопротектор.

Альгиклам — липидный концентрат ламинарии, в составе которого ω -3-типа и другие полиненасыщенные жирные кислоты, производные хлорофилла, макро- и микроэлементы (в т.ч. органически связанный йод), маннит и альгинат кальция. Альгиклам применяют для профилактики и в комплексном лечении мастопатии, при кистах, фибромах, полипозах, при климаксе, для нормализации липидного обмена.

Другим профилактическим продуктом является **Йод-Элам** на основе водного экстракта и альгината кальция из ламинарии. Йод-Элам используют для восполнения йодного дефицита, нормализации работы щитовидной железы и эндокринной системы в целом.

Фитолон — медный комплекс хлорофилла в липидном концентрате ламинарии — применяют в качестве кроветворного средства для нормализации уровня гемоглобина крови, при анемиях, лейкопениях различного генеза, для сохранения состава крови при химио- и лучевой терапии.

Альгинат кальция — энтеросорбент широкого спектра действия. Он восполняет дефицит кальция в организме, показан для купирования изжоги, нормализации работы ЖКТ, при запорах, для выведения из организма токсинов, радионуклидов и тяжелых металлов.

БАД придает большое значение для использования в качестве «дополнительного источника пищевых и биологически активных веществ; для оптимизации углеводного, жирового, белкового, витаминного и других видов обмена; для нормализации и/или улучшения функционального состояния органов и систем; для снижения риска многих заболеваний; нормализации микрофлоры желудочно-кишечного тракта; в качестве энтеросорбентов» /СанПиН 2.3.2.1290–03/.

Широкое применение БАД — попытка на новом витке спирали развития вновь прийти к гармонии с природой, существенно расширить адаптационные возможности человека в условиях постоянно нарастающего техногенного и эмоционального стресса.

Более подробно ознакомиться с информацией о вышеописанной профилактической продукции, а также о других натуральных пищевых, гигиенических и косметических средствах из биомассы дерева и пищевых бурых водорослей можно на сайте www.fitolonmed.ru. 



ФИТОЛОН-МЕД

научно-производственная фирма

www.fitolonmed.ru



ВИТОХВОИН® — поливитаминно-фитонцидный комплекс из хвои сосны и ели, источник фитостерина, альгинатов (растворимых пищевых волокон) и других жизненно важных биологически активных веществ.

Активные компоненты: хвойная паста и альгинат натрия.

Хвойная паста — липидный концентрат хвои — обладает выраженной противовирусной активностью, оказывает общеукрепляющее действие. **Альгинат натрия** улучшает функциональное состояние пищеварительного тракта, способствует росту нормальной микрофлоры и снижению аллергической настроенности организма.

СПРАШИВАЙТЕ Витохвоин и другую оздоровительную продукцию

от компании «Фитолон-Мед» в Грибных аптеках:

- ул. Чайковского, д. 51 (М Чернышевская), иел. (812) 273-20-43;
- Невский пр., 180 (М пл. А. Невского), тел. 717-17-11;
- ул. Колокольная, д. 3 (М Владимирская), тел. (812) 575-57-97;
- ул. Ленсовета, д. 88 (М Звездная), тел. (812) 368-98-04;
- Дачный пр., д. 2/2 (М Ленинский пр./ пр. Ветеранов), тел. (812) 377-26-86

в Аптеках ЭТИЗ:

- Большой пр. ПС, д. 10 (поликлиника № 83) (М Петроградская)
- ул. Савушкина, д. 115, корп., (М Черная речка/Старая деревня), тел. (812) 431-17-29
- ул. Мебельная, д. 47, корп. 1 (М Старая деревня), тел (812) 920-12-53

Свидетельство о гос. регистрации
№ RU.77.99.88.003. E.002716.06.18 от 29.06.2018

Рекомендован (по СГР): взрослым по 2 таблетки 3 раза в день во время еды. Продолжительность приема — 1–3 месяца. Срок годности — 3 года.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов, беременность, кормление грудью. Перед применением рекомендуется проконсультироваться с врачом



Реклама

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ



НДВА ОРГАНИК КОМПЛЕКС — БЕЗОПАСНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА ГОРМОНОЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В БОРЬБЕ С ОСТЕОПОРОЗОМ И ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

(ИНТЕРВЬЮ С ПРОФЕССОРОМ В. И. СТРУКОВЫМ)

Сегодня наш собеседник — доктор медицинских наук, профессор, разработчик российских остеопротекторов Виллорий Иванович Струков. Основатель Центра остеопороза в Поволжье, он уже 26 лет возглавляет его пензенское отделение. На счету ученого более 100 разработок в области здравоохранения и свыше 25 инновационных предложений, организация 15 научных конференций с международным участием. Виллорий Иванович — участник российских и зарубежных симпозиумов и конгрессов, выступавший с докладами в Вашингтоне, Санта Фе, Мюнхене, Милане, Флоренции, Севилье и других городах.



— Виллорий Иванович, на существующем фармацевтическом рынке огромное количество средств для укрепления костной ткани. Что побудило Вас к разработке новых остеопротекторов?

— К сожалению, многие специалисты не учитывают того факта, что у большинства пожилых людей, страдающих остеопорозом, есть коморбидность и полипрагмазия. Ко мне, в основном, обращаются пациенты, среднее количество назначенных препаратов которым составляет не менее 9 наименований, максимально было 19! Поэтому приходится распутывать этот клубок и оставлять максимум 2 лекарственных препарата, а все остальные заболевания лечить физиопроцедурами и назначать БАДы, которые мягко корректируют состояние человека.

Меня как специалиста не устраивала повсеместная практика назначения карбоната кальция в сочетании с витамином D. Во-первых, этот широко рекламируемый дуэт ведет к кальцификации мягких тканей, повышая риск инсульта и инфаркта.

Во-вторых, карбонат кальция значительно понижает кислотность желудка, а у возрастных пациентов она и так снижена. К тому же многофакторный патогенез остеопороза требует персонализированного подхода к пациентам, а не назначения всем одинаковой универсальной таблетки. А, в-третьих, пришло понимание гормональной подоплеку развития остеопороза и необходимости коррекции гормонального статуса. Разработанные нами остеопротекторы «Остеомед», «Остеомед Форте» и «Остео-Вит D₃» успешно разрешили все три обозначенные проблемы.

— Ключевым компонентом названных препаратов является «НДВА органик комплекс». Что же это за исключительный компонент?

— Аббревиатура НДВА (Homogenate Drone Brood Adsorbed) означает адсорбированный гомогенат трутневых личинок. Продукты пчеловодства издавна применяются в медицине. Однако потенциал трутневого гомогената как корректора костного метаболизма оставался не раскрытым. Мы обратили внима-

ние на это вещество в связи с большим содержанием в нем гормональных предшественников гонадного типа, идентичных человеческим. Наш организм оказался способен использовать их как материал для построения собственных гормонов, и, в частности, тестостерона. От уровня последнего и зависит в наибольшей степени костный анаболизм.

Ученые НИИ пчеловодства г. Рыбное Рязанской области доказали гонадотропный эффект от применения трутневого расплода со стимуляцией центральных звеньев, контролирующих синтез тестостерона. И что не менее важно, в ходе этих исследований они установили безопасность применения трутневого расплода.

За рубежом также пришли к мысли о необходимости влиять на гормональный фон для увеличения минеральной плотности костной ткани. Только вот введение в организм чужеродных синтетических гормонов, бычьего тестостерона или гормонов сои оказывает побочное действие, провоцируя онкологические и другие заболевания. А прямое гормоно-

замещение подавляет собственную выработку гормонов. Так что наш HDBA смело можно назвать безопасной альтернативой гормонозаместительной терапии.

— **Остеопороз чаще всего диагностируется у женщин менопаузального возраста. Не опасен ли для них прием препаратов, стимулирующих синтез андрогенов?**

— Именно дефицит андрогенов ведет к нарушению баланса между костеобразованием и костной резорбцией как у мужчин, так и у женщин. При этом уровень тестостерона в женском организме примерно в 25 раз меньше, чем в мужском. А с наступлением климакса развивается выраженный андрогенный дефицит, что и ведет к остеопорозу. Вот почему остеопорозом женщины страдают чаще мужчин.

В целом ряде клинических исследований мы убедились в эффективности и безопасности остеопротекторов «Остеомед» при менопаузальном остеопорозе. Дело в том, что действие энтеномологического тестостерона значительно отличается от действия экзогенного тестостерона, например, тестостерона пропионата, применение которого наносит существенный урон здоровью женщины, вызывая маскулинизацию, акне, гирсутизм, тромбофлебию. А нормализация андрогенного статуса у женщин с помощью HDBA способствует не только нормализации ремоделирования костной ткани, но и ослаблению силы приливов и снижению их частоты при климаксе, повышению либидо и настроения без побочных эффектов.

— **Не проще ли покупать свежий трутневый гомогенат? Какой смысл глотать таблетки, если все нужное уже содержится в пчелопродукте?**

— Знака равенства между HDBA и гомогенатом ставить нельзя. Второй крайне быстро портится, утрачивая гормональные свойства. Не позволяет сохранить гормоны в полном объеме и консервация, за исключением специально разработанной для изготовления HDBA запатентованной технологии. Речь об адсорбции на лактозе и глюкозе с вакуумным просушиванием без перепадов температур. С помощью этой технологии гомогенат превращается в сухой порошок

с повышенным содержанием биологически активных веществ.

Именно благодаря концентрации гормонов, аминокислот, деценовых кислот, витаминов и минералов HDBA органик комплекс работает как настоящее молодильное яблочко. Активизирует метаболические, анаболические и регенеративные процессы. И не забудем про другие компоненты остеопротекторов. Это наиболее биодоступная и безвредная форма кальция — цитрат кальция, витамины D₃ и B₆. Их соотношение, содержание или отсутствие в каждом из препаратов линейки «Остеомед» связано с индивидуализированным подходом к лечению остеопороза. Ведь потребности организма в минералах и витаминах у пациентов не одинаковы.

«Остеомед» подходит пациентам с явным дефицитом кальция, без дефицита витамина D; «Остео-Вит D₃» — пациентам, имеющим дефицит витамина D, достаточную или повышенную МПКТ. А «Остеомед Форте»

предназначен для лиц с выраженной остеопорозом, низкой МПКТ, при низких значениях показателей минерализации по шкале TBS и полостных образованиях в трабекулярных отделах костей.

— **Вернемся к HDBA органик комплексу. Выходит, это своего рода эликсир молодости, обновляющий ткани человеческого организма на клеточном уровне. Тогда он может быть полезен не только для укрепления костей.**

— Так оно и есть. HDBA — биостимулятор, оптимизирующий работу всех органов и систем. Поэтому он стал важным компонентом целого ряда препаратов. Для поддержания и коррекции работы репродуктивной системы созданы «Эромаск», «Эректон», «Простатон», «Андро-Вит». Революционным решением проблемы климактерического синдрома у женщин является препарат «Фемо-Клим». Для усиления мышечного анаболизма и увеличения выносливости раз-

Реклама



ФЕМО-КЛИМ

НАТУРАЛЬНОЕ НЕГОРМОНАЛЬНОЕ СРЕДСТВО
ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

- ❖ Облегчает проявления климакса, в том числе сокращает частоту и силу приливов;
- ❖ способствует возмещению дефицита эстрогенов и тестостерона;
- ❖ способствует снижению повышенной утомляемости у женщин в менопаузе;
- ❖ стабилизирует психоэмоциональное состояние;
- ❖ снижает риск быстрого набора веса, характерный для менопаузы.



Патент на изобретение РФ № RU2577225.
Патент Евразий № EA031142.
СГР № KZ.16.01.98.003.E.000651.07.19 от 31.07.2019.

100
ЛУЧШИХ
ИЗОБРЕТЕНИЙ
РОССИИ

Состав:

β-аланин – 170 мг; гомогенат трутневый адсорбированный (HDBA органик комплекс) – 100 мг; глицин – 90 мг; трава клевера красного – 25 мг; корни солодки голой – 25 мг; листья шалфея лекарственного – 25 мг; пиридоксина гидрохлорид (витамин B₆) – 0,2 мг.

8-800-200-58-98

www.secret-dolgolet.ru

feedback@secret-dolgolet.xyz



БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



работаны «Леветон Форте», «Leveton XXL», «BCAATON», «Ecdysterone P». А «Мемо-Вит» незаменим для поддержания и восстановления работы мозга при возрастных склеротических изменениях сосудов, травмах головы.

HDBA органик комплекс ценен не только гормонами, входящими в его состав. Так, в «Мемо-Вите» особую роль играют деценовые кислоты, способствующие восстановлению миелиновых оболочек нервных клеток. А полный набор всех необходимых человеку аминокислот обеспечивает мощные общеукрепляющие и питательные свойства всех средств на основе HDBA.

— **Получается, что препараты с этим компонентом обладают широчайшим спектром действия, помогают при различных нарушениях здоровья? Как такое возможно?**

— Дело в том, что биостимулирующее действие трутневого гомогената

та прицельно направляется с помощью дополнительных компонентов. В остеопротекторах это минералы и витамины, в других препаратах — лекарственные травы. Терапевтический потенциал усилен применением цельных растений, подвергнутых криообработке. В отличие от экстрактов, криопорошок сохраняет весь максимум биологически активных веществ растительного сырья.

Так, «Фемо-Клим» помогает отодвинуть наступление климакса и сгладить его симптомы не только благодаря HDBA. Свою лепту в улучшение качества жизни женщин вносят источники фитоэстрогенов — клевер красный, солодка и шалфей. В «Эромаксе» улучшению половой функции способствуют горянка, женьшень и левзея. А в «Мемо-Вите» оздоровлению сосудов служит богатая рутином и другими флавоноидами гречиха красностебельная.

— **Какое основное преимущество объединяет все перечисленные вами препараты?**

— Органическое происхождение большинства компонентов. В отличие от сильнодействующих лекарственных препаратов, все эти средства действуют мягко, не нарушая, а, напротив, восстанавливая естественный ход физиологических процессов. Поэтому при коррекции какого-то конкретного нарушения вместо обычных при применении лекарств побочных эффектов получаем общее оздоровление организма. Это самое главное. Ведь большинство современных людей с возрастом сталкиваются с коморбидностью. И наши схемы профилактики и терапии с помощью натуральных препаратов помогают выправлять состояние организма как единого целого. ☺

Беседу вела Надежда Данилова.

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)



Долинина Л. Ю.,

кандидат медицинских наук, доцент кафедры физиотерапии и медицинской реабилитации Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, руководитель Учебный центра «Интегративные технологии», президент Санкт-Петербургского гомеопатического общества, вице-президент Российского гомеопатического общества по Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербург, Россия

МЕСТО И ВОЗМОЖНОСТИ ГЕММОТЕРАПИИ (ФИТОЭМБРИОТЕРАПИИ) В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

В настоящее время вопросы лечения заболеваний пищеварительной системы становятся все более актуальными. Прежде всего, в силу колоссального роста частоты встречаемости хронического гастрита (до 90% среди взрослого населения и до 15% у детей в возрасте от 5 до 13 лет), язвенной болезни (до 12% среди взрослого населения), воспалительных заболеваний слизистых желчного пузыря и протоков, поджелудочной железы и кишечника. Современные возможности медикаментозной коррекции весьма ограничены и сопряжены с большим количеством побочных эффектов и токсическим воздействием на организм. Клиническая эффективность ряда лекарственных средств зачастую обусловлена фактом приема, поэтому при отмене наблюдаются синдром «рикошета» и быстрый рецидив. Возникает необходимость длительного применения.

В стандартные схемы базисной терапии воспалительных заболеваний желудка у взрослых и детей входят препараты, блокирующие выработку соляной кислоты, антибиотики, прием которых сопряжен с развитием токсического поражения печени, колитов, аллергических реакций, повышения возбудимости нервной системы. При этом происходит подавление синтеза пептических факторов, что влечет дальнейшее нарушение пищеварительной функции. В свою очередь, на восстановление покровного эпителия, усиление репаративных возможностей слизистых, нормализацию секреторной активности железистого аппарата желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) эти препараты не влияют. А, значит, адекватное восстановление пищеварительной, эндокринной и экзокринной, всасывающей и моторной функций неосуществимо. Таким образом, поддержание целостности покровного эпителия и мембран слизистых оболочек ЖКТ становится одной из приоритетных задач в лечении не только патологии пищеварительной системы, но и все-

го организма, так как структурные элементы слизистой отвечают в т.ч. и за реализацию иммунной защиты организма. Около 80% всех лимфоидных клеток локализируются именно в ЖКТ и ассоциированы со слизистыми и микрофлорой. Очевидной становится задача поиска оптимальных, эффективных и безопасных препаратов для регуляции состояния органов ЖКТ. Результаты клинической работы в гастроэнтерологии указывают также на то, что наилучшего результата мы достигаем благодаря возможности комбинирования лекарственных средств с учетом патогенеза, фазы и особенностей патологического процесса.

