



**Прошлое и настоящее  
эпидемий**

**NDVA органик комплекс:  
решение проблем старения  
организма**

**Нейропсихологические тесты  
и программы стимуляции  
когнитивных функций**

**Реактивность детского  
организма**

**Иммуномодуляция  
в реабилитации часто  
болеющих детей**

**Курорты европейские  
и российские: плюсы и минусы**

**Фитотерапия в санаторно-  
курортных программах**

**Сказочная арфотерапия:  
механизмы исцеления**



ISSN 2071-0712



9 772071 071005 2 2002 >

*Per aspera ad astra*  
Через тернии к звездам

Сенека



ПАРАФАРМ

# ФЕМО-КЛИМ

## ПОЖАЛУЙ, ЛУЧШЕЕ НЕГОРМОНАЛЬНОЕ СРЕДСТВО ПРИ КЛИМАКСЕ

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



Патент на изобретение РФ № RU2577225.  
Патент Евразии № EA031142.  
СТР № KZ.16.01.98.003.E.000807.08.21 от 26.08.2021 г.



### Состав:

- ❖ β-аланин – 170 мг;
- ❖ гомогенат трутневый адсорбированный (НДВА органик комплекс) – 100 мг;
- ❖ глицин – 90 мг;
- ❖ трава клевера красного – 25 мг;
- ❖ корни солодки голой – 25 мг;
- ❖ листья шалфея лекарственного – 25 мг;
- ❖ пиридоксина гидрохлорид (витамин В<sub>6</sub>) – 0,2 мг.

## ПОПРОБУЙ И УБЕДИСЬ САМА

Получи образец «Фемо-Клима», отправив заявку по электронной почте [vkr@osteomed.su](mailto:vkr@osteomed.su)



БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

РЕКЛАМА

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, зав. терапевтическим отделением ОКДЦ ПАО «Газпром», СПб.
2. **БОНДАРЬ В. И.**, доктор мед. наук, Академик АМН РФ, Москва.
3. **ГРАБЕНКО Т. М.**, канд. пед. наук, доцент СПб ИМИ, директор Центра креативных образовательных проектов, сопредседатель «Евразийской федерации центров песочной психотерапии и тренинга», сотрудник «Института практической психологии «Иматон», СПб.
4. **ГРИГОРЬЕВ К. И.**, доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии с инфекционными заболеваниями у детей ФДПО, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва.
5. **ДОЛИНИНА Л. Ю.**, канд. мед. наук, доцент кафедры терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии им. М. В. Чернуцкого П СПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова, президент Санкт-Петербургского Гомеопатического Общества, СПб.
6. **ЕФИМЕНКО Н. В.**, доктор мед. наук, профессор, зам. генерального директора по научной работе — руководитель Пятигорского НИИ курортологии ФФБУ СКФНКЦ ФМБА России в г. Пятигорске.
7. **КОНОВАЛОВ С. В.**, ст. преподаватель кафедры оперативной хирургии (с топографической анатомией) Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, доктор медицинских наук, профессор, СПб.
8. **МАКСИМЮК Н. Н.**, доктор биол. наук, профессор, эксперт РАН, академик РАЕН, зав. кафедрой биологии, биохимии и биотехнологий Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород.
9. **ПЕТРОВА Н. Г.**, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой стринского дела П СПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова, СПб.
10. **СКРЯБИН О. Н.**, доктор мед. наук, профессор, главный хирург СПб ГУЗ «Клиническая больница им. Святителя Луки», Главный абдоминальный хирург СПб, Главный хирург Калининского РЗО, СПб.
11. **ТРУБИНА М. А.**, канд. географ. наук, член-корр. МАНЭБ, действительный член Русского Географического Общества, СПб.
12. **ХАНЕВИЧ М. Д.**, доктор мед. наук, профессор, академик РАЕН, зам. 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, СПб.
13. **ШИШКИНА Е. А.**, доктор социол. наук, профессор Астраханского филиала Международного юридического института, г. Астрахань.

**Адрес редакции:** 197373, Санкт-Петербург, ул. Планерная, 47, к. 5 литер А, кв. 135

**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: 21.06.2022  
Тираж: 10 000 экз. Заказ № 2-3705-IV  
© Издательский Дом СТЕЛЛА, 2022



Отпечатано в ООО «Типография Фурсова»  
196105, Санкт-Петербург, ул. Благодатная, дом 69  
Тел. +7(812)646-33-77



#### Уважаемые коллеги!

Данный выпуск журнала традиционен и в то же время необычен. Как мы и предполагали, тема коронавирусной эпидемии немного отошла на второй план. Но в преддверии курортного сезона на главное место выходит тема санаторно-курортной реабилитации и оздоровления в нашей стране. Вашему вниманию представлен сравнительный анализ европейских и российских курортов. Он не подробный, но, тем не менее, дает представление о состоянии санаторно-курортной системы в России.

Не менее важна и тема медицинской профилактики, которой была посвящена 2-ая международная конференция, состоявшаяся в Татарстане 11–12 мая. Репортаж представлен в журнале.

Мы продолжаем публикации о новых, альтернативных методиках лечения и оздоровления, в частности, о сказочной арфотерапии, фитотерапии, цветотерапии.

Обратите внимание на фундаментальные статьи по истории эпидемий (по материалам доклада в Русском Географическом Обществе), о подходах к решению проблемы часто болеющих детей, а также о причинах низкой успеваемости студентов-медиков. Согласитесь, такие темы в научных журналах поднимаются нечасто.

Многие статьи, как обычно, являются предметом дискуссий в медицинской и психологической среде, и мы будем рады участию наших читателей в обсуждении актуальных тем.

Приглашаем вас участвовать в международных конференциях и рабочих поездках по обмену опытом, организуемых Обществом специалистов «Международное медицинское сотрудничество», которое функционирует при нашем издательстве с 2012 г. Все анонсы будущих мероприятий вы найдете на страницах журнала и на сайте издательства.

Ждем ваши отзывы, мнения, предложения, статьи, обзоры и т. д.

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

#### Фото на первой обложке:

**Шабашова Надежда Венедиктовна** — врач-иммунолог, доктор медицинских наук, профессор Северо-Западного государственного медицинского университета, г. Санкт-Петербург.  
Статью Н. В. Шабашовой читайте на стр. 24

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

## ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ

- **Возвращение к истокам: основы медицинской профилактики с точки зрения традиционной народной медицины**
- **Пластик и качество бутилированной питьевой воды**
- **Биоклиматический паспорт санатория и биоклиматическое описание местности**
- **Кондуктивная педагогика как эффективный метод реабилитации пациентов с нарушениями движения**
- **Ландшафтотерапия и дендротерапия**
- **Полипрагмазия и гомеопатия**
- **Современные методы лечения ожирения**
- **Конформационные болезни и фитотерапия**
- **БАДы из морепродуктов: сферы применения**
- **Возможности и разнообразие арт-терапии**

## ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ

Подписку на журнал «Пятиминутка» можно оформить непосредственно в редакции или отправить запрос на e-mail: [stella-mm@yandex.ru](mailto:stella-mm@yandex.ru)

## ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАРТНЕРОВ

1. Приглашаем к сотрудничеству отечественных и зарубежных производителей качественной фармацевтической продукции, предпочтительно натурального происхождения, производителей изделий медицинского назначения и аппаратуры, натуральных продуктов питания, включая детское, лечебное и спортивное питание, качественной питьевой и минеральной воды, а также санаторно-курортные учреждения, реабилитационные и оздоровительные центры, клиники и диагностические лаборатории.

2. Приглашаем к сотрудничеству специалистов всех отраслей медицины, психологии, коррекционной педагогики, социологии, медицинской географии, экологии, представителей социально ориентированных общественных организаций, авторов интересных методик и программ. Материалы для публикаций и заявки на участие в мероприятиях и выездных программах присылайте по адресу: [stella-mm@yandex.ru](mailto:stella-mm@yandex.ru) или [hegu@mail.ru](mailto:hegu@mail.ru)

## 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:

- Санаторно-курортное лечение.** Мамаева М. А.  
Курорты европейские и курорты российские: плюсы и минусы [4–8]
- Медицинская география.** Вакулова И. Н.  
COVID-19: сквозь века. Прошлое и настоящее эпидемий (доклад на заседании секции Медицинской географии Русского Географического Общества 05 апреля 2022 г.) [9–15]
- Событие**  
Вторая международная научно-практическая конференция «Профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний» [16–17]
- Педиатрия.** Григорьев К. И., Трубина М. А., Григорьев А. И.  
Реактивность детского организма: современная педиатрическая практика [18–23]
- Иммунология.** Шабашова Н. В., Ткаченко Е. В.,  
Иммуномодуляция как тактика лечения и профилактики ОРВИ у часто болеющих детей [24–30]
- Инновационные технологии.** Егоров В. Л.  
Нейропсихологические тесты и программы стимуляции когнитивных функций [31–32]
- Альтернативная медицина.**  
Интервью с Эдуардом Шухари (Alizbar)  
Сказочная арфотерапия: механизмы исцеления [33–35]
- Санаторно-курортное лечение.** Мамаева М. А.  
Фитотерапия в комплексных программах санаторно-курортного лечения [36–39]
- Наши учителя.**  
Коновалов С. В., Тихановская Е. О., Смирнов И. Г.  
Виктор Николаевич Шевкуненко.  
Жизненный путь ученого [40–45]
- Пятиминутка 10 лет спустя...** В. А. Головаченко  
Опыт применения Латексного Тканевого Клея в оториноларингологии (обзор) [46–49]
- Инновационные технологии.**  
Елистратов Д. Г., Виноградова О. П.  
HDBA органик комплекс: код молодости разгадан! [50–53]
- Актуальная проблема.** Морозов Д. М.  
Синергетический эффект при курсовом приеме минеральных и активных питьевых вод [54–57]
- Медицинское образование.**  
Позднякова А. А., Смирнова Т. В., Шевчук Ю. А.  
Анализ причин низкой успеваемости студентов-медиков [58–59]



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

## КУРОРТЫ ЕВРОПЕЙСКИЕ И КУРОРТЫ РОССИЙСКИЕ: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ

Сейчас много говорят об успехах нашей санаторно-курортной отрасли, каждый санаторий имеет свой красочный сайт в интернете с описанием разнообразных лечебно-оздоровительных программ, активизировалась реклама отечественных курортов. Но как обстоит дело с качеством предоставления санаторно-курортной помощи, наполненностью лечебно-оздоровительных программ в отечественных санаториях, и насколько высок уровень сервиса, по сравнению, например, с европейскими курортами, — такой анализ мало кто проводит и, тем более, озвучивает. Ведь, чтобы проводить такие сравнения, необходимо хорошо изучить истинное положение дел как в отечественной курортологии, так и в европейской, а, значит, совершать много рабочих поездок, именно рабочих, а не празднично-парадных и не протоколно-формальных, посещать курорты лично, общаться с коллегами непосредственно на местах, изучать практический опыт.

### МОЖЕМ ЛИ МЫ ВЫСТУПАТЬ В РОЛИ ЭКСПЕРТОВ?

В 2012 г. при Издательском Доме СТЕЛЛА, который является учредителем и издателем журнала «Пятиминутка», организовалось и стало активно функционировать Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество». Это общественное объединение врачей разных специальностей, а также психологов, коррекционных педагогов и т.д., которых интересовало изучение программ санаторно-курортного лечения, прежде всего, на европейских курортах, поскольку отечественный сектор данного направления здравоохранения в то время еще не восстановился после разрушительных «реформ» 90-х, курортологию давно не преподавали в отечественных медицинских вузах и колледжах, и за 2,5 десятилетия выросло целое поколение врачей, не имеющих знаний в области санаторно-курортного лечения.

Деятельность Общества специалистов складывалась поэтапно:

- регулярно организовывались рабочие поездки специалистов по обмену опытом на отечественные и зарубежные курорты, международные семинары, конференции, круглые столы по теме санаторно-курортной реабилитации и оздоровления пациентов;
- за 10 лет специалисты Общества изучили опыт реабилитологов Венгрии, Сербии, Словении, Германии, а также многих отечественных курортов;
- по итогам рабочих поездок полученные знания анализировались и регулярно публиковались в журналах, озвучивались в выступлениях на конференциях, семинарах, конгрессах в различных регионах России (Санкт-Петербург, Екатеринбург, Казань, Астрахань, Калининград, Орел, Великий Новгород и др.)
- на базе практических знаний подготовлена Программа ПК для специалистов «Санаторно-курортная реабилитация» — 144 ак. ч.;
- в рамках разумного сотрудничества с туристическими компаниями в направлении медицинского туризма подготовлены краткие информационные курсы по медицинскому туризму для сотрудников турфирм (санаторно-курортный ликбез); консультирование туристических компаний специалистами Общества; проводятся совместные семинары для турфирм и врачей.

В 2015 г. в Издательском Доме СТЕЛЛА вышла книга «Курорты Венгрии глазами российских специалистов», в которой научно-популярным языком изложены основные знания о программах венгерских курортов с учетом их специализации, показаниях и противопоказаниях к пребыванию на курортах, дано описание механизмов воздействия на организм природных лечебно-оздоровительных факторов, а также описание отдельных методик, успешно применяемых на курортах Венгрии. Дополнительно представлена историческая справка о стране, культуре Венгрии, туристических возможностях, национальных брендах, достопримечательностях.

Таблица 1

**СИСТЕМА САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СССР И В РОССИИ (СЕГОДНЯ)**

	СССР	Россия, наши дни
Научное сопровождение	14 НИИ курортологии (изучение влияний природных факторов на здоровье, разработка сан-кур. программ, показаний и п/п для сан-кур. лечения, строительство курортных кластеров и т.д.). Всего число НИИ, филиалов и самостоятельных лабораторий доходило до 24.	Все советские фундаментальные НИИ или закрыты, или перепрофилированы, последний оплот — НИИ в Пятигорске (тоже реформируется). Головное учреждение — Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздрава России (Москва)
Гос. управление	Санатории полностью на балансе и управлении государства	Санатории частные или ЧГП. В ведении Минздрава — всего 45 санаториев из 1777 (2019 г)
Обеспеченность СКЛ населения	Число детских санаториев в 1975 по сравнению с 1913 возросло с 14 до 1219, т.е. в 87 раз; а коек в них — почти в 542 раза; коечный фонд детских санаториев составлял 32 % всех санаторных коек.	По данным Роспотребнадзора, в 2020 г. СКЛ обеспечивались только 11,3 % из общего количества детей с выявленными хроническими заболеваниями, нуждающихся в СКЛ. По данным ФСС СПб, лишь 9 % нуждающихся обеспечены б/п путевками в санатории. Остальные получают СКЛ на платной основе или не получают совсем.
Подготовка кадров	Преподавание в мед. вузах и мед. училищах курортологии и ее отдельных элементов	В течение 30 лет нет подготовки по курортологии в вузах и колледжах. Есть отдельные курсы.
Число санаториев	На 1 января 1973 было около 400 курортов, 2,2 тыс. санаториев на 440 тыс. мест, 1158 домов отдыха и пансионатов на 308 тыс. мест. В них лечилось и отдыхало свыше 19 млн. человек.	С 2013 по 2019 г в гос. системе здр-ния общее число санаторно-курортных организаций для детей снизилось с 279 до 212 (на 24 %).

Курорты Венгрии, изученные специалистами нашего Общества в рабочих поездках, выстроились в довольно длинный перечень: Хевиз, Бюкфюрдо, Шопрон, Балф, Тапольца, Мишкольц-Тапольца, Залакарош, Харкань, Хайдусобосло, Дебрецен, Мезёкёвешд, Тисафюред, Парадфюрдо, Эгер, Эгерсалок, Лиллафюред, Будапешт, санаторий «Замок Феникс». Несколько меньше список курортов, изученных нашими специалистами в Сербии — Сокобаня, Баня Русанда, ВрначкаБаня, Баня Канижа, и в Словении — Римские Термы, Раденцы, Рогашка Слатина, лечебная гостиница Левадия.

Параллельно продолжали изучать и программы отечественных санаториев, вникая во все проблемы, с которыми приходится сталкиваться санаторно-курортным учреждениям в России. С отдельными санаториями удавалось сотрудничать более плотно, проводить совместные совещания по обмену опытом и даже реализовывать совместные инновационные проекты.

В итоге экспертами нас стали называть руководители санаторно-курортных учреждений, в т.ч. зарубежных. Значит, имеем право анализировать и сравнивать.

**САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ СИСТЕМА В СССР И СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ**

Сначала, справедливости ради, проведем хотя бы поверхностный сравнительный анализ состояния санаторно-курортной системы во времена СССР и в современной России (Таб. 1).

В таблице приведены далеко не все данные, тем не менее, они четко показывают, насколько мощной и поступательно развивающейся была система санаторно-курортной помощи в СССР, которая в 90-х годах 20 века претерпела деструктивные изменения, а затем стала развиваться в направлении медицинского туризма, став, по сути, частью туристической отрасли. Это привело к коммер-

циализации санаторно-курортной системы страны и потере большинства наработок курортологии советского периода. Более 30 лет в медицинских вузах не преподается предмет «Курортология», выросло целое поколение врачей, не имеющих знаний в области курортологии и, тем более, санаторно-курортной реабилитации. Многие бывшие советские здравницы не восстановились после 90-х гг. (как в России, так и в бывших советских республиках), Научные исследования в области курортологии в советский период проводились в 14 профильных НИИ, из которых в настоящее время 13 закрыты или перепрофилированы, а последний оплот научной курортологии — Пятигорский НИИ тоже «реформируется» (5).

На отечественных курортах реализуются, в основном, чисто медицинские программы, нет психологов, социальных работников, тем более, специалистов по арт-терапии, песочной терапии, музыкальной и танцевально-двигательной терапии и другим современным методам психолого-педагогической реабилитации.

Достижения курортологии в период существования СССР можно назвать самыми кардинальными за всю историю курортного дела. В Советском Союзе был определен курс на формирование научного потенциала курортологии, и этому поступательному курсу не смогли помешать ни годы репрессий, ни голод, ни война (1). Курортология СССР была самостоятельной многоотраслевой сферой, которая уверенно развивалась сразу по всем направлениям. К сожалению, с развалом СССР многие наработки советского периода были потеряны.

**СОСТОЯНИЕ ДЕТСКОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КОМПЛЕКСА В РОССИИ**

Особого внимания заслуживает состояние детского санаторно-курортного комплекса в нашей стране. В настоящее время все больше и больше проводится все-



Таблица 2

СРАВНЕНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ ПРОГРАММ В РОССИИ И ВЕНГРИИ

Венгрия	Россия
Системность, комплексность, наполненность-целесообразность, учет совместимости процедур, состояния организма пациента, анамнеза, сопутствующей патологии.	Комплексность, учет совместимости процедур, не всегда учет состояния организма пациента, анамнеза, сопутствующей патологии. Наполненность программ низкая.
Доступность населению разного уровня достатка за счет хорошо работающей системы ОМС	Малая доступность людям с низкими доходами, т.к. много бюрократии, система ОМС работает плохо
Несмотря на то, что большинство купален, СКУ, лечебных гостиниц находятся в частном владении, есть централизованное управление сан-кур. отраслью	Пока еще слабо управляемая отрасль. Попытки возродить советский подход к СКЛ
Всесторонняя поддержка государства	Недостаточная поддержка государства
Научный подход, укрепление институтов реабилитации и курортологии, грамотное внедрение новых методик. Реабилитолог — самая распространенная врачебная специальность.	Развитие научных направлений курортологии бессистемно, нет единой концепции, часто неправильное внедрение новых методик, следуя веяниям моды. Реабилитолог — специальность сравнительно редкая

российских форумов, посвященных здоровью детей. Все чаще и чаще с высоких трибун звучат пафосные лозунги: «Дети — это наше будущее!», «Дети — это стратегический ресурс страны!» и т.д. На деле же мы наблюдаем совершенно иную картину.

В санаторно-курортной сфере — это, прежде всего, сокращение количества детских санаториев. Идет реорганизация и перепрофилирование детских санаториев в санатории совместного пребывания детей с родителями. Соответственно, меняется профиль курортов и, как следствие, число детских санаториев сократилось (1). С одной стороны, санатории совместного пребывания детей с родителями — это хорошая тенденция, а с другой — сокращение числа детских санаториев под маркой перепрофилирования ведет к снижению обеспечения детей санаторно-курортной помощью.

Кроме того, отмечается крайне неудовлетворительное состояние материально-технической базы санаторно-курортного комплекса. В 123 санаторно-курортных организациях, в т.ч. в 27 федеральных, износ зданий составляет более 80% (высокий уровень износа зданий имеют санатории Республики Крым, в некоторых случаях фактический износ до 100%). Большая часть их основных фондов введена в эксплуатацию в 50–70-х годах прошлого века. Последние 30–50 лет не проводился капитальный ремонт этих организаций. У 35% из них более 80% износа медицинского оборудования (1).

В большинстве санаторно-курортных организаций здания и помещения не приспособлены для маломобильных групп населения. Только в 5% таких организациях созданы условия для инвалидов. Это при том, что в стране наблюдается рост детской инвалидности. Если на 1 января 2018 года абсолютное число детей-инвалидов составляло 636 024 человека, то на 1 июня 2020 года — 698 500 чел., т.е. увеличилось на 10% (1).

В ряде регионов страны отмечается дефицит медицинских кадров. Средняя укомплектованность санаторно-курортных организаций и центров медицинской реабилитации детей врачами составляет 80%, средним медицинским персоналом — 79%. В большинстве случаев это медицинские работники предпенсионного и пенсионного возраста (1).

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ СИСТЕМЫ В ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ И В РОССИИ**

Во многих странах, обладающих природными лечебно-оздоровительными факторами, на основе которых строятся программы восстановительного лечения, система комплексной санаторно-курортной реабилитации и оздоровления пациентов успешно функционирует в составе системы здравоохранения. При этом медицинский туризм нацелен, в основном, на привлечение иностранных потребителей (въездной медицинский туризм), что является экономически выгодным. В этой связи обмен опытом в области медицинской, комплексной (социально-психологической и т.д.), в т.ч. санаторно-курортной реабилитации с зарубежными коллегами, несомненно, поможет ускорить внедрение передовых реабилитационных программ в практику отечественных специалистов.

Кроме того, в европейских странах медицинское сообщество более лояльно относится к методам альтернативной и народной медицины, допуская разумное сотрудничество. Такой альянс чаще можно встретить именно в условиях курорта.

Поскольку специалистами нашей общественной организации более всего изучены курорты Венгрии, позволим себе провести сравнительный анализ современных российских и венгерских санаторно-курортных программ (Таб. 2).

Как мы видим из данных, приведенных в таблице 2, в целом пока отечественная система санаторно-курортной помощи проигрывает по многим критериям.

Добавим, что физические искусственные факторы в венгерских программах санаторно-курортной реабилитации и оздоровления имеют лишь вспомогательное значение (электро- и магнитотерапия, ультразвуковая терапия, светотерапия и т.д.), в то время как в России аппаратные физиотерапевтические процедуры в санаториях составляют основу большинства программ (2). Налицо недооценка роли природных лечебно-оздоровительных факторов и их неэффективное использование.

Кроме того, на венгерских курортах довольно широко используются элементы холистической (народной) меди-

СРАВНЕНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ ПРОГРАММ В РОССИИ И ВЕНГРИИ

Венгрия	Россия
Большое значение придается полноценному питанию, эстетике питания, разнообразию блюд, много овощей и фруктов, полезных солений, масел, орехов и т.д.	Нередко отношение к питанию формальное, мало овощей и фруктов, часто небольшой выбор блюд даже на шведской линии
Чистая вкусная питьевая вода, полноценная по своим физико-химическим качествам — из-под крана	Вода не везде фильтруется, из-под крана — не питьевая
Лояльное отношение к альтернативным методикам лечения и оздоровления, к народной медицине	Агрессивное отрицание народной медицины и альтернативных методик — за редким исключением
Широкое использование климатолечения, ландшафтотерапии, аэрофитотерапии	Формальный подход к наполнению пакета «Климатолечение», не-серьезное отношение к ландшафтотерапии, дендротерапии, аэрофитотерапии, терренкуру и их комплексному использованию
Адекватное соотношение «цена/качество», высокий уровень сервиса, мало рекламы	Во многих СКУ цена не соответствует качеству предоставляемых услуг, низкий уровень сервиса, реклама часто не соответствует реальности

цины (фитотерапия, ароматерапия, стоунтерапия, ихтиотерапия, иппотерапия, аэрофитотерапия, звукотерапия (латунные чаши), аюрведа и т.д., что можно считать прогрессивной тенденцией, поскольку венгерские специалисты не склонны отвергать и игнорировать многовековой опыт предыдущих поколений (Таб. 3).

Что касается инноваций, то внедрение новых современных лечебно-оздоровительных методик в практику происходит в Венгрии сейчас довольно быстро, несмотря на традиционную бюрократию в стране. Методики апробируются и изучаются в Будапештском Институте реабилитации, после чего рекомендуются к применению в реабилитационных центрах и на курортах страны. Внедрение методик курируют крупные Ассоциации купален и объединения специалистов.

Ведущее место в реабилитационных программах спортсменов и пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата на венгерских курортах занимает методика подводного вытяжения в термально-минеральной воде, автором которой является венгерский врач Dr.K.Moll. Методика имеет многолетний опыт успешного применения и на практике доказала свою высокую эффективность (Рис. 1).

Приходится с грустью констатировать, что, следуя модным тенденциям, но не изучая глубоко метод, попытки

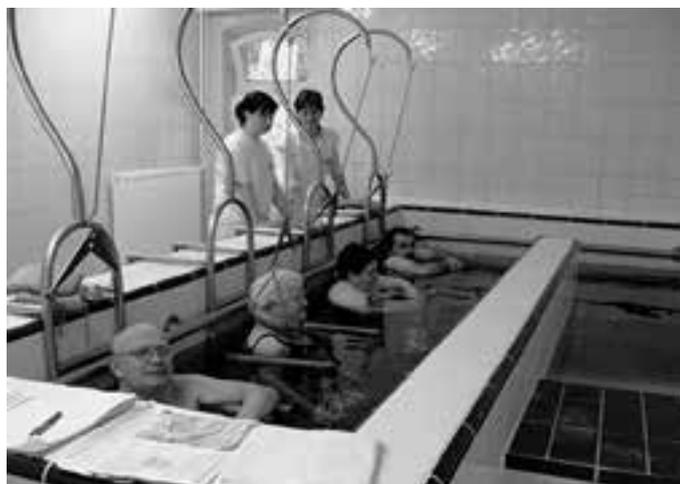


Рис. 1 Венгерский метод подводного вытяжения

копирования таких методик, как подводное вытяжение, в условиях некоторых наших отечественных санаторно-курортных учреждений приводят в профанации уникального метода, который в большинстве случаев в российских санаториях выполняется технически неверно, что негативно сказывается на эффективности процедуры и, соответственно, на здоровье пациентов.

Привлекли наше внимание и элементы социально-психологической поддержки на курортах Венгрии, в частности, устройства для увеличения доступности санаторно-курортных процедур людям с нарушениями движения: подъемники для бассейнов и ванн, специальные дорожки для слабовидящих, пандусы и коляски для неходячих пациентов, специальные тренажеры и т.д., а также некоторые социально-психологические приемы и правила, например, когда с пожилым пациентом-мужчиной занятие проводит молодая девушка и, наоборот, — с пожилой пациенткой-женщиной занятие проводит молодой мужчина, что мотивирует пациентов к занятиям, позитивно сказывается на эмоциональном состоянии. Кроме того, на помогающих должностях в санаторно-курортных учреждениях наравне с здоровыми сотрудниками работают инвалиды, что положительно влияет на комплаентность пациентов с инвалидностью.

Обращаем внимание коллег на некоторые пункты таблицы 3, к примеру, на то, какое значение придается фактору питания в венгерской и российской курортологии. Честно говоря, в Венгрии люди любят вкусно поесть, однако в этой стране ожирение не является национальной проблемой, как в США. Дело в том, что продукты, в основном, натуральные, главный консервант венгерской кухни — это паприка, на полях выращивается огромное количество овощей и фруктов, а знаменитые породы венгерских свиней (мангалица) и серых коров дают такое качественное мясо, которое используется даже в диетическом питании. Преимуществом является и чистая питьевая вода, которую в Венгрии пьют прямо из-под крана, что у наших соотечественников закономерно вызывает удивление.

Все бьюеты с минеральной водой находятся в режиме круглосуточной доступности и снабжены информационными таблицами с составом воды. Состав минеральной



воды указан также в бассейнах на видных местах, есть памятки о правилах пользования лечебной водой в купальнях, поскольку есть ограничения и противопоказания. И в этом повсеместном информационном сопровождении заключается тоже забота о пациентах.

К сожалению, во многих отечественных санаториях (за редким исключением) такое информационное сопровождение либо отсутствует, либо слабо выражено, например, информация о составе лечебной воды может быть в каком-то мало заметном месте либо только в кабинете врача...

Отдельное слово стоит сказать о венгерских лечебных гостиницах. Это уникальные учреждения, имеющие в своем составе не спа-зону (как у нас сейчас модно устраивать), а полноценные реабилитационные медицинские центры, поэтому они успешно справляются с функцией санаторно-курортных учреждений и пользуются большой популярностью, прежде всего, у иностранных гостей. Стране это экономически выгодно, поэтому на международном уровне популяризируют именно лечебные гостиницы, а не санатории, в которых лечение получает венгерское население на бесплатной или почти бесплатной основе по направлению врача поликлиники, как это было когда-то в СССР.

Важным моментом является климатолечение. Нельзя сказать, что в Венгрии повсеместно обозначены полянки для аэрофитотерапии, или активно проводят занятия по ландшафтотерапии. Но повсюду есть оборудованные аэрации, естественные солярии с кушетками, бассейны с минеральной водой, в т.ч. под открытым небом, в парках правильно засажены лечебными деревьями и кустарниками аллеи, чтобы, гуляя по экологическим тропам, люди незаметно для себя получали сеансы аэрофитотерапии и ароматерапии. Нигде нет неухоженных зарослей, мусора или старых, покосившихся построек времен «царя Гороха», чем грешат, увы, некоторые наши санатории.

Недавно пришлось побывать в одном из разрекламированных санаториев Курортного района Санкт-Петербурга на берегу Финского залива. Естественный парк из хвойных и лиственных деревьев давно не видел заботы человеческих рук. Большая неустроенная территория. Несколько крупных корпусов, от которых того и гляди отвалятся балконы, угрожающе висят куски штукатурки. Посреди двора — останки огромного аэриария советских времен, конструкция в любой момент может рухнуть. Есть два бассейна, но они стоят без воды. В разгар рабочего дня в просторном зале ЛФК ни одного человека, отделение ФТЛ пустует. В унылой маленькой комнате с белыми стенами стоит кедровая фитобочка. Это, видимо, «инновация» — для отчетности. Нет ни чайного уголка, ни комнатки для отдыха после процедуры, как это положено по правилам. Пациентов там тоже не было.

О более чем скромном ассортименте «шведской линии» в столовой говорить даже не хочется, настолько все увиденное отличается от изобилия европейских курортов.

И, наконец, сервис. Это, пожалуй, самое больное место нашей санаторно-курортной системы. Обидно пенсионерам, всю жизнь отработавшим на производстве или слу-

жащими, дождавшись бесплатной путевки в такой санаторий, сталкиваться с неудобствами, неуважительным и даже грубым отношением к себе. А многие приезжают и на платной основе...

Конечно, это отдельные случаи. Приходилось видеть и достойные санатории в России, их реклама периодически появляется на страницах нашего журнала, поскольку мы рекламируем то, что видели своими глазами. Но общая тенденция пока все-таки просматривается не в пользу отечественных санаториев.

## ВЫВОДЫ

Развитие здравоохранения и санаторно-курортного сектора в частности является долгосрочной инвестицией в здоровье нации, а, следовательно, в развитие государства. Особое внимание необходимо уделять профилактике заболеваний, профилактика со всех позиций является более выгодной чем лечение болезней (1).

История отечественной медицины указывает на богатый опыт курортологии советского периода, который необходимо рационально использовать и приумножать.

Отечественное здравоохранение располагает кадрами, которые нуждаются в знаниях по санаторно-курортной реабилитации и желают их получать.

Россия обладает всеми возможностями для развития курортологии: огромной территорией, где представлены все климатические курортные зоны; всеми известными природными лечебно-оздоровительными факторами.

В стране есть финансово-экономические возможности для возрождения санаторно-курортных кластеров и обустройства новых — при условии разумного распределения средств.

Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» располагает многолетним опытом изучения зарубежных санаторно-курортных программ, успешно применяемых, в частности, на курортах Венгрии. И мы готовы делиться опытом. ☺

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аналитический вестник № 17 (760) «Проблемы и перспективы развития санаторно-курортного лечения и реабилитации детей» / Материалы заседания Совета по региональному здравоохранению при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации (Совет Федерации, 24 ноября 2020 года), Москва, 2020

2. Софронов Г. А., Пономаренко Г. Н., Дидур М. Д., Бойков А. Н. Оздоровительные технологии на курортах. — СПб: Изд-во «Дума», 2014. — 176 с.

3. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2018 г. № 2581-р (Стратегия развития санаторно-курортного комплекса РФ)

4. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2019 г. (План мероприятий по реализации Стратегии развития санаторно-курортного комплекса РФ)

5. Шакула А. В., Лимонов В. И., Качуровский И. А. Страницы истории Национального медицинского исследовательского центра реабилитации и курортологии. Вестник восстановительной медицины. 2020; 4 (98): 124–130.



