



научно-практический журнал для врачей

Пятиминутка

№ 3 (58) 2020

**О необходимости
совершенствования
государственной политики
в сфере здравоохранения**

**Эмоциональное выгорание
медицинских работников**

**Тревожно-депрессивные
расстройства**

**Продукты функционального
питания**

**Адаптогены как основа
медицинской профилактики**

Коррекция дефицита йода

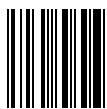
Методика Айкуне

**Гомеопатический метод в коррекции
бронхообструктивного синдрома**

**Профилактика и лечение
переломов при остеопорозе**



ISSN 2071-0712



9 772071 071005 20003 >

Per aspera ad astra
Через тернии к звездам

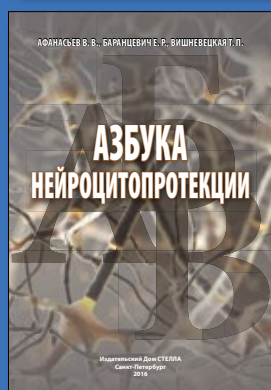
Сенека

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ СТЕЛЛА ПРЕДЛАГАЕТ КНИГИ



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

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



Книга **«Азбука нейроцитопротекции»**

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

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



Методическое пособие

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

(автор М. А. Мамаева, 2019)

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



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

(автор М. А. Мамаева, 2011)

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

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

Учредитель и Издатель – ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА»
Главный редактор и автор проекта – М. А. Мамаева, канд. мед. наук
Зам. Главного редактора – В. И. Бондарь, доктор мед. наук

Редакционный совет

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. **Максимюк Н. Н.**, доктор биологических наук, профессор, эксперт РАН, академик МАНЭБ, академик РАЕН, академик ПАНИ (СПб.), заведующий кафедрой биологии, биохимии и биотехнологий ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», Великий Новгород
7. **Петрова Н. Г.**, профессор, доктор мед. наук, зав. кафедрой сестринского дела СПбГМУ им. И. П. Павлова, СПб.
8. **Скрябин О. Н.**, главный хирург СПб ГПБУ «Клиническая больница им. святителя Луки», главный хирург Калининского района СПб., главный абдоминальный хирург СПб, д.м.н., профессор.
9. **Трубина М. А.**, кандидат географических наук, член-корр. МАНЭБ, действительный член Российского Географического Общества, старший научный сотрудник отдела курортной биоклиматологии, Пятигорский научно-исследовательский институт курортологии, филиал ФГБУ СКФНЦК ФМБА России, г. Пятигорск
10. **Ханевич М. Д.**, заместитель главного врача по хирургии СПб. ГБУЗ «Городская Мариинская больница», руководитель отдела хирургии и клинической трансфузиологии Российского НИИ гематологии и трансфузиологии, Засл. деятель науки РФ, Засл. врач РФ, академик РАЕН, доктор медицинских наук, профессор, СПб.
11. **Шишкина Е. А.**, доктор социологических наук, профессор Астраханского филиала Международного юридического института, г. Астрахань.
12. **Юрьева 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.ru

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

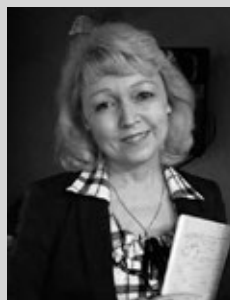
Авторские материалы не всегда отражают точку зрения редакции. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Полное или частичное воспроизведение или тиражирование каким бы то ни было способом материалов, опубликованных в журнале и/или на сайте журнала, допускается только с письменного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



Номер подписан в печать: 11.09.2020
Тираж: 10 000 экз. Заказ № 4286
© 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 новом выпуске журнала много материалов посвящено природной терапии, натуральным лечебно-оздоровительным средствам и медицинской профилактике, поскольку это является основным направлением нашей работы, и большинство наших авторов — приверженцы традиционной, тысячелетиями проверенной медицины. Пандемия КОВИД-19 показала, насколько важно укреплять организм заблаговременно, поскольку ослабленная иммунная система не способна противостоять инфекции, и это особенно актуально, когда инфекция мало известна, и лечение еще не разработано. Незнание и шквал противоречивой информации явились одними из причин эпидемии тревожно-депрессивных расстройств среди населения, об этом также публикуется материал в данном номере.

Но центральное место мы отводим на этот раз аналитическому обзору состояния отечественного здравоохранения с логичными выводами и рекомендациями.

Многие материалы, которые мы предлагаем вашему вниманию, являются предметом дискуссий в медицинской среде, и мы будем рады участию наших коллег в обсуждении актуальных тем современного здравоохранения и медицины в целом.

Кроме этого, в номере размещены результаты интересных научных исследований по остеобиотикам, диетологии, педиатрии и т.д.

Приглашаем вас к участию в международных конференциях и рабочих поездках по обмену опытом, организуемых Обществом специалистов «Международное медицинское сотрудничество», которое работает при нашем издательстве с 2012 г. Все объявления о будущих мероприятиях вы найдете на страницах журнала и на сайте издательства.

Ждем ваших отзывов, мнений, предложений, материалов для публикации.

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

Фото на первой обложке:

Баркова Татьяна Николаевна — кандидат социологических наук, доцент, заместитель зав. кафедрой Государственного муниципального управления Северо-Западного Института Управления Российской Академии Народного Хозяйства и Государственной Службы (СЗИУ РАНХИГС) при Президенте РФ, г. Санкт-Петербург, член Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество». Статью Барковой Т. Н. читайте на стр. 4

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

Читайте в следующем номере:

- Клиническое мышление и стандарты
- Биоелементозы и дисбиоз кишечника
- Фитоадаптогены в онкологии
- Комплексная реабилитация пациентов
- Гирудотерапия
- Курорты Крыма
- Спортивное питание

ИНФОРМАЦИЯ О РАСПРОСТРАНЕНИИ И ПОДПИСКЕ НА ЖУРНАЛ «ПЯТИМИНУТКА»

Распространение журнала «Пятиминутка»:

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

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

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

Уважаемые коллеги!

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

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

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

Приглашаем к сотрудничеству!

С уважением,
главный редактор
кандидат
медицинских наук
МАМАЕВА
Марина Аркадьевна

В НОМЕРЕ:

- Медицинская социология.** Баркова Т. Н., Кургузова М. А.
О необходимости совершенствования государственной политики Российской Федерации в сфере здравоохранения [4–12]
- Медицинская профилактика.** Яременко К. В.
Адаптогены как средства профилактики инфекционных заболеваний [13–15]
- АНОНС.** Апанасенко Г. Л.
Введение в новую парадигму здравоохранения. Управление здоровьем человека [16–17]
- Медицинская психология.** Суворов А. К.
О тревожно-депрессивных расстройствах на фоне пандемии. Нейтрализация паники [18–19]
- Диетология.** Максимюк Н. Н., Николаев И. А., Денисенко А. С.
Медико-биологические основы создания и применения продуктов функционального назначения [20–23]
- Клиническая фармакология**
Петрова Е. В., Панина Е. С., Родина О. П., Полубояринов П. А., Радченко Л. Г., Галеева Р. Т., Мусатова Л. А.
Современные подходы к профилактике и лечению переломов при остеопорозе [24–27]
- Актуальная проблема.** Петрова Н. Г., Мурзенко О. В.
Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников и педагогов [28–35]
- Актуальная проблема.** Беспалов В. Г., Туманян И. А.
Йододефицитные состояния: причины и способы коррекции [36–42]
- Медицинская профилактика.** Некрасова В. Б.
Первичная и вторичная профилактика орви и гриппа: биокорректоры питания [43–47]
- Комплексная реабилитация.** Пикалов В. Е., Плахов Н. Н.
Формирование правильной осанки — основа здоровья человека. Методика Айкуне [48–51]
- Гомеопатия.** Долинина Л. Ю.
Возможности гомеопатического метода лечения в коррекции бронхообструктивного синдрома [52–54]
- Эндокринология.** Швыдкая И. В.
О ранней диагностике и профилактике сахарного диабета 1 типа [55–57]
- Педиатрия.** Шадрин Д. И., Оплетин Е. В.
Современное состояние здоровья детей, посещающих дошкольные учреждения [58–59]
- Памяти коллеги.**
Колосовский Эрнест Дмитриевич [60]



Баркова Т. Н., кандидат социологических наук, доцент, заместитель зав. кафедрой Государственного муниципального управления, Северо-Западный Институт Управления Российской Академии Народного Хозяйства и Государственной Службы (СЗИУ РАНХИГС) при Президенте РФ, Санкт-Петербург, Россия



Кургузова М. А., врач педиатр, гастроэнтеролог, эндоскопист, СПбГБУЗ Городская поликлиника № 23, Консультативно-диагностический центр для детей № 2, Санкт-Петербург, Россия

О НЕОБХОДИМОСТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

По определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов. Уровень общественного здоровья отражает социально-экономический уровень государства, по сути, это основа безопасности страны.

Согласно Указу Президента РФ о стратегии национальной безопасности, «развитие здравоохранения и укрепление здоровья населения Российской Федерации является важнейшим направлением обеспечения национальной безопасности»*. Для реализации данной цели и проводится государственная политика в сфере здравоохранения.

Министерство здравоохранения для эффективной реализации своих целей и задач должно усиливать межведомственные взаимодействия, разрабатывая и реализуя совместные программы. Таким примером является национальный проект «Демография», который включает мероприятия, касающиеся не только здоровья, но и развития социальной сферы.

Для определения эффективности здравоохранения учитываются следующие критерии:

1. Демографические показатели и показатели здоровья населения (рождаемость, смертность — общая, в трудоспособном возрасте, от определенных причин), ожида-

емая продолжительность жизни, естественный прирост / естественная убыль, заболеваемость).

2. Ключевые факторы, влияющие на здоровье населения; степень их влияния; индекс здоровья, который рассчитывается на их основе.

3. Ресурсы и деятельность системы здравоохранения за предыдущие годы.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Численность населения на 2020 год по данным Росстата составила 146,7 млн. чел. Несмотря на то, что прослеживается динамика роста численности, мы до сих пор не можем выйти на уровень 1991 года, когда она составляла 148,3 млн. чел.** (Рис. 1).

Рождаемость — естественный процесс возобновления населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом деторождений в конкретной популяции за определенный период времени. Обычно рассчитывают количество родившихся на 1000 чел. населения за год.

Смертность — процесс, характеризующийся статистически зарегистрированным числом смертей в конкретной популяции за определенный период времени. Как правило, рассчитывают также на 1000 чел. населения за год. Значительно более точными являются показатели смертности, рассчитанные для отдельных возрастных групп населения.

* Указ Президента РФ от 31.12.2015 N 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191669/

** Официальный сайт Росстата/ <https://www.gks.ru/folder/12781>

колебание численности населения

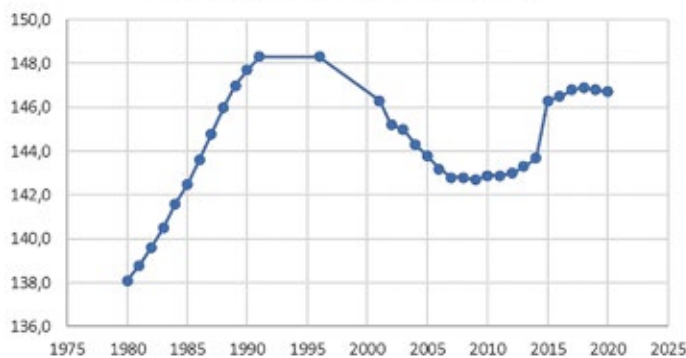


Рис. 1. Колебание численности населения РФ

Особое значение имеет коэффициент смертности от отдельных причин (в частности от определенных заболеваний, например, от инфаркта миокарда или онкологических заболеваний).

Также для оценки эффективности здравоохранения в области акушерства и гинекологии, неонатологии и педиатрии используют коэффициент младенческой смертности.

Материнская смертность показывает число женщин, умерших в период беременности, независимо от ее продолжительности и локализации, или в течение 42 суток после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или внезапно возникшей причины, соотнесенное с числом живорожденных.

Естественный прирост (естественная убыль) населения отражает прирост или убыль населения и высчитывается как разница между рождаемостью и смертностью.

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) используется для оценки общественного здоровья — это гипотетическое число лет, которое предстоит прожить всем родившимся при учете, что смертность в каждой возрастной группе будет неизменной, какой она была в том году, для которого проводилось исчисление. Этим показателем оперируют, как одним из главных показателей здоровья населения. На этот же показатель опиралось Правительство РФ, обосновывая повышение пенсионного возраста. На этот показатель ссылаются также, сравнивая эффективность здравоохранения в разных странах.

По данным Росстата, ОПЖ на 2018 г. составляет 67,7 лет для мужчин и 77,8 лет для женщин. В среднем ожидаемая продолжительность жизни на 2018 г. составила 72,9 лет (Рис. 2).

На 2019 год рождаемость составила 10,1 на 1000 чел., а смертность — 12,3, при этом естественная убыль населения составила 2,2*.

На рисунке 3 приведена динамика рождаемости и смертности в РФ.

Надо отметить, что в РФ естественная убыль населения отмечается с 1995 года, достигая максимальных значений 6,6 в 2000–2001 гг. Столь неутешительные показатели являются следствием социально-экономического кризиса 90-х и начала 2000-х; распадом системы здравоохранения, ростом безработицы, наркомании и алкоголизма. Однако, спустя 25 лет, мы так и не вышли на естественный

ожидаемая продолжительность жизни

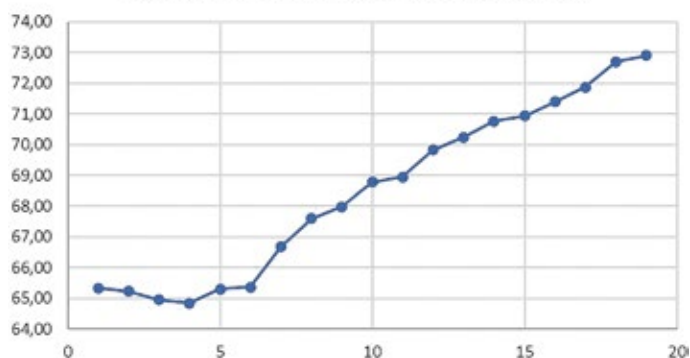


Рис. 2. Динамика ожидаемой продолжительности жизни в РФ

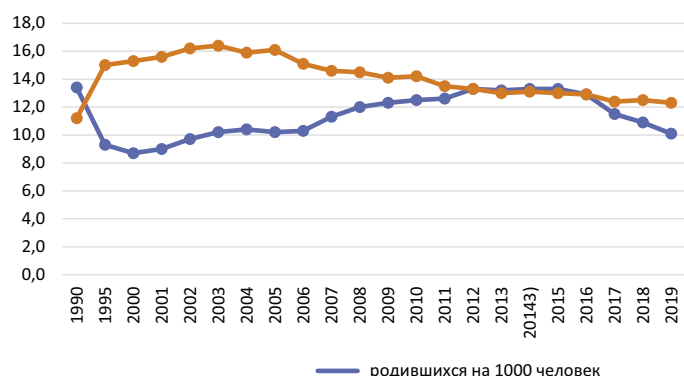


Рис. 3. Сравнительная динамика рождаемости и смертности в РФ (1990–2019 гг.)

прирост населения (за исключением 2013–2015 гг, когда естественный прирост составлял 0,2). Даже массовая миграция из ближней Азии не помогает преодолеть порог естественной убыли населения.

Заболеваемость является важной составляющей комплексной оценки здоровья населения, а также эффективности работы системы здравоохранения. Выделяют: 1) заболеваемость по данным обращаемости в организации здравоохранения; 2) заболеваемость по данным медицинских осмотров; 3) заболеваемость по данным о причинах смерти; 4) исчерпанную (истинную) заболеваемость; 5) заболеваемость по отдельным социально-значимым заболеваниям. В структуре заболеваемости по данным обращаемости выделяют показатели общей заболеваемости и первичной заболеваемости.

Остановимся только на заболеваемости по **социально значимым заболеваниям**. Она рассчитывается как число впервые выявленных случаев заболевания, деленных на численность населения на конец года, умноженных на 100000.

На графиках представлена динамика заболеваемости туберкулезом, ВИЧ, онкологическими заболеваниями, психическими заболеваниями.** (Рис. 4–8).

Аналитические данные свидетельствуют о положительной динамике: отмечается снижение заболеваемости туберкулезом, ВИЧ, психическими заболеваниями. На этом фоне выделяется резкий рост заболеваемости злокачественными новообразованиями.

* Официальный сайт Росстата/ <https://www.gks.ru>** Официальный сайт ЦНИИОИЗ/ <https://mednet.ru/>



заболеваемость туберкулезом

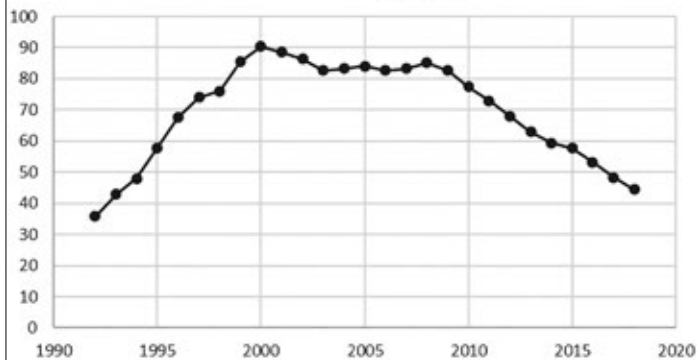


Рис. 4. Динамика заболеваемости туберкулезом в РФ (1990–2018 гг.)

заболеваемость вирусом иммунодефицита человека

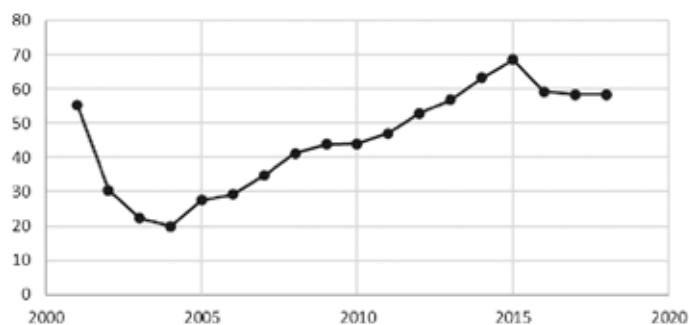


Рис. 5. Динамика заболеваемости ВИЧ в РФ (2000–2018 гг.)

злокачественные новообразования

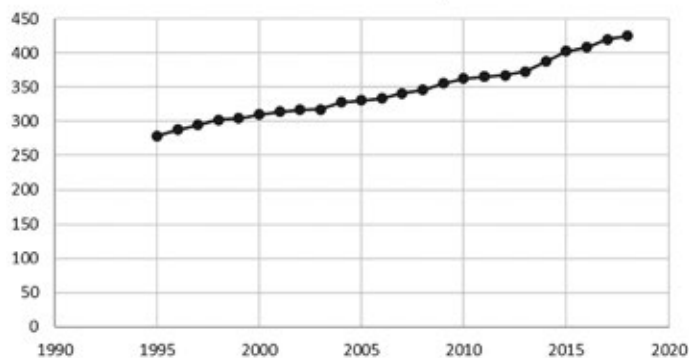


Рис. 6. Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями в РФ (1995–2018 гг.)

Число пациентов с психическими расстройствами, обратившихся в психоневрологические организации Российской Федерации (на 100 000 человек населения)

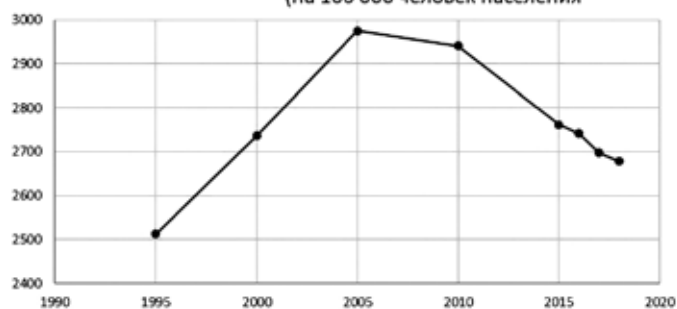


Рис. 7. Динамика числа пациентов с психическими расстройствами в РФ (1995–2018 гг.)

Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ

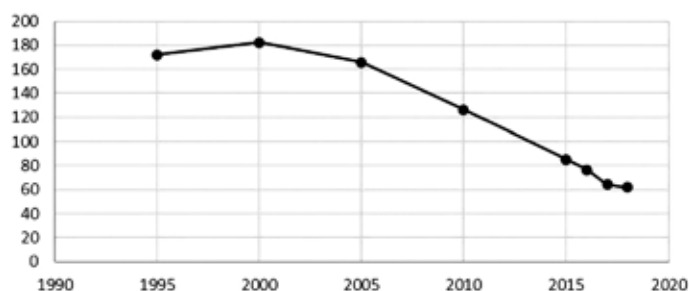


Рис. 8. Динамика психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (1995–2018 гг.)

КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Зарубежный опыт по оценке влияния различных факторов на показатели здоровья населения на популяционном уровне показывает, что на здоровье влияют:

- Образ жизни (30%) — курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, физическая активность и т. д.
- Медицинская помощь (30%) — доступность, качество.
- Социально-экономические факторы (30%) — образование, занятость, доходы, безопасность, поддержка семьи.

- Окружающая среда (10%) — качество воды и продуктов питания, условия труда, обучения, проживания.*

К сожалению, в последние годы финансирование здравоохранения осуществляется по «остаточному» принципу. Несмотря на увеличение финансирования в абсолютных числах (в 2018 г на здравоохранение было выделено 476,4 млрд. руб., в 2019 г. — 655,6, в 2020 г. — 1 027,9, в 2021 г. планируется выделить меньше, чем в 2020–969,0 млрд. руб., что не понятно, т.к. национальный проект «Здравоохранение» только начинает реализовываться и требует значительных вложений, его доля, все равно, составляет в 2 раза меньше рекомендованного ВОЗ: на 2020 г. — 3,6% от ВВП (с 2012 г. этот показатель остается практически неизменным, колеблясь от 3,2% до 3,6% в 2016 г.)**. По сравнению со странами Европы, это крайне мало. Расходы на здравоохранение в «новых» странах ЕС — 5,0%, а в Германии — 9,5%*** (Рис. 9).

Если же рассматривать подушевые расходы на здравоохранение, то Россия так же далеко отстает даже от «новых стран ЕС», опережая только Мексику**** (Рис. 10)

В Российской Федерации действует смешанная модель финансирования системы здравоохранения, которая включает:

* <https://www.countyhealthrankings.org>

** Автор: Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В., Альвианская Н.В. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.) 25 Февраля 2020, <https://www.vshouz.ru>

*** Там же.

**** Там же.

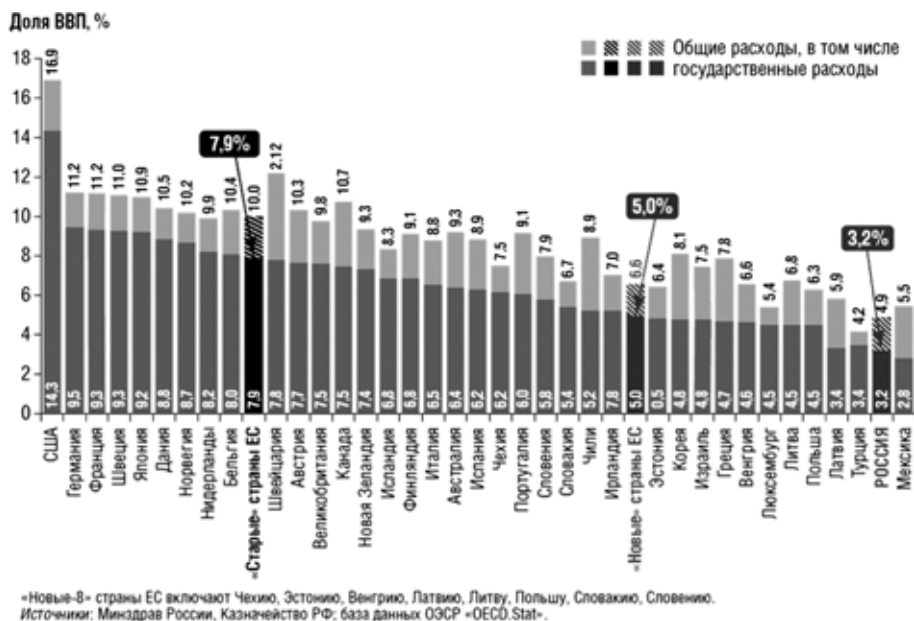


Рис. 9. Государственные расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в разных странах

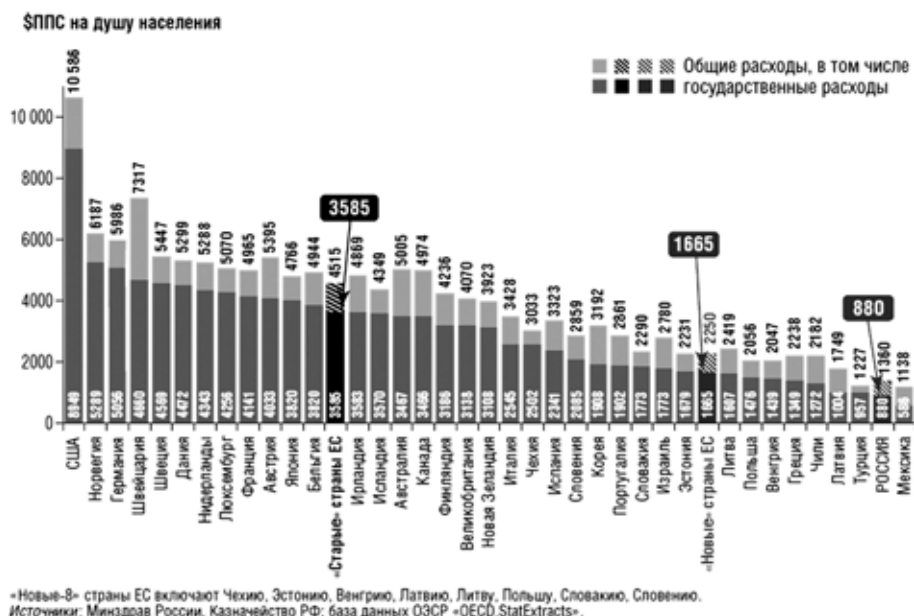


Рис. 10. Подушевые государственные расходы на здравоохранение в разных странах

- государственные средства, за счет которых оплачиваются Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ), инвестиционные расходы, содержание медицинских учреждений (в т. ч. образовательных организаций), санитарно-эпидемиологической службы;
 - частные расходы населения: непосредственная оплата медицинских услуг в государственных, муниципальных и частных медицинских организациях и система Добровольного медицинского страхования (ДМС).
- Доля государственных затрат составляет 65 %, а частных — 35 % (в западных странах доля частных затрат составляет 27 %) (по данным ВШОУЗ).

Государственное финансирование формируется из:

- 60 % — средства Федерального фонда ОМС (формируются из взносов на работающее население, которые отчисляют работодатели — 5,1 % ФОТ и взносов из региональных бюджетов на неработающее население) — оказание медицинской помощи в рамках территориальных программ бесплатного оказания медицинской помощи;

- 24 % — средства региональных бюджетов (за счет региональных налогов) — ВМП; Финансовое обеспечение медико-биологического обеспечения спортсменов сборных команд; обеспечение лекарственными средствами людей с редкими заболеваниями; спонсирование донорства; реализация федеральных и региональных программ;
- 16 % — средства федерального бюджета (за счет федеральных налогов) — реализация федеральных проектов; оказание ВМП; Финансовое обеспечение медико-биологического обеспечения спортсменов сборных команд; спонсирование донорства; обеспечение лиц, больных туберкулезом, ВИЧ.

Несмотря на рост расходов на здравоохранение, в пересчете на постоянные цены 2012 г. отмечается их сокращение. Также стоит отметить неравномерность затрат на здравоохранение на душу населения в разрезе субъектов РФ. По данным ВШОУЗ, разница между десятью самыми обеспеченными регионами и десятью наименее обеспеченными составляет более, чем в 2 раза: 26,7 тыс.



рублей в Чукотском АО и 10,7 тыс. рублей в Республике Дагестан. Это не может не отразиться на уровне развития здравоохранения в регионе.

Эксперты ВШОУЗ считают, что для достижения ОПЖ в 77 лет необходимо плановое увеличение финансирования здравоохранения на 10% в ценах 2018 г., а также учитывать уровень инфляции, при этом, плановые затраты на здравоохранение должны составить не 26 млрд. руб., а 32 млрд. руб.

РЕСУРСЫ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА ПРЕДЫДУЩИЕ ГОДЫ

Итак, расходы государства на здравоохранение колеблются в пределах 3,2–3,6% от ВВП. С каждым годом увеличивается доля частных расходов на медицинские услуги, в т.ч. затраты граждан на платные исследования и приобретение лекарственных препаратов.

Необходимо обратить внимание на обеспеченность медицинскими кадрами и коечным фондом. По данным ЦНИИОИЗ, с 2015 по 2018 г. число медицинских организаций сократилось с 8044 до 7318*. Количество больничных организаций сократилось с 4147 до 3903, а численность коечного фонда с 1097134 до 1044875.

В более продолжительном отрезке времени данные еще более впечатляют: количество медицинских учреждений сократилось с 17627 в 2000 г. до 9273 в 2009 г, то есть практически в 2 раза! Количество больниц сократилось с 8862 в 2000 г. до 5862 в 2009 г, а поликлиник — с 6306 в 2000 г. до 2262 в 2009 г, то есть практически на 2/3.**

Укомплектованность медицинскими кадрами составляет: в 2000 г. — 608,7, в 2009 г. — 625,7 тыс., однако к 2015 г. численность врачей сокращается до 543,6 и к 2018 г. растет незначительно до 548,8***. Если мы посмотрим на представленные выше графики заболеваемости и смертности, то увидим, что их рост совпадает со временем активного сокращения коечного фонда и врачебного персонала. Именно на это время пришлась, так называемая, «оптимизация здравоохранения». Непродуманные реформы, проведенные с целью экономии расходов, привели к сокращению числа медицинских учреждений и медицинского персонала, и, как следствие, к ухудшению доступности медицинской помощи.

* Министерство здравоохранения Российской Федерации Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации: Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Основные показатели здравоохранения, М:2019

** Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации Департамент развития медицинской помощи и курортного дела Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения: Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения, М:2010

*** Министерство здравоохранения Российской Федерации Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации: Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Основные показатели здравоохранения, М:2019

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Управление любой сферой деятельности и ее развитие подразумевает наличие стратегического планирования, постановку долгосрочных, среднесрочных и краткосрочных целей. Без этого невозможно качественно разработать детальные проекты реализации. Стратегическое планирование является тем вектором, который задает движение к цели, опираясь и учитывая те средства, которые имеются в настоящий момент.

В 2014 г. принят Федеральный закон «О стратегическом планировании в Российской Федерации» от 28.06.2014 N 172-ФЗ, который устанавливает правовые основы стратегического планирования в РФ, координации государственного и муниципального стратегического управления и бюджетной политики, даны базовые определения, соподчинение и виды стратегических документов. На федеральном уровне определяются общенациональные цели и стратегические задачи, разрабатываются стратегии социально-экономического развития на определенный период времени, на их основе разрабатываются национальные проекты, которые по мере локализации (субъекты РФ – Регионы — Муниципалитеты) уточняются в Федеральных и региональных программах.

В области здравоохранения документом стратегического планирования является «Стратегия развития здравоохранения РФ на период до 2025 г, а отраслевыми документами стратегического планирования — национальные проекты «Демография» и «Здравоохранение».

С 2010 г. после введения Федерального закона об обязательном медицинском страховании, в России началась реформа здравоохранения, призванная оптимизировать расходы за счет закрытия неэффективных, нерентабельных больниц, повысить заработную плату медработникам. Введение системы ОМС предполагало создание конкуренции между лечебными учреждениями, которая была бы стимулом к их развитию. Однако из-за большого количества малонаселенных территорий это привело к недофинансированию учреждений, закрытию больниц, сокращению специализированных коек в малонаселенных пунктах, что еще больше усугубило дефицит медицинской помощи и привело к вымиранию населения. При этом механизмом «оптимизации» было именно сокращение как лечебных учреждений, так и персонала, а не улучшение материальной базы. Улучшение технической и лабораторной составляющей не проводилось. Сократилось количество больниц, ФАПов, подстанций скорой медицинской помощи и медицинского персонала. В 2012 г. президент РФ постановил необходимость повышения заработной платы медицинским работникам. Однако при этом не был определен источник финансирования, и выполнение задачи легло на плечи региональных властей. Не справляясь с нагрузкой, они сокращали количество персонала, чтобы повысить заработную плату оставшимся медработникам, а младший медперсонал (санитары) и вовсе был ликвидирован как класс — во многих учреждениях их переводили в уборщики, а поскольку медицинскими работниками они уже не считались, то и повышения заработной платы не было.

За время реформы с 2010 по 2018 г*:

- число больничных организаций сократилось с 10,7 тыс. в 2000 г до 6,3 тыс. в 2010 г и до 5,3 тыс. в 2018 г., причем, укрупнение медицинских центров не способствовало увеличению больничных коек;
- число больничных коек сократилось с 1671,6 тыс. в 2000 г. до 1339,5 в 2010 г. и затем до 1172 тыс. в 2018 г.;
- количество амбулаторно-поликлинических учреждений сократилось с 21,3 тыс. в 2000 г. до 18,6 тыс. в 2015 г, но к 2018 г. незначительно увеличилось до 20,1 тыс.
- ожидаемо выросла нагрузка на оставшиеся учреждения и нагрузка на врачей с 243,2 на 10 тыс населения в 2000 г до 263,5 в 2015 г, и до 272,4 в 2018 г;
- количество ФАПов уменьшилось за тот же промежуток времени с 44,6 тыс. до 34,3 тыс., а к 2018 г. до 33,6 тыс.;
- число детских коек уменьшилось почти на треть: с 228 тыс. в 2000 г до 163,5 в 2015 г и до 157,3 тыс. к 2018 г;
- численность врачей уменьшилась с 680,2 тыс. чел. в 2000 г до 673,0 тыс. в 2015 г и незначительно увеличилась к 2018 г до 703 тыс., а численность среднего медперсонала сократилась в те же годы с 1563,6 тыс. чел. до 1549,7 тыс. и к 2018 г уменьшилась до 1491,4 тыс.;
- число подстанций скорой медицинской помощи сократилось с 3172 в 2000 г до 2561 в 2015 г, а в 2018 г. — до 2276, то есть на 30 %.

Конечно, в связи с этим качество и доступность медицинской помощи были крайне низкими. Это не могло не отразиться на состоянии здоровья населения. Так, был отмечен рост заболеваемости населения с 730,5 на 1000 населения в 2000 г до 780 в 2010 г. и до 782 в 2018 г., рост заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет — с 38225,7 до 43843,0 за тот же промежуток времени.

В 2019 г. вице-премьер Т.Голикова призналась, что реформа во многих регионах проведена неудачно, а более острые на язык журналисты называли это провалом реформы здравоохранения.