Лечение заболеваний желудка, прежде всего, хронических гастритов и язвенной болезни, должно быть направлено на регенерацию слизистых оболочек, восстановление и улучшение реологических свойств муцина и соляной кислоты, оптимизацию работы вегетативной нервной системы. В данном контексте экстракты, приготовленные из меристемной ткани растений, могут назначаться в качестве поддерживающей и регулирующей терапии в фазу ремиссии заболевания.

Геммотерапия или меристематерапия (фитоэмбриотерапия) — направление в области натуротерапии, в котором используются молодые, меристемные (недифференцированные) клетки различных растений. Термин «геммотерапия» берет свое начало от латинского слова «gemma» — почка, жемчужина.

Как терапевтический метод геммотерапия получила свое развитие в 60-е годы 20 века, благодаря врачам-гомеопатам, обратившим свое внимание на исключительность и особенность средств, приготовленных из зародышевых частей растений. Поль Генри (1918–1988), бельгийский врач-гомеопат, впервые систематизировал и экспериментально обосновал применение препаратов из меристемных тканей растений.



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

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

Так, *геммоэкстракт из почек Инжира* обладает выраженным тропизмом к слизистым оболочкам ЖКТ, прежде всего, желудка. Благодаря высокому содержанию флавоноидов (полифенолов), фукокумаринов, танина и жирорастворимых витаминов, этот экстракт обладает выраженным защитным и регенерирующим действием на слизистые, регулирует митотическую активность ткани, что способствует ускорению заживления слизистых, восстановлению покровного и железистого слоев эпителия, восстановлению его буферных свойств. Данное средство можно рекомендовать для профилактического приема в период ремиссии хронического гастрита, язвенной болезни, а также хронического колита. Его безусловным преимуществом является возможность длительного профилактического приема для поддержания защитного муцинового слоя и целостности эпителия.

Для лечения эрозивных гастритов и язвенной болезни *геммоэкстракт из почек Инжира* эффективно использовать также в комбинации с *геммоэкстрактом из почек Граба обыкновенного*. Этот экстракт обладает тропизмом ко всем слизистым оболочкам пищеварительной системы, прежде всего, желудка и кишечника, при регулярном приеме оказывает значимое антигеморрагическое, а также репаративное действие. Особого внимания *геммоэкстракт из почек Граба обыкновенного*, наравне с *геммоэкстрактом из ростков Брусники*, заслуживает при лечении хронического язвенного колита. Стандартные схемы противовоспалительной терапии, которые назначаются порой по жизненным показаниям, можно сочетать с геммотерапией, что способствует улучшению клинической картины наравне с уменьшением дозировки базисных препаратов.

Большую роль в патогенезе хронических гастродуоденитов, язвенной болезни может играть хроническая инфекция. До 85% всех гастритов (гастрит типа В) ассоциированы с такими возбудителями, как хеликобактер пилори, энтеробактерии, дрожжи, стафилококки. Поэтому в традиционные терапевтические схемы лечения включены антибиотики пенициллинового ряда, кларитромицин и метронидазол. Тем не менее, добиться уверенной и длительной эрадикации, как показывает клиническая практика, удается далеко не всегда. Встает вопрос о целесообразности и оправданности назначения антибактериальной терапии, вызывающей к тому же внушительный список побочных эффектов и аллергических реакций.

Мягким, но выраженным бактериостатическим, фунгицидным, а также противовоспалительным действием обладает *геммоэкстракт из почек Грецкого ореха*. В его состав входит растительный пигмент юглон, оказывающий противомикробный и дезинфицирующий эффекты. Выявлено, что данный геммоэкстракт обладает стимулирующим действием на пищеварительные железы, оптимизирует секрецию желудочного и панкреатического сока, поэтому показан при гипосекреторных состояниях в комбинированной терапии хронических гастритов, язвенной болезни, хронического панкреатита.

Важным этапом в лечении заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки и кишечника является коррекция функциональных нарушений желчного пузыря, печени и поджелудочной железы. С этих позиций актуальны такие экстракты, как *геммоэкстракт из почек Ясеня обыкновенного*, обладающий дренажным воздействием на желчевыводящие пути, и *геммоэкстракт из почек Клена полевого*, оказывающий противовоспалительное действие на желчный пузырь и способствующий нормализации реологических свойств желчи. *Геммоэкстракты из ростков Оливы европейской и из почек Шелковицы черной* показаны при нарушении углеводного и жирового обменов.

Неотъемлемой частью лечения любого хронического заболевания является адекватная коррекция психоэмоционального фона, вегетативной дисфункции. Прежде всего, это важно при лечении язвенной болезни, функциональных изменений на уровне билиарного тракта и кишечника, синдрома раздраженной кишки. В этом случае рекомендован прием *геммоэкстракта из почек Липы серебристой*. Эфирные масла (фарнезол, гераниол, ванилин), флавоноиды, кофеиновая и галловая кислоты, фитостеролы, аминокислоты, входящие в состав этого геммоэкстракта, оказывают анксиолитическое, мягкое седативное, снотворное, вазодилатирующее и антиспастическое действие. Препарат эффективен при бессоннице, повышенной нервной нагрузке и переутомлении, психоэмоциональной лабильности.

Таким образом, геммотерапия открывает ряд дополнительных возможностей в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта. Назначение геммоэкстрактов позволяет оптимизировать терапевтические схемы и уменьшить или избежать применения большого количества химических препаратов, достигая при этом высокой эффективности лечения. ☺

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А.С., Водолагин В.Д., Жаков В.П. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения. — М.: Медицина. — 2002. — 424 с.
2. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / Под ред. В.Т.Ивашкина. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2006. — 208 с.
3. Ledoux F., Guenot G. La phytembryotherapie. — Bruxelles. — 2012. — 367 p.
4. Tetau M., Scimeca D. Rajeunir nos tissus avec les bourgeons. Guide pratique de gemmotherapie familiale. — Paris. — 2011. — 198 p.



Глубокоуважаемые коллеги!
В ФГБОУ ВО
«Орловский государственный университет
имени И. С. Тургенева»



22–23 октября 2020 года

состоится III-я Международная научно-практическая конференция
«ПЕРСПЕКТИВЫ ОТРАСЛЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ»

К участию в работе конференции приглашаются: врачи, психологи, социальные и коррекционные педагоги; специалисты по адаптивной физической культуре, сотрудники медицинских учреждений (включая санатории и реабилитационные центры), учреждений системы образования (включая коррекционные и оздоровительные школы и ДОО), социальных учреждений; разработчики нового медицинского оборудования; представители производителей медицинских изделий.

В программе:

- 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;
- Мехатроника в процессе комплексной реабилитации;
- Опыт становления комплексной реабилитации пациентов различного профиля в Орловской области;
- Экономико-правовые подходы к решению проблемы комплексной реабилитации.

В ходе работы конференции планируются: пленарное заседание, работа секций по направлениям, мастер-классы, дискуссионные площадки, выставка продукции медицинского назначения, стендовые выставки-презентации и др.

Основные организаторы конференции:

- ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева»;
- Правительство Орловской области;
- Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, г. Санкт-Петербург;
- Университет Семмелвейса, Институт им. А. Петё (MPANNI), г. Будапешт, Венгрия.

Место проведения: г. Орёл, ул. Наугорское шоссе, д. 29.

Контактная информация: телефон: 8 (4862) 75-27-15, e-mail: medcentrgu@mail.ru

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

Заявки на участие принимаются до 20 сентября 2020 года на E-mail: complex_rehabilitation@mail.ru

Подробнее об условиях участия на сайтах: www.stella.uspb.ru, www.oreluniver.ru

По итогам работы конференции планируется издание сборника научных трудов, с размещением его в научной электронной библиотеке elibrary.ru и регистрацией в наукометрической базе РИНЦ

**Сазонова И. М.,**

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

ИНТОКСИКАЦИЯ ОРГАНИЗМА, ВЫЗВАННАЯ АКТИВИРОВАННЫМ УГЛЕМ, И ИЗЛЕЧЕНИЕ ЕЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ CARBO ANIMALIS

Сегодня, когда издается огромное количество литературы по «оздоровлению организма своими силами» с рекомендациями относительно очищения организма различными способами, в том числе с помощью активированного угля, авторы такой литературы должны знать, что эти методы иногда приводят к довольно тяжелым последствиям. К сожалению, эти состояния могут быть неправильно интерпретированы, что может привести к неадекватной терапии и усугублению патологии.

Иллюстрацией такого случая может служить следующий пример. Пациентка Р.И., 46 лет, астеничного телосложения, обратилась с жалобами на повышение температуры в течение 1 месяца, кашель, слабость, сильные головные боли, утомляемость, холодные конечности, сильные боли в желудке, метеоризм, слабость пищеварения (2 раза в день принимает фестал), отвращение к жирной пище, даже при мысли о ней, а также непереносимость молока.

Заболела месяц назад, когда поднялась температура до 40–41,0 °C, появился жидкий стул до 4-х раз в день, затем заложенность носа, обильный насморк, боль в глазах и ушах. В это же время началась сильная менструация, которая длилась дольше обычного. Лечилась самостоятельно антибиотиками, температура стала субфебрильной (37,3–37,6 °C), но появилась тошнота, усилились боли в желудке. Пациентка прекратила прием антибиотиков. Самочувствие не улучшалось, и она обратилась в поликлинику. Было проведено обследование. ЭКГ без патологии. УЗИ: кистозно измененный левый яичник, незначительные диффузные изменения печени и поджелудочной железы, деформация желчного пузыря. ФЭГДС: антральный, умеренно выраженный эрозивный гастрит. Анализ крови: лейкоцитоз — 11,6; сниженный гемоглобин — 10,3; сегменты — 82; очень высокая СОЭ — 80 мм/час. При биохимическом анализе крови выявлено увеличение белковой фракции альфа1-глобулина и С-реактивного белка. Сывороточное железо в норме. Пациентке назначают антибиотики и препараты железа (хотя сывороточное железо

в норме), но, учитывая, что предыдущий прием антибиотиков состояние не улучшил, пациентка решает обратиться к врачу-гомеопату.

При опросе было выяснено, что пациентка, прочитав в одной из книг рекомендации по очищению организма, в течение 2-х лет весной и осенью проводит очищение активированным углем, принимая 5 таблеток на ночь в течение 10 дней. В результате этого у больной наступило расстройство углеродного обмена, что привело к перегрузке организма содержанием CO₂. В организме, перегруженном угольным ангидридом, произошло замедление окислительных процессов, что привело, в свою очередь, к нарушению кровообращения (холодные конечности, эрозивный гастрит), венозному застою, анемии. Венозный застой у пациентки проявился необычно обильной и длительной менструацией. Кроме того, венозный застой в системе воротной вены привел к диффузным изменениям печени и поджелудочной железы, вследствие чего их функции замедлились, нарушился белковый обмен (повышение альфа1-глобулина), утратилась способность к ассимиляции жиров, что проявилось в отвращении к жирной пище и молоку. Замедление пищеварительных процессов способствовало процессам брожения, результатом которого стал метеоризм. Также замедление пищеварительных процессов, по-видимому, вызвало гипотонию желчного пузыря и, как следствие этого, его деформацию. Ночное ухудшение состояния было вызвано еще большим замедлением кровообращения в это время суток. Таким образом, симптомы, имевшиеся у пациентки, говорили об интоксикации организма активированным углем.

По принципу подобия был назначен препарат Carbo animalis C24 (потенция подбиралась резонансным тестированием по шкале чувствительности, разработанной Махонькиной Л.Б. и Сазоновой И.М.), описанной нами в монографии «Резонансный тест. Возможности диагностики и терапии» в 2000 году, по 5 крупинок 1 раз в 5 дней

в течение 4-х недель. После первого приема на третий день нормализовалась температура. Пациентка перестала испытывать отвращение к жирной пище, но молоко пока не употребляет. После третьего приема препарата исчезли все первоначально предъявляемые жалобы. Фестал не принимает. В анализе крови лейкоцитоза нет, нормализовалось количество сегментов, СОЭ снизилась до 20 мм/час.

После 3-недельного перерыва проведен еще один курс лечения Carbo animalis 50 1 раз в неделю — 6 приемов. Самочувствие хорошее, все анализы нормализовались.

Учитывая вышеизложенное, необходимо отметить, что активированный уголь является потенциально опасным препаратом при его неправильном применении и не должен рекомендоваться всем в качестве «оздоровительного» средства. ☹

**РОССИЙСКОЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО
СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. И.И.МЕЧНИКОВА**

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

**Приглашаем Вас принять участие
в юбилейной XXX научно-практической конференции с международным
участием**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГОМЕОПАТИИ»,
которая состоится в Санкт-Петербурге 12 и 13 июня 2020 г.
по адресу Батайский переулок дом 3А, СокоС Отель Олимпия Гарден,
зал «Америка», станция метро «Технологический институт I, II».**

Начало конференции в 10.00. Начало регистрации в 9.00.

ВХОД СВОБОДНЫЙ.

В заседаниях конференции примут участие около 500 практикующих врачей из медицинских учреждений Санкт-Петербурга, Москвы и других регионов России, отечественные и зарубежные специалисты в области гомеопатии, фитотерапии и других натуротерапевтических направлений, научные работники и преподаватели.

Программа конференции включает следующие разделы:

- Классическая гомеопатия
- Гомеопатический метод в клинической практике
- Гомеопатия и электропунктура
- Гомеопатия в системе реабилитационных и оздоровительных мероприятий
- Гомеопатия в ветеринарной медицине
- Актуальные проблемы гомеопатической фармации
- Гомотоксикология
- Антропософская медицина
- Фитотерапия
- Фитоэмбриотерапия (геммотерапия)
- Спагирическая медицина
- Нутрициология с применением гомеопатических, фитопрепаратов и БАД в клинической практике

С уважением, ОРГКОМИТЕТ
[http:// www.homeopathy.spb.ru](http://www.homeopathy.spb.ru)
[http:// www.integration.spb.ru](http://www.integration.spb.ru)



Коновалов С. В.,
доктор медицинских наук, профессор 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург,



Ханевич М. Д.,
заместитель главного врача по хирургии Городского клинического онкологического диспансера, заместитель главного онколога города Санкт-Петербурга, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ, Заслуженный деятель науки РФ, академик РАЕН



Синенченко Г. И.,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий 2 кафедрой (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, Заслуженный врач РФ

ОСЛОЖНЕНИЯ КОЛОСТОМЫ

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема создания хорошо функционирующей колостомы с минимальным числом осложнений при хирургическом лечении заболеваний и травм толстой кишки давно привлекает внимание хирургов. Частота осложнений в области колостомы, по данным разных авторов, колеблется от 6,5 до 90,9%. Развитие осложнений не только оказывает существенное влияние на непосредственный исход хирургических вмешательств, но и значительно ухудшает отдаленные результаты лечения. Осложнения колостомии являются одной из основных причин выраженных функциональных нарушений деятельности кишечника, они затрудняют медицинскую и социальную реабилитацию колостомированных больных.

Изучению различных аспектов проблемы параколостомических осложнений посвящено много работ, результаты которых неоднозначны, а зачастую противоречивы. К настоящему времени остаются нерешенными некоторые вопросы этиологии, патогенеза, профилактики и лечения осложнений у данной категории больных. Все вышеизложенное, а также необходимость обобщения и анализа отдаленных результатов хирургической коррекции поздних осложнений колостомии определили направление нашей работы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе анализируется клинический материал, касающийся колостомированных больных, которые нахо-

дились на лечении в городской больнице № 20 г. Санкт-Петербурга с 1 января 1989 г. по 31 декабря 2000 г. Таких больных оказалось 1262. В группу первичных больных вошли 658 пациентов, перенесших операции с наложением колостомы. Вторую группу составили 604 больных с ранее наложенными колостомами. Кроме того, проведен анализ лечения 92 раненых с огнестрельными ранениями живота и таза, поступивших на этап специализированной хирургической помощи в госпиталь I эшелона (г. Моздок, Республика Северная Осетия-Алания) при проведении контртеррористической операции на Северном Кавказе в 1999–2002 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для изучения частоты и характера осложнений колостомии обследованы 658 больных, перенесших операции с наложением колостомы. Средний возраст больных составил 63 года. Показанием к оперативному лечению в подавляющем большинстве случаев были злокачественные опухоли толстой кишки (86%). Преимущественно диагностировались III и IV стадии заболевания — в 51,1% и 38,7% случаев, соответственно.