**Вакулова И. Н.,**  
главный врач ООО «Морской медицинский центр»,  
Санкт-Петербург, Россия

# COVID-19: СКВОЗЬ ВЕКА. ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ ЭПИДЕМИЙ

(ДОКЛАД НА ЗАСЕДАНИИ СЕКЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ГЕОГРАФИИ  
РУССКОГО ГЕОГРАФИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА 05 АПРЕЛЯ 2022 Г.)

Наивно думать, что за время существования Вселенной ничего не изменилось. Менялся человек, вирусы, микроорганизмы. Тем не менее, наша планета остается единой саморегулирующейся системой.

Эзотерические знания древности также говорят о том, что человечество уже достигло пика своего физического развития, и теперь будет развиваться духовно, пробуждая свои дремлющие способности, и в т. ч. способности прозревать будущее. Некоторые из этих знаний дошли до нас через работы Е. Блаватской, Е. Рерих, Н. Рериха, Н. Бердяева, К. Циолковского, В. Вернадского.

Владимира Ивановича Вернадского (русский и советский ученый, академик, создатель науки биогеохимии), бесспорно, ставят в один ряд с такими признанными гениями, как Аристотель и Авиценна. По космичности взглядов его можно сравнить с библейским пророком.

Вернадский считал ноосферу особой оболочкой разума, которая стоит над биосферой. Ноосфера — это новое состояние биосферы, в котором разум будет определяющим фактором ее развития. Согласно теории Вернадского, Планета Земля — саморегулирующаяся система и может прокормить население от 8 до 10 млрд человек. В случае превышения данной цифры, Земля сама найдет способ изменить численность населения. Земля — живой организм, для которого характерны эпидемии, войны, землетрясения и т. д.

С появлением человека происходит рассеивание энергии в ноосфере, а не ее накопление. Вернадский И. В. считал, что в будущем человечество сможет создавать искусственные экосистемы на других планетах. И на сегодня тому яркое подтверждение работа Илона Маска. Вернадский И. В. явно опережал время своего бытия. Его единомышленниками в сфере освоения космоса были Констан-

тин Эдуардович Циолковский, Александр Леонидович Чижевский, которые считали, что все в мире определяет энергия.

Возраст нашей планеты составляет 5 млрд лет, и первыми ее обитателями были вирусы, бактерии, грибы. Человек является гостем, как на этой планете, так и в царстве микроорганизмов. Covid-19 является этому подтверждением.

Так что же такое коронавирус? Это черная метка эволюции, т. к. человек забыл, что он смертен. И именно эта вирусная атака ему об этом напомнила. При нарушении человеком духовно-нравственных законов происходит заболевание того или иного органа (имеем в виду патологию). В переводе с греческого это значит «страдание», которые так характерны для болезни. И, как всегда, в этот момент на помощь приходят врачи. Надо отметить мужество и героизм наших врачей, так как они «по сути» те же солдаты, только в борьбе с эпидемией.

## ВРАЧЕБНЫЙ ПОДВИГ

Хочется рассказать об итальянском враче Карло Урбани, который в 2003 году предупредил мир об атипичной пневмонии. Он уговорил правительство Вьетнама закрыться на карантин, но сам погиб от эпидемии, с которой сражался. Его судьба находит интересные отголоски в современной пандемии коронавируса.

Карло Урбани был директором по инфекционным болезням Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Этот 46-летний мужчина был человеком деятельным и предпочитал прямое общение и наблюдение за пациентом. Именно это помогло ему обнаружить атипичную пневмонию.



История началась в конце февраля 2003 года. В Ханое в госпиталь поступает американский бизнесмен с китайскими корнями Джонни Чен. Состояние у него плачевное: очень тяжелый, запущенный случай гриппа. В ближайшие несколько дней этим тяжелым гриппом заразятся 40 человек в госпитале, семеро умрут (17%). Всего в мире зараженными окажутся 8 000 человек, 770 погибнут (9%).

На фоне коронавирусной эпидемии COVID-19 эта статистика кажется смешной (в количественном отношении заразившихся). Но наш рассказ не о статистике, а о людях.

Рентгеновские снимки заболевших были очень похожи. Вспоминает доктор: «Мы не знали, что происходит. Это было очень, очень страшно. Никто не представлял, с чем мы имеем дело, и выживем ли мы сами». Антибиотики не помогали. Было выдвинуто предложение, что источником заражения являются дикие птицы, и заболевание было названо птичьим гриппом. Карло Урбани собирал образцы, усиливал процедуры по инфекционному контролю. А беспокоиться было из-за чего: анестезиолог и медсестра, которые присматривали за пациентом в первые дни после его поступления, умерли. И пациент тоже. Осознав возможные масштабы катастрофы, доктор предупредил ВОЗ и усилил меры борьбы с инфекцией: частое мытье рук, ношение перчаток и масок. Он сам брал пробы у пациентов для анализа, что было связано с личным риском. Когда вы берете кровь у людей с опасными для жизни заболеваниями, вы, по сути, держите заряженный пистолет, который «смотрит» вам в лицо. Из лаборатории все сотрудники просто сбежали. Заболевание наводило страх и ужас. Летальность была около 10% от числа зараженных. Большинство умерших от атипичной пневмонии были возрастными и имели ослабленное здоровье.

Карло Урбани получил столь высокую вирусную нагрузку, что у его организма не было шансов побороть инфекцию. Во время перелета обратно из Ханоя в Бангкок у него возник жар. Он предположил, что заразился от своих пациентов, и стал вести дневник самочувствия, который в дальнейшем очень помог другим врачам в распознавании атипичной пневмонии. В аэропорту его встречала группа врачей, которая принимала участие в конференции ВОЗ по атипичной пневмонии, где Карло Урбани должен был делать доклад. Коллегам он сделал знак, чтобы они к нему не приближались. Скорой помощью он был доставлен в больницу. «Его смерть была самым ясным и красноречивым эпилогом, который он мог подвести под свою жизнь».

Его медицинской философией было «оставаться рядом с больным», лечить его и сострадать ему. Ее он озвучил в 1999 году, когда вместе с коллегами из организации «Врачи без границ» получал Нобелевскую премию мира за изучение генома ВИЧ. Тогда Карло сказал, что «...здоровье и достоинство неразделимы в людях, и он обязан быть рядом с пациентами...».

Это история о решительности, сотрудничестве и удаче, в которой большую роль сыграли: раннее обнаружение инфекции и строгие меры инфекционного контроля.

Теперь параллель можно провести и с коронавирусом в Китае. Доктор Ли озвучил в чате, что на рынке морепродуктов зарегистрировано 7 подтвержденных случаев атипичной пневмонии и приложил компьютерную томо-

графию легких. Ли видел отчет о пациенте, у которого был положительный результат на вирус SarS (острый респираторный синдром — доктор Урбани, 2003 год).

Сделаем небольшое отступление: Тема передачи заболевания от животных к человеку — не новая. Сибирская язва — тому подтверждение. С этим заболеванием человечество знакомо уже давно. Еще в древнеегипетских хрониках есть упоминание об этой болезни. Ее упоминали и греки, и образованные римляне. Вспышки в Европе были в 9 веке.

Астраханский губернатор, действительный статский советник, доктор Андреевский Степан Семенович в 1811 г. путем самозаражения доказал, что люди и животные страдают от одной и той же болезни, а не от разных.

Болезнь характеризуется высокой летальностью, поэтому спецслужбы многих государств использовали ее в качестве биооружия:

1940 — нападение японцев в Маньчжурии,

1942 — британцы в Шотландии,

1978 — белые националисты при борьбе с аборигенами Африки (Зимбабве и ЮАР), а также

1993 — члены секты АУМ СЕНРИКЕ пытались использовать при неудавшемся теракте в Японии. Высокая летальность была до применения антибиотиков. Сейчас смертность составляет 1%.

Теперь вернемся к нашему доктору Ли. После публикации правоохранители вызвали Ли на беседу, где обвинили его в распространении заведомо ложной информации в интернете. Его заставили подписать гарантийное письмо, в котором Ли обязался больше не заниматься распространением фейков.

Эстафету Ли поддержали другие врачи в интернете. Позже Верховный суд Китая снял обвинения, и это позволило уханьцам раньше, чем в других странах, надевать маски, избегать рынка диких животных и соблюсти все меры предосторожности от COVID-19, чем в других странах.

Доктор Ли был офтальмологом, но это его не спасло. Он скончался в начале февраля из-за коронавирусной инфекции, которую подхватил от одного из своих пациентов, пришедшего на прием 7 января 2020.

Мы можем гордиться и нашими российскими врачами, которые проявили большую самоотверженность и мужество во время пандемии. Многие из них отдали свои жизни ради спасения пациентов.

«Цена здоровья ощущается после болезни» (Денис Иванович Фонвизин, 18 в.)

## ИСТОРИЯ ПАНДЕМИЙ

Пандемий в истории человечества было много. Пандемия — распространение заболевания в мировых масштабах (в среднем, длится от 2 до 5 лет), и по мере расселения человечества, она всегда была его неизменным спутником. Пандемия, как правило, встречается 1 раз в 10 лет. Перечислим основные:

- Эпидемия оспы в Японии 1 век (730–737 гг. — погиб 1 млн чел.) — 0,32% населения.
- Бубонная чума (черная смерть) 14 век 1347–1351 гг. — погибло 200 млн чел. — 40% населения.
- Оспа (1520 г.) 16 век. Население составляло 600 млн чел. Погибло 56 млн. — 9,3%.

- Чума в 17 веке. Население — 700 млн. чел. Погибло 3 млн. — 0,42 %.
- Чума в 18 веке. Население — 1 млрд. чел. Погибло 600 тыс. — 0,6 %.
- Холера в 19 веке (1817–1823 гг.). Население — 1 млрд 600 млн. чел. Погибло 1 млн — 0,6 %.
- Пандемия чумы в 19 веке (1855 г.). Население — 1 млрд. чел. Погибло 12 млн — 0,67 %.
- Самая страшная пандемия в истории человечества был грипп «испанка». Хотя грипп был известен людям еще во времена античности (его описывал Гиппократ 460 лет до н.э.). По приблизительным оценкам историков, «испанкой» переболело свыше 500 миллионов человек — почти треть населения Земли.

Вопреки распространенному заблуждению, Пиренейский полуостров не являлся родиной «испанского гриппа». А название свое эпидемия получила из-за высокой смертности, которая составила около 40% населения Испании. Количество жертв гриппа, по самым скромным подсчетам, составило более 40 миллионов человек (от 3 до 6% населения земного шара), это больше, чем погибло в Первую мировую войну (умерло 21 млн 500 тыс. при населении 1 млрд 474 млн, что составило 2%).

С 14 века пандемии гриппа происходили довольно часто, этому способствовали рост населения Земли и развитие технологий (в частности, транспортной структуры). А затем через моря и океаны путешествовала болезнь на кораблях и самолетах.

Практически не пострадали от пандемии только отдаленные районы Бразилии и тихоокеанские владения Франции и США, администрация которых сумела ввести жесткие карантинные меры (почти полностью прервав непосредственные контакты с «большой землей»).

Довольно долго держалась Австралия, не допуская на свою территорию моряков из стран, охваченных болезнью. Но избежать пандемии не удалось. Возвращались солдаты с 1-й Мировой войны, которые привезли испанский грипп на материк.

После «испанской» пандемии в XX и XXI веках было зарегистрировано несколько массовых эпидемий гриппа: «азиатского» — в 1957–1958 гг., «гонконгского» — в 1968–1969 гг., «свиного» — в 2009 г.

В настоящее время существует европейский банк гриппа. Это 30 организаций ВОЗ в разных странах. В России по аналогии был создан Институт гриппа, куда поступают ежегодно новые мутирующие штаммы для создания вакцин. Основателем и первым директором Института гриппа был Анатолий Александрович Смородинцев.

Новый грипп поражал в первую очередь молодых людей с хорошим иммунитетом. Ученые считают, что необычность «испанки» была связана с целым комплексом причин:

- Война, стресс, голод, страх, боль, холод, что приводило к снижению иммунитета.
- Нехватка позитивных эмоций сделала организм человека в те годы уязвимым для вируса.

Не задумывались ли мы: почему во многих странах сегодня запрещают хмуриться на работе? Стюардессам, официантам... Оказывается, улыбка «запускает» иммунную систему.

**ВЫВОД: НЕГАТИВНОЕ ОЖИДАНИЕ ПРЕОБРАЗУЕТСЯ В МАТЕРИАЛЬНУЮ БОЛЕЗНЬ. ПОЭТОМУ НЕ ЗРЯ COVID-19 СЧИТАЮТ БОЛЕЗНЬЮ СТРАХА.**

Неоспоримый факт, как и тот, что продолжительность жизни человека увеличилась за счет удлинения периода старости. Этого не могли не заметить и другие обитатели планеты — вирусы, которые молниеносно мутируют, взламывая защитные функции и коды организма. Мы имеем в виду «испанку» и коронавирус. В самом начале пандемии была твердо установлена особая опасность заражения людей старшего возраста, поэтому людям старше 65-летнего возраста предписывались самые строгие меры предосторожности в связи с повышенной смертностью этой группы населения.

Анализируя события истории медицины, нужно понимать, что в 1918 году не знали, что «испанка» — это вирус гриппа H1N1. Полагали, что заболевание вызывает гемофильная палочка — Палочка Пфейфера, открытая в 1892 году. И тяжелая форма «испанки», которая поражала легкие, была лишь вторичной инфекцией, т.к. микроорганизм, вызывающий основное заболевание, до сих пор еще не был обнаружен. Стоит сказать, что вирусы были открыты в 1892 году Д.И.Ивановским, но у растений, а не у человека.

Войны и эпидемии — это два брата. Они кровные родственники в прямом и переносном смысле. В 2019 году на планету обрушилась неожиданная атака нового необычного вируса: мир вздрогнул, и появилось желание сравнить эпидемии прошлого и настоящего: пандемию осени 1918 года и пандемию сегодняшнюю, вызванную «коронавирусным пришельцем». Хотелось бы понять, как эти эпидемии связаны в сознании нашего человечества и информационный гиперответ популяции, который мы наблюдаем сегодня.

## **СВЯЗЬ ВИЧ-COVID-СИНТИЯ И ВИРУСОВ МЕЖДУ СОБОЙ**

Развитие человечества происходит непрерывно. Также непрерывно развиваются и изменяются микроорганизмы и вирусы. Группа ученых из Дели нашла уникальное сходство вставок в белке шипов оболочки вируса COVID-19 и ВИЧ. Аминокислотные остатки во вставках белка COVID-19 идентичны в ключевых структурных белках вируса ВИЧ. В вставке аминокислот находится предположительно в том месте, которым COVID-19 атакует клетки организма. Возникает вопрос, каким образом за такое короткое время могли произойти мутации естественным путем? Такое совпадение маловероятно. Наши ученые из СКОЛКОВО — профессор Базыкин и др. считают эти выводы ошибочными и считают эти сходства простым совпадением, т.к. вставки очень короткие: совпадения случайны. Ученые находят совпадения и с другими белками других вирусов. Механизм проникновения в организм очень похож. COVID-19 и ВИЧ проникают в Т-лимфоциты, но ВИЧ, в отличие от COVID-19, способен еще размножаться в них, а COVID-19 просто погибает с Т-лимфоцитами. Однако эпидемиологи находят и исключительные случаи, когда COVID-19 встраивается в хромосомы или, возможно, находится рядом с хромосомой, как строительный материал. На какое время COVID-19 внедряется в клетки



человека (как это делает ВИЧ), пока неизвестно. Мы постоянно открываем новые, ранее не известные виды вирусов. Многие из них совершенно безвредны для человека. В ходе эволюции наша иммунная система научилась бороться с ними. Однако в результате мутации инфекция, которая встречалась раньше у животных, проникает в организм человеку и вызывает заболевания. Наш иммунитет никогда с этим не сталкивался и не выработал защитный механизм.

Коронавирусы — это семейство вирусов, включающие на январь 2020 г. 40 видов РНК-содержащих вирусов, которые могут поражать человека и животных. Название связано со строением вируса, шиповидные отростки которого напоминают солнечную корону, с помощью которой он продавливается в клетку. Вирусы — это самая разнообразная форма жизни, которая появилась одна из первых.

К коронавирусам относят:

1. Вирус SARS-CoV, возбудитель атипичной пневмонии, первый случай заболевания зарегистрирован в 2002 году в Южном Китае.

2. Вирус MERS-CoV, возбудитель ближневосточного респираторного синдрома, вспышка произошла в 2015 году

3. Вирус SARS-CoV-2, ответственный за пандемию пневмонии нового типа в 2019 году (выявил схожесть с коронавирусом летучих мышей).

Да, «испанка» оказалась «крепким орешком». Испанский грипп — это грипп А H1N1. Это цена, заплаченная за адаптацию птичьего вируса, ставшего для выживших людей после пандемии 1918 г. человеческим вирусом. Это цена может быть запрошена вновь путем мутации птичьего вируса. Так планета может реагировать на перенаселение Земли и не правильное к ней отношение, агрессивность и алчность человека.

Ярким тому примером является авария в Мексиканском заливе. На первый взгляд идеальное решение обернулось страшным последствием в дальнейшем. В 2010 г. в Мексиканском заливе на нефтяной платформе произошла авария компании BP (British Petroleum), которая спровоцировала пожар на платформе и разлив нефти, который стал крупнейшим в истории человечества — 5 млн баррелей нефти (1 баррель — 159 литров). Площадь углеводородного пятна составил 250 км<sup>2</sup>. Для сравнения — пятно сопоставимо с площадью города Оренбург. Это потребовало незамедлительных и радикальных действий для устранения топлива. Была искусственно создана бактерия *Mycoplasma laboratorium*, которая получила имя Синтия. Это внутриклеточный паразит, содержащий в себе 482 гена, способный вызывать ряд заболеваний мочеполовой системы (поражает эпителий). Из этой основы были выделены 381 ген (сюда вошли гены, отвечающие за еду и размножение), которые и стали впоследствии «Синтией».

Ученые, создавшие искусственную бактерию, гордились ею, как прорывом науки в сфере экологии, ведь тогда всем казалось, что человек, наконец-то, сумел обуздать природу, однако у природы были свои планы на синтетическую бактерию.

Создатели «Синтии» уверяли общественность в том, что она способна питаться только нефтепродуктами (углеводородами), которые являются продуктом растительного происхождения, а животный белок (который тоже со-

стоит из углеводов) она, якобы, переваривать не способна. Однако из-за того, что бактерия — живое существо, под влиянием тех или иных обстоятельств она способна изменяться и мутировать, что, собственно, и произошло, обернувшись трагедией мирового масштаба. Вскоре после запуска бактерии в Мексиканский залив погибло огромное количество птиц, рыб и прочих животных. Попадая в микроскопические раны на теле животных, она по кровеносной системе разносится по всем органам, за короткое время буквально разъедая все на своем пути.

За считанные дни кожа животных покрывалась кровоточащими язвами, которые впоследствии начинали гнить. При исследовании погибших животных были обнаружены нетипичные язвы и почернения на внутренних органах, которые свидетельствовали о распространении новой неизвестной инфекции — сгустки крови, указывающие на разрывы сосудов и внутренних органов, полостные кровотечения.

Но все было бы не так страшно, если бы люди тоже не состояли из плоти и крови. В скором времени подобные симптомы начали проявляться и у людей, которые купались в Мексиканском заливе, причем, нередко контакт с зараженной водой заканчивался летальным исходом. На начальном этапе болезни у людей появились такие же красные волдыри на пораженных участках, словно следы от ожогов — первый симптом размножения инфекции, как и у погибших в океане животных.

В последнее время ходят слухи о том, что «Синтия» как-то связана с COVID-19, в обоих случаях наблюдаются кровотечения и тромбозы. Вывод делать рано: таким образом планета Земля отреагировала на нерациональное использование природных ресурсов углеводородов (нефть), которые нарушили экологию и обернулись страшной болезнью для животных и человека.

## ХРОНОЛОГИЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

А теперь несколько слов надо сказать о карантине. Ранее я упоминала о жестких карантинных мерах, которые были предприняты во время эпидемии во Вьетнаме (атипичная пневмония), Австралии и Бразилии («испанка»), которые практически не пострадали от пандемии, т.к. полностью прервали контакты с другими материками.

Коронавирусная инфекция вынудила нас тоже ограничить международное сообщение. Были разработаны меры предосторожности для путешественников, главной целью которых явилась защита граждан от вспышки заболеваемости. Правительством был разработан ряд мер:

1. Рассмотрена статистики заболеваемости граждан в разных странах.

2. Проанализирована статистика путешествий.

3. Разработаны меры предосторожности в каждой стране, а также наказание за их несоблюдение.

31 декабря 2019 года в Китайском городе Ухань был выявлен первый случай заболевания пневмонией, вызванной неизвестной инфекцией.

13 января 2020 года — в Германии.

27 февраля 2020 года случаи заражения были зафиксированы на всех континентах, кроме Антарктиды. 10 декабря 2020 года подтверждено 36 случаев заражения COVID-19, которые были завезены из ЧИЛИ военным ко-

раблем, на которых отправляли рожениц на Антарктиду. Таким образом завоевывали свое место под Солнцем — территорию Антарктиды.

Надо отметить, что тяжелых случаев COVID-19 не наблюдали.

11 марта 2020 года объявлена пандемия коронавируса.

Таблица 1

Статистика заражения covid-19 с 2020 года по 2021 год

Country	Начало пандемии в 2020, people	Количество в марте 2021, people
Turkey	1	3 120 013
Portugal	2	31 948
Russia	7	4 492 692
UK	9	4 319 128
Germany	16	2 732 130
USA	68	30 774 033
China	830	90 136
World	121	125 883 360

Самыми дисциплинированными странами по соблюдению мер предосторожности из стран, которые представлены в таблице 1, являются Китай и Португалия. В этих странах число зараженных граждан не превышает ста тысяч человек.

Таблица 2

Статистика путешествий в 2019 году и в 2020 году

Страны	2019, в млн. людей	2020, в млн. людей	%
Portugal	22,8	0,283	98,76
Russia	30	5,1	83
UK	36,9	0,176	99,52
Germany	39,4	2,759	99,23
Turkey	45	12,7	71,78
China	145	0,862	99,41
USA	166	22,9	86,2
World	1,5 млрд. людей	450 млн. людей	70

Из таблицы 2 видно, что число путешественников в Китае в 2020 г. уменьшилось на 99%. Эти меры оказались действенными.

В США количество путешественников в 2020 г. сократилось более, чем на 86%.

В Великобритании так же, как и в Китае, количество граждан, которые посетили страну, сократилось практически на 99%.

На 70% туристов сократилось в Турции.

В России — на 83%.

Самый минимальный поток путешественников был в Германии и Португалии, что составило 5–7% от всех путешествующих.

Авиaperезо́зки сократились на 65,9%. Связь с Ближним Востоком сократилась на 72,2%, в Северной Америке — 65,2%.

Самое небольшое падение авиaperезо́зок было в Азиатско-Тихоокеанском районе.

Каждая страна разработала свои меры предосторожности, но все они сводятся к следующим мероприятиям:

1. ПЦР-тест 48–72 часа.

2. Карантины от нескольких дней до нескольких недель.

3. Вакцинация

В России:

- было принято решение о временном прекращении въезда иностранных граждан с 30 января 2020 г.:

- закрытие регулярных и чартерных авиасообщений со всеми странами.

В США 13 марта 2020 г. американский президент объявил о введении чрезвычайного положения в стране.

Ограничения в отдельных штатах отличались: в одних штатах разрешались занятия спортом на улице, а также ходить в общественные прачечные и навещать близких друзей, в других же штатах был обязателен полноценный комендантский час.

Великобритания с 31 января 2020 года ввела двухнедельную самоизоляцию, масочный режим и социальное дистанцирование. Нарушение данных правил влекло за собой штраф или высылку из Великобритании.

Одним из важных мероприятий по предотвращению распространения инфекции была вакцинация от COVID-19:

В России — декабрь 2020 Спутник V и Спутник Лайт.

В Великобритании — январь 2021 Pfizer и AstraZeneca.

В Германии — январь 2021 Pfizer и AstraZeneca.

В Германии были обязаны соблюсти 10-дневный карантин, иногда карантин может быть сокращен до 5-ти дней.

Турция — в марте 2020 г. введен комендантский час, жители и туристы обязаны находиться в своих домах с 21:00 часов пятницы до 05:00 часов понедельника. Введены возрастные ограничения после 65 лет. Только с 10:00 до 16:00 по будням можно находиться на улице, запрещено пользоваться общественным транспортом. Для того, чтобы были соблюдены все меры, власти страны ввели штрафы. Штрафы для местного населения и туристов выписываются редко, а размер штрафа составляет 900 лир по стамбульскому стандарту (5 000 рублей).

В Москве за нарушение масочного режима штраф составил 5 000 рублей, в Санкт-Петербурге — 4 000 рублей.

С середины марта в Турции зафиксирован резкий рост числа заболевших. Россия прекращает авиасообщение на 3 месяца.

Многие авиакомпании прекратили свою деятельность, что повлияло на экономику страны, а также на туристический поток в странах.

Контроль за туристическими поездками не смог предотвратить пандемию, несмотря на некоторый ранний и недолговечный эффект.

По данным Всемирной туристической организации ООН (UNWTO), количество путешествий по миру за первые 10 месяцев 2020 г. снизилось на 70%, что составляет примерно 900 млн. туристов.

Все эти меры смогли значительно уменьшить риск заболеваемости коронавирусной инфекцией при международных передвижениях.

Анализ Санкт-Петербургского НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера отметил, что в период



пандемии сократилось количество инфекционных больных пищевой токсикоинфекцией на 50%. Вывод: COVID научил нас гигиене, в частности, регулярному мытью рук.

Хочу обратить внимание на важность психологического состояния людей во время пандемии COVID-19.

Еще в Древнем Китае выделяли внутренние факторы болезни:

1. Гнев
2. Страх
3. Горе
4. Тоска
5. Желание

Считали, что именно эти эмоции являются причинами заболеваний.

Гиппократ выделял также внешние факторы: ветры, погода и др. И все же здоровье можно рассматривать как гармонию тела и духа, для которого необходимы физические нагрузки, умеренность в питании и духовно-нравственное образование. А Пифагор считал, что необходимо отсекал от тела болезнь, от души — невежество, от желудка — излишество.

Мишель де Монтень, французский писатель и философ эпохи Возрождения (16 век) в труде «Размышления над природой человеческого духа» отмечает: «Кто заражен страхом болезни, тот уже заражен болезнью страха».

И актуальным остается выражение швейцарского алхимика, врача, философа, естествоиспытателя эпохи Возрождения Парацельса: «Страх ослабляет человека и отдает его на растерзание болезням». Ему также принадлежит высказывание: «Лучшее средство от всех болезней — сильная воля и сильный разум».

## О ВАКЦИНАЦИИ

Вакцинация — это метод профилактики инфекционных заболеваний. Создано множество вакцин, которые предотвращают болезни, такие как оспа, туберкулез, корь, дифтерия, столбняк, полиомиелит и др.

Хочу рассказать о вакцине против полиомиелита. Доктор Альберт Брюс Сейбин родился в Польше в 1906 году. В 1957 году врач решил не патентовать свою вакцину и отказался от авторских прав на изобретение для того, чтобы все фармацевтические компании могли свободно производить эту вакцину и предлагать детям во всем мире. Его вакцина от полиомиелита подавила эпидемию, в т.ч. среди малоимущих детей. Его вакцина, введенная в сахарном кубике, изменила историю человечества, поскольку до этого целые поколения погибали от полиомиелита.

Доктор заявил: «Многие настаивали на том, чтобы я запатентовал вакцину, но я не хотел. Это мой подарок всем детям мира». Он был евреем, и две его внучки были убиты эсэсовцами. На вопрос, есть ли у него желание отомстить, он ответил: «Они убили двух замечательных внучек, но я спас детей по всей Европе. Разве вы не считаете это великолепной мстью?»

В годы холодной войны Сейбин бесплатно пожертвовал свои вирусные штаммы советскому ученому Михаилу Чумакову, чтобы разрешить разработку его вакцины также в Советском Союзе.

Вопрос вакцинации от COVID-19 неоднозначен, учитывая быстрые мутации коронавируса. Уже сейчас известны разные штаммы COVID:

1. Альфа (SARS-CoV-2) — в Великобритании	5. Лямбда (08.2020) — Перу
2. Бета (12.2020) — в Южной Африке	6. Эта (07.2020) — Великобритания
3. Гамма (01.2021) — тропики Амазонки	7. Омикрон (11.2021) — Южная Африка
4. Дельта (10.2020) — Индия Дельта плюс (11.2021)	

Наука не в состоянии так быстро модифицировать вакцины, но в период пандемии вакцина сыграла положительную роль в защите от вирусов. В нашей стране использовались такие вакцины, как Эпивак, Ковивак, Спутник V, Спутник Лайт.

За рубежом использовались вакцины: Moderna, AstraZenika (соответствует нашему Спутнику V), Johnson & Johnson, Pfizer.

Все эти вакцины работают в 2 направлениях:

1. Стимулируют гуморальный иммунитет.
2. Стимулируют клеточный иммунитет.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эпилогом к докладу пусть послужат слова Леонида Семеновича Сухорукова: «Болезнь — это здоровая реакция организма на наш нездоровый образ жизни».

Давайте же относиться бережно к нашей живой планете!

Сегодня мы ни в коем случае не сравниваем «испанку» с COVID-19. Это совершенно два разных вируса и два разных заболевания, мы говорим только об их следе в нашей исторической памяти. На сегодня в мире (COVID-19) 70% инфицированных, 5% — это тяжелые формы заболевания, 1% — летальность среди людей старше 65 лет.

Если сравнить летальность при COVID-19 с другими вирусами, то мы увидим интересный факт:

1. Свиной грипп — летальность 18%.
2. Птичий грипп H7N9- летальность 34%.
3. Птичий грипп H5N1 (высокопатогенный) — летальность 52%.

Напомним, что не надо путать показатели смертности и летальности, как это часто происходит.

Смертность — это показатель количества смертельных исходов на 1000 человек.

Летальность — это % умерших от числа заболевших данным заболеванием.

В мире смертность составляет 150 000 человек в день, а рождаемость 360 000 человек в день.

100 000 — это люди возрастные, которые имели, как правило, несколько заболеваний.

50 000 из них — это сердечно-сосудистые заболевания, инсульты.

Сопоставима смертность от недоедания и голода. Она составляет 40 000 чел.

Каждую минуту умирает 105 человек и рождается 250 человек.

За год умирает 55 млн. человек.

Есть предположение, что вирус создан искусственно: это геном летучей мыши + ВИЧ человека.

Действие COVID-19 похоже на сочетание ОРВИ и СПИД, т.к. поражает легкие и иммунную систему. При сравнении смертности при COVID-19 и сезонном гриппе, мы снова увидим интересные цифры: смертность от COVID-19 составляет 1,5%, а от сезонного гриппа — 0,1%, т.е. в 15 раз чаще умирают от COVID-19, чем от гриппа. В то же время эпидемиологический порог не был превышен.

Много вопросов возникает к ВОЗ:

1. Эпидемиологический порог не превышен, но искусственно создана высокая тревожность среди населения.
2. ВОЗ не должна зависеть от бизнес-интересов.
3. Вирус и информационная составляющая в социальных сетях действовали консолидировано.
4. Произошел развал здравоохранения. Особенно в развивающихся странах. Повысился порог смертности при сердечно-сосудистых, онкологических заболеваниях, при сахарном диабете.
5. Развал медицины произошел по всем отраслям.
6. Заблокирована наука, неправильная статистика.
7. Мир наводнил ужас: психические и неврологические заболевания выросли на 30%.

8. Не понимая всех последствий, объявлена пандемия, порог которой не превысил должного значения — 20–30% от количества населения.

9. Эта игра очень дорого обошлась населению планеты:

- Пустые гостиницы
- Развал транспортной структуры, простаивали самолеты.
- Поток туристов упал на 70%.
- Цена на лекарства в аптеках выросла значительно.

10. Поражена система здравоохранения в России. Роспотребнадзор, который подчиняется ВОЗ и действует не синергично с Министерством здравоохранения.

11. Произошло снижение доступной бесплатной медицинской помощи.

12. Кто ответит за высокую смертность врачей, обусловленную нарушением терморегуляции при вынужденном длительном нахождении в противочумных костюмах? Врачи и так долго не живут. Смертность среди врачей в 6% случаев происходила от нарушения теплопродукции и теплоотдачи, которые губительно действовали на сердечно-сосудистую и дыхательную системы. ☹



Международное  
Медицинское  
Сотрудничество

## 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](http://www.stella.uspb.ru)



# ВТОРАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

Мероприятие состоялось 11–12 мая 2022 г. в курортном местечке Крутушка, недалеко от Казани (Республика Татарстан).

Организатор конференции — Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА (Санкт-Петербург).

География конференции, помимо Санкт-Петербурга и Казани, включала специалистов из Пензы, Москвы, Республики Карелия, Ростова-на-Дону, Великого Новгорода, Кемерово, Беларуси, Венгрии, Таиланда. Специалисты из перечисленных регионов России и зарубежья представили серьезные доклады, в которых изложили свое мнение о состоянии профилактической работы в современной системе здравоохранения и предложили оригинальные пути решения проблем в области профилактики заболеваний.

С приветственным словом выступили Мамаева М.А., кандидат медицинских наук, руководитель Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество», главный редактор научно-практического журнала для врачей «Пятиминутка»; Радченко О.Р., главный внештатный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Республики Татарстан, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей гигиены, профилактической медицины и экологии человека Казанского государственного медицинского университета; Аршанский Е.Я., проректор по НИР Витебского государственного университета им. П.М.Машерова, доктор педагогических наук, профессор (г. Витебск, Беларусь).