В 2018 г. в Указе № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» Президентом РФ определены наиболее значимые и важные для благополучия граждан и страны стратегические цели развития Российской Федерации: повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 году до 80 лет) и обеспечение устойчивого естественного роста численности населения страны. И поручил разработать 12 национальных проектов**.

Стратегия развития здравоохранения до 2025 г. утверждена Приказом президента РФ от 06.06.2019 N 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года», которая является документом стратегического планирования и основой для разработки отраслевых документов стратегического планирования.

Национальный проект «Здравоохранение» должен быть реализован с 01.01.2019 по 31.12.2024. Целями данного проекта являются: снижение уровня смертности (трудоспособного населения, младенческой, от заболе-

ваний сердечно-сосудистой системы), ликвидация кадрового дефицита, увеличение доступности медицинской помощи (для населенных пунктов численностью до 2000 чел. — на 2.07.2018 г — 788), уменьшение очередей в лечебных учреждениях. Национальная программа также содержит 8 федеральных проектов:

- *Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи* — ставит целью увеличение доступности первичной помощи для населения, охват медицинскими осмотрами, уменьшение времени попадания к врачу. Реализация данного проекта потребует строительства новых ЛПУ и привлечения медицинских кадров.
- *Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ)* — предполагает повышение доступности медицинской помощи для больных с ССЗ, а также снижение смертности от ССЗ.
- *Борьба с онкологическими заболеваниями* — улучшение выявления и повышение качества оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями.
- *Развитие детского здравоохранения*, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям, основная цель — снижение детской смертности.
- *Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами* — предполагает введение аккредитации и непрерывного медицинского образования (НМО). Однако данный способ не даст отрасли квалифицированных кадров. Наличие «корочки» — это не квалификация. Рост кадров должен начинаться с учебного заведения. Медицина — это та отрасль, где важны не только теоретические знания, но и практические навыки, опыт. Сейчас в процессе обучения студентов в медицинских вузах их все реже допускают к пациентам, заменяя клиническую практику практикой в фантомных классах на муляжах. Негативно скажется отмена интернатуры. Ни в одной профессии молодого специалиста не допускали сразу к работе — те всегда проходили стажировку под патронажем более опытных специалистов, наставников. Почему же решено молодых докторов, у которых нет даже начального клинического опыта, сразу бросить в бой? Ведь интернатура — это и есть медицинская стажировка, когда молодые врачи набирают свой первый практический опыт, формируют клиническое мышление, учатся общаться с пациентами, так как реальная жизнь очень сильно отличается от учебников. А НМО не заменит в полной мере курсов повышения квалификации: есть специальности, где определенные учебные моменты можно пройти только «вживую». Например, хирургия, эндоскопия, акушерство. Некому задать вопросы и обсудить клинические случаи. А потому НМО может быть лишь дополнением к уже существующим курсам повышения квалификации.

Государственная программа «Развитие здравоохранения» утверждена Постановлением правительства РФ от 26 декабря 2017 г. N 1640 и включает в себя 8 направлений, которые, в свою очередь, включают в себя более детальные ведомственные программы.***

* Данные Росстата

** Справочная информация: «Перечень национальных и федеральных проектов, приоритетных программ и проектов в Российской Федерации»: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_310251/

*** Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. N 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Феде-



На национальный проект «Здравоохранение» за 6 лет будет выделено 1,73 трлн. рублей, 79% из средств федерального бюджета.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Несмотря на то, что национальный проект был разработан и утвержден в 2018 г, а стартовал в 2019 г, в 2020 г. Министерство здравоохранения уже отчиталось о достижениях в реализации национальных проектов.

По данным годового отчета о ходе реализации пилотной государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и об оценке ее эффективности отмечается:

- рост показателей ОПЖ до 73,2 лет;
- снижение младенческой смертности на 3,9% с 5,1 до 4,9 на 1000 родившихся живыми;
- снижение смертности на 1,6% по сравнению с 2018 г;
- снижение смертности от туберкулеза на 10,7%;
- снижение смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы на 1%;
- снижение смертности от внешних причин на 4,9%.

В рамках национального проекта «Здравоохранение» реализованы 49 результатов: снижение младенческой смертности и смертности от инфаркта миокарда; увеличение охвата населения профилактическими осмотрами; увеличение числа рентген-эндоваскулярных вмешательств; увеличение числа специалистов, вовлеченных в систему НМО; сокращение числа населенных пунктов с численностью населения от 100 до 2000 чел. без доступной медицинской помощи; произведена закупка оборудования, дооснащение медицинских центров, проведена реконструкция старых зданий больниц и даже открытие новых. Например, планируется к концу 2020 г. ввести в эксплуатацию 2 новых онкодиспансера.

В рамках проекта «Демография» наибольшим достижением является направление финансовой поддержки семей при рождении детей. Это важно в современных сложных экономических условиях и будет способствовать повышению рождаемости. Также в рамках подпрограммы «содействие занятости женщин — создание условий дошкольного образования для детей в возрасте до 3-х лет» поставлена задача создания дополнительных мест в дошкольных учреждениях для детей от 1,5 до 3 лет. Напомним, что с 90-х годов, количество дошкольных детских учреждений также подверглось массивному сокращению.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ И НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Если говорить о проведенной с 2000-х годов «Оптимизации здравоохранения», то, пожалуй, в данном случае имеют место только негативные последствия. Как уже говорилось выше, произошло тотальное сокращение ко-

личества лечебных учреждений всех уровней, медицинского персонала и вследствие этого снижение качества и доступности медицинской помощи, рост смертности и заболеваемости населения.

Разработанные национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография» выглядят очень многообещающе. Если их реализация не отклонится от намеченного курса и будет выполнена строго по плану, это позволит преодолеть негативную ситуацию, которая длится с 2000-х годов. Положительным моментом также является и то, что четко очерчены источники финансирования программ.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭФФЕКТИВНОЙ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ

Проблема 1. Недостаточность финансирования.

Каким бы грамотным и правильным не был проект, его реализация будет неполной при недостаточном финансировании. Несмотря на увеличение средств бюджета на здравоохранение, он остается в пределах 3,6% от ВВП, что в 2 раза ниже, чем рекомендовано ВОЗ (6%). В пересчете же на абсолютные значения с учетом инфляции и обесценивания рубля, расходы на здравоохранение и вовсе сократились*.

Проблема 2. Низкий уровень доходов населения.

Как сказано выше, на здоровье населения влияют и социально-экономические показатели. Благосостояние граждан зависит от экономики в целом и доходов населения, в частности. Рост инфляции, нестабильный курс рубля не могут не отразиться на заработных платах населения и, как следствие, покупательной способности. Ведь для ведения здорового образа жизни необходимо полноценно питаться. Если у человека не хватает средств на полноценное питание, то это может стать причиной развития заболеваний. Также необходимо учитывать и затраты на занятия спортом.

Проблема 3. Безответственное отношение к здоровью.

В настоящее время в сознании гражданина нет установки, что ответственность за здоровье несет он сам. Подсознательно, считая себя клиентом, а не пациентом, человек перекладывает ответственность за свое здоровье на врача. Кроме того, надо отметить недостаточное просвещение граждан. Известно, что красивые зрительные образы подсознательно влияют на наше мнение. Мы считаем, что для формирования приверженности здоровому образу жизни должны быть задействованы СМИ и рекламные агентства.

Проблема 4. Дефицит квалифицированных кадров.

Квалифицированные кадры необходимо формировать со студенческой скамьи: чем «сильнее» базовые знания молодого специалиста, тем качественнее нарабатывается клиническое мышление во время стажировки в интернатуре и ординатуре. Сокращение бюджетных мест в ординатуре и на курсах повышения квалификации, отмена интернатуры не способствуют подготовке квалифициро-

рации «Развитие здравоохранения»: <http://pravo.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm>

* Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашикова А.В., Альвианская Н.В. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.) 25 Февраля 2020, <https://www.vshouz.ru>

ванных кадров. У молодых специалистов не всегда есть средства оплатить дальнейшую специализацию.

Проблема 5. Дефицит преподавательских кадров.

Нам знакома ситуация, когда преподаватель, будучи практикующим врачом, не всегда может полноценно провести занятие из-за занятости непосредственно в клинике. Также не способствуют качественному обучению кадров и молодые аспиранты, которые поступили в аспирантуру сразу после ординатуры, не имея собственного клинического опыта.

Проблема 6. Неэффективная система финансирования и деятельность системы ОМС.

Данная система была спасительной во время экономического кризиса начала 2000-х. Однако на данный момент система себя исчерпала. Перечисления из фонда ОМС с трудом покрывают затраты на заработные платы. Учреждениям не хватает средств на необходимые расходные материалы и оплату услуг ЖКХ. Это ведет к кредиторской задолженности учреждений и к дефициту расходных материалов и лекарственных средств, соответственно, к снижению качества оказания медицинской помощи. Ни о каком развитии материально-технической базы говорить не приходится. Оплата страхового случая производится по стандартам оказания помощи, которые определяют продолжительность лечения, количество манипуляций и обследований по данному заболеванию. Однако в медицине бывают различные ситуации: осложнения, затрудненный подбор терапии, затрудненная диагностика вследствие нетипичного течения заболевания — все это требует от ЛПУ материальных затрат, которые не оплачиваются страховыми компаниями. К тому же, необходимость содержания большого штата проверяющих, как в страховых компаниях, так и в Территориальном ФОМС требует лишних трат из бюджета, которые дополнительно можно было бы направить на развитие отрасли.

Необходимо отметить и избыточное усложнение маршрутизации больных. Согласно закону об ОМС, пациент не может по своему желанию записаться к какому-либо специалисту. Это удлиняет время попадания пациента к необходимому врачу. Тратится время на запись и ожидание приема у терапевта или педиатра, а затем уже — на запись и ожидание приема к специалисту. По штатным нормативам многие узкие специалисты не имеют даже полной ставки и принимают не каждый день, это еще более усугубляет ситуацию.

Такая же ситуация наблюдается и в стационарах: страховые компании оплачивают лечение только одного заболевания за госпитализацию. Поэтому при выявлении сопутствующей патологии невозможен перевод пациента на другое профильное отделение для дообследования и лечения. Пациент после выписки должен брать новое направление на госпитализацию, теряя время и усугубляя течение заболевания.

Проблема 7. Незащищенность врача и медицинского персонала.

К сожалению, сложилась ситуация, когда растет негативное отношение к врачам среди населения. Растет количество уголовных дел, заведенных на врачей. Также растет число случаев нападения на врачей, особенно скорой помощи. При этом нет адекватной юридической и законодательной защиты. Во всех программах и зако-

нодательных актах акцент ставится на приоритете защиты прав пациента, но забывается о защите прав врача. И сложилась ситуация, что врач, и, тем более, остальной медицинский персонал лишен права защитить себя от хамства и агрессии. Также отсутствует страхование от врачебной ошибки, которое является обычной практикой в Европейских странах. Такая ситуация больше способствует оттоку кадров из отрасли и препятствует привлечению молодых специалистов. Особенно хочется выделить врачей из рискованных профессий: хирурги, реаниматологи, акушеры-гинекологи. Необходимо введение страхования врачебных рисков, а также ужесточить наказания за проявление агрессии в адрес врачей.

Проблема 8. При разработке национальных проектов нигде не рассматривается вопрос о создании новых больниц.

Планируемое повышение охвата населения медосмотрами, оказания первой помощи, лечения онкологических заболеваний и заболеваний сердечно-сосудистой системы повысит нагрузку на имеющийся коечный фонд и врачей. Это приведет к нарушению сроков оказания помощи, нарушению маршрутизации пациентов. Например, в соответствии с Программой пациент с подозрением на онкологическое заболевание в течение трех дней направляется на консультацию врачом-специалистом, а в течение 7 дней проводятся все необходимые исследования*. Однако реалии таковы, что в условиях дефицита специалистов очередь на первичную консультацию может быть 1–3 месяца, и столько же времени уйдет на обследование. А это потеря драгоценного времени.

Проблема 9. Дефицит узкоспециализированных специалистов.

Основной источник данной проблемы — нерациональные штатные нормативы. Например, штатный норматив для детского гастроэнтеролога — 0,3 ставки на 10000 населения. Это значит, что доктор может принимать или 1 раз в неделю, что уже создает очередь и нарушает нормативы оказания помощи, или специалиста может не оказаться в поликлинике. Мало того, что это никак не повышает доступность медицинской помощи, но и вынуждает пациентов обращаться в платные центры.

Проблема 10. Низкие заработные платы медицинского персонала.

Несмотря на Указы Президента, заработные платы медицинских работников не достигают уровня 200% от среднерегиональной. По словам Галины Изотовой, заместителя главы Счетной палаты РФ: «Показатели по средней зарплате врачей не достигли 20 регионов, по среднему медперсоналу — 11 регионов. Хуже всего ситуация с зарплатами младшего медицинского звена, с их повышением не справились 48 регионов».** Так как финансы на оплату труда медработников идут из средств ОМС, а тарифы ОМС остались прежними, соответственно, учрежде-

* Годовой отчет о ходе реализации пилотной государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и об оценке ее эффективности, Министерство здравоохранения Российской Федерации, Отчетный год: 2019

** СП: в 2019 году уровень зарплат медиков в большинстве регионов вновь не достиг целевых показателей», <https://vademec.ru/news/2020/06/19/sp-v-2019-godu-uroven-zarplat-medikov-v-bolshinstve-regionov-vnov-ne-dostig-tselevykh-pokazateley/>



ния не имели возможности повышения зарплат. Поэтому во многих учреждениях условием повышения заработной платы ставилось выполнение или перевыполнение плана оказания медицинских услуг.

Необходима реорганизация поликлинической службы. На наш взгляд, посещение врачом пациентов на дому обосновано: 1) в случае невозможности посещения ЛПУ (инвалидность, тяжелое состояние), 2) в условиях сельской местности. В остальных случаях это нерационально ни с точки зрения помощи, ни с точки зрения временных и энергозатрат. Если случай легкий, пациент может обратиться амбулаторно, если случай требует госпитализации, то ожидание врача приведет к потере времени, а средств для оказания какой-либо помощи на дому у врачей нет. Мы предлагаем, сохранив участковую систему, установить на каждый участок по 2 специалиста — один из них через боксовую систему принимает заболевших пациентов, а другой — занимается профосмотрами и амбулаторным приемом выздоровевших, а также выдачей справок и направлений. При необходимости его можно подключать к приему острых больных. Отказ от посещений на дому экономит силы и время персонала. А двойная система приема позволит разграничить потоки и снизить риск заражения в условиях учреждения. Кроме того, в медучреждении есть условия для оказания первой помощи и санитарный транспорт.

В целях повышения доступности оказания помощи, мы предлагаем пересмотреть штатные нормативы для узких специалистов. Чтобы первичное звено в полной мере выполняло свои функции, каждая поликлиника должна быть полностью укомплектована и иметь полный спектр специалистов и инструментальных исследований. Во-первых, это облегчит диагностику, так как все можно сделать в одном месте, во-вторых, позволит отказаться от консультативно-диагностических центров, которые, по сути, дублируют функции поликлиники. Консультативные центры для неясных случаев можно сохранить при многопрофильных стационарах. Таким образом, в каждой поликлинике должен быть и гастроэнтеролог, и невролог, и неонатолог, работающие на полную ставку.

количество санаторно-курортных организаций

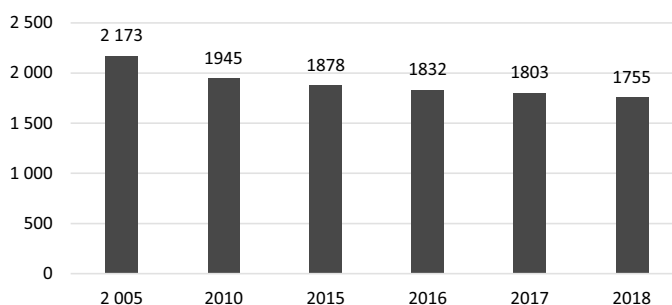


Рис. 11. Количество санаторно-курортных учреждений в РФ в 2005–2018 гг.

А также наличие УЗИ, эндоскопического кабинета, ЭЭГ, ЭхоКГ, Холтер-мониторирования и пр.

Проблема 11. Низкий уровень реабилитации, как в стационарном, так и в амбулаторном звене. Дефицит массажистов, врачей-реабилитологов.

Плохо работает программа преемственности: стационар-поликлиника-санаторий. Надо отметить, что количество санаторно-курортных учреждений также сократилось в последние годы почти в 2 раза* (Рис. 11).

Хочется отметить, что развитие здравоохранения является долгосрочными инвестициями в здоровье нации, а, следовательно, в развитие государства. Пристальное внимание необходимо отводить профилактике заболеваний, которая со всех позиций является более выгодной. В будущем мы должны выйти на такой уровень, когда профилактика будет настолько эффективной, что лечение заболеваний отойдет на второй план. Однако это требует активной работы не только внутри отрасли, но и межведомственного взаимодействия в сферах образования, экологии, социальной политики.

Полный список литературных источников опубликован на сайте: www.stella.uspb.ru

* Росстат: здравоохранение в России 2019, статистический сборник. М:2019

ПО ТЕМЕ...

Приказом Минздрава России № 8 от 15.01.2020 года утверждена Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года. Документ определяет цели, задачи и принципы государственной политики РФ в области общественного здоровья, направленные на обеспечение национальных интересов и реализацию стратегических национальных приоритетов в сфере формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний у населения на долгосрочную перспективу. В Стратегии, в частности, анализируется современное состояние проблемы формирования ЗОЖ, обозначены основные направления реализации поставленных целей и задач.

Стратегия предполагает увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни; сокращение распространенности потребления табака взрослым населением до 26%, детским населением — до 10%; сокращение подушевого потребления алкоголя до 9 литров; увеличение доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, до 55,5%; увеличение обращаемости в медорганизации по вопросам ЗОЖ до 3 260 тыс. человек; сокращение темпов прироста первичной заболеваемости ожирением до 5%; сокращение смертности в трудоспособном возрасте до 340 случаев на 100 тыс. населения; увеличение доли больных артериальной гипертензией, контролируемых артериальное давление, до 37%; увеличение доли посещений детьми медицинских организаций с профилактическими целями до 51,5%.

Минздрав представил ЗОЖ-стратегию в начале 2017 года и несколько раз дорабатывал ее. Последний вариант был отправлен на согласование в Федеральную антимонопольную службу 14 мая 2019 года и был одобрен. Ранее ФАС высказала несколько замечаний, указав, в частности, что в действующем законодательстве отсутствуют критерии отнесения продуктов к вредным для здоровья или полезным, а затем отметила некоторые противоречия в показателях охвата населения диспансеризацией, в мерах по снижению смертности и др. ФАС не поддержала также увеличение ставок акциза на алкогольную продукцию.

Источник: <https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-utverdil-Strategiu-ZOJ.html>



Яременко К. В.,
профессор, доктор медицинских наук, фитотерапевт,
Санкт-Петербург, Россия

АДАПТОГЕНЫ КАК СРЕДСТВА ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В настоящее время в условиях вирусной пандемии особенно четко выявились как недостатки существующей системы здравоохранения, так и пробелы в медицинской науке. Обращает на себя внимание, что при всем изобилии рассуждений как научного, так и паранаучного толка в настоящее время речь идет, гдавым образом, о разнообразных воздействиях на возбудителя заболевания -вирус. Между тем, как известно, проблема излечения от любого инфекционного заболевания имеет две главные стороны: с одной стороны — уничтожение или, по крайней мере, ослабление вредоносного действия возбудителя заболевания, а с другой — усиление защиты организма, что нередко имеет решающее значение. Именно недооценка роли защитных систем организма и характерна для современной системы лечения заболеваний. По всей видимости, это связано с несомненными успехами медицины в борьбе с особо опасными болезнями — оспой, чумой, бешенством, что определялось именно воздействиями на возбудителя (главным образом, за счет вакцинации). Однако вакцинация в действительности представляет собой лишь один (хотя и нередко важнейший) фрагмент в сложной системе защиты организма, поэтому вряд ли возможно рассматривать ее как панацею при любых инфекционных, тем более, вирусных заболеваниях. Здесь надо учитывать высокую мутабельность вирусов, что может свести на нет всю работу по изготовлению вакцины против той или иной разновидности вируса.

В последние годы преобладают вирусные эпидемии. При этом обращают на себя внимание такие их характерные черты, как относительно невысокая контагиозность, во многих случаях — бессимптомное носительство. И если в прежние времена заражение чаще всего приводило к неминуемой гибели, поскольку защитные системы организма не успевали включиться в борьбу с высоковирулентным возбудителем, при анализе ситуации во время настоящей пандемии мы видим иную картину. Так, оче-

видно, что во многих случаях при коронавирусной пандемии судьбу пациентов решает состояние защитных систем его организма, поскольку мы видим большой процент бессимптомного носительства, а также стертых форм заболевания. И в этой ситуации проявляется основной дефект существующей системы здравоохранения — слабое развитие профилактического направления современной медицины.

Сложилась парадоксальная ситуация: при очевидной слабости профилактического направления в практической медицине у нас в стране существует богатое наследие отечественных научных школ, открывших многие закономерности функционирования защитных систем организма и возможности их регуляции (школы Н.В.Лазарева, Л.В.Пастушенкова и др).

Особо следует остановиться на открытии и исследованиях школы Н.В.Лазарева.

Открытие Н.В.Лазарева Состояния Неспецифически Повышенной Сопротивляемости организма (СНПС), начиная с 1959 г. (6), по своей значимости сравнимо с открытием синдрома стресса Г.Селье и по существу представляет собой в определенной степени синдром антистресса. Однако значение этого синдрома для организма значительно шире значения стресса. Дело в том, что СНПС (генетически запрограммированное системное взаимодействие защитных систем) характеризуется не только повышением сопротивляемости к различным чрезвычайным воздействиям, но и обладает тонкими регулирующими (оптимизирующими) свойствами по отношению к воздействиям средней и малой силы, повышая возможности защиты организма за счет создания определенного запаса прочности (10), обеспечиваемого за счет действия энергосберегающих путей метаболизма. Этот запас прочности и представляет собой основу профилактики — повышения сопротивляемости организма по отношению к самым различным повреждающим воздействиям и обеспечения выживаемости организма.



Экспериментальными и клиническими исследованиями к настоящему времени доказано, что, как и предполагал Н.В.Лазарев (7), в СНПС повышается сопротивляемость организма по отношению к биологическим повреждениям, в том числе и к инфекционным воздействиям. При этом в случаях инфекционных заболеваний речь идет только о профилактике болезней, ибо в ситуации прогрессирования заболевания, т.е. усиленного размножения возбудителей, наряду с усилением иммунитета макроорганизма, в СНПС может ускориться размножение возбудителей инфекций.

Термин АДАПТОГЕНЫ был предложен Н.В.Лазаревым для обозначения воздействий, которые вводят организм в СНПС. Такого рода воздействия эмпирически постоянно использовались в народной медицине, представляя собой одно из основных условий оздоровления. Закалка, рациональная физическая нагрузка, традиционные системы оздоровления, включающие применение лекарственных трав, эмпирически отработываемые веками народными целителями (йога, аюрведа), безусловно, являются ценнейшими достояниями человечества. И только в последние десятилетия разработана теория, позволяющая понять основу таких понятий, как «здоровый образ жизни», «резервы здоровья» и т.п.

Из большого числа разнообразных воздействий, вводящих организм в СНПС, несомненными преимуществами обладают средства биологического происхождения, в особенности, растения (4, 8, 10). Уже в самых первых исследованиях, начиная с 1959 г. (6), основные адаптогенные эффекты были получены с использованием препаратов женьшеня и его заменителя — элеутерококка (лаб. Н.В.Лазарева, а также И.И.Брехман, О.И.Кириллов). И прежде всего были доказаны в эксперименте антистрессорные свойства адаптогенов (2), что послужило отправной точкой для широкого фронта дальнейших исследований адаптогенов, проводившихся, главным образом, начиная с 1979 года в Томском НИИ онкологии в лабораториях К.В.Яременко и В.Г.Пашинского (8, 10).

На различных моделях стресса (в том числе и на моделях гипоксического стресса) доказано, что все исследованные лекарственные растения обладали в той или иной степени адаптогенными свойствами (8). Выделена группа сильных быстро действующих адаптогенов (в основном, представители аралиевых). Большая же часть лекарственных растений, наряду с адаптогенными свойствами, обладала и своими особенностями, обосновывающими их применение при той или иной патологии. Характерно, что наиболее выраженными эффектами обладали препараты, полученные при максимальной сохранности растительного сырья, действие же отдельных выделенных веществ оказалось более слабым. По всей видимости, именно живые системы обеспечивают в наибольшей степени и защитные системные эффекты в живом организме.

Наиболее эффективные антистрессорные препараты (из родиолы розовой, шлемника, элеутерококка) оказались эффективными в эксперименте и затем в клинике при самых различных заболеваниях, в том числе и при инфекционных. На первых этапах адаптогены в связи с наиболее характерными для них антистрессорными и анти-токсическими свойствами использовались как корректоры хирургического, лучевого и химиотерапевтического

лечения. При этом оказалось, что лучшие результаты имели место при профилактическом применении адаптогенов.

Учитывая результаты исследований, свидетельствующих о своеобразном накоплении защитных свойств в СНПС, важнейшим путем изучения и применения адаптогенов представляется профилактика. При этом имеется в виду как первичная профилактика — предупреждение заболеваний, так и вторичная и третичная — предупреждение осложнений и реабилитация.

В связи с финансовой невыгодностью для больших фармкорпораций профилактическое направление в медицине в последние годы практически не развивалось, а известные клинические работы были выполнены в 70-х годах прошлого века.

Так, в исследованиях Баркагана А.М. и соавт., опубликованных в 1980 году (1), были приведены убедительные данные о снижении заболеваемости респираторно-вирусными заболеваниями в детских коллективах, получавших экстракт элеутерококка (1 капля на год жизни ребенка). А в коллективах водителей автомобилей (более 1000 человек получали дважды в год по 3 месяца экстракт элеутерококка) было отмечено существенное снижение как заболеваемости респираторно-вирусными, так и сердечно-сосудистыми болезнями (3, 9).

Особенно важно для клинического применения выявленное не только в эксперименте, но и в клинике на примере элеутерококка свойство адаптогенов усиливать, в частности, интерферогенез (5, 11), поскольку в настоящее время доказана эффективность этого цитокина при лечении больных с коронавирусом.

В 1984 году были опубликованы результаты исследований Зыкова М.П. и Протасовой С.Ф. об усилении эффективности вакцинации против гриппа при использовании препарата элеутерококка и других средств растительного происхождения (5).

Достаточно успешно в настоящее время адаптогены используются в военном деле и в космонавтике.

В условиях настоящей пандемии, вызванной коронавирусом, наиболее заметные успехи в лечении и реабилитации больных были отмечены у китайских и корейских медиков, причем, связано это было с использованием определенных лекарственных трав из традиционной медицины.

Сейчас важнейшей проблемой представляется проблема профилактики вирусных заболеваний. Основным препятствием для ее успешного решения является, как было сказано ранее, весьма слабое развитие в последнее время теории и практики предупреждения заболеваний. А высокая мутабельность вирусов и отсутствие мощных противовирусных препаратов не позволяют радикально решать проблему в борьбе с вирусом даже при разработке вакцин.

По всей видимости, настоящая пандемия заставляет искать принципиально новые пути в решении проблемы. И в качестве одного из таких путей следует обратить особое внимание на наши отечественные открытия, в частности, вышеописанное учение Н.В.Лазарева о СНПС, которое можно рассматривать как теоретическую базу профилактической медицины. Эта теория обосновывает и средства реальной профилактики заболеваний — ис-

пользование природных средств, богатым источником которых является традиционная медицина разных стран и народов. Уже сегодня можно использовать для профилактики хорошо изученные адаптогены — элеутерококк, золотой корень, шлемник байкальский, проведя предварительно исследования на мышах специальной линии. Необходимо развернуть большую исследовательскую программу по изучению в профилактическом и в лечебном направлении препаратов из лекарственных трав, обладающих как адаптогенными, так и противовирусными свойствами (женьшень, астрагал, эхинацея и др.). Из отечественных разработок последних лет в качестве эффективных адаптогенов, обладающих подобным сочетанием свойств, на практике зарекомендовали себя препараты компании «Фитолон» (научный пуководитель — проф. В. Б. Некрасова).

В первую очередь необходимо применять адаптогены в группах наибольшего риска. Например, в эксперименте и в клинике доказана эффективность профилактического применения у онкологических больных таких адаптогенов, как золотой корень (родиола розовая), шлемник байкальский.

Исследования и применение природных веществ, в особенности, лекарственных трав на основе разработанной теории может явиться тем мостом, который соединит современную официальную медицину, представляющую собой, в основном, медицину скорой помощи и традиционную (природную) медицину, осуществляющую профилактику заболеваний. ☉

ЛИТЕРАТУРА

1. Баркаган А. М., Гандученя Л. И., Макаренко Ю. А. Влияние элеутерококка на заболеваемость респираторно-вирусными инфекциями детей в организованных коллективах // Педиатрия, 1980. — № 4. — С. 65–66
2. Брехман И. И., Кириллов О. И. Защитное действие элеутерококка при реакции напряжения (стрессе) // Материалы к изучению женьшеня и других лекарственных растений Дальнего Востока. — Владивосток. — 1966. — вып. 17. — С. 9–12
3. Голованова Л. К. Элеутерококк в профилактике гриппа и рецидивов гипертонической болезни // Адаптация и адаптогены. — Владивосток. — 1977. — С. 126–127
4. Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Уколова М. А. Адаптационные реакции и резистентность организма. — Ростов. — 1979. — 124 с.
5. Зыков М. П., Протасова С. Ф. Перспективы иммуномодулирующей вакцинации против гриппа, в том числе с использованием экстракта корней элеутерококка и других препаратов растительного происхождения // Материалы 2 Международного симпозиума по элеутерококку. — М. — 1984. — С. 255.
6. Лазарев Н. В., Люблина Е. И., Розинг М. А. Состояние Неспецифически Повышенной Сопrotивляемости // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. — Медиздат. — 1959. — № 4 — С. 16–21
7. Лазарев Н. В. Стимуляция лекарственными средствами сопротивляемости организма к инфекциям // Казан. Мед. ж. — 1961. — № 5. — С. 7–12
8. Пашинский В. Г. Теория фитотерапии. — Томск. — 2014. — 332 с.
9. Щежин А. К., Зинькович В. И., Голованова Л. К. Элеутерококк в профилактике гриппа, гипертонической болезни и ишемической болезни сердца у водителей ВАЗ // Новые данные об элеутерококке и других адаптогенах. — Владивосток. — 1981. — С. 93–94
10. Яременко К. В. Оптимальное состояние организма и адаптогены. — СПб: Изд. «Элби». — 2008. — 138 с.
11. Wacker A. Uber die Interferon induzierende Wirkung von Eleutherococcus // Erfahrungsheilkunde. 1983. Bd. 32. S. 539–543.



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



Апанасенко Геннадий Леонидович, 1935 г.р. После окончания ВМА им. С. М. Кирова (1959) 20 лет работал с самыми здоровыми людьми СССР — подводниками и водолазами. Доктор мед. наук, профессор. Впервые решил проблему «измерения» и управления здоровьем. Основатель новой медицинской специальности в Украине «врач-санолог» (врач по здоровью). Президент Международной ассоциации специалистов по здоровью (С.-Пб, 2015). Опубликовал 18 монографий и учебников, индекс Хирша=34



ВВЕДЕНИЕ В НОВУЮ ПАРАДИГМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. УПРАВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЕМ ЧЕЛОВЕКА

В книге подводятся итоги 50-летней работы автора по проблеме здоровья человека. Автору в жизни повезло: после окончания ВМА им. С. М. Кирова (1959) он 20 лет работал с самыми здоровыми людьми СССР — подводниками и водолазами, а впоследствии — со спортсменами. По проблеме здоровья защитил две диссертации — кандидатскую и докторскую. Приобретенный опыт в области сохранения и укрепления здоровья личного состава ВМФ СССР реализовал в методологии и методике «измерения» и управления здоровьем.

В книге доказывается необходимость смены стратегии здравоохранения в связи с резким увеличением стоимости лечебно-диагностического процесса при одновременной недостаточности его эффективности. В качестве альтернативы предлагается развивать термодинамическую концепцию здоровья. Альтернативой существующей стратегии здравоохранения в виде борьбы с патологией является противодействие энтропии. Организационная форма противодействия энтропии — управление здоровьем, т. е. мероприятия, цель которых поддержание аэробного энергопотенциала биосистемы в границах «безопасной» зоны здоровья (система управления здоровьем).

Книга готовится к изданию в 2020 г. Предварительные заказы по тел. (812) 307-32-78; +7-921-589-15-82 и e-mail: stella-mm@yandex.ru

С разрешения автора публикуем фрагмент будущей книги.

ВВЕДЕНИЕ

*«Есть люди, которые способны принимать решения.
Но рангом выше те, кто формирует повестку дня».
Неизвестный философ XXI в.*

«Наверно, автор сошел с ума, — подумает просвещенный читатель, увидев название книги. — Менять парадигму здравоохранения, т. е. по сути всю стратегию медицины, это все равно, что заселять Марс. Так же дорого, сложно и непредсказуемо. У нас, худо-бедно, есть профилактика заболеваний, есть технологии лечения заболевших. Для чего нам менять стратегию здравоохранения?»

И здесь читатель ошибется. Стратегию здравоохранения мы вынуждены менять. Есть три уважительных причины для этого. Первая заключается в том, что на человечество надвигается эволюционная катастрофа: перед нами стоит проблема, значимость которой пока не осознается в достаточной мере ни общественностью, ни наукой — **биологическая деградация вида Homo sapiens**. Она

проявляется ускоренным темпом старения, снижением «количества» здоровья (жизнеспособности), эпидемией хронических неинфекционных заболеваний, снижением репродуктивной функции, рождением ослабленного потомства, снижением психофизических качеств и др. Все это является следствием снижения устойчивости неравновесной термодинамической системы (живого) по причине «митохондриальной недостаточности» на современном этапе социальной эволюции. И изменить ситуацию, основываясь только на существующей методологии и технологиях медицины невозможно.

Вторая проблема — проблема финансирования здравоохранения. Она стала такой серьезной, что ее стали обсуждать эксперты экономического форума в Давосе. По их данным, уже в ближайшие десятилетия глобальные затраты на сектор здравоохранения вырастут втрое: с 921 триллионов долларов в 2014 г. до 2424 триллионов в 2040 г. при росте населения с 7 до 9 миллиардов человек. Об этом же говорила Генеральный секретарь ВОЗ г-жа М. Чен на юбилейной Ассамблее ВОЗ (2012): «Хрони-

ческие неинфекционные заболевания могут свести на нет все завоевания модернизации и развития. Если мы не изменим стратегию борьбы с этими заболеваниями, то мировую систему здравоохранения ждет финансовый кризис».

Если представить себе, что у человечества появилась возможность тратить на одного жителя Земли столько же, сколько тратят на здравоохранение США на 1 гражданина своей страны (в год около 9000 долларов), то общие затраты будут составлять около 80% всего ВВП планеты. Ясно, что **увеличение затрат на здравоохранение — тупиковый путь**, который не в состоянии обеспечить здоровье населения.