Наиболее часто выполнялось наложение двустольной петлевой колостомы — у 253 больных (38,4%), что связано с поступлением в клинику большого числа больных с запущенными формами колоректального рака. Операция Гартмана и типа Гартмана выполнены в 34,5% случаев, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки — у каждого пятого больного.

Среди больных раком толстой кишки радикальные операции перенесли 48% больных, паллиативные — 12%, симптоматические — 40%.

В 57% случаях сформированы одностольные колостомы, в 41% — двустольные, у 2% больных — пристеночные колостомы.

В плановом порядке оперировано 225 больных, в экстренном — 433. У 151 больного развились ранние осложнения в области колостомы (22,9%).

После экстренных оперативных вмешательств ранние параколостомические осложнения возникали чаще, чем после плановых операций (28,2 и 12,8% случаев, соответственно).

К ранним осложнениям колостомии мы относили все осложнения, связанные с наложением колостомы, которые возникли в течение первых 20 дней после операции (Федоров В. Д., Рудин Э. П., 1984).

Наибольший удельный вес в общей структуре ранних осложнений колостомии имели: поверхностное нагноение в области швов вокруг колостомы — 50,3% (76 больных), параколостомический абсцесс — 11,9% (18 больных) и околостомный дерматит — 11,3% (17 больных). Реже встречались: некроз стенки выведенной кишки — в 9,3% случаев, параколостомическая флегмона — 5,3% и ретракция кишки — 5,3%. Единичные наблюдения касались таких осложнений, как кровотечение из колостомы (2,6%), перфорация кишки у колостомы (2,0%), острая кишечная непроходимость (1,3%) и эвентрация тонкой кишки у колостомы (0,7% случаев).

Структура ранних осложнений колостомии после экстренных и плановых операций была одинаковой. Наиболее часто возникали гнойно-воспалительные параколостомические осложнения (поверхностные нагноения, параколостомические абсцессы и флегмоны) — у 15,5% больных.

Основными причинами развития ранних осложнений в области колостомы являлись: инфицирование параколостомических тканей, технические погрешности во время операции и конструктивные недостатки некоторых методик колостомии.

Современные методы профилактики ранних осложнений со стороны колостомы при хирургическом лечении заболеваний и травм толстой кишки складываются из мероприятий, проводимых как до операции, так и во время ее выполнения, а также в послеоперационном периоде. Они заключаются в следующем:

- адекватная предоперационная подготовка больных, включающая медикаментозную коррекцию нарушенных функций жизненно важных органов и систем организма, тщательную подготовку кишечника;
- скрупулезное и анатомичное выполнение всех этапов операции;
- рациональное послеоперационное ведение больных с использованием индивидуально обоснованной дезинтоксикационной, антибактериальной и корригирующей терапии.

Для профилактики гнойно-воспалительных параколостомических осложнений нами предложена методика обработки швов колостомы антисептическим пленкообразующим раствором, содержащим бриллиантовый зеленый, спирт, формалин, касторовое масло и коллодий.

Выраженный антисептический эффект жидкости обусловлен наличием химических веществ трех групп: спиртов, альдегидов и красителей. Коллодий служит для фиксации к коже и представляет собой раствор нитроцеллюлозы в смеси спирта и эфира. Для того, чтобы сделать коллодий более эластичным и менее раздражающим ткани, к нему добавляют касторовое масло. Эта жидкость успешно используется в детской колопроктологии для защиты линии швов на брюшной стенке и в промежности. Образующаяся пленка надежно защищает швы от смачивания мочой и загрязнения калом (Лёнюшкин А. И., 1999).

Способ применения. Сразу после операции на кожу вокруг колостомы стерильным ватным тампоном наносили жидкость в виде полоски шириной 1,0 см. Слизистую оболочку кишки обрабатывали стерильным вазелиновым маслом, колостому накрывали стерильной салфеткой. Повязку меняли ежедневно до снятия швов (в течение 7–10 суток), при этом после гигиенической обработки кожи на швы вокруг колостомы вновь наносили антисептическую жидкость, а на слизистую кишки — вазелиновое масло. В случае применения калоприемника, обработку швов проводили во время его замены.

Данную методику применяли как после плановых (47), так и после экстренных (68) операций. Исследование проводили в каждой группе больных с различными типами колостом. Сравнительный анализ показал, что при использовании антисептического раствора у 115 больных гнойно-воспалительные осложнения в области колостомы развились в 11,3% случаев, а в контрольной группе больных без применения обработки швов колостомы (543 пациента) поверхностные нагноения, абсцессы и флегмоны наблюдались чаще (в 16,4% случаев). Таким образом, по нашим данным, обработка швов колостомы антисептическим пленкообразующим раствором, содержащим бриллиантовый зеленый, спирт, формалин, касторовое масло и коллодий, позволяет снизить частоту развития гнойно-воспалительных параколостомических осложнений в 1,5 раза.

Лечение ранних параколостомических осложнений проводилось до выписки больного из стационара по общепринятым принципам.

За больными, перенесшими операцию с наложением колостомы, проводилось систематическое наблюдение. Поскольку 90% оперированных имели онкологические заболевания, то в дальнейшем они наблюдались в районных онкологических диспансерах, а вся информация о больных с осложнениями колостомии концентрировалась в городском стома-центре (Манихас Г. М., 1997; Оршанский Р. Н., 1997).

Нами прослежена судьба 443 из 658 первичных больных за период наблюдения от 6 месяцев до 14 лет после операции. Среди них у 67 пациентов (15,1%) развились 80 поздних осложнений колостомии. Наибольший удельный вес составили стриктуры колостомы — 9,7%. Параколостомические грыжи развились у 5% больных, пролапсы колостомы — в 2,7% случаев. У 11 больных наблюдались по два осложнения и более. Частота осложнений после экстренных операций составила 19,6%, после плановых вмешательств — 8,3%. Характер поздних осложнений колостомии не зависел от срочности выполнения оперативного вмешательства.



Выявлены следующие причины возникновения поздних осложнений колостомии: технические погрешности, допущенные во время операции; конструктивные недостатки некоторых методик колостомии; предшествующие гнойно-воспалительные осложнения в области колостомы; гипопротеинемия; сопутствующие заболевания и состояния, приводящие к повышению внутрибрюшного давления, и др.

Для изучения влияния функционального состояния мышечной ткани передней брюшной стенки на развитие поздних осложнений колостомии 37 больным выполнено электромиографическое исследование с помощью четырехканального нейромииоанализатора «Нейромиан». Применяли методику интерференционной миографии.

Электрическую активность мышц регистрировали в стандартных зонах, принятых при электромиографии брюшной стенки, в покое и при физической нагрузке. В результате исследования получены следующие данные: после оперативных вмешательств, которые завершаются наложением колостомы, имеется снижение электрической активности и частоты колебаний биопотенциалов мышц левой половины брюшной стенки, по сравнению с правой, что приводит к ухудшению функционального состояния мышц на стороне операции и служит одной из причин развития поздних осложнений колостомии.

С целью изучения причин и механизма развития рубцового сужения колостомы нами выполнено морфологическое исследование препаратов колостомы у 48 больных. Получены следующие данные:

1. При неосложнённом течении раневого процесса морфологические признаки гнойно-некротических изменений в параколостомических тканях отсутствуют. В стенке колостомы и вокруг нее происходит формирование зрелой соединительной ткани без признаков рубцового сужения.

2. После перенесенных гнойно-воспалительных процессов в параколостомических тканях происходят грубые морфологические изменения, приводящие к рубцовому сужению колостомы. При гистологическом исследовании в стенке колостомы и окружающих тканях выявляются: хроническое воспаление с формированием микроабсцессов и гигантоклеточных гранулем; выраженный склероз; гиалиноз; ослизнение рубцовой ткани; эндо-, пан- и периваскулиты; воспалительные и дегенеративные изменения в нервных волокнах; атрофия эластичных волокон и замещение их коллагеновыми; дистрофические, атрофические и гиперпластические разрастания слизистой оболочки толстой кишки и эпидермиса.

Кроме первичных больных за период 1989–2000 гг. в клинике находились на лечении 604 пациента с ранее наложенными колостомами. Средний возраст больных составил 66 лет. Ранее больные оперировались по поводу злокачественных и доброкачественных новообразований толстой кишки — 471 больной (78,0%), дивертикулеза ободочной кишки — 55 (9,1%), других заболеваний и травм толстой кишки — 52 (8,6%), опухолей и других заболеваний органов брюшной полости и малого таза — 26 больных (4,3%). Большинство пациентов имели сопутствующие хронические заболевания (83,9%).

Основная часть больных оперирована в 1996–2000 гг., в период функционирования на базе хирургических отде-

лений городской больницы № 20 Городского центра реконструктивно-восстановительной хирургии кишечника под руководством профессора М.Д. Ханевича. Восстановительные и реконструктивные операции, направленные на реабилитацию колостомированных больных, составили 75%: восстановление непрерывности толстой кишки (37,1%), устранение параколостомической грыжи (13,9%), устранение стриктуры колостомы (14,4%), устранение выпадения толстой кишки через колостому (9,6%).

Среди 604 поступивших 273 пациента (45,1%) имели поздние осложнения колостомии, причем, у 30 из них было несколько параколостомических осложнений. Чаще всего больные поступали со стриктурами колостомы (36,9%), параколостомическими грыжами (34,1%) и выпадением толстой кишки через колостому (24,2%). Единичные наблюдения касались параколостомических свищей, хронических параколостомических абсцессов и рецидивов опухоли в области колостомы (соответственно 2,6%, 1,1%, 1,1% случаев).

Для хирургического лечения поздних осложнений колостомии применялись различные виды оперативных вмешательств, как традиционные способы, так и новые, усовершенствованные нами, методики хирургической коррекции. У 31 больного осложнения устранены в ходе операции по восстановлению непрерывности толстой кишки.

После анализа данных литературы и собственных клинических наблюдений мы сформулировали показания и противопоказания к хирургическому лечению больных с поздними осложнениями колостомии.

Абсолютные показания к операции:

- а) ущемление параколостомической грыжи;
- б) ущемление толстой кишки, выпавшей через колостому;
- в) некроз эвагината,
- г) острая кишечная непроходимость вследствие рубцового сужения колостомы.

Относительными показаниями к хирургическому лечению больных с поздними осложнениями колостомии являются:

- а) большие и гигантские параколостомические грыжи;
- б) выпадение толстой кишки через колостому II и III степени;
- в) параколостомические грыжи и пролапсы любых размеров, сопровождающиеся клиническими проявлениями;
- г) рубцовое сужение колостомы любой степени без признаков острой кишечной непроходимости;
- д) хронические параколостомические свищи;
- е) сочетание нескольких поздних параколостомических осложнений;
- ж) рецидив опухоли в области колостомы.

Противопоказанием для хирургического лечения поздних осложнений колостомии являются:

- а) неоперабельный рак толстой кишки;
- б) отдаленные метастазы опухоли;
- в) тяжелые сопутствующие заболевания.

У 53 больных применен усовершенствованный способ лечения параколостомической грыжи без вмешательства

на колостоме. Суть метода состоит в следующем. Ушивается колостома. Дугообразный разрез кожи производится над грыжевым выпячиванием, отступая от края кишки на 5 см.

После устранения грыжи подвижная ободочная кишка фиксируется к внутренней поверхности передней брюшной стенки несколькими швами. Это предотвращает развитие нового осложнения после операции — выпадение кишки через колостому. В области грыжевых ворот иссекаются рубцовые ткани, выделяется брюшина, края внутренней косой и поперечной мышц, апоневроз наружной косой мышцы живота.

Выполняется послойное закрытие грыжевых ворот до диаметра выведенной кишки. На брюшину, мышцы и апоневроз накладываются узловые швы «край в край». Стенка кишки фиксируется к каждому восстановленному слою отдельными узловыми швами. После дренирования подкожной клетчатки вакуум-дренажом ушиваются подкожная клетчатка и кожа. Швы с ушитой колостомы снимаются на 3-е сутки.

Усовершенствованный метод лечения выпадения сигмовидной кишки через колостому (сигмопексия) применен у 32 пациентов.

Способ реализуется следующим образом. Под эндотрахеальным наркозом выполняется среднесрединная лапаротомия. Престомальный отдел толстой кишки подтягивается и фиксируется к внутренней поверхности передней брюшной стенки несколькими узловыми швами на протяжении до 10 см. Лапаротомная рана ушивается послойно.

У 38 больных применен усовершенствованный способ лечения рубцового сужения колостомы на уровне кожи. Методика операции такова. Под местной инфильтрационной анестезией производится циркулярный разрез кожи вокруг колостомы. Кишка выделяется до апоневроза, а затем до брюшины. Рубцовые ткани иссекаются. Престомальный отдел толстой кишки подтягивается кверху на толщину передней брюшной стенки (2–4 см) и фиксируется к апоневрозу наружной косой мышцы живота. Края кишки подшиваются к коже отдельными швами, формируется плоская колостома.

Отдаленные результаты хирургического лечения параколостомических грыж, стриктур и пролапсов колостомы прослежены у 72,1% больных. При использовании традиционных методов неудовлетворительные результаты лечения отмечены у 48,0% больных, а предложенные нами способы хирургической коррекции поздних осложнений колостомии позволили снизить частоту развития рецидивов до 1,1%.

Что касается выбора конкретных способов оперативного вмешательства при различных поздних осложнениях колостомии, то на собственном клиническом материале мы убедились в следующем:

1. При неосложненной параколостомической грыже любых размеров надежным методом хирургической коррекции, по нашим данным, является усовершенствованный способ устранения грыжи без вмешательства на колостоме, когда выполняется послойная пластика грыжевых ворот и фиксация престомального отдела толстой кишки.

2. При осложненной параколостомической грыже или сочетании ее с другими поздними осложнениями

колостомии следует отдавать предпочтение операции устранения грыжи с реконструкцией и перемещением колостомы на новое место. Здесь могут иметь место два разных доступа: срединный (как правило, он применяется при ущемленной грыже) и через разрез, окаймляющий колостому (обычно используется при сочетании грыжи со стриктурой или пролапсом колостомы).

3. Такие традиционные способы, как устранение параколостомической грыжи без вмешательства на колостоме или устранение грыжи с реконструкцией колостомы и оставлением ее на прежнем месте дают большой процент неудовлетворительных результатов (от 40 до 60%).

4. Для планового хирургического лечения больных с рубцовым сужением колостомы на уровне кожи целесообразно применять усовершенствованный способ, при котором после иссечения рубцового кольца мобилизованная толстая кишка подтягивается кверху на 2–4 см и фиксируется к апоневрозу и коже без натяжения. Операция выполняется как под местной, так и под общей анестезией.

5. Рассечение рубцового кольца колостомы следует считать операцией отчаяния. Ее применение может иметь место в экстренной ситуации (при развитии острой кишечной непроходимости) у тяжелых больных, которые по состоянию здоровья не перенесут большой объем оперативного вмешательства.

6. Пролапс колостомы целесообразно устранять с помощью фиксации подвижного престомального отдела толстой кишки к внутренней поверхности передней брюшной стенки.

7. Резекция толстой кишки с реконструкцией и перемещением колостомы на новое место показана при сочетании выпадения кишки с параколостомической грыжей или другими поздними осложнениями колостомии.

8. Резекция толстой кишки с реконструкцией колостомы и оставлением ее на прежнем месте целесообразна при осложненных формах пролапса, т.к. позволяет быстро устранить опасное для жизни осложнение.

9. Ампутация кишки, выпавшей через колостому, может применяться только в крайних случаях у тяжелых больных, т.к. эта операция дает высокий процент рецидива и новых параколостомических осложнений (более 70%).

10. Самым эффективным способом хирургической коррекции поздних осложнений колостомии и реабилитации колостомированных больных является операция восстановления непрерывности толстой кишки с ликвидацией колостомы на передней брюшной стенке.

Важной составляющей нашего исследования явилось изучение особенностей клинической картины, диагностики и лечения осложнений колостомии у раненых. Полученные данные показывают, что при огнестрельных повреждениях толстой кишки у 76,1% раненых операции завершаются наложением илео- и колостом. Ранние парастомальные осложнения развиваются часто, у каждого третьего раненого. Наибольший удельный вес составляют околостомные дерматиты и гнойно-воспалительные осложнения (17,1 и 11,5%, соответственно).

Редкими осложнениями являются ретракция и некроз выведенной кишки, острая кишечная непроходимость.

Сложность диагностики поверхностных нагноений, параколостомических абсцессов и флегмон у раненых об-



условлена поздним появлением клинических признаков и незначительной выраженностью местных симптомов воспаления. Лечение гнойно-воспалительных параколомических осложнений в военно-полевых условиях должно проводиться по общим принципам гнойной хирургии. Профилактика осложнений заключается в соблюдении общепризнанных правил формирования колостомы.