Все доклады, представленные на конференции, были яркими и запоминающимися. Никого не оставило равнодушным выступление Разумовской Е.М., доктора экономических наук, профессора Казанского Федерального университета, Института управления экономики и финансов, зав. кафедрой менеджмента в социальной сфере, академика Петровской академии — на тему «Концептуальный подход к формированию системы здоровьесбережения», а также выступление Кузьминой С.В., доктора медицинских наук, доцента кафедры психиатрии и медицинской психологии Казанского государственного медицинского университета на тему «Эмоциональное выгорание как предиктор ранних признаков ментального расстройства».

Крайне актуальным было содержание доклада, посвященного депрессии, который представила Гаянова Г.Г., психотерапевт Республиканского центра медицинской профилактики, Засл. врач Республики Татарстан.

Доклад Чиркина А.А., доктора биологических наук, профессора кафедры химии и естественнонаучного обра-

зования Витебского государственного университета им. П.М.Машерова (Беларусь) был посвящен проблеме метаболического синдрома.

Не нарушил традицию участия в наших конференциях и Университет Семмельвейса (г. Будапешт, Венгрия), доклад о методе кондуктивной педагогики был представлен Др. Ленделем Яношем, помощником декана факультета кондуктивной педагогики университета.

Мамаева М.А. как руководитель профессиональной организации, одним из направлений деятельности которой является изучение традиционных народных оздоровительных практик, изложила свой взгляд на основы медицинской профилактики с точки зрения традиционной народной медицины, а вслед прозвучали сообщения по фитотерапии (Алифанов А.А., Ростов-на-Дону), по йога-терапии (Емельянова Н.А., Таиланд), по танцевально-двигательной терапии (Легкая И., Венгрия), а также по арфотерапии (Элизбар Шухари, Москва).

Программу конференции в полном смысле слова украсили два симпозиума: 1) «Минеральные воды в системе профилактики заболеваний», включавший доклады профессора О.Р.Радченко (главного внештатного специалиста по медицинской профилактике МЗ РТ) о минеральных водах Республики Татарстан и Д.М.Морозова (биоэколог, директор по науке и обучению персонала компании «СТЭЛМАС», г. Москва) о минеральных водах компании «СТЭЛМАС»; 2) «Гомеопатия как важное звено медицинской профилактики», включавший доклады Азарян О.Е. (кандидат медицинских наук, врач онколог, гомеопат, зам. директора МЦ «СТАНДАРТ», СПб) «Полипрагмазия и гомеопатия» и Зариной Н.Н. (врач педиатр, эндокринолог, гомеопат, СПб) «Комплексный подход к решению задачи оздоровления детей. Питание. Гомеопатия. Дефицитные состояния (соли Шюсслера)».

Тема санаторно-курортного лечения и оздоровления на курортах была представлена в докладах Мамаевой М.А. («Сравнительная характеристика санаторно-курортных оздоровительных программ в России и за рубежом»), Трубиной М.А., кандидата географических наук, чл.-корр. МАНЭБ, действительного члена Русского Географического Общества, СПб («Климат как мощный лечебно-оздоровительный фактор. Проблема акклиматизации на курорте»), а также в видео-презентации санатория «Железнодорожник» УП «Витебское отделение Белорусской железной дороги», Беларусь.

Не осталась без внимания и тема коронавирусной инфекции. Так, на конференции были представлены доклады ведущего эндокринолога Приморского района Санкт-Петербурга Луговец Н.И. «Сахарный диабет и коро-



навирусная инфекция» и доктора психологии PhD, хромотерапевта, эксперта по внедрению цифровых технологий для бизнеса и здоровья Национальной Ассоциации квалифицированных производителей (г. Петрозаводск, Республика Карелия) Егорова В.Л. «Постковидные (COVID) когнитивные нарушения. Диагностика, коррекция, контроль. Используя современные цифровые технологии».

Большое внимание делегатов привлекло психологическое направление профилактической работы, представленное в виде доклада «Преимущества и неблагоприятные последствия повседневной онлайн активности» и мастер-класса «Экспресс-диагностика психологического состояния человека с помощью техники метафорических карт» Морозовой А.В., аспирантом Санкт-Петербургского государственного университета, психологом и коучем международной ассоциации ICI, преподавателем психологии и тренером СПб Института практической психологии «Иматон».

Серию докладов по самым актуальным темам представили на конференции студенты и преподаватели кафедры «Педиатрия» Пензенского государственного медицинского университета под руководством кандидата медицин-

ских наук, доцента, зав. кафедрой Мусатовой Л. А. и кандидата медицинских наук, доцента Красновой Л. И.

Отдельная дискуссия о роли микробиоты в поддержке иммунитета проведена микробиологом, кандидатом биологических наук Черняевой И. И.

Несомненным украшением программы конференции был мастер-класс по арфотерапии, который провел настоящий мастер этого редкого оздоровительного направления, известный этномузыкант, композитор, арфотерапевт Элизбар (Эдуард Шухари) и его ассистент, этномузыкант Анна Батурова, а также роскошный концерт, который музыканты подарили всем участникам мероприятия.

В рамках программы пребывания делегаты посетили знаменитый Татарский театр Камала, сказочный Кукольный театр, осуществили интереснейшие экскурсии по Казани и в остров-град Свияжск, путешествия на Голубые озера.

Также проводились обсуждения актуальных вопросов, деловые встречи и переговоры о сотрудничестве.

Приглашаем коллег и всех неравнодушных специалистов присоединяться к нашим конференциям и выездным программам. Следите за нашими анонсами!



**Григорьев К. И.,**  
доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии с инфекционными заболеваниями у детей ФДПО, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия



**Трубина М. А.,**  
кандидат географических наук, член-корр. МАНЭБ, действительный член Российского Географического Общества, г. Санкт-Петербург, Россия



**Григорьев А. И.,**  
доктор медицинских наук, профессор кафедры теории и методик физвоспитания, Воронежский государственный педагогический университет, г. Воронеж, Россия

## РЕАКТИВНОСТЬ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА: СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

*Одной из существенных причин экспоненциального роста большинства хронических неинфекционных заболеваний являются измененная реактивность, стрессы и нарушения адаптации. Стрессорная реакция является генетически детерминированным неспецифическим механизмом адаптации, однако при чрезмерно напряженном и длительном течении она становится фактором патогенеза сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, иммунодефицитов, болезней пищеварительного тракта и прочих патологических состояний. Обсуждаются различные методы лечения и профилактики адаптационных нарушений, включая медикаментозные и немедикаментозные средства воздействия.*

О здоровье ребенка судят по реактивности его организма. Это результат многолетних наблюдений и выводов, сделанных корифеями отечественной педиатрии разных поколений в лице М. С. Маслова, Д. Д. Лебедева, А. Ф. Тура, С. М. Гавалова и др.

Реактивность организма отражает уровень адаптированности ребенка, его защиты от влияния внешних факторов среды, экосбалансированность. Это понятие широко используют в клинической педиатрии как важный компонент патогенеза болезней, в том числе для общей оценки состояния больного. Обычно термином «реактивность» определяют свойство целостного организма, хотя нередко на практике озвучивают частные проявления реактивности — в отношении иммунной, нервной, сердечно-сосудистой и др. систем и даже некоторых видов клеток (тучных, фагоцитов, Т-лимфоцитов и др.).

При оценке реактивности организма учитывают не только ее количественную сторону (гиперергия или усиленная реактивность и гиперергия –ослабленная), но и ее качественный показатель в виде устойчивости организма

к действию повреждающих факторов. Виды реактивности организма: биологическая (видовая), групповая (типовая), индивидуальная, физиологическая, патологическая.

Понятие о реактивности растущего организма занимает центральное место в подготовке врача-педиатра, составляя основные отличия педиатрического подхода от взглядов интернистов, проблем больного ребенка от взрослых пациентов. Вопросы реактивности детского организма изучают с расшифровкой сущности наследственности, факторов риска, нейроиммуноэндокринных взаимодействий, роли гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальной системы, реакций адаптации и стрессов в условиях нормы и патологии.

Изучение изменений реактивности организма составляет основу механизмов реализации физических факторов (теории закаливания и санаторно-курортного лечения), развития спортивной, авиационной и космической медицины. Реактивность присуща всему живому. Теория реактивности, напрямую связанная с адаптацией, стрессом, типами нервной системы и т.д., служит основой ор-

ганизации и проведения профилактических мероприятий при работе с детьми с пограничными состояниями и ограниченными возможностями.

Большую положительную роль на практике сыграло изучение типов конституции/диатезов у детей. Во многом данная теория, основанная на принципах наследственной предрасположенности (без использования термина «генетика»), позволила отечественной педиатрии избежать репрессий, которые были учинены последователям генетики в других отраслях медицины после знаменитой сессии Академии наук 1950 года.

Реактивность обычно рассматривают в совокупности с понятием «резистентность» (лат. *resisteo* — сопротивление) — устойчивость организма к действию патогенных факторов. Возможность возникновения болезни, особенности ее развития и исход, в конечном счете, определяются реактивностью и резистентностью организма, хотя, когда мы говорим об инфекционных заболеваниях, — не в малой степени еще и свойствами патогенного микроорганизма, а также условиями, при которых взаимодействуют организм и патоген.

### КОНСТИТУЦИОННЫЕ ТИПЫ И ДИАТЕЗЫ. БАЗОВЫЕ ОСНОВЫ ТЕОРИИ ОБЩЕЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Академик И.П.Павлов (1849–1936) предложил классификацию типов высшей нервной деятельности по характеру функционирования нервной деятельности с учетом силы, подвижности, уравновешенности процессов возбуждения и торможения. Основатель отечественной педиатрии Г.Н.Сперанский (1873–1969) оценивал реактивность детей с помощью предложенной им термокоагуляционной пробы (эритема на коже). Результаты пробы зависят от типа нервной системы.

Конституциональный тип — это фенотип, сформировавшийся под влиянием генетических и внешнесредовых факторов. В своем развитии он сочетается с определенной адаптивной нормой реакции. Конституциональные типы формируются в результате приспособляемости, эволюционного отбора, наследственного «закрепления». Каждый тип диатеза — обладатель определенных морфофункциональных маркеров, позволяющих прогнозировать развитие будущих заболеваний. В таком случае раннее распознавание структурно-метаболической индивидуальности ребенка/человека становится основой профилактических назначений в рамках персонализированной медицины.

Тип диатеза — сигнал о несостоятельности вполне определенных механизмов реактивности. Для себя отметим, что по примеру западных ученых были многочисленные попытки отказаться от термина «диатез», к счастью, безуспешные.

Назовем основные группы диатезов (1–2):

- иммунопатологические — атопический, аутоиммунный, лимфатический, инфекционно-аллергический;
- дисметаболические — мочекислый, оксалатный, диабетический, адипозодиатез, энергодефицитный;
- органотопические — нервно-артритический, нефротический, атеросклеротический, язвенный, интестинальный, геморрагический;

- нейротопические — психоастенический, вегетодистонический.

В практике наблюдаются все виды диатезов, однако наиболее распространены аллергические (иммунопатологические). Особенно каверзным выглядит отношение к термину «атопический диатез», учитывая его повсеместное распространение. В угоду статистике и международным стандартам присутствует желание полностью заменить традиционный отечественный взгляд на проблему диагнозом «атопический дерматит». Атопический диатез или предрасположенность и атопический дерматит как заболевание, конечно, не синонимы. Отсюда незначительные/временные кожные проявления многие доктора не понимают, как трактовать. Поставили диагноз заболевания, а через 2–3 недели болезни, которая считается хронической, уже нет!

Генетические основы атопического дерматита хорошо изучены, болезнь определяется несостоятельностью генов филагрина, лорикрина, SPINK5 и других, ответственных за синтез структурных компонентов эпидермиса и обеспечивающих барьерную функцию кожи. При атопическом дерматите увеличена трансэпидермальная потеря воды, и аномальная сухость кожных покровов нарушает барьерные функции кожи и ведет к развитию иммунного воспаления. В результате создаются благоприятные условия для аллергенной сенсibilизации и реализации генетически детерминированных иммунных реакций в коже больных (3). Отсутствие диагноза «атопический диатез» с медико-профилактических позиций способствует деонтологическим неувязкам.

Другой случай — «энергодефицитный диатез». Феномен энергодефицитного диатеза — скрытая форма относительной недостаточности цитозенергетического статуса организма. Статус — широко распространенный и накладывающий отпечаток на течение самых разных заболеваний. Для пациентов с энергодефицитным диатезом характерны варибельность течения болезни и отсутствие эффекта от традиционного лечения. Речь идет о заболеваниях, ассоциированных с мутациями митохондриальной ДНК, обеспечивающих нормальный клеточный энергообмен: синдромы Кернса — Сейра, MELAS, MERRF, Пирсона, Барта и др. Между тем, класс состояний, характеризующихся митохондриальным дефицитом, отнюдь не ограничивается первичными митохондриальными заболеваниями. Следует учитывать нарушения клеточного энергообмена в качестве вторичных звеньев патогенеза, типичные для рахита, гипопаратиреоза, сахарного диабета, синдрома хронической усталости, кардиомиопатии, мигрени, печеночной недостаточности и др. Отечественные авторы впервые обнаружили наличие митохондриальных нарушений у детей при болезнях соединительной ткани, таких как синдромы Марфана и Элерса — Данло, при туберозном склерозе, при ряде неэндокринных синдромов, сопровождающихся задержкой роста (4). Сложности диагностики, якобы, откладывают практику внедрения термина «энергодефицитный диатез», но на самом деле это связано с отсутствием международного признания и с привязкой нашего отечественного здравоохранения к страховой медицине, где для оплаты нужен «точный» диагноз в системе МКБ X.

В педиатрической литературе часто употребляют как синонимы понятия «диатезы» и «аномалии конституции». Уже академик Ю.Е.Вельтищев (1930–2010) считал,



что это неправильно. Термин «аномалии конституции» предполагает, по сути, патологическое состояние (аномалия — от греч. *anomalía* — отклонение от нормы), и от него стали потихоньку уходить. Под диатезом понимают генетически детерминированную, полигенно (мультифакторно) наследуемую особенность обмена веществ, определяющую «биохимическую сущность» реактивности организма и предрасполагающую к развитию определенной группы заболеваний. Хотя индивидуальная реактивность организма обуславливает также особенности психовегетативной, нервно-эндокринной и иммунной регуляции.

## ТЕОРИЯ О РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА

В основе лежит теория целостности организма:

- роль нервной системы в патогенезе заболеваний;
- концепция естественных саногенетических механизмов, обеспечивающих иммунитет при наличии патогенного фактора;
- последовательность событий: «заболевание → лечение → выздоровление»;
- теория о следовом патологическом процессе в нервной системе и втором ударе;
- взаимная иннервация нервной системы и органов;
- принцип эндогенизации патологического процесса;
- антиципация (предвосхищение).

Теоретические положения о целостности организма были разработаны академиком А.Д.Сперанским (1888–1961) и его учениками. Отметим роль антиципации как одного из важнейших проявлений жизнедеятельности на всех уровнях ее организации. Она включает в себя предвосхищение биологически значимых событий и предварительную подготовку к ним на основе восприятия многочисленных сигнальных раздражителей (внешних и внутренних), предшествующих будущему событию. Многие формы антиципации считаются врожденными (5).

Формирование и наличие детерминированных антиципативных систем обеспечивает своевременное развертывание стереотипных адаптивных реакций в ответ на типовые патогенные воздействия (механические повреждения, инфекция, гипоксия и т.д.). Это снижает вероятность отсроченных нарушений и является неотъемлемой частью типовых патологических процессов: стресса, воспаления, лихорадки, опухолевого роста и других. Например, стрессорные реакции в ситуации внезапной опасности необходимы, в первую очередь, для энергетического обеспечения будущей локомоторной деятельности (бегство, ответная агрессия); лихорадка препятствует возможной генерализации попавшей в организм инфекции и т.д. Даже отдельные клетки демонстрируют врожденную способность к адаптивным реакциям на основе антиципации наиболее вероятных в текущих условиях изменений окружающей среды.

Дополняет «картину внутреннего мира» концепция патологических систем и саногенетических антисистем, конкретизирующая организующую роль нервной системы в заболевании и выздоровлении. Выделен особый класс форм нейропатологии, инициальным звеном которых являются нарушения в аппарате нервной регуляции функций (клеток, органов, систем) или «болезни дисрегуляции». Генератор патологически усиленного возбуждения в соответствующих структурах центрального нейрорегу-

ляторного аппарата регуляции функций того или иного органа является патогенетической основой для нейросоматических заболеваний, различных поражений органов и систем (6).

Для реакций адаптации выделим роль неспецифической реактивности или способности организма отвечать однотипной реакцией стресса на разнообразные раздражители. По теории Г.Г.Селье (1907–1982), способность к адаптации и приспособление к новым условиям жизни возникает только в результате концентрации усилий или напряжения, отсюда и название — стресс. Универсальность сопровождающей стресс «триады изменений» — уменьшение тимуса, увеличение коры надпочечников и появление кровоизлияний и даже язв в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта (наряду с нарушением обмена веществ, изменением состава крови и иммунного статуса) составляет основу концепции «общего адаптационного синдрома».

Фазы ответных реакций включают четыре общие неспецифические адаптационные реакции (ОНАР), периодически сменяющие друг друга на разных уровнях реактивности организма: тренировки, спокойной активации, повышенной активации, истощения. В основе развития ОНАР лежит количественно-качественный принцип, а в их формировании принимают участие центральная и вегетативная нервная системы, эндокринная, иммунная, окислительная и антиокислительная системы, а также системы пластического и энергетического обмена.

Для стресса характерна активация именно неспецифических приспособительных и компенсаторных реакций организма, обуславливающих повышение его устойчивости к стрессорному фактору. Этим объясняется эффективность неспецифических воздействий — стимулирование адаптационной реакции, повышающей сопротивляемость организма по отношению к различным патологическим процессам. Закаливание или как вариант — активационная терапия (7). Управлять этими процессами можно с помощью не только адаптогенов (двигательная активность, фармпрепараты, физические факторы), но индуцируя изменение хода окислительного стресса на уровне факторов транскрипции и эпигенетических регуляторов (8).

У детей становление нервной системы и механизмов реактивности идет параллельно. Преобладание общих симптомов над местными клиническими проявлениями типично для всей патологии раннего детского возраста. По сути, на практике у детей возможно использование только локальных местных методик, и только на фоне формирования полноценных нервно-рефлекторных связей, иммунных реакций, что в зрелом виде проявляется к 5-летнему возрасту, начинают использовать методики общего воздействия.

В XX веке были получены доказательства селективности действия физических факторов низкой интенсивности, что положило начало развитию новых областей сенсорной физиологии. Выявленные преимущественно кооперативные эффекты в последующем были сформулированы в законе специфического действия физических факторов, за открытие которого А.Ходжкин, А.Хаксли и Дж.Экклз были удостоены Нобелевской премии (1963 г.). Речь идет об «открытии ионных механизмов возбуждения и торможения в нервных клетках». «Малые дозы» открыли

возможность широкого использования аппаратной физиотерапии в детской практике.

Представления о стрессе и адаптации для детей отличаются от аналогичных представлений медицины взрослых. Стресс вносит значительные изменения в конкурирующие отношения между адаптирующими процессами и незавершенностью клеточного или цитоплазматического роста в структурах ткани или органа, что может быть причиной несовершенства или недостаточности функций этой системы или органа, ее низкой толерантности в последующие возрастные периоды (альтерация развития по И. М. Воронцову). Основное положение: стрессоустойчивость у ребенка низкая, а реактивность/адаптивность (способность к адаптации) высокая.

Особое внимание к недоношенным детям и детям, родившимся путем операции кесарева сечения. Данная категория детей характеризуется большой частотой встречаемости у них заболеваний нервной системы, пограничных состояний, патологической потери массы тела, функциональных нарушений ЖКТ, более высокой заболеваемостью в последующем. К группе риска относятся дети, рано переведенные на искусственное вскармливание. Открытые недавно механизмы программирования питанием на ранних этапах развития и эпигенетические истоки развития хронических неинфекционных заболеваний требуют проведения соответствующих профилактических мероприятий (9).

Опять вначале страдают механизмы адаптации, далее следуют варианты нарушений здоровья ребенка. Хотя круг болезней, имеющих прямое отношение к нарушениям процессов реактивности, более широкий. Прежде всего, это класс болезней нервной регуляции: вегетативная дистония, нейромедиаторные синкопальные состояния, синдром ортостатической дисрегуляции, висцеральные симптомы дизэнцефального синдрома, ряд форм сердечных аритмий, аллергических заболеваний, включая бронхиальную астму, неврогенное иммунодефицитное состояние. Синдром вегетативной дистонии (СВД) хоть и относится к так называемым «российским диагнозам», его верификация требует серьезных клинических навыков, поскольку является диагнозом исключения. Встречается в любом возрасте, включая период новорожденности (10).

## ОСОБЕННОСТИ РЕАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Особенности реактивности детей раннего возраста определяются, в основном, тремя факторами, формирующими палитру ответных реакций организма ребенка, как в норме, так и при заболеваниях:

1. Незаконченное морфологическое и функциональное развитие нервной и эндокринной систем (нервные клетки дифференцированы не полностью, формирование корковых центров и миелинизация нервных структур не закончена, недоразвиты пирамидные пути и полосатое тело, многие области коры, низкое содержание медиаторов в мозге).
2. Продолжающееся после рождения формирование системы иммунитета, которое заканчивается к 7–10-летнему возрасту.
3. Высокая проницаемость внешних и внутренних биологических барьеров.

## ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС (АДАПТАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ)

Стресс меняет сложную корково-подкорковую архитектуру метаболических пейсмеркеров в ЦНС, последовательность включения мотивационных центров, в значительной степени дестабилизирует деятельность вегетативной нервной системы и т.д., приводя к развитию или обострению болезни в *locus minoris resistentiae*. Кроме того, дети, страдающие от хронического стресса, как правило, характеризуются низкой приверженностью к ведению здорового образа жизни.

В качестве примеров реализации хронического стресса у детей рассматриваются такие состояния, как постнатальная гипотрофия, целиакия, метаболический синдром, гастродуоденит, сахарный диабет 2-го типа. Установлено, что одной из распространенных причин патологически усиленной стресс-реактивности являются язвенная болезнь, нейрогенный мочевого пузыря, обструктивные нарушения дыхания во время сна и др.

В детском возрасте в качестве хронических стрессовых факторов чаще всего выступают неблагополучие в семье (утрата близких, асоциальные семьи, жестокие взаимоотношения, неполная семья и т.д.), приводящие к эмоциональной депривации. У подростков стрессовые ситуации часто связаны с конфликтными взаимоотношениями с родителями, сверстниками, учителями. Дети, которые живут в сложных условиях (например, в небезопасном, неблагополучном месте), чаще сталкиваются с медицинскими проблемами, стихийными бедствиями. Обязательной психологической коррекции требуют перенесенные травмы, у большинства детей после физической коррекции остаются признаки посттравматического стресса. Сохраняющиеся свыше 6 мес. эмоциональные и соматовегетативные нарушения уже относятся к посттравматическим стрессовым расстройствам или соматоформным (психосоматическим) расстройствам. Синдром жестокого обращения с ребенком — вариант максимально возможного стресса у детей.

При поступлении ребенка в ясли или детский сад нужно уметь предсказать: не грозит ли ребенку переход физиологической адаптации в стадию патологической адаптации? Перестройка динамического стереотипа, нервно-висцеральных и эндокринно-метаболических связей может представлять опасность для детского организма. Готовность к посещению яслей с 1,5 лет, школьному обучению с 6 лет демонстрируют менее 50% детей. Характерно резкое снижение эмоционального тонуса в первые 3–4 дня пребывания в детском саду с последующей нормализацией через 20–30 дней. Период психологической и физиологической адаптации у первоклассников продолжается 4–6 нед., а у ослабленных детей — до 8 нед. и более. Иногда период адаптации затягивается: дети теряются в новом окружении, долго не могут наладить контакт со сверстниками, чувствуют себя одинокими. Субъективным индикатором, отражающим сложности пребывания ребенка в новом коллективе, выступает его расстроенный эмоциональный статус, объективным — когнитивный дефицит.

Бич современного общества — информационная перегрузка и психогенное напряжение. Высокие учебные нагрузки без рациональных форм физического релакса — распространенное явление в школах и колледжах;



они повышают уровень невротизации учеников, негативно влияют на здоровье учащихся. Выделяется даже диагноз — школьная дезадаптация (ШД). Конечно, ШД может выступать маркером психических заболеваний («школьной фобии», школьного невроза, депрессивных расстройств), но ни у кого не вызывает сомнения весомость роли стрессов в реализации данного состояния.

### УЧЕНИЕ О РЕАКТИВНОСТИ И ЛЕЧЕБНАЯ ПРАКТИКА

Развитие инновационной фармакотерапии связано с разработкой рациональных схем лечения на принципах формирования четкого представления о том, какие категории больных и в каких случаях нуждаются в том или ином виде лекарственной помощи. Для клинической фармакологии применим принцип Эрлиха: лекарство должно подходить к мишени/рецептору, как ключ к замку. В последние годы доминирует молекулярный докинг — метод поиска молекулы, способной наиболее устойчиво связываться с мишенью. Меняя пространственное расположение атомов в молекуле, осуществляется активный поиск препарата, например, для нейтрализации коронавируса и т.д.

Но такой подход не очень применим к назначению физических методов лечения. Здесь не обойтись без теории реактивности организма, когда воздействуют на пораженные органы и ткани или организм в целом с целью активизации процессов саногенеза, то есть выступать с холистических позиций, оценки работы всего организма, когда задействованные нами отдельные системы и органы имеют смысл только как часть общности. Механизм действия физических факторов описан как влияние на нормализацию рефлексов и иммуномодуляция. Доказательная медицина отказывается многим методам физиотерапии в праве на использование из-за отсутствия, якобы, точек приложения действия, хотя это неправильно. Организовать двойной слепой контроль для методов физиотерапии подчас невозможно, это не препараты, которые легко помещаются на языке. Основные положения о реактивности организма здесь являются теоретической базой, плюс — клиническая практика. Методы аппаратной физиотерапии и бальнеолечения не должны игнорироваться лечебной практикой, протоколами лечения, исходя из конкурентных амбиций не столько науки, сколько фармфирм.

### КЕРОСОПАТОЛОГИЯ

Возникновение метеотропных реакций характеризуется влиянием на относительно коротком промежутке времени погоды, то есть сочетанием неблагоприятного комплекса метеорологических, синоптических, космических, геофизических и экологических факторов. Механизм метеотропных реакций как любое взаимодействие организма с внешней средой аналогично механизму развития реакций адаптации и стресса.

Следует подчеркнуть, что внутренние процессы при возникновении физиологической метеореакции не вызывают никаких ощущений, а их полезность и целесообразность для организма ребенка не вызывает сомнения. Выдающееся значение для объяснения причин формирования метео-/магнитометеозависимости имело

открытие «информационного» (нетеплового, специфического) действия факторов внешней среды, т.е. теория А.Г.Гурвича и А.С.Пресмана. Биологические эффекты при этом обусловлены не энергетическим влиянием того или иного физического (метеорологического или космического) фактора, а содержанием информации, получаемой от этих агентов биосистемой. Сверхслабые физические сигналы в условиях биорезонанса могут вызывать значительные сдвиги иерархии механизмов энергообеспечения организма. Экспериментальное подтверждение получено в различных исследовательских лабораториях (Н.Д.Девятков, А.Г.Суббота, В.С.Улащик, Г.Н.Пономаренко и др.).

Некоторые авторы в качестве основной причины метеозависимости видят тип конституции. При формировании у детей метеозависимости, как и хронического стресса, большое значение придается влиянию отдаленных последствий недоношенности и перинатальных повреждений нервной системы. Опять сходные механизмы. Дети, родившиеся недоношенными, чаще страдают синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), чем доношенные. Наложение стресса и метеотропных реакций в значительной степени дестабилизирует деятельность вегетативной нервной системы, а метеозависимость — один из патогномичных симптомов СДВГ и СВД.

Отметим, что, в отличие от отечественной практики, где врачи используют высокоинформативные методы диагностики нарушений механизмов адаптации и метеочувствительности (кардиоинтервалография, ЭЭГ, диффузновзвешенная и функциональная МРТ мозга и др.) и вышли на принципы метеопрофилактики, за рубежом основные работы касаются клинико-погодных сопоставлений. Изучаются особенности поведения или здоровья ребенка в зависимости от температурного режима, жары или холода, факторов экологии, особенно при аллергических заболеваниях и т.д. Последняя разработка — медицинская посуточная классификация типов погоды по 7 категориям, согласно принципам «пространственной» синоптики (11). Хотя есть и прорывные исследования, касающиеся попытки расшифровки хромосомных локусов, ответственных за метеочувствительность (12) по примеру СДВГ.

### ОСНОВЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПРОЦЕССОВ РЕАКТИВНОСТИ/ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ

В защите и тренировке адаптационных механизмов режим дня (труда и отдыха) и рациональное, лучше адекватное питание — обязательные условия. Плюс регулярная физическая активность, участие и внимание родителей (психотерапия), закаливание и методы аппаратной физиотерапии.

Обращают внимание на опасность микронутритивного дефицита, который, оставаясь нераспознанным в течение длительного времени, серьезно влияет на рост и развитие ребенка. Клинические проявления микроэлементозов и гиповитаминозов малоспецифичны и могут наблюдаться при различных состояниях. Коррекция дефицита нейромикронутриентов показана детям, испытывающим «синдром высоких учебных нагрузок».

Практически всем детям с нарушенной адаптацией, включая дошкольный возраст, показан электросон (в том числе центральная электроаналгезия), а по показаниям

могут быть рекомендованы амплипульсотерапия, микроволновая терапия, лечебный ультразвук, магнито-, свето-, лазеротерапия и др. Рекомендуются традиционные методики закаливания: воздушные, солнечные ванны, водные процедуры. Преимущество отдается так называемым контрастными методикам. При всех вегетообусловленных заболеваниях эффективным средством оздоровления признано санаторно-курортное лечение.

При наличии повышенной метеочувствительности практическое значение имеют информационные технологии прогноза влияния неблагоприятных погодных условий или применение неспецифических мер метеопрофилактики, включая баротренировки (13). С сожалением отметим, что метеопрофилактика и хронотерапия заболеваний в настоящее время теряют свою популярность. Если при назначении детям лекарственных препаратов учитывать особенности метеочувствительности и биоритмов, то эффективность лечения повышается.

В большинстве случаев лучше постепенно увеличивать лечебные нагрузки, т.е. начинать с малых, в основном, немедикаментозных назначений. Хотя в отдельных случаях, при выраженных клинических проявлениях преимущество будут иметь лекарственные препараты прямого действия.

Предусматривается коррекция микробиома кишечника как диетическими приемами, так и использованием пре- и пробиотиков, способствующих повышению сопротивляемости организма и обуславливающих меньшую подверженность депрессии (14). Кишечные бактерии способны синтезировать все основные нейромедиаторы, обнаруженные в человеческом мозге, — серотонин, норадреналин, допамин, гамма-аминомасляную кислоту, цитокины, триптофан, короткоцепочечные жирные кислоты и пр. В частности, недостаточность серотонина рассматривается как значимый причинный фактор в развитии тревоги, агрессии, аффективных расстройств и стресса. Бактерии, способные оказать положительное воздействие на психическое здоровье и психологическую устойчивость, называют психобиотиками.

## МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Препараты магния составляют основу лечения при расстройствах реактивности/стрессах у детей. Своевременная коррекция дефицита магния способна увеличить резистентность организма по отношению к действию стрессоров, нивелировать или смягчить их повреждающее действие. Предпочтение отдают 2-му поколению препаратов — органическим солям магния как оптимальным для коррекции магниевого баланса: лактат магния (Магне В6), цитрат магния (Магне В6 Форте), пидолат магния (Магне В6 в ампулах).

Детям, переживающим стресс, с нарушениями адаптации, вегетативного гомеостаза и явлениями хронического стресса как препараты выбора показаны:

- для коррекции внутриклеточного энергообмена — коэнзим Q (Кудесан), L-карнитин (Элькар);
- для коррекции обменно-трофических процессов — Панангин, Рибоксин, Нейромультивит, препараты калия, витамины А, Е;
- для коррекции нарушений метаболизма мозга — Церебролизин, Энцефабол, ноотропы (Пантогам, Аминалон, Когитум), Мексидол, Глицин;

- для коррекции дисциркуляций в вертебробазилярной системе — Кавинтон или Винпоцетин;
- при повышенном сосудистом тоне — Стугерон, Биовиталь с боярышником, сосудистые препараты и антиоксиданты (Трентал, Тромбо АСС, Димефосфон, Актосегин);
- при устойчивой гипертензии — Каптоприл, Эналаприл (Ренитек).
- при астеновегетативном синдроме, нарушениях сна, тиках, энурезе —  $\gamma$ -амино- $\beta$ -фенилмасляной кислоты гидрохлорид (Ноофен, Фенибут), производные бензодиазепина (Диазепам), дифенилметана (Атаракс), Рудотель. Большие надежды возлагаются при астенических состояниях различной этиологии у детей на нейропротекторное действие цитруллина малата (Стимол) который назначают детям, начиная с 5 лет. Или назначают современный препарат антиастенической направленности деанола ацеглумат (Нооклерин). Как не прямой активатор метаболитных глутаматных рецепторов 3-го типа, он обладает выраженной нейропротекторной активностью, повышая энергообеспечение мозга и устойчивость к гипоксии, улучшая усвоение глюкозы нейронами (15).