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ: сердечно-сосудистые, злокачественные, эндокринные, системы дыхания) — ведущая проблема современного здравоохранения. Именно они являются «болезнями цивилизации». Их рост и омоложение — объективная реальность. Именно эта группа заболеваний является основной причиной смерти в развитых странах (87%), а также инвалидизации и ограничений в социальной реализации личности. Борьба с ними пока не внушает оптимизма. И это третья причина необходимости смены парадигмы здравоохранения — ее недостаточная эффективность. Даже правильно назначенные препараты часто не оказывают ожидаемого терапевтического эффекта. Так, по данным исследований, большинство лекарственных средств оказываются эффективными лишь у 25–60% пациентов. Например, согласно данным ВОЗ, современные препараты не обеспечивают лечебный эффект у 75% больных артериальной гипертензией [Spear BB, Heath — Chiozzi M, Huff J., 2001 и др.].

Есть ли альтернатива традиционной стратегии здравоохранения, основу которой составляет лечение больных? Да, такая альтернатива существует и связана она с законами термодинамики. Полученные нами данные позволяют утверждать, что имеется реальная возможность **«управлять» здоровьем, а не заниматься его «ремонтом»**.

Среди многочисленных детей бога медицины Асклепия, кроме дочерей Гигиен, богини Здоровья, и Панацеи, богини Исцеления, скорее всего, была еще одна. Звали ее Валеологией (от «valeo» — быть здоровым). Она родилась в недрах военной медицины и теперь претендует на формирование новой стратегии здравоохранения.

В чем же ее преимущество? Во-первых, человек стал расширять сферу своей деятельности: он захотел овладеть космосом, океанскими глубинами и еще многим необычным, чего в старину не было. А для этого требовалось крепкое здоровье, которое Гигиен, научившаяся его **сохранять**, не умела **укреплять**. Почему? Да потому что не умела его **измерять**. Во-вторых, Панацея перестала справляться с патологией — так называемыми «болезнями цивилизации», которые обрушились на человечество во второй половине XX века. И пришла Валеология, которая умеет **измерять и управлять** здоровьем.



Первые наши зарубежные публикации 2019 г. с изложением этой позиции вызвали мощный резонанс со стороны научной общественности: уже в течение полугода после наших публикаций **более полусотни (!)** англоязычных научных журналов пригласили на свои страницы, предварив приглашения весьма лестными высказываниями в адрес автора. Шесть мировых конгрессов пожелали услышать автора в качестве спикера, предлагая оплатить все расходы, и приглашения продолжают поступать. Это означает, что наши исследования прошли серьезную научную экспертизу и заслуживают внимания, которого мы лишены в нашем родном отечестве. Но уже настало время, когда идеи отечественных ученых приходят к нам из-за рубежа в новой красивой упаковке (ме-

дицина 4Р, биохакинг и др.). Но они лишены той фундаментальности, которая присуща отечественной науке.

Человеческий организм похож на любой другой механизм: для того, чтобы он работал, нужна энергия. И это главный критерий, который указывает на степень его (организма) совершенства («количество», уровень здоровья). И второе: существует уровень энергообразования («безопасный» уровень здоровья), за пределами которого формируется заболевание, в том числе — инфаркт миокарда, мозговой инсульт, рак и диабет 2-го типа.

Прочитав эту книгу, вы узнаете многое о здоровье, как его измерить, как его контролировать и как управлять им. Обозначены основные позиции теории индивидуального здоровья: его сущность, дефиниция с операциональными критериями, возможности количественной оценки, основные феномены («безопасный» уровень здоровья, «саморазвитие» патологического процесса при выходе индивида из «безопасной зоны» здоровья и др.). Показана информативность количественной оценки уровня здоровья на примере ишемической болезни сердца (ИБС) — самой распространенной причины смерти наших современников. Приведены новые концептуальные данные о механизмах развития эндогенных факторов риска ИБС: экзогенные факторы риска приводят к митохондриальной недостаточности, что, в свою очередь, является стимулом к развитию всех остальных эндогенных факторов риска ИБС.

Книга может быть полезна для тех, кто принимает решения о путях развития здравоохранения, семейных врачей и врачей общей практики, специалистов фитнеса и центров здоровья, отделений профилактики лечебных учреждений, научных сотрудников.

Вы убедитесь, что действительно существует закономерность **«Больше здоровья — меньше болезни»**, а отсюда — прямой путь к новой стратегии здравоохранения. Подчеркнем: здравоохранения, а не медицины. **Главный вывод книги: здоровье лежит вне пределов лечебных учреждений. Его нужно искать там, где можно нарастить энергопотенциал биосистемы, то есть в фитнес-индустрии.** ©



Суворов А. К.,
психолог,
Санкт-Петербург, Россия

О ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ НА ФОНЕ ПАНДЕМИИ. НЕЙТРАЛИЗАЦИЯ ПАНИКИ

Коронавирус оказался гораздо сложнее, чем все думали. У этого вируса есть большое энергетическое биополе, которое, как пурга, может нахлынуть, и небо сразу станет черным. Биосенсы это особенно остро чувствуют. Многие думают, что это специально раздутая паника. Возможно, в этом есть доля правды. Но не только. Это еще и свойство самого вируса. И во всем происходящем есть одна поразительная вещь. Об этом ниже...

Мой Учитель Борис Сергеевич Гречухин научил меня измерять уровень тревожности, используя шкалу барометрических измерений от 0 до 12. Древние дореволюционные барометры из латуни со стрелкой показывали следующие вещи: 0 — это великая сушь, а 12 баллов — это великий потоп, 4 балла — это хороший шторм (на море), 6 баллов — сильный шторм, а 9 баллов — это уже девятый вал, волны размером с 50-этажный дом, ломающие корабль пополам, 10 баллов — это цунами и т.д. Когда в апреле я спрашивал у людей, какой у них уровень тревожности по данной шкале, они называли 10 или даже 12 баллов! Это же полный апокалипсис! Вот такие ощущения были у людей.

Еще в конце 2019 года и, особенно, в начале 2020 года я стал замечать, что у людей участились панические атаки. Люди ощущали, что гибнет Вселенная, и никак не менее. Вот, что такое настоящая паника! Ужас! Я и сам порой ощущаю эти волны влияния. И они связаны не с новостями, а с теми волнами, которые излучают сами вирусы. Они, как древний Демиург, заслоняют небо и пугают нас. И мы боимся. Многие люди, вполне нормальные, рассказывали, что плакали от ужаса, а те, у кого пограничные состояния, вообще были подвержены истерикам.

Тем не менее, мы вырабатываем коллективный иммунитет. Боремся. Ведь это, слава Богу, не метеорит на Землю упал, не мировая война. Однако паника есть. И каждый из нас находится на передовой, когда идут волны паники. При этом одни пропускают эти волны через себя — даль-

ше, как резонаторы. Другие останавливают эти волны невероятным усилием воли. Вот, где проходит линия фронта! А слабые люди, когда они запаникованы, становятся еще слабее...

По моим ощущениям, пик произошел примерно на 1 мая. И те, кто боролся и борется с ограничениями по карантину, они, по сути, борются с паникой. Но «балльность» паники снижается. И когда мы окончательно справимся с паникой, тогда и «приручим» вирус, и он станет для нас союзником, как и множество окружающих нас микроорганизмов, с которыми мы живем в симбиозе.

Сейчас уже можно сделать некоторые выводы. Вирус прошелся по планете, как цунами, и можно уже отметить, как отреагировали на все происходящее некоторые «корабли». В принципе, ни один «корабль» не потонул, какие-то перегруппировались, залатали бреши, паника упала с 12 баллов примерно до 8, а современные корабли легко выдерживают такой шторм. Какие-то страны, например, азиатские, показали, что дисциплина у них «в крови», а какие-то страны держались только на страхе. В США, например, всегда преобладал индивидуализм... В основном, все страны плавают сейчас в этом карантинном вирусном поле и начинают адаптироваться. И если подумать о дальнейших событиях, то возникает ощущение, что весь этот вирусный бум — всего лишь репетиция и подготовка к чему-то гораздо более серьезному, что будет, возможно, уже осенью...

На мой взгляд, наша страна более других подготовлена к любому кризису. Шесть лет санкций привели к переходу на внутреннее производство, по производству сельскохозяйственной продукции мы на первом месте в мире, у нас много воды, воздуха, в принципе, у нас все есть...

И еще одно наблюдение. Эта пандемия странным образом перевернула отношение людей буквально ко всем вещам: к быту, материальным благам, работе и рабочему коллективу, гигиеническим нормам; по сути, выработал-

ся новый поведенческий ритуал каждого дня, пересмотрены отношения между людьми и т.д. Т. е. под видом эпидемии произошла целая реформа, трансформация, даже революционный скачок в осознании людьми прежних вещей и принципов. Мы живем в удивительное время трансформации!

НЕЙТРАЛИЗАЦИЯ ПАНИКИ

Помимо страха заболеть мало известной, тяжелой инфекцией у людей на фоне пандемии появились и другие проблемы. Многие люди пострадали от карантина, потеряли работу, остались без средств к существованию. Какой смысл рекомендовать им учить английский по интернету или вышивать крестиком, когда на душе тревога...

Самое время вспомнить советы Святых Отцов: надо заглянуть внутрь себя, в свой внутренний Храм, но там должно быть чисто и убрано, как в доме. И внутри себя вы приходите к Отцу Небесному и говорите ему искренне о своей проблеме, как есть, простыми словами. И просите о помощи. И помощь непременно придет!

Этот метод внутреннего проговаривания я еще соединяю с другим психологическим методом «выписывания», когда рекомендуется в уединенном месте в тетрадке писать обо всех проблемах, обидах, печалях, делать это с чувством, искренне. Главное — это внутренний настрой. А главная цель — найти решение проблемы и решить проблему, а не поплакаться. И это действует!

ПАМЯТЬ ПРЕДКОВ: ВЫЖИВАТЬ, КОГДА ВЫЖИТЬ НЕВОЗМОЖНО

Недавно я прочитал в интернете новость, которая потрясла весь научный мир. Это — на уроне фантастики.

Ученые микробиологи решили провести очередной опыт с колонией микроорганизмов (в чашках Петри), облив их сильнейшей концентрированной кислотой, которая разъедает даже металл и камень, а на живые организмы действует как нейропаралитический яд. Это было очевидное массовое уничтожение микроорганизмов учеными. Но на этот раз что-то пошло не так, и микроколония сделала что-то невероятное — как будто под чьим-то руководством микробы образовали шар, будто им был дан приказ погибать, но не сдаваться и противостоять действию кислоты. Те, кто был с краю, погибали, а кислота продвигалась к центру этого шара. Но те, кто был в центре, оставались живыми, и они сделали «мозговой штурм», понимая, что гибель вот-вот настигнет и их. И они вскрыли генетическую память — «золотой запас», «бриллиантовый фонд», и они вынесли оттуда

какие-то знания, которые там были скрыты, зашифрованы, быстро перестроили генную структуру всех оставшихся микроорганизмов и стали не чувствительными к кислоте, к яду, более того, они стали потом этот яд еще и употреблять, использовать против врагов.

Ученые, конечно, были потрясены. Они сделали вывод, что в любых клетках, даже в микроорганизмах (не говоря уже о позвоночных), в генах содержится генетическая память о том, как преодолеть страшные катастрофы, в т.ч. нейропаралитические яды, каким-то образом адаптироваться, переработать плохое в доброе, негативное в позитивное. Ведь и у нас есть эти знания, они зашифрованы, засекречены, но в случае опасности их можно вскрыть, и тогда возможно не только выжить, но еще и перейти на другой уровень развития. Вот, что показал этот опыт.

Сейчас происходит примерно так же. Пришел коронавирус, и активизировался наш кругозор, способность улавливать самую разную информацию, быстро фильтровать ее, анализировать, включать логическое мышление и защитные механизмы. Проснулась наша генетическая память, и сейчас идет процесс адаптации.

Мне даже кажется, что этот вирус напоминает какую-то деталь от часов, шестеренку, отвечающую за так называемый анкерный ход, чтобы пробудилась наша генетическая память, избавилась от иллюзий, ненужных внушений. Но главное — чтобы мы поняли, какая в нас сидит мощная сила, которая зарезервирована на что-то гораздо более страшное, чем эта пандемия или так называемое цифровое господство...

Вот они — тайные знания! И мы можем их активизировать! Групповой иммунитет, коллективное сознание, родовая память — они дают пробуждение так нужных нам механизмов управления природой и самими собой. Это не так трудно. Просто, нужно задать направление.

Из приведенного выше опыта ученые сделали еще один вывод, что в этой родовой памяти чего только нет. Оказывается, организмы выжили в гораздо более худших условиях, чем есть сейчас. В нас сидит такая древняя сила, которая помогает нам сейчас все осознать и успокоиться. Паника проходит... А на пороге новый мир. И не надо беспокоиться за будущее человечества. Память предков работает. В нас есть это качество — выживать тогда, когда, казалось бы, выжить невозможно.

И вирус нам пригодится. Он даст нам возможность активизироваться и включить секретные знания. Как говорили древние учителя, чтобы ученика заставить учиться, его надо поставить в сложные условия, чтобы у него был стимул выживать и развиваться.

Микроорганизмы выжили, и человечество выжило. Ему необходимы периодические встряски, чтобы оно выходило из оцепенения и давало хорошие всходы!





Максимюк Н. Н.,
биохимик-исследователь,
профессор, заведующий
кафедрой биологии, биохимии
и биотехнологий Новгородского
государственного университета
имени Ярослава Мудрого»,
Великий Новгород, Россия



Николаев И. А.,
магистрант университета
ИТМО, Санкт Петербург, Россия



Денисенко А. С.,
студентка специальности
«Лечебное дело»
Новгородского
государственного
университета
имени Ярослава Мудрого»,
Великий Новгород, Россия

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЗДАНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ ПРОДУКТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Питание — важнейший фактор, который определяет здоровье человеческого организма его нормальный рост и развитие, физическую и умственную деятельность, продолжительность жизни, а также сопротивляемость организма к инфекциям и неблагоприятным условиям окружающей среды. В настоящее время приоритетным направлением является составление рационального сбалансированного питания, профилактика алиментарных заболеваний, связанных с дефицитом микро- и макронутриентов.

Безопасность продуктов питания становится все более важной глобальной проблемой. Она не только касается здоровья людей, но и оказывает большое влияние на экономику стран. Обеспокоенность безопасностью потребительских свойств продуктов питания никогда еще не была настолько высокой. Современные проблемы в экологии питания возникли относительно недавно. Повседневное ухудшение экологической ситуации приводит к увеличению уровня загрязнения пищевых продуктов из внешней среды. Вследствие этого, наблюдается ряд проблем, связанных с объективностью и эффективностью контроля ка-

чества продуктов питания, первостепенная задача которых, получить продукцию, безопасную для здоровья потребителя. Рост уровня загрязнения окружающей среды, а также появление огромного количества новых пищевых добавок вызвало необходимость создания международного пищевого законодательства, ужесточающего требования к безопасности продуктов питания. Для обеспечения гарантированной безопасности продуктов питания на перерабатывающих предприятиях промышленно развитых стран внедряется система анализа опасностей по критическим контрольным точкам (НАССР), которая предусматривает систему контроля за качеством при производстве пищевых изделий по уровню критериев риска. Эта система занимает ведущее место в мировой пищевой индустрии [18, 20, 26].

Концепция «Функциональное питание» как самостоятельное научно-прикладное направление в области здорового питания в современном терминологическом плане сложилась в начале 90-х годов. В первом десятилетии XXI века новое направление в науке о питании — функциональное питание — получило дальнейшее развитие.

Под функциональными продуктами питания понимают продукты питания, содержащие физиологически функциональные пищевые ингредиенты, которые приносят пользу здоровью человека: повышают сопротивляемость к заболеваниям, улучшают течение многих физиологических процессов в организме, позволяют ему долгое время сохранять активность. Эти продукты должны употребляться регулярно в составе нормального рациона питания [7, 22, 24].

Одним из пионеров, предложивших продукты питания и отдельные их компоненты в качестве фармацевтических препаратов, является дважды лауреат Нобелевской премии Лайнус Полинг, обосновавший в 1960–1980 гг. прошлого века теорию и практику «Ортомoleкулярной медицины», согласно которой физическая болезнь и психическое заболевание могут быть излечены не с помощью лекарственных средств, а путем тщательного отбора и применения оптимальных количеств определенных макро- и микронутриентов. Разработка рецептур и технологии функциональных продуктов питания, имеющих специальное назначение для определенных групп потребителей, известна как в нашей стране, так и за рубежом. Данное научное направление основывается на концепции (теории) сбалансированного питания, разработанной и внедренной в практику лечебно-профилактического и диетического питания в последней четверти прошлого столетия. Согласно теории сбалансированного питания, разработанной академиком РАМН А.А.Покровским и развитой академиками РАМН В.А.Тутельяном, М.Г.Гаппаровым, М.А.Самсоновым, химическая структура и энергетическая ценность пищи должны соответствовать набору и активности ферментных систем, ответственных за ассимиляцию пищи, в зависимости от потребностей организма в различных веществах и энергии. Эта теория считалась базисной для определения потребностей человека в энергетических, пластических и других компонентах пищи в различных условиях [15, 16, 21].

Как показывает весь мировой и отечественный опыт, наиболее эффективный, физиологически обоснованный и психологически приемлемый путь восполнения дефицита микронутриентов в питании — обогащение недостающими витаминами и минеральными веществами пищевых продуктов массового потребления. **Обогащение пищевых продуктов витаминами, недостающими макро- и микроэлементами — это серьезное вмешательство в традиционно сложившуюся структуру питания человека. Поэтому и осуществляться оно может только с учетом четко сформулированных, научно обоснованных и проверенных практикой принципов.** По мере накопления знаний о сущности питания становится ясно, что практика питания значительно отстает от теории и должна быть существенно дополнена, в частности, разработками, основанными на надорганизменном уровне регуляции, эндогенном микробиоценозе (микробиотах), учете других компонентов питания (кроме нутритивных свойств пищи), ряде других факторов, которые делают питание объектом внимания не только врачей, но и представителей других видов наук, а также религии, искусства, литературы, государственной политики [15, 19, 27].

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ

Функциональный пищевой продукт — это специальный пищевой продукт, предназначенный для систематического употребления в составе пищевых рационов всеми возрастными группами здорового населения, обладающий научно обоснованными и подтвержденными свойствами, снижающий риск развития заболеваний, связанных с питанием, предотвращающий дефицит или восполняющий имеющийся в организме человека дефицит питательных веществ, сохраняющий и улучшающий здоровье за счет наличия в его составе физиологически функциональных пищевых ингредиентов. Функциональными могут быть натуральные природные источники пищи или специально созданные продукты. В соответствии с ГОСТ Р 52349–2005 к натуральным функциональным пищевым продуктам относятся продукты, изготовленные из природного растительного и (или) животного сырья путем его ферментации в целях накопления в составе конечного продукта естественных функциональных пищевых ингредиентов в количестве, составляющем в одной порции продукта не менее 15 % от суточной потребности. К натуральным функциональным пищевым продуктам не относятся продукты, полученные с применением генномодифицирующих технологий [3, 4, 6, 9].

К функциональным продуктам питания относятся: продукты, частично или полностью заменяющие грудное молоко, детское питание; кисломолочные продукты, содержащие пробиотики; закваски для приготовления кисломолочных напитков с пробиотической активностью; каши, крупы, хлебобулочные изделия, которые дополнительно содержат витамины и микроэлементы; фитнес питание. Эти продукты создаются путем снижения в традиционных продуктах питания вредных для здоровья компонентов и обогащения их функциональными пищевыми ингредиентами. Функциональные продукты питания не являются лекарствами и не могут излечивать, но помогают предупредить болезни и старение организма в сложившейся экологической обстановке. Место функционального (позитивного) питания исследователи определяют, как среднее между обычным, когда человек ест то, что он хочет или может, с целью насытить организм, и лечебным питанием, предназначенным для больных людей [2, 5, 7, 13, 24].

В последние годы особую значимость и широкое распространение получают функциональные пищевые продукты как новое и перспективное направление в современной пищевой индустрии для улучшения структуры питания, улучшения здоровья населения и профилактики заболеваний [8, 12, 17, 24].

СОБСТВЕННЫЕ РАЗРАБОТКИ

Возрастающее количество технических решений по видам обогащающих добавок и способам их внесения в базовые продукты для создания продуктов функционального назначения послужило основанием для выполнения данного исследования. Нами проведено изучение способов обогащения молочных изделий йодом, кальцием, фтором и селеном в составе обогащающих добавок или компонентов, способствующих профилактике недостаточности указанных элементов, и создание на этой основе продук-



та функционального назначения для улучшения здоровья нынешнего и будущего поколений [12].

Микронутриенты являются незаменимыми пищевыми веществами, наш организм нуждается в них регулярно, поэтому они должны поступать в полном объеме для удовлетворения физиологической потребности человека. На Северо-Западе нашей страны прослеживается недостаток микронутриентов у детского и взрослого населения, важнейшими из которых являются: витамины C, B₁, B₂, B₆; минеральные вещества — кальций, натрий, калий; микроэлементы — йод, фтор; пищевые волокна и полиненасыщенные жирные кислоты. Дефицит этих микронутриентов у беременных женщин увеличивает риск проявления анемий, рождение недоношенных или маловесных детей. Также возникают проблемы у плода: нарушение роста, развития, врожденные уродства [14, 28, 29].

Очень большое количество семей включают в рацион детей дошкольного возраста конфеты, печенье, майонез и кетчуп. Итогом несбалансированного питания является нарушение здоровья человека: кариес, болезни сердца, заболевания щитовидной железы, пищеварительной системы, системы крови и т.д. [24].

С макронутриентами в нашем регионе дела обстоят куда лучше. Макронутриенты — пищевые вещества, необходимые в больших количествах организму, это белки, углеводы, жиры — основные компоненты, которые дают энергию и материал для обновления организма. Сюда же относится вода, которая необходима нам каждый день в достаточном количестве [19, 21].

В соответствии с МБТ «5061–89 Медико-биологические требования и санитарные нормы качества продовольственного сырья и пищевых продуктов» (п. 3.2) пищевая ценность молока и молочных продуктов, в группу которых входят собственно молоко, кисломолочные продукты, молоко и молочные продукты сухие, консервы молочные, сыры, творожные изделия и мороженое, определяется преимущественно содержанием в них белка, жира, некоторых витаминов, макро- и микроэлементов, а также энергетической ценностью [11].

Молоко очень сложная биологическая жидкость, а по химической и биологической ценности оно превосходит все другие продукты, встречающиеся в природе. В нем содержится более 100 различных веществ, в том числе более 30 жирных кислот, 20 аминокислот, около 40 различных минеральных веществ, 17 витаминов, десятки ферментов, различные углеводы и другие вещества. Некоторые из основных компонентов молока (лактоза, казеин) содержатся только в молоке и ни в каких других природных продуктах не встречаются. Содержание различных компонентов молока подвержено значительным колебаниям в зависимости от условий кормления и содержания, стадии лактации, функционального состояния организма животного, уровня молочной продуктивности, наследственности, породы, возраста. Большинство компонентов молока образуется из веществ, приносимых к молочной железе кровью. Эти вещества не просто переходят из крови в молоко, а подвергаются в молочной железе сложным химическим превращениям, регулируемым центральной нервной системой и эндокринными железами. Содержание практически всех компонентов молока подвержено колебаниям под влиянием различных факторов. Выявлено, что на состав молока оказывают

существенное влияние гормоны, обладающие галактопоэтическим действием (пролактин, тироксин, инсулин и др.), холинергические и адренергические вещества и другие факторы. Биосинтез основных компонентов молока — сложный биологический процесс, обеспечивающий формирование продукта очень высокой ценности для человека [5, 20, 23].

Молоко, в отличие от мяса и плодов, невозможно консервировать простым высушиванием на солнце, правда, по свидетельству Марко Поло, жители Восточной Азии в XIII в. умели вырабатывать сухое молоко с помощью солнечной лучей. Неоценимую помощь в разрешении этой проблемы человеку оказали молочнокислые бактерии, позволяющие получить из молока приятные на вкус и высокопитательные продукты. Микробиальная ферментация молока послужила началом его переработки с целью получения из молока продуктов с пролонгированным сроком хранения. К основным особенностям древней технологии переработки молока, являлись: сквашивание за счет естественной микрофлоры молока путем использования одной и той же посуды или добавлением новых порций свежего молока к кислому; нагревание молока над открытым огнем для некоторого концентрирования его составных частей; при этом конечный сгусток приобретает приятную вязкую консистенцию вследствие изменения свойств казеина; заквашивание молока, охлажденного после тепловой обработки до температуры тела или комнатной, кислым молоком из предыдущей партии, чтобы преобладающим стали термофильные штаммы молочнокислых бактерий; отбор выработок, содержащих молочнокислые бактерии, способные выдержать высокую кислотность и придающих продукту его специфический вкус; уничтожение посторонней (технологически вредной) микрофлоры. Несмотря на исключительно интуитивный подход, сквашивание молока стало известным и достаточно распространенным способом его сохранения [5, 16].

Включение в некоторые рецептуры молока и молочных продуктов фруктовых наполнителей и пищевых добавок должно регламентироваться соответствующими ГОСТами и НТД» [13, 15].

Мы разработали технологию производства функционального продукта питания — биоiogурта, обогащенного добавками. В качестве компонентов для его приготовления мы предлагаем следующие продукты (табл. 1).

Совокупность ингредиентов: концентрированная молочная сыворотка, курага и цукаты из свеклы, моркови или тыквы, повышают пищевую и физиологическую ценность продукта за счет большого количества витаминов и минералов.

В кураге содержатся витамины: B₁, B₂, B₅, B₆, P, бета-каротин, C, E, и минеральные вещества: Na — 10 мг, K — 1160 мг, Ca — 55 мг, Fe — 2,7 мг, Mg — 32 мг, P — 71 мг, Se — 2,2 мкг.

Калий — биогенный элемент, присутствующий во всех клетках организма, участвует в регуляции проницаемости биологических мембран и работе ионных каналов, регуляции деятельности сердца и мышц.

Концентрированная молочная сыворотка богата микроэлементами молока: K, Ca, Mg, Na, P, Cl, витаминами (каротин, A, E, витамины группы B, холин, PP, C), а также содержит все незаменимые аминокислоты (валин, фенилаланин, лейцин, изолейцин и др.). Баланс микро- и макроэлементов концентрированной молочной сыворотки

Таблица 1

Состав и компоненты биоюгурта функционального назначения

Компонент
Овсяные хлопья
Концентрат бифидобактерий
Стабилизатор (мед пчелиный натуральный)
Концентрированная молочная сыворотка
Цукаты из свеклы, моркови, тыквы или арбуза
Курага
Йод
Селен
Фтор
Кальций
Наполнитель (молоко коровье натуральное)

Таблица 2

Норма суточного потребления витаминов и минералов

Витамин	Кол-во	Минерал	Кол-во
Ретинол (А)	800 мкг	Натрий	2000 мг
Холекальциферол (Д)	5 мкг	Кальций	800 мг
Токоферол (Е)	12 мкг	Хлор	800 мг
Антигеморрагический (К)	75 мкг	Фосфор	700 мг
Тиамин (В ₁)	1,1 мг	Магний	375 мг
Рибофлавин (В ₂)	1,4 мг	Железо	14 мг
Пиридоксин (В ₆)	1,4 мг	Цинк	10 мг
Кобаламин (В ₁₂)	2,5 мкг	Марганец	2 мг
Ниацин	16 мг	Медь	1 мг
Биотин	50 мкг	Йод	150 мкг
Аскорбиновая кислота (С)	80 мг	Кремний	55 мкг
Пантотеновая кислота	6 мг	Молибден	50 мкг
Фолиевая кислота	200 мкг	Фтор	3,5 мкг

позволяет обогатить готовый продукт (в данном случае — биоюгурт функционального назначения) необходимыми для организма человека минеральными веществами.

Цукаты из овощей обладают высокой биологической ценностью и повышают органолептические характеристики биоюгурта.

Специфический состав йогурта обуславливает его основные функции: препятствует распространению гнилостных бактерий в кишечнике; повышает иммунитет; служит профилактикой инфекционных заболеваний; способствует усвоению пищи; уничтожает стафилококки и другие патогенные бактерии; способствует очищению кишечника от токсинов и шлаков.

Особенности характера питания населения в современных условиях связаны с неблагоприятными экологическими, социальными факторами, сезонным ограничением состава рациона, приводящим к полигиповитаминозу, усугубляющему течение хронических соматических заболеваний [24, 25].

В случае продуктов, основанных на витаминах, минералах, незаменимых аминокислотах или жирных кислотах, уровень рекомендованной суточной дозы хотя бы одной из этих субстанций, указанный на этикетке, должен быть существенно выше рекомендованной нормы суточного потребления для поддержания здоровья и хорошего самочувствия. В таблице 2 приведена рекомендуемая норма суточного потребления некоторых витаминов и минералов, принятая в Европейском союзе [таблица приведена в редакции, опубликованной в № 241 от 19.08.2011 г. Официального журнала Европейского союза]: [10]

В современных условиях потребность человека в микронутриентах существенно возрастает. А потому проблема рационализации питания и оздоровления населения, приведения рациона в соответствие с реальными физиологическими потребностями человека оказывается неразрешимой за счет только увеличения потребления натуральных продуктов-витаминоносителей и простого наращивания объемов производства пищевых продуктов, а требует качественно новых подходов и решений.

Главным принципом создания функционального продукта питания нового вида является достижение максимально возможного уровня полноценности и гарантированной безопасности изделия [10]. Функциональное питание позволяет не только сохранить здоровье, но и в определенной мере заменить лекарственные препараты. При помощи профилактического питания можно снизить количество заболеваний, связанных со старением на 80 %, диабетом — на 50 %, сердца — на 25 %, органов зрения — на 20 % [24].

Производство кисломолочных продуктов — это сложный многоступенчатый биохимический процесс, результат этого процесса — получение продукта со вкусом, запахом, цветом, консистенцией свойственных только данному продукту. Кисломолочные продукты получают путем сквашивания молока, сыворотки, сливок или их смесей, прошедших термическую обработку. Усваиваемость молока в организме человека меньше усвояемости йогурта, железы пищеварительного тракта интенсивнее выделяют ферменты, ускоряя переваривание пищи. Наряду с высокой биологической ценностью, кисломолочные продукты обладают полезными функциональными свойствами, с их помощью удается сбалансировать всю совокупность пищевых белков, поэтому йогурт — это продукт, производство которого оптимизируется, обновляется, в производство которого с каждым новым продуктом вносятся технические решения, выводящие ценность йогурта как продукта пищевого все выше [1, 7, 17].

Практическим результатом нашего исследования является разработка рецептуры биоюгуртов функционального назначения, обладающих повышенной пищевой и физиологической ценностью для устранения и предотвращения заболеваний, связанных с недостаточностью минеральных элементов. Достоинством нашей разработки является получение кисломолочного продукта, обладающего высокой пищевой и биологической ценностью, с хорошими пробиотическими свойствами, высокими органолептическими показателями с наличием антистрессовых свойств. ●

Статья с полным списком литературы опубликована на сайте: www.stella.uspb.ru



Петрова Е. В., канд. мед. наук, заведующий кафедрой «Неврология, нейрохирургия и психиатрия» ФГБОУ ВО ПГУ. E-mail: petrovaelena2010@yandex.ru. <http://orcid.org/0000-0002-5941-8300>

Панина Е. С., канд. мед. наук, доцент кафедры «Общая и клиническая фармакология» ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Медицинский институт
E-mail: panina.es@mail.ru. ID: <https://orcid.org/0000-0002-0682-5586>

Родина О. П., канд. мед. наук, доцент кафедры «Общая и клиническая фармакология» ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Медицинский институт
E-mail: rodina.olesya2010@yandex.ru. <https://orcid.org/0000-0002-4298-949X>

Полубояринов П. А., канд. с.-х. наук, доцент, заведующий кафедрой «Инженерная экология» ФГБОУ ВО ПГУАС. E-mail: 879502304876@yandex.ru. ID: <https://orcid.org/0000-0001-9870-0272>

Радченко Л. Г., канд. мед. наук, доцент кафедры педиатрии и неонатологии ПИУВ — филиал РМАНПО МЗ РФ. E-mail: lararad2012@yandex.ru

Галеева Р. Т., канд. мед. наук, доцент кафедры педиатрии и неонатологии ПИУВ — филиал РМАНПО МЗ РФ. E-mail: rtggaleeva@gmail.com. ID: <https://orcid.org/0000-0003-3310-4845>

Мусатова Л. А., канд. мед. наук, доцент кафедры педиатрии Медицинский институт ФГБОУ ПГУ. E-mail: musatova-1970@mail.ru. ID: <https://orcid.org/0000-0002-8083-2100>

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ

Аннотация. Остеопороз — это нарушение обменных процессов в костной ткани, сопряженное с высоким риском переломов. Обычно заболевание диагностируют по уровню минеральной плотности костной ткани. И все существующие группы препаратов для лечения остеопороза направлены к одной цели: сделать кость более плотной. Многочисленные исследования доказали несостоятельность подобного подхода, поскольку он не снижает риска переломов.

Профессор В. И. Струков, более 50 лет посвятивший изучению заболеваний опорно-двигательного аппарата, обнаружил в костях полостные образования, в местах нахождения которых чаще всего и случаются переломы. Ученый впервые предложил определять остеопороз не только по минеральной плотности, но и по наличию таких полостей в трабекулярных отделах костей, а критерием эффективности лечения заболевания считать их закрытие. Им же был разработан препарат для закрытия полостей «Остеомед Форте», успешно

справляющийся с поставленной задачей. Аналогов в мире по эффективности и безопасности на сегодняшний день у этого препарата нет. В настоящее время препарат проходит серию испытаний для получения статуса лекарственного средства.

Ключевые слова: остеопороз, переломы костей, Остеомед Форте, цитрат кальция, витамин D3, сестринская помощь при остеопорозе, сестринский уход, реабилитация.

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТЕОПОРОЗА

Одной из главных причин остеопороза является дефицит тестостерона. Как известно, процессы ремоделирования костной ткани осуществляются двумя группами клеток — остеокластами и остеобластами. При этом роль остеокластов заключается в удалении старых, ослабленных, травмированных участков кости посредством растворения ее минеральной составляющей и разрушения коллагена. Высвобожденные при этом

кальций и фосфор поступают в кровь. А остеобласты на освобожденном месте формируют новый коллагеновый каркас, а затем минерализуют его ионами кальция и фосфатов, добытыми из крови. Руководят всеми этими процессами главным образом половые гормоны. Подтверждением тому служит наличие и широкое распространение эстрогеновых и андрогеновых рецепторов в костной ткани.

Установлено, что основная функция эстрогена в метаболизме кости заключается в подавлении активности и дифференцировки остеокластов [1]. Задача же тестостерона состоит в том, чтобы активизировать функции остеобластов и выработку ими коллагена III типа, увеличить продолжительность жизни остеокластов и остеобластов [2].