Поздние параколомические осложнения у раненых, по нашим данным, возникают редко, в 8,7% случаев. В основном они представлены рубцовыми стриктурами колостомы и параколомическими грыжами, развившимися после предшествующих ранних гнойно-воспалительных осложнений. Хирургическая коррекция поздних осложнений колостомии у раненых выполняется, как правило, при восстановлении непрерывности толстой кишки.

ВЫВОДЫ

В заключение следует отметить, что несмотря на успехи колоректальной хирургии, частота возникновения ранних и поздних осложнений колостомии остается высокой. Сведения о результатах хирургического лечения этих осложнений неоднозначны и противоречивы. Существующие общепринятые способы профилактики и методы хирургической коррекции недостаточно эффективны. Изучение особенностей патогенеза, профилактики и лечения осложнений колостомии представляет актуальную научную проблему. Работа научно-исследовательских и лечебно-профилактических учреждений должна быть направлена на улучшение результатов лечения и реабилитацию стомированных больных.



НОВОСТИ

Российское общество хирургов (РОХ) разработало для своих членов корпоративную программу страхования профессиональных и юридических рисков. В страховой пакет входит помощь адвокатов при возбуждении уголовных дел и регрессных исках со стороны медучреждений.

Присоединение к коллективному договору стало обязательным условием членства в РОХ с 1 января 2020 года, а страхование включено в сумму ежегодного членского взноса. Партнером проекта выступила компания «Ингосстрах». На момент публикации участниками программы уже стали 646 человек, рассказал portalу Medvestnik.ru управляющий делами РОХ Михаил Таривердиев. По его словам, стимулом для создания программы стала активная антиврачебная кампания, которая развернута в последние годы правоохранительными органами. Только за последние два года экспертным советом РОХ были разобраны 130 дел, связанных с уголовным преследованием хирургов. В этой статистике лидировали акушеры-гинекологи и пластические хирурги.

«Мы более пяти лет занимались защитой врачей в сотрудничестве с профильной коллегией адвокатов и предоставляли экспертное мнение. Эта деятельность не афишировалась широко, так как осуществлялась на волонтерских началах. Сам подзащитный оплачивал услуги адвокатов, расходы на экспертизу и прочее. Теперь мы создали программу, которая позволяет предоставить профессиональную юридическую и экспертную помощь врачам, попавшим под уголовное преследование», — сообщил Михаил Таривердиев.

Страхование профессиональной и юридической ответственности членов РОХ направлено в первую очередь на предотвращение возбуждения уголовного дела в отношении застрахованного.

РОХ готово прикреплять к программе представителей других профильных сообществ хирургических специальностей высокого риска — эндоскопистов, акушеров-гинекологов, урологов в случае их вступления в РОХ. В прошлом году ВСК разработала программу по страхованию профессиональной ответственности пластических хирургов. Пилотный проект был рассчитан на членов Российского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов (РОПРЭХ), это более 800 специалистов.

Комментировавший тему конфликтов в медицине член Комитета Госдумы по охране здоровья Борис Менделевич заявил, что страхование профессиональных рисков врачей должно стать обязательным для всех медицинских учреждений вне зависимости от формы собственности.

Источник: <https://medvestnik.ru/content/news/>

В Великобритании пациентке удалили доброкачественную опухоль мозга, пока та играла на скрипке. Об этом пишет Daily Mail.

Операцию провели врачи госпиталя Королевского колледжа Лондона. Пациенткой оказалась 53-летняя скрипачка Дагмар Тернер с британского острова Уайт. Она играла на музыкальном инструменте во время операции, чтобы врачи знали, что не затронули области мозга, которые задействуются при игре. В начале Тернер находилась под наркозом, но потом ее пробудили и попросили исполнить несколько гамм.

Опухоль располагалась в правой лобной доле мозга, отвечающей за артикуляцию правой руки, которая необходима при игре на скрипке. «Скрипка — это моя страсть. Я играю с десяти лет. Мысль о том, что я потеряю способность играть, разрывала мне сердце», — поделилась Тернер.

Как утверждает скрипачка, доктор Кейумарс Ашкан, который руководил операцией, сам играет на пианино. Он понимал ее опасения и предложил Тернер играть на музыкальном инструменте во время операции, чтобы она прошла максимально безопасно. Операция завершилась успешно, и Тернер уже вернулась домой.

Источник: <https://daily.afisha.ru/news/>

Уважаемые коллеги и друзья!

Приглашаем принять участие в программе с семинаром:

СТИХИЯ ВОЗДУХ АЭРОТЕРАПИЯ В КУРОРТОЛОГИИ

**28 сентября-05 октября 2020 года
на курорте 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



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

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В медицинской среде распространено мнение, что онкологическим пациентам противопоказано санаторно-курортное лечение. Это абсолютно не верная точка зрения, поскольку после сложного противоопухолевого лечения требуется восстановление нарушенных функций жизненно важных органов и систем организма, а в условиях санатория и, тем более, курорта под воздействием природных лечебно-оздоровительных факторов реабилитационные процессы проходят естественно, за счет повышения собственных защитных механизмов организма.

«У онкологов целесообразность и эффективность реабилитации онкологических пациентов в условиях санатория или курорта не вызывает сомнения», — делится мнением доктор медицинских наук Т.Ю.Семиглазова, заведующая научным отделом инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации НМИЦ онкологии им. Н.Н.Петрова (1) и адресует коллег к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 5 мая 2016 г. № 281н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения», в котором даются разъяснения по отбору на санаторно-курортное лечение в России, в т.ч. онкологических пациентов.

Несомненно, онкологическим пациентам, которым необходимо радикальное лечение по поводу недавно выявленного заболевания или лечение рецидива болезни, санаторно-курортное лечение не показано. Является противопоказанием для направления на курорт и подозрение на наличие новообразований неуточненного характера (2).

В то же время, больные после комплексного радикального лечения по поводу злокачественного новообразования при общем удовлетворительном состоянии, отсут-

ствии метастазирования, нормальных показателей периферической крови могут направляться только в местные санатории, т.е. находящиеся в климатической зоне проживания, причем, в нежаркое время года (октябрь — апрель) — для общеукрепляющего лечения (2). Вполне обоснованно считается, что реабилитация онкологических больных в местных санаториях является наиболее эффективной, поскольку при этом не требуется адаптация к новым климатическим условиям, в то время как у онкологических больных всегда есть нарушения в работе основных регуляторных систем организма.

Санаторно-курортное лечение способствует укреплению иммунной системы, восстановлению обменных процессов, повышению адаптационных возможностей организма, а также позитивному эмоциональному настрою и нормализации психологического статуса.

Есть другая сторона проблемы — отсутствие информации у врачей о профильных санаториях и курортах, куда реально можно направлять онкологических пациентов с целью восстановления здоровья. Очень жаль, что в результате всевозможного «реформирования» курортология практически была исключена из курса обучения студентов-медиков, а о санаторно-курортной реабилитации отечественные врачи имеют, вообще, весьма смутные представления.

На самом деле, и в онкологии есть большие возможности для использования природных лечебно-оздоровительных факторов. Например, из бальнеологических процедур в комплексные программы реабилитации онкологических пациентов можно включать плавание в бассейнах с обычной водой и купание в бассейнах с минеральной водой (без содержания радона). Показаны аэротерапия и аэрофитотерапия, особенно, чистый горный воздух, спокойные прогулки в парках и лесопарках,

Римские Термы
гостиничный комплекс



пребывание в красивых местах, где природа радует глаз, созерцание прекрасных пейзажей, цветов, деревьев, гор, моря и т.д. Все это носит вполне научное название — ландшафтотерапия.

В то же время, такой полезный для всех других пациентов фактор, как солнце (гелиотерапия), онкологическим пациентам не показан. Оттого и рекомендуется отдых в санатории в прохладное время года.

Из зарубежных курортов, которые можно привести в качестве примера климатических зон, вполне подходящих для восстановления здоровья онкологических пациентов, можно назвать Парадфюрдо в Венгрии и Римские Термы в Словении.

Парадфюрдо — совсем небольшой курортный городок на севере Венгрии в горах Матра. Курорт славится природной мафетой, поскольку расположен в местах бывшей вулканической деятельности, а также тремя лечебными источниками, которые настолько разные и настолько уникальны по своему составу, что перечень показаний для лечения на этом курорте может занять место на 2–3 страницах. Основные показания: гинекологическая и урологическая патология, бесплодие, заболевания желудочно-кишечного тракта, обменные нарушения, заболевания опорно-двигательного аппарата, патология сосудов нижних конечностей, нервные болезни, анемии, заболевания органов дыхания и т.д. Главным богатством курорта является чистый горный воздух, который наши коллеги после пребывания в тех местах называли не иначе, как «хру-

стальным» и «опьяняющим». Вокруг красивая заповедная природа, горный ландшафт, смешанный лес. Пребывание в такой атмосфере способствует хорошему сну, аппетиту, настроению, положительным эмоциям, общему оздоровлению, повышению иммунитета.

Курорт Римские Термы (Словения) также 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. Лечебная вода термально-минеральных источников используется как для питьевых курсов, так и для наружного применения. Вода характеризуется повышенным содержанием кальция, кремния, гидрокарбонатов, умеренным содержанием магния и углекислоты, 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. ©

Парадфюрдо



ЛИТЕРАТУРА

1. <https://www.niioncologii.ru/highlights/index?id=639>
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 мая 2016 г. № 281н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения»



Горбачева И. А.,
доктор медицинских наук,
профессор, заведующая
кафедры внутренних
болезней стоматологического
факультета¹



Сычева Ю. А.,
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры внутренних
болезней стоматологического
факультета¹

Соколов А. Н., генеральный директор²

Куликова Ю. Р., ассистент кафедры внутренних
болезней стоматологического факультета¹

Ивановский В. А., клинический ординатор
кафедры стоматологии ортопедической
и материаловедения с курсом ортодонтии
взрослых¹

¹ ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова,
Санкт-Петербург, Россия

² ООО «Медицинский центр Соколо-
ва А. Н.», Санкт-Петербург, Россия

РОЛЬ ПРОТИВОГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРСИСТЕНЦИЕЙ ИММУНОТРОПНЫХ ГЕРПЕС-ВИРУСОВ

Современное развитие медицинской науки и практики становится четко ориентированным на принципы интегративной медицины. Это обусловлено нарастающей частотой коморбидной патологии и необходимостью разработки комплексных подходов к лечению таких больных, избегая полипрагмазии и ятрогенных последствий лекарственных взаимодействий [1]. Обеспечение такого качества терапии при сочетанной патологии возможно лишь при идентификации единых причинно-триггерных факторов и звеньев патогенетической общности коморбидных заболеваний, как точек приложения действия для терапевтических средств, позволяющих достигнуть мультимодальной эффективности.

Важным обстоятельством, ослабляющим организм человека и приводящим к его частой и длительной заболеваемости, является формирование вторичной иммунологической недостаточности на фоне хронической персистенции иммунотропных вирусов, таких как ци-

томегаловирус (CMV), вирус Эпштейна — Барр (EBV), человеческого вируса 6 типа (HHV6) [2,3,4,5,6,7,8,9,10]. При всей очевидности причастности герпес-вирусного носительства к возникновению полиморбидного статуса больных до сих пор остаются недостаточно изученными модели вирус-ассоциированных иммунодефицитов и дисбалансов, не определено место противогерпетического лечения в реабилитации коморбидных больных, что в совокупности определяет актуальность исследуемой проблемы современной заболеваемости [11, 12, 13, 14, 15].

Онкологические заболевания занимают особое место в структуре коморбидных комплексов современного человека. Катастрофический рост онкозаболеваемости отмечен во всем мире, в том числе в России. Эта проблема определена как особо социально значимая на государственном уровне и выделена в ряд приоритетных для Министерства здравоохранения РФ.

Таблица 1

Показатели системы интерферона у пациентов с клиническими симптомами вторичного иммунодефицитного состояния

Показатели	У инфекционных ч. д. б. (кг/мг)		У онкологических больных (кг/мг)		Норма (кг/мг)
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
Интерферон альфа: спонтанный	0,07±0,01*	2,5±0,05	0,03±0,005*,**	1,9±0,07***	3,0±1,2
индуцированный	1,04±0,05*	5,3±0,7	0,75±0,01*,**	1,7±0,05***	6,5±2,7
Интерферон гамма: спонтанный	0,68±0,01*	5,7±0,5	0,32±0,01*,**	2,9±0,9***	7,0±3,1
индуцированный	1468±32*	4735±35	920±17*,**	2100±30***	3807±1900

* Достоверность отличия от нормы $p < 0,01$
 ** Достоверность отличия показателей в группах наблюдения $p < 0,01$
 *** Достоверность отличия от исходного показателя $p < 0,01$

В литературе обсуждается широкий спектр этиологических факторов, значимых для развития опухолевых процессов, в том числе формирование в организме иммунодефицитного состояния [16]. Сопричастность носительства иммунотропных вирусов к онкогенезу предполагается гипотетически на основании практических наблюдений, однако их место в онкологическом континууме, в механизмах развития первично-множественного рака четко не определено.

Целью исследования, явилось определение роли хронической персистенции иммунотропной герпетической инфекции в формировании вторичной иммунологической недостаточности и связанной с ней заболеваемости населения.

В задачи исследования входило:

- у коморбидных больных с клиническими проявлениями иммунодефицитных состояний (у часто и длительно болеющих инфекционными заболеваниями, у онкологических больных) сопоставить частоту инфицированности иммунотропными герпесвирусами (по IgG к антигенам CMV, EBV, HHV6);
- сопоставить характерные особенности иммунологического статуса с определением количественных клеточных и функциональных иммунологических показателей;
- у герпес-инфицированных пациентов оценить состояние системы интерферона;
- оценить эффективность применения рекомбинантных интерферонов в комплексном лечении коморбидных пациентов с герпесвирусным носительством.

Для решения поставленных задач были сформированы две группы наблюдения, представляющих разные клинические модели иммунодефицитных состояний.

Группа из 30 коморбидных пациентов часто и длительно болеющих (ч. д. б.) инфекционными заболеваниями (респираторными инфекциями, обострением хронических очагов инфекции ЛОР-органов, полости рта, урогенитальной зоны) в возрасте от 35 до 60 лет, 18 женщин и 12 мужчин — I группа наблюдения; а также группа сравнения из 30 онкологических больных в возрасте от 42 до 65 лет, 14 женщин и 16 мужчин с IV стадией заболевания после повторных курсов полихимио- и лучевой терапии по поводу рака молочной железы, рака предстательной железы, рака прямой и сигмовидной кишки с метастазами в легкие, печень, кости скелета), не подле-

жащие по решению курирующих врачей-онкологов, повторным курсам специфического противоопухолевого лечения.

Наблюдавшиеся респонденты подвергались тщательному терапевтическому обследованию, направленному на интегральную оценку состояния пациентов.

Лабораторное обследование, кроме стандартных клинических и биохимических анализов, включало определение серологических маркеров хронической персистенции герпес-вирусной инфекции (Ig G к ядерному антигену и к ранним белкам вируса Эпштейна-Барр, к цитомегаловирусу, к герпесам 1,2,6 типов); а также исследование иммунограммы крови с определением количественных показателей Т и В лимфоцитов и их субпопуляций (CD3,4,8,16+56,19,25; NK-клеток), иммуноглобулинов А, М, G, Е, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Кроме того, оценивали функциональную активность иммунокомпетентных клеток: реакцию торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ) — спонтанную и с митогенами кон А и ФГА, фагоцитарную активность клеток мононуклеарно-фагоцитарной системы (МФС).

Определение уровня IgG к антигенам иммунотропных герпесов (CMV, EBV, HHV6) выявило тотальную инфицированность всех включенных в исследование пациентов, при этом в обеих группах были обнаружены серологические признаки одновременной персистенции нескольких типов герпесов.

Оценка интерфероновой системы больных позволила установить не только количественную недостаточность альфа- и гамма-интерферона, но и дефицит индукционной активности, при этом степень подавления системы интерферона статистически значимо преобладала у наиболее тяжелого контингента онкобольных II группы сравнения (Таб. 1).