Для коррекции расстройств реактивности, выражающихся в синдроме тревожности, используют Тенотен детский в таблетках — препарат, специально созданный для лечения СВД и коррекции нарушений центральной регуляции вегетативных механизмов у детей. ☺

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аномальное развитие детей и ребенок с особыми потребностями. В кн.: Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонов Л. А. Детские болезни. Т. 1. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013: 227–262.
2. Неудахин Е. В. Общие представления о конституции человека, конституциональных типах, аномалиях конституции и диатезах. Вопросы детской диетологии. 2013; т. 11, № 4: 46–50.
3. Прошутинская Д. В. Атопический дерматит у детей. Современный алгоритм лечения и контроля над заболеванием. Вестник дерматологии и венерологии. 2016; 2: 65–70.
4. Сухоруков В. С. Очерки митохондриальной патологии. М.: ИД «Мед-практика» 2011:125–140.
5. Салтыков А. Б., Грачев С. В. Врожденная антиципация как элемент теории медицины А. Д. Сперанского. Лечение и профилактика. 2016, № 1 (17): 7–12.
6. Крыжановский Г. Н. Саногенез / В кн.: Актуальные проблемы нейроиммунологии. Под ред. Г. Н. Крыжановского, С. В. Магаевой, С. Г. Морозова. М.: Изд-во Гениус Медиа, 2012: 412–414
7. Гаркави Л. Х. Антистрессорные реакции и активационная терапия / Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакина, Т. С. Кузьменко. М.: Книга по Требованию, 2015. — 559 с.
8. Юрьева Э. А., Воздвиженская Е. С., Шабельникова Е. И. Стресс. Адаптационный синдром. Участие в патогенезе болезней у детей. Практика педиатра. 2020; № 1: 14–17.
9. Нетребенко О. К., Украинцев С. Е., Дубровская М. И. Профилактическая медицина: питание младенца и программирование. Педиатрия. 2016; Том 95. № 2: 124–129.
10. Батышева Т. Т., Зайцев К. А., Саржина М. Н., Квасова О. В., Чебаненко Н. В. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков: клинические проявления, диагностика и лечение: методические рекомендации № 25. М.: Департамент здравоохранения г. Москвы, 2015: 31 с.
11. Kim Y. M., Kim J., Jung K., Eo S., Ahn K. The effects of particulate matter on atopic dermatitis symptoms are influenced by weather type: Application of spatial synoptic classification. Int J Hyg Environ Health. 2018; 221 (5):823–829. doi: 10.1016/j.ijheh. 2018.05.006.
12. Солимене У., Бруньоли А., Минелли Э. Метеопатия: Влияние атмосферных условий на здоровье и настроение. — М.: Арбения, 2003: 224 с.
13. Григорьев К. И. Стресс и метеoadаптация в детском возрасте. М.: МЕД-пресс-информ, 2018: 320 с.
14. Комарова О. Н., Хавкина А. И. Взаимосвязь стресса, иммунитета и кишечной микробиоты. Педиатрическая фармакология. 2020; 17 (1): 18–24. doi: 10.15690/pf.v17i1.2078.
15. Громова О. А., Захарова И. Н., Торшин И. Ю., Гришина Т. Р., Лиманова О. А. О патофизиологической терапии астении у детей. Медицинский совет. 2017; 19: 7 с (репринт).



**Шабашова Н. В.,**  
доктор медицинских наук,  
профессор, кафедра клинической  
микологии, аллергологии  
и иммунологии ЛПФ ФГБОУ  
ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
Минздрава России, г. Санкт-  
Петербург, Россия

**Ткаченко Е. В.,** студентка  
4 курса ЛПФ ФГБОУ ВО СЗГМУ  
им. И. И. Мечникова Минздрава  
России, г. Санкт-Петербург, Россия

# ИММУНОМОДУЛЯЦИЯ КАК ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОРВИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

**П**риоритетными направлениями государственной политики в области здравоохранения признаны снижение уровня заболеваемости ОРВИ, совершенствование профилактики, повышение эффективности лечения, поскольку, по данным многолетней статистики, как и в последние годы, именно эти инфекции преобладают, в частности, в детской популяции (табл. 1).

С научно-практической точки зрения в этом отношении особый интерес представляет группа часто болеющих детей (ЧБД), составляющих основную массу больных ОРВИ в периоды повышенной заболеваемости, и, особенно, вне этого времени. В предыдущих работах [9, 11] на основании собственных многолетних наблюдений был проведен анализ причин и патогенетических механизмов развития этого синдрома, которые определяют

Таблица 1

Заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет отдельными инфекционными заболеваниями (ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ (Росстат), ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИИ, 2019 г).

	2005	2010	2015	2016	2017	2018
	<b>Всего, тысяч</b>					
Брюшной тиф и паратифы А, В, С	0,03	0,01	0,003	0,001	0,002	0,0
Сальмонеллезные инфекции	17,4	21,6	17,2	17,1	15,4	16,1
Острые кишечные инфекции	379,7	498,7	500,6	522,9	511,2	503,1
из них бактериальная дизентерия	31,8	9,4	5,5	5,3	3,6	3,8
Вирусные гепатиты	14,3	3,6	2,8	2,7	2,3	1,6
Дифтерия	0,1	0,003	0,001	0,0	0,0	0,0
Коклюш	4,3	4,5	6,0	7,7	5,0	9,5
Корь	0,1	0,1	0,3	0,1	0,5	1,3
Краснуха	96,2	0,2	0,004	0,002	0,001	0,0
Скарлатина	37,4	54,5	38,5	32,4	35,4	37,9
Паротит эпидемический	1,9	0,2	0,1	0,5	1,5	0,7
Ветряная оспа	587,0	610,6	750,0	730,3	790,8	769,5
Острые инфекции верхних дыхательных путей	16062,8	18563,6	20363,8	21352,2	21588,0	20450,9
Грипп	377,6	8,6	21,1	30,2	24,2	18,3
Менингококковая инфекция	2,3	1,1	0,7	0,5	0,6	0,6
Педикулез	56,2	52,0	58,2	52,1	49,5	53,4

качество, способы лечения, реабилитации и конечный желаемый социальный результат. С нашей точки зрения, этот анализ показывает, что этиопатогенез синдрома зависит как от эндогенных причин, так и экзогенных, часто комплексных факторов и причин, как изначальных, так и появляющихся в процессе развития синдрома [9,11]. При этом современный огромный арсенал лекарственных средств до последних лет так и не уменьшает количество ЧБД, существенно не повышая эффективность их терапии (Запруднов А.М. 1996, Самсыгина Г.И., 2005, Маркова Т.П., 2006, Булгакова В.И. и соавт., 2007, Намазова Л.С., Ботвиньева В.В., 2007 и др.) [1, 2, 6, 9, 11]. Среди факторов и причин развития синдрома ЧБД немаловажную роль, как мы считаем, имеют ятрогенные факторы, а именно отсутствие учета **негативного иммуномодулирующего эффекта** современных средств и методов лечения ОРВИ [11], как и рациональной, систематической профилактики.

Анализ многолетних анамнестических данных показывает, что для лечения ЧБД постоянно используются одни и те же симптоматические средства, поскольку этиологическая терапия остается проблематичной, и с завидной регулярностью назначаются антибиотики (Рис. 1). Назначаемые средства улучшают клиническое состояние пациента, снимая остроту тех или других симптомов.

Однако все они свидетельствуют о воспалении, которое организует иммунная система (ИС) для защиты от вирусов, повреждающих при ОРВИ эпителий разных отделов дыхательной системы [9,10]. В норме, прежде всего, слизистая оболочка (СО) носоглотки является первой линией защиты против разнообразных антигенов (АГ), создавая иммунную окклюзию — процесс уничтожения потенциальных возбудителей еще до проникновения их вглубь СО. Это зависит от физико-химических свойств мерцательного эпителия, состава назального секрета и мокроты, где содержатся бактерицидные пептиды, ИФН-а, IgA, фагоциты, и клеток ИС и их взаимодействия на местном уровне [11]. Одновременно, как сами эпителиальные, так и другие клетки врожденной защиты СО выполняют индуктивную роль: распознавание, захват, процессинг и презентацию АГ лимфоцитам с развитием классического адаптивного ответа (АИО), который организует лимфоидная ткань кольца Пирогова-Вальдейера. Все виды ответа протекают в виде воспаления со всеми характерными клиническими признаками при выраженном повреждении СО (болезнь) или без них (пациент не чувствует дискомфорта). В конечном итоге в обоих случаях образуются клетки памяти (КП), которые при повторном поступлении этого же АГ быстро включают эффекторные механизмы



## ФИТОЛОН-МЕД

научно-производственная фирма

[www.fitolonmed.ru](http://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 НЭТИЗ:**

- 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

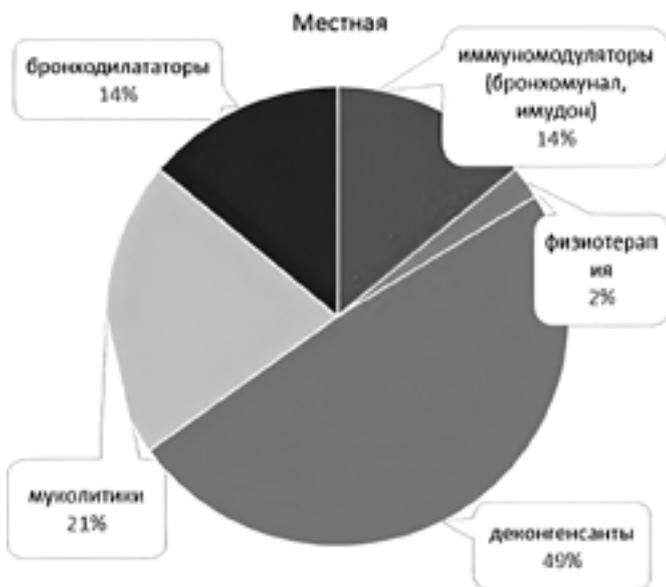


(AT, и/или CD8<sup>+</sup> клетки) без повреждения, т. е без болезни. Вся эта «стройная» система защиты СО «терпит бедствие» от цитопатического действия вирусов при развитии ОРВИ разной этиологии [9,10,11], что «дополняют» традиционные симптоматические средства с негативным иммуномодулирующим действием [9, 11].

Постоянно назначаемые деконгестанты, противовоспалительные, жаропонижающие, антигистаминные, антилейкотриеновые препараты, беродуал и пульмикорт подавляют воспалительную реакцию, организованную ИС для защиты через посредство провоспалительных цитокинов, хемокинов, вазоактивных веществ (ВАВ). Именно ВАВ, выделяемые тучными клетками, базофилами, а затем

эозинофилами, расширяя сосуды в месте реакции на АГ или аллерген, определяют активность притока иммунных клеток и молекул, т.е. местную или даже системную защитную реакцию ИС [10]. Но системное, и даже местное, особенно длительное применение любых средств, разными механизмами препятствующих развитию воспаления, нарушает развитие эффекторной фазы адаптивного ИО и образование КП. Недостаточность эффекторной фазы, определяющей окончательную элиминацию причинного микроорганизма (МО), и образования КП, обеспечивающих высоко эффективный вторичный ИО, приводит к задержке вируса в тех клетках, к которым он имеет тропизм. Это может стать причиной повторных ОРВИ, постоянных

### Симптоматическая терапия

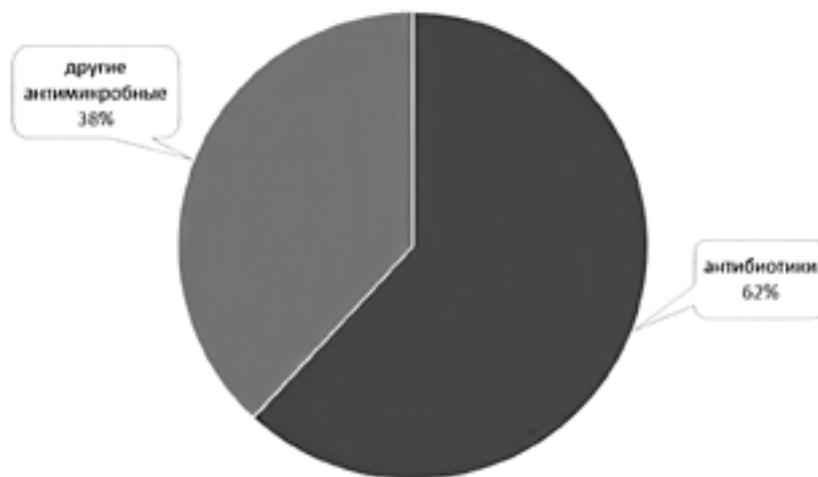


Наиболее часто применяющимися являются деконгестанты



Наиболее часто применяющимися являются жаропонижающие

### Этиологическая терапия



Наиболее часто применяющимися являются антибиотики

Рис. 1. Лекарственные средства местной и системной традиционной терапии ОРВИ

болей в горле из-за увеличения количества слабо функционирующих иммунных клеток в носоглотке, вынужденных хоть как-то отвечать на ежесекундно поступающие любые внешние «агрессоры». Вновь назначаемые те же средства лечения выполняют роль негативных иммуномодуляторов, способствующих неполному восстановлению ИС и/или вторичному иммунодефициту (ВИД).

Ситуация ухудшается, когда быстро исчезают клинические симптомы, и, якобы, здоровый ребенок выписывается в коллектив, где количество и активность внешних «агрессоров» — разных МО, в т.ч. вирусов многократно возрастает. Ребенок вновь быстро заболевает, при этом нередко приобретая вегетососудистые и психосоматические проблемы, характерные для ЧБД [6, 9, 11].

В повседневной практике нередко (Рис. 1) назначают параллельно с симптоматическими препаратами интерферонотропы (амиксин, арбидол, циклоферон и др.), виферон (ИФНа) и иммуностимуляторы бактериального происхождения. Фактически эта тактика «сталкивает» ингибирование и стимуляцию в ходе ИО, увеличивает антигенную нагрузку на поврежденную ИС, усугубляя иммунодефицит, а также может стать причиной пролонгированного повышения температуры и гипердиагностики осложнений с назначением **антибиотиков** [2, 4, 9, 11].

В научно-практической программе Союза педиатров России «Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика» подчеркивается, что **изменение тактики ведения часто болеющих острыми респираторными инфекциями детей, а именно применение превентивной иммунотерапии, ведет к снижению как общей стоимости лечения, так и к непрямо́й экономии** [1]. Мы полностью согласны с этим положением. Тем более, что уже 20 лет назад нами сформулированы **собственные принципы и алгоритм** лечения и реабилитации ЧБД, исходя из представления о том, что патогенетической основой синдрома является нарушение регуляторных механизмов в ИС.

1. Основным **принципом лечения и реабилитации ЧБД** является **комплексный подход**, исходя из функций ИС [9–12]. При этом предпочтение отдается местной и общей **экстраиммунной терапии**, хотя при необходимости предполагается одновременное использование иммуноотропных средств. Средства и методы экстраиммунной терапии воздействуют на ИС двумя путями: уменьшают антигенную нагрузку на организм и опосредованно через другие системы адаптации и обменные процессы. Поэтому они улучшают «снабжение» ИС субстратами для работы и одновременно «облегчают» ее работу и взаимодействие с нервной и эндокринной системами. К ним относятся витамины и микроэлементы в природных комposites, адаптогены, цитамины, эфирные масла (ароматерапия), физиотерапия, сорбционные методы и средства, пре- и пробиотики, гепатопротекторы, пищеварительные ферменты, ЛФК, санаторно-курортные методы и др., которые часто называют общеукрепляющими [9, 11, 12]. Однако все они являются базой для восстановления адекватности иммунного реагирования, без чего никакие «иммуноотропы» не могут быть длительно эффективны, в чем постоянно приходится убеждаться.

2. Все мероприятия лечения и реабилитации ЧБД должны быть **длительными** и настойчивыми до выздоровле-

ния, о котором свидетельствуют не более 1–2 эпизодов ОРВИ в год при отсутствии других очагов хронического воспалительного синдрома, указывающие на восстановление адекватности реагирования ИС, но занимает этот процесс не менее 2–3 лет.

3. Не должны использоваться антибиотики и другие антибактериальные средства как местного, так и общего действия, а также любые средства химического происхождения за редким исключением.

4. **В комплексе иммунореабилитации** следует предусмотреть возможность рецидива или острого, например, респираторного заболевания [9, 11], хотя чаще всего родители ЧБД обращаются в период реконвалесценции. В **острый период ОРВИ** у детей основными симптомами болезни являются повышение температуры и насморк. Мы рекомендуем воздержаться от применения жаропонижающих средств химического происхождения, если температура тела не превышает 38–38,5° С при отсутствии судорог и при удовлетворительном состоянии ребенка, поскольку повышение температуры — признак организации адекватной ответной реакции ИС на внедрение вируса. С самого начала болезни также лучше использовать отвары липового цвета, василька, обильное питье с лимонным соком, ягодами, физические методы снижения температуры. В случаях выраженной отечности СО носа оправдано назначение небольших доз супрастина в течение 1–2 дней.

Симптомы ринита, как и назофарингита, — это **признаки цитопатического действия** респираторных вирусов (парагрипп, аденовирусы, риновирусы) и реакции ВИ на их вторжение. Появляются выделения из носа, которые содержат секрет бокаловидных клеток СО, разрушенные эпителиальные клетки (ЭП), экссудат плазмы крови, цитокины и хемокины, выделяемые инфицированными ЭП, и становятся обильными при болезни, что связано с повышением проницаемости сосудов. Цвет носового секрета при ОРВИ может изменяться из-за увеличения содержания иммунокомпетентных клеток (ИКК). Травмированные вирусами клетки СО остро нуждаются в увлажнении. Поэтому оправданным и важным методом лечения ОРВИ являются ингаляции физиологического раствора, минеральной воды, частые впрыскивания морской воды и т.п. после очищения носа обычным способом. Никогда не рекомендуем промывания, полоскания и т.п., чтобы дополнительно не повреждать эпителий СО и не лишать ее защитных факторов, которые она синтезирует, несмотря на цитопатическое действие вирусов. Избегаем применять какие-либо деконгестанты, учитывая их отрицательное влияние на мерцательный эпителий, мукоцилиарный клиренс и негативный иммуномодулирующий эффект [9, 11]. Альтернативой могут стать пассивные ингаляции, например, композиции натуральных эфирных масел (ЭМ) (мятное, эвкалиптовое, каепутовое, винтергриновое, можжевелевое, гвоздичное). Их преимуществом является возможность длительного применения детьми разного возраста и взрослыми, физиологическое поступление с вдыхаемым воздухом, непосредственное действие на СО дыхательных путей, возможность избежать раздражения СО и мацерации кожи, более того, стимуляция местного иммунитета [3], что подтверждается повышением уровня sIgA в носоглоточных смывах. Показано,



что как отдельные масла, так и в целом их композиция, обладая антимикробной активностью и физиологически оправданными иммуномодулирующими эффектами, не вызывает аллергенной активности даже у больных с БА и ХОБЛ [3]. Существует несколько форм выпуска таких композиций: масло, спрей, гели для детей и взрослых, пластырь-ингалятор, напитки и пастилки, согревающий гель для детей, который наносят на кожу. Он содержит барсучий жир и набор ЭМ (лавандовое, терпентиновое, пихтовое, левоментол, мятное, эвкалиптовое). **Лавандовое масло** способно блокировать даже аллергическое воспаление в бронхах, снимает их реактивность, регулирует воспаление, опосредованным Тх17 и Т-рег-клетками, и НС. Терпентиновое и пихтовое ЭМ обладают противомикробным, антиоксидантным, сосудорасширяющим действием, улучшают теплообмен в тканях [3, 9, 11].

Наряду с перечисленными мерами в острый период мы используем комплексный гомеопатический назальный спрей с местным положительным иммуномодулирующим эффектом. Его противовирусное действие показано в обширных клинических исследованиях и *in vitro* [8]. В настоящее время известно, что цитотоксическому действию подвергаются не все клетки, в которые проникли вирусы. Часть клеток без труда сами противостоят инфекции, иначе любое вирусное инфицирование заканчивалось бы гибелью организма. И пораженные вирусом клетки способны продуцировать интерфероны и паракринным путем защищать другие клетки от вируса. Показано, что подобный нецитотоксический, нецитолитический противовирусный механизм активируется как отдельными компонентами гомеопатического спрея, так, особенно, всем комплексом при инфицировании любым вирусом, не дает побочных эффектов и ингибирует нейраминидазу, посредством которой вирус гриппа получает доступ к клетке-хозяину [8].

Затем назначаем назальные капли дезоксирибонуклеата натрия в течение 2-х недель. Препарат природного происхождения (вытяжка из молок осетровых или лососевых рыб в виде натриевой соли высокоочищенной деполимеризованной нативной дезоксирибонуклеиновой кислоты), обладает высоким цитопротекторным и репаративным действием, антиоксидантными и мембраностабилизирующими свойствами, удаляет из организма свободные радикалы. За счет всех перечисленных эффектов увеличивается активность ЭП и других ИКК в ИО на территории слизистой дыхательной системы, начиная с верхних дыхательных путей. Удобная форма выпуска, простота применения, натуральное происхождение, многочисленные положительные клинические эффекты, а также наш собственный опыт применения дезоксирибонуклеата натрия позволяют нам, как и другим авторам [6,9,11, и др.], рекомендовать этот иммуномодулятор ЧБД как в остром периоде заболевания, так и во время относительной ремиссии.

Обычно после окончания курса дезоксирибонуклеата натрия в завершение острого периода очередного вирусного процесса для закрепления результата назначаем экстраиммунные модуляторы: **водный экстракт прополиса** в виде капель в нос (можно внутрь) и **масло «Фитолон»** (капли в нос или смазывание зева) или **масло «Провитам»**. Прополис, как известно, обладает высокой

бактерицидной, противовирусной, противогрибковой и противопаразитарной активностью, гепатопротекторным (фенольные смолы), антиоксидантным действиями, усиливает регенеративные процессы в тканях за счет гидроксикоричневых кислот (кофейная, кумаровая, розмариновая, феруловая, хинная), то есть в целом позитивным иммуномодулирующим эффектом. Масла «Фитолон», полученные из высококачественных хвойных экстрактов, восстанавливают СО носоглотки на всех этапах лечения и реабилитации как экстраиммунное средство.

5. Не всегда просто решить, с чего и как начинать лечение определенного пациента. Однако фактически стоит вопрос о реабилитации, или правильнее, об **иммунореабилитации**, которая проводится нами по определенному **алгоритму**. Он включает целый комплекс мероприятий экстраиммунной, положительно действующей на ИС модуляции через **изменение образа жизни ребенка**: исключение всех возможных факторов риска (курение старших в квартире, употребление некачественной воды, консервированных продуктов, пусть даже с пометкой «для детского питания», содержащих различные консерванты, красители, сахарозаменители и т.п.), изменение психологического климата в семье (не обсуждать болезни ребенка в его присутствии, формировать его отношение к самому себе, как к здоровому человеку, тактика родителей и живущих с ними родственников должна быть единой по отношению к болезням ребенка и к нему как к индивидууму). Следует проанализировать отношение ребенка к детскому учреждению, которое он посещает, к отношениям между детьми и отношение персонала к детям, не перегружать ребенка всевозможными видами обучения. Необходимыми условиями считаем восстановление полноценного и своевременного сна, режима и питания по возрасту, увеличение времени пребывания на свежем воздухе в периоды относительного здоровья и ремиссии. Желательно дома установить детские гимнастические тренажеры, не надеяться на периодические походы в бассейн, как средство закаливания ЧБД. С этими мерами тесно взаимосвязана рекомендация отсрочить посещение детского учреждения: не ранее, чем через 3–4 недели после полного исчезновения клинических симптомов заболевания, чтобы **уменьшить антигенную нагрузку на ИС**. Для этого также следует ограничить походы в медицинские учреждения, к врачам-специалистам, на дополнительные занятия в кружках, развивающих группах, поездки в транспорте и в дальние края, не контактировать с больными родственниками и знакомыми, отменить профилактические прививки до полного выздоровления. В целом изменение образа жизни ЧБД имеет очень важное значение, о чем не задумываются чаще всего ни родители, ни врачи.

В алгоритме иммунореабилитации ЧБД постоянной составляющей является **коррекция обменных нарушений, дисэлементозов и дисвитаминозов**, поскольку у ЧБД обнаруживают снижение уровня витаминов, а также многих минералов в волосах (Mg — в 94%, Cr — 71%, Mn — 65%, Fe — 70%, Zn — 71%, Se — 76%) [6]. Дефицит минералов может быть при, казалось бы, полноценном питании из-за высокой потребности ИС, вынужденной постоянно организовывать иммунный ответ при частых болезнях, воздействиях неадекватного лечения, хотя не-

гативное влияние может иметь и передозировка витаминов и микроэлементов [9, 11]. Дефицит многих микроэлементов, участвующих в построении множества ферментов ИКК, может быть причиной снижения функции тимуса, НК, гранулоцитов, Т-ЛФ, нейтропении и нарушения пролиферации ЛФ, снижения уровня АТ, т.е. может приводить к иммунной недостаточности. Следует к этому добавить, что низкие уровни Mg, Zn, Cu, Se и S изменяют функции щитовидной железы, гормоны которой являются активаторами ИС. Дефицит Mg может быть причиной неврологических нарушений. низкий уровень Ca и витамина Д у части детей может быть причиной рахита и кариеса. Снижение поступления Zn нередко сопровождается патологией волос, ногтей, сухостью кожи, зудом, высыпаниями, что часто считают проявлением аллергии и назначают неправомерное лечение.

Поэтому добавление в схему лечения микроэлементных композитов и витаминов — это **иммуномодулирующая** терапия с положительным, физиологически оправданным эффектом. Мы рекомендуем для этой цели сбалансированное по макро- и микронутриентам питание и природные комплексы [9, 11, 12]: **Фитолон-сироп, Йод-элам, Лесмин, Витохвоин, Провитам** («Фитолон-Мед», Россия). Они содержат органический йод, цинк, кальций, железо, селен и субстанции с высокой биологической активностью: полиненасыщенные жирные кислоты, бета-каротины, хлорофилл, токоферол, фитостерины, витамины группы В, К и др. Как источник многих биостимуляторов, витаминов, микроэлементов, созданных природой, могут быть использованы препараты **из проростков семян и апипрепараты. Масла Провитам и Фитолон** как композиты хвойных экстрактов, назначаемые местно, дополняют системный эффект, восстанавливая поврежденные вирусами слизистые оболочки и защищая от повторных инвазий и ОРВИ.

Как показывает наша практика, почти у 80% ЧБД сопутствующими заболеваниями являются длительные, часто не леченные или недолеченные дисбактериозы, паразитозы и другие патологические состояния ЖКТ [7]. Они сами по себе могут приводить к ИН, негативно влияя на обменные процессы во всех тканях и органах, особенно, систему гомеостаза [9–12]. В свою очередь эти обменные нарушения усугубляют иммунные дефекты, образуя «замкнутый круг», который дополняется некоторыми традиционными способами лечения. Разорвать его возможно только параллельное включение системного и систематического лечения заболеваний ЖКТ, или профилактика даже при отсутствии клинической симптоматики, исключая антибиотики, другие антибактериальные средства и химиопрепараты. С этим положением согласны многие из цитируемых нами авторов [1, 3, 4 и др.].

Многочисленными исследованиями установлено положительное иммуномодулирующее действие определенных пробиотических штаммов — *Lactobacillus ramosus* GG (LGG) и симбиотический комплекс 2-х штаммов ацидофильных бактерий *Lactobacillus acidophilus* Д-75 и Д-76, подобранных по медико-биологическим свойствам. По нашим данным, — это качественный иммунотропный комплекс, способный даже восстанавливать нейро-эмоциональный статус, и по стабильности эффекта превосходящий другие пробиотики [9, 11]. Кроме стабильного

клинического эффекта в виде нормализации нормобиоты, подавления роста УПФ, применение такого комплекса нормализует баланс между Тх1/Тх2 в сторону первых. Наши наблюдения подтверждают, что **не любой пробиотик может быть эффективным**, а для получения существенного и стабильного положительного клинического эффекта мы всегда параллельно используем **гепатопротекторные** средства, как обладающие, к тому же, положительным влиянием на ИС, и ферменты, облегчающие пищеварительный процесс.

Для коррекции дисбиоза и нормализации функций ЖКТ нередко применяем ламиналакты, основным компонентом которых являются живые невысушенные молочнокислые бактерии, способные эффективно подавлять рост патогенных и условно-патогенных МО. Также в их состав входят ламинария, полный набор незаменимых и заменимых аминокислот, фруктовый пектин и изоляты соевого белка, могут входить травы гепатопротекторного действия, регулирующие обменные процессы, состояние кожи и СО. «Вкусные» драже ламиналактов как источник высокоактивных лактобактерий, биологически активных веществ, в т.ч. с пребиотическими свойствами, применяем не только у ЧБД, но и у других пациентов в периоды повышенной заболеваемости с профилактической целью, и, особенно, у больных с онкологическими и эндокринными заболеваниями.

Для поддержки и восстановления нормобиоты у детей применяем натуральный **пребиотик сироп «Фитолон»**, созданный на основе медного комплекса хлорофилла, яблочного пектина, экстрактов мяты и душицы, воды, фруктозы (или стевии), богат микроэлементами и витаминами из хвои. У детей после 2-х лет выбор может быть остановлен на отечественных энтеросорбентах с пребиотической активностью, основу которых составляют пшеничные отруби, ферментированные штаммом винных дрожжей, он содержит пищевые волокна, пектин, аминокислоты, ферменты и целый комплекс витаминов группы В, Н, К, РР, Е, Д2. В качестве пребиотика рекомендуется и инулин — самый изученный и одобряемый многими исследователями пребиотик, он содержится в артишоках, спарже, топинамбуре, лопухе, одуванчике, луке, чесноке, цикории.

На ранних этапах появления признаков дисбиоза у детей с первых месяцев жизни и позже считаем правильным при наличии пролиферации УПФ использование **бактериофагов (БФ) по чувствительности** [7, 9, 11 и др.], применение которых всегда сопровождаем **гепатопротекторной терапией** (препараты расторопши и др.), **ферментными препаратами** и пребиотиками. Именно эта комплексность приводит к стабилизации кишечного микробиоценоза, исчезновению любых симптомов «пищевой аллергии» и атопических дерматитов, позволяет избежать ненужной гипоаллергенной диеты матери и ребенка, а также приема противоаллергических препаратов, негативно влияющих на ИС и кровообращение [9, 11].

Всегда, учитывая частоту встречаемости **гельминтозов и паразитозов**, которые могут значительно усугублять тяжесть клинической симптоматики у ЧБД и даже являться причиной частых ОРВИ, целенаправленно выявляем и лечим их [9, 11].



Нередко использование перечисленного комплекса мер уже улучшает состояние носоглотки ребенка и увеличивает периоды ремиссии между ОРВИ. При регулярной, как минимум 2 раза в год, профилактике заболеваний ЖКТ с применением физиологичных иммуномодуляторов (эубиотики, гепатопротекторы, адаптогены, препараты природных поливитаминных и микроэлементных комплексов, апипрепараты, ингаляции, ФТЛ, массаж и ЛФК, санаторно-курортное лечение) удается стабилизировать как мукозальный иммунитет СО, так и в целом ИС.

Учитывая выше сказанное, остановимся на рациональности и необходимости лечения и реабилитации ЧБД **иммуотропными иммуномодуляторами**, основываясь на собственном клиническом опыте и современных представлениях о функциях ИС [9–12]. При этом еще раз подчеркнем, что нет и не может быть лекарств, не влияющих на ИС. Потому одним из главных принципов реабилитации ЧБД считаем необходимость назначать каждому конкретному пациенту только те иммуномодуляторы, которые не могут повредить ИС [9, 10, 11].