По мере возрастного угасания функции половых желез происходит снижение выработки половых гормонов. Соответственно, процессы разрушения костной ткани усиливаются. В сыворотке крови повышается уровень кальция за счет повышенного

его высвобождения из костной ткани. При этом количество остеобластов, использующих макроэлемент для минерализации кости, уменьшается. Это ведет к потере кальция, снижению минерализации и морфологии костей. Костный кортикальный слой истончается, уменьшается число трабекул губчатого вещества кости, образуются полости. Повышается риск переломов. После 50 лет остеопоротический перелом случается у каждой третьей женщины и каждого пятого мужчины [3]. При этом 85% переломов дистального отдела предплечья и около 75% всех переломов бедра приходится на долю женщин [4, 5].

Современные исследователи склонны объяснять этот факт критичным для женского организма снижением уровня тестостерона [6–8]. У молодых здоровых женщин ежедневная продукция андрогена составляет около 300 мкг тестостерона, что соответствует 5% ежедневной продукции гормона у мужчин. 98% тестостерона находится в связанном, то есть неактивном состоянии [9]. В возрасте после 20 лет концентрация андрогена в крови женщин начинает снижаться и к 40 годам составляет 50% от первоначальной [10].

Исследователи из Швейцарии изучили взаимосвязь между уровнями половых гормонов в сыворотке крови пожилых людей и риском переломов. Был сделан вывод: прогностическим параметром для оценки риска переломов бедра является уровень общего тестостерона, а не эстрадиола [11].

ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА

Основным показателем развития остеопении и остеопороза во всем мире принято считать снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Для определения МПКТ пользуются методом двухэнергетической рентгеновской денситометрии. Всемирная организация здравоохранения предложила при постановке диагноза ориентироваться на Т-критерий. Этот параметр показывает отклонение от пика костной массы женщин 20–29 лет. В норме Т-критерий составляет от +1 до –1,0 СО. При остеопорозе Т-критерий равен –2,5 СО и ниже. Диагноз остеопении ставится в том

случае, если Т-критерий находится между –1,0 и –2,5 СО.

Золотым стандартом в терапии остеопороза являются бисфосфонаты — группа препаратов антирезорбтивного действия. Бисфосфонаты подавляют активность и подвижность остеокластов, не позволяя им связываться с костной тканью [12]. Результатом их приема становится повышение минеральной плотности костной ткани. Однако крупномасштабные исследования последних лет позволили установить, что бисфосфонаты не только не снижают риска переломов, но и повышают его [13], поскольку препятствуют своевременному удалению старых участков кости, представляющих угрозу для целостности всего опорно-двигательного аппарата.

Также в лечении остеопороза широко применяется заместительная гормональная терапия эстрогеном или эстрогеном в комбинации с гестагеном. Цель подобной терапии также сводится к увеличению минеральной

плотности костной ткани посредством торможения функций остеокластов. Однако, по мнению ряда исследователей, для профилактики остеопороза заместительная гормональная терапия (ЗГТ) должна продолжаться не менее 10–15 лет. Если прекратить ее раньше, ЗГТ будет ускорять потерю костной массы [14]. Что касается терапии андрогенами, то в России, как и в большинстве стран мира, нет официально одобренных препаратов для ее осуществления.

Наконец, еще одна группа препаратов, которая повсеместно используется для повышения минеральной плотности костной ткани — кальций-содержащие добавки. К сожалению, при отсутствии достаточного количества остеобластов, дополнительный прием кальция не способен предотвратить переломы. Минерал останется в кровотоке, провоцируя развитие сердечно-сосудистых заболеваний [15–17]. Более того — некоторые исследователи обнаружили взаимосвя-

Реклама

Получите бесплатно образец нового препарата для перименопаузального периода из списка «100 лучших изобретений России»

В связи с интересом к негормональным средствам перспективным может оказаться новый инструмент врачебной работы – БАД «Фемо-Клим». Это удачное сочетание β-аланина, глицина, витамина В6 и трав с эстрогенной активностью (красного клевера, солодки и шалфея), а также трутневого расплода.

Красный клевер – источник фитоэстрогенов. Ему «ассистирует» содержащий энтомологические гормоны пчел **трутневый расплод**. Этот продукт стимулирует продукцию собственных половых стероидов, препятствуя развитию остеопороза, атеросклероза, ИБС. Восстанавливает баланс андрогенов, что способствует снижению частоты и силы приливов.

Действие препарата усилено **β-аланином**. Этот нейромедиатор закрепляет «точку закипания» центра терморегуляции гипоталамуса на более высоких значениях. В итоге нормализуется потоотделение.

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.



СГР № KZ.16.01.98.003.E.000651.07.19
от 31.07.2019
Патент на изобретение РФ № 2577225.
Патент Евразии № EA031142.

Внимание! Компания «Парафарм» сообщает: в связи с переносом профильных выставок каждый врач может бесплатно получить образец «Фемо-Клима» и дайджест посвященных ему научных работ, отправив заявку по Viber, WhatsApp +7 (902) 354 4137 или по электронной почте pos@osteomed.su.



вязь между высоким потреблением добавок кальция и кальцийсодержащих продуктов с повышенным риском переломов [18–20].

Из вышесказанного понятно, что определение МПКТ не дает полного представления о состоянии костей и возможном риске переломов. Также очевидно, что широко применяемые антиостеопоротические препараты, действие которых направлено лишь на повышение МПКТ, не способны защитить от перелома.

ДИАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПО МЕТОДУ ПРОФЕССОРА В. И. СТРУКОВА

Доктор медицинских наук, профессор, основатель Центра остеопороза в Поволжье Виллорий Иванович Струков, более 50 лет своей жизни посвятивший изучению патологии опорно-двигательного аппарата, убежден, что нельзя прогнозировать риск переломов и судить о результативности лечения остеопороза лишь по количественной характеристике минерализации кости кортикального отдела. Плотность костной ткани в зависимости от массы тела пациента, региона проживания, пола, цвета кожи может значительно отличаться от стандартных значений. Известно, например, что женщины с малым весом в большинстве своем имеют более низкие значения МПКТ, чем женщины с высокой массой тела, особенно, страдающие ожирением.

По мнению ученого, в диагностике остеопороза и оценке эффективности его лечения большую роль должен играть анализ морфологии и структуры кости, выявление в трабекулярных отделах костей пустот (полостей) — участков, лишенных костных клеток, снижающих прочность кости. В зоне этих полостей и происходят переломы. Только такой подход позволит подобрать правильное лечение и предупредить травмы. Соответственно, показателем эффективности препарата в терапии остеопороза должно стать не повышение МПКТ, а восстановление структуры кости и закрытие полостей [21, 22]. При лечении же остеопороза существующими препаратами нередко наблюдается обратная картина: на фоне повышения плотности кости отмечается увеличе-

ние полостных образований в трабекулярных отделах кости, что говорит о высоком риске перелома и низкой результативности терапии. *При отсутствии эффекта в восстановлении структуры костной ткани препарат необходимо заменить.*

«ОСТЕОМЕД ФОРТЕ» ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СТРУКТУРЫ КОСТИ

Препарат «Остеомед Форте» не только улучшает усвоение кальция, но и усиливает процессы костеобразования именно в проблемных участках кости — там, где образовались полости. В этом его принципиальное отличие от существующих антиостеопоротических средств. Экспериментально установлено, что при приеме «Остеомеда Форте» закрытие полостных образований происходит в 5 раз чаще [23].

Состав остеопротектора подобран таким образом, чтобы, с одной стороны, достичь максимальной эффективности терапии остеопороза, а, с другой, снизить частоту возможных осложнений в виде образования кальцинатов и формирования камней в почках.

Ключевым компонентом «Остеомеда Форте» выступает HDBA органик комплекс. Это особым образом законсервированный расплод пчелиных трутней. В препарате он играет роль донатора половых гормонов, прежде всего — тестостерона. Трутневый расплод содержит большое количество гормональных предшественников (прогормонов) гонадного типа и обладает выраженным гонадотропным эффектом. При дефиците тестостерона его прием позволяет восстановить уровень гормона до нормальных показателей без риска развития гиперандрогении [24]. При этом пчелопродукт не является гормонозаместителем и не дает тех побочных эффектов, которые наблюдаются при ЗГТ андрогенами.

Источником кальция в препарате выступает цитратная соль минерала. В отличие от карбонатной формы, она хорошо усваивается даже при пониженной кислотности желудочного сока, которая отмечается у 50 % пациентов старше 50 лет. Всасываемость цитрата кальция составляет 44 %. Это в 2,5 раза выше, чем у карбоната.

При этом цитратная соль минерала способна предотвращать воспалительные заболевания мочевыводящих путей и тем самым снижать риск камнеобразования. Содержание кальция в препарате невысокое. Приняв 4 таблетки в сутки (рекомендуемая схема приема), человек получит всего 211 мг чистого минерала. Этого вполне достаточно для минерализации проблемных участков костной ткани. Высокие же дозы кальция чреваты известкованием мягких тканей и сосудов, появлением кальцификации атеросклеротических бляшек, развитием инфаркта миокарда и инсульта.

Для лучшего усвоения кальция в препарат включен витамин D3. По сравнению с формой D2, он более эффективен (на 30 %), менее токсичен при передозировке и легче усваивается организмом. Низкая дозировка витамина (150 МЕ в 1 табл) также способствует минимизации и исключает вероятность возникновения побочных эффектов.

Еще один важный компонент, необходимый для полноценного ремоделирования костной ткани, — витамин B6 [25]. Он эффективно снижает уровень гомоцистеина [26] — небелкового соединения, активизирующего функции остеокластов, усиливающего резорбцию кости [27], а также препятствующего сшиванию коллагена [28]. Кроме того, витамин B6 предотвращает камнеобразование в почках. При его дефиците в организме щавелевая кислота соединяется с кальцием и откладывается в виде оксалатных камней.

Синергический эффект компонентов «Остеомеда Форте» позволяет добиться сбалансированной минерализации кости как в трабекулярных, так и в кортикальных ее отделах при минимальном количестве побочных эффектов. Это подтверждают результаты клинических исследований.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ «ОСТЕОМЕДА ФОРТЕ» В ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА ПРОВЕДЕНО В РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИКАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Нами с 2009 по 2013 г. на базе Центра остеопороза Пензенского института усовершенствования врачей было организовано исследование эффективности применения «Остеомеда

Форте» в терапии постменопаузального остеопороза [29]. В нем приняли участие 82 женщины 49–85 лет с МПКТ < -2,5 СО, наличием полостных образований в трабекулярных отделах костей и дефицитом андрогенов.

Все участницы были поделены на 3 группы, сопоставимые по возрасту и тяжести заболевания. Первая группа получала «Остеомед Форте» по 1 таблетке утром и на ночь 3-месячными курсами 3 раза в год с 1-месячным перерывом. В терапии пациенток второй группы использовался препарат иностранного производства на основе карбоната кальция и витамина D3 по аналогичной схеме. Третья группа лечилась стронция ранелатом по 1 саше (2 г/сут.) постоянно на ночь.

По завершении 10-месячного лечения были получены следующие

результаты. В первой группе положительный клинический эффект (уменьшение размеров полостей и их полное закрытие) был отмечен в 76±7% случаев. Во второй группе — в 38±8%. В третьей — лишь в 20±13% случаев. При этом в первой группе концентрация общего тестостерона в сыворотке крови повысилась с 1,1±0,4 до 2,3±0,6 нмоль/л, а во второй и третьей группах осталась без изменений. В третьей группе в процессе лечения обнаружили побочные реакции в виде диареи, обострения гастрита, головной боли. В первых двух группах подобные реакции зафиксированы не были.

Исследуемый остеопротектор «Остеомед Форте» показал лучшие результаты в укреплении костной ткани и предотвращении переломов.

В настоящее время препарат «Остеомед Форте» проходит серию испытаний для присвоения статуса лекарственного средства. Доклинические исследования в Государственном научном центре прикладной микробиологии и биотехнологии показали: остеопротектор полностью безопасен даже при длительном применении. Он не токсичен при пероральном (через рот) и парентеральном (минуя желудочно-кишечный тракт) введении, не вызывает гибель клеток, не нарушает их работу, не повреждает органы и ткани, не раздражает пищеварительный тракт, не меняет гематологические, биохимические и коагулологические показатели крови. Исследование пациентов с остеопорозом выявило также положительное влияние препарата на мышечную силу пациентов [30].

ЛИТЕРАТУРА

1. Srivastava S., Toraldo G., Weitzmann M.N., Cenci S., Ross F.P., Pacifici R. Estrogen decreases osteoclast formation by down-regulating receptor activator of NF-kappa B ligand (RANKL) — induced JNK activation // *Journal of Biological Chemistry*. — 2001. — 276 (12). — P. 8836–8840.
2. Soroko S.B., Barrett-Connor E., Edelstein S.L., Kritiz-Silverstein D. Family history of osteoporosis and bone mineral density at the axial skeleton // *Journal of Bone and Mineral Research*. — 1997. — 12 (1). — P. 16–23.
3. Kanis J.A., Johnell O., Oden A., Sembo L., Redlund-Johnell I., Dawson A., De Laet C., Jonsson B. Long-term risk of osteoporotic fracture in Malmö // *Osteoporosis international*. — 2000. — 11 (8). — P. 669–674.
4. Owen R.A., Melton L.J., Johnson K.A., Ilstrup D.M., Riggs B.L. Incidence of Colles' fracture in a North American community // *American Journal of Public Health*. — 1982. — 72 (6). — P. 605–607.
5. Jordan K.M., Cooper C. Epidemiology of osteoporosis // *Best Practice & Research: Clinical Rheumatology*. — 2002. — 16 (5). — P. 795–806.
6. Tok E.C., Ertunc D., Oz U., Camdeviren H., Ozdemir G., Dilek S. The effect of circulating androgens on bone mineral density in postmenopausal women // *Maturitas*. — 2004. — 48 (3). — P. 235–242.
7. Davis S.R., McCloud P., Strauss B.J., Burger H. Testosterone enhances estradiol effects on postmenopausal bone density and sexuality // *Maturitas*. — 2008. — 61. — P. 17–26.
8. Dolan S.E., Carpenter S., Grinspoon S. Effects of weight, body composition, and testosterone on bone mineral density in HIV-infected women // *Journal of AIDS*. — 2007. — 45 (2). — P. 161–167.
9. Марченко Л.А., Ильина Л.М. Дефицит андрогенов у женщин. Материалы международного консенсуса для рассылки членам АГЭ во II квартале 2005 года.
10. Zumoff B., Strain G.W., Miller L.K., Rosner W. Twenty-four-hour mean plasma testosterone concentration declines with age in normal premenopausal women // *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. — 1995. — 80. — P. 1429–1430.
11. Meier C., Nguyen T. V., Handelsman D.J., Schindler C., Kushnir M.M., Rockwood A.L., Meikle A.W., Center J.R., Eisman J.A., Seibel M.J. Endogenous sex hormones and incident fracture risk in older men: the Dubbo Osteoporosis Epidemiology Study // *Archives of Internal Medicine*. — 2008. — 168. — P. 47–54.
12. Cramer J.A., Amonkar M.M., Hebborn A., Altman R. Compliance and persistence with bisphosphonate dosing regimens among women with postmenopausal osteoporosis // *Current Medical Research & Opinion*. — 2005. — 21. — P. 1453–1460.
13. Yeh M.W., Zhou H., Adams A.L., Ituarte P.H., Li N., Liu I.L., Haigh P.I. The Relationship of Parathyroidectomy and Bisphosphonates With Fracture Risk in Primary Hyperparathyroidism // *Annals of Internal Medicine*. — 2016. — 164 (11). — P. 715–723.
14. Urrows et al., op cit US Congress, p. 38.
15. Bolland M.J., Grey A., Avenell A., Gamble G.D., Reid I.R. Calcium supplements with or without vitamin D increase the risk of cardiovascular events // *British Medical Journal*. — 2011. — 342. — d2040.
16. Bolland M.J., Avenell A., Baron J.A., Grey A., MacLennan G.S., Gamble G.D., Reid I.R. Effect of calcium supplements on risk of myocardial infarction and cardiovascular events: meta-analysis // *British Medical Journal*. — 2010. — 341. — c3691.
17. Li K., Kaaks R., Linseisen J., Rohrmann S. Associations of dietary calcium intake and calcium supplementation with myocardial infarction and stroke risk and overall cardiovascular mortality in the Heidelberg cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition study (EPIC-Heidelberg) // *Heart*. — 2012. — 98 (12). — P. 920–925.
18. Mahdi A.A., Brown R.B., Razzaque M.S. Osteoporosis in Populations with High Calcium Intake: Does Phosphate Toxicity Explain the Paradox? // *Indian Journal of Clinical Biochemistry*. — 2015. — 30 (4). — P. 365–367.
19. Feskanich D., Willett W.C., Stampfer M.J., Colditz G.A. Milk, dietary calcium, and bone fractures in women: a 12-year prospective study // *American Journal of Public Health*. — 1997. — 87 (6). — P. 992–997.
20. Owusu W., Willett W.C., Feskanich D., Ascherio A., Spiegelman D., Colditz G.A. Calcium intake and the incidence of forearm and hip fractures among men // *Journal of Nutrition*. — 1997. — 127 (9). — P. 1782–1787.
21. Струков В.И., Джоунс О.В., Крутяков Е.Н. и др. Способ диагностики остеопороза методом определения динамики закрытия полостных образований для оценки эффективности применения различных остеопротекторов. Патент на изобретение № 2511430. Приоритет с 19.04.2012.
22. Струков В., Потанов В., Кислов А., Бойков И., Елистратов Д., Баженов М., Семерич Ю., Бурмистрова Л., Еремина Н., Максимова М. Остеопороз — проблема пожилых: смириться или лечить? // *Врач*. — 2014. — 6. — с. 30–32.
23. Долгушкина Г.В., Щербакова Ю.Г., Купцова Т.А. Лечение постклимактерического остеопороза // Новые медицинские технологии в охране здоровья здоровых, в диагностике, лечении и реабилитации больных: сборник научных работ XII Научно-практической конференции с международным участием 24–25 декабря 2016 г. — Пенза: Пензенский институт усовершенствования врачей, 2017. — с. 197–209.
24. Бурмистрова Л.А. Физико-химический анализ и биохимическая оценка биологической активности трупного распада: диссертация на соискание ученой степени кандидата биологических наук: 03.00.04 / Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова. — Рязань, 1999. — 22 с.
25. Rondanelli M., Opizzi A., Perna S., Faliva M.A. Update on nutrients involved in maintaining healthy bone // *Endocrinol. Nutr.* — 2013. — 60. — P. 197–210.
26. McKinley M.C., McNulty H., McPartlin J., Strain J.J., Pentieva K., Ward M., Weir D.G., Scott J.M. Low-dose vitamin B-6 effectively lowers fasting plasma homocysteine in healthy elderly persons who are folate and riboflavin replete // *American Journal of Clinical Nutrition*. — 2001. — 73 (4). — P. 759–764.
27. Koh J., Lee Y., Kim Y. Homocysteine enhances bone resorption by stimulation of osteoclast formation and activity through increased intracellular ROS generation // *Journal of Bone and Mineral Research*. — 2006. — 21. — P. 1003–1011.
28. Clarke M., Ward M., Strain J.J., Hoey L., Dickey W., McNulty H. B-vitamins and bone in health and disease: The current evidence // *Proceedings of the Nutrition Society*. — 2014. — 73. — P. 330–339.
29. Струков В., Бурмистрова Л., Елистратов Д., Кислов А., Струкова-Джоунс О., Галеева Р., Курашвили Л., Животошук В., Радченко Л., Бойков И., Семерич Ю. Остеопороз: диагностика и эффективное лечение // *Врач*. — 2014. — 4. — с. 52–54.
30. Марченкова Л.А. Влияние базовой терапии кальцием и витаминами D3 и B6 на мышечную силу, функции движения и баланса у пациентов с остеопорозом, проходивших медицинскую реабилитацию // *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. — 2020. — 1. — С. 25–34.



Петрова Н. Г.,
доктор медицинских наук,
профессор, заведующая
кафедрой сестринского
дела ФГБУ ВО ПСПбГМУ
им. акад. И. П. Павлова,
Санкт-Петербург, Россия

Мурзенко О. В.,
ФГБУ ВО ПСПбГМУ
им. акад. И. П. Павлова,
Санкт-Петербург, Россия

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПЕДАГОГОВ

Термин «синдром эмоционального выгорания» (СЭВ) (англ. burnout) ввел в обиход американский психиатр Герберт Фрейденбергер в 1974 г. О его актуальности и распространенности в настоящее время свидетельствует факт, упомянутый Т. А. Макаровой в работе «Синдром эмоционального выгорания»: «...в 2014 г. некоторые бельгийские работодатели внесли «выгорание на работе» в число страховых случаев, а в 2016 г. Бельгия одной из первых стран признала выгорание профессиональной травмой. Выгорание также считается поводом для оплачиваемого листа нетрудоспособности и в таких странах, как Германия, Голландия, Испания» [7].

Широкому распространению данного синдрома способствует ряд обстоятельств, важнейшим из которых является социальная нестабильность, неуверенность в своем будущем, в социальном и материальном положении, гарантированности рабочего места. Обостряется конкуренция за престижную и высокооплачиваемую работу [4]. Быстро меняются запросы рынка труда. Падает рейтинг ряда социально значимых профессий, в т. ч. медицинских работников, учителей, ученых. Рост социально-психологической напряженности в обществе ведет к изменениям в характере социальных контактов. Согласно работе В. М. Лымаренко «Патогенетические механизмы психо-вегетативных дисфункций при возрастном хроническом профессиональном стрессе у врачей поликлинических учреждений», люди, не имея возможности «выплеснуть» отрицательные эмоции на работе и в семье, нередко позволяют это в учреждениях здравоохранения и образования, в которых и без того существуют условия для развития этого синдрома [6].

Традиционно более подвержены развитию СЭВ люди профессий «человек-человек», постоянно сталкивающиеся в профессиональной деятельности с необходимостью тесного общения, к числу которых относятся медики и преподаватели. Их работа (в числе прочего) связана с высокой ответственностью за здоровье и жизнь [12–14]. Она требует большой эмоциональной нагрузки, имеет достаточно неопределенные критерии успеха, связана

со стрессовыми ситуациями, в т. ч. в процессе социального взаимодействия с пациентами (учениками, студентами), проникновения в суть их проблем. При этом имеет место фактор личной незащищенности и медицинских работников, и педагогов.

При всей актуальности проблемы профилактики синдрома эмоционального выгорания как проблемы, связанной с обеспечением эффективности профессиональной деятельности, поддержанием высокого уровня функциональности, а также охраной здоровья сотрудников практически в любой организации, она остается мало изученной — и в целом, и среди отдельных контингентов сотрудников [8].

ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Синдром эмоционального выгорания («эмоциональное сгорание») — специфический вид профессиональной деформации лиц, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми [2].

Синдром эмоционального выгорания проявляется в:

а) чувстве безразличия, эмоционального истощения, изнеможения (человек не может отдаваться работе так, как это было прежде);

б) дегуманизации (развитие негативного отношения к своим коллегам и клиентам);

в) негативном самовосприятии в профессиональном плане — недостаток чувства профессионального мастерства.

Выделяют три основных фактора, играющие существенную роль в синдроме эмоционального выгорания — личностный, ролевой и организационный [10].

Личностный фактор.

Проведенные исследования показали, что такие переменные, как возраст, семейное положение, стаж данной работы, никак не влияют на эмоциональное выгорание. Но у женщин в большей степени развивается эмоциональное истощение, чем у мужчин, у них отсутствует связь мотивации (удовлетворенность оплатой труда) и разви-

тия синдрома при наличии связи со значимостью работы как мотивом деятельности, удовлетворенностью профессиональным ростом. Испытывающие недостаток автономности («сверхконтролируемые личности») более подвержены «выгоранию».

Роль фактор.

Установлена связь между ролевой конфликтностью, ролевой неопределенностью и эмоциональным выгоранием [11]. Работа в ситуации распределенной ответственности ограничивает развитие синдрома эмоционального сгорания, а при нечеткой или неравномерно распределенной ответственности за свои профессиональные действия этот фактор резко возрастает даже при существенно низкой рабочей нагрузке. Способствуют развитию СЭВ те профессиональные ситуации, при которых совместные усилия не согласованы, нет интеграции действий, имеется конкуренция, в то время как успешный результат зависит от слаженных действий.

Организационный фактор.

Развитие синдрома эмоционального выгорания связано с наличием напряженной психоэмоциональной деятельности: интенсивное общение, подкрепление его эмоциями, интенсивное восприятие, переработка и интерпретация получаемой информации и принятие решений. Другой фактор развития эмоционального выгорания — дестабилизирующая организация деятельности и небла-

гополучная психологическая атмосфера. Это нечеткая организация и планирование труда, недостаточность необходимых средств, наличие бюрократических моментов, многочасовая работа, имеющая трудноизмеримое содержание, наличие конфликтов как в системе «руководитель — подчиненный», так и между коллегами [10].

Выделяют еще один фактор, обуславливающий синдром эмоционального выгорания — наличие психологически трудного контингента, с которым приходится иметь дело профессионалу в сфере общения (тяжелые больные, конфликтные покупатели, «трудные» подростки и т.д.).

МОДЕЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

В настоящее время существует несколько моделей эмоционального выгорания, описывающих данный феномен.

Однофакторная модель эмоционального выгорания (Пайнс, Аронсон).

Согласно данной модели, выгорание — это состояние физического, эмоционального и когнитивного истощения, вызванного длительным пребыванием в эмоционально перегруженных ситуациях. Истощение является главной причиной (фактором), а остальные проявления дисгармонии переживаний и поведения считают следствием. Согласно этой модели, риск эмоционального выгорания угрожает не только представителям социальных профессий.

ЭКСТРАКТЫ СУХИЕ ИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ

Экстракты — высоко эффективные препараты растительного происхождения, не содержат химических компонентов и примесей, легко дозируются и не требуют заваривания

- Экстракт зверобой-мелисса сухой (20 % экстракта зверобоя и 80 % экстракта мелиссы) оказывает седативное действие, рекомендуется при бессоннице, нарушениях памяти, тревожно-депрессивных расстройствах, синдроме эмоционального выгорания, хронической усталости, неврозах
- Экстракт ромашки сухой оказывает противовоспалительное, антисептическое, спазмолитическое, легкое седативное, вяжущее действия.
- Экстракт бессмертника сухой оказывает мягкое желчегонное действие, усиливает дренажную функцию, обеспечивая надежное удаление продуктов метаболизма и токсинов с желчью, способствует улучшению функционального состояния печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей, таким образом оздоравливая весь организм

СПРАШИВАЙТЕ В АПТЕКАХ ГОРОДА И ОБЛАСТИ!

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

РЕКЛАМА

Регистрационный
№ РОСС RU.ИФ19.К00113



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



Двухфакторная модель (Д. Дирендонк, В. Шауфели, Х. Сиксма).

Синдром эмоционального выгорания сводится к двумерной конструкции, состоящей из эмоционального истощения и деперсонализации. Первый компонент, получивший название «аффективного», относится к сфере жалоб на свое здоровье, физическое самочувствие, нервное напряжение, эмоциональное истощение. Вторым — деперсонализация — проявляется в изменении отношения либо к пациентам, либо к себе. Он получил название «установочного».

Трехфакторная модель (К. Маслач и С. Джексон). [6]

Синдром психического выгорания представляет собой трехмерный конструкт, включающий в себя эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений. Эмоциональное истощение рассматривается как основная составляющая эмоционального выгорания и проявляется в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии или эмоциональном перенасыщении.

Вторая составляющая (деперсонализация) сказывается в деформации отношений с другими людьми. В одних случаях это может быть повышение зависимости от окружающих. В других — усиление негативизма, циничность установок и чувств по отношению к реципиентам: пациентам, клиентам и т. п.

Третья составляющая эмоционального выгорания — редукция личностных достижений — может проявляться либо в тенденции негативно оценивать себя, занижать свои профессиональные достижения и успехи, негативизме по отношению к служебным достоинствам и возможностям, либо в преуменьшении собственного достоинства, ограничении своих возможностей, обязанностей по отношению к другим.

Четырехфакторная модель (Firth, Mims, Iwanicki, Schwab).

В четырехфакторной модели выгорания один из его элементов (эмоциональное истощение, деперсонализация или редуцированные персональные достижения) разделяется на два отдельных фактора. Например, деперсонализация связана с работой и с реципиентами, соответственно, и т. д.

Процессуальные модели эмоционального выгорания рассматривают выгорание как динамический процесс, развивающийся во времени и имеющий определенные фазы или стадии [3]. Процессуальные модели рассматривают динамику развития выгорания как процесс возрастания эмоционального истощения, вследствие которого возникают негативные установки по отношению к субъектам профессиональной деятельности. Подверженный выгоранию специалист пытается создать эмоциональную дистанцию в отношениях с ними как способ преодолеть истощение. Параллельно развивается негативная установка по отношению к собственным профессиональным достижениям (редукция профессиональных достижений).

Эмоциональное выгорание как динамический процесс, развивающийся во времени, характеризуется нарастающей степенью выраженности его проявлений. Например, *динамическая модель Б. Перлман и Е. А. Хартман* описывает развитие процесса эмоционального выгорания как проявление трех основных классов реакции на организационные стрессы [5]. Это:

- физиологические реакции, проявляющиеся в физических симптомах (физическое истощение);
- аффективно-когнитивные реакции (эмоциональное и мотивационное истощение, деморализация/деперсонализация);
- поведенческие реакции, выражающиеся в симптоматических типах преодолевающего поведения (дезадаптация, дистанцирование от профессиональных обязанностей, сниженная рабочая мотивация и продуктивность).

СТАДИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

В настоящее время существует несколько теорий, выделяющих стадии эмоционального выгорания.

Дж. Гринберг предлагает рассматривать эмоциональное выгорание как пятиступенчатый прогрессирующий процесс [13].

Первая стадия эмоционального выгорания («медовый месяц»). Работник обычно доволен работой и заданиями, относится к ним с энтузиазмом. Однако по мере продолжения рабочих стрессов профессиональная деятельность начинает приносить все меньше удовольствия и работник становится менее энергичным.

Вторая стадия («недостаток топлива»). Появляются усталость, апатия, могут возникнуть проблемы со сном. При отсутствии дополнительной мотивации и стимулирования у работника теряется интерес к своему труду или исчезают привлекательность работы в данной организации и продуктивность его деятельности. Возможны нарушения трудовой дисциплины и отстраненность (дистанцирование) от профессиональных обязанностей. В случае высокой мотивации работник может продолжать гореть, подпитываясь внутренними ресурсами, но в ущерб своему здоровью.

Третья стадия (хронические симптомы). Чрезмерная работа без отдыха, особенно «трудоголиков», приводит к таким физическим явлениям, как измождение и подверженность заболеваниям, а также к психологическим переживаниям — хронической раздражительности, обостренной злобе или чувству подавленности, «загнанности в угол». Постоянное переживание нехватки времени (синдром менеджера).

Четвертая стадия (кризис). Как правило, развиваются хронические заболевания, в результате чего человек частично или полностью теряет работоспособность. Усиливаются переживания неудовлетворенности собственной эффективностью и качеством жизни.

Пятая стадия эмоционального выгорания («пробивание стены»). Физические и психологические проблемы переходят в острую форму и могут спровоцировать развитие опасных заболеваний, угрожающих жизни человека. У работника появляется столько проблем, что его карьера находится под угрозой.

ФАКТОРЫ СЭВ

Имеющиеся на сегодняшний день работы по данной проблематике построены, главным образом, в логике психофизиологического подхода. Между тем, представляется достаточно очевидным, что в прикладном аспекте

существенное значение в контексте проблемы эмоционального выгорания имеют социально-психологические факторы.

Также вряд ли требует специального доказательства утверждение о том, что педагогическая и медицинская деятельность в современных условиях, в силу своей специфики, предполагает повышенный риск формирования СЭВ.

В этой связи представляется совершенно обоснованным и, более того, необходимым, углубленное изучение роли социально-психологических факторов формирования СЭВ у представителей медицинских и педагогических специальностей.

СЭВ как следствие стрессов, связанных с профессиональной деятельностью, уже более тридцати лет активно изучается в рамках организационной, а также клинической психологии. Идеи Х.Фреденберга получили дальнейшее развитие в работах целого ряда американских психологов, в частности, К.Маслача, С.Джексона, Б.Перлмана, Е.Хартмана и др., в рамках которых осуществлен детальный анализ процесса выгорания как ответной реакции организма на длительные профессиональные стрессы, разработаны методы диагностики выгорания, а также его профилактики и комплексной терапии [5]. Следует отметить, что во многом под влиянием упомянутых исследований в зарубежной организационной практике резко возросло внимание ко всему спектру факторов (включая и социально-психологические), связанных с обеспечением охраны труда и здоровья сотрудников именно в логике снижения риска профессионального выгорания, в том числе с учетом специфики конкретной профессиональной деятельности.

В условиях перехода к рыночной экономике и связанных с ним неуклонным повышением требований к уровню профессионализма, производительности труда, а также профессиональной мобильности сотрудников, совершенно закономерным представляется резкий рост интереса к проблеме СЭВ со стороны российских исследователей (отметим, что в большинстве как отечественных, так и зарубежных работ по данной проблематике, понятия «эмоциональное выгорание» и «профессиональное выгорание» трактуются как синонимичные). Среди отечественных публикаций последних лет следует отметить, прежде всего, работы В.В.Бойко, в которых детально описаны собственно СЭВ, стадии его формирования и характерные симптомы, связанные с каждой из стадий [1]. Особо следует отметить, что В.В.Бойко разработана методика диагностики уровня эмоционального выгорания, эвристичность которой подтверждена, в том числе и в ходе целого ряда практикоориентированных исследований, осуществленных в современных российских условиях. Углубленное изучение СЭВ с учетом специфики ряда профессий, связанных со взаимодействием в схеме «человек-человек» осуществлено в исследованиях Н.Е.Водопьяновой, Т.Е.Рогинской и др. [3]. В работах Д.Г.Трунова показано, что в ряде случаев СЭВ может обоснованно рассматриваться не только как личностная и социальная проблема, но и как ресурс личностно-профессионального развития.

Даже приведенный краткий обзор, характеризующий степень научной разработанности рассматриваемой проблематики, позволяет констатировать, что на сегодняшний день сформирована достаточно развернутая теоретико-

концептуальная и методическая база ее изучения, верифицированная в целом ряде экспериментальных исследований. Вместе с тем, в существующем массиве теоретико-экспериментальных материалов имеют место две существенные в рассматриваемом контексте лакуны. Прежде всего, отсутствуют, по сути дела, практико-ориентированные исследования, целевым образом сконцентрированные именно на проблеме профессионального выгорания медиков и педагогов в профессиональных учреждениях. Помимо этого, в большинстве имеющихся работ проблема выгорания рассматривается, прежде всего, в психофизиологических аспектах. Собственно, социально-психологические факторы (несмотря на то, что их значение ни в коем случае не отрицается и даже, напротив, подчеркивается), как правило, выступают в качестве «фоновой» информации.