Изучение особенностей в группах больных с клинической картиной вторичных иммунодефицитных состояний выявило особенности, характерные для каждой клинической модели иммунодефицита, сложившегося в условиях хронической персистенции иммунотропных герпес-вирусов. Так, для ч. д. б. пациентов I группы были свойственны лимфоцитоз периферической крови (мононуклеары составляли более 50% лейкоцитарного состава), при этом уровни натуральных киллеров (CD16+CD56), В-клеточное звено иммунитета (CD 19) были резко снижены (Таб. 2). Статистически значимо ниже уровня нормы были и функ-



Таблица 2

**Иммунологические показатели у пациентов с клиническими симптомами
вторичного иммунодефицитного состояния**

Показатели	У инфекционных ч. д. б.		У онкологических больных		Норма
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
Лейкоциты	$(4,5 \pm 0,3) \times 10^9/\text{л}$	$(4,4 \pm 0,1) \times 10^9/\text{л}$	$(4,0 \pm 0,1) \times 10^9/\text{л}$	$(4,2 \pm 0,2) \times 10^9/\text{л}$	$(6,5 \pm 1,9) \times 10^9/\text{л}$
Лимфоциты	$(42 \pm 3) \%$ *	$(40 \pm 5) \%$	$(24 \pm 2,5) \%$ **	$(25 \pm 3,0) \%$	$(28 \pm 3,7) \%$
Моноциты	$(8,2 \pm 1,8) \%$	$(8,5 \pm 1,5) \%$	$(5,5 \pm 1,5) \%$	$(8,7 \pm 2,5) \%$	$(7,5 \pm 1,2) \%$
Кластеры дифференцировки CD, CD3	$(2,8 \pm 0,1) \times 10^9/\text{л}^*$	$(2,9 \pm 0,1) \times 10^9/\text{л}$	$(1,8 \pm 0,2) \times 10^9/\text{л}^{**}$	$(1,9 \pm 0,3) \times 10^9/\text{л}$	$(1,6 \pm 0,3) \times 10^9/\text{л}$
CD3+CD4	$(0,8 \pm 0,1) \times 10^9/\text{л}^*$	$(1,2 \pm 0,2) \times 10^9/\text{л}$	$(0,5 \pm 0,07) \times 10^9/\text{л}^{*,**}$	$(1,2 \pm 0,5) \times 10^9/\text{л}$	$(1,15 \pm 0,05) \times 10^9/\text{л}$
CD3+CD8	$(1,5 \pm 0,2) \times 10^9/\text{л}^*$	$(0,8 \pm 0,1) \times 10^9/\text{л}$	$(1,2 \pm 0,1) \times 10^9/\text{л}^*$	$(0,8 \pm 0,1) \times 10^9/\text{л}^{***}$	$(0,65 \pm 0,01) \times 10^9/\text{л}$
CD4/CD8	$1,90 \pm 0,09$	$3,6 \pm 0,1^{***}$	$0,420 \pm 0,05^{*,**}$	$1,50 \pm 0,2^{***}$	$1,75 \pm 0,2$
CD19	$(0,02 \pm 0,005) \times 10^9/\text{л}^*$	$(0,03 \pm 0,005) \times 10^9/\text{л}$	$(0,02 \pm 0,007) \times 10^9/\text{л}$	$(0,15 \pm 0,01) \times 10^9/\text{л}^{***}$	$(0,22 \pm 0,08) \times 10^9/\text{л}$
CD16+CD56	$(0,01 \pm 0,002) \times 10^9/\text{л}^*$	$(0,02 \pm 0,001) \times 10^9/\text{л}$	$(0,01 \pm 0,001) \times 10^9/\text{л}^*$	$(0,18 \pm 0,001) \times 10^9/\text{л}^{***}$	$(0,27 \pm 0,02) \times 10^9/\text{л}$
Реакция торможения миграции лейкоцитов: спонтанная миграция	$(0,7 \pm 0,10) \text{ у. е. }^*$	$(1,5 \pm 0,10) \text{ у. е. }^{***}$	$(0,5 \pm 0,09) \text{ у. е. }^*$	$(0,9 \pm 0,05) \text{ у. е. }^{***}$	$(3,65 \pm 0,5) \text{ у. е.}$
С митогеном для Т-кл. кон А	$(23 \pm 1,2) \%$ *	$(32 \pm 1,5) \%$ ***	$(18 \pm 1,5) \%$ *,**	$(32 \pm 2,7) \%$ ***	$(57,5 \pm 4,5) \%$
С митогеном для Т-кл. ФГА	$(18 \pm 0,7) \%$ *	$(22 \pm 0,1) \%$ ***	$(15 \pm 0,5) \%$ *,**	$(30 \pm 2,5) \%$ ***	$(40 \pm 9) \%$
Фагоцитарная активность клеток МФС, фагоцитарное число	$(15 \pm 1,3) \%$ *	$(20 \pm 1,5) \%$ ***	$(9 \pm 0,7) \%$ *,**	$(21 \pm 1,5) \%$ ***	$(52 \pm 12) \%$
Фагоцитарный индекс	$(1,8 \pm 0,1) \text{ у. е. }^*$	$(2,5 \pm 0,3) \text{ у. е. }^{***}$	$(1,2 \pm 0,1) \text{ у. е. }^{*,**}$	$(2,7 \pm 0,3) \text{ у. е. }^{***}$	$(4,1 \pm 0,7) \text{ у. е.}$
* Достоверность отличия от нормы $p < 0,01$					
** Достоверность отличия показателей в группах наблюдения $p < 0,01$					
*** Достоверность отличия от исходного показателя $p < 0,01$					

циональные показатели РТМЛ, фагоцитарной активности клеток МФС.

В отличие от пациентов I группы онкобольные (II группа наблюдения) характеризовались тотальным количественно-функциональным иммунодефицитом, сохраняя лишь тенденцию к повышению цитотоксических CD 8-лимфоцитов (Таб. 2).

Установленная в исследовании ассоциативная связь коморбидной патологии с инфицированием герпес-вирусами разных популяций иммунокомпетентных клеток, в том числе и продуцирующих интерфероновые белки, приводит к пониманию необходимости освобождения иммунных клеток от вирусов для восстановления их функций в жизнеобеспечения.

Интерфероновый дефицит определяет показания для применения рекомбинантных препаратов альфа- и гамма — интерферонов с целью противовирусной терапии. Протокол лечения для ч. д. б. пациентов I группы предусматривал постепенное увеличение дозы интерферонов в течение 10–14 дней инъекционной терапии. Признаками эффективности лечения являлись повышение температуры, симптомы кратковременной интоксикации как реакции организма на гибель вирусов.

Учитывая угрожающий прогноз для жизни у онкологических больных, интерфероновая терапия для них была усилена применением полицитокининового подхода с использованием рекомбинантных факторов с сочетанной противовирусной и противоопухолевой активностью. Особого внимания в этом отношении заслуживает инновационный препарат Рефнот®, представляющий собой гибридный фактор некроза опухоли альфа (TNF) и альфа-тимозина. Мультиформальный противоопухолевый, противовирусный широкий, антибактериальный иммуностимулирующий и реабилитирующий эффекты были показаны в многоцентровых клинических исследованиях в конце 20 века и подтверждаются Bentler B. и др. (1988), Havell E. A. и др. (1989) [17]. Синергический и потенцированный противовирусный эффект, особенно против герпесов, был показан при совместном применении Рефнот®, гамма- и альфа-интерферонов [18, 19].

Контрольное обследование больных через месяц после проведения интерфероновой терапии (в I группе наблюдения) и применения комбинации рекомбинантных альфа, гамма-интерферонов и Рефнота (во II группе наблюдения) показало восстановление ресурсов интерферонового статуса у всех больных I группы и у 21 больного (70%) II группы (Таб. 2). У ч. д. б. пациентов в иммунограм-

мах была отмечена статистически значимая тенденция ($p < 0,01$) к нарастанию пула циркулирующих NK-клеток (CD 16+CD56) и В-лимфоцитов (CD19), а также активация функциональных показателей иммунологической компетентности, таких как РТМЛ и фагоцитоз клеток МФС (Таб. 2).

Клинически пациенты обеих групп отмечали значительное улучшение: повышалась толерантность к физическим нагрузкам, исчезали миалгии и артралгии, головная боль, возрастала двигательная и социальная активность, стабилизировалась масса тела, регрессировала психоэмоциональная подавленность. Онкобольные настойчиво проявляли комплаентность повторным курсам терапии, в которых, безусловно, нуждались.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Хроническая персистенция иммуноотропных вирусов формирует разные клинические модели иммунодефицитных состояний: снижение барьерных функций к инфекции сопровождается дефицитом NK- и В-клеточного звена иммунитета, функциональной недостаточностью иммунокомпетентных клеток на фоне реактивного лимфоцитоза периферической крови. Развитие онкогенеза сопровождается более выраженным количественно функциональным угнетением системы иммунитета. Отсутствие лимфоцитоза крови является прогностически неблагоприятным фактором.

2. Герпес-вирусное носительство CMV, EBV, HHV6 сопровождается выраженной недостаточностью резервов системы интерферона с недостаточностью как альфа-, так и гамма-интерферонов.

3. Применение рекомбинантных препаратов альфа- и гамма-интерферонов для восполнения дефицита системы интерферона решает проблему иммунологической реабилитации пациентов с герпес-вирусным носительством. В случае развития онкопатологии, ассоциированной с хронической персистенцией иммуноотропных герпесов, наиболее эффективно сочетанное применение рекомбинантных альфа- и гамма-интерферонов совместно с Рефнотом® — гибридом TNF альфа и тимозин-альфа цитокинов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Парцерняк С. А. Преждевременное старение, полиморбидность и интегративность медицины: направление решений и действий // СПб., Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2018. — 332 с.
2. Чурина Е. Г., Новицкий В. В., Уразова О. И. Факторы иммуносупрессии при различных патологиях // Бюллетень сибирской медицины, 2011. — № 4. — С. 103–111.
3. Баранова И. П., Коннова О. А., Керимова Ж. Н. Цитомегаловирусная инфекция. Учебное пособие для врачей (послевузовское профессиональное образование). — Пенза. — 2008. — 82 с.
4. Романцов М. Г., Ершов Ф. И. Иммунный ответ при вирусных инфекциях. СПб. — 1998. — 69 с.
5. Неверов В. А., Васильев В. В., Демиденко Т. П. Герпесвирусные инфекции, вызываемые нейротропными вирусами (hsv-i, — II и VZV) часть II // Российский семейный врач. — 2017. — № 2. — С. 29–38.

6. Бибик Е. Ю., Романенко Д. В., Решетило Н. В., Хоменко А. В., Шипилова Н. В., Алиева А. А. Роль органов иммунной системы в метаболическом синдроме // ГЗ «Луганский государственный медицинский университет». — 2014. — том: 12. — № 4. — С. 111–116

7. Запольский М. Э. Влияние герпетической инфекции на развитие соматической патологии. Герпес-индуцированные заболевания // Дерматология та венерология. — 2012. — № 3 (57). — С. 24–32.

8. Мелёхина Е. В., Музыка А. Д., Калугина М. Ю., Горелов А. В., Чугунова О. Л. Современные представления об инфекции, вызванной вирусом герпеса человека 6 типа // Архивъ внутренней медицины. 2016. — № 1 (27). — С. 13–19.

9. Исаков В. А., Исаков Д. В., Айзсилниекс О. В. Перспективы местной терапии больных рецидивирующей герпетической инфекцией // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2017. — № 1 (18). — С. 51–56.

10. Касихина Е. И., Глазко И. И., Чекмарев А. С. Герпетическая инфекция: механизмы латентности и реактивации. Возможности управления. Клиническая дерматология и венерология. 2014. — № 12 (1). — С. 75–80.

11. Волков В. Г., Захарова Т. В. Опыт применения гроприносина для лечения пациенток с заболеваниями шейки матки при инфекции вирусом папилломы человека. Российский вестник акушера-гинеколога. 2012. — № 12 (2). — С. 90–92.

12. Азнабаева Л. Ф., Арефьева Н. А. Иммунологические аспекты хронического тонзиллита. Вестник оториноларингологии. 2013. — № 78 (4). — С. 4–9.

13. Исаков В. А., Рыбалкин С. Б., Романцов М. Г. Герпесвирусная инфекция. Рекомендации для врачей // Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. Мечникова. — СПб. — 2006. — 94 с.

14. Хахалин Л. Н. Патогенетическое обоснование и принципы профилактики и лечения герпесвирусных инфекций / Л. Н. Хахалин // Неизвестная эпидемия: герпес. — Смоленск. — 1997. — С. 32–57.

15. Ходак Л. А., Книженко О. В., Захарченко Н. М. Герпес-вирусные заболевания // Международные медицинский журнал. 2003. — № 3. — С. 103–106.

16. Уразова Л. Н., Кузнецова Т. Н., Севостьянова Н. В., Коломиец Л. А., Чердынцева Н. В. Маркеры онкогенных вирусов в ранней диагностике злокачественных опухолей // Сибирский онкологический журнал. 2004. — № 2–3. — С. 111–117

17. Bentler B., Cerami A. The biology of cachectin/TNF- α a primary mediator of the host response // Annu. Rev. Immunol. 1988. — 7. — p. 625–655; Havell E. A. Evidence that tumor necrosis factor has an important role in antibacterial resistance // J. Immunol. 1989. — 143 (9). — P. 2894–2899.

18. Feduchi E., Alonso M. A., Carrasco L. Human gamma interferon and tumor necrosis factor exert a synergistic blockade on the replication of herpes simplex virus // J. Virol. 1989. — 63 (3) — p. 1354–1359.

19. Imanishi I., Lke H., Yamada A. Inhibitory effect of interferons and tumor necrosis factor on syncytium formation by feline leukemia virus // C. R. Seances Sol. Biol. Fel., 1987. — 18 (16). — p. 722–726.



ДУША СТРАДАЕТ, А ТЕЛО МУЧАЕТСЯ...



Фрагмент из беседы с немецким биосенсом, психологом Виктором Филиппи

Говоря о душе, я исхожу из энергетики человека. Душа человека — это самое тонкое понятие. Она не материальна, что бы там по этому поводу не говорили ученые и эзотерики. Душа — это свет. Но опять-таки душа — это энергия. Дух, в отличие от души, имеет в себе массу, имеет в себе материю, но в то же время он не осязаем, большинство людей его не видят, хотя кому-то дано видеть некоторые картины из духовной жизни. Например, человек, больной шизофренией, видит и слышит духовный мир, т.е. он в состоянии это воспринимать, у него обостренное чувство зрения, духовного зрения, а также слуха. Но это как пример. Я такие картины тоже вижу! И не я один. Но это не значит, что все, кто это видит, непременно, больные люди... Я привел этот пример, чтобы быть лучше понятным. Дети примерно до семилетнего возраста почти все общаются с ангелами и многое ощущают, что не дано уже ощущать взрослым... Например, еле уловимые колебания воздуха, ощущение присутствия в пустой комнате еще кого-то... Почему только до семи лет? Потому что в своей наивности ребенок открыт. Христос сказал своим ученикам: «А теперь приведите ко мне детей». И когда детей привели, он сказал: «А теперь станьте, как эти дети!». Он так сказал, потому что ребенок в своей наивности доверчив так, что внимает и верит каждому слову. А когда он все больше и больше в этом мире разочаровывается, и скапливаются его обиды, они его забивают, и его маленькая душа начинает черстветь и капсулироваться. После этого ребенок перестает видеть ангелов, видеть своих духов-защитников и теряет связь с ними, теряет контакт с положительной силой любви... Именно поэтому многие уже годам к 30 разучиваются смеяться от всего сердца, вместо смеха у них получается гримаса, чтобы казаться доброжелательными, при этом, глаза холодные, колючие... Это не улыбка, а, скорее, оскал хищника, который хочет куснуть, и это страшно. Это дух щерится, а не душа улыбается... Душа — это тепло. И когда от души человек улыбается, его глаза лучатся радостью, потому что такое ощущение радости — это эффект эмоции любви через восприятие человека. О таких людях говорят: «Он светится!». Дети, когда они смеются, похожи на звонкие колокольчики, на светящиеся звездочки, и хочется смеяться вместе с ними. Они искренние. В детях говорит душа. Как и сейчас, две тысячи лет назад люди тоже были черствыми, поэтому Христос и сказал им: «Учитесь у детей!». И только двое из его учеников — Павел и Петр — последовали его совету...

Душа — это тончайшая сфера, энергия души лежит в основе энергетического поля человека, которое включает три состояния энергии — душевное, духовное, телесное. То, что в виде пищи человек употребляет, в результате обмена веществ в виде энергии «выплескивается» из материи. Энергия, которую мы получаем при этом, позволяет нам двигаться, думать, существовать. Важно понять, что есть три состояния энергии. Первое — это чисто материальное тело, которое функционирует через процессы обмена веществ. Второе — энергия воли,

которая приводится в движение духовной силой. Но обе эти энергии не могут работать, если душа не добавит третью энергию — информацию. Самое важное — это информация, и душа ее несет! Как свет в жизни! И эти три состояния энергии образуют энергетическую оболочку человека, так называемую ауру. Энергетическая оболочка — понятие условное, т.к. аура пронизывает все клеточки тела человека насквозь, т.е. душа и дух буквально «растворены» в теле, и благодаря этому получается новое целое, подобно тому, как из двух газов — водорода и кислорода, при их соединении образуется жидкость — вода, т.е. вещество с новыми свойствами.