В своей практике мы никогда не используем препараты микробного происхождения, **ИФНа** и интерфероногенов для лечения в остром периоде заболевания. И связываем неэффективность их неоднократного применения у ЧБД с гиперактивацией ими ИКК, что препятствует ликвидации «разрывов» в ДНК — главного патологического процесса в ИКК [9, 10, 11]. При лечении и иммунореабилитации ЧБД для активации местной защиты только в период относительной ремиссии используем альфа-глутамил-триптофан натрия в виде спрея (иммуотропный эндогенный иммуномодулятор) в нос в течение 5 дней при отсутствии гипертрофии миндалин и интактных региональных лимфатических узлов. На 2–4 недели острого процесса предпочитаем применять полиоксидоний [5], единственный отечественный высокомолекулярный полимерный препарат, созданный с помощью направленного химического синтеза еще в прошлом веке как адъювант (усилитель иммунного ответа). Свойства препарата заложены на этапе разработки и синтеза молекулы. Он не несет на себе чужеродной антигенной нагрузки, не содержит растительных компонентов и может применяться у пациентов с аллергией. N-оксидные группы обеспечивают водорастворимость, биodeградацию в организме, высокую детоксикационную и антиоксидантную способность. Препарат блокирует растворимые токсические вещества и микрочастицы, снижает интоксикационную нагрузку и быстро улучшает самочувствие. С нашей точки зрения, Полиоксидоний — это, скорее, положительный регулятор ИС, нежели прямой стимулятор, поскольку он последовательно активирует все звенья ИС в соответствии с общим принципом работы ИС [10]. Так, прежде всего, Полиоксидоний активирует клетки врожденного иммунитета: увеличивает образование ИКК в КМ, миграцию, фагоцитоз и киллинг НГ, МФ, распознавание АГ дендритными клетками и МФ и представление его в переработанном виде, за счет усиления синтеза HLA-АГ [10]. Как это свойственно ИС в норме, одновременно усиливается выделение провоспалительных цитокинов, активирующих ЛФ, оптимизируется взаимодействие всех клеток в ИО, интегрально усиливает ИО на разные АГ. Важно, что при отсутствии неизвестного АГ активность ИС не усиливается. Препарат не подавляет

нормальные функции ИС и не вызывает иммуносупрессии. При этом его мембраностабилизирующий эффект, что нарушается у людей в состоянии дистресса и при любых интоксикациях, защищает клетки от цитолиза любого генеза, в т.ч. от цитолитического и цитопатического действия вирусов у ЧБД, больных с атопией и аллергией. Полиоксидоний прекрасно сочетается с экстраиммунными средствами, используемыми нами у ЧБД.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной статье мы изложили свой опыт, принципы и алгоритм лечения ЧБД. Считаем категорически неправильным утверждение о вреде иммуномодулирующих препаратов для иммунной системы. Если есть клинические признаки вторичного иммунодефицита с явными изменениями лабораторных показателей или без них, например, синдром частых болезней (частые ОРВИ и/или хронические процессы в различных органах), необходимы иммуномодулирующие средства, методы и препараты, прежде всего, местные и системные экстраиммунные, положительно влияющие на иммунные процессы. Нельзя оправдать постоянное использование при ОРВИ традиционных средств, обладающих иммуноподавляющими эффектами в сочетании с иммуотропными препаратами в избыточных дозировках. Для их применения как с целью лечения, так и с целью реабилитации ЧБД требуются веские основания. ☉

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Намазова Л. С. Российский национальный педиатрический формуляр и рациональное использование лекарственных средств у детей // Практика педиатра. — 2007. — № 9.
2. Безруков К. Ю., Стернин Ю. А. Часто и длительно болеющий ребенок. СПб: ИнформМед, 2011. — 168 с.
3. Булгакова В. А. Композиции натуральных эфирных масел: место в профилактике и комплексной терапии острых респираторных инфекций у детей. // Фарматека — 2016. — № 4 (317). — С. 14–20.
4. Громова О. А., Торшин И. Ю., Лиманова О. А., Федотова Л. Э., Гришина Т. Р. Антибиотикотерапия провоцирует дефицит магния. Что делать? // Фарматека — 2016. — № 14 (327) С. 6–13.
5. Ефимов С. В., Матиевская Н. В., Бойцова О. В. и соавт. Drugs in Context. 2021;10:2020-11-1. DOI:10. 7573/dic. 2020-11-1. (ссылка 15–20).
6. Мамаева М. А. Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления (методическое пособие для врачей-педиатров). СПб: Изд. Дом СТЕЛЛА, — 2011–60 с.
7. Приворотский В. Ф. Заболевания пищеварительного тракта у детей // Домашний доктор. 2014. — № 1. — 137. — 10.02. — С. 1–2.
8. Х.Хайне. О механизме противовирусного действия препарата Эуфорбиум композитум // Фарматека. — 2016. — № 14 (327). — С. 70–71.
9. Шабашова Н. В. Часто болеющие дети: причины, иммунопатогенез и иммунореабилитация. СПб: Изд-во Политехн. ун-та, 2017. — 139 с.
10. Шабашова Н. В. Современная иммунология для практического врача. СПб: Изд-во Политехн. ун-та, 2020. — 104 с.
11. Шабашова Н. В. Иммунитет и иммуномодулирующие свойства лекарственных средств лечения и реабилитации часто болеющих детей. — СПб: Изд-во Политехн. ун-та. — 2018. — 128 с.
12. Шабашова Н. В. Иммунитет, иммунная система и профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний. СПб: Тип. Политехн. Универ, 2013. — с. 119.



**Егоров В. Л.,**

врач, доктор психологии PhD, хромотерапевт, эксперт по внедрению цифровых технологий для бизнеса и здоровья Национальной Ассоциации квалифицированных производителей, г. Петрозаводск, Республика Карелия, Россия

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ И ПРОГРАММЫ СТИМУЛЯЦИИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

*«Информация — это составная, идеальная сторона биокibernетики, отражающая количественное описание различных функций, конкретного результата, закодированного в виде «модели будущего результата» в акцепторе результата действия. Теория функциональной системы, таким образом, позволяет не только исследовать пути поступления информации в организме на «входе» и «выходе» из организма, но с помощью физиологических методов расшифровать внутренний механизм деятельности функциональной системы, а на этой основе использовать ее как основу для построения математических и биологических моделей функционирования живых систем различной степени сложности. Мы полагаем, что переиздание ставших уже классическими работ П. К. Анохина в области кибернетики функциональных систем может быть полезным и продуктивным не только для общей ориентации ученых в сложных противоречивых проблемах науки, но и в стимулировании научных идей, особенно в моделировании и построении роботов новых поколений»*

*Академик РАН К. В. Судаков, Профессор В. А. Макаров (1)*

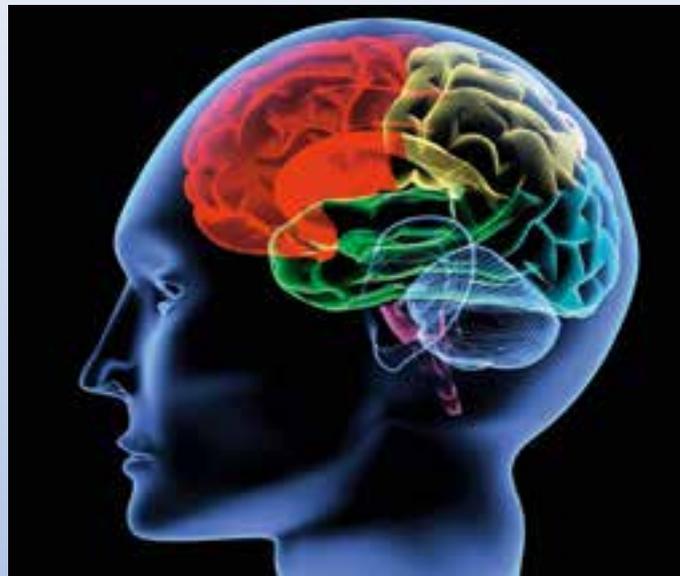
Психическое здоровье человека испытывает огромное влияние со стороны внешних и внутренних факторов — эмоций, стрессовых воздействий, форм мышления, а также факторов окружающей среды, включая экологию, взаимоотношения в коллективе, социальные факторы. Наличие слабых когнитивных способностей в условиях стресса может стать причиной психических расстройств. С возрастом когнитивные способности человека постепенно ухудшаются.

Последние открытия в области неврологии доказывают, что регулярная тренировка ума оказывает позитивное воздействие на людей любого возраста, имеющих когнитивные расстройства, вызванные болезнью, травмой или химиотерапией. Немного пока известно, что можно использовать «Виртуальный сканер» для профилактики своего когнитивного здоровья.

«Виртуальный сканер» — это программно-информационная методика, которая позволяет выявить возможные когнитивные нарушения и расстройства, а также тренировать мыслительную деятельность с помощью персональной программы цветового тренинга в зависимости от потребностей человека.

Каждый пакет нейропсихологических тестов ориентирован на диагностику определенных когнитивных

нарушений. Эта информация имеет большое значение для профилактики расстройств, потому что она является основой для проведения диагностики и планирования адекватной коррекции когнитивных нарушений, а также для мониторинга процесса реабилитации пациента.





«Виртуальный сканер» полезен при следующих состояниях:

- Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)
- Рассеянный склероз и когнитивная усталость
- Болезнь Альцгеймера
- Болезнь Паркинсона
- Деменция
- «Химический туман» (Chemo Fog) или «Химический мозг» (Chemo Brain) — побочный эффект после химиотерапии при онкологических заболеваниях.

И если все перечисленные заболевания хорошо известны врачам, то о последнем состоянии — «Химическом тумане» хотелось бы сказать несколько слов.

Дело в том, что люди, прошедшие курс химиотерапии, подвержены большему риску развития когнитивного расстройства, чем те, кто никогда не проходил курс химиотерапии. А те пациенты, которые получили высокие дозы химиотерапии, подвержены большему риску развития когнитивного расстройства, чем те, которые получили стандартную дозу. Продолжительность курса химиотерапии также имеет большое значение: чем дольше длится лечение, тем больше это отражается на когнитивных способностях человека (2–5).

Такое расстройство известно под названием «Chemo Fog» («Химический туман») или «Chemo Brain» («Химический мозг»), однако до сих пор остается неизвестным, каков механизм развития этой патологии. Химиотерапия не является локальным методом лечения и влияет на весь организм человека. Центральная нервная система, включая головной мозг, относится к особенно чувствительным зонам, подверженным побочным эффектам после прохождения химиотерапии.

В свою очередь, побочное воздействие химиотерапии на когнитивные способности человека также является неспецифическим и может затронуть любую область головного мозга. При этом могут нарушаться такие когнитивные функции, как внимание, гибкость ума, время

реакции, скорость обработки информации, зрительная и пространственная память, а также двигательная и вербальная функции.

Именно поэтому есть необходимость в профилактике расстройств и тренировке любого когнитивного аспекта, который может быть нарушен в результате химиотерапии.

«Виртуальный сканер» позволяет провести комплексное тестирование когнитивных функций для оценки общего когнитивного уровня и дальнейшей тренировки наиболее пострадавших областей головного мозга. Научные исследования таких тренировок подтвердили их высокую эффективность для пациентов. Данные тренировки являются важным дополнением к медицинскому лечению (2–5).

#### Подробнее о программе, консультации:

тел. +7-911-400-38-98

e-mail: dregorov2011@yandex.ru; www.nakp.su

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П. К. Избранные труды: Кибернетика функциональных систем / Под ред. К. В. Судакова. Сост. В. А. Макаров. — М.: Медицина, 1998. — 400 с.
2. James Siberski, Evelyn Shatil, Carol Siberski, Margie Eckroth-Bucher, Aubrey French, Sara Horton, Rachel F. Loefflad, Phillip Rouse. Computer-Based Cognitive Training for Individuals With Intellectual and Developmental Disabilities: Pilot Study — The American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 2014; doi: 10.1177/1533317514539376
3. Preiss M., Shatil E., Cermakova R., Cimermannova D., Flesher I. (2013) Personalized cognitive training in unipolar and bipolar disorder: a study of cognitive functioning. *Frontiers in Human Neuroscience* doi: 10.3389/fnhum. 2013.00108.
4. Shatil E., Metzger A., Horvitz O., Miller A. Home-based personalized cognitive training in MS patients: A study of adherence and cognitive performance — *NeuroRehabilitation* 2010; 26:143–53.
5. Evelyn Shatil, Jaroslava Mikulecká, Francesco Bellotti, Vladimír Burš. Novel Television-Based Cognitive Training Improves Working Memory and Executive Function — *PLoS ONE* July 03, 2014. 10.1371/journal.pone.0101472.



**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. Савушкина, д. 135, корпус 4

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



**От Редакции:** В предыдущих номерах журнала опубликованы статьи Эдуарда Шухари (Alizbar), известного этномузыканта, композитора, арфотерапевта, посвященные арфотерапии — особой разновидности музыкальной терапии (См. «Пятиминутка» № 3–2021 г. и № 1–2022 г.). В 2021 году арфотерапия была включена в программу холистического подхода к санаторно-курортному лечению, которую нашей группе специалистов Общества «Международное медицинское сотрудничество» удалось реализовать в одном из крупнейших санаториев Крыма — «Полтава», г. Саки. Мы продолжаем публикации интервью с Элизбаром, в которых раскрывается суть его авторского метода и механизмы целебного воздействия музыки арфы.



Интервью с Эдуардом Шухари (Alizbar),  
композитором, этномузыкантом, арфотерапевтом,  
Москва, Россия

## СКАЗОЧНАЯ АРФОТЕРАПИЯ: МЕХАНИЗМЫ ИСЦЕЛЕНИЯ

— Элизбар, арфотерапия — это разновидность музыкальной терапии. Почему из множества музыкальных инструментов, которыми Вы владеете, для проведения сеансов музыкальной терапии Вы выбрали именно арфу?

— Арфотерапия — это на самом деле старинный метод гармонизации физического, эмоционального и психического состояния человека, благодаря воздействию на организм вибраций струн арфы. Но современные ученые в поиске новых способов врачевания обратили внимание на арфотерапию лишь в конце прошлого столетия, так зародилась виброакустическая терапия (ВАНТ).

Еще в древности считалось, что существует универсальная связь между духовностью, музыкой и врачеванием. Музыка использовалась для того, чтобы очистить душу и восстановить состояние внутренней гармонии. Музыкальную терапию применяли Пифагор, Авиценна и др.

В Европе музыкальная терапия появилась в начале XIX века с легкой руки французского психиатра Эскироля, который стал включать этот метод в комплексное лечение пациентов психиатрических учреждений.

В России в начале XX века по инициативе В. М. Бехтерева был основан комитет по изучению музыкально-терапевтических эффектов, в результате исследований было выявлено положительное влияние музыки на состояние организма человека, в частности, на сердечно-сосудистую, двигательную, дыхательную, центральную нервную системы.

В конце XX века виолончелист О. Скилле, работая с физически и умственно ослабленными детьми, отметил положительные эффекты от сеансов музыкальной терапии.

В США музыкальную терапию активно развивала арфистка Сара Вильямс. Она исполняла музыку в хосписах, таким образом облегчая болевой синдром у тяжелобольных людей.

В настоящее время создано Общество виброакустической терапии, издаются книги и периодическая литература по данной теме, проводятся конференции по обмену опытом.

Арфа как инструмент, обладающий широким диапазоном звучания и мягким вибрирующим звуком, является самым подходящим инструментом для виброакустической терапии. Другие инструменты этнического ряда мы используем на сеансах арфотерапии дополнительно для воссоздания эффектов звуков живой природы.

К сожалению, в России люди мало знакомы с арфотерапией, в то время как в европейских странах многие медицинские учреждения, в особенности, реабилитационные центры используют арфотерапию довольно широко.

— В чем заключается Ваш авторский метод? В чем особенности арфотерапии Элизбара?

— Авторский метод арфотерапии (Alizbar-harp) включает в себя не только создание и подбор лечебных мелодий, сказочных композиций, не только организацию специальной обстановки, располагающей к релаксу, но и чисто технические тонкости. Проведение этой практики заключается в том, что человек прислоняется к колонне арфы, прислушивается к вибрации и выбирает путем самотестирования наиболее созвучные для своего организма ноты по признаку комфорта или дискомфорта. Концепция основана на представлении, что музыка, которая нужна в данный момент конкретному человеку и способна дать желаемый эффект, состоит из выбранных им самим звуков. Музыкант определяет основную тональность и начинает импровизацию. У каждого человека свой тембр голоса, манера речи, иными словами, каждый человек «звучит» по-своему. Задача арфотерапевта заключается в том, чтобы «услышать» этот звук и передать его с помощью музыкального инструмента. Многие люди признаются, что некоторые звуки неприятны для их слуха, в то время как другие звуки, наоборот, вызывают положительные



эмоции. Предпочтения могут меняться в зависимости от конкретного состояния и настроения, иногда через несколько сеансов слушатели благосклонно принимали те звуки, которые вначале вызывали дискомфорт.

Целью взаимодействия арфотерапевта и слушателя является создание музыкального «портрета» воспринимающей эту музыку личности, погружение ее в так называемое альфа-состояние — состояние активного восприятия себя, пробуждение потока сознания глубинных детских светлых воспоминаний, несущих человеку восстановление гармонии и спокойствия. Этому способствует особенный тембр звуков арфы и простые мелодические формы; по содержанию музыкальная тема воплощает идею волшебной сказки, добра, света, любви. Многие слушатели глубоко эмоционально переживают эту музыку, во время сеанса нередко испытывают внутренний катарсис, слезы, сообщают впоследствии об изменениях в направлении творческой активности и духовного развития. Это изменившееся психологическое состояние, несомненно, влияет и на физическое здоровье человека.

#### — Расскажите о принципе целительного действия арфотерапии.

— Арфотерапевт прежде всего вовлечен в работу с психологическим здоровьем пациента. Слово «psychology» составлено из двух греческих слов, означающих «слово души», или «разговор души». Роль арфотерапевта заключается в том, чтобы слушать музыку души, услышать уникальную внутреннюю симфонию в каждом человеке. Звучание арфы помогает войти в контакт с собственным Я, пульсом и ритмом, а специально разработанные методы и приемы в игре могут произвести множество эффектов, способных улучшить физическое и психологическое состояние пациента.

Виброакустическая арфотерапия (ВАНТ) является нефармакологическим подходом к лечению психологических расстройств и снижению болевого синдрома, фактически не имея побочных эффектов. Обладая широким диапазоном звучания, арфа способна подвергнуть вибрации буквально все человеческое тело. Важным является и то, что инструмент состоит из натуральных материалов. Звук вибрирующей струны воспринимается подобно волне, проходящей сквозь тело — вибрации пронизывают ткани и клетки, обеспечивая положительное сенсорное стимулирующее воздействие на организм человека.

Сеанс арфотерапии часто описывается как музыкальный массаж: во время исполнения последовательности мелодий на арфе слушатель ощущает резонансный ответ в определенной части тела. Для усиления целебного воздействия используется вибротактильное устройство: кушетка, кресло или стол.

Исполняемая музыка подбирается индивидуально для каждого организма — в определенной, соответствующей данному человеку тональности.

Важно отметить, что одно из главных преимуществ арфотерапии заключается в обеспечении снижения приема лекарств и замене их виброакустическими сеансами, тем самым позволяя уменьшить возникновение побочных эффектов от фармпрепаратов.

#### — Какие варианты арфотерапии Вы практикуете?

— Варианты могут быть самые разные. Например, арфотерапия в виде «лежачего концерта», когда люди

ложатся на карматы головами к арфе, расслабляются, закрывают глаза, входят в состояние покоя, погружения в звуки и вибрации арфы. Такие сеансы проводятся только для взрослых слушателей, поскольку необходима максимальная тишина, поэтому дети не допускаются, т.к. невозможно убедить ребенка не шуметь, не задавать вопросы, не капризничать и т.д. В группе должно быть не более 15 человек. Сеансы проводятся в теплом, просторном помещении, где нет шумных приборов, не слышно посторонних звуков с улицы, чтобы слушателям было максимально комфортно.

Другой формой арфотерапии может быть концерт для детей с родителями. Такие сеансы могут проводиться уже для большего количества слушателей — до 40 человек.

Арфотерапия индивидуальная проводится по методике, описанной выше, когда человек прислоняется к колонне арфы, а арфотерапевт определяет нужную тональность (под человека) и играет импровизацию. Здесь основное лечебное воздействие — виброакустическое, когда человек ощущает своим телом волны и вибрации арфы через позвоночник, который, соответственно, связан со всеми органами и системами организма. Такую импровизацию можно записать на аудио или видео носитель и порекомендовать для дальнейшего самостоятельного прослушивания, поскольку такие импровизации неповторимы.

Учитывая, что позвоночник связан со всеми внутренними органами и железами внутренней секреции, соответственно, при воздействии на него мягкими вибрирующими волнами свободно колеблющихся струн, которые гармонизируют и структурируют внутренние жидкости (внутриклеточная жидкость, лимфа, кровь), получается лечебный эффект, который можно направить на определенные органы и системы организма. Так, шейный отдел позвоночника связан с головой, грудной отдел — с головой и органами грудной клетки и брюшной полости — легкими, сердцем, пищеводом, желудком, поджелудочной железой, вилочковой железой, печенью, селезенкой. Пояснично-крестцовый отдел позвоночника связан с органами, которые находятся в нижней части брюшной полости — почками, мочевым пузырем, надпочечниками, предстательной железой, маткой, кишечником.

Отдельно стоит сказать о групповой арфотерапии для беременных, которая может быть «лежачая» или «полусидячая». Трудно переоценить влияние музыки на детей и беременных женщин, наиболее эмоционально открытой и тонко чувствующей категории людей. Музыка не просто меняет детское настроение, но и оказывает большое воздействие на развитие ребенка. Она помогает ему научиться выражать чувства, воздействует на его интеллект и на физическое здоровье.

Музыка способна настолько глубоко проникать в человека, что может врачевать не только тело, но и дух. Поэтому музыкотерапия очень полезна для беременных женщин и детей в утробе матери. Она способствует расслаблению, помогает избавиться от страхов. И все эти чувства, конечно же, передаются будущему малышу. К тому же, ребенок в животе мамы сам способен слышать звуки! Звук — это основное, что воспринимает будущий ребенок из внешнего мира. Музыкальные мелодии и ритмичные тона малыш начинает слышать уже на 19-й неделе беременности, и пока-



зателями этого является учащение сердцебиения и двигательной активности. Все это является профилактикой внутриутробной гипоксии. Психологи говорят о том, что будущая мама просто обязана окружить себя музыкой, ведь это напрямую связано с эмоциональным и интеллектуальным развитием ребенка. Еще в 50-е годы XX века проводились опыты, доказавшие, что ежедневное десятиминутное прослушивание классической музыки позволяет регулировать процессы, происходящие в головном мозге при стрессе.

Кроме психоэмоционального воздействия, музыка оказывает положительное влияние на развитие моторики и будущих языковых навыков у ребенка. Исследования показали, что малыши, подвергшиеся музыкотерапии

во внутриутробном периоде, быстрее начинают гулить, смеяться, а затем и говорить, по сравнению со сверстниками, не имевшими такой возможности. Они лучше рисуют, могут координировать свои движения, быстрее идут на контакт с другими детьми.

Конечно, многое еще остается не ясным, например, почему именно музыка оказывает подобные терапевтические эффекты, но одно известно точно, что с помощью мелодии можно гармонизировать развитие ребенка в утробе матери, уберечь его от стресса и заложить основы для полноценной жизни. ©

*Беседу вела Мамаева М. А.*



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

## ФИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММАХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Фитотерапия — один из самых древних методов народной медицины. В древности травники «видели», кому какая трава подходит для лечения, общих рекомендаций не было. Древняя медицина использовала исключительно индивидуальный подход. В те далекие времена редко использовали многокомпонентные смеси трав, т. к. это требовало от травника особых знаний о взаимодействии веществ.

В наши дни фитотерапия переживает свое возрождение. Все больше врачей становятся приверженцами натуральной медицины, в т. ч. используют в своей каждодневной практике лечебные травы и препараты из растительного сырья.

Сферы применения современной фитотерапии:

- Самостоятельный метод в программах оздоровления и медицинской профилактики;
- Дополнительный или основной метод в комплексных программах реабилитации пациентов различного профиля;
- Базовый метод при лечении острых вирусных и бактериальных инфекций легкого течения;
- Дополнительный метод при лечении острых вирусных и бактериальных инфекций средней и тяжелой степени.

Фитотерапия давно не считается методом исключительно народной медицины, она прочно заняла свои позиции в программах лечения пациентов различного профиля и возраста. Особое место фитотерапия занимает и в программах санаторно-курортного лечения. На курортах она применяется в следующих формах:

- Фиточаи, настои, отвары из лекарственных растений;
- Аэрофитотерапия;
- Ароматерапия;
- Фитоингаляции;
- Кедровая фитобочка;
- БАДы из лекарственных растений в качестве дотаций к питанию;
- Фитомаски, фитоаппликации — в косметологии;
- Фитомассаж (например, с фитобальзамами, фитомаслами);

- Обертывания морскими водорослями (талассотерапия) и др.

На курортах популярна аэрофитотерпия, т. е. вдыхание воздуха, насыщенного летучими ароматическими веществами, выделяемыми растениями (фитонциды, терпены, эфирные масла). Аэрофитотерапия проводится в парковых зонах, засаженных определенными растениями: лавр благородный, сосна — дают бактерицидный эффект; розмарин, лаванда — тонизирующий, иммуномодулирующий эффект и т. д. Вид процедур — прогулки, отдых на скамейке, дыхательная гимнастика.

Талассотерапия — это раздел клинической медицины, изучающий свойства приморского климата, морской воды, водорослей, морских грязей и других продуктов моря и механизмы их действия на организм человека при лечебно-профилактическом применении. Термин «талассотерапия» был введен в 1867 г. французским врачом де Ла Боннардьером из небольшого городка Аркашон на побережье Бискайского залива Атлантического океана. Проживая в таком месте, врач заметил благотворное воздействие местного климата, морского воздуха и морских купаний на здоровье людей.

В настоящее время талассотерапия занимает одно из ведущих мест среди методов лечения и оздоровления многих мировых курортов. К фитотерапии непосредственно имеет отношение, конечно, лечение с помощью морских водорослей. Водоросли используют как наружно, так и внутрь в виде функциональных пищевых продуктов или в виде БАД.

Стоит заметить, что продукты из бурой морской водоросли используются не только для восполнения дефицита йода, что само по себе немаловажно, т. к. наши соотечественники в большинстве своем страдают от недостатка этого жизненно важного минерала. Производные ламинарии также способствуют повышению умственной и физической работоспособности, выводят из организма токсины, соли тяжелых металлов, радионуклиды, аллергены, способствуют нормализации работы желудочно-кишечного тракта,

# 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 экологичных, 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**



повышению иммунной защиты и т.д. Йод в этих продуктах находится в органически связанном состоянии, что исключает возможность передозировки, т.к. организм усваивает ровно то количество органического йода, какое ему требуется, избыток минерала удаляется в неизменном виде. Это свойство является большим преимуществом натуральных БАД, по сравнению с синтетическими аналогами.

Так, например, субстанцию для БАД «Лamina Форте» (ООО «Дивия-Фарм Сахалин») производят из дальневосточной дикорастущей бурой морской водоросли *Laminaria Japonica* по инновационной низкотемпературной технологии, которая заключается в том, что сначала свежие или замороженные водоросли обрабатываются паром, затем измельчаются и проходят обработку на кавитационноэкстракционном аппарате, в результате чего водоросли очищаются от неорганического йода и экологических токсикантов, а биологически активные вещества сохраняются, при этом увеличивается их биодоступность (1).

Все чаще в санаториях можно увидеть и древнеславянский метод лечения — кедровую фитобочку. Фитобочка изготавливается из кедра, который с древних времен используется в качестве лекарственного средства в народной медицине. Бочка оборудована системой подводки для подачи пара от специализированного парогенератора. Подаваемый под давлением пар насыщен травяными сборами. Для фитобочки применяют смеси сухих и измельченных лекарственных трав. Оптимальная температура парения 40–45° С. Продолжительность процедуры от 10–15 мин. Стоит заметить, что процедуры в фитобочке рекомендованы как взрослым, так и детям, поскольку они обладают общеоздоровительным эффектом, способствуют нормализации функции нервной и иммунной систем, гармонизируют психологическое состояние человека.

Во время процедуры воздействию пара подвергается только часть тела ниже шеи, а в легкие поступает полноценный атмосферный воздух (при желании возможна ингаляция парами, выходящими из бочки). Процедура обычно сочетается с последующим фиточаем и расслабляющим массажем.

С целью обогащения питания на курортах нередко используются фитокомплексы, содержащие витамины и минералы, пре- и пробиотики, пищевые волокна и другие ценные для организма вещества. По составу среди них на первом месте — растительные экстракты, цельные части растений, морепродукты... Предназначение дотаций фитокомплексов: общеукрепляющее и оздоравливающее действия, дотации витаминов и минералов, профилактика и коррекция дисбиоза (пре- и пробиотики), профилактика нарушений в системе пищеварения, адаптогенный эффект и др.

Современные фитокомплексы имеют удобные формы для применения, долгий срок хранения, проходят экспертизу качества на производстве, обладают высокой профилактической эффективностью.

Врачи Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» в течение 10 лет изучали наиболее эффективные программы санаторно-курортной реабилитации в России и за рубежом, а также роль в этих программах того или иного природного лечебного фактора, в том числе фитотерапии.

Целью исследования было выявить возможности лечебно-оздоровительного природного фактора — фитотерапии при использовании в программах санаторно-курортного лечения пациентов различного профиля.

Методы исследования: выездные программы по обмену опытом с отечественными и зарубежными реабилитологами-курортологами (рабочие поездки, семинары, круглые столы дискуссии, конференции).

Предмет исследования: эффективность и безопасность фитотерапии в программах санаторно-курортного лечения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В течение 10 лет были изучены комплексные санаторно-курортные программы в Венгрии (лечебные гостиницы и Реабилитационная больница курорта Хевиз, отделение реабилитации многопрофильной больницы курорта Кестхей, лечебная гостиница Колпинг в пос. Алшопак, лечебные купальни Шопронского региона, городская лечебная купальня Бюкфюрдо, Реабилитационная больница Парадфюрдо, лечебные гостиницы курортов Эгер и Эгерсалок, Дебрецен, Хайдусобосло, Тапольца и Мишкольц-Тапольца, Тиссафюред, Мезекевешдт, Хоркань и конечно, лечебные купальни, лечебные гостиницы и Институт реабилитации Будапешта), в Сербии (курорты Баня Русанда, Баня Канижа, Врначка Баня, Соко Баня), в Словении (курорты Римские Термы, Рогашка Слатина, Раденцы, лечебная гостиница Левада).

Старались изучать аналогичные санаторно-курортные программы на курортах России (Городская грязелечебница «Чувашия-Курорт» и санаторий «Чувашия» в г. Чебоксары, санаторий «Надежда» в г. Новочебоксарск, а также детский санаторий «Лесная сказка» недалеко от г. Чебоксары в Республике Чувашия, санаторий «Крутушка» в Республике Татарстан, санаторий «Орленок» в г. Евпатория и санаторий «Полтава» в г. Саки в Республике Крым и т.д.).

В результате сравнительного анализа санаторно-курортных программ европейских и российских курортных учреждений, к сожалению, было обнаружено значительное отставание отечественных санаториев по освоению ряда современных методик и, главное, по качеству их технического выполнения, недостаточное использование местных лечебно-оздоровительных факторов в санаторно-курортных программах, формальный подход к наполнению такого, например, лечебного пакета, как «Климато-лечение» и т.д. Но это тема отдельной статьи.

Что касается фитотерапии, то этот вид лечебно-оздоровительных процедур применяется в большинстве санаториев России, что, несомненно, радует. Однако чаще всего применение фитотерапии в отечественных санаториях ограничивается посещением фитобара. В свою очередь, далеко не везде фитобары могут похвастаться широким ассортиментом предлагаемых фиточаев. Чаще это зависит от устоявшихся годами партнерских отношений санаторно-курортного учреждения с теми или иными производителями растительных субстанций. Кроме того, врачи санатория, как правило, в рекомендациях используют безликое название «Фитобар», не конкретизируя состав рекомендуемого лечебно-оздоровительного напитка, что сводит на нет смысл данной процедуры. А жаль,

потому что именно фитотерапия пользуется большой популярностью среди пациентов и не вызывает недоверия.

Отмечаем и такой позитивный факт, что в отечественных санаториях стали чаще использоваться кедровые фитобочки. Оборудование для данной процедуры является сравнительно не дорогим, в стране много производителей изделий из натурального кедра, а сама методика пришла к нам из глубины веков и является, по сути, нашим национальным достоянием. Но и здесь есть определенные недоработки. Дело в том, что процедуры в кедровой фитобочке являются комплексными. Пациент не должен сразу после такой процедуры выходить в коридор, а тем более, на улицу. Рекомендуются медленно, размеренно, небольшими глоточками выпить фиточай определенного состава (состав подбирается индивидуально), также рекомендован расслабляющий массаж в течение 15–20 минут или просто спокойно полежать на кушетке. Для получения хорошего эффекта помещение, где находится фитобочка, должно быть просторным, эстетически привлекательным и уютным, чего, к сожалению, в большинстве санаториев мы не увидели. Вряд ли можно ожидать эффекта психологической гармонизации от формально проведенной процедуры в небольшом кабинете с «казенными» белыми стенами.

Недостаточно используется в отечественных санаториях, на наш взгляд, такой метод, как аэрофитотерапия, особенно, там, где есть собственные парки и лесопарки. Зеленые насаждения для аэрофитотерапии могут быть как рукотворными, так и естественно произрастающими. Заботливыми руками сотрудников санаториев создаются порой настоящие шедевры ландшафтного дизайна, но к этой, несомненно, нужной и важной работе почему-то мало подключаются врачи-реабилитологи, которые могли бы подсказать, из каких растений необходимо устроить лужайки для процедур аэрофитотерапии, какими деревьями засадить аллеи для прогулок с той же целью и т.д. Например, в Крыму в июле-августе активно цветет лаванда, и лужайки, засаженные этим растением, могут не только радовать глаз и дарить эстетическое удовольствие, но и служить местом проведения процедур аэрофитотерапии, как это используется, например, в Венгрии.

И последнее, о чем хотелось бы сказать, это БАДы из растительного сырья в качестве источника полезных для организма веществ. Их почти не используют в отечественных санаториях, хотя каким бы разнообразным не был рацион питания в том или ином санатории, дотации витаминов, минералов и иных полезных микронутриентов крайне необходимы.

Например, включение в программы дотаций в санаториях упомянутого выше БАД «Ламина Форте» на регулярной основе способствовало бы не только профилактике йододефицита, но и укреплению иммунитета, нормализации обменных процессов в организме, детоксикации, улучшению функции пищеварительной системы, повышению уровня физической и умственной работоспособности.

Выводы:

1. Фитотерапия является одним из наиболее часто используемых методов в программах санаторно-курортного лечения, дополняющих комплекс природных лечебных факторов.

2. Методики фитотерапии, применяемые на курортах, должны назначаться строго индивидуально с учетом показаний и противопоказаний.

3. Отмечается высокая комплаентность пациентов к фитотерапии.

4. Использование фитотерапии повышает эффективность программ санаторно-курортного лечения пациентов с патологией органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, аллергическими заболеваниями, нарушением функции иммунной системы, фитотерапия успешно используется также в косметологических программах на курортах.

5. Фитотерапия является безопасным методом при условии учета индивидуальной чувствительности пациентов, подробного изучения анамнеза, что возможно только при наличии хорошо организованного врачебного контроля на курорте.