Профессиональная деятельность работников медицины и медицинского образования насыщена стрессогенами. Среди основных психологи, занимающиеся данной проблемой, выделяют следующие:

1. Необходимость постоянного общения с различными группами людей. Каждый день медицинский и педагогический персонал сталкивается с различными проблемами множества людей. Подобный контакт, особенно продолжительный, является трудоемким с эмоциональной точки зрения. Особенно подвержены данному стрессогену и накоплению эмоционального дискомфорта некоторые группы людей, для которых характерны скромность, застенчивость, замкнутость и концентрация на проблемах «трудовых будней».

2. Частая работа в ситуациях, требующих высокой эффективности (следует быть неизменно милой, обаятельной, вежливой, организованной, собранной и т.д.). Такая публичность и жесткий внешний контроль со стороны, как руководителя, так и коллег, со временем могут вызвать внутреннее раздражение и эмоциональную нестабильность.

3. Эмоционально напряженная атмосфера (поток звонков, дела «на вчера», приемы, визиты, зависимость от настроения руководителя), постоянный контроль над правильностью своих действий. В условиях, когда требования превосходят внутренние и внешние ресурсы человека, стресс возникает как закономерная реакция [13].

К сожалению, руководители чаще склонны перекладывать всю ответственность за профессиональное выгорание именно на сотрудников, аргументируя это плохой подготовкой и личностными особенностями. На самом деле, этот синдром возникает как результат действия многих факторов: окружение, в котором приходится работать; полученное образование; условия труда и личностные моменты.

В психологии СЭВ определяется как одно из проявлений длительного рабочего стресса, а также некоторых видов профессионального кризиса. Возникает он в результате накопления отрицательных эмоций без соответствующей «разрядки», что приводит к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов человека.

Итак, хотя наукой давно доказано, что без стресса живое существо погибает, слишком частое пребывание в стрессовых ситуациях токсично для человеческой психики. При большой нагрузке на работе важно установить безопасный для нервной системы уровень напряжения.



Тогда профессиональное выгорание будет поставлено под контроль или его вовсе удастся избежать.

Для того чтобы оценить свое эмоциональное состояние и возможное наличие симптомов профессионального выгорания, необходимо составить о них четкое представление. В психологии принято разделять симптомы профессионального выгорания на три группы: [3]

- психофизические;
- социально-психологические;
- поведенческие.

К психофизическим симптомам профессионального выгорания относятся:

- чувство постоянной, не проходящей усталости (симптом хронической усталости);
- ощущение эмоционального и физического истощения;
- снижение восприимчивости и реактивности на изменения внешней среды (отсутствие реакции любопытства на фактор новизны или реакции страха на опасную ситуацию);
- общая астенизация (слабость, снижение активности и энергии, ухудшение биохимии крови и гормональных показателей);
- частые беспричинные головные боли;
- постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта;
- резкая потеря или резкое увеличение веса;
- полная или частичная бессонница (быстрое засыпание и отсутствие сна ранним утром, начиная с 4 часов утра, или, наоборот, неспособность заснуть вечером до 2–3 часов ночи и «тяжелое» пробуждение утром, когда нужно вставать на работу);
- постоянное заторможенное, сонливое состояние и желание спать в течение всего дня;
- одышка или нарушение дыхания при физической или эмоциональной нагрузке;
- заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности: ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря внутренних, телесных ощущений.

К социально-психологическим симптомам профессионального выгорания относятся:

- безразличие, скука, пассивность и депрессия (пониженный эмоциональный тонус, чувство подавленности);
- повышенная раздражительность на незначительные события;
- частые нервные срывы («уход в себя», вспышки немотивированного гнева или отказы от общения);
- постоянное переживание негативных эмоций, для которых во внешней ситуации причин нет (чувство вины, обиды, подозрительности, стыда, скованности);
- чувство неосознанного беспокойства и повышенной тревожности (ощущение, что «что-то не так, как надо»);
- чувство гиперответственности и постоянное чувство страха («это у меня не получится», «я не справлюсь»);
- общая негативная установка на жизненные и профессиональные перспективы («как ни старайся, все равно ничего не получится») [3].

К поведенческим симптомам профессионального выгорания относятся:

- ощущение, что работа становится все тяжелее и тяжелее, а выполнять ее — все труднее и труднее;
- заметное изменение режима рабочего дня;

- вне зависимости от объективной необходимости постоянно берете работу домой, но дома ее не делаете;
- чувство бесполезности, снижение энтузиазма по отношению к работе, безразличие к результатам;
- невыполнение важных, приоритетных задач и «застревание» на мелких деталях; не соответствующая служебным требованиям трата большей части рабочего времени на выполнение автоматических и элементарных действий (мало осознаваемых или неосознаваемых);
- дистанцированность от сотрудников и клиентов, повышение неадекватной критичности;
- резкое увеличение количества выкуренных за день сигарет, злоупотребление алкоголем, применение наркотических средств.

У лиц, ассоциирующих свой труд с предназначением, первыми возникают такие симптомы, как ощущение усталости и повышенная раздражительность, переходящая в немотивированную агрессию по отношению к коллегам. Причины подобного поведения кроются во внутреннем напряжении, вызванном недовольством собой, или другими внутренними конфликтами, которых человек, как правило, не осознает. Напряжение постепенно накапливается, вследствие чего возникает необходимость «сбросить» его. Когда эта потребность дает о себе знать, то, к сожалению, «последней каплей» становятся любые затруднения, которые ранее не вызывали бурной эмоциональной реакции [5].

ОСОБЕННОСТИ СЭВ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР И ПЕДАГОГОВ

Одно из первых мест по риску возникновения СЭВ занимает профессия медицинской сестры.

Выделяют три типа медицинских сестер, которым угрожает СЭВ: 1-й — «педантичный», характеризующийся добросовестностью, возведенной в абсолют, чрезмерной, болезненной аккуратностью, стремлением в любом деле добиться образцового порядка (даже в ущерб себе); 2-й — «демонстративный», стремящийся первенствовать во всем, всегда быть на виду; этому типу свойственна высокая степень истощаемости при выполнении даже незаметной рутинной работы; 3-й — «эмотивный», состоящий из впечатлительных и чувствительных людей; их отзывчивость, склонность воспринимать чужую боль как собственную граничит с патологией, с саморазрушением [2].

При обследовании медицинских сестер психиатрических отделений установлено, что СЭВ проявляется у них неадекватным реагированием на пациентов и своих коллег, отсутствием эмоциональной вовлеченности, утратой способности к сопереживанию пациентам, усталостью, ведущей к редукции профессиональных обязанностей и негативному влиянию работы на личную жизнь.

Профессиональная деятельность педагога вне зависимости от вида исполняемой импульсивности, напряженности, интраверсии имеет определенное значение в формировании СЭВ. Работа относится к группе профессий с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь школьников и студентов, и общества в целом [7]. Она требует большой эмоциональной нагрузки, ответственности и имеет весьма неопределенные критерии успеха. Негативное влияние на здоровье оказывают по-

стоянные стрессовые ситуации, в которые попадает педагог в процессе социального взаимодействия с учеником, постоянного проникновения в суть его проблем, а также по причине личной незащищенности и других морально-психологических факторов.

Формирование СЭВ в профессиональной деятельности педагога может быть связано с огромным грузом ответственности по установлению доверительных отношений и умения управлять эмоциональной напряженностью делового общения.

Вероятность возникновения СЭВ увеличивается в следующих условиях: вкладывание в работу больших личностных ресурсов при недостаточном признании; работа с «немотивированными» учениками, постоянно противодействующими усилиям помочь им; недостаточность условий для самовыражения на работе; напряженность и конфликтность в профессиональной среде; неудовлетворенность своей профессией. Риск развития СЭВ оказывается более высоким для молодых специалистов, и объясняется это тем, что в зрелом возрасте уже пройден этап профессионального становления и адаптации к профессии, определены конкретные цели, сформированы профессиональные интересы, выработаны механизмы профессионального самосохранения.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

Синдром профессионального выгорания начинается, как правило, весьма бессимптомно даже для самого человека, что делает весьма трудоемким выявление синдрома на ранних стадиях.

Выделяют четыре стадии эмоционального выгорания: от эйфории до профессиональной деформации [4].

Стадия 1. «Супермен набирает обязательства»

Данная стадия является стадией мобилизации. В начале любого нового дела человеку свойственен эмоциональный и физический подъем. Человек не испытывает дискомфорта от недостатка, к примеру, еды или отдыха — он воодушевлен новым начинанием. Зачастую в таком состоянии он не может трезво оценивать свои силы, ему кажется, что подобный подъем сил никогда не закончится. Из-за этого человек набирает больше обязательств, чем способен выполнить. К сожалению, подобный период является весьма непродолжительным.

Стадия 2. «Супермен устал, но терпит»

Вторую стадию также называют стадией выдерживания. На этом этапе начинает накапливаться и проявляться усталость, появляется осознание, что идеальная картинка, которую человек представил на первом этапе, невыполнима и никак не может соответствовать действительности. Теперь человек трезво оценивает свои силы. Его самочувствие не настолько превосходное, как на стадии мобилизации, но стабильно держится в пределах благоприятной нормы. Данная стадия считается психологами оптимальной в плане работоспособности. Большинство людей находится именно на ней, с небольшими периодами большей усталости или большего воодушевления.

Стадия 3. «У супермена больше нет сил»

Переход на следующую стадию, астеническую, стадию «невыдерживания», зачастую происходит, если в течение

некоторого времени человеку приходится прикладывать больше сил, чем он способен в данный момент предоставить. Одним из самых распространенных вариантов развития этой стадии является возвращение человека после болезни, когда он еще не полностью восстановился, но за время больничного на работе скопились невыполненные задачи. Для того, чтобы справиться с этими задачами, сотрудник лишает себя полноценного отдыха и ставит себя под угрозу перехода на стадию «невыдерживания» [4].

Одним из первых признаков наступления третьей стадии являются физическое недомогание и упадок сил. Люди начинают выбирать простейшие алгоритмы действия вместо оптимальных, ведь перегруженная нервная система не способна полноценно справиться с потоком информации. Начиная накапливаться ошибки, решение которых требует дополнительных усилий, на которые человек в данный момент уже не способен. И вслед за физическим недомоганием начинают проявляться психологические проблемы: падает самооценка, появляется чувство вины, депрессия. На этом фоне снижаются когнитивные функции. Человек осознает, что раньше очень легко все запоминал и никогда не пользовался записной книжкой, а теперь не способен вспомнить простейшие вещи. О том, чтобы быть креативным, речи вообще нет. Организм перешел в режим сохранения энергии.

В это время люди начинают подстегивать себя стимуляторами — пить больше кофе, крепкого чая, есть больше сладкого, чаще курить (при наличии этой привычки). Конечно, общая ситуация ухудшается, потому что нервная система еще больше истощается.

При этом состоянии нарушаются механизмы возбуждения и торможения, что приводит к парадоксальному суточному ритму. Человек оказывается не способным полностью восстановить свои силы даже при достаточном количестве сна и просыпается уже с упадком сил. Ближе к вечеру состояние несколько нормализуется, но возникает перевозбуждение, которое не позволяет уснуть. Если человек не вырвется из этого «замкнутого круга», то весьма вероятен переход к четвертой стадии [4].

Стадия 4. «Супермен становится злодеем»

Четвертая стадия является стадией личностной деформации. При отсутствии сил человек не способен адекватно реагировать на внешние раздражители, любые неудачи вызывают слишком яркие негативные реакции — ярость, отчаяние, обвинение окружающих. Меняется отношение к окружающим людям, страдает пласт ценностей и целей человека.

На четвертой стадии происходит диссоциативное отщепление, то есть человек отстраняется от своего страдания. Психика включает мощные защиты, проблемы проецируются вовне, на других, и субъективно становится легче. Диссоциация постепенно захватывает всю эмоциональную сферу. При разговоре с таким человеком появляется специфическое ощущение, что с ним невозможно наладить контакт. Человек не пытается общаться, он говорит и действует по некому шаблону. При этом человек не считает, что с ним что-то не так, что ему нужна помощь, и это является серьезной проблемой при реабилитации.

Личность человека — достаточно целостная и устойчивая структура, и ей свойственно искать пути защиты от деформации. Одним из способов такой психологической



защиты и является синдром эмоционального выгорания. Основная причина развития СЭВ — несоответствие между личностью и работой, между повышенными требованиями руководителя к работнику и реальными возможностями последнего. Зачастую СЭВ вызывается несоответствием между стремлением работников иметь большую степень самостоятельности в работе, самим искать способы и методы достижения тех результатов, за которые они отвечают, и жесткой, нерациональной политикой администрации в организации рабочей активности и контроля за ней. Результат такого контроля — возникновение чувства бесполезности своей деятельности и отсутствие ответственности.

ПРОФИЛАКТИКА СЭВ

С меньшим риском для здоровья СЭВ переживают люди, обладающие такими особенностями:

- хорошее здоровье;
- сознательная, целенаправленная забота о своем физическом состоянии (постоянные занятия спортом и поддержание здорового образа жизни);
- высокая самооценка и уверенность в себе, своих способностях и возможностях.

Для уменьшения риска возникновения СЭВ у сотрудников были сформированы следующие рекомендации:

1. Регулярная супервизия

В организации супервизия обязательна, так люди, приучаясь к ней, понимают, что профилактика — это базовая вещь. Два-три раза в месяц рекомендуется проводить групповые встречи для сотрудников, по желанию каждый может прийти и на индивидуальную встречу. Для сотрудников это должно быть абсолютно бесплатно, а, значит, доступно

2. Мотивация сотрудников

Мотивация сотрудников очень важна. Конечно, легче всего мотивировать деньгами. Но в медицине и педагогике это не самый актуальный способ, поэтому нужны и другие способы мотивации, например, поддержание внутреннего интереса, помощь в повышении профессионального уровня, проведение профессиональных тренингов, встреч со специалистами, организация ежегодных съездов для профессионалов, где каждый осознает свою ценность, смысл работы. Целесообразно вместе отмечать праздники — юбилеи проекта, новый год, — и это тоже сплачивает людей.

3. Общий позитивный настрой

Важно удерживать позитивный настрой в организации, создать зону, где можно избавляться от стресса. Задача руководителей находить разные формы для этого, помогать человеку на работе найти место, где ему будет комфортно.

4. Хобби и жизнь после работы

Рекомендуется заниматься спортом, писать стихи, по возможности делиться между собой плодами творчества, выделяя для этого часы. Но даже если руководитель не занимается профилактикой выгорания в своей команде, сотрудники сами должны учиться заботиться о себе, устанавливать устойчивые границы и иметь обязательно ту сферу, где можно отдохнуть, отвлечься от работы.

5. Правильная организация труда и отдыха

Важно организовать нормальный режим сна и бодрствования, чаще делать паузы в работе — чем более слож-

ный контингент и более сложная работа, тем чаще эти паузы. Отпуска раз в год или два раза в год, как правило, не хватает.

6. Консультация невролога.

Обязательно нужно обратиться к врачу-неврологу, с этого стоит начать, если появились признаки выгорания. Нет смысла на пике нервного истощения идти к психотерапевту и разбираться со своими комплексами. Если дымится материнская плата, не надо лечить компьютер от вируса. Когда общее состояние немного стабилизируется, тогда можно работать с комплексом Спасателя.

7. Консультация психолога

Рекомендуется начать работу с профессиональным психологом. Иногда бывает, что причины проблемы лежат на поверхности, а иногда, требуется более глубокое психологическое обследование.

8. Физическая профилактика СЭВ:

- диетическое питание с минимальным количеством жиров, но включающее витамины, растительную клетчатку и минералы;
 - занятия физкультурой или, как минимум, прогулки на свежем воздухе;
 - полноценный сон не менее восьми часов в сутки;
 - соблюдение режима дня.
- ### 9. Психологическая профилактика СЭВ:
- обязательный выходной раз в неделю, в течение которого рекомендуется делать только то, что хочется;
 - «очищение» головы от беспокоящих мыслей или проблем путем анализа (на бумаге или в беседе с внимательным слушателем);
 - расстановка приоритетов (в первую очередь, выполнять действительно важные дела, а остальные — по мере успеваемости);
 - медитации и аутотренинги;
 - ароматерапия.

Наиболее эффективными на Западе, да и в ряде регионов нашей страны являются групповые формы профилактической работы: специальные занятия в группах профессионального и личностного роста, повышения коммуникативной компетентности (Балинтовский метод).

Цели работы балинтовских групп:

- Поощрять медицинский персонал ценить свои навыки межличностных отношений и учиться понимать их пределы.
- Улучшить восприятие и понимание коммуникации пациента медперсоналом.
- Позволить медицинскому персоналу осознать свои «слепые пятна» в общении с пациентами.

В проводимом обсуждении акцент делается не на клиническом анализе ведения данного пациента, а на различных особенностях и аспектах взаимоотношений медперсонала с пациентом в рамках данного случая, их реакция на меняющиеся обстоятельства этой ситуации, что отличает балинтовские группы от традиционного клинического разбора, консилиума или супервизии. Для этого нужно, чтобы в групповых дискуссиях говорили не только о том, что думает, но и о том, что чувствует медперсонал (эмоционально и телесно) во взаимоотношениях со своим пациентом, что медицинский работник и пациент значат друг для друга, и что они друг для друга делают.

Балинтовские группы позволяют осознать свой стиль отношений с пациентами или учениками, помогают лучше понять пациента/ученика и его потребности. В то же время Балинтовские группы способствуют пониманию неопределенностей и неоднозначностей медицинской и консультативной практики, уменьшая этим профессиональный стресс и увеличивая удовлетворенность работой.

Специалисты, прошедшие Балинтовские группы, лучше контролируют свою рабочую и психоэмоциональную нагрузку. У них реже возникает недовольство тем, что пациент пришел на консультацию без ясной и понятной формулировки причины. Психосоматические пациенты не кажутся им «черной дырой», поглощающей все время и все силы. Специалисты, прошедшие Балинтовские группы, менее склонны «прятаться» от пациентов за необязательными назначениями (дополнительные анализы или консультации у специалистов).

По сравнению с теми, кто не участвовал в Балинтовских группах, медицинские работники, которые занимались Балинтовской работой более 2-х лет, больше удовлетворены своим выбором профессии [18].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, медицинские работники и преподаватели закономерно подвержены СЭВ, в большей степени

эта проблема актуальна для молодых сотрудников. Поэтому профилактика, своевременное выявление и ранняя коррекция проявлений СЭВ — важнейшая задача руководителей — как с точки зрения сохранения здоровья сотрудников, так и для закрепления кадров, создания благоприятной психологической обстановки в коллективе и, соответственно способствующей установлению психологического контакта с пациентами или обучающимися. Данная профилактика должна включать как личностные аспекты (начиная с психологического обследования и заканчивая индивидуальными психологическими консультациями), так и вопросы рациональной организации труда. В личностном плане необходимы пропаганда и создание условий для физического развития, формирование высокой самооценки, уверенности в себе, своих способностях и возможностях, оптимистичных установок, культуры отдыха и опыта преодоления профессионального стресса. Необходимо научить (или научиться) правильно расставлять приоритеты, овладеть методиками медитации и аутотренинга. С точки зрения кадрового менеджмента важно наладить постоянно действующие обратные связи руководителей и сотрудников, рационально (с учетом пожеланий сотрудников) планировать режим (графики) работы, активно внедрять наставничество для молодых специалистов, ввести систему рациональной мотивации, открыто обсуждать проблемы, существующие в организации, поощряя самих сотрудников к их решению. ☞

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: Информационно-издательский дом «Филинъ», 2015.
2. Булыгина В.Г., Петелина А.С. Эмоциональное выгорание у специалистов общей и судебно-психиатрической практики (аналитический обзор) // Российский психиатрический журнал. — 2013. — № 6. — с.24–30.
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — СПб: Питер, 2009. — 336 с.
4. Кмить К.В., Попов Ю.В. Эмоциональное выгорание, не связанное с профессиональным стрессом // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2013. — № 3. — с.3–10.
5. Козин В.А., Агибалов Т.В. Синдром эмоционального выгорания: промахи, теории, профилактика, перспективы изучения // Неврологический вестник. — 2013. — Вып.2. — с.44–52.
6. Лозинская Е.И., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Системный индекс синдрома перегорания (на основе теста МБИ). Методические рекомендации. НИПНИ им. Бехтерева, 2007
7. Львова Ю.Л. Социально-педагогические проблемы развития профессиональной и общественной активности учителей. М.: Изд-во МГ, 2013.
8. Лымаренко В.М. Патогенетические механизмы психовегетативных дисфункций при возрастном хроническом профессиональном стрессе у врачей поликлинических учреждений: Автореф. дисс. ... к.м.н. — СПб., 2013. — 23 с.
9. Макарова Т.А. Синдром эмоционального выгорания. — М.: Речь. 2010. — 381 с.
10. Незнанов Н.Г. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике: практ. рук.
11. Плоткин С.Ф. Синдром эмоционального выгорания: фантом или реальность // Теория и практика охраны психического здоровья. — 2015. — № 1,1. — с.121–141.
12. Прикладная психодиагностика: методы и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д.Я. Райгородского. — Самара: БАХРАХ, 2008. — 676 с.
13. Чутко Л.Г., Козина Н.В. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты. — М.: МЕДпрессинформ, 2014. — 256 с.
14. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача. Курс лекций (Изд. Феникс, Ростов-на-Дону).
15. Duru E., Duru S., Balkis M.S. Analysis of relationships among burnout, academic performance, and self regulation // Educational Sciences: Theory and Practice. — 2014. — vol.14. — p.1274–1283.
16. Gleichgerrht E., Decety J., Empaty in clinical practice: How individual disposition gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians // PlosOne. — 2013. — vol.8 — e61526.
17. Romaci M., Ashker K. Burnout among physicians // Lybia J. of Medicine. — 2014. — vol.19. — 23556.
18. Oliver W. Samuel, «Aims and Objectives and Balint-Training», Journal of Balint Society, 1987.
19. Tzier A. Work stress and turnover intentions among hospital physicians: The mediating role of burnout and work satisfaction // J. of work and organizational psychology. — 2015. — vol. 31. — p.207–213



Беспалов В. Г.,
доктор медицинских наук,
профессор ФГБУ НМИЦ
онкологии им. Н. Н. Петрова
МЗ РФ, Санкт-Петербург,
Россия

Туманян И. А.,
ФГАОУ ВО НИУ ИТМО,
Санкт-Петербург, Россия

ЙОДОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ: ПРИЧИНЫ И СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ

Йод является эссенциальным микронутриентом, т.е. организм человека не может его самостоятельно продуцировать и накапливать. В то же время, при хроническом дефиците йода развивается целый ряд патологических расстройств, поэтому ежедневное поступление его с пищей имеет большое значение для поддержания здоровья [1].

Ежедневная потребность в йоде варьирует от 90 до 250 мкг и зависит от возраста и физиологического состояния человека. Суточная потребность в йоде, согласно рекомендациям ВОЗ, представлена в таблице 1 [2].

Таблица 1
Суточная потребность в йоде в зависимости от возраста и физиологического состояния

Группа	Потребность в йоде, мкг/сутки
Дети дошкольного возраста: с рождения до 6 лет	90
Дети школьного возраста: от 7 до 12 лет	120
Взрослые и подростки старше 12 лет	150
Пожилые люди	100
Беременные и кормящие женщины	250

По более унифицированным рекомендациям суточная потребность в йоде для детей 0–10 лет составляет 80–120 мкг, для подростков и взрослых — 150 мкг, для беременных и кормящих женщин — 200 мкг в сутки [3]. В пересчете на кг массы тела дети дошкольного возраста нуждаются в более высоком потреблении йода для обеспечения физического и интеллектуального развития. У пожилых людей, в связи со снижением основного обмена веществ, суточная потребность в йоде меньше. У беременных

и кормящих женщин щитовидная железа работает более интенсивно, поэтому они нуждаются в повышенном потреблении йода [4]. В период внутриутробного развития тиреоидные гормоны играют большую роль в формировании головного мозга, поэтому дефицит йода особенно неблагоприятен для плода [5], вплоть до развития необратимых повреждений мозга [6].

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

В течение всей жизни человек обычно потребляет около 5 г йода (1 чайная ложка), это совсем небольшое количество. Но, по оценке ВОЗ, более 2 млрд жителей Земли имеют недостаток йода в питании, приводящий к развитию йододефицитных заболеваний, которые являются самой распространенной неинфекционной патологией в мире. Около 30% населения планеты имеют риск развития йододефицитных заболеваний; дефицит йода в питании признан серьезной проблемой общественного здравоохранения почти в 50 странах [7, 8].

По данным эпидемиологических исследований, не менее 60% населения России проживает в условиях природного дефицита йода [9, 10]. Особенно выражен йододефицит среди жителей предгорных и горных местностей (Урал, Северный Кавказ, Алтай, Дальний Восток), на территориях Западной и Восточной Сибири, Забайкалья, Верхнего и Среднего Поволжья, в Чувашии, в бассейнах рек Лены и Амура [9, 11].

По современным представлениям, регион считается свободным от йододефицита, если средняя величина медианы концентрации йода в моче у детей до 2 лет, школьников и взрослого населения превышает 100 мкг/л, а у беременных женщин — 150 мкг/л [12]. К сожалению, в России таких регионов практически нет. Например, в проведенных недавно исследованиях медиана концентрации йода в моче у населения Москвы и Подмосковья составила соответственно 67 и 52 мкг/л [13]; а у жителей

ЛАМИНА ФОРТЕ®

БАД – НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ!



Биологически активная добавка к пище – источник фукоидана и дополнительный источник йода



ЛАМИНА ФОРТЕ® – лидер в борьбе с дефицитом йода в питании



1 капсула содержит 400 мкг органически связанного йода



Производится из дальневосточной, дикорастущей, бурой, морской водоросли – *Laminaria Japonica*, произрастающей в экологических, прибрежных акваториях острова Сахалин.



Внедрена инновационная низкотемпературная технология переработки водорослей на кавитационно-экстракционном аппарате, повышающая биодоступность органического йода и других биологически активных веществ.



Опыт применения **ЛАМИНА ФОРТЕ®** – высокая эффективность в коррекции дефицита йода в питании и безопасность



Взрослым принимать по 1 капсуле в день во время еды, продолжительность – 4 недели



ООО «Дивия-Фарм»

Свидетельство гос.регистрации
№ RU.77.99.11.003.E.006498.12.16
от 22.12.2016 г.

+7911 918 7286, +7903 093 2014

e-mail: r.shaydulov@gmail.com

www.divia-pharm.com





Санкт-Петербурга 18–77 лет и беременных женщин — соответственно 91 и 112 мкг/л [14].

Фактическое среднеловое потребление йода российским жителем в разных регионах составляет 40–80 мкг в день, то есть в 2–3 раза меньше физиологических потребностей; в некоторых удаленных регионах страны существуют тяжелые проявления йододефицита, вплоть до случаев кретинизма. Причем, дефицит йода фиксируется как в мегаполисах (Москва, Санкт-Петербург и др.), так и в прибрежных районах, чаще он характерен для питания сельского населения, чем городского; распространен даже в регионах, не эндемичных по зобу. А при сравнении результатов эпидемиологических исследований 90х годов прошлого века с современными данными заметной положительной динамики не отмечено [9, 12].

ЙОД В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ

Содержание йода в некоторых продуктах питания представлено в таблице 2 [15].

Таблица 2

Содержание йода в продуктах питания

Продукт	Йод на 100 г продукта в мкг
Сухая морская капуста	160 000–800 000
Морская рыба, креветки, кальмары, моллюски, осьминоги, крабы	100–500
Продукты не морского происхождения	1–16

Очевидно, что лидером по содержанию йода являются морские водоросли, которые накапливают йод до 1 % от сухой массы, количество йода в морских водорослях в несколько тысяч раз больше, чем в наземной флоре; 20–90 мг сухой морской капусты обеспечивают суточную норму потребления [16, 17]. При таком высоком содержании йода в морских водорослях легко получить передозировку микронутриента. Надо заметить, что содержащийся в водорослях органически связанный йод даже в очень больших дозах не вызывает существенных побочных действий, в то время как неорганические соединения йода дают целый ряд неблагоприятных эффектов, поэтому употреблять морские водоросли в качестве пищевого источника йода (сырые или высушенные) без предварительной обработки крайне нежелательно, поскольку в них содержится не только органически связанный йод, но и его минеральные соли (йодиды, йодаты, сульфаты), а также слизь, патогенная микрофлора, нередко мышьяк и другие токсиканты [9].

Поэтому наиболее целесообразно употреблять в качестве пищевого источника йода переработанные водоросли, из которых удален неорганический йод и токсические вещества. Рекомендуются также биологически активные добавки (БАД) из морских водорослей с точной дозировкой йода.

Морская рыба и другие животные морепродукты издавна считаются источником йода, их ежедневное потребление в количестве 100–200 г. обеспечивает пол-

ную физиологическую потребность в йоде. Количество йода в продуктах не морского происхождения весьма незначительно, не является постоянной величиной и зависит от концентрации йода в почве и воде конкретной территории [15], при том, что содержание йода в почвах является достаточным только в приморских районах, где количество йода в 1 м³ воздуха может достигать 50 мкг, а в удаленных от моря и горных районах содержание йода в воздухе составляет всего 0,2–3 мкг/м³, поэтому содержание йода в растениях, выросших на обес- денных йодом почвах, обычно не превышает 10 мкг/кг сухого веса по сравнению с 1000 мкг/кг в растениях, произрастающих на почвах с достаточным содержанием йода. Кроме того, в регионах, эндемичных по йододефициту, в местной питьевой воде содержится менее 2 мкг/л йода [16].

К особенностям питания населения в России относится малое потребление морепродуктов. Проведенный нами анализ питания 100 больных мастопатией показал, что 74 % из них имели выраженный недостаток рыбы и других морепродуктов в рационе [18].

ДИАГНОСТИКА ДЕФИЦИТА ЙОДА

Характер питания пациента и количество потребляемых микронутриентов, в частности, йода, врач может оценить с помощью обычного опроса. Низкое потребление морской рыбы и других морепродуктов будет свидетельствовать о дефиците йода. Для более объективного определения дефицита йода в питании применяется довольно удобный метод определения йода в моче. ВОЗ рекомендует использовать йодурию для оценки йодного статуса конкретной популяции [6]. Однако этот метод не подходит для оценки долговременного потребления йода у конкретного человека.

Известно, что йод аккумулируется в волосах вследствие экскреторной функции волос. На этом основании предложен метод оценки йодного статуса по итогу длительного периода с помощью определения содержания йода в волосах. Преимущества данного метода заключаются в более простом сборе материала, а также возможности хранения волос для оценки динамики потребления йода. Содержание йода в волосах колеблется в широком диапазоне от 0,3 до 10,0 мкг/г сухих волос, уровень меньше 0,3 мкг/г говорит о дефиците йода [19].

ВОЗ также предлагает оценивать йодный статус, ориентируясь на объем щитовидной железы по данным ультразвукового исследования (УЗИ), по показателям тиреоидного статуса в крови [15]. Самым очевидным доказательством дефицита йода является эутиреоидный зоб — диффузное увеличение щитовидной железы без нарушения ее функции, что является компенсаторной реакцией, обеспечивающей синтез достаточного количества тиреоидных гормонов в условиях недостатка йода. Согласно международным нормативам, у взрослых зоб диагностируют, если объем щитовидной железы у женщин больше 18 мл, у мужчин — больше 25 мл [20].

При дефиците йода развивается субклинический гипотиреоз, при котором наблюдается повышенный уровень ТТГ, но уровень тироксина и трийодтиронина остается в норме. Также характерно повышение содержания ти-

Таблица 3.

Спектр патологии, обусловленной дефицитом йода (по данным ВОЗ)

Период жизни	Потенциальные нарушения
Плод	Мертворождения, аборт, врожденные нарушения развития, повышенная перинатальная и детская смертность, эндемический неврологический кретинизм, умственная отсталость, глухонмота, спастическая диплегия, косоглазие
Неонатальный период, раннее детство	Неонатальный зоб, явный или субклинический гипотиреоз
Дети и подростки	Эндемический зоб, ювенильный гипотиреоз, нарушения умственного и физического развития
Взрослые	Зоб и его осложнения, гипотиреоз, умственные нарушения, снижение плодовитости, йодиндуцированный гипертиреоз, риск рождения ребенка с эндемическим кретинизмом
Все возрасты	Повышение поглощения радиоактивного йода при ядерных катастрофах, нарушения когнитивной функции

реоглобулина в крови в результате хронической стимуляции ТТГ и гиперплазии щитовидной железы, повышенный уровень тиреоглобулина является маркером хронического дефицита йода [6].

ПАТОЛОГИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ДЕФИЦИТОМ ЙОДА

Хронический дефицит йода в питании приводит к развитию целого спектра патологических состояний, что схематично представлено в таблице 3 [12].

Самые тяжелые последствия дефицита йода возникают на ранних этапах развития организма. Так, систематическое недостаточное содержание йода в продуктах питания детей и подростков приводит к нарушению функции нервной системы и психической деятельности, в тяжелых случаях — к умственной отсталости. Доказано, что на уровне популяции дефицит йода приводит к потере 10–15 пунктов коэффициента интеллекта IQ, более чем 200 млн. детей в возрасте до 5 лет в развивающихся странах не достигают своего потенциала развития по причине дефицита йода [21].

У взрослых йододефицитные состояния способствуют снижению умственной и физической работоспособности, развитию ожирения, других обменных нарушений, гормонального дисбаланса, мастопатии, нарушений иммунитета, остеопороза. Дефицит йода повышает риск развития онкологической патологии, в первую очередь, органов эндокринной и репродуктивной систем, а также риск сердечно-сосудистых катастроф [9, 15].

В эндемичных районах особенно опасны последствия загрязнения радиоактивным йодом, так как усиливается его поглощение щитовидной железой, которая в итоге получает более высокую дозу облучения. У детей и подростков, получивших облучение в результате аварии на Чернобыльской АЭС, проживающих в условиях йодной недостаточности, избыточный относительный риск развития рака щитовидной железы был в 2 раза выше, чем у лиц, проживающих в условиях нормальной йодной обеспеченности [22]. В результате Чернобыльской катастрофы увеличилась частота агрессивных папиллярных карцином щитовидной железы у детей из йододефицитных регионов Беларуси и Украины, но не в Польше, где была немедленно введена крупномасштабная йодная профилактика [23].

КОРРЕКЦИЯ ДЕФИЦИТА ЙОДА

Самой простой рекомендацией врача обычно является использование в ежедневном рационе йодированной соли в количестве 5 г в день, что вполне достаточно для обеспечения йодом организма [12]. Принятие закона об обязательном йодировании соли привело к ликвидации йододефицита в более чем 80 странах Европы, Азии, Африки и Америки [10]. В России нет закона об обязательном йодировании соли. Поэтому использование йодированной соли носит добровольный характер, и не более 40% семей в нашей стране периодически применяют ее в питании [12].

Употребление обогащенных йодом продуктов имеет и свои недостатки, поскольку они в большинстве своем обогащаются неорганическими соединениями йода, которые являются ксенобиотиками для организма человека и оказывают ряд нежелательных эффектов, соответственно, при небольшом превышении дозы неорганического йода быстро возникает передозировка, а при длительном его потреблении даже в физиологических дозах есть риск развития йодизма (кожная сыпь, выделения из носа, изжога, синдром раздраженной кишки и др.), а также токсического повреждения печени, почек и развития йодиндуцированной патологии щитовидной железы [15].