Соединение энергий духа, души и тела привело к созданию так называемых энергетических центров — чакр. И, по общему убеждению, они светятся семью цветами, образуя систему идеально-превосходно-прекрасную, совершенную во всех отношениях. Когда кровь пульсирует по сосудам — это тоже совершенная система — система кровообращения. А здесь идет речь о системе энергоснабжения. Она несет информацию, чтобы кровь обогащала клетку и очищала ее, это все взаимосвязано. Сердечная чакра служит по большей части защитой души. Все обиды, все разочарования, все оскорбления, все то, что человека приводит в дискомфорт, улавливается его сердечной чакрой. Во время моих медитаций многие начинают кашлять, причем, очень сильно. Иногда, беспрестанный кашель раздается со всех сторон, когда я начинаю снимать с сердечной чакры весь этот балласт старых обид, оскорблений, унижений... Есть такое выражение: «Камень на сердце». Это так и есть. И это любому понятно. Потому что этот «камень» душит человека. Люди часто жалуются, что «давит грудь». А что «давит грудь», если медицинское обследование ничего не выявляет? И вдруг инфаркт! Инфаркт — это только следствие старых обид, причем, нередко обид еще с детства... И то, что лежит «камнем на сердце», — это не что иное, как информация оскорбления, унижения, обид и разочарований, которая отложилась на сердечной чакре. К сожалению, этот аспект еще совершенно не изучен. А я вижу эти «камешки», они могут быть маленькими и большими вплоть до огромных глыб. И они не имеют материальной основы, здесь другая основа. Это информация. И она «душит» в области горловой чакры, которую еще называют чакрой коммуникаций. Когда человек говорит злые, нехорошие вещи, он по истечении определенного времени начинает испытывать приступы удушья, его «душит» то, что он когда-то говорил. При этом страдает щитовидная железа. Она так называется не только потому, что имеет вид щита, она, действительно, защищает душу. Слава Богу, сейчас уже врачи стали замечать, что у депрессивных людей функция щитовидной железы, как правило, страдает. Я считаю, что страдает она вследствие страданий души. Душа страдает, а тело мучается...



Продолжение следует...



Сейчас все ходят в Церковь... Все верят в Бога... Но готовы ли люди задуматься над тем, что причины многих заболеваний лежат не в плоскости физического и материального? Что не все болезни можно излечить фармацевтическими препаратами, хотя «стандарты» именно это предписывают? Готовы ли мы, если не принять, то хотя бы прислушаться к мнению коллеги, которое предлагаем вашему вниманию...



И. И. Черняева,
кандидат биологических наук,
Санкт-Петербург, Россия

О ДУХОВНЫХ ПРИЧИНАХ ЭПИЛЕПСИИ

Согласно медицинским справочникам: «эпилепсия — хроническое заболевание головного мозга, протекающее в виде преимущественно судорожных припадков с потерей сознания и изменения личности («вязкость» мышления, гневливость, злопамятность и т.п.). Эпилепсия может быть самостоятельным заболеванием (геноинная э.) или симптоматической (вследствие воспалительных заболеваний, опухолей, травм головного мозга и др.). По особенностям припадков и течения эпилепсии выделяют многочисленные ее формы».

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ

Впервые приступ эпилепсии я увидела в школе. Наша одноклассница Наташа хорошо училась до 8 класса. И как-то на уроке физики (учительница была очень строгая) у Наташи начался приступ: она дико вскрикнула, упала, начала биться головой о парту, а изо рта пошла пена. Мы сидели притихшие, испуганные. Наташу увезли в больницу. Она продолжила учиться с нами, но стала вялой, плохо усваивала уроки и по окончании школы получила лишь справку, а не аттестат зрелости. О дальнейшей ее судьбе я не знаю.

Только в конце 1992 года я чудным образом пришла к вере в Бога, стала посещать Церковь, читать Библию, труды Святых Отцов. Меня поразили слова Св. Иоанна Кронштадтского из его книги «Моя жизнь во Христе»: «Упорное неверие в бытие злых духов есть настоящее беснование, ибо идёт наперекор Божественному откровению. Отрицающий злого духа человек уже поглощен дьяволом».

И ещё одно высказывание Святого запало мне в душу: «Не раздражайся против того, кто имеет на тебя злобу и язвит тебя часто разными придирками, но сострадай к нему, люби его, говоря: ведь это не он или не она на меня злобятся, а дьявол через них свирепеет на меня, а они, бедные, — в прельщении; пройдёт прельщение вражие,

и они будут опять добры. Ведь мы часто бываем достойными жалости, орудиями бесплотного врага. Жалеть надо человечество, сильно преследуемое врагом».

«В наше время, время отступления от христианства и все усиливающегося увлечения оккультизмом, все большее и большее количество людей начинает подпадать под насилие злых духов. Правда, **психиатры** стесняются признать существование бесов и, как правило, беснование относят к категории естественных психических заболеваний. Но верующему человеку надо понимать, что никакие лекарства и психотерапевтические средства не могут прогнать злых духов. Здесь необходима сила Божия» (см. «У порога геены огненной». Православное учение о злых духах и о Божьем суде над ними. «Сатись», Санкт-Петербург, 1997 г.).

Эпилепсия, вероятно, в большинстве случаев является разновидностью беснования. Авторы книги «У порога геены огненной» указывают, что «ввиду чрезвычайной сложности человеческой природы, трудно точно объяснить суть беснования. Ясно, однако, что оно отлично от простого бесовского влияния, при котором темный дух пытается склонить к греху волю человека. Здесь человек сохраняет власть над своими поступками, и нашептываемое искушение может отогнать молитвой. Беснование отличается и от той одержимости, при которой дьявол овладевает разумом и волей человека. По-видимому, при бесновании злой дух завладевает **нервно-двигательной** системой организма — как бы внедряясь между его телом и душой, так что человек теряет контроль над своими движениями и поступками. Следует думать, однако, что при бесновании злой дух не имеет полного контроля над силами души бесноватого: они лишь оказываются неспособными себя проявить. Душа остается в известной мере способной самостоятельно мыслить и чувствовать, но совершенно бессильна управлять органами тела».

Вышесказанное не означает, что нет управы на сатану, бесов и людей, служащих сатане.



Священник Даниил Сысоев (кн. «Инструкция для бес- смертных», М. 2012 г., стр. 54) указывает, «что сатана — болтун. У него гораздо меньше сил, чем представляется...», что враг совершенно лишился оружия с момента распятия Иисуса Христа. Поэтому, если вдруг появятся какие-то там призраки, бесы, не забывайте, что их задача — вас запугать. У них нет реальной силы». И далее автор приводит пример, как к Антонию Великому пришел бес. «Огромный бесира, великан до облаков, с красными глазами, черный такой. Антоний просто посмеялся над ним: «Ну и что ты ко мне пришел? — говорит Антоний Великий. — Если ты хочешь — вот я, Антоний, если ты надо мной от Бога получил власть, — бери, пожалуйста. А если нет, то чего ко мне пришел? Вот я тебя перекрещу, и уходи отсюда. Антоний перекрестил его, и бес убежал».

БОЛЕЗНЬ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРАВОСЛАВНОГО ХРИСТИАНИНА

Вышла в печать серия брошюр, объединенная общим названием «Божья аптека». В ней даны описания болезней, способы приготовления лекарств из натуральных продуктов, даны рецепты традиционной народной медицины. А главное — даны молитвы, читаемые в болезнях и о болящих. Указывается, что «Болезнь — не всегда наказание за грехи. Иногда болезнь посылается для смирения, иногда — чтобы удержать человека от неправильных поступков. Бывает, болезнь мешает планам, казалось бы, самым хорошим — и эти планы не осуществляются. Но кто знает, не во благо ли это?».

Сказанное вовсе не означает, что лечиться не надо. Надо быть мудрым — нельзя относиться к болезни беспечно, бояться тоже не надо. Подлинно верующего человека хранит благодать Божия. Заболев, верующий спросит себя: может быть, с душой что-то неладно? Может, есть какой-нибудь грех не исповеданный? И никогда православный христианин не подумает: «Это мне кто-то сделал. Надо к бабке сходить, говорили, тут есть одна, очень сильная».

Не прибегая к темным силам и никого не обвиняя в наших болезнях, начнем лечиться.... А сначала, как и перед всяким добрым делом, хорошо бы помолиться.

«Нет ничего равного молитве, она и невозможное делает возможным, трудное — легким, неудобное — удобным». Это слова Святителю Иоанна Златоуста.

МОЛИТВА — ЭТО БЕСЕДА С БОГОМ

В связи с вышесказанным вспоминаются мне слова одного больного, находящегося в психиатрической больнице. Мы разговаривали с игуменом Николом — Пешношского монастыря, находящегося в Подмоскovie. Этот монастырь возрождается, а в советские годы там находилась психиатрическая больница. Часть мужчин, пожизненно находящихся в ней, остались на территории монастыря. Больные гуляли. Храм был открыт, но никто из больных не зашел в него. К нам подошел один из больных и спросил: «Батюшка, можно я расскажу анекдот?». — «Говори!». И мужчина рассказал анекдот: «Вы, батюшка, говорите, что молитва — это наш разговор с Богом. А вот, когда Бог разговаривает с нами — это шизофрения или эпилепсия у нас». Вероятно, в этом анекдоте есть доля правды, ибо

Иисус Христос для всех народов и на все времена сказал: «Я есмь Путь, Истина и Жизнь, и никто не приходит к Отцу Моему, как только через Меня».

Важно знать, что болезнь и смерть находятся в руках Божьих. Бог говорит (Втор. 32,39): «Я умерщвляю и оживляю. Я поражаю и Я исцеляю, и никто не избавит от руки Моей». Поэтому медицина — это наука, а целительство — это религия. Только Господь исцеляет человека. Лечить надо, прежде всего, душу, помочь душе стяжать в себе Царство Божие, которое по слову Спасителя «внутри нас есть». Господь требует от нас истинной веры, покаяния и исправления своей греховной жизни, смиренного взгляда на себя. Ничто духовное не бывает безличным: или оно Божье, или сатанинское. Любая магия (белая, черная, зеленая) — это торговля с дьяволом. Любой экстрасенс, контактер с Высшим Разумом, любой парапсихолог, маг и колдун осознанно или неосознанно является слугой сатаны и бесов.

А теперь приведу несколько примеров, как молитва (а не заговоры) помогала хотя бы на время предотвратить приступ эпилепсии. Известно, что молиться нужно о себе и о близких, а ближайший у христианина — тот, кто нуждается в его помощи.

СЛУЧАЙ В ЭЛЕКТРИЧКЕ

Еду с работы. Вошла в электричку. Напротив меня сидит молодая симпатичная девушка. Я уткнулась в книгу. Через некоторое время услышала дикий вопль девушки, у нее начался приступ эпилепсии. Я стала осенять ее крестным знамением и читать вслух молитву «Да Воскреснет Бог». Приступ тут же прекратился. Кто-то из пассажиров успел связаться с машинистом, чтобы вызвали скорую помощь. Девушка открыла глаза и попросила отменить приезд врачей, она боялась попасть в больницу. Я спросила девушку, ходит ли она в Церковь. — «Нет, не хожу. Я даже не крестилась, и мои родители — коммунисты». Я советовала ей пойти в Иоановский женский монастырь, где находятся Святые мощи Иоанна Кронштадтского, и там принять таинство Крещения. А еще я рассказала ей, как была свидетелем исцеления больной женщины, страдавшей около 30 лет приступами эпилепсии.

ИСЦЕЛЕНИЕ БОЛЬНОЙ В ВАРЛААМО-ХУТЫНСКОМ МОНАСТЫРЕ

Недалеко от Новгорода находится женская обитель «Варлаамо — Хутынский Спасо — Преображенский монастырь». 19 ноября 1996 г., в день памяти преподобного Варлаама Хутынского Чудотворца, мы с приятельницей поехали в монастырь, но успели только к концу службы. Пишу записки и слышу лай собаки. Подхожу к алтарю и вижу женщину лет 60. Она гавкает, крутится вокруг себя, ругает батюшку, бежит к нему и хочет его укубить. У батюшки в руках был елей, и он кисточкой брызгает на нее, и елей попадает ей в рот. Отец Макарий просит принести ему святую воду. Женщина снова рычит. Прихожане молятся, кто-то называет ее имя. Женщина кричит: «Не молитесь, не призывайте на помощь Божью Матерь, Ксению Блаженную, Варлаама Хутынского!». Святую воду принесли. Батюшка с Крестом и святой водой подходит к ней и просит ее поддержать, если она будет падать. В этот момент у нее

изо рта выходит клубок черного дыма, и с шумом разрывается под куполом Храма. Я толкаю свою приятельницу и спрашиваю, видит ли она что-то темное и страшное. — «Да, вижу. Бесы из нее выходят. Молись!» — был её ответ. Женщина падает, ее подхватывают на руки. Она, немного отдохнув, подходит к батюшке, низко кланяется всем присутствующим, благодарит за молитвы. Подходит к раке Преподобного Варлаама Хутынского, встает на колени и благодарит Чудотворца за свое исцеление. Я спросила у ее подруги, чем болела эта женщина. Подруга сказала, что 30 лет у нее были приступы эпилепсии, что она много раз лежала в больнице. И только в последний год она стала ходить в Церковь и ездить по монастырям. А сегодня преподобный Варлаам Хутынский избавил ее от бесовской силы, которая так мучила ее долгие годы.

Но от нее самой будет зависеть, не впустит ли она вновь бесов, еще более коварных и злых, будет ли она жить по заповедям Господа, будет ли ходить в Храм Божий. Дело в том, что исцелиться человек может, лишь изменив себя.

Как-то я с подругой пошла в Иоановский женский монастырь. К ней подошла Людмила, с которой они были в Псково-Печерском монастыре. Там Отец Андриан проводил «отчитки» (русское название экзорцизма, чин изгнания бесов). Людмила, казалось бы, навсегда избавилась от болезни. Врачи подтвердили, что эпилепсия отступила. Прошло месяца два, и вновь болезнь возобновилась. Моя подруга спросила ее, в чем причина, когда та последний раз была в Церкви. И мы услышали, что сегодня она впервые зашла в Храм, да и то, чтобы поставить свечку и написать записку. Стала она сетовать на козни соседей, на конфликтную ситуацию на работе.

Св. Отцы говорят: «Невелико дело, если демон выйдет из человека. Велико, если мы сможем изгнать демона страсти».

СЛУЧАЙ В ПОЛЕ

В лихие 90-ые годы, во время правления Б. Н. Ельцина и его команды шло разорение нашей страны, закрывались заводы, скупались земли, вывозили за границу металл, вырубались леса. Хаос и разорение царило повсюду. Кто-то богател, но в целом народ голодал. Не обошел этот беспредел и наш научно-исследовательский институт. Шесть месяцев нам не платили зарплату, а когда все-таки платили, то в конвертиках — кому-то 200–300 рублей, а кому-то тысячи. Многие талантливые молодые люди уезжали за границу либо меняли работу, уходили в торговлю, в туристические агентства и т. п., просто, чтобы выжить.

Рядом с институтом находилось совхозное поле, и многие сотрудники вынуждены были там собирать картофель и морковь. Как-то и я подрабатывала там, собирая морковь. Рядом со мной трудился мужчина. И вдруг ему стало плохо, он упал. Я подошла к нему, у него начались судороги, головой он бился о землю. Я, как и тогда в электричке, стала осенять его крестным знамением и читать молитвы. Он пришел в себя. Подошла его мать. Спросила ее, давно ли заболел сын. Она ответила, что недавно, после армии. Вернулся из Афганистана, а работы нет. Случайные заработки, денег не хватает ни на лекарства, ни на еду. Спросила у нее, были ли аборт. Она мне в ответ: «А у кого их не было?». — «Иди в Храм, кайся в совершенных гре-

хах, Господь тебя простит. С сыном ходите в Православную Церковь, только ни в какую секту не записывайтесь, все секты — от лукавого» — наставляла ее.

Да, времена наступили трудные для большинства россиян, но Господь нас зовет к себе, ибо «русский мужик, да и баба тоже, не перекрестится, пока гром не грянет». С Божьей помощью выживем, и морковь послужит нам едой и лекарством. Советовала я им чаще прибегать к Таинствам Церкви, не только к Исповеди и Причастию, но и не забывать о Соборовании. На Исповеди прощаются наши грехи, на Причастии мы соединяемся со Христом. А для исцеления тела и исцеления душевных заболеваний проводится Соборование.