6. Фитотерапия имеет не только индивидуальные, но и возрастные ограничения, что следует учитывать при составлении программ санаторно-курортного лечения.

В последние годы появились новые формы фитопрепаратов, созданные на основе современных технологий, с высокой степенью эффективности и безопасности, удобные в применении и дозировании. Примерами успешных отечественных разработок являются: 1) эко-экстракция фитосырья и производство готовых форм фитопрепаратов в виде эко-экстрактов; 2) производство готовых форм фитопрепаратов на основе МПХ-комплекса или так называемой «хвойной пасты», а также на основе иных инновационных технологий; 3) производство готовых форм фитопрепаратов на основе бурых водорослей и т.д. Современные отечественные фитопрепараты в готовых формах отличаются легкостью дозирования, высокой степенью очистки от примесей, а также эффективностью, сопоставимой с синтетическими аналогами, при более высокой степени безопасности и усвояемости, учитывая природное происхождение и отсутствие в составе чужеродных для человеческого организма компонентов. Кроме того, фитокомплексы являются источниками натуральных витаминов и ценных минералов.

Рекомендации:

1. Целесообразно более широкое использование готовых форм отечественных фитопрепаратов в комплексных программах санаторно-курортного лечения пациентов, в т.ч. с общеукрепляющей и профилактической целью.

2. Опыт применения фитотерапии на курортах необходимо внедрять в практику лечебно-профилактических учреждений разных уровней, включая местные санатории.

3. Ассортимент методов фитотерапии в санаторно-курортных учреждениях следует расширять и использовать с максимальной отдачей, включая во все программы санаторно-курортного учреждения. ©

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Беспалов В.Г., Туманян И.А. Дефицит йода в питании как мультидисциплинарная проблема // Лечащий врач. — 2019. — № 3. — С. 8–13



**Коновалов С. В.,**  
доктор медицинских наук, профессор, врач-хирург высшей квалификационной категории, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, старший преподаватель кафедры оперативной хирургии (с топографической анатомией), Санкт-Петербург, Россия;



**Тихановская Е. О.,**  
кандидат медицинских наук, доцент, врач-хирург, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, доцент кафедры оперативной хирургии (с топографической анатомией), Санкт-Петербург, Россия;



**Смирнов И. Г.,**  
врач-хирург высшей квалификационной категории, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, преподаватель кафедры оперативной хирургии (с топографической анатомией), Санкт-Петербург, Россия.

## ВИКТОР НИКОЛАЕВИЧ ШЕВКУНЕНКО. ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ УЧЕНОГО

Среди славных хирургов и хирургических школ Военно-медицинской академии имя академика АМН СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР, лауреата Сталинской премии, доктора медицинских наук, профессора, генерал-лейтенанта медицинской службы Виктора Николаевича Шевкуненко занимает почетное место. В этом году исполнилось 150 лет со дня рождения ученого.

### ПЕРВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ

Виктор Николаевич Шевкуненко родился в уездном городе Мезени Архангельской губернии 17 февраля (по старому стилю) 1872 г. в семье купца-рыбопромышленника. Его отец, Николай Викторович, потомок беглого крепостного с Украины, занимался рыбным промыслом, составлял гидрографическое описание берегов Баренцева моря. Мать, Ариадна Владимировна, была домохозяйкой.

Родители мечтали дать сыну хорошее образование. Но в родном городе не было подходящего учебного заведения, поэтому в 1881 г. девятилетним ребенком он покинул семью и начал учебу в Ломоносовской гимназии города Архангельска. Мальчик проявил интерес к учебе, способности к изучению немецкого, английского и французского языков. В 1890 г. он окончил гимназию с золотой медалью.

В августе 1890 г. В. Н. Шевкуненко поступил на 1-й курс Военно-медицинской академии. Он был человеком разносторонних интересов, любил музыку, посещал театры, много читал, занимался спортом. В период его обучения основные кафедры возглавляли известные профессора: Н. А. Холодковский (зоология), А. И. Тарнецкий (анатомия), И. Р. Тарханов, И. П. Павлов (физиология), В. В. Пашутин (общая патология), М. С. Субботин, И. И. Насилов, В. А. Ратимов (хирургия) и др. Молодой человек успешно сдавал экзамены. Особенно его интересовала хирургия, к изучению которой он приступил на 3-м курсе. В дальнейшем это определило выбор им специальности. В 1895 г. конференция академии вручила Виктору Николаевичу диплом врача с отличием и золотую медаль.

Успехи В. Н. Шевкуненко в прохождении курса были отмечены тем, что его допустили к участию в закрытом конкурсном испытании — написанию сочинения на предложенную тему. Он получил высокую оценку и поступил в Институт усовершенствования врачей, основанный в 1858 г. (прообраз адъюнктуры). Здесь осуществлялась подготовка профессоров и доцентов как для академии, так и для медицинских факультетов страны. После зачисления в институт молодые врачи должны были в течение 3-х лет практически изучать различные методики научных исследований и проводить работу, которую в конце срока

обучения представляли в виде диссертации на соискание степени доктора медицины.

С 1895 г. В.Н.Шевкуненко был зачислен в клинику госпитальной хирургии, созданную великим Н.И.Пироговым. Руководителем клиники в 1890–1901 гг. был профессор В.А.Ратимов — отзывчивый и мудрый наставник, воспитавший за короткий срок целую плеяду замечательных хирургов, обогативших отечественную науку своими открытиями. В их числе были П.Ф.Боровский, И.А.Праксин, Р.Р.Вреден, В.А.Оппель, Л.М.Пуссеп и др. Молодой хирург работал над темой «Современное лечение косолапости». Через два года он выполнил научную работу и представил ее на конференцию академии в виде докторской диссертации. Защита состоялась в 1898 г.

Дальнейшим этапом в общей врачебной подготовке, совершенствовании научной деятельности и преподавания было посещение Виктором Николаевичем осенью и зимой 1899–1900 гг. зарубежных клиник Вены, Парижа, Лондона, Берлина, Цюриха и других городов Западной Европы. Средства для заграничной командировки были отпущены из «Пироговского фонда», созданного 20 мая 1881 г. В 1902 г. молодой ученый вторично был за границей — в Нью-Йорке и Лондоне, где углубил свои знания по хирургии, анатомии и некоторым другим специальным вопросам. В частности, в Нью-Йорке он изучал дело страхования жизни, познакомился с законами больших чисел, теорией вероятности, статистическим методом в научных исследованиях. В 1906 г. был опубликован его «Отчет о заграничных поездках в 1889–1900 и 1902 гг.». В нем он описывал свои наблюдения по хирургии и организации научно-исследовательской работы в клиниках, которые посетил за рубежом. Среди хирургов, на лекциях и операциях которых он присутствовал, были такие маститые ученые, как Лоренц, Фарабеф, Кеню, Черни, Бурней, Кохер, братья Мэйо и др.

В 1901 г. тяжело заболел профессор В.А.Ратимов. Временно кафедру возглавил Р.Р.Вреден, с которым В.Н.Шевкуненко сближала совместная работа, общность интересов и большая дружба, продолжавшаяся всю жизнь. В 1903 г. на вакантное место заведующего кафедрой госпитальной хирургии был избран профессор С.П.Федоров. С приходом нового руководителя особое внимание стало уделяться научно-исследовательской работе в области хирургии почек, тазовых органов, печени и желчных путей. В должности ординатора клиники В.Н.Шевкуненко продолжил профессиональное совершенствование у С.П.Федорова (1).

## СОЗИДАТЕЛЬНАЯ РАБОТА УЧЕНОГО И ПЕДАГОГА

В 1905 г. наряду с работой в клинике госпитальной хирургии Виктор Николаевич начал работать по совместительству в качестве прозектора на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии академии



Рис. 1. Виктор Николаевич Шевкуненко (1872–1952).

у профессора С.Н.Делицина, ученика выдающегося анатома В.Л.Грубера. Это помогло ему быстро включиться в анатомические исследования кафедрального коллектива, получить глубокие знания по топографической анатомии и оперативной хирургии, осознать особую роль двуединой учебной дисциплины в подготовке врача-хирурга. В 1907 г. В.Н.Шевкуненко присвоено ученое звание приват-доцента. С 1911 г., в связи с болезнью С.Н.Делицина, он исполнял обязанности профессора кафедры.

Биограф и ученик Виктора Николаевича профессор Е.М.Маргорин писал о работе своего учителя: «Утром — клиника, амбулатория, больные; вечером — кафедра, преподавание, изучение препаратов. Он повторял в науке путь И.В.Буяльского, Н.И.Пирогова и других выдающихся

соотечественников, сочетавших воедино анатомические изыскания с занятиями в хирургической клинике, теорию и практику» (2).

В 1912 г. В.Н.Шевкуненко получил ученое звание ординарного профессора и был назначен начальником кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Военно-медицинской академии. Благодаря новому начальнику кафедры преподавание оперативной хирургии и топографической анатомии приобрело клинический аспект. Впервые в программу практических занятий были введены обязательные учебные операции на животных. С тех пор такой способ в системе преподавания оперативной хирургии получил у нас в стране всеобщее признание и самое широкое распространение. Виктор Николаевич впервые создал при кафедре экспериментальную лабораторию и виварий, организовал операционную и клинику для животных. Эти новшества учили обращению с живыми тканями, с сокращающимися под ножом хирурга мышцами, с брызжащими кровью сосудами и т.д.

Успешной работе способствовали исключительные способности В.Н.Шевкуненко — незаурядного организатора и прекрасного человека. Он обладал необычайным даром объединять вокруг себя способных людей. Руководитель кафедры вел специальную тетрадь, в которую вносил свои заметки, как, чем и кому помочь, что нужно сделать для обеспечения успеха в работе, а также записывал адреса внештатных сотрудников и исполнителей тем. Он старался привить своим сотрудникам точность, аккуратность и скромность во всем. До сих пор на кафедре имеется трюмо, которым Виктор Николаевич рекомендовал пользоваться молодым ученым для тренировки перед выступлением с докладом или лекцией. Видя себя в зеркале, начинающий преподаватель сам замечал недостатки внешнего вида и поведения в момент выступления: лишние движения, жесты, гримасы и пр. Все это помогало быстро освободиться от них.

В научных исследованиях использовались современные по тому времени методики: послойная препаровка тканей, распилы замороженных трупов, фиксация органов иглами, инъекции специальных веществ в межтканевые щели и пространства, в полые органы и сосуды, ими-



тация патологических процессов, метод проекционных рисунков, эксперимент на трупе, рентгенография и др. Выводы по каждой работе делались на основании не менее 100 наблюдений.

Уже к середине 20-х годов как штатными, так и нештатными сотрудниками было опубликовано более 140 работ. Изучались особенности строения сосудистой и костной систем, различия формы и положения органов полости живота, груди, различия в строении черепа и многие другие вопросы. Для объективной оценки полученных данных и определения закономерности, для проверки достоверности полученных результатов применялся метод вариационной статистики. Полученный ранее опыт обращения с большими цифрами теперь помогал в работе.

Весь коллектив кафедры старался как можно чаще обнародовать полученные данные, сделать их достоянием широких медицинских кругов. Один из способов к достижению этой цели В.Н.Шевкуненко видел в сообщении результатов в научных докладах. Начиная с первых после революции заседаниях Хирургического общества Пирогова с докладами выступали многие сотрудники кафедры, причем, с неизменным успехом. Именно кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии Военно-медицинской академии давала самое большое число докладов на заседаниях этого общества, поддерживая его существование. Хирургическое общество Пирогова отметило заслуги ученого, избрав его в 1920 г. своим Почетным членом.

В 1920 г. В.Н.Шевкуненко постигло больше личное горе. Трагически погибла его жена, Ольга Николаевна Экк. До конца своих дней он оставался верен супруге.

Виктор Николаевич продолжал трудиться, активно участвовал в работе различных съездов. На XV Всероссийском съезде хирургов, проведенном совместно с I съез-

дом терапевтов 25 сентября 1922 г., В.Н.Шевкуненко и 8 его учеников выступили с докладами по программной теме: «Хирургическая анатомия сосудистой системы». Многие доклады были представлены в том же году на I съезде зоологов, анатомов и гистологов. На XVII съезде хирургов в 1925 г. он сделал доклад на тему: «Основания для установления типов конституции». На III съезде анатомов в 1927 г. кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии было представлено 4 доклада. Позднее, в 1930 г., на IV съезде анатомов Виктор Николаевич на пленарном заседании выступил с большим докладом на тему: «Материалы по типовой анатомии человека и значение их».

В конце 20-х годов кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии Военно-медицинской академии под руководством В.Н.Шевкуненко превратилась в крупную научно-теоретическую школу, разрабатывавшую анатомические основы практической хирургии в свете индивидуальности больного. В 1925 г. состоялся выход первого обобщающего издания, посвященного индивидуальной анатомической изменчивости «Типовая и возрастная анатомия», в 1927 г. — издание первого отечественного учебника «Курс оперативной хирургии с анатомо-топографическими данными».

Позже, в 1935 г., вышла монография «Типовая анатомия человека», написанная В.Н.Шевкуненко в соавторстве с доцентом А.М.Геселевичем, в которой были обобщены научные материалы почти 300 исследований. Итогом явилось создание учения об индивидуальной анатомической изменчивости органов и систем тела человека.

В 1929 г. Ученый совет Государственного ордена Ленина института для усовершенствования врачей (ГИДУВ) в Ленинграде единогласно присоединился к предложению профессора В.А.Оппеля пригласить Виктора Нико-

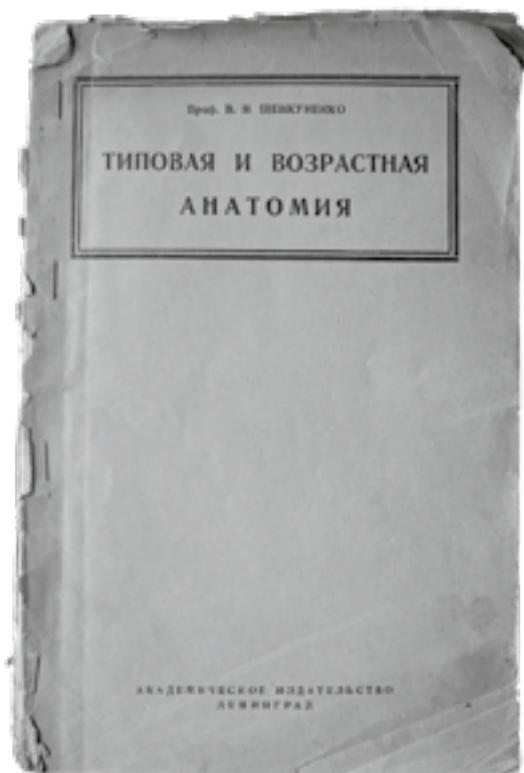


Рис. 2. Монография В.Н.Шевкуненко, 1925 г.

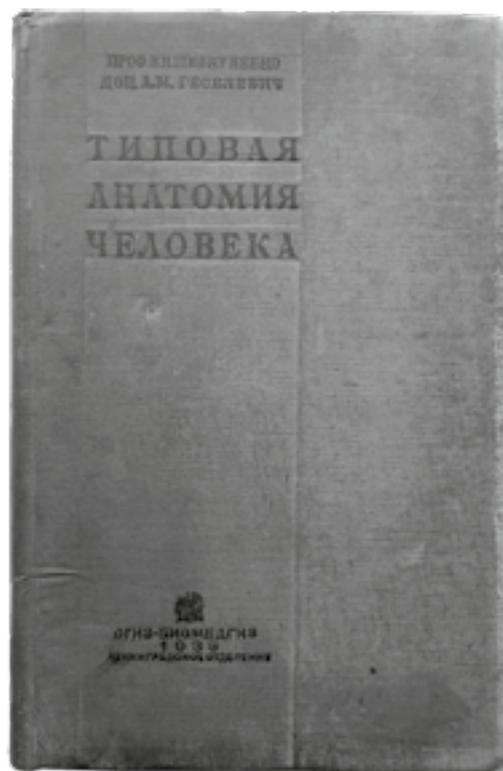


Рис. 3. Монография В.Н.Шевкуненко и А.М.Геселевича, 1935 г.

лаевича на вакантную должность заведующего кафедрой оперативной хирургии. В.Н.Шевкуненко охотно принял приглашение и после утверждения Народным комиссариатом здравоохранения приступил к заведованию кафедрой (по совместительству), которой руководил до 1941 г.

Кроме преподавания основного курса оперативной хирургии и топографической анатомии для хирургического цикла, он организовал также отдельные занятия с урологами, травматологами и ортопедами, стоматологами, нейрохирургами и отоларингологами по специальным программам. На своих лекциях и практических занятиях Виктор Николаевич широко знакомил врачей с данными исследований по изучению изменчивости органов и систем тела человека. Он привлек к практической работе на кафедре института своих учеников из академии. Все это было очень удобно для врачей, которые во время своего пребывания в институте знакомились с прогрессивным учением непосредственно от автора (3).

Научная деятельность В.Н.Шевкуненко была посвящена вопросам типовой и возрастной анатомии человека. Систематизация различий в форме строения и положения органов проводилась с учетом данных сравнительной анатомии и эмбриологии, что позволило выявить общие закономерности, которые легли в основу учения об индивидуальной анатомической изменчивости органов и систем тела человека. Практическим результатом учения В.Н.Шевкуненко стало обоснование ряда оперативных доступов к различным органам, разработанных им и его учениками с учетом типовых, половых и возрастных топографо-анатомических особенностей человека. Он установил существование крайних форм в строении органов и систем и объяснил их происхождение с эволюционных позиций.

Основные положения учения В.Н.Шевкуненко:

— Индивидуальная анатомическая изменчивость — это способность организма филогенетически закреплять возникающий в процессе онтогенеза диапазон изменений структуры органов и систем тела человека, обеспечивающий каждому организму оптимальную жизнедеятельность.

— Каждый организм является носителем присущей только ему одному индивидуальной формы анатомического строения любого органа или системы.

— При изучении совокупности индивидуальных форм можно построить вариационные ряды, в которых диапазон анатомических различий, способный обеспечить оптимальное функционирование органа или системы, определяет понятие анатомической нормы.

— Формы анатомического строения органов и систем тела человека, определяющие границы диапазона индивидуальных анатомических различий, являются крайними формами анатомической изменчивости.

— Формы анатомического строения, выходящие за пределы диапазона анатомической нормы, не способны обеспечить достаточную функцию органа или системы, определяются как аномалии развития.

— В каждой возрастной группе на фоне индивидуальных различий выступают анатомические признаки, характерные для данного возраста, — возрастные особенности, представляющие индивидуальную анатомическую изменчивость определенного возраста, возрастные ана-

томические особенности и возрастную анатомическую изменчивость.

Новым этапом дальнейшего развития учения В.Н.Шевкуненко явилось изучение индивидуальной физиологической изменчивости человека.

## ОБЩЕСТВЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

В.Н.Шевкуненко активно занимался общественной деятельностью. Как крупный специалист и видный ученый, он принимал активное участие в деятельности Рабоче-крестьянской инспекции.

В 1929 г. по поручению и от имени медицинской общест-венности ГИДУВа в Ленинграде он приветствовал Областной съезд и конференцию большевиков. В последующем Виктор Николаевич дважды (в 1931–1934 и 1935–1938 гг.) избирался членом Ленинградского городского Совета депутатов трудящихся и, как депутат, принимал участие в работе секции здравоохранения и высшей школы. Ему принадлежит идея организации медицинских вузов на базе крупных больниц в Ленинграде. Так были созданы Ленинградский санитарно-гигиенический институт и III Медицинский институт (в последующем он был реорганизован в Военно-морскую медицинскую академию, которая с 1956 г. вошла в состав Военно-медицинской ордена Ленина академии имени С.М.Кирова).

В Военно-медицинской академии он был членом научно-исследовательского бюро, членом редакционной коллегии трудов академии. В ГИДУВе активно участвовал в работе Ученого совета при решении сложных и важных вопросов, связанных с преподаванием или научно-исследовательской работой, часто возглавлял специальные комиссии. Большую работу В.Н.Шевкуненко выполнял в правлении Всесоюзной ассоциации хирургов, Обществе хирургов РСФСР, Ученом нейрохирургическом совете и Высшей аттестационной комиссии, а также в редколлегии «Военно-медицинского журнала» и журнала «Хирургия».

Он способствовал улучшению медицинского обслуживания рабочих на заводах «Красный выборжец», «Большевик», «Ижорский», врачебной помощи на дому, санаторно-курортного обеспечения трудящихся.

В 1935 г. исполнилось 40 лет со дня окончания Виктором Николаевичем академии. 17 октября 1935 г. в одной из самых больших аудиторий академии, в здании Института профилактических наук имени З.П.Соловьева, состоялось официальное чествование юбиляра. Кроме ленинградцев, здесь присутствовало много представителей из разных городов страны. В.Н.Шевкуненко получил около 300 поздравительных телеграмм и адресов.

28 ноября 1935 г. состоялось торжественное заседание Хирургического общества Пирогова, посвященное юбиляру — почетному члену этого общества. Подобные заседания состоялись в Московском, Харьковском, Днепропетровском, Омском, Ташкентском, Астраханском и других хирургических и врачебных обществах. Все они избрали Виктора Николаевича своим почетным членом.

В.Н.Шевкуненко в 1935 г. было присвоено звание «Заслуженный деятель науки РСФСР». В том же году он был награжден орденом Трудового Красного Знамени. Народный комиссар обороны К.Е.Ворошилов в специальном



приказе по армии объявил благодарность ученому и наградил его персональным легковым автомобилем.

Под руководством Виктора Николаевича продолжалось дальнейшее изучение индивидуальной изменчивости органов и систем тела человека, проводилась работа по составлению «Атласа периферической нервной и венозной систем». Работа над атласом была закончена накануне Великой Отечественной войны. К этому времени были окончательно сформулированы основные положения учения об изменчивости органов и систем тела человека, в основе которого находится диалектическое понимание нормы. Это учение определило дальнейшие пути к уточнению понятия анатомической индивидуальности.

Во время войны с Финляндией (1939–1940) В. Н. Шевкуненко был главным консультантом по вопросам эвакуации раненых, после окончания войны — председателем Комиссии по составлению статистического отчета о потерях на фронте. С докладом на эту тему на Ученом совете при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии (ГВСУ КА) выступал ученик В. Н. Шевкуненко — главный хирург фронта П. А. Куприянов. Виктору Николаевичу принадлежала инициатива в организации сбора и хранения историй болезни и других документов о раненых и больных — участников войны с Финляндией.

К началу Великой Отечественной войны В. Н. Шевкуненко активно работал на двух одноименных кафедрах — в академии и ГИДУВе. Жизнь и деятельность коллективов этих кафедр в годы войны он подчинил одной цели — защите Родины и разгрому фашистской Германии. Многие ученики В. Н. Шевкуненко отправились на фронт, активно участвовали в оказании хирургической помощи раненым. Е. М. Маргорин руководил нейрохирургическим отделением специализированного госпиталя на Карельском фронте, в дальнейшем стал ведущим хирургом нейрохирургического эвакогоспиталя на 2-м Украинском фронте. А. В. Цагарейшвили был начальником торакального отделения 267-го эвакуационного госпиталя Ленинградского фронта, расположенного в осажденном городе. По поручению Виктора Николаевича он одновременно следил за сохранностью помещений кафедры и уникального кафедрального музея, в создании которого В. Н. Шевкуненко принимал непосредственное участие. А. В. Пасюков был хирургом в госпиталях на 1-м Белорусском фронте, К. А. Григорович — старшим инспектором-хирургом и нейрохирургом Управления фронтового эвакуационного пункта № 73 на 1-м Белорусском фронте.

Оставшийся немногочисленный личный состав кафедры в тяжелых условиях фронтового города продолжал работу — обеспечивал учебный процесс, готовил слушателей и врачей для работы на фронте, проводил подготовку к изданию наставлений для военно-полевых хирургов по оперативной хирургии и топографической анатомии.

С 22 июня 1941 г. по сентябрь 1941 г. В. Н. Шевкуненко одновременно работал в Управлении Ленинградского фронта по вопросам эвакуации.

Осенью 1941 г. Военно-медицинская академия была эвакуирована из Ленинграда в Самарканд. В декабре туда прибыли сотрудники кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии. Кафедра была развернута на новом месте в сжатые сроки и уже в январе 1942 г. на-

чалась ее обычная работа. Учебный процесс был очень напряженным, занятия проходили в три смены. Особое внимание уделялось подготовке военно-полевых хирургов. Не прекращалась и научно-исследовательская работа. В 1943 г. защитили диссертации ученики В. Н. Шевкуненко: М. А. Сресели — на соискание ученой степени доктора медицинских наук и М. Я. Татишвили — на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

По приказу ГВСУ 15 июля 1942 г. В. Н. Шевкуненко и его ученик А. Н. Максименков были командированы в Москву для участия в создании Военно-медицинского музея Министерства обороны СССР и подготовки материалов для последующей разработки опыта военно-медицинской службы в войне. На время своего отсутствия Виктор Николаевич поручил возглавлять кафедру своему ученику — профессору Ф. И. Валькеру, который постоянно поддерживал с ним связь.

В. Н. Шевкуненко и А. Н. Максименков вместе с С. М. Багдасарьяном разработали Положение о Военно-медицинском музее, которое и явилось началом создания этого учреждения. Первая экспозиция Военно-медицинского музея была открыта в 1942 г. в Москве, в 1945 г. музей переведен в Ленинград. В послевоенные годы на базе музея был создан многотомный труд «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.».

В годы Великой Отечественной войны В. Н. Шевкуненко был консультантом при начальнике ГВСУ. Он помогал в решении вопросов эвакуации раненых, в организации хирургической помощи, в составлении санитарных отчетов по войне, а также в организации и осуществлении актуальных научных исследований в войсках. Его деятельность была связана с выездами на фронт и посещением лечебных учреждений для изучения их работы. Он участвовал в заседаниях пленумов Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ, а также Центрального и Северо-Западного фронтов.

В 1943 г. В. Н. Шевкуненко стал Лауреатом Сталинской премии I степени за создание «Атласа периферической нервной и венозной систем» (4).

В Москве (1942–1943) под руководством В. Н. Шевкуненко были организованы курсы усовершенствования военно-полевых хирургов и врачей, где он проводил занятия и читал курс лекций по оперативной хирургии и топографической анатомии. Под редакцией В. Н. Шевкуненко в 1944 г. вышла книга «Техника хирургических операций». Ее составил коллектив учеников Виктора Николаевича. Небольшое по размерам издание отличалось своеобразным построением: слева приводился текст, а справа — рисунок, поясняющий технику операции. Это обеспечивало удобство пользования книгой в трудной фронтовой обстановке. Она пользовалась популярностью среди военно-полевых хирургов, т. к. учебников было мало.

В 1944 г. Совет Народных Комиссаров вынес решение о создании Академии медицинских наук СССР. В организации АМН СССР приняли участие виднейшие ученые страны. В. Н. Шевкуненко входил в учредительную группу. Он был одним из первых удостоен почетного звания академика АМН СССР (1944). Первым президентом академии был избран академик, главный хирург Красной Армии, генерал-полковник медицинской службы Н. Н. Бурденко, который при решении вопросов руководства и путей раз-



Рис. 4. Проф. В. Н. Шевкуненко и проф. А. Н. Максименков — лауреаты Сталинской премии I степени, 1943 г.

вития нового научного центра неоднократно советовался с Виктором Николаевичем.

Вице-президентом АМН СССР был избран главный хирург Ленинградского фронта, профессор, генерал-лейтенант медицинской службы П. А. Куприянов — ученик В. Н. Шевкуненко. Это был начальный период становления и развития Академии медицинских наук, который отличался большим напряжением в работе. Виктор Николаевич принимал активное участие в работе первых трех сессий АМН СССР, нейрохирургических секций и XXV съезда хирургов, являлся членом правления Всесоюзного научного общества анатомов, гистологов и эмбриологов, редактором раздела «Хирургия» 1-го издания БМЭ, заместителем главного редактора «Энциклопедического словаря военной медицины».

1945 год для В. Н. Шевкуненко совпал с 50-летием со дня окончания им Военно-медицинской академии и начала научной, лечебной, педагогической и общественной деятельности. В связи со знаменательной датой 26 декабря 1945 г. состоялось торжественное заседание Хирургического общества Пирогова. На кафедре, как и раньше, царил творческая атмосфера. Здесь продолжали трудиться некоторые прежние сотрудники — ученики Виктора Николаевича. К ним подключились молодые, составляющие уже третье поколение его учеников: Н. А. Бурканова, Н. С. Короткевич, Е. К. Архангельская, Г. С. Каган и др.

Виктор Николаевич продолжал руководить кафедрой. Преклонный возраст и развивающаяся глаукома мешали работе. Он с трудом стал различать машинописный текст, свои выступления писал большими буквами. В. Н. Шевкуненко ежедневно бывал на кафедре и стремился осуществ-

влять руководство, главным образом, в области научной работы, продолжал активно трудиться. В 1946 г. выступал с докладами, посвященными вегетативной системе, периферическим и черепно-мозговым нервам, на VII и VIII сессиях нейрохирургического совета.

28 февраля 1948 г. В. Н. Шевкуненко был отмечен правительственной наградой. В газете «Правда» за 1 марта сообщалось: «За выдающуюся научно-медицинскую и педагогическую деятельность в области оперативной хирургии и топографической анатомии, в связи с семидесятипятилетием со дня рождения и пятидесятилетием врачебной, научной, педагогической и общественной деятельности наградить генерал-лейтенанта медицинской службы, профессора Шевкуненко Виктора Николаевича орденом Ленина».

В мае 1948 г. В. Н. Шевкуненко по болезни вынужден был оставить заведование кафедрой. Он был переведен на должность профессора-консультанта Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова. По-прежнему ежедневно бывал на кафедре и по мере своих сил продолжал работать, готовил к новому изданию учебник «Краткий курс оперативной хирургии с топографической анатомией». Летом 1949 г. в Ленинграде состоялся V Всесоюзный съезд анатомов, гистологов и эмбриологов. На этом форуме он сделал доклад на тему: «Краткие выводы из работ по изучению изменчивости органов и систем тела», в котором подвел итог более чем пятидесяти лет служения науке. Это было его последнее публичное выступление. В том же году был издан «Атлас периферической нервной и венозной систем» — научный труд, являющийся непревзойденным по глубине и полноте анализа изменчивости внешнего строения двух систем организма человека до настоящего времени.

Состояние здоровья Виктора Николаевича ухудшалось. В конце 1949 г. наступила полная слепота. Однако он все время работал и считал труд источником жизни. В июне 1952 г. В. Н. Шевкуненко перенес пневмонию и инсульт. Лечился в клинике нервных болезней академии. 30 июня наступило ухудшение, и в ночь на 3 июля 1952 г. В. Н. Шевкуненко скончался.

Похоронен на академической площадке Богословском кладбище Санкт-Петербурга. ☹

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Фомин, Н. Ф. Научная школа профессора В. Н. Шевкуненко в истории Российской хирургии и морфологии / Н. Ф. Фомин // Научная школа академика В. Н. Шевкуненко в истории отечественной хирургии и прикладной анатомии: Материалы торжественного заседания Хирургического общества Пирогова, Ассоциации травматологов-ортопедов Санкт-Петербурга и Ленинградской области и Российской ассоциации клинических анатомов, посвященного 150-летию со дня рождения В. Н. Шевкуненко / под ред. Н. Ф. Фомина. — Санкт-Петербург: Издатель Англинова Л. Н., 2022. — С. 5–17.
2. Маргорин, Е. М. В. Н. Шевкуненко / Е. М. Маргорин. — Ленинград: Медгиз, 1963. — 98 с.
3. Симбирцев, С. А. В. Н. Шевкуненко — выдающийся топографоанатом XX века / С. А. Симбирцев. — Санкт-Петербург: Издательский дом СПбМАПО, 2004. — 40 с.
4. Атлас периферической нервной и венозной систем / А. С. Вишневский, А. Н. Максименков — сост.; под ред. В. Н. Шевкуненко. — Москва: Медгиз, 1949. — 375 с.



**От Редакции:** Данная рубрика наполняется исключительно теми статьями, которые были опубликованы в нашем журнале около 10 лет назад и не потеряли своей актуальности. Предлагаем вниманию читателей интересный обзор о применении инновационного препарата в оториноларингологии (статья была опубликована в журнале «Пятиминутка» № 2–2013 г.).

**В. А. Головаченко**, генеральный директор  
ООО «Технологии Медицинских Полимеров», Санкт-Петербург, Россия

# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАТЕКСНОГО ТКАНЕВОГО КЛЕЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ (ОБЗОР)

Хирургов давно привлекала возможность использования тканевого клея вместо швов или в дополнение к ним, для достижения герметизации соединений, меньшей травматизации прилежащих тканей, остановки кровотечения. Интенсивная работа в этом направлении ведется с 50-х годов 20 века.

Клей латексный тканевой (ЛТК), производства ООО «Технологии Медицинских Полимеров», г. Санкт-Петербург, достаточно давно применяется в хирургии и смежных с нею сферах медицины.