Согласно принятым в России стандартам, для групповой и индивидуальной профилактики дефицита йода назначают лекарственный препарат калия йодид. Однако все выше описанные побочные эффекты при приеме калия йодида еще более вероятны.

Более физиологичным и безопасным, хотя и более дорогостоящим, является использование органического йода морских водорослей, который находится в связанном состоянии, в химические реакции с органическими веществами организма не вступает, всасывается из кишечника в виде йодаминокислот (в основном моно и дийодтирозина), поступает через воротную вену в гепатоциты, где под действием ферментов дейодиназ отщепляется от аминокислоты, поступает в кровь и щитовидную железу. Механизм регулирования метаболизма органического йода контролируется через систему гомеостаза, и расщепление органического йода идет строго индивидуально: организм получает йода ровно столько, сколько ему нужно; излишняя часть йодированных аминокислот при участии трансфераз печени превращается в глюкуро-



ниды, через желчные пути поступает обратно в кишечник и выводится из организма, излишний органический йод без метаболических изменений выводится из организма также с мочой, поэтому при потреблении органического йода не развиваются негативные последствия [9].

БАД «ЛАМИНА ФОРТЕ» НА ОСНОВЕ LAMINARIA JAPONICA

После Чернобыльской трагедии 1986 г. Правительство СССР обратилось к ученым страны с призывом о создании надежного натурального лекарственного средства для выведения радионуклидов и солей тяжелых металлов из организма человека. Клинические исследования альгинатсодержащих препаратов из морских водорослей на основе Ламинарии японской (*Laminaria Japonica* aresch) длительное время проводились в профильных НИИ и клиниках Минздрава СССР, а затем РФ.

Благодаря уникальному природному комплексу биологически активных соединений *Laminaria Japonica* была признана лечебным растением, а препараты на ее основе рекомендованы ГНИЦ профилактической медицины Минздрава РФ как ведущие биосорбенты на экологически неблагоприятных территориях, а Межведомственной наблюдательной комиссией по формированию здорового образа жизни РАМН — к использованию в профилактических целях на экологически неблагоприятных территориях.

Бурые морские водоросли *Laminaria Japonica* содержат полный сбалансированный набор минеральных веществ, которые играют важную роль в различных обменных процессах организма: выполняют пластическую функцию, участвуют в построении костной ткани, регуляции водно-солевого и кислотно-основного равновесия, входят в состав ферментных систем. В составе *Laminaria Japonica*, прежде всего, большое количество йода, хлорофилла, альгинатов, фукоидана, а также цинка, марганца, железа, хрома и т. д.

Учитывая все выше сказанное, самым эффективным и безопасным способом профилактики и коррекции дефицита йода на сегодняшний день можно считать использование в питании БАД с точным содержанием йода из морских водорослей, прошедших специальную обработку. Достойным примером является отечественная разработка — БАД «Ламина Форте» (Свидетельство о гос. регистрации № RU. 77.99.11.003. E. 006498.12.16 от 22.12.2016 г.), рекомендуемая в качестве источника фукоидана и дополнительного источника йода.

Субстанцию для БАД «Ламина Форте» производят из дальневосточной дикорастущей бурой морской водоросли *Laminaria Japonica* по инновационной низкотемпературной технологии, которая заключается в том, что сначала свежие или замороженные водоросли обрабатывают паром, затем измельчаются и проходят обработку на кавитационноэкстракционном аппарате, в результате чего водоросли очищаются от неорганического йода и экологических токсинов, а биологически активные вещества сохраняются, при этом увеличивается их биодоступность (1).

Еще в 2014–2015 гг. российскими специалистами с участием сотрудников научно-исследовательских институтов была разработана масштабируемая аппаратная тех-

нология глубокой переработки морской капусты без применения химических реагентов. В основе кавитационного способа получения микронизированного порошка и геля лежит механическая активация химических процессов экстракции и синтеза действующих веществ в переработке сырья растительного происхождения. При этом разрушение мембран клетки не приводит к изменению химического состава и свойств фукозы. В результате применения данной технологии получается 100%-ная экстракция и активация имеющихся микроэлементов с раскрытием оболочки клетки и разрывом межмолекулярных связей.

Преимущества кавитационного способа аппаратной технологии глубокой переработки морской капусты по сравнению с применяемыми другими производителями гидролизной технологией и гомогенизацией заключаются в том, что кавитационный способ **не имеет недостатков** упомянутых методик, которые заключаются в следующем:

1) При гидролизной обработке в процессе выщелачивания продукта происходит значительное вымывание водой полезных веществ (фукоидан, маннит и пр.), не в полной мере происходит разрыв молекулярных связей и раскрытие оболочек клетки, необходима дальнейшая пастеризация продукта. Кроме того, в процессе воздействия сильных кислот (соляной кислоты) на растительный белок образуется канцероген — хлорпропанол.

2) Технологический процесс гомогенизации не способен произвести 100%-ную экстракцию действующих веществ, что не позволяет достигнуть полной усвояемости продукта в желудочно-кишечном тракте и впитывания через кожу при косметических процедурах.

Поэтому технологический процесс производства БАД «Ламина Форте» считается экологически чистым и ресурсосберегающим. Продукт, получаемый с использованием кавитационного способа, полностью соответствует требованиям Государственного стандарта (биохимические показатели и т. д.) и соответствует всем требованиям, предъявляемым к качеству.

В 1 капсуле БАД «Ламина Форте» содержится 400 мкг органического йода, а это 266% рекомендуемого суточного потребления для взрослых, согласно «Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям к товарам, подлежащим санитарноэпидемиологическому надзору (контролю)»; что не превышает верхний рекомендованный уровень суточного потребления (1000 мкг йода в составе водорослей).

Проведенные исследования позволяют заключить, что по сравнению с калия йодидом органический йод водорослей усваивается организмом в меньшей степени примерно на 20–50%, поэтому его целесообразно употреблять в дозах, выше физиологических, при этом нет опасности передозировки и, соответственно, проявления нежелательных побочных эффектов. Специально проведенные исследования показали, что после обработки на кавитационноэкстракционном аппарате ламинарии японской разрушается целостность оболочек клеток слоя коры, промежуточного слоя и сердцевин; в результате от 76,5% до 93% обработанных образцов представляют из себя гелеобразную суспензию с небольшой долей целостных клеток тканей водоросли [24]; при этом биодоступность органического йода существенно улучшается.

БАД «Ламина Форте» рекомендуется принимать взрослым по 1 капсуле в день во время еды курсом 1 месяц, повторные курсы возможно повторять в течение года по необходимости. **Преимуществом БАД «Ламина Форте» перед другими средствами из морских водорослей является более высокая биодоступность содержащегося в ней органического йода.**

Главный государственный санитарный врач Российской Федерации, руководитель Роспотребнадзора в 1996–2013 годах Г.Г.Онищенко подписал следующее распоряжение:

«Учитывая социальную значимость проблемы ликвидации заболеваний, обусловленных дефицитом йода, Министерство здравоохранения Российской Федерации считает необходимым принять на уровне органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации конкретные меры по насыщению потребительского рынка пищевыми продуктами, обогащенными йодом. Обращаю внимание на то, что одним из приоритетных путей ликвидации дефицита йода среди населения остается насыщение потребительского рынка страны йодированной солью. При этом следует учитывать, что в последние годы появились практические разработки органических йодсодержащих соединений российского производства, которые допущены Минздравом России к использованию в качестве биологически активных добавок к пище для непосредственной реализации населению, а также в качестве сырья для обогащения пищевых продуктов массового потребления, в том числе хлебобулочных и кондитерских изделий. Оценка биологической эффективности нового йодсодержащего сырья для пищевой промышленности подтвердила значительное и быстрое накопление в тканях организма органического ковалентно связанного с белками йода. Этот факт имеет важное практическое значение для эффективной массовой профилактики заболеваний щитовидной железы, причиной которых является недостаток йода в рационе питания. Йодированные белки стабильны в широком диапазоне pH и температуры, что исключает потери йода в технологическом процессе и обеспечивает необходимое его количество в йодированных продуктах. С целью наиболее эффективной работы по реализации Концепции государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 года необходимо проработать с руководителями предприятий в первую очередь мукомольной, хлебопекарной, молочной, мясной промышленности вопрос о внедрении в производство новой технологии обогащения пищевых продуктов йодом с использованием отечественного йодсодержащего сырья нового поколения. Обратить особое внимание на бесперебойное снабжение йодированными продуктами питания детских и лечебных учреждений. О принятых мерах по использованию новой более эффективной технологии обогащения продуктов питания йодом сообщите в Департамент госсанэпиднадзора к 01.11.2003».

БАД «ЛАМИНА ФОРТЕ» КАК ЛУЧШИЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ COVID-19

Ученые из США и Южной Кореи выяснили, что гепарин — известный антикоагулянт, который входит в состав

морских водорослей, блокирует новый штамм коронавируса лучше, чем противовирусные препараты. В результате опытов экстракт из водорослей по своему антивирусному действию значительно превзошел ремдесивир — основной препарат, который применяется в США для лечения коронавирусной инфекции. «Это знание нам понадобится, если мы хотим быстро противостоять пандемии», — заявил руководитель исследования Джонатан Дордик. — Реальность такова, что у нас нет хороших противовирусных препаратов. Чтобы защитить себя от будущих пандемий, нам понадобится арсенал подходов».

Источник: https://profile.ru/news/society/uchenye-obnaruzhili-chto-vodorosli-blokiruyut-koronavirus-luchshe-lekarstv-384260/amp/?utm_source=smi2 (<https://www.nature.com/articles/s41421-020-00192-8>)

На фоне растущей угрозы распространения коронавируса в России, помочь гражданам укрепить иммунитет может морская капуста (ламинария). Так считает доктор медицинских наук и директор Самарского НИИ диетологии и диетотерапии Михаил Гинзбург.

«Один из эффектов, который оказывает морская капуста, — стимуляция иммунной системы, в частности, иммунитета антибактериального и противовирусного», — сказал диетолог.

Источник: <https://eadaily.com/ru/news/2020/03/21/dietolog-preodolet-pandemiyu-koronavirusa-mozhet-pomoch-morskaya-kapusta>

«Для лечебной терапии людям, переболевшим COVID-19, важно, как можно быстрее восстановить иммунитет своего организма. Ведь с ослабленным иммунитетом человек восприимчив ко множеству и других болезней, кроме коронавирусной инфекции», — говорит заведующий отделом изучения природных явлений и техногенных катастроф ЮНЦ РАН, кандидат биологических наук Олег Степаньян.

Источник: <https://evo-rus.com/avto/exluzive/pomoch-v-borbe-s-koronavirusom-pomogut-vodorosli-i-morskie-ezhi.html>

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поскольку в России широко распространен дефицит йода в питании населения, приводящий к развитию йододефицитных заболеваний, врачам разных специальностей необходимо целенаправленно выявлять недостаточное потребление йода пациентом путем опроса о характере питания, а также с помощью лабораторно-инструментальных методов (йодурия, УЗИ щитовидной железы, определение уровня ТТГ, тироксина, трийодтиронина, тиреоглобулина и других показателей тиреоидного статуса в крови), а по результатам обследования рекомендовать пациентам наиболее оптимальные способы коррекции дефицита йода.

Органически связанный йод морских водорослей, несомненно, имеет преимущества по профилю безопасности по сравнению с неорганическими соединениями йода. Оптимальным выбором для коррекции дефицита йода в питании является БАД «Ламина Форте», производимая из морской водоросли ламинарии японской и содержа-



щая органический йод с повышенной биодоступностью, благодаря обработке на кавитационноэкстракционном аппарате.

Учитывая уроки пандемии COVID-19, в поиске эффективных средств профилактики инфекции следует обратить внимание на БАД из бурых морских водорослей «Ламина Форте», т.к. именно морские водоросли как отечественными, так и зарубежными учеными признаны одними из лучших средств укрепления иммунитета.

К сожалению, среди отечественных врачей сейчас отмечается низкий уровень знаний в области нутрициологии и недооценка роли ингредиентов пищи в сохранении здоровья, а также недопонимание задач и принципов назначения БАД [25], в то время как в экономически развитых странах врачи широко используют БАД в своей практике. Без сомнения, необходимо менять отношение отечественных врачей к БАД природного происхождения, доказавшим свою эффективность и безопасность на практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беспалов В. Г., Туманян И. А. Дефицит йода в питании как мультидисциплинарная проблема // Лечащий врач. — 2019. — № 3. — С. 8–13
2. World Health Organization, UNICEF, International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers. 3rd ed. Geneva: World Health Organization. 2007.
3. Bost M., Martin A., Orgiazzi J. Iodine deficiency: Epidemiology and nutritional prevention // Микроэлементы в медицине. 2014. Т. 15. № 4. С. 3–7.
4. Абдулхабириева Ф. М. Йододефицитные состояния во время беременности // Consilium Medicum. 2016. Т. 18. № 6. С. 43–45.
5. Степанова Е. М., Морозова Т. В. Влияние дефицита йода на здоровье беременных женщин и их детей в Республике Башкортостан // Микроэлементы в медицине. 2016. Т. 17. № 4. С. 34–38.
6. Niwattisaiwong S., Burman K. D., Li-Ng M. Iodine deficiency: Clinical implications // Cleve Clin J Med. 2017. Vol. 84 (3). P. 236–244.
7. Karwowska P., Breda J. The Role of the World Health Organization in eliminating iodine deficiency worldwide // Recent Pat Endocr Metab Immune Drug Discov. 2017. Vol. 10 (2). P. 138–142.
8. Maniakas A., Davies L., Zafereo M. E. Thyroid disease around the world // Otolaryngol Clin North Am. 2018. Vol. 51 (3). P. 631–642.
9. Беспалов В. Г., Некрасова В. Б., Скальный А. В. ЙодЭлам — продукт из ламинарии: применение в борьбе с йододефицитными заболеваниями: пособие для врачей. СПб: Нордмедиздат, 2010. 92 с.

10. Коденцова В. М., Вржесинская О. А., Рисник Д. В. Анализ отечественного и международного опыта использования обогащенных микроэлементами пищевых продуктов и йодирования соли // Микроэлементы в медицине. 2015. Т. 16. № 4. С. 3–20.

11. Куку П. Ф., Андриков Б. Г. Распространение йододефицитных заболеваний в Приморском регионе в зависимости от геохимической ситуации // Гигиена и санитария. 2014. Т. 93. № 5. С. 97–104.

12. Платонова Н. М. Йодный дефицит: современное состояние проблемы // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2015. Т. 11. № 1. С. 12–21.

13. Кекина Е. Г., Голубкина Н. А., Тульчинская О. В. Значение рыбы для обеспеченности йодом и селеном жителей Москвы и Московской области // Вопросы питания. 2014. Т. 83. № 5. С. 51–57.

14. Соболева Д. Е., Дора С. В., Каронова Т. Л. и др. Оценка эффективности профилактики дефицита йода у взрослого населения Санкт-Петербурга // Consilium Medicum. 2017. Т. 19. № 4. С. 65–69.

15. Беспалов В. Г. Лечебнопрофилактические препараты из морских водорослей. СПб.: Изд-во Политехн. унта, 2005. 160 с.

16. Велданова М. В., Скальный А. В. Йод знакомый и незнакомый. Петрозаводск: ИнтелТек. 2004. 187 с.

17. Leblanc C., Colin C., Cosse A. et al. Iodine transfers in the coastal marine environment: the key role of brown algae and of their vanadium-dependent haloperoxidases // Biochimie. 2006. Vol. 88 (11). P. 1773–1785.

18. Гончарова О. Н., Роман Л. Д., Федченко А. В. и др. Изучение факторов риска и лекарственное лечение больных фибрознокистозной болезнью молочных желез // Медлайн экспресс. 2009. № 1. С. 15–28.

19. Горбачев А. Л., Скальный А. В. Содержание йода в волосах как показатель йодного статуса на индивидуальном и популяционном уровнях // Микроэлементы в медицине. 2015. Т. 16. № 4. С. 41–44.

20. Бутова Е. А., Головин А. А., Кочергина Е. А. Перинатальные аспекты йододефицитных состояний // Акушерство и гинекология. 2004. № 3. С. 9–12.

21. Engle P. L., Black M. M., Behrman J. R. et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world // Lancet. 2007. Vol. 369 (9557). P. 229–242.

22. Шахтарин В. В., Цыб А. Ф., Степаненко В. Ф., Марченко Л. Ф. Влияние йодной эндемии на развитие радиогенного рака щитовидной железы у детей и подростков // Вопросы онкологии. 2002. Т. 48. № 3. С. 311–317.

23. Robbins J., Schneider A. B. Thyroid cancer following exposure to radioactive iodine // Rev Endocr Metab Disord. 2000. Vol. 1 (3). P. 197–203.

24. Оценка степени разрушения клеток морской водоросли ламинарии японской после обработки образцов на кавитационно-экстракционном аппарате второго поколения модели КЭА2–0,5. Заключение ФГБНУ «СахНИРО». 2017. 3 с.

25. Лобыкина Е. Н. К вопросу об использовании биологически активных добавок к пище во врачебной практике // Вопросы диетологии. 2017. Т. 7, № 3. С. 33–43.



Издательский Дом СТЕЛЛА
предлагает издание книг,
брошюр, сборников статей,
каталогов, альбомов...

- литературное редактирование, в т. ч. научных текстов, стихов, иных литературных произведений;
- работы по оформлению: компьютерный дизайн, эксклюзивные рисунки, разработка стиля издания;
- верстка и допечатная подготовка изданий;
- ISBN, УДК, ББК, авторский знак.

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Профессора Качалова, д. 11 А, БЦ «БАРС 2», офис 704
www.stella.uspb.ru e-mail: stella-mm@yandex.ru тел. (812) 307-32-78; +7-921-589-15-82

**Некрасова В. Б.,**

почетный доктор Санкт-Петербургской Государственной лесотехнической академии им. С. М. Кирова, доктор технических наук, академик Международной академии экологической безопасности человека и природы, научный руководитель НПФ «Фитолон-Наука», Санкт-Петербург, Россия

ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ И ГРИППА: БИОКОРРЕКТОРЫ ПИТАНИЯ

«Общую сопротивляемость организма повышает все то, что способствует его оздоровлению, помогает поддерживать организм в зоне здоровья: здоровый образ жизни, отсутствие вредных привычек, чистый воздух и чистая вода, оптимальная физическая нагрузка, рациональное питание, а также использование адаптогенов».

Профессор Яременко К. В., фитотерапевт.

Ведущее место в структуре заболеваемости людей продолжают занимать грипп и ОРЗ. Проблема касается не только эпидемий, но и ежегодного весеннего и осеннего пика заболеваемости, поскольку в этот период происходит ослабление или перенапряжение адаптивных систем организма. Значение проблемы определяют масштабы заболеваемости и большое количество сопутствующих осложнений. На долю гриппа и ОРЗ приходится более 75% всех случаев инфекционных заболеваний, а при гриппозных эпидемиях этот показатель возрастает до 90%. В любом коллективе детей и взрослых существуют группы часто болеющих гриппом и ОРВИ лиц, среди которых особенно часто возникают осложнения, такие как бронхиты и пневмонии, развиваются хронические заболевания органов дыхания (1).

Надежды, возлагаемые на создание безвредных, долгосрочно действующих вакцин против хотя бы основных возбудителей ОРЗ (из существующих более, чем 200!), пока не оправдались (2).

В связи с возникшей в 2020 г. пандемией коронавирусной инфекции COVID-19, проблема возросла многократно, а тяжелейшие осложнения у людей, переживших все эти инфекции, приводят к серьезным хроническим заболеваниям, с которыми далеко не каждый в состоянии справиться. Стремительное распространение коронавируса среди населения привело к повышенному спросу на фитопрепараты — профилактические средства внешней защиты от него.

Тем, кто заботится о своем здоровье, необходимо знать, что в современных продуктах питания произошли негативные качественные изменения:

- содержание витаминов и минералов в овощах и фруктах снизилось в 20 раз!
- возник дефицит полноценного белка, большинства витаминов и микронутриентов (кальция, железа, селена, цинка, йода и др.), пищевых волокон, чистой воды;
- в состав многих продуктов введены синтетические витамины и добавки (консерванты, красители, ароматизаторы, солилизаторы и пр.), из-за которых еда может быть неполноценной и даже вредной;
- потребление сахара увеличилось в 250 раз!

Пагубно влияют на здоровье взрослых и детей гиподинамия из-за малоподвижного образа жизни, стресс, агрессивная реклама, токи высокой частоты (мобильные телефоны, компьютеры и прочие технические средства); экологические загрязнения во многих регионах страны.

Особенно страдает та часть населения, которая входит в группы повышенного риска:

- условно здоровые с отягощенной наследственностью и старше 45 лет;
- подвергавшиеся воздействию канцерогенов: курильщики, профессиональные вредности, осложнения гриппа, ОРВИ, туберкулез;
- хронические болезни, повышающие риск онкологических, сердечно-сосудистых и вирусных заболеваний: ожирение, иммунодефициты, сахарный диабет, гипотиреоз.

Сегодня правительство обратило внимание на необходимость медицинской профилактики, понимая под этим плановые медосмотры не реже одного раза в год, что, действительно, актуально, но, к сожалению, при этом забывают напоминать людям о натуральных профилактических средствах — БИОКОРРЕКТОРАХ ПИТАНИЯ (БП).

БП, содержащие натуральные концентраты, предназначены не для лечения, но для сохранения, укрепления и восстановления здоровья, нормализации обмена веществ в организме (3). Человеку требуется более 90 макро- и микроэлементов, витаминов, других биологически активных веществ (БАВ), которыми следует восполнить неполноценное питание. К БП относят биологически активные добавки к пище (БАД), продукты функционального и специального питания.



Роль БП трудно переоценить, поскольку с их помощью повышают резистентность организма — устойчивость к воздействию различных по своей природе неблагоприятных и повреждающих факторов и способность организма сохранять при этом гомеостаз, то есть динамическое постоянство внутренней среды (крови, лимфы, тканевой жидкости) и стабильность основных физиологических функций (4).

АДАПТАЦИЯ И АДАПТОГЕНЫ

Все население России подразделяют на три категории: здоровые — примерно 5 %, условно здоровые — 75–80 % и больные — около 20 %. Можно предположить, что абсолютно здоровых людей нет, скорее всего, это «недообследованные». Только больные (20 %) находятся под постоянным наблюдением врачей, остальные «условно здоровые» должны заниматься медицинской профилактикой. Основная часть населения (75–80 %) находится в состоянии «предболезни», ощущает себя здоровой, но это — условно здоровые: недообследованные, либо с хроническими болезнями в период ремиссии. Для них особенно необходима профилактика. БП помогают условно здоровым людям длительное время не превращаться в больных.

Проф. Лазарев Н. В. (1895–1974 гг.) открыл и обосновал четвертое состояние человека — состояние неспецифически повышенной сопротивляемости организма (СНПС), считая именно его оптимальным (6).

Адаптация — способность всего живого к саморегуляции. Средства, с помощью которых возможно ввести организм в это состояние, были названы адаптогенами, а сам процесс введения — адаптацией.

Открытие Н. В. Лазарева является основополагающим в профилактической медицине (7). Благодаря адаптации повышается неспецифическая резистентность организма, что, в свою очередь, снижает риск смертности от сердечно-сосудистых, онкологических и вирусных заболеваний. Следует стремиться ввести пациентов в СНПС, чтобы защитить их от многих химических, физических и экологических повреждений. Было доказано, что защитные эффекты адаптогенов особенно выражены на стадии профилактики.

В течение многих лет ученица Н. В. Лазарева К. В. Яременко, профессор-онколог, доктор медицинских наук, на базе учения о СНПС успешно реализует профилактические мероприятия и лечение пациентов. Ею установлено, что возможность и быстрота достижения СНПС зависят от фактического состояния связанных между собой систем организма; от обеспеченности организма полноценным питанием, включая натуральные витамины и минералы; от достаточной степени очистки организма от токсинов, шлаков, продуктов ацидоза. Основные пути введения в СНПС достигаются путем включения генетически детерминированной адаптации системы повышения СНПС и регуляции течения стрессорных реакций организма, затем включения СНПС.

К. В. Яременко доказала, что адаптогены должны быть натуральными и безвредными и воздействовать только в функционально измененном фоне, проявлять способность повышать сопротивляемость организма, его работоспособность тем эффективнее, чем глубже произошли негативные изменения (конечно, до определенных пределов), независимо от того, в каком направлении про-

изошел сдвиг. СНПС позволяет оптимизировать основные функции систем организма, которые связаны между собой. Повышаются регенераторные процессы, увеличивается продолжительность активной жизни (7). Именно БП позволяют снизить и сократить во времени риск нервных срывов, негативного действия метаболитов фармакотерапии, некачественного питания.

Многочисленные научные исследования показывают, что снижение резистентности (сопротивляемости) организма лежит в основе высокой заболеваемости взрослых и детей, формирования групп часто болеющих пациентов, вторичных иммунодефицитных состояний и хронизации воспалительных процессов. По данным профессора В. М. Гагариновой, растительные БП позволяют избежать, либо значительно снизить риск ОРВИ и гриппа (8).

Главная роль в профилактике патологий современного человека: сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных опухолей, сахарного диабета, туберкулеза, остеопороза и других принадлежит БП (БАД, продукты функционального питания) (9–10).

Если система защиты совершенна, инфекционный процесс может прерваться или, оставаясь локализованным, не сопровождается развитием выраженных структурно-функциональных нарушений, возникающих в ходе инфекционного процесса. В организме, высоко восприимчивом к данному возбудителю и не располагающем совершенным механизмом защиты, возбудитель, продукты его взаимодействия с эпителиальными и иммунными клетками, а также сами разрушенные клетки попадают в кровь, обуславливая тяжелое течение болезни и развитие осложнений.

Если человек своевременно не использовал БП, вирусные инфекции наступают, вызывая самые серьезные последствия: необходимость применения в период лечения курса антибиотиков и других сильнодействующих лекарственных средств, обязательный постельный режим, последующую часто длительную реабилитацию. Наступает слабость, вялость (астенический синдром), головные, ревматоидные боли и т. д.

В период болезни и реабилитации, а также в последующие годы опытные диетологи, терапевты, врачи других специальностей советуют своим пациентам заниматься вторичной профилактикой с помощью БП.

ФИТОАДАПТОГЕНЫ

С незапамятных времен известно о наличии оздоравливающих свойств у субстанций, получаемых из хвои сосны и ели, а также из пищевых бурых водорослей (ламинарии, фукуса). Эти субстанции являются фитоадаптогенами и используются при гиповитаминозе, ОРВИ, туберкулезе, повышенной ломкости сосудов, анемии и других заболеваниях. Фитоадаптогены должны прочно войти в комплекс профилактических средств, защищающих организм от патогенной микрофлоры, в арсенал вспомогательных средств при комплексном лечении инфекционных заболеваний и обязательной вторичной профилактике. Таковыми профилактическими средствами являются БАД к пище. Согласно законодательству (ФЗ-29 от января 2000 г.), они являются пищевыми продуктами.

БАД — природные (идентичные природным) биологически активные вещества, предназначенные для вос-

полнения дефицита в питании биологически активных веществ (витаминов, минералов и других нутриентов), которые должны употребляться одновременно с пищей или вводиться в состав пищевых продуктов. К сожалению, **натуральные и «идентичные натуральным» субстанции — не одно и то же. Идентичные отличаются от натуральных по химическому составу и при длительном систематическом использовании могут нанести вред организму.** Натуральными БАД необходимо восполнять питание здоровым, условно здоровым и больным, длительно или постоянно. Они могут быть полезны для оптимизации углеводного, жирового, белкового, витаминного и других видов обмена; для нормализации и/или улучшения функционального состояния органов и систем организма, снижения риска заболеваний; для нормализации микрофлоры желудочно-кишечного тракта.

Роль БП для профилактики «болезней века» научно обоснована, в том числе для профилактики ОРВИ, гриппа, туберкулеза, вирусных гепатитов, герпесвирусных инфекций. БАД являются важным инструментом профилактики населения, вспомогательным средством в схемах комплексного лечения. Трудно переоценить роль БАД при вторичной профилактике. Их включают в схемы восстановления и реабилитации, при хронических заболе-

ваниях для снижения доз лекарств и в период ремиссии, для снижения недостатков фармакотерапии.

Особое место среди фитоадаптогенов принадлежит хлорофиллу и его производным (ПХ). С их помощью улавливается энергия солнечного света и происходит процесс фотосинтеза. К.А.Тимирязев писал: «Не лист как целое, а именно сообщающее ему зеленый цвет хлорофилловое зерно служит посредником между всей жизнью на земле и солнцем» (11).

В основе химической структуры ПХ лежит магниевый комплекс порфиринового цикла, в котором магний связан с азотом четырех пиррольных групп, соединенных между собой боковыми углеродными мостиками. Наблюдается удивительное сходство между геммом гемоглобина и хлорофиллом (Рис. 1), только в центре порфиринового кольца гемма — ион железа, а в хлорофилле — ион магния. Многочисленные диссертации, монографии, статьи посвящены изучению влияния ПХ на организм животных и человека (12, 13).

С середины прошлого века значительное внимание уделяется медным производным хлорофилла (МПХ), в которых атом магния в центре порфиринового комплекса замещен атомом меди. МПХ обладают стойким зеленым окрашиванием, светоустойчивы, малотоксичны.



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



Медь (Cu) — микроэлемент, который играет важную роль в жизнедеятельности организма человека и животных. Медь участвует в синтезе гемоглобина, пигментов кожи, волос, соединительной ткани, в окислительно-восстановительных процессах, принимает участие в утилизации железа и углеводов, стимулирует функции желез внутренней секреции, способствует метаболизму протеинов, образованию костной ткани, обеспечивает прочность костей, поддерживает эластичность сосудов, являясь компонентом эластина — внешнего покрытия нервных клеток и коллагена. Медь входит в состав двадцати белков и ферментов, необходимых для антиоксидантной защиты организма и обладает противовоспалительным, антибактериальным, противовирусным действием (14).

В связи с пандемией коронавируса COVID-19 в 2020 г., на возможность использования МПХ для первичной и вторичной профилактики и в комплексных схемах лечения следует обратить особое внимание. Хорошо известно, что медь способствует кроветворению. При заболеваниях легких из гемма гемоглобина выделяется ион железа (Fe), свободное железо становится токсичным. Ион меди в МПХ восполнит пробел переноса кислорода в клетку из гемма гемоглобина.

МПХ и созданная на его основе БАД «Фитолон» оказывают антимикробное, вирусоцидное, противовоспалительное действия, ингибируют многие аллергические реакции, нормализуют уровень холестерина и липидов крови, обладают антимутагенными, антиканцерогенными, дезодорирующими свойствами. Имеются экспериментальные и клинические работы, указывающие на антигипергликемическое действие МПХ, на их выраженную эффективность при заболеваниях пульпы, при пародонтозе, гингивитах, периодонтитах. МПХ повышают адаптационные возможности организма, препятствуют возникновению и развитию онкологических заболеваний, ингибируют действие канцерогенных веществ (12, 13).

БАД «Фитолон» с субстанцией МПХ в липидном комплексе ламинарии или хвои является антиоксидантом широкого спектра действия. По нашим наблюдениям, максимальным эффектом обладает именно комплекс действующих веществ, но изолированные соединения всегда значительно уступают ему по активности.

Фитолон защищает геном от мутагенного повреждения, стимулирует процессы репарации ДНК, защищает клеточные мембраны и биоактивные молекулы от повреждения свободными радикалами. При этом механизм полезного действия МПХ состоит в повышении функциональной активности физиологической антиоксидантной системы, следовательно, в снижении (или даже устранении) процесса свободно-радикального окисления в тканях. МПХ являются активными переносчиками микроэлементов из биологических мембран в клетки, способствуют кроветворению.

МПХ-комплекс является индуктором эндогенного, в основном, α -интерферона. Препарат обладает иммунокоррегирующим действием, выражающимся в нормализации содержания субпопуляции Т-лимфоцитов (увеличения Т-хелперов и снижения Т-супрессоров), повышении активности нейтрофилов, а также способностью содействовать выведению из организма тяжелых металлов, таких как ртуть и свинец (5).

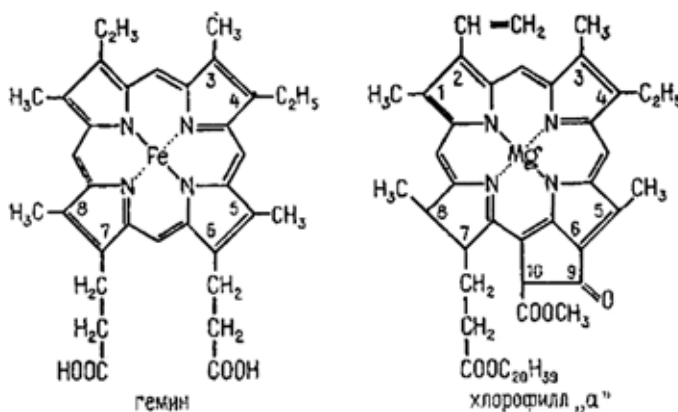


Рис. 1. Гемм гемоглобина и хлорофилл «а».

Профессор Гагаринова В.М. рекомендовала Фитолон для сезонной (весна, осень) и экстренной (эпидемии гриппа) профилактики гриппа и ОРВИ в организованных коллективах детей и взрослых (8).

В НИИ гриппа РАМН было установлено, что Фитолон целесообразно применять для профилактики ОРВИ и гриппа, Фитолон обладает гемостимулирующими, иммунокорригирующими и оздоравливающими свойствами, способствует выведению из организма солей тяжелых металлов (ртути, свинца). Он оказывает противовоспалительное, антиоксидантное, противотуберкулезное и антимикробное действия (5). По данным Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Фитолон эффективен для профилактики туберкулеза (в т.ч. у лиц туберкулезного контакта) и при реабилитации (15, 16).

Фитолон производится в различных товарных формах: спиртовые капли, сиропы, таблетки, масло (16), что позволяет расширить направления его использования для профилактики и при комплексном лечении гриппа, ОРВИ, пневмонии, туберкулеза, для сокращения продолжительности основных клинических симптомов, особенно лихорадочного периода и всего заболевания в целом; для уменьшения катаральных симптомов в носоглотке более чем на 3 дня; для нормализации показателей крови.

Уникальным средством для первичной и вторичной профилактики является **ВИТОХВОИН** — поливитаминно-фитонцидный комплекс из хвои сосны и ели. Витохвоин продолжает хвойную линию от создателей хвойных таблеток **Лесмин**: активная субстанция — хвойная хлорофилло-каротиновая паста (ХП). Основа таблетки обогащена альгинатом натрия (растворимые пищевые волокна). ХП содержит фитостерин (провитамин D), производные хлорофилла, бета-каротин, лютеин и другие каротиноиды (провитамин A), токоферол и токотриенолы (витамин E), витамин K, сквален, полипенолы фитонциды, макро- и микроэлементы, полиненасыщенные жирные кислоты. В состав Витохвоина кроме ХП и альгината натрия входят вспомогательные компоненты для формирования таблетки.