А как биолог, дала ей несколько советов, как снимать судороги. В организме не хватает кальция, но можно обойтись глюконатом кальция, который достаточно дешевый препарат. Надо, чтобы он перешел в лактат кальция, который хорошо усваивается организмом. Две-три таблетки нужно поместить в стакан с кисломолочным напитком (кефир, ацидофилин, сыворотка) и принимать дней 10 подряд. А еще можно для снятия судорог взять цветки ромашки аптечной — 1 столовую ложку цветков залить стаканом крутого кипятка. Настоять. Принимать настой теплым: от 1–2 стол. ложек до полстакана 3–4 раза в день. При эпилепсии народная медицина рекомендует использовать измельченную траву чистотела лесного. Одну чайную ложку травы настоять на стакане кипятка. Принимать настой рекомендуется по 1 ст. ложке 3 раза в день. Рецептов много существует.

НЕ ПРЕЛЮБОДЕЙСТВУЙ

Еще об одном случае хочу рассказать. Моя знакомая пригласила меня в гости. Она во второй раз выходила замуж. После ЗАГСа они венчались в Церкви. Их повезли кататься по городу, а мы пришли в дом. Ожидали их появления. Мы торжественно их встретили. Вошли следом и свидетели. Шафер — мужчина, который в Церкви держал над головой жениха корону, он же и был водителем, войдя в квартиру, упал. У него начался эпилептический припадок. Мы окружили его, стали окроплять его святой крещенской водой, читать псалмы 67 и 90. В рот ему влили святую воду. Приступ прекратился, и мы все усадились за праздничный стол. Виктор чувствовал себя хорошо. С ним рядом сидела его любимая женщина. В перерыве ко мне подошла Надежда и попросила с ней перейти в другую комнату. Она сказала, что они с Виктором любят друг друга, но пока не могут быть вместе, так как у нее есть муж и дети, и он еще не оформил развод с женой. Встречаются тайком. Виктор очень хороший, они росли в одном дворе. Любили друг друга, но он женился на другой. Вновь встретились, и закружилась голова. Она знает, что он болен — эпилепсия. Это у него началось после армии. Обычно приступ длится довольно долго, при этом, если не вложить в рот ложку или тряпку, он до крови прикусывает язык и потом долго не может принимать пищу. А сегодня она была потрясена, как быстро и безболезненно закончился припадок. Я объяснила, что молитва к Господу, к Божьей Матери, к Ангелу — Хранителю спасала его. Молитва, Святая вода, Крестное знамение — все это отгоняло от него бесов.



«Сейчас вы оба живете в блуде. В двух заповедях Господь предупреждает об этом грехе: «Не прелюбодействуй» и «Не желай дома ближнего твоего; не желай жены ближнего твоего...», ничего, что у ближнего твоего». Я советовала им разобраться в своих чувствах, и либо прекратить блудливую связь, либо жениться, венчаться и быть вместе.

Надежда рассказала, что они ходили к гадалке, и та в болезни Виктора обвинила его жену, якобы та от ревности «навела порчу на мужа». — «Идите срочно на покаяние, ибо обращение к колдунам, экстрасенсам — мерзость в очах Господа. Жена тут ни при чем. По Божьему попущению, за его грехи нападают на него бесы. А вы вместо того, чтобы задуматься о своих грехах, хотите свалить причину его болезни на других. Учтите, что люди, занимающиеся оккультизмом, и даже обращающиеся к ним за помощью, а, по сути дела, к услугам падших духов, ставят в опасность не только себя, но и своих детей и внуков» — был мой ответ ей.

Советовала я ей начать читать Евангелие. Рассказала о Царе Давиде и о его сыне — царе Соломоне. В Библии рассказывается, как был наказан Господом царь Давид за нарушение этих заповедей. Преуспевал царь Давид, благословляемый Богом, во всех делах своих. Но грех вошел в его душу. Однажды полюбил он красивую женщину именем Вирсавию, жену Урии, находящегося тогда на войне. Приказал он военачальнику поставить Урию там, где будет самое сильное сражение, чтобы он был убит. Урия был убит, и царь женился на вдове его — Вирсавии. Тогда для вразумления Бог послал к нему пророка Нафана, который предупредил о будущих испытаниях. Умирает сын, родившийся от Вирсавии, несмотря на то, что Давид молился Богу о младенце. После смерти младенца и другие бедствия посетили Давида — постоянные войны, три дня моровой язвы на Израильян, истребившей до 70 тысяч народа, гонения на него со стороны старших его сыновей. Царь Давид каялся перед Господом за свое согрешение, отсюда и возникли Псалмы Давида. Господь простил его.

Следующим царем в Израиле стал его сын от Вирсавии — Соломон. Был он мудрым царем и очень богатым. Но и он в старости под влиянием чужестранных женщин склонился сердцем к другим богам и построил даже капище языческим богам — Хамосу и Молоху. За это разгневался Господь на Соломона. Понял царь свою вину и раскаивался перед Богом.

К сожалению, суета сует затащили Виктора и Надю. Понадеялись они «на русский авось». Через год Виктор во время эпилептического припадка упал с лесов (он работал на стройке) и разбился, его похоронили.

НЕВИДИМЫЙ БОЙ ЗА ИСЦЕЛЕНИЕ ОЛЕНЬКИ

С Оленькой я познакомилась в 1995 году. Тогда ей было лет 6. Пришла в церковь «Всех Скорбящих Радосте», где отец Иосиф проводил «отчитки» (чин изгнания бесов). В 2012 году отец Иосиф почил во Боге, Царствие ему Небесное! Многих он спас от беснования и одержимости. Начал батюшка читать заклинательные молитвы, изгоняющие бесов из больных людей. Слышу и вижу, что недалеко от меня девочка беснуется (кричит, матерится, строит рожицы). Подошла к ней и окропила ее святой водой. Девочка затихла, стала играть с моим зонтиком. Оленька была

с мамой и бабушкой. По дороге домой спросила, чем болеет девочка. Мама ответила: «Врачи ставят диагноз — эпилепсия. Говорят, что болезнь прогрессирует, и предлагают поместить ее в психоневрологический институт». «С чего и когда началась болезнь?» — был следующий вопрос.

Мама рассказала следующее. «Муж мой военный, родом с Украины. В Великий пост, в Страстную неделю играли мы свадьбу. В первую же брачную ночь я забеременела. Против нашей свадьбы выступала родная его тетя, так как по ее понятиям, я была бедной, а она сватала его за богатую невесту на Украине. Тетка и его мать (бабушка Оленьки по отцу), как выяснилось позже, занимались магией. Господь давал мне знаки, но тогда была я атеисткой. Перед свадьбой разболелась моя мама. В поезде женщина предупреждала, что брак, заключенный в Страстную неделю, не будет счастливым. Действительно мы плохо с ним жили. Он начал выпивать и гулять. Помню, как перед телевизором, когда шли сеансы Кашпировского, мы сидели всей семьей и ставили коляску с доченькой. Когда приехала в наш город «целительница» Стефания, мы с мамой пошли к ней. Меня вызвали на сцену, мне стало плохо, я рыдала. С собой взяла фотографию супруга. Стефания обещала мне помочь и за деньги «сняла порчу» с моей семьи. Однако становилось все хуже и хуже. Я беру развод с мужем, и он уезжает на Украину. Я подала на алименты. И как только пришли первые деньги от отца, у Оленьки в пять лет начались первые приступы болезни. Стефания уехала, но мы с ней вели переписку. Однако никакие травы, ни соль, ни наговоренный чеснок — ничего не помогало. Оленьке становилось все хуже и хуже. А тут в городе появилась еще одна «спасительница» — баба Нюра. Узнала, что живет она в Колпино, и побежала к ней. Обещала помочь. Оленьке стало лучше, но только на короткое время. Через месяц начались такие приступы, что Оленька попадает в больницу. Оформляют ей инвалидность, а я вынуждена была оставить работу. Врачи уговаривали меня сдать ее в интернат, но я не соглашалась. Хотя Оленьку мы и крестили, когда ей было 8 месяцев, но в Церковь не ходили. Только по колдунам бегали. А теперь мы ходим к отцу Иосифу. И я вижу, что приступы становятся реже».

Мы обменялись телефонами. Я советовала сжечь все письма от Стефании, а заодно и любую оккультную литературу, если таковая имеется в доме.

Мне очень хотелось помочь Оленьке и ее маме. Придя домой, я позвонила матушке Римме, чтобы она подсказала, как им помочь. О страннице Римме — монахине Евфалии имеется серия рассказов в журнале «Православный летописец» за 2010 год, № 39 и 43. Ей Господь дал дар прозорливости, а на трудный путь служения Богу и людям благословлял Владыка Санкт-Петербургский и Ладожский Иоанн (Сычев). Матушка сказала, что маме надо покаяться в грехах блуда и в том, что она делала аборт. Оказалось, что, действительно, ее обманул женатый мужчина, и в 17 лет она сделала аборт. Потом матушка сказала, что надо отпеть в Церкви ее покойного отца, так как не только грехи родителей, но и нераскаянные грехи деда легли тяжелым бременем на Оленьку. Она — как дитя убогое (У Бога), принявшая на себя грехи своего рода. Выясняется, что дедушка покончил жизнь самоубийством. Его увели из семьи, когда дочка была еще маленькой. Он метался между бывшей семьей и любовницей. Самоубийц

не отпевают в церкви. Однако, если человек был крещеным и состоял на учете в психиатрическом диспансере, его разрешается отпевать в Церкви. Либо надо ехать за разрешением в приемную к Владыке, писать там заявление. Так и было сделано, и было получено разрешение на заочное отпевание. Дьявол нападал на нее. На обратном пути она подвернула ногу и неделю лежала дома.

В день Рождества Христова мы с матушкой поздравляли их с праздником, а на следующий день приехали к ним в гости. Матушка играла с Оленькой, купала ее в ванной, учила ее молиться. Легла с ней спать и всю ночь, прижимая к себе Оленьку, молилась о ней. Маму и бабушку просила вынести из дома телевизор и выкинуть все психотропные препараты, которые не лечат, а только травят девочку. Но маме трудно было расстаться и с телевизором, и с лекарствами.

Матушка вскоре позвонила им и сказала, что до Пасхи маме с Оленькой надо съездить в Псково-Печерский монастырь, к Отцу Андриану, а также в Дивеево. Там провести Оленьку по канавке, которую вырыл Святой Серафим Саровский, и по которой ходила Сама Божья Матерь. Они так и сделали. А еще две или три недели они провели в мужском Санаксарском монастыре, где старец Иероним потчевал Оленьку изюмом, а все лекарства выбросил. Маме было сказано, чтобы дочку она отдала учиться в обычную школу, но, чтобы от Церкви не отходить, чаще бывать на таинствах Исповеди и Причастия.

Осенью Оленька пошла в школу и училась там хорошо. Врач, которая ее лечила, видя такое чудесное исцеление, стала верующей православной христианкой. Оленька рассказывала, что, когда она училась в школе, всегда с собой брала пузырек со святой водой. Как только ей становилось не по себе, она начинала мысленно креститься, читать молитву и выпивала глоток воды, и плохое самочувствие уходило. Оленька успешно окончила школу, колледж, сейчас работает. Но временами бывали и срывы. Очень трудно молодым в наше время устоять против соблазнов мира и противостоять безнравственности, пропагандируемой через средства массовой информации. Оленька даже однажды попала в сатанинскую секту «готы». Выкрасила белой краской половину лица, ночевала на кладбище в склепах. Но молитвами мамы и бабушки она возвращалась к нормальной жизни.

В преддверии греха Господь дал нам заповедь: «Се, грех лежит у порога дома твоего; он влечет тебя к себе, но ты властвуй над ним» (Быт. 4,7). Господь дал нам свободу выбора, с кем мы будем сотрудничать — с Ним, или с сатаной, ибо «кто кем побежден, тот тому и раб» (2 посл. Петра, 26,19). Надеюсь, что слова матушки о том, что Господь не даст Оленькину душу поработить дьяволу, и, что, пройдя многие испытания, станет она истинно верующей православной христианкой, воином Христовым, сбудутся.

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Эпилепсия, как говорилось выше, может начаться и в результате травмы головного мозга. На мою знакомую напал наркоман — бил ее по голове, отнял сумку. После этого она часто стала терять сознание на короткое время и падать. Врачи поставили ей диагноз — эпилепсия, стали прописывать лекарства, от которых ей не было облегче-

ния. Она говорила мне, что за несколько секунд до начала приступа она чувствует, что будет плохо. И она начинает молиться, осенять себя крестным знамением и уже больше не падает.

Нечто подобное я слышала от врача психиатра, заведующего отделением в психиатрической больнице Скворцова-Степанова. У него в отделении много лет лежал дядя Вася, который во время приступа обнаруживал нечеловеческую силу, бушевал и крушил все вокруг. Врач рассказывал, что за несколько минут до приступа он видел, что в дядю Васю входят какие-то «ляврии». Врач срочно вызывал санитаров, и дяде Васе делали инъекцию и умиряли. Те сущности, которые врач называл «ляврии» — суть есть бесы. В Евангелие рассказывается о гадаринском бесноватом, который разрывал любые цепи, которыми пытались его сковать. Иисус Христос освободил его от легиона бесов, но народ был не доволен, так как бесы вошли в стадо свиней, бросившихся в озеро. Кстати, все самоубийства происходят по причине вселения бесов в человека. Ученые же утверждают, что это происходит по причине инфекции. Как известно, (см. статью о дисбактериозе в журнале «Пятиминутка» № 2–2011 г.) мир микроорганизмов находится внутри нас и вокруг нас, причем, как полезные виды, так и патогенные. И миром микроорганизмов, как и всеми планетами, управляет Господь. Он, когда народы сильно грешат, может даже наводить эпидемии, подобные чуме, оспе и др.

Разновидностью беснования является, как правило, и способность экстрасенсов и контактеров с Высшим разумом к ясновидению и прорицанию. В Евангелие рассказывается случай о прорицательнице, которая приносила немалый доход своим хозяевам. Когда апостол Павел изгнал из нее беса, она потеряла эту способность (Деян. 16,16–19).

Вышла книга Архимандрита Тихона «Не святые святые» и другие рассказы (М. 2011). В ней он рассказывает, как будучи во ВГИКе он занимался спиритическими сеансами, вызывая духов Сталина, Сократа, Гоголя. «Как-то ночью они с друзьями вызывали «дух Гоголя». Он жаловался, стонал, просил о помощи. — «Как мы можем вам помочь?!»... — «О, если так! Тогда я... Тогда я бы дал вам ... яду». И утром они отправились в храм Тихвинской Божьей Матери. Священник объяснил им, что они общались не с Гоголем и не с Сократом, а с самыми настоящими бесами, демонами. Много там рассказано историй и нашего времени. Советую приобрести эту книгу.

Автор стал священником и служил в Донском монастыре. В 90-ые годы во всех газетах и по ТВ шло сенсационное сообщение о 10-летнем мальчике Валерии, в присутствии которого загорались вещи сами по себе — холодильники, подушки, стулья и т.д. Валеру осматривали врачи, экстрасенсы, сотрудники ФСБ — все было бесполезно. На всякий случай, родители окрестили ребенка. Однако, все вокруг горело по-прежнему. К отцу Тихону пришел отец Валеры, подполковник милиции, человек неверующий и некрещеный. Отец Тихон написал письмо про Валеру отцу Иоанну Крестьянкину. Оказалось, что, когда Валеру крестили в какой-то церкви (минут за 30), не были прочитаны особые древние молитвы (заклинательные). И, когда отец Тихон их прочитал над Валерой, пожары прекратились. Валера вырос, стал майором милиции, и вместе с родителями стал постоянным прихожанином.



От Редакции: Ирене Крекер работает медсестрой в особом доме при психиатрической клинике в Германии. «Его не назовёшь домом престарелых, потому что здесь больные объединены не по возрасту, а по отклонениям в психике. Много случаев депрессии, шизофрении, старческой деменции. В этом доме люди живут до последнего вздоха. Их называют жильцами, обитателями дома, но не пациентами.» — так пишет о своих подопечных Ирене Крекер. Кроме всего, она является свободным писателем. Ее рассказы, по сути, представляют собой документальные истории несостоявшихся судеб. Они пишутся самой жизнью. Впервые мы опубликовали рассказы И. Крекер в нашем журнале в 2016 г. (см. архив www.stella-uspb.ru).