ЛТК получен на основе акрилатного латекса путем коррекции pH при использовании водного раствора гидроксида натрия со стабилизацией на уровне 7,1–7,4, в качестве загустителя композиции используется поливиниловый спирт. В композицию включены антисептик хлоргексидин и гемостатический препарат с антиферментными свойствами — аминокaproновая кислота (Пышков Е. А., 2002). Клей обладает высокой адгезивностью и гидрофильностью, легко пропитывает поверхностные слои тканей (подкожная клетчатка, серозный покров, ткани паренхиматозных органов) и быстро полимеризуется, образуя тонкую, эластичную пленку, не деформирующую окружающие ткани и не нарушающую их функциональной активности. Исследована экспериментально и подтверждена эластичность латексной пленки, высокая прочность на разрыв. На кафедре микробиологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова установлено, что пленка ЛТК непроницаема для бактериальной среды, и что микробиологическая чистота композиции может быть достигнута путем «холодной» ее стерилизации (гамма-облучением). Для определения биосовместимости (биоинертности) ЛТК в опытах на крысах была исследована в динамике активность шести ферментов, а также содержание продуктов перекисного окисления липидов в тканях различных органов после аппликации ЛТК (Попов В. А., Пышков Е. А., 2002). Анализ полученных результа-

тов позволил установить, что аппликация ЛТК не вызывает значительных изменений активности ферментов и содержания продуктов перекисного окисления липидов, что свидетельствует о биосовместимости клеевой композиции. Гистологическая оценка состояния тканей в зонах аппликации подтвердила биоинертность ЛТК.

Токсикологические испытания ЛТК, проведенные во ВИИИМТ, подтвердили токсическую безопасность клея. В опытах на собаках и крысах ЛТК был применен для герметизации однорядных узловых серозно-мышечных подслизистых швов в сравнении с неукрепленными двухрядными швами в операциях на полых органах желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, а также при операциях на трахее и бронхах. Кроме этого, ЛТК был успешно применен для герметизации швов при резекции толстой кишки в условиях прогрессирующего перитонита, при огнестрельных пулевых ранениях брюшной полости, при резекции тонкой кишки, для герметизации швов при операциях на пищеводе и желудочно-кишечном тракте (Попов В. А., Пышков Е. А., 2002, Попов В. А. и др., 2006, М. Д. Ханевич, 2006).

В хирургии ЛОР-органов ЛТК имеет большой опыт применения. Известно, что раневой дефект слизистой оболочки ЛОР-органов очень сложно, а иногда невозможно пластически закрыть местными тканями ввиду анатомического строения и глубокого расположения операционного поля. Дефекты слизистой оболочки ЛОР-органов, как правило, заживают под фибринозным налетом за счет нарастания слизистой с периферии раневой поверхности. Контакт раны с инфицированной внешней средой, со слюной, пищей, делает неотвратимым развитие воспаления в послеоперационном периоде, что существенно влияет на характер и сроки заживления.

Многие варианты хирургических вмешательств в оториноларингологии в наши дни становятся амбулаторными, и традиционные варианты ведения больных с приме-

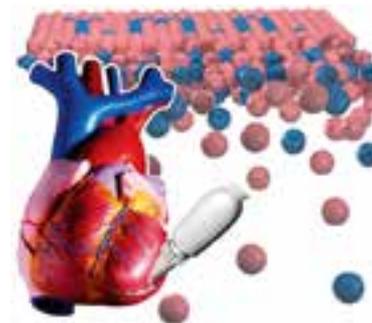
## Технологии Медицинских Полимеров

### безопасные МЕДИЦИНСКИЕ КЛЕИ



#### КЛЕЙ ЛАТЕКСНЫЙ ТКАНЕВОЙ ДЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ АНАСТОМОЗОВ И УШИТЫХ РАН ПОЛЫХ ОРГАНОВ, ОСТАНОВКИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И ПОКРЫТИЯ РАНЕВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ЛТК

- Герметизация анастомозов и ушитых ран полых органов желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок, толстая и тонкая кишка)
- Герметизация швов при наложении сосудистых анастомозов
- Герметизация ушитых ран мочевыделительной системы (почечная лоханка, мочеточник, мочевой пузырь), трубчатых органов (bronхи, желчный проток, маточные трубы)
- Герметизация твердой мозговой оболочки
- Пластика обширных дефектов париетальных и висцеральных листков плевры и брюшины, ран паренхиматозных органов
- Профилактика лимфорреи после проведения тазовых лимфадектомий
- Профилактика несостоятельности операционных швов, в частности, при операциях с наложением многорядных швов, при операциях в пожилом возрасте или на фоне сопутствующих заболеваний, снижающих репаративные возможности организма (диабет, адипозогенитальное ожирение и другие гормональные расстройства, истощение при злокачественных образованиях)



**ЛТК полностью готов к использованию!**

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

Дистрибьютер: ООО «Аврора», г. Санкт-Петербург  
тел. +7 (911) 141 96 33; +7 (812) 448 36 31  
e-mail: avrora-peterburg@mail.ru

Производитель:  
ООО «Технологии Медицинских Полимеров»  
г. Санкт-Петербург, www.mediglue.ru

ТУ 9398-001-73356905-2011  
ТР.ТМП.001  
РЕКЛАМА

нением тампонов, бинтовых повязок оказываются неприемлемыми. Поэтому поиск способов раневого покрытия в хирургии ЛОР-органов является весьма актуальным (М. С. Плужников, М. А. Рябова, Н. А. Шумилова, 2006).

Однако к такому раневому покрытию предъявляются особые требования. Пленка должна хорошо фиксироваться на слизистой оболочке и раневой поверхности, обладать хорошей адгезией предотвращать проникновение микроорганизмов в рану, обладать гемостатическими свойствами. Она должна быть эластичной, с ее помощью необходимо покрывать поверхности со сложным рельефом. Пленка не должна обладать местным раздражающим, токсическим, пирогенным, антигенным действием. При применении на слизистой оболочке верхних дыхательных путей важным является отсутствие запаха клея. Желательно, чтобы пленка была прозрачной, что позволит наблюдать за раневым процессом без ее удаления. Важна эргономичность применения, доступная цена.

На кафедре оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова ЛТК использовали для закрытия раневых поверхностей слизистой оболочки ЛОР-органов и кожи в их проекции. Из стерильного тюбика-контейнера клей ЛТК выдавливали на предметное стекло или непосредственно на раневую поверхность. Клей наносили

в объеме 0,2–0,3 мл на 1 см в виде тонкого слоя, покрывая раневую поверхность и кайму вокруг нее шириной 3–5 мм. Специальной подготовки раневая зона не требовалась, достаточно было перед нанесением клея промокнуть рану марлевым шариком. Полимеризация клеевой композиции происходила в течение 5–7 мин при температуре тела. После высыхания образовывалась тонкая прозрачная пленка толщиной примерно 0,1–0,2 мм, обеспечивающая как физическую, так и биологическую герметичность. Преобразование белой массы в прозрачную пленку свидетельствовало о высыхании клея. Замечен хороший гемостатический эффект при нанесении ЛТК (М. С. Плужников, М. А. Рябова, Н. А. Шумилова, 2006).

У 12 больных в возрасте от 14 до 65 лет авторы применили ЛТК при остановке носовых кровотечений, в основном, из передних отделов носовой перегородки. Причем, у 3 пациентов данной группы были нарушения свертывающей системы крови. После аппликации раствора адреналина гидрохлорида 0,1% на эрозивную поверхность перегородки носа наносили клей ЛТК непосредственно из тюбика, затем распределяли его по слизистой перегородки носа. В 7 случаях при кровотечении из сосудов сплетения перегородки носа проводилась коагуляция кровоточащего сосуда с помощью электрокаутера, далее



аппликация клея ЛТК на коагулированную зону и вокруг нее каймой 3–4 мм. Клей хорошо фиксировался на эрозивной поверхности, высыхал в течение 4–5 минут.

В 4 случаях ЛТК был применен теми же авторами на раневых поверхностях в глотке. У одной больной клей нанесен на дефект слизистой оболочки после биопсии явзы задней стенки глотки, у 2 больных — после лазерного удаления папиллом небных дужек, у одной больной клей наносился на раневую поверхность после лазерного remodelирования мягкого неба по поводу его рубцовой деформации в результате неудачной увулопалатофарингопластики.

Высыхание клея происходило при спокойном дыхании пациентов через открытый рот в течение 4–5 минут. Больных просили в этот период времени не глотать. У пациентки после проведения биопсии слизистой глотки клей наносился на поверхность раны и ее края с целью гемостаза и создания раневого покрытия. Хорошая адгезия клея отмечена, по данным авторов, даже в области дна раны (глубина 3 мм, диаметр 8 мм). Толщина клеевой пленки в этой зоне оказалась примерно 1 мм, высыхание до обесцвечивания клея заняло 7 мин. Отмечена хорошая фиксация пленки, отличный гемостаз. У больной с рубцовой деформацией мягкого неба клей нанесен на рану после лазерного рассечения рубцов и бужирования. В глотке пленка, сформированная после применения ЛТК, сохранялась в течение 1–2 суток. Неприятных ощущений, раздражения, неприятного запаха, гиперсаливации больные не отмечали. После отторжения пленки кровотечение не возобновлялось. Реактивных явлений в области раневого дефекта слизистой глотки через сутки после операции практически не отмечено, что является необычным для исходно инфицированной полости ротоглотки. Сроки эпителизации существенно не отличались от стандартных (М. С. Плужников, М. А. Рябова, Н. А. Шумилова, 2006).

У одного больного клей ЛТК был применен на раневой поверхности гортани сразу после лазерной резекции черпалонадгортанной складки и черпаловидного хряща по поводу рака в условиях прямой ларингоскопии высокочастотной вентиляции легких через трахеопункцию. Клей нанесен в количестве 0,5 мл на раневую поверхность и окружающую слизистую площадь примерно 20 мм<sup>2</sup>. Высыхание пленки происходило в условиях наркоза в течение 7 минут. Необходимость применения раневого покрытия в данном случае была связана с богатым кровоснабжением тканей в этой зоне, контактом раны со слюной и пищей в послеоперационном периоде, риском грубого реактивного отека, опасного в плане развития удушья. При наблюдении за больным отмечено, что реактивные воспалительные явления в раннем послеоперационном периоде были умеренными. Пленка была хорошо видна на раневой поверхности в течение 3 суток, несмотря на то, что гортань находится в постоянном движении. Кашля, неприятных ощущений больной не отмечал. Сроки заживления оказались стандартными.

В 8 случаях ЛТК был применен непосредственно после удаления новообразований кожи в проекции ЛОР-органов с помощью лазерной хирургической техники. Клей покрывал дно раны и окружающую кожу шириной каймы 2–3 мм. При этом он хорошо фиксировался на коже, сохранялся на ней в течение 3–7 дней. В одном случае

из восьми произведено удаление папиллом кожи с площадью раны 45 мм<sup>2</sup> на задней поверхности ушной раковины. Эпителизация произошла в течение трех недель практически без реактивных явлений, без формирования грубых рубцов, несмотря на большие размеры раневого дефекта. Клей пришлось наносить трижды за этот период. Прозрачность пленки позволяет четко контролировать состояние раны, при необходимости пленка удалялась, после обработки раневого ложа раствором перекиси водорода клей наносили вновь. При площади раны менее 5 мм<sup>2</sup> достаточно было однократного нанесения клея (М. С. Плужников, М. А. Рябова, Н. А. Шумилова, 2006).

В ЛОР-отделении Ставропольского краевого клинического центра была проведена клиническая апробация ЛТК. Клей был использован при операциях коррекции носовой перегородки с целью фиксации реимплантированных пластин аутохряща, фиксации слизистого лоскута, адаптации краев операционной раны преддверия носа и ее поверхностной протекции.

Методика интраоперационного использования тканевого латексного клея при септопластике заключалась в поверхностном нанесении тонкого слоя клея на моделированные пластины аутохряща с последующей их обратной имплантацией в подслизистое ложе. Применение клея способствовало удержанию хрящевых пластин в заданном положении, предотвращению возможного их смещения и накоплению геморрагического содержимого в зоне хирургического воздействия. По завершении коррекции перегородки носа на раневую и прилежащую поверхность слизистой оболочки преддверия носа шириной около 0,5 см наносили тонкий слой клея, что способствовало склеиванию операционной раны, фиксации тканевых лоскутов на поверхности подлежащей хрящевой пластины и предотвращало сморщивание лоскута слизистой оболочки. При использовании клея была отмечена его хорошая адгезия к слизистой и хрящевой тканям, отсутствие липкости к окружающим тканям до начала процесса высыхания клея и формирование гладкой, эластичной поверхности, обработанной клеем, после завершения процесса. Отмеченные особенности клея облегчают процессы моделирования и адаптации тканей в операционной ране и создают условия для естественного заживления (Кошель В. И., 2008).

В клинике отоларингологии ВмедА латексный тканевой клей использовался в 3 случаях для склеивания листов слизистой во время септум-операции под местной анестезией по поводу искривления перегородки носа. После удаления искривленной части перегородки выполнялся гемостаз раневой зоны марлевыми турундами, затем из стерильного тюбика-контейнера ЛТК выдавливался на предметное стекло. Клей наносился с помощью колонковой кисточки в объеме 0,2–0,3 мл на 1 см в виде тонкого слоя, покрывая всю раневую поверхность. Полимеризация клеевой композиции происходила в течение 5–7 мин при температуре тела. После высыхания образовывалась тонкая прозрачная пленка толщиной примерно 0,1–0,2 мм, обеспечивающая как физическую, так и биологическую герметичность. Замечен хороший гемостатический и адгезивный эффект при нанесении ЛТК. Неприятных ощущений, чихания, раздражения, неприятного запаха, гиперсаливации, реактивного слизееобразования,

слезотечения больные не отмечали. Во всех трех случаях рана слизистой преддверия носа слева не ушивалась, выполнялась передняя петлевая тампонада носа по Воячеку (Говорун М. И., Раковский А. В., Луцевич А. И., 2009).

В Медицинском центре «Адмиралтейские верфи» (г. Санкт-Петербург) ЛТК применяли с целью профилактики раннего отхождения ожогового струпа и развития носового кровотечения после использования диатермокоагуляции для остановки кровотечения во время операции. После реконструкции нижних носовых раковин наносили слой ЛТК на поверхность нижних носовых раковин. Данную методику применили у 46 пациентов, которым проводилась комплексная хирургическая коррекция структур полости носа, в которую входила реконструкция нижних носовых раковин (подслизистая вазотомия, конхотомия или вапоризация задних концов нижних носовых раковин, латероконхопексия). В случаях, когда проводилась септопластика, на внутреннюю поверхность листков слизистой оболочки перегородки носа также наносили латексный клей, с последующим прошиванием перегородки матрасными швами. Одним из заметных преимуществ использования латексного клея был значительно менее выраженный отек нижних носовых раковин после удаления тампонов. Даже при развитии послеоперационного отека носовое дыхание сохранялось. Вероятно, это связано со стягивающим эффектом клея, а затем более ранним процессом склерозирования в нижних носовых раковинах. Ни в одном случае не отмечалось носового кровотечения в послеоперационном периоде.

Авторы считают, что предлагаемый способ позволяет добиться надежного гемостаза с минимальной инвазив-

ностью, избегая задней тампонады носа и риска получить рецидив кровотечения при её извлечении (А. В. Гайворонский, А. М. Мельник, Р. В. Неронов, Н. Ю. Гудзь, 2009).

Таким образом, можно сделать вывод, что применение клея ЛТК в хирургии ЛОР-органов показало его эффективность, хорошую адгезию на раневой поверхности и слизистой оболочке, гемостатические свойства. Прозрачность сформированной пленки позволяет контролировать процесс заживления раны. Эластичность пленки, время высыхания удобны при применении на поверхностях со сложной архитектурой. Отсутствие раздражающего, токсического действия, отсутствие запаха являются важными свойствами, позволяющими применять клей на слизистой оболочке верхних дыхательных путей. ☺

#### ЛИТЕРАТУРА

1. М. С. Плужников, М. А. Рябова, Н. А. Шумилова. Применение Латексного Тканевого Клея в оториноларингологии // *Folia Otorhinolaringologiae et Pathologiae Respiratoriae*, v. 12, № 1–2, СПб, 2006
2. Кошель В. И. Отзыв из ЛОР-отделения ставропольского краевого клинического центра Ставрополь, 2008
3. Говорун М. И., Раковский А. В., Луцевич А. И. Применение латексного тканевого клея при операциях на перегородке носа. Клиника ЛОР болезней, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, 2009
4. А. В. Гайворонский, А. М. Мельник, Р. В. Неронов, Н. Ю. Гудзь. Использование латексного тканевого клея для профилактики и остановки носовых кровотечений. Медицинский центр «Адмиралтейские верфи», г. Санкт-Петербург, 2009

## НОВОСТИ

Новое исследование показало, что бактерии в кишечнике человека, которые отвечают за расщепление пищи, могут влиять на его личность. Исследователи из университета Кларксона в Потсдаме в штате Нью-Йорк обнаружили, что кишечный микробиом и метаболические факторы могут влиять на уровень энергии человека, усталость и его повседневную жизнь.

Группа ученых обнаружила, что отдельные бактерии тесно связаны с одной из четырех определенных черт личности, которыми может обладать человек. Как и личность человека, кишечный микробиом не часто меняется, но прием антибиотиков или других лекарств, которые могут изменить бактерии в организме, может в результате изменить поведение человека, сообщает Daily Mail. По словам доктора Али Булани, ведущего исследователя и профессора физиотерапии в Кларксоне, эти результаты подтверждают прежние выводы ученых о том, что чувство энергии связано с метаболическими процессами, а чувство усталости — с воспалительными процессами

Исследователи использовали данные, полученные от 20 участников эксперимента. Каждый из участников ранее принимал участие в исследованиях здоровья микробиома под руководством доктора Булани, и все они были проверены, чтобы убедиться, что они не использовали лекарство, которое могло бы повлиять на их микробиом. Используя образцы стула, ученые исследовали уровни различных бактерий у каждого из участников.

Они также были опрошены по четырем чертам, которые, по мнению Булани, являются основой индивидуальной психической энергии, умственной усталости, физической энергии и физической усталости. Исследователи установили сильную взаимосвязь между определенными чертами и определенными бактериями, обнаруженными в микробиоме каждого человека.

Эксперты давно предполагают, что такие лекарства, как антибиотики, воздействующие на кишечные бактерии человека, могут воздействовать на людей, страдающих расстройствами личности. Внутренние процессы в организме человека могут утомить его или наполнить энергией. Уровни энергии и усталости могут влиять на то, как человек реагирует на раздражители извне, которые могут формировать основу личности.

В 2016 году исследователи из университета Джона Хопкинса обнаружили, что лечение антибиотиками может изменить микробиом кишечника человека и, как следствие, нанести вред людям, страдающим психическими расстройствами.

Источник: [https://rg.ru/2022/03/12/ucheny-e-bakterii-v-kishechnike-cheloveka-mogut-vliiat-na-ego-lichnost.html?utm\\_source=yxnews&utm\\_medium=desktop](https://rg.ru/2022/03/12/ucheny-e-bakterii-v-kishechnike-cheloveka-mogut-vliiat-na-ego-lichnost.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop)



**Елистратов Д. Г.,**  
генеральный директор  
ООО «Парафарм»,  
г. Пенза,  
[https://orcid.org/  
0000-0001-7809-480X](https://orcid.org/0000-0001-7809-480X),  
e-mail: [dge117@mail.ru](mailto:dge117@mail.ru)



**Виноградова О. П.,** доктор медицин-  
ских наук, профессор кафедры аку-  
шерства и гинекологии, Пензенский  
институт усовершенствования вра-  
чей (ПИУВ) — филиал ФГБОУ ДПО  
РМАПО Минздрава России, г. Пенза,  
<https://orcid.org/0000-0002-9094-8772>,  
e-mail: [o\\_vinogradova69@mail.ru](mailto:o_vinogradova69@mail.ru)

## НДВА ОРГАНИК КОМПЛЕКС: КОД МОЛОДОСТИ РАЗГАДАН!

*Над разгадкой кода молодости ломают голову ученые всего мира. Сегодня хорошо известны основные факторы возрастных изменений в организме человека. Один из главных среди них — стартующее примерно уже в 30-летнем возрасте снижение активности эндокринных желез. Оно лежит в основе гормональной теории старения.*

### ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ — ГОРМОНЫ МОЛОДОСТИ

Запрограммированное и стремительно прогрессирующее после 40 лет уменьшение выработки гормонов, в первую очередь, половых стероидов — ведущая причина ускорения естественной гибели клеток и одряхления тканей без их своевременной замены новыми структурами. В результате развиваются функциональные и органические нарушения в работе репродуктивной, сердечно-сосудистой, костно-суставной, пищеварительной и других систем. Почему так происходит?

Дело в том, что половые гормоны — андрогены, эстрогены, прогестерон и др. — соединения с высокой биологической активностью, и их роль в нейрогуморальной регуляции огромна. Рецепторами к стероидам оснащена не только репродуктивная система, практически все ткани и органы воспринимают их сигналы.

Помимо сексуальной функции, половые гормоны управляют широким спектром физиологических процессов. Так, прогестерон регулирует метаболизм нейронов, обеспечивает их защиту и жизнеспособность, поддерживает эластичность кожи и прочность костей; влияет на дыхание, тонус сосудов и свертываемость крови, работу поджелудочной железы, способствует расслаблению мышц бронхов и отхождению мокроты; оказывает противовоспалительное и иммуномодулирующее действие. Эстрогены регулируют метаболизм жиров и углеводов, водно-солевой обмен, работу свертывающей системы крови, сдерживают костную резорбцию, обеспечивают красоту и здоровье кожи, эластичность и прочность сосудистой стенки, препятствуют развитию атеросклероза. Особенно важны для обновления тканей и сдерживания

старения андрогены, которые как в мужском, так и в женском организме производят следующие эффекты:

- оказывают мощное анаболическое и антикатаболическое действие: стимулируют синтез белков и тормозят их распад, что способствует укреплению костной ткани, росту мышечной массы и силы;
- улучшают утилизацию глюкозы, снижая ее уровень в крови;
- препятствуют накоплению лишнего подкожного жира;
- повышают либидо, активизируя психосексуальные центры нервной системы;
- оказывают нефротропный и гепатотропный эффекты;
- усиливают гемопоэз;
- регулируют работу свертывающей системы крови;
- обладают психотропным эффектом: улучшают настроение, работоспособность, чувство удовлетворенности собой;
- активизируют когнитивные функции.

### ДЕФИЦИТ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ И СТАРЕНИЕ

Очевидно, что изменение гормонального гомеостаза отражается практически на всех слагающих здоровья человека. Нарастающий дисбаланс стероидов — ключевой фактор возрастных изменений. Именно половые гормоны влияют на характер и интенсивность процессов старения и продолжительность жизни [1].

Особенно отчетливо это видно при сравнении гендерных особенностей. Так, женщины, которые раньше мужчин сталкиваются с дефицитом половых гормонов в связи с угасанием функции яичников, уже после 45–50 лет испытывают целый комплекс проблем со здоровьем. На фоне резкого снижения эстрогенов и андрогенов с приходом менопаузы развиваются вазомоторные (приливы), кар-

диоваскулярные (атеросклероз, аритмия, гипертония), нервно-психические (депрессия, тревожность, раздражительность, бессонница), костно-суставные (остеопороз, артроз) и другие нарушения. Мужчины же со средней и сильной половой конституцией сталкиваются с гипогонадизмом лишь в 70 и более лет [2].

Первыми признаками гормонального дефицита выступают снижение работоспособности, выносливости и либидо, утомляемость и постоянное чувство усталости, эмоциональная неустойчивость, плохое настроение. Затем из-за недостатка тестостерона ухудшается синтез белка, составляющего основу клеток и коллагена. Деструктивные процессы в тканях и органах начинают преобладать над созидательными. Кожа теряет упругость и покрывается морщинами, мышцы дряхлеют, костная ткань становится хрупкой, в суставах тканей активизируются дегенеративно-дистрофические тенденции и т.д. В результате системы и органы перестают нормально справляться со своими функциями, стартуют опасные патологии пожилого возраста.

Важно понимать, что андрогенный дефицит — критический фактор старения не только для мужчин, но и для женщин, так как за клеточное обновление отвечает именно этот анаболический гормон. Женский организм, изначально наделенный в 10–20 раз меньшим количеством тестостерона, к 45 годам теряет 50% от его содержания у 20-летней девушки, а к 70 годам остается лишь 10% [3]. Вот почему от мышечной слабости (саркопении) и костной хрупкости (остеопороза) чаще всего страдают женщины постменопаузального возраста.

### МОЖНО ЛИ УСТРАНИТЬ ДЕФИЦИТ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ?

Казалось бы, гормональные причины старения сегодня можно легко устранить с помощью заместительной гормональной терапии (ЗГТ), которая способна восполнить нехватку и андрогенов, и эстрогенов, и прогестерона. Однако о целесообразности и безопасности ее применения споры среди ученых и практикующих врачей не утихают уже несколько десятилетий.

Один из самых крупных подводных камней ЗГТ — подавление активности собственных эндокринных желез в связи с тем, что гормоны поступают в организм в готовом виде, и отпадает необходимость производить их самостоятельно. В итоге после отмены курса ЗГТ искусственно сдерживаемые процессы старения нарастают особенно интенсивно. А отказ от нее неизбежен, так как продолжительное гормонозамещение существенно повышает вероятность возникновения серьезных патологий.

Так, в плацебо-контролируемом исследовании с участием 16 608 женщин в постменопаузе терапия эстрогенами либо эстрогенами вместе с гестагенами сроком более 5 лет на 29% увеличивала риск развития ишемической болезни сердца (ИБС), на 41% — инсульта, на 26% — рака молочной железы, на 47% — тромбоэмболии [4]. Еще более опасна для женщин заместительная терапия андрогенами, в связи с чем она назначается очень редко, оставляя открытой проблему устранения андрогенного дефицита у слабого пола.

Другая сложность — широкий ряд противопоказаний к ЗГТ, которые делают ее в принципе неприемлемой

для многих пациентов. Это — нарушение обмена жиров, сахарный диабет, тромбоэмболия, тромбоз, опухоли органов репродуктивной системы, эндометриоз, почечная и печеночная недостаточность, прогрессирующие сердечно-сосудистые патологии. К сожалению, у нас ЗГТ часто назначают без предварительных обследований, необходимых для исключения наличия противопоказаний, что повышает риск осложнений гормональной терапии. Кроме того, нередко пациенты отказываются от ЗГТ из-за неприятных побочных эффектов: нагрубания молочных желез, резкого изменения веса, тошноты, отеков, головной боли и др.

В качестве альтернативы ЗГТ в современной медицине рассматривается применение растительных веществ фитострогенов, способных за счет структурного сходства с подлинными эстрогенами, связываться с рецепторами этих половых гормонов. Однако недостаток андрогенов они скорректировать не могут. Неординарное решение проблемы, как безопасно повысить уровень тестостерона и других половых гормонов, было предложено российским ученым, профессором, доктором медицинских наук Виллорием Ивановичем Струковым.

### МОЛОДИЛЬНОЕ ЯБЛОЧКО НАШЕГО ВРЕМЕНИ

Посвятивший несколько десятилетий практике и теоретическому изучению вопросов терапии костно-суставных заболеваний, В.И.Струков искал безопасный путь нормализации и поддержания гормонального баланса, от которого зависит костеобразование. В поле внимания ученого попал гомогенат трутнево-расплодный. Ряд зарубежных и российских исследований указывали на большое содержание в этом пчелопродукте гормональных компонентов гонадного типа.

Специалистами ФГБНУ «Федеральный научный центр пчеловодства» экспериментально было установлено, что трутневый гомогенат оказывает гонадотропное действие, способствуя выработке эндогенного (собственного) тестостерона. Этот эффект обусловлен как снабжением организма человека прогормонами (гормонами пчел), так и включением центральных (гипоталамо-гипофизарно-гонадных) механизмов регуляции производства стероидных гормонов.

Таким образом, трутневый гомогенат нельзя отнести к средствам ЗГТ, так как он не подавляет, а, напротив, стимулирует активность эндокринных желез, повышая количество тестостерона до нормы, причем, без риска развития гипертестостеронемии. Другими словами, при нормальном содержании гормона в организме трутневый гомогенат не повышает его уровень, а просто поддерживает [5].

Согласно данным Федерального научного центра пчеловодства, в 100 г трутневого расплода выявлены следующие энтормологические гормоны: тестостерон (0,292–0,322 нмоль), эстрадиол (431,2–847,0 нмоль), прогестерон (42,63–60,01 нмоль), пролактин (344,6–475,4 нмоль). Кроме того, пчелопродукт содержит витамины А, В, С, D, Е, жизненно важные макро- и микроэлементы, более 20 свободных аминокислот (в том числе все незаменимые), около 30 жирных кислот, среди которых особой ценностью обладают деценовые кислоты.

Такой уникальный питательный состав и эндокриноподобные свойства трутневого гомогената делают его мощ-



ным средством для коррекции и поддержания гормонального фона человека и стимуляции восстановительных процессов в различных тканях и органах. Поэтому В. И. Струков решил использовать данную субстанцию в качестве ключевого анаболического компонента в составе созданных им остеопротекторов линейки «Остеомед».

Для сохранения скоропортящихся гормональных соединений была разработана бережная технология консервации пчелопродукта — адсорбция на лактозе и глюкозе с последующей вакуумной сушкой без перепада температур. Полученную субстанцию назвали **HDBA органик комплекс**. В отличие от необработанного расплода трутней, она сохраняет энтомологические гормоны не считанные часы, а, как минимум, два года.

### «ОСТЕОМЕД»: УМНЫЙ КАЛЬЦИЙ ТОЧНО В ЦЕЛЬ!

Так появились три остеопротектора нового поколения на основе HDBA органик комплекса:

- **«Остеомед»** — для коррекции незначительной потери костной ткани, восполнения дефицита кальция, профилактики остеопороза, укрепления зубов, волос и ногтей;
- **«Остеомед Форте»** — для восстановления костной ткани, восполнения дефицита кальция, витаминов D и  $V_6$ , ускорения сращения перелома;
- **«Остео-Вит D<sub>3</sub>»** — для укрепления костной ткани и повышения иммунитета, восполнения дефицита витаминов D и  $V_6$ , перераспределения кальция внутри организма из мягких тканей и сосудов в костную ткань, а также для улучшения усвоения кальция из пищи.

Предполагаемый анаболический эффект подтвердился. В ходе многократных исследований витаминно-минеральные комплексы серии «Остеомед» способствовали ускоренному увеличению плотности и восстановлению костной ткани. Например, при переломе проксимального отдела бедренной кости и последующей операции прием «Остеомеда Форте» ускорял консолидацию костных отломков на 20 дней [6].

Высокая эффективность средств линейки «Остеомед» обусловлена тем, что в отличие от обычных препаратов кальция, они не только снабжают костную ткань минералами и витаминами, но и стимулируют ее клеточное обновление. Достоверное подтверждение этому — фиксируемое при денситометрии закрытие или уменьшение остеопоротических костных полостей на фоне приема этих препаратов [7]. О наличии в костной ткани пустот, которые обычно и становятся местом перелома, врачи знали давно. Однако консервативных способов борьбы с ними не существовало. HDBA органик комплекс, являясь натуральным тестостероновым бустером, позволил безопасно решить задачу восстановления морфологии костной ткани.

Логично, что анаболическое действие остеопротекторов профессора Струкова распространяется не только на кости, но и на мышцы. Этот эффект был установлен доктором медицинских наук Ларисой Александровной Марченковой с коллегами в ходе клинических испытаний «Остеомеда Форте» в Национальном медицинском исследовательском центре реабилитации и курортологии. Прием препарата способствовал сохранению достигнутых во время реабилитации значений показателей мышечной силы в течение последующих 12 месяцев. Таким образом,

его можно рекомендовать для профилактики саркопении — возрастной потери скелетной мышечной массы.

Однако важнейшее преимущество остеопротекторов Струкова — это адресное направление кальция в костную ткань, что служит лучшей страховкой от кальцификации мягких тканей и сосудов. Поэтому можно не опасаться свойственного другим кальцийсодержащим препаратам повышения риска образования камней в почках, инфаркта и инсульта. Этим качеством «Остеомеды» также обязаны HDBA органик комплексу, который посредством гормонального регулирования улучшает костный анаболизм.

Дело в том, что для доставки кальция именно в костную ткань необходимо наличие в ней молодых клеток, готовых встроить минерал в свои структуры. В этом случае на укрепление костей идет весь кальций из пищи и отпадает необходимость приема опасных мегадоз макроэлемента. Вот почему кальций содержится в «Остеомедах» в небольшом количестве. Зато, следуя формуле «лучше меньше, да лучше», минерал включен в них в наиболее безопасной и биодоступной цитратной форме. В отличие от карбоната кальция она не несет потенциального вреда почкам и усваивается даже при пониженной кислотности желудочного сока.

В результате регуляции метаболизма кальция итогом курсового приема остеопротекторов является нормализация минерального обмена в целом. Это, в свою очередь, благотворно влияет на здоровье суставов, тесно связанных с костями широким рядом обменных процессов. Поэтому препараты серии «Остеомед» с успехом применяются при артрозе, артрите и некоторых других суставных патологиях.

### ПОДДЕРЖКА РАБОТЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Только ли для костно-суставной системы и мышечной ткани полезны зафиксированные эндокринотропные эффекты трутневого гомогената? Конечно, нет! Первостепенное значение имеют они для коррекции нарушений в работе половой системы человека. Поэтому вслед за остеопротекторами на основе HDBA органик комплекса с добавлением дополнительных компонентов были разработаны несколько средств для восстановления и поддержания репродуктивной функции, а также профилактики заболеваний мочеполовой сферы.