Фитостерин — сумма растительных стероидов (β -ситостерин, стигмастерин, кампестерин, их дигидропроизводные) стабилизируют содержание фосфолипидов в мембране клетки; обладают антиатерогенной и антиканцерогенной активностью; противовоспалительным, жаропонижающим, иммуномодулирующим и антиоксидантными действиями; нормализуют углеводный обмен,

усиливая выработку инсулина и снижая уровень глюкозы в крови. Важным эффектом фитостеринов является снижение уровня холестерина и липидов низкой плотности в крови, риска ишемической болезни сердца рака толстой кишки, простаты, молочной железы, желудка, легких.

Альгинат натрия улучшает функциональное состояние пищеварительного тракта, рекомендуется для борьбы с изжогой, заживления язв и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки, рекомендуется для борьбы с запорами (восстанавливает двигательную активность кишечника), метеоризмом, синдромом раздраженной кишки. Это высокоактивный энтеросорбент; выводит из организма побочные продукты обмена веществ, радионуклидов, солей тяжелых металлов; восстанавливает микробиоценоз кишечника, способствует росту нормальной микрофлоры, подавляет деятельность патогенной, рекомендуется для борьбы с дисбиозом кишечника, особенно после перенесенных кишечных инфекций, при приеме лекарств (антибиотиков и др.), в комплексном лечении инфекционных болезней; защищает толстую кишку от действия канцерогенов, рекомендуется для снижения риска рака толстой кишки; восстанавливает работу иммунной системы; снижает аллергическую настроенность организма; ослабляет повышенный аппетит, нормализует жировой и углеводный обмен, рекомендуется для коррекции избыточной массы тела, нормализации обмена веществ при сахарном диабете и сердечно-сосудистых заболеваниях.

Витамин К оказывает антигеморрагическое действие, необходимое для нормальной свертываемости крови.

Сквален и полипренолы — долихолфосфатные соединения, участвуют в биосинтезе холестерина. Полипренолы стимулируют иммунитет, лечение заболеваний, связанных с нарушением белкового, углеводного и жирового обмена, репарацию воспалительных изменений, восстанавливают репродуктивные функции организма.

Каротиноиды (провитамин А) — антиоксиданты, повышают иммунитет, стабилизируют хромосомы, тормозят экспрессию онкогенов, индуцируют дифференцировку и апоптоз клеток, предупреждают онкологические заболевания, атеросклероз, хронические дегенеративные болезни, инфекционные болезни.

Фитонциды — природные «антибиотики», подавляют рост и развитие бактерий, грибов, простейших и вирусов. Соли смоляных кислот и эфирные масла Витохвоина уничтожают болезнетворных микробов.

В НИИ гриппа РАМН исследована профилактическая и лечебная эффективность ХП, подтверждена ее противовирусная активность на клеточных культурах в отношении вирусов гриппа, простого герпеса и аденовируса; установлено ослабление патогенного действия вируса гриппа; умеренная интерференогенная активность, ингибирующее действие в отношении вируса простого герпеса 1 типа (5).

ВИТОХВОИН целесообразно использовать для профилактики и в качестве вспомогательного средства при нехватке в пищевом рационе витаминов, растительных антиоксидантов, овощей и фруктов; для повышения неспецифической резистентности организма (иммунитета); для профилактики и в комплексном лечении туберкулеза, в т. ч. для лиц туберкулезного контакта; при инфекцион-

но-воспалительных заболеваниях: ОРЗ, гриппе, ангине, пневмонии, затяжных формах бронхита; при желудочно-кишечных заболеваниях (в стадии ремиссии): язве желудка, хроническом гастрите, дисбактериозе кишечника, гастроудените — для быстрой эпителизации и восстановления слизистой, нормализации бактериальной флоры кишечника; при сердечно-сосудистых заболеваниях для улучшения периферического кровообращения, нормализации липидного обмена и содержания холестерина в крови; при анемиях различного генеза, в т. ч. восстановления пострадиационных нарушений в системе кроветворения; в послеоперационный период и после перенесенных заболеваний для восстановления иммунитета; для профилактики и в комплексном лечении онкологических заболеваний; в комплексном лечении мастопатии; при пародонтозе и других воспалительных заболеваниях слизистой оболочки полости рта; как общеукрепляющее средство для повышения потенции и репродуктивной функции организма; для профилактики и в комплексном лечении гельминтных инвазий (16).

Способ применения Витохвоина: взрослым по 2 таблетки 3 раза в день во время еды. Продолжительность приема 1–3 месяца. Профилактические курсы приема желателно повторять 2–3 раза в год.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гагаринова В. М. От неспецифической резистентности организма к неспецифической профилактике инфекционных заболеваний: возможности и перспективы; Актовая речь Актовый день СПб. НИИ им. Пастера, — СПб. — 2002, — 28 с.
2. Гагаринова В. М. Фитолон для профилактики гриппа и ОРЗ в коллективах детей и взрослых // СПб: практические рекомендации — ООО «Эко-Вектор» — 2018. — 24 с.
3. Орехов А. Н. Перспективы применения нелекарственных оздоровительных продуктов — новый социально значимый тип продуктов. Сертификация оздоровительных продуктов. Проблемы оценки эффективности в России и за рубежом // Рынок БАД, — 2007. — №7 (39). — С. 8–12.
4. Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Уколова М. А. Адаптационные реакции и резистентность организма // Ростов н Д: изд-во Ростовского ун-та, — 1990, — 224 с.
5. Осидак Л. В., Эрман Е. С. и др. Фитолон. Использование для оздоровления и в качестве лечебно-профилактического средства // СПб: методическое пособие для врачей, — Нордмедиздат, — 2008, — 36 с.
6. Лазарев Н. В. Специфические и неспецифические методы повышения сопротивляемости организма по отношению к инфекциям / Челябинск: материалы конференции по вопросам неспецифической профилактики инфекций и методам повышения сопротивляемости организма в процессе лечения, — 1961, — С. 59–63.
7. Яременко К. В. Оптимальное состояние организма и адаптогены // СПб: Руководство для врачей, — изд-во «Элби-СПб», — 2007, — 130 с.
8. Гагаринова В. М. Фитолон для профилактики гриппа и ОРЗ в коллективах детей и взрослых // Практические рекомендации, — ЭКО-Вектор, — 2018, — 24 с.
9. Маев И. В., Петухов А. Б., Тутельян В. А. Биологически активные добавки к пище в профилактической медицине // М.: учебно-метод. пособие, — МЗ РФ, — 1999, — 88 с.
10. Маймулов В. Г., Шабров А. В., Дадали В. А. и др. Методические основы использования биологически активных добавок в программах оздоровления населения // СПб: Материалы 4-го Международного симпозиума «БАД к пище», — 2000, — С. 144–145.
11. Тимирязев К. А. Жизнь растений // М.: Сельхозлит, — 1949, — С. 115–140.
12. Моисеева М. В., Михайлец Г. А. Применение производных хлорофилла в медицине // СПб: в кн. под ред. Г. И. Беспалова и В. Б. Некрасовой, — Эскулап, — 2000, — С. 80–87.
13. Изучение и применение лечебно-профилактических препаратов на основе природных биологически активных веществ // СПб: кн. под ред. В. Г. Беспалова и В. Б. Некрасовой, — Эскулап, — 2000. — 464 с.
14. R. geMagistris, Y. Cavallo, M. Montella, W. Memmolo // Minerva med. — 1990 — Vol. 81, P. 371–383.
15. О. И. Король, М. Э. Лазовская Рациональные пути организации противотуберкулезной санаторной помощи детям старшего возраста и подросткам на современном этапе // СПб: СПбГ Педиатрическая Медицинская Академия, — методическое пособие, — 2003. — 32 с.
16. Некрасов А. А., Трофимов И. Г. и др. Применение импортозамещающих натуральных растительных комплексов из хвоя и водорослей в лечении болезней полости рта, челюстно-лицевой, реконструктивной и пластической хирургии // СПб: пособие для врачей, — РИЦ ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, — 2017. — 111 с.



Пикалов В. Е.,
инструктор-методист лечебной
и адаптивной физкультуры,
спортивный психолог, специ-
алист-наставник методики «Ай-
куне», Генеральный директор
ООО «Первый Айкуне Центр»,
Санкт-Петербург, Россия



Плахов Н. Н.,
доктор медицинских наук,
профессор, старший научный
сотрудник НИИ корабле-
строения и вооружения ВМФ
ВУНЦ ВМФ «Военно-морская
академия», Санкт-Петербург,
Россия

ФОРМИРОВАНИЕ ПРАВИЛЬНОЙ ОСАНКИ — ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА. МЕТОДИКА АЙКУНЕ

В настоящее время человеческое сообщество переживает сложный период перехода на новую ступень эволюционного развития — «Четвертую промышленную революцию», что характеризуется глобальным технологическим подъемом на основе использования цифровых разработок, перспективных видов энергии и материалов, созданием искусственного интеллекта, внедрением роботизации и др. Интенсификация учебных и производственных процессов, сопровождающая этот переход, создает комплекс новых рисков для здоровья человека в виде развития фрустрации, повышения уровня индивидуализации личности и социального расслоения общества, разрушающего влияния информатизации на эмоциональную и когнитивную деятельность головного мозга [1]. За относительно короткий период времени отмечена существенная негативная динамика показателей состояния здоровья, физического и умственного развития человека [2–6].

По оценке Федеральной службы государственной статистики, в настоящее время в Российской Федерации фиксируется резкое динамичное уменьшение количества трудоспособного населения в стране: 2002 г. — 88,9 млн. человек, 2010 г. — 87,9 млн. человек, 2012 г. — 87,0 млн. человек, 2014 г. — 85,1 млн. человек, 2015 г. — 84,1 млн. человек, а к 2031 году про-

гнозируется цифра 77,3 млн. человек [7]. Особую тревогу вызывает ухудшение состояния здоровья представителей подрастающего поколения. Так, по результатам углубленных медицинских осмотров, было установлено, что количество здоровых детей и подростков в школах составляет лишь 14–23%, около 50% из них имеют функциональные отклонения, остальные — хронические заболевания, каждый третий выпускник школы имеет близорукость, нарушение осанки, каждый четвертый — патологию сердечно-сосудистой системы, выявлена также тенденция к снижению показателей физического развития школьников, в том числе мышечной силы [8–10].

По мнению авторов, ведущими причинами такой ситуации являются низкая двигательная активность детей и подростков, нерациональное питание и высокие учебные нагрузки, что дополнительно приводит к нарушению функции костно-мышечной системы обучающихся [11].

Анализ результатов диспансеризации студентов вузов г. Санкт-Петербурга свидетельствует о развитии неблагоприятной тенденции роста развития патологических изменений со стороны костно-мышечной системы у представителей молодежи. Так, число случаев заболеваний по таким нозологическим единицам, как плоскостопие, сколиоз, кифоз, артроз и др. (по числу случаев из рас-

чета на 1000 человек) среди студентов за период обучения составляло в 2004 г. — 596,12; в 2005 г. — 614,67; в 2006–834,32 [12]. Препатологические и патологические изменения со стороны опорно-двигательного аппарата, прежде всего, позвоночника, во многом являются причиной указанных ранее недостатков физического и умственного развития детей и подростков, что отрицательным образом влияет и на их успеваемость в школе и вузе.

ЗНАЧЕНИЕ ПРАВИЛЬНОЙ ОСАНКИ ДЛЯ ОБЩЕГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Позвоночный столб имеет важнейшие функции для организма человека и позвоночных животных, выполняя роль жесткого защитного «тоннеля» для спинного мозга, обеспечивая безопасность выхода нервных корешков из межпозвонковых промежутков, как в покое, так и при движении тела, служа опорой всему организму. Поэтому различные патологические расстройства со стороны позвоночника способны существенным образом влиять на деятельность не только опорно-двигательного аппарата, но и всего организма путем изменения иннервации и кровоснабжения органов и систем. В связи с этим поддержанию здоровья позвоночника человек всегда уделял большое внимание, стараясь сохранять правильную осан-

ку, разрабатывая специальные упражнения и лечебные практики.

Осанку определяют как способ удерживать тело в разных положениях без особого напряжения, сохраняя правильную позу с целью предотвратить отрицательные влияния факторов нагрузки на организм. Правильная осанка обеспечивает естественное, нормальное развитие самого позвоночника у детей и подростков, препятствует возникновению расстройств функций органов и систем организма.

МЕТОДИКА АЙКУНЕ

Способам формирования правильной осанки, как и лечению, коррекции различных ее нарушений посвящено большое число лечебно-восстановительных практик. Одной из таких практик является способ выполнения специальных упражнений на самовытяжение позвоночного столба. Эта практика носит название «Айкуне», т.к. основана на древних казахских лечебных методиках, возрожденных уже в наше время уроженцем Павлодара, потомственным целителем Абаем Баймагамбетовым.

Еще в молодости, страдая постафганским синдромом, он самостоятельно разработал методику самовосстановления и, являясь одним из активных участников движения воинов-интернационалистов в Казахстане, понял, что такая же поддержка и психологическая помощь нужны многим бывшим сослуживцам. В 1996 году им был разработан метод управления своим телом и сознанием, который позволял быть более адекватным и восприимчивым к изменениям в социуме. В основе метода лежит идея управления телом за счет вовлечения в работу межпозвоночных мышц и связок, которые в обычной жизни мало задействованы. Но если эти мышцы тренировать, можно обеспечить более высокий жизненный тонус на достаточно продолжительное время в бою и совершать более качественные броски и удары. И борцы работали как бы в режиме второго дыхания, в режиме транса. В этом отличие айкуне от таких известных единоборств, как самбо, греко-римская борьба, бокс и др.

«Думаю, айкуне — это опыт наших предков, который пришел ко мне

вместе с генетической памятью. — говорил в одном из интервью А. Баймагамбетов. — Когда-то в Великой степи предки казахов хорошо знали возможности обычного человека. Тогда любой той и гулянье обязательно сопровождалось какими-то состязаниями. И готовя борцов, стрелков, наездников, тренеры-наставники подходили к этому очень основательно: отбатывали с ними технику движений, готовили тело, но на этом их задачи заканчивались. А для перевода бойца или спортсмена на более высокий уровень, на раскрытие его внутренних резервов, за работу брались уже люди из категории наставников-устазов, те, кто владел техниками расширения возможностей человека, кто давал определенный психонастрой, которого обычным путем достигнуть не удавалось. Сейчас это называют тренингами личностного роста. В наше время в мире подобному же обучают бойцов секретных спецподразделений. Помимо физи-



А. Баймагамбетов и В. Пикалов

ческой подготовки им преподают техники раскрытия внутреннего ресурса, чем десятикратно увеличивают возможности организма» [13].

В переводе с тюркского «Айкуне» означает «открой свою душу, говори истинно».

На первый взгляд, гимнастика «Айкуне» выглядит, как набор обычных упражнений. Но на деле каждое из них имеет серьезную сакральную состав-

Физкультурно-оздоровительный центр «Айкуне»

Решение проблем с позвоночником и суставами. Занятия проводят профессиональные инструкторы лечебной и адаптивной физкультуры. Спортивные психологи. Специалисты наставники по методике Айкуне.

- восстановление иннервации позвоночника;
- восстановление психо-эмоциональной сферы;
- восстановление деятельности сердечно-сосудистой системы;
- профилактика обострений хронических заболеваний;
- подготовка позвоночника к повышенным нагрузкам (спорт, туризм);
- укрепление мышечного корсета позвоночника;
- исправление нарушений и формирование правильной осанки;
- укрепление мышц передней брюшной стенки;
- женское и мужское бесплодие;
- родовая подготовка, восстановление после родов



РЕКЛАМА



ООО «ПЕРВЫЙ АЙКУНЕ ЦЕНТР»

Санкт-Петербург

679-88-68, 925-24-07, 940-38-47

e-mail: pervi.aikune-zentr@yandex.ru

www.aikune-spb.ru

ЕСТЬ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



ляющую, т.к. в момент выполнения упражнений человек соединяет дух, душу, разум и тело, и все это работает в гармонии, комплексно и сбалансированно. И это есть главный принцип «Айкуне». Человек задействует свои внутренние ресурсы, активизирует внутренние мышцы, тем самым делает свое тело более устойчивым, работоспособным. Соответственно, более активно функционирует сердечно-сосудистая система, и за счет улучшения кровообращения восстанавливаются ткани. На этом принципе построена работа даже с детьми, страдающими ДЦП, а также с пациентами, имеющими последствия инсульта в виде параличей конечностей.

«Айкуне» — эксклюзивная, запатентованная инновационная методика быстрого самовосстановления позвоночника и опорно-двигательного аппарата. Разработанный комплекс упражнений «Айкуне» позволяет занимающимся от школьного до пожилого возраста без предварительной подготовки освоить упражнения растягивания позвоночника посредством напряжения коротких глубоких и околопозвоночных мышц и соединительных связок, расположенных в паравертебральной области. Комплекс методики «Айкуне» состоит в том, что при многократном повторении в медленном темпе упражнений, мышцы и связки в паравертебральной области подвергаются целенаправленной тренировке, становятся более работоспособными, а связки более эластичными, что приводит к восстановлению иннервации и кровообращения позвоночника.

В Санкт-Петербурге и в Российской Федерации в целом методика представлена в ПЕРВОМ АЙКУНЕ-ЦЕНТРЕ, основанном в 2014 г. и возглавляемом учеником Абая Баймагамбетова, специалистом-наставником методики «Айкуне» Пикаловым В. Е.

ТЕХНИКА ГИМНАСТИКИ «АЙКУНЕ»

Комплекс физических упражнений включает в себя поэтапные, максимально возможные прогибы разных отделов позвоночника за счет сокращения глубоких околопозвоночных мышц и натяжения связок, удерживающих позвонки между собой в единую систему позвоночного столба.

Поэтапное, последовательное напряжение мышц обеспечивает переход от прогиба пояснично-крестцового отдела позвоночника к прогибу шейного отдела. Эти движения производятся плавно, продолжительно, без пауз и расслабления.

Резкое чрезмерное сокращение межпозвоночных мышц может сформировать защитный функциональный блок за счет уменьшения поперечника межпозвоночного диска или смещения смежных позвонков относительно друг друга. Подобным образом можно создать структурный блок из-за появления межпозвоноковой протрузии или грыжи. Поэтому прогибы следует проводить постепенно, плавно, обеспечивая самовытяжение сегментов соответствующей позвоночной зоны и декомпрессию межпозвоночных дисков. Происходит восстановление первоначальной формы диска, освобождение нервных корешков от сдавления, снятие защитных блоков, уменьшение отека, восстановление микроциркуляции и устранение болевых ощущений. Как показал опыт проведения занятий по указанной методике, по окончании серии упражнений длина тела занимающихся увеличивалась от 2 до 6 сантиметров.

Заканчивают упражнение одновременным двойным прогибом в поясничном и шейном отделах позвоночника, затем с усилием плотно прижимают к опоре каждый отдел позвоночника поочередно, а в конце сеанса все отделы вместе. Упражнения выполняются в положениях лежа на спине, а также сидя или стоя. Продолжительность описанного комплекса упражнений составляет 1,5–2 часа. Занятия проводятся не реже одного раза в неделю. Для закрепления успешного результата рекомендуется в течение одного дня повторить указанный комплекс от 3 до 10 раз.

Важным условием занятий является положительный эмоциональный настрой на формирование своего здоровья, умение слушать себя, проявлять волю, продолжая занятие даже в случае появления болевых ощущений. После завершения базовой серии указанного комплекса упражнений достаточно поддерживать сложившийся динамический стереотип путем ежесуточного выполнения упражнений на протяжении 10–20 минут.

ОЖИДАЕМЫЕ ЭФФЕКТЫ

Суть комплекса упражнений состоит в том, что выполняемые прогибы приводят к вытяжению позвоночного столба. Это способствует «раскрытию» межпозвоночных промежутков и освобождению зажатых нервных корешков. При этом скелетные мышцы практически не подвергаются силовой нагрузке, а, значит, чувства их усталости не возникает. Глубокие межпозвоночные мышцы, наоборот, испытывают значительное статическое усилие, за счет чего их тонус со временем повышается, как и эластичность связок, что способствует формированию стойкого удержания позвонков в правильном, физиологическом положении. Это, в свою очередь, определяет формирование правильной осанки, а также устраняет ее нарушения — сутулость, кифоз, сколиоз и др.

Регулярные занятия по методике Айкуне приводят к купированию болей в области разных зон позвоночного столба, улучшению иннервации и кровообращения внутренних органов за счет нормализации работы сосудов и нервных корешков соответствующих зон, а также естественного самомассажа, интенсифицируется метаболизм и выведение продуктов обмена веществ в организме.

Методика имеет и диагностическое значение, т.к. последовательное выполнение упражнений позволяет оперативно получать сведения о проблемных зонах и функциональных расстройствах внутренних органов на основании появления разных по силе болевых ощущений или чувства онемения, возникающих на уровне соответствующего органу сегмента позвоночного столба.

Следовательно, методика способствует перестройке патологического мышечного стереотипа в стереотип физиологический, нормализуя процессы иннервации и кровообращения внутренних органов и опорно-двигательного аппарата.

Правильная осанка восстанавливает функциональное состояние позвоночника, а эффект комплекса упражнений состоит в том, что повышается сила и выносливость человека, улучшается его самочувствие и, соответственно, формируется правильная осанка.

ДОСТУПНОСТЬ МЕТОДИКИ И НАУЧНО-ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА

Данный комплекс физических упражнений доступен людям практически всех возрастов — от дошкольного до старческого. Методика защищена двумя патентами на изобретения как «Способ оздоровления человека» (Патент № 2213550 от 10.10.2003 г. и Патент № 2234301 от 08.10.2004 г.). От 22.06.2005 года Первым заместителем Председателя Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга утверждено Методическое пособие для специалистов по лечебной физической культуре «Лечебная гимнастика при заболеваниях позвоночника» [14].

Применение методики «Айкуне» показано в следующих областях:

- формирование правильной осанки с укреплением мышечного корсета позвоночника;
- комплексное оздоровление позвоночника при дегенеративных заболеваниях;
- профилактика обострения хронических заболеваний позвоночника;
- подготовка позвоночника к повышенным физическим нагрузкам;
- обучение самопомощи при угрозе обострения заболеваний;
- укрепление мышц передней брюшной стенки.

Отмечают абсолютные и относительные противопоказания для применения методики.

Абсолютные противопоказания:

- злокачественные новообразования любой локализации;
- патологическая ломкость костей (новообразования, генетические заболевания, остеопороз и пр.);
- острые и в фазе обострения хронические инфекционные заболевания, включая остеомиелит позвоночника;
- туберкулезный спондилит;
- патологическая мобильность в позвоночно-двигательном сегменте;
- тяжелые заболевания внутренних органов;
- свежие травматические поражения черепа и позвоночника, состояние после операции на черепе и позвоночнике;

- острые и подострые воспалительные заболевания головного и спинного мозга и его оболочек (миелит, менингит и т.д.);
- острые нарушения спинномозгового кровообращения (спинальные инсульты);
- тромбоз и окклюзия позвоночной артерии;
- выраженный болевой синдром люмбаго генеза.

Относительные противопоказания:

- наличие признаков нарушения психики;
- негативное отношение пациента к методике;
- прогрессирующее нарастание симптомов выпадения функции спинномозговых корешков спондилогенной природы;
- грыжа межпозвоночного диска в области шейного отдела позвоночника;
- заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации.

Аналоги системы «Айкуне» по восстановлению позвоночника и опорно-двигательного аппарата есть во многих странах мира. Примером могут служить китайская гимнастика цигун или индийская йога. Принципы те же — оздоровление через натяжение позвоночника и психологическую концентрацию. В России и в Казахстане популярны «потягушки для взрослых» на основе славянских древних упражнений и современных научных открытий — Белояр.

Апробацию описанная гимнастика прошла в НИИ общей патологии и экологии человека Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук в 1998 г., а в 2005 г. — в Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии и в НИИ имени Бехтерева. Тогда же «Айкуне» как метод лечебной физкультуры был рекомендован Комитетом здравоохранения Санкт-Петербурга. ☉

ЛИТЕРАТУРА

1. Бухтияров И. В., Денисов Э. И. Цифровая экономика: система автоматизированного управления условиями труда, факторами риска и развитие информационной гигиены / Медицина труда и промышленная экология, 2017. — Т. 10. — С. 54–58.
2. Кочорова Л. В., Колесникова Н. В. Проблемы оказания медицинской по-

мощи студентам: пути решения / В кн.: Труды 2-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. СПб, 2007. — С. 118–120.

3. Онищенко Г. Г. Санитарно-эпидемиологическое благополучие детей и подростков: состояние и пути решения проблем / Гигиена и санитария, 2007. — Т. 4. — С. 53–58.

4. Розова В. В. Современные аспекты психофизиологической адаптации студентов-первокурсников к обучению в вузе (на примере Тихоокеанского государственного медицинского университета) / Морская медицина, 2017. — Т. 2. — С. 59–63.

5. Суворова А. В., Якубова И. Ш., Черныкина Т. С. Динамика показателей состояния здоровья детей и подростков Санкт-Петербурга за 20-летний период / Гигиена и санитария, 2017. — Т. 4, — С. 332–338.

6. Трапезникова М. В., Савкин В. В. Мониторинг и прогнозирование психофизиологического статуса и успеваемости студентов 1–2 курсов медицинского вуза / Гигиена и санитария, 2015. — Т. 1. — С. 104–108.

7. Демографический ежегодник Российской Федерации 2013: статистический сборник / Государственный комитет РФ по статистике (Госкомстат России). — М., 2013. — 543 с.

8. Кучма В. Р., Милушкина О. Ю., Бокарева Н. А., Детков В. Ю., Федотов Д. М. Гигиеническая оценка влияния средовых факторов на функциональные показатели школьников / Гигиена и санитария, 2013. — Т. 5. — С. 91–94.

9. Мирская Н. Б., Ляхович А. В., Коломенская А. Н., Синякина А. Д. Участие родителей в профилактике и коррекции нарушений и заболеваний костно-мышечной системы у школьников / Гигиена и санитария, 2012 — Т. 1 — С. 59–64.

10. Медведь Л. М., Ляхович А. В., Коломенская А. Н., Мирская Н. Б., Гутман М. Р. Взаимодействие семьи и школы в решении проблемы здоровьесбережения учащихся / Гигиена и санитария. 2012. — Т. 1. — С. 40–44.

11. Барашева О. Правильная осанка — залог успеха в жизни. — М., 2000.

12. Статистический отчет «Сравнительная заболеваемость студентов вузов Санкт-Петербурга за период 2004–2015 гг.». СПб: Городская поликлиника № 76, 2016.

13. Газета «Караван», № 24 от 19 июня 2015

14. Баймагамбетов А. А. Лечебная гимнастика при заболеваниях позвоночника // Под ред. проф. Г. А. Сулловой. — СПб: Изд-во НИИХ СПбГУ, 2005. — 18 с.



Долинина Л. Ю.,

кандидат медицинских наук, доцент кафедры физиотерапии и медицинской реабилитации Северо-Западного государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова, руководитель Учебного центра «Интегративные технологии» (Санкт-Петербург), Президент Санкт-Петербургского гомеопатического общества, Санкт-Петербург, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ В КОРРЕКЦИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА

Бронхообструктивный синдром (БОС) представляет собой симптомокомплекс ряда клинических проявлений нарушения бронхиальной проходимости, имеющей в своей основе сужение или окклюзию дыхательных путей. Данный синдром не является самостоятельным заболеванием и может встречаться при различной патологии органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Среди многих заболеваний, сопровождающихся бронхообструкцией, можно выделить те, при которых БОС развивается всегда, и другие, при которых обструкция развивается факультативно (Таб. 1).

В настоящее время концепция ведения пациентов подразумевает выделение нескольких фенотипов БОС. Под понятием фенотип подразумевается характерная черта или комбинация таких черт, которые описывают различия между пациентами, связанными с клинически

значимыми исходами, а именно: симптомами, обострениями, ответом на терапию, скоростью прогрессирования заболевания, смертью.

Аллергический фенотип или воспалительный сопровождается обратимые механизмы обструкции: спастический, гипер- и дискринический. Наиболее ярким примером для данного фенотипа является бронхиальная астма (БА). Среди других вероятных причин можно выделить сывороточную и лекарственную болезнь, анафилактический шок.

Инфекционно-аллергический фенотип развивается с клеточной инфильтрацией, отеком стенки, главным образом, слизистой оболочки и подслизистой основы бронхов, выраженной гиперемией. К развитию данного фенотипа приводит вирусная и бактериальная инфекция бронхов, бронхиол и легочной ткани. К заболеваниям, сопровождающимся данным типом бронхообструкции, относят, прежде всего, ХОБЛ, бронхоэктазы и бронхоэктатическую

Таблица 1

Разновидности БОС

Облигатная бронхообструкция	Факультативная бронхообструкция
Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) Бронхиальная астма (БА) Эмфизема легких Легочный муковисцидоз	Острый бронхит Пневмония Туберкулез легких Саркоидоз легких Рубцовый стеноз бронха Сдавление бронха объемным процессом извне Сдавление бронхов эмфизематозной тканью Инородные тела в бронхах Фиброзирующие альвеолиты Паразитарные и микотические поражения легких Пневмокониоз

болезнь, а также легочный туберкулез и сифилис, микоплазменную инфекцию, коклюш.

Обтурационный фенотип возникает вследствие сдавления бронха извне, либо попадания инородного тела в бронх. Существует множество состояний, способных стать причиной обтурации, в частности, лимфома Ходжкина с поражением бронхопульмональных лимфоузлов, туберкулезный бронхоаденит, саркоидоз, бронхогенная опухоль, аномалии крупных сосудов средостения, большой загрудинный зоб, муковисцидоз.

При ирритативном фенотипе причиной бронхообструкции становятся химические или термические ожоги, ингаляции отравляющих веществ или механическое раздражение слизистой трахеи или бронхов. К ирритантам относят табачный дым, угарный газ, пыль, особенно производственную, различные отравляющие вещества. К данному фенотипу можно отнести синдром Мендельсона — попадание желудочного содержимого в дыхательные пути при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Гемодинамический фенотип развивается вторично на фоне застоя в легких вследствие сердечной недостаточности, либо нарушения циркуляции крови из-за изменения сердечного выброса при поражении левого желудочка: гипертензия пре- и посткапилляров, митральный стеноз, редукция кровотока при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

К причинам развития эндокринно-гуморального фенотипа БОС относят карциноидные опухоли, продуцирующие медиаторы, способствующие бронхоспазму, нарушение работы паращитовидных желез, диэнцефальный синдром.

Иммунный фенотип БОС развивается на фоне аутоиммунных заболеваний, например, при васкулитах (узелковый периартериит, болезнь Чарга — Стросса), ревматоидном артрите, синдроме Дресслера

Токсико-химический фенотип БОС может являться результатом отравления различными веществами, такими как холинопозитивные вещества, неселективные β-блокаторы, НПВС, антибиотики и др.

Метаболический фенотип встречается у людей с ожирением и метаболическим синдромом. В развитии бронхообструкции при данном фенотипе предполагается роль системного воспаления и действия провоспалительных цитокинов, а также гиперинсулинемии.

Неврогенный фенотип может быть условно разделен на «центральный» и «вегетативный». Истерию, перенесенный энцефалит, постконтузионный синдром относят к «центральному» подтипу, а рефлекторное раздражение блуждающего нерва, например, при ГЭРБ или желчнокаменной болезни, — к «вегетативному».

У детей БОС развивается значительно чаще, чем у взрослых, на фоне ОРВИ и инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей.

К причинам рецидивирующего БОС у детей относят бронхиальную астму, дебют которой в раннем возрасте часто совпадает с развитием интеркуррентной острой респираторной инфекции (ОРИ), хроническое бронхолегочное заболевание на фоне генетической патологии (например, муковисцидоз), наличие гиперреактивности бронхов, развившейся вследствие перенесенной ОРИ нижних дыхательных путей. При этом установлено, что ги-

перреактивность бронхов развивается более чем у половины детей, перенесших пневмонию или ОРИ на первом году жизни, и служит одним из ведущих патофизиологических механизмов в развитии рецидивирующей бронхообструкции.

К факторам риска развития БОС у детей относят как анатомо-физиологические особенности (наличие гиперплазии железистой ткани, секреция преимущественно вязкой мокроты, относительная узость дыхательных путей, меньший объем гладких мышц, низкая коллатеральная вентиляция, недостаточность местного иммунитета, особенности строения диафрагмы), так и факторы, определяющие преморбидный фон (отягощенный аллергологический анамнез, наследственная предрасположенность к атопии, гиперреактивность бронхов, перинатальная патология, рахит, гипотрофия, гиперплазия тимуса, искусственное вскармливание, перенесенное респираторное заболевание в возрасте 6–12 месяцев, пассивное курение).

К типичным проявлениям БОС относят клиническую триаду: приступообразный кашель, экспираторную одышку и приступы удушья. Помимо перечисленных, БОС проявляется сухими хрипами, свистящим дыханием, набуханием шейных вен на выдохе. В случае тяжелого течения БОС больных может беспокоить также повышенная потливость, нарушение сна, головная боль, спутанность сознания, а также судороги.

Несмотря на выделение разнообразных фенотипов БОС, основными звеньями его патогенеза остаются следующие механизмы: острый механизм — спазм гладкой мускулатуры бронхов; подострые механизмы — отек и воспаление слизистой оболочки бронхов, гиперкриния и дискриния секрета (мокроты); хронические механизмы, реализующиеся под влиянием изначально интермиттирующего, а в дальнейшем персистирующего воспаления — ремоделирование стенки бронхов (фиброз и гипертрофия гладких мышц), трахеобронхиальная дискинезия, экспираторный коллапс мелких бронхов («воздушная ловушка») вследствие снижения эластической тяги альвеол.

Руководствуясь знаниями патофизиологических путей развития БОС и ориентируясь на индивидуальную картину фенотипа у конкретного пациента, врач, использующий метод гомеопатии, может сформировать персонализированный гомеопатический рецепт, направленный не только на симптоматику, но и на патогенез болезни.

При бронхоспазме в первую очередь используют *Cuprum metallicum*, *Cuprum arsenicosum*, *Magnesium phosphoricum*, *Gelsemium sempervirens*, *Ipecacuanha*, *Ignatia amara*.

При отеке и воспалении применяют: *Apis mellifica*, *Mercurius solubilis*, *Mercurius corrosives*, *Bryonia alba*, *Belladonna*.

На гиперкринию (повышенную выработку мокроты) и дискринию (повышенную вязкость мокроты) воздействуют *Sambucus*, *Lobelia*, *Tartarus emeticus*, *Grindelia robusta*, *Drosera*, *Kalium bichromicum*, *Arsenicum jodatum*, *Kalium jodatum*, *Ipecacuanha*, *Senega* и др. Выбор данных гомеопатических препаратов обусловлен проявлениями БОС в настоящий момент у конкретного пациента.

Подобранные гомеопатические препараты, как правило, назначают в 3, 6 или 12 потенциях несколько раз в день.



Пример рецепта при бронхообструктивном синдроме, возникшем на фоне ОРВИ у ребенка 3-х лет: *Apis mellifica* 3, *Ipecacuanha* 6, *Bryonia alba* 6, *Sambucus* 3, принимать по 3 гранулы каждого препарата поочередно каждые 30–60 минут в зависимости от выраженности симптомов.