Крекер Ирене,
медицинская сестра Центра психиатрии,
писатель, Германия

ВСЕ НАЧАЛОСЬ С ДЕПРЕССИИ (ИЗ ЗАПИСОК ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДСЕСТРЫ)

Погода великолепная. Начало осени, а в воздухе ещё не чувствуется её присутствие ни в цвете листьев, ни в шорохе листьев. Сегодня воскресенье. Природа позвала, и я, поддавшись её волнительному призыву, набравшись решимости, предложила самому беспокойному пациенту совершить прогулку в парк. Он кивнул головой и со словами: «Ну, так пошли», — с трудом пересев из кресла в коляску, отправился своим ходом к лифту. Через несколько минут мы были уже на улице. Великолепие природы и пьянящий свежестью воздух не остались незамеченными. Мужчина развёл руками и, с трудом шевеля губами, улыбнулся по-детски широко и открыто, таким образом выражая восторг.

Мне тоже дышалось легче вдаль от помещений клиники с их интерьером и запахами... Мы остановились около скамейки в глубине парка под деревом, раскинувшимся во всю ширь своей листвой. Ситуация располагала к беседе, и та, не замедлив, набирая обороты, потекла в медленном ритме... Улыбнувшись собеседнику, я, присев на скамейку, поинтересовалась его самочувствием и предложила рассказать о себе. К моему изумлению, он, ни минуты не медля, начал рассказывать свою нехитрую жизненную историю.

Родился в конце сороковых годов в полной семье в бывшей Германской Демократической Республике. Отец — по профессии булочник, мать — работница мясной фабрики. Мой герой был единственным ребёнком в семье. Родители ничего не жалели для него, мечтали, что он выучится и будет для них опорой на старости лет. Он был от природы мастером на все руки: умел починить любого рода аппаратуру, электроприборы, прославился среди соседей умением всё делать своими руками. Окончив восьмилетку, приобрёл профессию автомеханика. Всё бы

было хорошо, если бы ни смерть любимого отца. Он умер внезапно от остановки сердца. Юноша не смог справиться с этой трагедией. Сегодня он мне поведал, что после смерти отца началась депрессия. Ему мир стал не мил. Целыми неделями он лежал в постели, спал, просыпался, опять засыпал, проснувшись, плакал... Ему не хотелось ничего делать, душа не лежала ни к чему. Жизнь потеряла всякий смысл.

Мать души в нём не чаяла. После смерти мужа, видя, что сын нуждается в помощи психиатра, обратилась за советом к домашнему врачу. Тот, недолго размышляя, направил двадцатитрёхлетнего юношу в психиатрию. Его там о многом не спрашивали, дали на подпись определённые документы... Так он оказался добровольным пациентом в этой клинике, о чём, по его словам, теперь не жалеет. «Душевнобольной», — сказал он, с тоской заглядывая в мои глаза, и непроизвольно развёл руками. Пациент — человек спокойный по характеру, дружелюбный, умеющий найти контакт с любым, приспособиться, понять собеседника. Таков он и до сих пор, то есть в 65-летнем возрасте, но, правда, только в свои светлые жизненные фазы.

Как он мне объяснил, в то время на территории страны было только две большие психиатрические клиники, и мать приняла решение переехать на юг, где и поселилась недалеко от сына, сняв квартиру и отдавшись во власть судьбы. Он навещал её, пока она была жива.

Одно из отделений клиники стало для него домом. Ему нравилось находиться в обществе взрослых образованных людей, то есть медперсонала, который поначалу баловал юношу, проявляя к нему определённого рода доверие. В течение двадцати лет он помогал по хозяйству, работал в качестве помощника по обслуживанию в дру-

гих отделениях, в прачечной, застилал постели пациентам, трудился по уборке территории...

Время шло. Приступы депрессии происходили всё чаще...

Сегодня я подумала, что давно не видела пациента таким, как сейчас: расслабленным, мирным, уравновешенным, внутренне успокоенным... Утром, лёжа в постели, он представлял собой совсем другую картину. Натянув на голову одеяло, крича и защищаясь от невидимого противника, он вспоминал и моё русское происхождение, и Москву с Красной площадью, и парад на ней... Извиваясь всем своим физически крепким телом, он поносил, то есть оскорблял, хаял всё подряд, что приходило на ум. В таких случаях он обычно получает ещё в постели утренние медикаменты. Система искусственного питания позволяет эту процедуру упростить. Через определённое время пациент успокаивается. Проведя ещё около часа в постели, он, как король, прибывает в коляске в столовую, продолжая кривляться, плевать, тем самым привлекая к себе всеобщее внимание. Сегодня его сознание откликнулось светлой стороной на моё предложение совершить прогулку в парк, и вот мы оба наслаждаемся красотой неповторимого дня осени с его волнующими звуками и красками. Мы сидим под ветвистым деревом, мимо проходящие люди, работники и обитатели нашего городка для психически больных пациентов, знают мужчину и проявляют к нему особого рода внимание: жмут руку, похлопывают по плечу в знак приветствия, одалживают сигарету, напоминают свои имена, фамилии...

Ничего необычного во всём этом, вроде, и нет, не считая того, что вечером пациент может предстать совсем в другом свете, когда уже недостаточно будет внимания одной медсестры-сиделки. Тогда будет разбиваться о пол и стены посуда, раздаваться жуткие вопли с отгороженной части столовой, где он обычно наедине с собой совершает обряд питания и общения с внутренними голосами, заполняющими его с лихвой...

Не хочу пугать читателя подробными зарисовками поведения этого обитателя, хочу просто отметить, что в течение сорока лет происходит деградация этого в прошлом скромного чувствительного юноши... Ещё в юные годы психиатрами был выдвинут диагноз: шизофрения. Что, собственно, произошло в течение этих немало-немного сорока с лишним лет? Почему из этого спокойного душевнобольного получился монстр, который при каждом удобном случае выкручивает руки медперсоналу, плюёт в лицо людям, обслуживающим его, употребляет нецензурную лексику, в невменяемом состоянии крушит всё, что попадает ему на пути...

Не впервые за последнее десятилетие задумываюсь над этими вопросами. Сегодня, после

откровенного разговора с пациентом, я вдруг непроизвольно осознала страшную трагедию, произошедшую с этим человеком, глубоко любящим своих родителей, в конечном итоге поплатившимся за это своей жизнью.

Я вглядываюсь в его болезненно-прищуренные глаза и думаю: «А кто же виноват, что тебя не вылечили, а покалечили, что ты жизни — то и не познал, горемычный»...

Он открыто поделился со мной сокровенным. В молодости ему нравилась девушка по имени Барбара. Он боялся дыхнуть на неё, дотронуться, боялся словом сделать больно. Он жила в соседнем селе, в двенадцати километрах... Ему ничто не стоило каждый день добираться туда пешком, лишь бы увидеть её, услышать смех, окунуться в голубые глаза.

Потом умер отец, и его увезли из тех мест. Он больше не видел девочку, девушку... Мужчина смотрел на меня, прищурив свои уже посеревшие голубые глаза, и мне почудились слезы в них, страдание, боль души. Может, мне это только показалось, но моя душа словно перевернулась в этот миг. Мы договорились после обеда пойти в кафетерий, выпить там по чашечке кофе и продолжить разговор на свободе.

Могу сразу сказать, что желаемое не сбылось. После обеда пациент был уже совсем другим: не осталось и следа от движения его души. Светлая сторона сущности пропала, растворилась, исчезла, до неё невозможно было достучаться. Он просто не понимал, чего от него добивается это существо в белом одеянии: он кривлялся, кричал в лицо что-то несвязное, одним словом, бесновался...

Светлую сторону этого мужчины, который в душе остался юношей, удалось почувствовать мне сегодня за маской тёмного, страшного, буйного, бушующего внутреннего огня, пожирающего его душу изнутри в течение многих лет. Тайну его необъяснимой агрессии, гнева и бешенства, когда ему всё нипочём, и разгульная душа извергается наружу, и её невозможно ничем остановить, как невозможно остановить движение реки во время половодья или дождя во время ливня, или огня во время пожара, разгадать мне, наверное, уже не по силам, хотя я и на пороге её понимания... Машина, запущенная в эту душу много лет назад, вырабатывает свой исходный продукт независимо от личных качеств и способностей живого материала, и жернова её зубцами проходят по живым душам, измельчая их в пепел и выбрасывая его в атмосферу...

Попробуй убедить меня в обратном, дорогой читатель, я буду тебе очень благодарна. Честно сказать, жуткая драма приоткрылась мне сегодня через ужасную правду ещё одной загубленной жизни. Что-то неспокойно стало на душе...

✎



К нам редакцию пришло сообщение, которое мы решили опубликовать с тем, чтобы врачи, в первую очередь, педиатры предупреждали родителей, бабушек и дедушек о подобных случаях посягательства на жизнь и здоровье детей.

СЛУЧАЙ НА ПАРАШЮТНОЙ УЛИЦЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

В декабре прошлого года в нашем доме на Парашютной улице начали происходить странные вещи. В 5 парадной, где расположен детский клуб, стал появляться молодой человек (точнее, старшеклассник). Он заходил в раздевалку, где дети ждали преподавателей, и просил малышей подняться к нему домой якобы для того, чтобы поиграть с его больными братиком и сестричкой. Как только кто-то из детей начинал звонить родителям, парень немедленно уходил.

В течение месяца этот молодой человек появился в детском клубе раз десять. Его запомнили и дети, и преподаватели. Пока проходили занятия, в раздевалке обязательно дежурил кто-то из родителей.

В январе 2020 года парень был замечен в разных парадных дома. Он заходил в подъезд и, предположительно, кого-то ждал. Потом, не дождавшись, уходил. Это зафиксировали камеры видеонаблюдения. До 17 января ничего криминального не происходило, и люди успокоились. Как оказалось, зря.

Вечером 17 января моя 10-летняя дочь возвращалась домой из музыкальной школы и возле 3 парадной увидела молодого человека лет 15 (как оказалось, он шел за ней от музыкальной школы — это зафиксировали камеры видеонаблюдения). Парень подошел к ней и попросил помочь ему в игре: нужно куда-то побежать и кого-то подождать. Дочь наотрез отказалась. В это время входная дверь открылась, дочь вошла в парадную, парень пошел за ней. В лифт дочь вошла вместе с какой-то женщиной, парень увязался за ними. На 9 этаже женщина вышла, и как только двери лифта закрылись, парень начал приставать к дочери. Он опустился перед ней на корточки, поднял подол ее куртки и попытался расстегнуть джинсы. К счастью, лифт быстро поднялся до 12 этажа, дочь вышла и позвонила в квартирный звонок. Парень тем временем скрылся.

Я спросила дочь, почему она не побоялась зайти вместе с этим парнем в парадную и поехать с ним на лифте. Она ответила, что не почувствовала исходящей от него угрозы. И, действительно, мало кому придет в голову, что опрятно одетый и вежливый парнишка лет 15, явно школьник, с рюкзаком на плечах и с книгой в руке

может иметь дурные намерения в отношении малолетнего ребенка.

На следующий день, в субботу, мы с дочерью пошли в отделение полиции. Заявление у нас не приняли, мотивируя это отсутствием в действиях молодого человека состава преступления.

Тогда я вечером того же дня позвонила председателю дома, рассказала ей о случившемся и попросила предоставить записи с камер видеонаблюдения.

В воскресенье я, дочь, муж и председатель дома, взяв с собой копию видеозаписи, снова отправились в отделение полиции. Просмотрев видеофайл, сотрудник полиции тут же принял у меня заявление.

Во вторник 21 января вечером мне позвонила председатель дома и сказала, что парня доставили в отделение полиции вместе с родителями. Членам правления дома удалось выследить парня, сопроводить его до квартиры и передать сотрудникам правоохранительных органов. Оказалось, что он проживает в 5 парадной, где находится детский клуб.

Я позвонила сотруднику полиции, который принимал у меня заявление, и узнала от него, что парню всего 14 лет, поэтому к уголовной ответственности его не привлекут. Парень долго отрицал свою виновность, но под давлением неопровержимых фактов сознался, что с некоторых пор его сексуально привлекают дети. Родители ничего не знали о наклонностях сына, и его признание повергло их в шок. По словам оперативника, с парнем будут работать психологи и психиатры, он будет поставлен на учет в полиции. Больше ничего сделать нельзя, пока ему не исполнится 16 лет.

Я боюсь, что ставить точку в этой истории рано. Даже если на какое-то время малолетний педофил «заляжет на дно», перестанет приставать к детям в своем доме, он может пойти в другие дома, поехать в другие районы города и там искать новых жертв...

Прошу родителей и всех равнодушных людей распространить эту информацию. Только так мы можем спасти жизнь и здоровье наших детей.

Иващук Е. В.,
Санкт-Петербург

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

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.

19–20 июня

пятница – суббота
09:00–18:00

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



V ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«Современная педиатрия. Санкт-Петербург – Белые ночи – 2020»

Форум проходит в период волшебных белых ночей, что оправдывает особый интерес к этому мероприятию у специалистов из всех регионов России и зарубежья.

Целью форума является широкое информирование российской педиатрической общественности о современных возможностях профилактики, диагностики и терапии заболеваний у детей и подростков, а также обмен опытом по научным практическим вопросам оказания современной высокотехнологичной педиатрической помощи в различных регионах РФ.

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)**

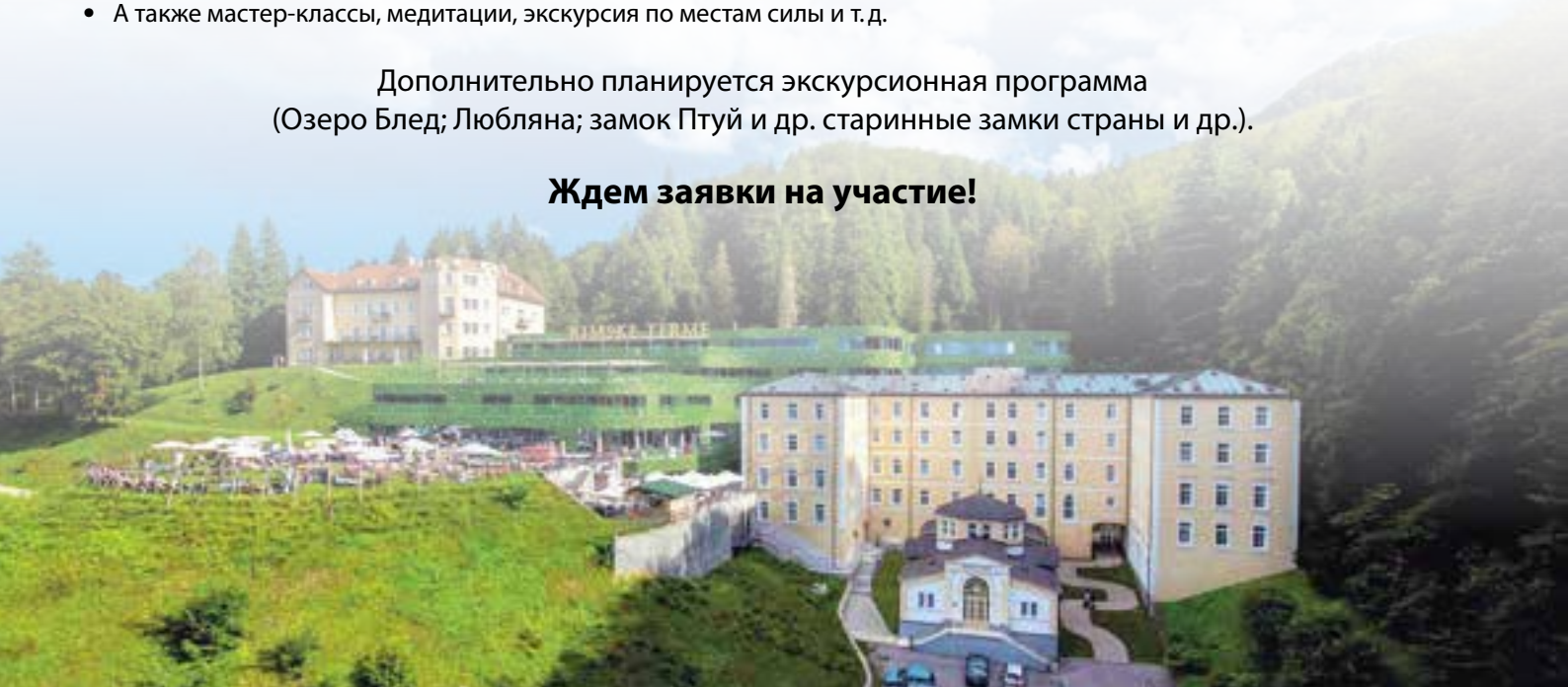
Курорт Римские Термы расположен в живописном месте Словении, среди горных массивов, покрытых густыми лесами, где главными лечебно-оздоровительными факторами являются кристально чистый горный воздух и лечебная вода из термально-минеральных источников. Лечебная вода используется как для купаний (бассейны, 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