- **«Эромакс»** — натуральный препарат для улучшения качества сексуальной жизни мужчины и женщины. Содержит HDBA, пыльцу-обножку, три растения-афродизиака (горянка, женьшень, левзея), L-аргинин, цитрат цинка и витамин  $V_6$ . Благотворно влияет на выработку половых гормонов, повышает либидо и удовлетворенные половыми отношениями у обоих партнеров.
- **«Андро-Вит»** — витаминно-минеральный комплекс для повышения фертильности на основе HDBA органик комплекса и витамина  $V_6$ . Рекомендуется принимать обоим партнерам при планировании беременности и трудностях с зачатием или вынашиванием ребенка. Служит профилактике мужского и женского бесплодия и эректильной дисфункции у мужчин.
- **«Эрек-Тон»** — витаминно-минеральный комплекс для нормализации мужской половой функции пролон-

гированного действия. Содержит HDBA, пыльцу-обножку, плоды шиповника, биодоступный магний, витамины С, Е и В<sub>6</sub>. Стимулирует работу мужских половых желез, выработку тестостерона, сперматогенез, восстанавливает сексуальную активность.

- **«Простатон П»** — комбинированный препарат для профилактики и комплексной терапии простатита и аденомы простаты на основе HDBA органик комплекса, корня солодки голой и витамина В<sub>6</sub>. Эффективен в борьбе с воспалением и болью, оказывает диуретическое действие. Восстанавливает активность половых желез и потенцию.

## HDBA ОРГАНИК КОМПЛЕКС В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Отдельного внимания заслуживает препарат **«Леветон Форте»**. В его основе — рецептура, разработанная легендарной российской спортивной фармакологии, доктором медицинских наук, профессором Рошеном Джафаровичем Сейфуллой. В числе научных интересов этого крупнейшего теоретика спортивной медицины была проблема устранения сексуальных дисфункций, нередко развивающихся у спортсменов высокого класса в результате физических перегрузок.

Первоначально разработанная Р.Д. Сейфуллой формула «Леветона» включала корни левзеи, цветочную пыльцу (обножку), витамины С и Е. Когда же ее усилили HDBA органик комплексом, к свойствам препарата добавился мощный анаболический эффект. Поэтому сегодня «Леветон Форте» применяется еще и для наращивания мышечной массы, улучшения силовых показателей. Добавка много лет закупается Олимпийской сборной России для подготовки спортсменов экстракласса. А недавно появилась линейка спортивного питания «Fitness & Life», содержащая несколько препаратов с HDBA органик комплексом.

## С ЗАБОТОЙ О ЖЕНСКОМ ЗДОРОВЬЕ

Задача устранения неприятных симптомов климакса, профилактики заболеваний, стартующих на фоне менопаузы, и улучшения качества жизни женщин в возрасте 45+ в современной медицине весьма актуальна. Отношение к заместительной гормональной терапии остается неоднозначным как в кругу врачей, так и среди пациенток.

Альтернативные средства с фитостероидными, аминокислотами и витаминами облегчают состояние женщины лишь частично, так как не способны компенсировать дефицит тестостерона. А как свидетельствуют современные исследования, все климактерические симптомы, включая приливы, развиваются по причине недостатка не только женских гормонов, но и андрогенов.

Инновационный препарат **«Фемо-Клим»** на основе HDBA органик комплекса эту задачу решает. Кроме того, в его составе есть фитостероиды клевера, солодки и шалфей, аминокислоты β-аланин и глицин, витамин В<sub>6</sub>. Таким образом, «Фемо-Клим» воздействует на все звенья развития климактерического синдрома. Благодаря эффективности и высокому профилю безопасности он внесен в перечень «100 лучших изобретений России» Федерального института промышленной собственности при Роспатенте

и удостоен фармацевтической премии «Зеленый крест» как препарат выбора для облегчения климактерических симптомов.

## В ПОМОЩЬ МОЗГУ

Включен HDBA органик комплекс и в натуральный витаминно-минеральный комплекс для активизации работы мозга **«Мемо-Вит»**. Здесь он дополняет композицию из травы гречихи красностебельной и плодов шиповника. Если растительные компоненты, являясь источниками флавоноидов и витаминов, служат укреплению и оздоровлению сосудов, то трутневый гомогенат выполняет следующие задачи:

- за счет большого содержания деценовых кислот способствует восстановлению миелиновых оболочек нервных волокон;
- питает ткани мозга витаминами, микроэлементами, аминокислотами;
- посредством увеличения уровней тестостерона и эстрогенов активизирует когнитивные функции, стимулирует синаптогенез, рост нейритов и дендритных ветвей, миелинизацию, улучшая пластичность мозга [9].

Очевидно, что терапевтический и профилактический потенциал HDBA органик комплекса не исчерпывается перечисленными сферами применения. Требуется продолжение изучения адсорбированного трутневого гомогената в лабораторных условиях и клиническом опыте для расширения знаний об оздоровительных эффектах и более широкого внедрения этого уникального вещества в практику современной фармакологии и медицины. ☺

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Бец Л.В.* Гормональные аспекты старения человека (антропологические и экологические подходы). Вестник Московского университета. Серия 23: Антропология. 2013; 3: 15–27.
2. *Калиниченко С.Ю., Тюзиков И.А.* Практическая андрология. М.: Практическая медицина, 2009.
3. *Калиниченко С.Ю., Анетов С.С.* Роль андрогенов у женщин: что мы знаем? Лечащий врач. 2010; 8: 78–83.
4. *Roussow J.E., Anderson G.L., Prentice R.L.* Writing group for the women's health initiative investigators. Risks and benefits of estrogen + progestin in healthy postmenopausal women. JAMA. 2002; 288: 321–33.
5. *Бурмистрова Л.А.* Физико-химический анализ и биохимическая оценка биологической активности трутневого расплода: дис. ... канд. биол. наук. Рыбное, 1999.
6. *Лубенец А.* Лечение повреждений проксимального отдела бедренной кости у больных старшей возрастной группы. Врач. 2017; 7: 64–7.
7. *Струков В., Елистратов Д., Кислов А. и др.* Новый подход в лечении пресенильного и сенильного остеопороза. Врач. 2013; 10: 39–41.
8. *Марченкова Л.А., Макарова Е.В., Васильева В.А. и др.* 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; 97 (1): 25–34.
9. *Булгакова С.В., Романчук Н.П.* Участие гормонов в процессах когнитивного и социально-эмоционального старения. Бюллетень науки и практики. 2020; 6 (8): 97–129.



**Морозов Д. М.,**  
биоэколог, директор по науке и обучению персонала  
группы компаний «Воды Здоровья»,  
г. Москва, Россия

# СИНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРИ КУРСОВОМ ПРИЕМЕ МИНЕРАЛЬНЫХ И АКТИВНЫХ ПИТЬЕВЫХ ВОД

*«Искусство медицины заключается в том,  
чтобы развлекать пациента,  
пока природа занимается лечением болезни»  
Вольтер.*

Любое заболевание — это сбой в управлении здоровьем. Сбой в системе управления происходит в результате дефицита ресурсов, в первую очередь, энергетических. При постоянном энергодефиците головной мозг дает сигнал на перестройку жизнедеятельности, организм переходит в режим экономии, оставляя энергию лишь на обеспечение поддерживающих жизнь функций. Впоследствии можно ощущать недостаток сил, общую слабость. А это, в свою очередь, указывает, что у организма недостаточно возможностей сопротивляться/противостоять внешним негативным факторам, т.е. не хватает энергии, особенно это проявляется с возрастом.

С пищей мы получаем только около 10% энергии от ее необходимого количества, следовательно, львиную долю всей необходимой организму энергии мы получаем из... Из того, что составляет основу нашего организма в целом и каждой клетки в частности, т.е. из воды. Именно вода является нашим главным энергоресурсом, что в моменте, что на дистанции. Без пищи человек может прожить до полутора месяцев, а без воды — только несколько дней. Небольшой дефицит пищи приводит к снижению массы тела и дает возможность организму изменить источники получаемой энергии (из углеводного — жировой и т.д.), что в конечном счете может благоприятно сказаться на общем состоянии. А вот даже небольшой дефицит воды приводит к болезням, и чем дольше будет этот дефицит, тем более серьезными будут болезни, которые с возрастом приобретают хроническое течение.

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) — это бич современного человека. Именно они являются

основной причиной сокращения продолжительности жизни. Медицина здесь лишь бессильно разводит руками и сочувственно качает головой — возраст... А что такое возраст? Ведь в возрасте нет ничего смертельного. Да, с возрастом организм меняется, перестраивается, меняет приоритеты в значимости тех или иных гормонов и ферментов, кодирует некоторые вещества в ином количестве, но всё-таки раз организм это делает, значит, он живёт, но при этом испытывает вечный дефицит воды.

Раньше человек в течении жизни пил, в основном, воду за отсутствием большой альтернативы, а вот современный человек воду заменяет на различные напитки в угоду вкусовым рецепторам и производителям этих самых напитков, которые вместе с фармацевтическими компаниями составляют крепкий тандем по изъятию у населения денежных средств, а заодно и здоровья, на восстановление которого эти средства потом тратятся. Постоянное употребление различных напитков вместо воды приводит к выраженному обезвоживанию, которое, в свою очередь, наряду с гиподинамией и является главным виновником всех ХНИЗ.

И вот здесь уже приходит «на помощь» медицина, забирая здоровье населения в свои крепкие руки. Аллегория «крепкие руки» означает, что многие современные жители, живущие неосознанно, доверчиво отдают своё здоровье всецело в руки и под полный контроль медицины без единой возможности вырваться (не будем забывать, что главная задача платной медицины — перевести острую боль в хроническую). Так происходит потому, что многие свято верят в устоявшийся стереотип о важнейшей, а порой даже безальтернативной роли лекарств в поддержании здоровья населения на должном уровне.

Однако здоровье более чем наполовину зависит от нас самих и лишь на 12–15% (в среднем) от медицины (по словам бывшего министра здравоохранения Скворцо-



**БЫТЬ ЗДОРОВЫМ ПРОСТО!  
НАЧНИТЕ ЖИТЬ ЛУЧШЕ  
И ДОЛЬШЕ ПРЯМО СЕЙЧАС!**

**УНИКАЛЬНАЯ СИСТЕМА  
ВОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ  
И ВОДОЛечения**



**Стэлмас Магний** – стимулирует выработку энергии, активизирует восстановительные процессы, очищает кишечник, быстро устраняет запоры



**Stelmas Минеральная** – артезианская вода для ежедневного употребления



**BioVita** – вода, идентичная воде организма человека, «живая» вода



**Svetla** – вода долголетия! Энергонасыщенная. Самый мощный антиоксидант. Содержит фуллерены C60 (особые формы углерода), нейтрализующие свободные радикалы



**МОСКВА**

ул. Полковная, д. 3, к. Б/Н, подъезд 4  
Тел.: 8 (800) 100-154-15  
(звонок по России бесплатный)

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГ**

ул. Киевская, д. 5, лит. ШГ, офис № 30  
Тел.: 8 (812) 318-70-48,  
8 (812) 318-55-66

[WWW.HEALTHWATERS.RU](http://WWW.HEALTHWATERS.RU)



РЕКЛАМА

**ЕСТЬ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА**



вой В. И., — на 25 %, это явно завышенная оценка, но уже лучше, чем считалось ранее, что чуть ли не 80 %).

К сожалению, у современных людей есть ещё один стереотип — побольше и побыстрее заработать. В этом случае идет работа на полный износ, а на собственное здоровье уже совсем нет времени. Любое проявление болезни через какой-нибудь легкий болевой сигнал из-за нехватки времени и знаний воспринимается как ерунда и немедленно глушится обезболивающим средством, либо другим лекарством, что всего лишь снимает единовременный симптом, не затрагивая и никак не влияя на саму причину болезни. Со временем, не побеждённая в зародыше болезнь крепнет и становится сильнее. В конце концов, болезни уже управляют человеком, требуя к себе пристального внимания и существенных финансовых затрат.

Из всего сказанного следует, что всю жизнь многие люди меняют своё здоровье на деньги, а затем деньги пытаются поменять на здоровье. Но в обратную сторону это не очень-то и работает, так как появляется сильная зависимость здоровья от лекарств. На определённом этапе наше бесхозное здоровье и попадает в крепкие руки медицины. К сожалению, некоторые врачи зачастую руководствуются не здравым смыслом, не основным постулатом — «не навреди!», а действуют в угоду навязанных идей от фармацевтических компаний (когда говорим о врачах, очень хочется сделать акцент на слове «некоторые», не употребляя слово «многие»).

В дальнейшем ситуация становится совсем печальной, т.к. не мы, переставшие нести ответственность за собственное здоровье и отдавшие его на откуп медицине, ни медицина, которая сотрудничает с фармацевтическими компаниями, уже не в состоянии управлять здоровьем, все больше и больше ставя его в зависимость от лекарств.

Например, обратился к врачу пациент с жалобой на сильные головные боли. После обследования врач находит у этого пациента повышенное артериальное давление. Этот симптом привязывается только к результату измерения артериального давления, ставится диагноз «гипертония», назначается лечение «по стандарту». В первую очередь считается, что повышенное артериальное давление возникает в результате выраженного спазма артериол. Здесь работает простой принцип гидродинамики — гладкая мускулатура сосудов сокращается, их сечение уменьшается, соответственно, артериальное давление повышается. Следовательно, назначается препарат, который препятствует спазму гладкой мускулатуры сосудов. Как будет действовать этот препарат? Путём угнетения функции клеток сосудистой стенки. Однако эти клетки на самом деле пытаются выполнить свое предназначение, т.е. свою биологическую роль, т.к. мозг регулярно посылает им сигналы на сокращение, на спазм. Почему и для чего мозг это делает? К сожалению, мало кто задумывается. В итоге назначается спазмолитик, который при регулярном применении купирует спазм кровеносных сосудов, а заодно и жизнедеятельность клеток эндотелия, блокируя их метаболизм.

Кроме того, выясняется, что давление может повышаться в результате увеличения сердечных сокращений. Апробированная стратегия в этом случае уже есть. Назначаются бета-блокаторы, угнетающие функцию миокарда. Угнетенные клеточные рецепторы со временем теряют чувствительность к сигналам и, вообще, перестают

как-либо управляться. При регулярном воздействии токсинов и/или лекарств происходит усугубление заболевания, что, в свою очередь, может завершиться инфарктом миокарда. Для справки: в начале 2010-х американская ассоциация кардиологов через проведённое исследование показала, что пациенты, принимающие бета-блокаторы, погибают от инфаркта чаще, чем те, кто ими не лечится. Неудобное исследование уже благополучно забыли...

Но человеческий организм с удивительным упорством пытается воплотить сигналы-команды головного мозга. Зачем? Когда клетки миокарда «выдыхаются», можно попытаться повысить давление через увеличение возбудимости нервной ткани, которая управляет работой сердца, но у нашего организма есть достойный соперник — были быстренько изобретены новые реактивы, успешно блокирующие и эти клетки. Если не помогают одни препараты, рекомендуются другие, более сильные.

Но если все эти «передовые технологии» не помогают, назначается самый варварский способ борьбы с гипертонией — мочегонные средства (диуретики). Логика здесь простая: с уменьшением объема воды в кровеносном русле артериальное давление снижается. Но организм человека — это не канализационная система, организм устроен гораздо сложнее. Применение диуретиков приводит к кислородному голоданию тканей, поскольку в более густой крови эритроциты, находящиеся в «слипшемся» состоянии, меньше переносят кислорода. Но здесь уже ничего не поделаешь — так часто лечат гипертонию... И так, к сожалению, поступают многие врачи (здесь уже нельзя сказать «некоторые», а именно «многие»).

Любой человек, не имеющий медицинского образования или, по крайней мере, свято не верующий в догмы, в частности, в то, что гипертония — это страшная и с возрастом не излечимая болезнь, может задаться простым, казалось бы, вопросом: а зачем поднимается давление? Не почему, а именно ЗАЧЕМ? На вопрос «почему?» отвечает современная медицина — это и мышечное сокращение стенок сосудов, и увеличение сердечных сокращений, и т.д., а вот вопрос «ЗАЧЕМ?» в медицине просто-напросто не поднимается. Но если выйти за пределы привычных рамок, то можно постараться поработать именно с этим вопросом: зачем организм поднимает артериальное давление? Понимая, что любое изменение в системе организма появляется после команды головного мозга, нужно задуматься, а зачем мозгу это нужно.

Как известно, головной мозг занимает около 2 % от всей массы тела, а вот питания и, главное, кислорода он получает примерно пятую часть от всего потребляемого организмом. Это примерно 20%. Мозгу кислород нужен в первую очередь, и он старается этот уровень поддерживать в любом случае, порой давая самые жесткие распоряжения. Если мозг начинает испытывать дефицит кислорода, он сразу дает команду на увеличение поставок этого самого кислорода с общим кровотоком даже в ущерб другим органам. Увеличения общего количества крови, поступающей в головной мозг, легче всего добиться как раз через увеличение кровяного давления. Т.е., поднимая давление, мозг пытается всего лишь увеличить поставки кислорода, если вдруг с кровью его поступает недостаточно. Такая проблема возникает, как правило, в двух случаях: либо частично пережата артерия из-за смещения

шейных позвонков, либо сама кровь, особенно с возрастом, становится более вязкая, густая и, как следствие, меньше переносит кислорода (в густой крови эритроциты склеены друг с другом, площадь их рабочей поверхности уменьшается, и они переносят меньше кислорода).

В первом случае нужно обратиться к соответствующим специалистам, решающим проблему шейного остеохондроза, которые используют методы безлекарственного лечения хронических заболеваний, таких, как гипертония, остеохондроз, сахарный диабет 2-го типа и атеросклероз. Есть разработанные методики восстановления питания ствола мозга и сосудистого центра, на практике доказывающие, что именно недостаток кровоснабжения этих участков мозга ведет к развитию хронических заболеваний. Данные методики включают в себя все преимущества мануальной терапии, но без использования травмирующих техник, что позволяет работать с пациентами старше 90 лет и пациентами с остеопорозом. К примеру, такие методики практикует «Клиника доктора Шишонина».

Во втором случае каждый человек может помочь себе сам, постаравшись улучшить реологические свойства крови, в частности, ее текучесть. Делать это нужно, конечно, не аспирином и подобными препаратами, что дает лишь временный эффект, тем более, что частое употребление аспириноподобных препаратов чревато множеством побочных эффектов.

Кровь человека на 94% состоит из воды. Плазма крови — это 25-молярный раствор гидрокарбоната натрия, по сути, это щелочная активная вода, содержащая минералы и биовещества (но их общая доля ничтожна), в которой и передвигаются разные кровяные тельца, в частности, эритроциты. Необходимо поддерживать активность плазмы крови на должном уровне, и тогда реология крови будет тоже всегда поддерживаться на должном уровне, кровь будет исправно доставлять в мозг необходимое количество кислорода, и мозгу неЗАЧЕМ будет подавать команду на повышение давления. Из всего вышесказанного следует, что возраст тут не при чем.

Не знание этих элементарных вещей не позволяет человеку самому управлять своим здоровьем. Не знание приводит к невежеству, а невежество не позволяет нести полную ответственность за свои жизнь и здоровье. Поэтому многие пациенты считают виновниками своих болезней кого угодно, только не себя.

Один из основных постулатов медицины: «*Similia similibus curantur*» — лечи подобное подобным. Исходя из этого, можно активировать плазму крови, употребляя активную воду. Этого эффекта помогут добиться такие активные и энергонасыщенные воды, как «Биовита» и «Светла» (подробнее об этих водах на сайте: [водыздоровья.ру](http://водыздоровья.ру)). Постоянная гидратация организма данными водами помогает сохранять хорошую энергетику всех органов и систем, а не только кровеносной системы. И это уже немало для поддержания общего энергетического баланса в организме, о чем говорилось в самом начале данной статьи.

Дело в том, что вода, прошедшая обратноосмотическую очистку, избавляется не только от каких-либо примесей, эта вода становится субстанцией с разрушенной динамикой всех процессов и не может сразу использоваться организмом. Даже чистая, но энергетически «пустая» вода требует ощелачивания, заряда, структурирования,

энергонасыщения и активации. Т. е. организм должен осуществить определенные энергетические затраты и время, чтобы организовать поступающую воду и довести ее до «рабочего» состояния.

Минеральная вода «Стэлмас Мг», как ещё один фактор, способствующий усилению выработки организмом энергии, способствует многократному увеличению скорости пассажа собственных нутриентов по тонкому кишечнику в сравнении с пищей. При этом, контактируя со слизистой проксимальных отделов пищеварительного тракта, эта вода оказывает модифицирующее влияние на множество различных рецепторов, вызывая ответные мощнейшие метаболические реакции на организменном уровне, благодаря которым организм получает так необходимую ему для нормального поддержания энергию, т. е. действует на организм как новый фактор влияния, требуя организменной адаптации. Курсовые приемы воды «Стэлмас Мг» увеличивают активацию механизмов адаптогенеза, идет улучшение энергетических процессов самовосстановления. Во время адаптации при курсовом приеме организмом выделяется больше энергии. При курсовом приеме эта энергия может быть использована из собственных внутренних источников.

В прежние времена организм человека постоянно был вынужден реагировать на воздействие различных внешних факторов, тем самым мобилизуя свои адаптационные возможности. Современному человеку это уже свойственно в меньшей степени. Мы сейчас живем в тепличных условиях. Нам в гораздо меньшей мере нужно к чему-либо приспосабливаться (имеются в виду чисто физические, природные факторы). Дома и на работе мы создаем комфортную температуру, если почувствовали небольшую усталость при движении — вызываем такси. Для того, чтобы поесть, мы не должны на целый день уходить в лес в поисках добычи — нам просто достаточно открыть холодильник. Все это и делает нашу жизнь комфортной... и потихоньку ослабляет, притупляет общую сопротивляемость организма, точнее говоря, нарушает процесс адаптогенеза. Находясь в этих комфортных условиях, головному мозгу незачем активировать собственные источники энергии организма, и со временем адаптационные возможности снижаются из-за ослабления способности использовать и возобновлять эндогенные энергетические источники, следовательно, человек теряет способность быстро и четко реагировать на какие-то внезапно появившиеся агрессивные внешние факторы. Именно регулярные курсовые приемы минеральной воды «Стэлмас Магний», помимо очищения организма, активации работы сердца, печени, сосудов, поддерживают биоэнергетические процессы организма в тонусе за счет, так сказать, дополнительной тренировки.

Синергия — это объединение двух и более энергий, приводящие к усиленному конечному результату. Синергия активных и минеральных вод дает нам превосходящее количество энергии, чем простое суммирование их эффектов. И самое главное то, что это отличная возможность, позволяющая организму все делать самому, тем самым становясь менее зависимым. В этом случае уже каждый человек САМ несет ответственность за свое здоровье, при помощи правильного сочетания необходимых вод лишь помогая естественным природным механизмам, изначально заложенным в организме каждого человека. ☉



Позднякова А. А.



Смирнова Т. В.



Шевчук Ю. А.

Преподаватели, Медицинский техникум № 9, Санкт-Петербург, Россия

## АНАЛИЗ ПРИЧИН НИЗКОЙ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Сегодня достаточно остро стоит вопрос о причинах неудовлетворительной успеваемости определенной части студентов средних специальных образовательных медицинских учреждений.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что в теории и практике среднего образования формированию и развитию мотивации уделяется достаточно большое внимание. Именно в профессиональной мотивации специфическим образом высвечиваются основные моменты взаимодействия индивида и общества, в котором образовательный процесс приобретает приоритетное значение. Изучение структуры профессионально-ориентированной мотивации студентов медицинских колледжей, знание мотивов, побуждающих к работе в той или иной сфере, позволит обоснованно решать задачи повышения эффективности профессиональной подготовки среднего медицинского персонала: правильно осуществлять отбор, обучение, расстановку кадров, планировать профессиональную карьеру.

**Цель исследования** — исследование соотношения академической успеваемости и мотивации к обучению у студентов медицинского колледжа.

**Объект исследования:** учебно-воспитательный процесс в среднем профессиональном учебном заведении.

**Предмет исследования:** мотивация к получению профессионального образования у учащихся с разным уровнем подготовки.

**Гипотеза:** уровень подготовки связан со степенью выраженности познавательной мотивации. Хорошо успевающие учащиеся мотивированы на профессиональное развитие и имеют большую мотивацию к трудовой деятельности.

Все абитуриенты, поступающие в СПОМУ, делятся на 2 группы: первая группа — это абитуриенты на базе 9-летнего школьного образования, вторая группа, которая гораздо меньше, — на базе 11-летнего школьного образования. Данная тенденция связана со сменой приоритетов, так как дефицит специалистов со средним медицинским образованием на рынке труда сегодня велик, и устроиться на работу по специальности в этой сфере деятельности даже без опыта работы не сложно.

Система среднего профессионального образования (СПО) сегодня существенно изменилась: созданы хорошие условия для освоения общеобразовательной и профессиональной программы обучения, студенты получают хорошую базовую подготовку по специальности, имеется хорошая материально-техническая база учебных заведений и высококвалифицированный преподавательский состав, что позволяет студентам получить качественные профессиональные знания и навыки. Но процент отчисления студентов на разных этапах обучения остается, тем не менее, весьма высоким. Среднее медицинское образование — одно из наиболее востребованных в нашем обществе, но оно требует хорошо отработанных конкретных умений и навыков, быстроты и точности выполнения определенных действий, осознанности решений, ответственности и способности к самоконтролю.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное исследование о причинах низкой успеваемости определенной группы студентов было проведено на базе медицинского техникума № 9 в г. Санкт-Петербург.

Опрос проводился среди студентов 2 и 3 курсов, всего в исследовании участвовали 84 человека.

1-ю группу составили 33 студента, обучающиеся на базе 11-летнего образования, 2-ю группу — 51 студент, обучающиеся на базе 9-летнего образования.

Опрос проводился путем анонимного анкетирования.

Анкета включала вопросы о причинах выбора данной профессии, о причинах трудностей в обучении, о взаимоотношениях в учебной группе, о состоянии здоровья студента, о планах на практическую реализацию выбранной профессии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В первой группе процент низкой успеваемости был незначительным — 6,06%. В этой группе студенты имеют четкую мотивацию к приобретению выбранной специальности. Часть студентов имеют опыт обучения в других учебных заведениях, нередко в вузе, или осознанно стремятся получить именно среднее медицинское образование, то есть это студенты, имеющие четкую цель.

В данной группе низкая успеваемость объясняется следующими основными причинами:

- 15,5% студентов не ожидали, что программа обучения настолько объемная и сложная, что уже с 1-го курса появились задолженности, которые существенно осложняли дальнейшее обучение;
- 24,3% студентов параллельно с учебной работой и не имеют достаточно времени на качественную подготовку к занятиям;
- 21,2% студентов имеют личные и бытовые проблемы.

Во второй группе низкая успеваемость была выявлена у значительно большей части студентов — в 15,7% случаев.

Основными причинами низкой успеваемости в этой группе были следующие:

- 35,2% студентов отмечали слабую мотивацию: «мама сказала, что это хорошая профессия»;
- 47% опрошенных отметили, что «боялся, что не сдам ЕГЭ»;
- 15,7% студентов обнаружили довольно низкое развитие интеллекта;
- 11,7% студентов имеют проблемы со здоровьем;
- 33,3% опрошенных признали свои низкие волевые качества;
- 3,9% студентов отметили трудности в общении.

Хотя все люди, конечно, разные, тем не менее, в процессе опроса выявилась определенная группа общих причин, которые оказывают негативное влияние на процессы обучения:

- слабые способности к обучению;
- низкие познавательные мотивы (приобретение новых знаний и стремление стать более эрудированным);

- слабый базовый уровень подготовки;
- *низкий уровень внимания*;
- пропуски занятий (по уважительной или неуважительной причине);
- высокий уровень сложности изучаемого материала;
- большой объем домашнего задания;
- индивидуальные психологические особенности студентов;
- *плохое владение русским языком, слабое речевое развитие (к сожалению, сегодня это встречается часто)*;
- юный возраст (сложно сосредоточиться на учебе, когда вокруг кипит интересная жизнь);
- неумение управлять своим временем;
- многие студенты по-прежнему придерживаются школьных стандартов и просто не готовы к необходимости многое делать самостоятельно.

## ВЫВОДЫ

В рамках данной работы были определены основные причины низкой успеваемости студентов среднего медицинского учебного заведения в разных возрастных группах:

1. отсутствие мотивации;
2. неумение управлять своим временем;
3. слабые способности к обучению.

### Предлагаемые меры предупреждения низкой успеваемости студентов:

- Всестороннее повышение эффективности каждого занятия.
- Формирование познавательного интереса к учебе.
- Индивидуальный подход к каждому студенту.
- Специальная система домашних заданий.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы полагаем, что данные проблемы имеют свои пути решения, реализация которых позволит повысить общую академическую успеваемость и, тем самым, подготовить студентов к эффективному решению педагогических задач в процессе профессиональной подготовки и деятельности.

Наше исследование профессиональной мотивации доказывает, что уровень успешности напрямую зависит от уровня учебной мотивации учащихся колледжа. По нашему мнению, успешность учебной деятельности в большей степени зависит от профессиональной мотивации, чем от показателя общего интеллектуального развития. У учащихся с высокой успеваемостью ярко выражена мотивация достижения успеха — желание хорошо выполнить задание, сочетающееся с мотивом получения высокой отметки или одобрения преподавателей, одногруппников.

ММС



Международное  
Медицинское  
Сотрудничество

ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА»

Общество специалистов  
«Международное медицинское сотрудничество»

Уважаемые коллеги!

Приглашаем принять участие в научно-практической конференции:

# ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

16–17 августа 2022 года (конференция)

14–21 августа 2022 года (программа пребывания)

Республика Карелия • Планируется очный формат

## В ПРОГРАММЕ:

- Инновационные комплексные программы санаторно-курортного лечения и оздоровления
- Социально-психологические аспекты лечения и профилактики заболеваний.
- Экология современного питания. Инновации в диетотерапии.
- Питьевые минеральные воды: значение в санаторно-курортных и реабилитационных программах.
- Фитотерапия и биотерапия. Роль БАД в программах оздоровления.
- Программы профилактики вирусных инфекций, включая КОВИД-19 и грипп.
- Иммунопрофилактика остеопороза — глобальной патологии современности.
- Новые подходы к диагностике и коррекции витаминно-минеральных дефицитов.
- Новый взгляд на гомеопатию..
- Цифровая хромотерапия (цветотерапия).
- Музыкотерапия, ее разновидности, критерии эффективности в медицине и психологии.
- Инновации в аппаратной медицине.
- Куклотерапия: возвращение к истокам. Психологические практики, основанные на старых народных традициях.
- Сказочно-песочная терапия. Новые подходы и разновидности.
- Биоэнерготерапия в медицине и психологии.
- Фелинотерапия. Канистерапия. И др. виды анималотерапии.
- Мануальные лечебно-оздоровительные практики.
- Йогатерапия как физическая составляющая духовных оздоровительных программ.

Специалисты по альтернативной, народной медицине и авторы оздоровительных методик проводят мастер-классы и консультации.

**Формы участия:** доклад, лекция, презентация, мастер-класс, статья (публикуется в научно-практическом журнале для врачей «Пятиминутка»), слушатель.

Для участия в конференции необходимо до 1 августа 2022 г.

отправить заявку в свободной форме на e-mail: [stella-mm@yandex.ru](mailto:stella-mm@yandex.ru)

с указанием ФИО, должности, научной степени и звания (если есть), формы участия.

Участие в конференции делегатов бесплатное, питание, проживание и дорожные расходы — за счет направляющей стороны. **В программе пребывания:** экскурсии по живописным местам Республики Карелия, возможно получение комплекса оздоровительных процедур в местном санатории (по желанию). **Организатор:** Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА»

Справки по тел. +7-921-589-15-82, e-mail: [stella-mm@yandex.ru](mailto:stella-mm@yandex.ru)



**10-12** НОЯБРЯ 2022 Г.  
г. РОСТОВ-НА-ДОНУ

/пр.М.Нагибина, 30, КВЦ ДонЭкспоцентр/



«Точность - вежливость врачей»  
Accurate est venustate doctores

## КОНГРЕСС:

- Научно-практическая конференция для специалистов «Эндоваскулярное лечение острых и хронических форм нарушения мозгового кровообращения»  
Научный руководитель - Малеванный Михаил Владимирович - к.м.н., врач по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, зав.отделением РОКБ, гл. рентгенохирург Ростовской области.
- Мастер-классы

## ПРОГРАММА БУДЕТ АККРЕДИТОВАНА НА ПОРТАЛЕ НМО.

- Вторая ежегодная Бизнес-конференция «ЭФФЕКТИВНАЯ КЛИНИКА» для руководителей медицинских учреждений
- Семинар для закупщиков медицинского оборудования

## ВЫСТАВКА. Разделы:

- Медицинская техника, оборудование и диагностика
- Инновации. IT-технологии. Телемедицина.
- Оснащение медицинских клиник и лабораторий
- Хирургический инструмент и расходные материалы
- Оборудование для скорой помощи и интенсивной терапии.
- Фармацевтика

## ПОД ЭГИДОЙ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА: «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

### При поддержке:



Министерство здравоохранения  
ростовской области



Ассоциация частных медицинских  
организаций Дона

**мойбизнес**  
национальный проект по поддержке  
малого и среднего бизнеса

**ррапп**  
РОСТОВСКОЕ  
РЕГИОНАЛЬНОЕ  
АГЕНТСТВО  
ПОДДЕРЖКИ  
РАЗВИТИЯ  
ПРОМЫШЛЕННОСТИ И  
ТОРГОВЛИ



- 150 компаний
- 75 стендов
- 1000 специалистов отрасли

## ВЫБЕРИТЕ ПАКЕТ УЧАСТИЯ



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.



Сборник стихов **«Душа, вмещающая мир»**

(автор М. А. Мамаева, 2021)

В сборнике представлены стихи разных лет, которые автор представляет на суд читателей, прежде всего, своих коллег — врачей, психологов, педагогов и всех, кто любит традиционную лирическую поэзию, наполненную глубоким смыслом.