Развитие таких необратимых механизмов БОС, как ремоделирование стенки бронхов, трахеобронхиальная дискинезия и снижение эластической тяги альвеол, можно замедлить, применяя средства, регулирующие местный и системный воспалительный процесс, состояние и функционирование слизистых оболочек и иммунной системы в целом. Как правило, эти же средства обладают свойствами биологического дренажа. Речь идет, прежде всего, о геммоэкстрактах, представляющих собой фитопрепараты из меристемных тканей растений, полученные методом холодного экстрагирования. Для коррекции БОС применяют геммоэкстракты из почек Смородины черной, почек Калины гордовины, почек Граба и ростков Шиповника дикого по следующей схеме:

1. Геммоэкстракт из почек Смородины черной 2 мл в небольшом количестве воды через 30 минут после завтрака утром.

2. Геммоэкстракт из почек Калины гордовины 2 мл в небольшом количестве воды через 30 минут после обеда.

3. Геммоэкстракт из почек Граба/ из ростков Шиповника 2 мл в небольшом количестве воды через 30 минут после ужина.

Курс не менее 3-х месяцев. Детям геммоэкстракты дозируют по 1 капле на кг массы тела.

Патогенетический подход к лечению БОС гомеопатическими средствами позволяет расширить терапевтические возможности любого специалиста и эффективно применяется в клинической практике педиатров, терапевтов, пульмонологов и аллергологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глаз В.Г. Лечение бронхолегочных заболеваний гомеопатическими средствами / В.Г.Глаз. — СПб: Гомеопатия и фитотерапия, 1998. — 578с.
2. Гранжорж Д. Исцеление гомеопатией: гомеопатия в острых случаях / Дидье Гранжорж; Пер. с фр. И.Ю.Мерсье, Л.Ю.Долинина. — Санкт-Петербург: Центр гомеопатии, 2005. — 308с.
3. Долинина Л.Ю., Песонина С.П. Синергетический подход к лечению аллергических заболеваний / Л.Ю. Долинина, С.П. Песонина // Биологическая медицина. — 2014. — Т. 20. — № 1. — С. 58–61.
4. Долинина Л.Ю. Синдром постназального затека. Гомеопатическая коррекция / Л.Ю. Долинина // Гомеопатия и фитотерапия — 2015 — № 1 — С. 26–29.
5. Долинина Л.Ю. Влияние биорегуляционных препаратов на маркеры воспаления и качество жизни больных с сочетанием хронической обструктивной болезни легких и ишемической болезни сердца / Л.Ю. Долинина // Врач. — 2018. — Т. 29. — № 2 — С. 33–34.
6. Долинина Л.Ю. Влияние биорегуляционных препаратов на качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких / Л.Ю. Долинина // РМЖ. — 2018. — Том: 26. — № 3–1. — С. 26–29.
7. Долинина Л.Ю. Коррекция синдрома постназального затека в контексте биорегуляционной медицины / Л.Ю. Долинина // CONSILIUM MEDICUM. — 2018. — Том: 20. — № 3. — С. 77–79.
8. Долинина Л.Ю. Патогенетический подход к применению гомеопатических лекарственных средств при бронхообструктивном синдроме / Л.Ю. Долинина // Гомеопатия и фитотерапия. — 2020. — № 1. — С. 30–34.
9. Козырев С.Е. Определение бронхообструктивного синдрома. Классификация. Фенотипы. Симптомы. / С.Е. Козырев // Материалы научно-практической конференции студентов, ординаторов и молодых ученых «Внутренние болезни на догоспитальном этапе. Фенотипы бронхообструктивного синдрома». — М.: ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 2019. — С. 5–8.
10. Хамнагдаева Н.В. Патогенетические основы бронхообструктивного синдрома / Н.В. Хамнагдаева // Материалы научно-практической конференции студентов, ординаторов и молодых ученых «Внутренние болезни на догоспитальном этапе. Фенотипы бронхообструктивного синдрома». — М.: ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 2019. — С. 9–12.
11. Чукаева И.И., Орлова Н.В. Бронхообструктивный синдром / И.И. Чукаева, Н.В. Орлова // Лечебное дело — 2008. — № 2. — С. 27–31.

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 18 и 19 сентября 2020 г.

по адресу Батайский пер., д. 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

С уважением, ОРГКОМИТЕТ

<http://www.homeopathy.spb.ru>

<http://www.integration.spb.ru>

<http://www.arnicas.ru>



Швыдкая И. В.,
главный детский эндокринолог
Приморского района Санкт-Петербурга,
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 114»,
Санкт-Петербург, Россия

О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА

К сожалению, по статистике, заболеваемость сахарным диабетом 1 типа (СД1) растет с каждым годом, причем, во всем мире. Диабет «молодеет», и если раньше с этим диагнозом впервые сталкивались, как правило, в подростковом возрасте, то сейчас дебют заболевания отмечается даже у детей первого года жизни. Значительно увеличилось число детей дошкольного возраста, которым поставлен такой диагноз. Ежегодно на врачебных конференциях приходится разбирать случаи поздно выявленного сахарного диабета у детей. Хочу поделиться несколькими особо показательными историями болезни таких пациентов.

* Мальчик 4 лет. Рос и развивался без особенностей. Болел простудными заболеваниями редко. Первичный вызов педиатра на дом с жалобами на слабость, утомляемость, сниженный аппетит, жажду, похудание на 2–3 кг за последние 3 недели, подъем температуры до 37,2°C в течение последних суток. При осмотре незначительно снижен тургор тканей, бледность кожных покровов, обложенный белым налетом язык, умеренная разлитая гиперемия в области зева, умеренное увеличение печени. Мальчик контактен, активен. Диагностируется ОРВИ, рекомендуется симптоматическое лечение, обильное питье, полоскание горла антисептическими растворами. Через два дня повторный вызов педиатра с жалобами на боли в животе, двукратную рвоту, отказ от еды, субфебрильную температуру. Врач, заподозрив острую кишечную инфекцию, а также с целью исключения гепатита назначает анализы кала, мочи, клинический и биохимический анализы крови на следующий день. Однако вечером того же дня у мальчика снова была отмечена многократная рвота, выраженная слабость. Вызвана бригада скорой помощи, и ребенок госпитализируется в инфекционную больницу. Начато лечение по поводу острого гастроэнтерита, за сутки положительной динамики не наблюдается, и в процессе обследования выявляется уровень глюкозы крови 27 мм/л, глюкозурия и кетонурия, сдвиг КОС в сторону ацидоза. Ребенка срочно переводят в другую больницу в отделение реанимации с последующим переводом в эндокринологическое отделение с диагнозом: сахарный диабет 1 типа. В течении 3 недель

подбирается доза инсулина, проводится комплексное обследование, и мальчик выписывается в удовлетворительном состоянии с прибавкой массы тела 2 кг с диагнозом: *сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный, осложненный диабетическим кетоацидозом 2 степени.*

* Девочка 12 лет обратилась с мамой к детскому гинекологу с жалобами на зуд в области влагалища в течение 1–2 недель. Также отмечались раздражительность, частое мочеиспускание, сниженный аппетит и похудание за последние 2 недели. Назначены мази на флору и анализ мочи. Анализы сданы только через 3 дня, в мочи выявлен повышенный уровень глюкозы, заподозрен *сахарный диабет 1 типа*, и непосредственно в боксе поликлиники был проведен экспресс-анализ крови на сахар с помощью глюкометра. Результат — уровень глюкозы в крови 18,5 мм/л. Девочка срочно госпитализирована в эндокринологическое отделение, где диагноз был подтвержден, и начато лечение препаратами инсулина, которое будет пролонгироваться пожизненно.

* Мальчик 8 лет, из многодетной семьи (5 детей). Отягощенная наследственность по СД1. (Старшей сестре в возрасте 17 лет был поставлен диагноз: СД1, находится на постоянной инсулинотерапии, стаж СД 5 лет). В течении 1 месяца мальчик стал много пить воды, и мама заметила ночное недержание мочи. Никтурия отмечалась у ребенка до 4,5 лет, поэтому в семье не особо беспокоились. Но когда присоединились такие симптомы, как похудание, слабость, то самостоятельно дома на глюкометре старшей сестры измерили уровень сахара крови натощак. Он оказался 13,1 мм/л, после еды показатель составил 22 мм/л. Таким образом, *сахарный диабет 1 типа* был выявлен в домашних условиях, спустя месяц после начала заболевания, хорошо еще, что без угрожающих жизни осложнений.

ДИАГНОСТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА

Сахарный диабет 1 типа у детей развивается постепенно (в течение нескольких недель), маскируясь под ОРВИ, инфекцию мочевыводящих путей, энурез, острую кишечную инфекцию, гастрит и т.д.



Основные симптомы СД1 составляют так называемую «Триаду» (Большие симптомы): жажда, полиурия, похудание.

Симптомы общей интоксикации всегда присутствуют, только они неспецифичны, и, ориентируясь только на них, невозможно поставить диагноз СД1. Это такие симптомы, как слабость, головная боль, утомляемость, раздражительность, сонливость, сухость кожи и др. Симптомы эти вызваны хронической гипергликемией из-за дефицита гормона инсулина, вырабатываемого в поджелудочной железе.

Осложнением СД 1, в результате которого может произойти гибель пациента, является диабетический кетоацидоз, который развивается довольно быстро (от нескольких часов до нескольких суток). Это состояние наступает из-за накопления в организме кетоновых тел, вырабатываемых в печени, которые являются побочным продуктом переработки излишков глюкозы. Кетоны раздражают слизистые оболочки, начиная от ротовой полости, кишечника до мочевыделительной и дыхательной систем. Грозными признаками при этом являются: боли в животе, жидкий стул, тошнота, рвота, выраженный налет на языке, увеличение печени (стеатоз), шумное дыхание, спутанное сознание. Далее развивается кома.

Лабораторными критериями для постановки диагноза являются:

- уровень сахара крови более 11.1 мм/л;
- наличие сахара в моче (глюкозурия);
- присутствие кетонов в моче и крови.

Высокое содержание сахара в крови служит показанием для госпитализации в отделение эндокринологии, где назначают и индивидуально подбирают препараты современных инсулинов.

Получая сомнительный результат показателя уровня глюкозы в крови, например, утром натощак и после длительного голода при показателе более 6 мм/л рекомендовано провести измерение глюкозы после еды.

Нормальными показателями уровня глюкозы в крови через 1 час после еды являются показатели — 8.9 мм/л, через 2 часа — 7.8 мм/л.

В современных условиях все поликлиники, бригады ОСМП и даже школьные медицинские кабинеты имеют в наличии глюкометры — приборы для экспресс-определения уровня глюкозы. Это очень удобные и надежные миниатюрные аппараты, с помощью которых менее чем за одну минуту из 1 капли крови производится определение уровня гликемии.

Обращаю внимание, что прокалывать палец lancетом лучше сбоку, а не по центру, потому что на боковых поверхностях меньше нервных окончаний, и укол не такой болезненный.

Первой реакцией при постановке диагноза сахарный диабет 1 типа (СД1) в семье бывает отчаяние, страх, неприятие болезни и чувство вины. Да, страшно подумать, что любимый ребенок будет ежедневно получать инъекции инсулина, проверять 4–8 раз в день сахар в крови, соблюдать диету, и так — на протяжении всей жизни. Почему именно наш ребенок? Что в семье было сделано не так? Кто виноват? Никто! Так при зачатии сложился генетический код ребенка. Не сладости, не наказания и обиды не вызвали болезнь. Генетический механизм запускается неожиданно. Иногда этому может предшествовать вирусная инфекция, сильный стресс, операция или ин-

фекционное заболевание. Однако это не причина болезни, а только толчок к запуску генетической программы.

Все дети, заболевшие диабетом, бесплатно обеспечиваются глюкометрами и по 4–7 раз в сутки измеряют уровень сахара в крови в домашних условиях.

Хочется еще раз напомнить коллегам о настороженности по СД1. При наличии у пациента одного из больших симптомов рекомендовано сдать срочно анализ крови на сахар!

НЕКОТОРЫЕ ПАРАДОКСЫ

Задачей медиков при заболевании СД 1 является введение инсулина, повторяющее ритм секреции этого гормона здоровой поджелудочной железой.

После начала лечения инсулином оставшиеся 10–20% β -клеток поджелудочной железы иногда восстанавливают свою работу. В этот период снижается потребность в инсулине, иногда возможен отказ от инъекций. Этот период называется «медовым месяцем» или ремиссией. Он может длиться от нескольких дней до нескольких месяцев и даже лет. Есть разные точки зрения: применять малую дозу инсулина в этот период или отказаться от него совсем. По одной из теорий, введение даже одной единицы инсулина защищает не погибшие β -клетки и продлевает их жизнь. Но если такая малая доза вызывает гипогликемию, то введение инсулина не требуется.

Можно ли излечиться от СД 1 и не делать инъекции? Нет! В последнее время различают подтипы СД 1, некоторые из них протекают в легкой форме с минимальными дозами инсулина. Это запрограммировано генетически, и пока нет простого исследования, позволяющего распознать подтип и спрогнозировать течение СД 1. Никакие дорогостоящие, чудодейственные средства не помогут радикально излечиться при этом заболевании, так как они не заменят гормон инсулин. Надо принять и понять свою болезнь, а не бороться с ней.

Феномен утренней зари — гипергликемия, возникающая рано утром в 4–6 ч. от того, что в организме ночью вырабатываются гормоны, повышающие уровень сахара в крови (глюкагон, гормон роста, адреналин и др.), требует увеличения дозы инсулина на ночь. Очень важно разобраться в причине высокого уровня сахара в крови по утрам. Бывает, что утренняя гипергликемия развивается вследствие ночной гипогликемии из-за большой дозы ночного инсулина. Это состояние требует уменьшения вечерней дозы инсулина. Понять, что это за состояние, поможет ночное измерение уровня сахара в крови около 3–4 час. утра при помощи глюкометра.

ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА И ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ

Несмотря на то, что СД 1 — это генетически обусловленное заболевание, меры профилактики существуют. Речь может идти об общеукрепляющих методиках, которые способствуют поддержанию в стабильном состоянии эндокринной системы организма. Главная цель профилактических мер — предотвратить тяжелые осложнения СД 1 и улучшить качество жизни пациентов. Большую роль играют в этом меры просветительского характера, а именно, Школы диабета.

Еще в начале 20 века, когда обнаружили причину диабета и доказали, что она заключается в дефиците гормона инсулина, американский врач Э.Джослин заговорил о необходимости школ для диабетиков. В 1925 г. он организовал курсы обучения по сахарному диабету. «Нехватка обучения так же опасна, как нехватка инсулина» — это лозунг Э.Джослина, который актуален и в наши дни.

В 1998 г. Всемирная Организация Здравоохранения сформулировала важность этой задачи во всем мире и стимулировала создание школ диабета во всех странах. В России с 1996 г. начали создаваться такие школы в рамках национальной программы «Сахарный диабет». С 2007 г. появились школы для пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Школы диабета — это не просто предоставление пациентам и их родственникам информации о болезни, это — обучение, психологическая поддержка, навыки расчета питания и инсулинотерапии, возможность самому пациенту разобраться в механизме заболевания.

Немецкий врач М.Бергер так сформулировал отношение к лечению сахарного диабета: «Диабет не болезнь, а образ жизни. Болеет сахарным диабетом — все равно, что вести машину по оживленной трассе — надо знать правила движения».

Школа диабета помогает принять свою болезнь, научиться жить с ней, управлять ею и превратить ее в образ жизни.

В Санкт-Петербурге впервые Школа диабета открылась в 1995 г. в Городской детской поликлинике № 44 благодаря стараниям основателя детской эндокринологии Стройковой Анны Самарьевны. Ею опубликованы несколько практических пособий по диабету, на практике обучены детские эндокринологи. Под ее руководством открылись школы при эндокринологических отделениях, которые работают по сей день. В них обучаются родители, дети и их родственники. Врачи и медсестры этих школ в течение нескольких дней рассказывают о заболевании, отвечают на вопросы, учат делать инъекции, измерять уровень сахара в крови, рассчитывать хлебные единицы и физические нагрузки. Пациентам выдается литерату-

ра, рекомендуются соответствующие пособия и интернет-сайты. При выписке из стационара дети и родители могут продолжить обучение в городском Диабет-центре (при ДП № 44) или в кабинетах районных эндокринологов. Занятия бывают групповыми и индивидуальными.

Не стоит забывать и о важной роли витаминов в организме. В частности, огромное значение для профилактики сахарного диабета имеет витамин Д, о многофункциональности которого свидетельствует большое количество научных исследований. Так, доказано, что витамин Д — не классический витамин, он представляет собой стероидный прегормон с аутокринным, паракринным и эндокринным действиями, который с помощью ферментативных процессов последовательно превращается в организме в биологически активные метаболиты, влияющие на различные органы и ткани посредством геномных и негеномных эффектов. Именно этим объясняются множественные эффекты этого витамина (1).

Дефицит витамина Д в организме можно считать провоцирующим фактором для дебюта и обострения СД, а также для формирования осложнений этого заболевания.

Поскольку достаточное количество витамина Д с пищей получить невозможно, рекомендованы его регулярные дотации. Рекомендуемый препарат для профилактики и лечения дефицита витамина Д — Холекальциферол — Витамин Д3.

Профилактические курсы витамина Д обычно назначаются, начиная с сентября по апрель-май, в зависимости от региона и количества солнечных дней в году.

К профилактическим мерам относится также строгое соблюдение диеты, дозирование физических, умственных и психоэмоциональных нагрузок, а также регулярное эндокринологическое обследование, т.е. контроль за течением заболевания, включая и самоконтроль при помощи глюкометров.

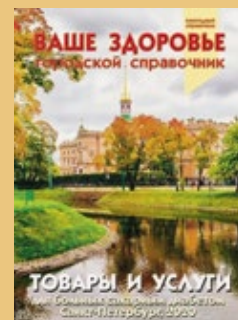
ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная программа «Недостаточность витамина Д у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции». — Москва: ПедиатрЪ, 2018.

ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИКИ ДИАБЕТА «ДИА-СЕРВИС»

Товары и услуги для больных сахарным диабетом — под одной крышей

- Для покупателей глюкометров бесплатные обучение и проверка глюкометров в течение всего периода их эксплуатации.
- Бесплатное гарантийное обслуживание и обмен вышедших из строя глюкометров брендов «Акку-Чек», «АйЧек», «Клевер Чек», «Диаконт», «Сателлит» в течение всего срока их эксплуатации.
- Постоянно действующие акции по всем группам товаров.
- Тестирование состояния организма по радужной оболочке глаза на баланс основных микроэлементов и паразитарную интоксикацию.
- Составление индивидуальной программы сбалансированного питания «Метаболик Баланс» для снижения веса и нормализации уровня сахара в крови.



НЕОБХОДИМА ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



Санкт-Петербург, ул.4-я Красноармейская, д.11. тел.317-91-75, 746-89-88
e-mail: dia-service@mail.ru | www.dia-service.com

Реклама



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

Оплетин Е. В.,
студент факультета
зимних видов спорта,
НГУ им. П. Ф. Лесгафта,
Санкт-Петербург, Россия

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПОСЕЩАЮЩИХ ДОШКОЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Аннотация. В статье рассматривается современное состояние физического развития детей, посещающих дошкольные учреждения и их распределение по группам здоровья.

Ключевые слова: дошкольные учреждения, физическое развитие, медицинские группы, здоровье.

Актуальность. Педагогический процесс в дошкольных образовательных учреждениях должен быть направлен на формирование общей культуры, развитие физических, интеллектуальных, нравственных, эстетических и личностных качеств, формирование предпосылок учебной деятельности, сохранение и укрепление здоровья детей в процессе воспитания и обучения. По данным Министерства образования Российской Федерации, среди детей, поступающих в первый класс, более 60% попадают в категорию риска школьной, соматической и психофизической дезадаптации. Из них около 35% обнаруживают явные психоневрологические расстройства еще в младшей группе детского сада. Число учащихся начальной школы, которые не могут соответствовать требованиям стандартной учебной программы, за последние 20 лет возросло в 2–2,5 раза, достигнув 30% и более [2]. Обследование детей 4–6 лет разных районов города Санкт-Петербург (n = 77) показал, что 8% из них имеют 1 группу здоровья, 58% детей имеют 2 группу здоровья, остальным определены 3 и 4 группы здоровья (Рис. 1) [1].

Недостаточный объем знаний родителей и не использование разнообразных форм физической активности в режиме дня приводят в конечном итоге к различным нарушениям в состоянии здоровья ребёнка [1].

Цель работы. Определить уровень здоровья детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения.

Теоретическая значимость. Исследование расширяет знание о группах здоровья детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения.

Практическая значимость. Полученные результаты будут полезны при выборе программы по физическому воспитанию детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения.

Материалы и методы исследования. Использовались: анализ сайта администрации Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга [4], анализ медицинских выписок дошкольного учреждения Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга 2017 года, статистическая обработка данных.

Результаты исследования и их обсуждение.

При анализе сайта администрации Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга выявлено, что 7 из 93 дошкольных образовательных учреждений не имеют ясельные группы. Для оценки состояния здоровья детей проведен анализ медицинских выписок из медицинских карт, предназначенных для кабинета физического воспитания одного из дошкольных учреждений Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга.

Анализ выявил, что первая ясельная группа отсутствует. Во второй ясельной группе (n = 26) 24% детей отнесены в 1 группу здоровья, 64% — во 2 группу здоровья, 12% — в 3 группу здоровья.

Средняя группа (n = 27) имела следующее распределение по группам здоровья: 11% детей были отнесены в 1 группу здоровья, 82% — во 2 группу здоровья, 7% — в 3 группу здоровья.

Старшая группа (n = 23): 7% детей отнесены в 1 группу здоровья, 93% — во 2 группу здоровья, 0% в 3 группу здоровья. Подготовительная группа (n = 24): 4% детей отнесены в 1 группу здоровья, 88% — во 2 группу здоровья, 8% — в 3 группу здоровья (Рис 2).

Заключение.

Таким образом, мы приходим к следующим выводам:

- Физическое развитие детей характеризуется отставанием от предполагаемых норм.

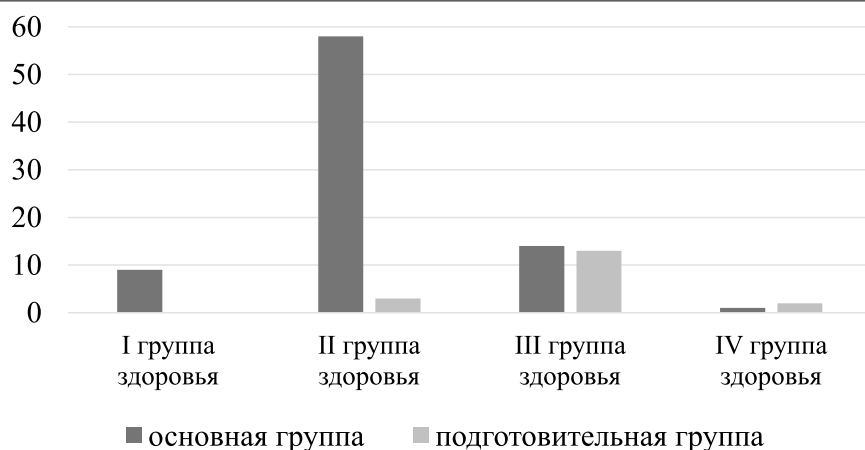


Рисунок 1. Распределение детей 4–6 лет по группам здоровья и медицинским группам

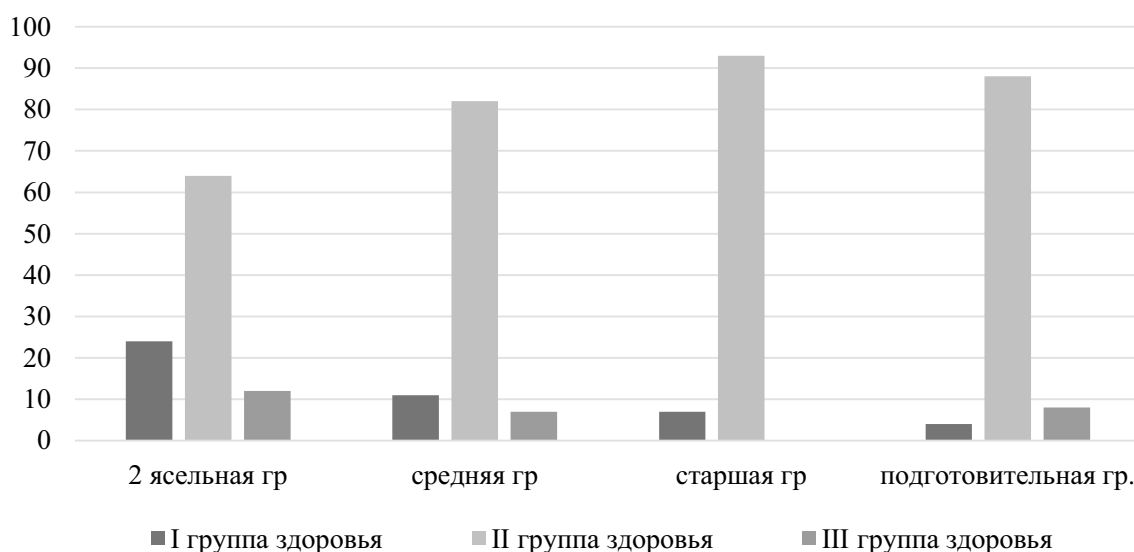


Рисунок 2. Распределение детей по группам здоровья в дошкольном учреждении.

- Не регулярная просветительская работа (образовательных и медицинских учреждений) со взрослым населением (родителями) приводит к низкой информированности о возможностях и влиянии на состояние здоровья детей средств физической культуры (двигательных действий (упражнений), солнца, воздуха, воды, массажных приемов), их рационального использования в жизни ребенка.
- Реально используемые программы физического воспитания в дошкольном образовательном учреждении не приводят к гармоничному развитию и укреплению здоровья ребенка.
- Большое количество детей подходят с ослабленным состоянием здоровья к периоду обучения в начальной школе, и увеличившаяся учебная (трудовая) нагрузка в школе и дома может вызывать его ухудшение. ☹

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахвалова, Д.Д. Состояние здоровья, соматотип и двигательные возможности детей, посещающих детские дошкольные учреждения / Д.Д.Бахвалова, Н.В.Дубкова, А.И.Болотова / Тезисы докладов открытой региональной межвузовской конференции молодых ученых с международным участием «Человек в мире спорта», посвященной 110-летию участия российских спортсменов в Олимпий-

ских играх (НГУ им. П.Ф.Лесгафта, Санкт-Петербург, 12–27 апреля 2018 г.). Вып. 14. / Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П.Ф.Лесгафта, Санкт-Петербург. — СПб.: [б. и.], 2017. — С. 67–68.

2. Бочаров, Д.А. Формирование психологической готовности к обучению в школе детей с задержкой психического развития / Д.А.Бочаров, Т.В.Гольцова / Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса: проблемы, перспективы, технологии: материалы VI Международной научно — практической конференции (4–5 апреля 2019 г., г. Орел) / под. ред. канд. пед. наук, доц. А.И.Ахулковой. — Орел: ОГУ имени И.С.Тургенева. — 2019. — С. 64–66.

3. Матвеев, С.В. Организация работы врача детского дошкольного учреждения с санаторной группой / С.В.Матвеев, В.С.Матвеев / Актуальные вопросы спортивной медицины и лечебной физической культуры: Материалы Всероссийской с международным участием научно-практической конференции, посвященной 80-летию кафедры спортивной медицины и технологий здоровья им. П.Ф.Лесгафта и 175-летию со дня рождения П.Ф.Лесгафта. — СПб., 2012 — С. 96–97.

4. Образовательные учреждения Фрунзенского района / Официальный сайт Администрации Санкт-Петербурга [Электронный ресурс] URL: https://www.gov.spb.ru/gov/terr/r_frunz/obrazovanie/obrazovatelnye-uchrezhdeniya-frunzenskogo-rajona/ (дата обращения 13.03.20).



КОЛОСОВСКИЙ ЭРНЕСТ ДМИТРИЕВИЧ

В августе 2020 г. ушел из жизни наш коллега, врач дерматолог, фитотерапевт, гомеопат, кандидат медицинских наук, действительный член Нью-Йоркской академии наук Колосовский Эрнест Дмитриевич.

В течение многих лет он практиковал методы гомеопатии и фитотерапии при лечении взрослых и детей, разрабатывал фитосборы, эффективные при заболеваниях кожи, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания и мочевыделительной системы. Колосовский Э.Д. имеет ряд авторских свидетельств на изобретение фитосборов серии КЭД, разработке которых он посвятил более 20 лет жизни.

Эрнест Дмитриевич родился 25 августа 1939 года в Осиповичах (Белоруссия). В 1962 году окончил Витебский медицинский институт. В дальнейшем вся его деятельность была связана с практической медициной и научно-исследовательской деятельностью. Был награжден Почетной грамотой комитета ВЛКСМ СССР 1979 года, медалью «Ветеран труда» 1989 года. Постоянный участник гомеопатических симпозиумов и конгрессов, а также член Общества дерматологов Санкт-Петербурга.

Почему большую часть своей профессиональной жизни доктор Колосовский посвятил фитотерапии? В одном из интервью в 2017 году он так объясняет это: «Еще с детства я был знаком с людьми, которые лечили травами. Знал много случаев исцеления травами на грани чуда. Например, одна женщина, страдающая лейкозом, была выписана из клиники с очень плохим прогнозом и поехала, по сути, «умирать» в белорусскую деревню к своей сестре. А там ей посоветовали обратиться к местной знахарке. И эта бабушка, не имея никакого медицинского образования, но хорошо зная целебные травы, практически спасла эту умирающую женщину. На меня это произвело огромное впечатление. И я стал изучать фитотерапию...»

Но у доктора была и другая мотивация, чтобы заняться фитотерапией. Будучи по своему главному профилю врачом дерматологом, он нередко сталкивался с упорно не поддающейся лечению обычными средствами детской экземой у младенцев. В то время появились уже гормональные препараты, которые использовались и при детской экземе. Но все прекрасно понимали, что если был бактериальный или микотический фон, то гормональная терапия могла усугубить патологическое состояние. Именно тогда доктор Колосовский начал разрабатывать свои первые фитосборы, начитавшись специальной литературы по фитотерапии. Он пришел к выводу, что, во-первых, растительное сырье, согласно всем законам химии, сразу надо измельчать, т.е. превращать в порошок, а, во-вторых,



использовать малые дозы сбора (а это уже сродни гомеопатии). И когда он начал лечить травами детские экземы, ему никто не верил, что это эффективно. Однако уже через пару недель приема сбора ребенком и кормящей матерью мокнутие прекращалось. Так фитосборы доктора Колосовского под общим названием «КЭД» доказали свое право на жизнь.

«Растительное сырье для своих сборов я старался собирать сам. — говорил Эрнест Дмитриевич. — Но что-то покупал и в аптеке. Ранее, в советские времена, был строгий контроль качества фитопро-

дукции, были целые совхозы, которые занимались заготовкой лекарственного растительного сырья, в штате были инженеры по контролю качества продукции. К сожалению, сейчас эта система плохо работает, имеет место хищническое отношение к растительному сырью. Многие лекарственные растения практически полностью уничтожены, например, в Ленинградской области исчезли пустырник, ромашка лекарственная и некоторые др. растения. В аптеках сейчас нередко продаются пакеты с некачественным растительным сырьем: вместо заявленных листьев, к примеру, в пакете вперемешку с листьями присутствуют и другие части растения, что является нарушением».

Большая часть разработок доктора Колосовского касается дерматологии и гастроэнтерологии. Он был глубоко убежден, что практически все заболевания кожи так или иначе связаны или являются следствием поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Он подчеркивал, что, к примеру, очень важна синхронность выделения желчи и сока поджелудочной железы, потому что при застое желчи ферменты теряют активность, что ведет к нарушению процесса пищеварения и развитию заболеваний ЖКТ, а затем, как следствие, других органов и систем организма. Именно с помощью фитотерапии можно устранять все эти нарушения, так считал доктор.

Э.Д. Колосовский был автором многих статей на актуальные темы, которые опубликованы в нашем журнале в разные годы, а также автором нескольких известных книг: «Главный перекресток пищеварения», «Не говорите детям нет», «Профилактика и лечение гнойничковых заболеваний кожи», «Лечение и профилактика детских заболеваний».

Ушел из жизни настоящий профессионал, врач-исследователь, до конца своих дней трудившийся на благо пациентов.

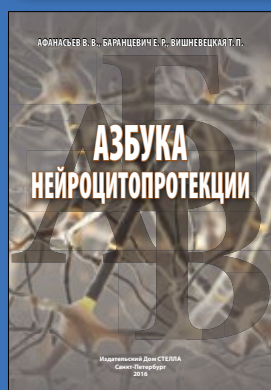
Мамаева М. А., кандидат медицинских наук, главный редактор журнала «Пятиминутка»

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ СТЕЛЛА ПРЕДЛАГАЕТ КНИГИ



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

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

Уважаемые коллеги!

**Приглашаем принять участие
в 9-й ежегодной международной научно-практической конференции:**

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ОЗДОРОВЛЕНИЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

**Место проведения — г. Саки, Республика Крым,
санаторий «ПОЛТАВА-КРЫМ», ул. Морская, 8
08–15 ноября 2020 г.**

В программе конференции:

- Опыт Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» по изучению программ отечественных и зарубежных курортов и по организации сотрудничества отечественных и зарубежных специалистов в области санаторно-курортной реабилитации и оздоровления пациентов.
- Курорты Крыма — возможности и перспективы.
- Лечебные грязи курорта Саки. Санаторно-курортное лечение пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.
- Курортные факторы в лечении и реабилитации пациентов: климатотерапия, спелеотерапия, мофеты, талассотерапия, бальнеотерапия и др.
- Программа реабилитации пациентов после КОВИД-19.
- Программа оздоровления часто болеющих детей.
- Программы психологической реабилитации населения в современных условиях.
- Реабилитация и оздоровление спортсменов. Спортивное питание.
- Роль питания в реабилитации и оздоровлении пациентов различного профиля. Продукты функционального питания. Вода как лечебный и оздоровительный фактор. Биоэлементозы. Гиповитаминозы.
- Проблема дисбактериоза — актуальность, причины, пути коррекции.
- Акклиматизация на курорте и после курорта.
- Возможности взаимодействия врачей и работников туристической отрасли в едином фарватере медицинского туризма.
- Альтернативные методы оздоровления. Гомеопатия. Фитотерапия. Физическая рекреация. Скандинавская ходьба. Рефлексотерапия. Дельфинотерапия. Хиропрактика. Песочная терапия. Сказкотерапия. Куклотерапия. Арт-терапия. Музыкальная терапия. Танцевальная терапия.
- И многое другое...

Мастер-классы, презентации. Дискуссия в конце каждого дня конференции.

В дополнительной программе: вечер поэзии и экскурсии по Крыму.

Организаторы мероприятия:

Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, Санкт-Петербург; Клинический санаторий «Полтава-Крым», г. Саки, Республика Крым.

Заявки на участие принимаются до 1 ноября 2020 г.



Справки и заявки на участие

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