

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Пятиминутка

№ 1 (22) 2013

**Природные салицилаты
в лечении ишемической
болезни сердца**

**Медицинский туризм:
новое о Хевизе**

**Реабилитация в Венгрии:
санаторий Замок Феникс**

**Ортопедическое лечение
в Германии**

Арттерапия в гериатрии

**Иммуномодуляторы
в педиатрии**

**Самоочищение
организма водой**



Per aspera ad astra
Через тернии к звездам
Сенека

АНОНС

Уважаемые коллеги!

Начиная с 2012 года в Доме братьев Графов Виельгорских
в Санкт-Петербурге на Итальянской ул., д. 6\4
в обстановке единственного в городе исторического
восстановленного литературно-музыкального салона
проводятся информационно-музыкальные
мероприятия для врачей из цикла

«Медицина и музыка»

В программе: научный семинар, фуршет, концерт.
В семинарах принимают участие авторы журналов
«Пятиминутка» и «Все, о чем Вы хотели спросить педиатра».
Обсуждаются самые актуальные темы современной медицины.
В концертах участвуют ведущие артисты, певцы,
музыканты Санкт-Петербурга.

За более подробной информацией обращайтесь по тел.:
(812) 307-32-78, (812) 315-38-44, 8-921-589-15-82, 8-911-977-37-37

e-mail: stella-mm@yandex.ru

Марина Аркадьевна Мамаева,

главный редактор Издательского Дома СТЕЛЛА

Тамара Александровна Васильева,

организатор музыкальных собраний в Доме братьев Графов Виельгорских



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ Пятиминутка

№ 1 (22) 2013

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

Редакционный совет

- 1. Акимов А. Г.**, кафедра Военно-полевой терапии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, д. м. н., СПб
- 2. Бондарь В. И.**, доктор медицинских наук, академик Академии медико-технических наук РФ, ведущий научный сотрудник лаборатории организации медицинской помощи детскому населению отдела социальной педиатрии, ФБГУ «Научный центр детей» РАМН, Москва
- 3. Долинина Л. Ю.**, доцент кафедры физиотерапии и гомеопатии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, кандидат мед. наук, СПб
- 4. Коновалов С. В.**, профессор 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук, профессор, СПб
- 5. Медведев Д. С.**, руководитель лаборатории восстановительного лечения и реабилитации Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии, автор и ведущий программы «Здоровье от А до Я» на ТВ-канале «ВОТ!», доктор медицинских наук, СПб
- 6. Сергеев О. Е.**, зав. кафедрой экономики и управления учреждениями здравоохранения Санкт-Петербургского экономического университета, эксперт Общественной Палаты при Президенте РФ, советник Председателя Законодательного Собрания СПб, действительный государственный советник 1 класса, канд. мед. наук, профессор, СПб
- 7. Скрябин О. Н.**, главный хирург СПб ГУЗ «Клиническая больница им. святителя Луки», ст. науч. сотрудник ФГУ «Российский НИИ гематологии и трансфузиологии», главный хирург Калининского РЗО СПб, д. м. н., профессор, СПб
- 8. Слепян Э. И.**, профессор, научный руководитель Санкт-Петербургского экологического союза
- 9. Ханевич М. Д.**, зам. главного врача по хирургии — главный хирург Городского клинического онкологического диспансера, руководитель отдела хирургии и клинической трансфузиологии Российского НИИ гематологии и трансфузиологии, Засл. деятель науки РФ, Засл. врач РФ, академик РАЕН, д. м. н., профессор, СПб.
- 10. Эргашев О. Н.**, Главный хирург Ленинградской области, профессор кафедры госпитальной хирургии № 2 Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, д. м. н., СПб
- 11. Юрьева Р. Г.**, главный врач Городского реабилитационного центра для детей с психоневрологической патологией, специалист по детской реабилитации, кандидат медицинских наук, СПб

Дизайн, фото – Мамаев Д. А.

Отдел рекламы – Гаврильчук О. С., Шевчук Ю. А.

Адрес редакции: 191144, СПб, 8-ая Советская ул., 50, лит. Б, пом. 1-Н

Фактический адрес: Санкт-Петербург, Лермонтовский пр., 144, 4 этаж, оф. 409.

Адрес для писем: 197373, Санкт-Петербург, ул. Планерная, 47, корпус 5, кв. 135. Тел./факс (812) 307-32-78.

E-mail: stella-mm@yandex.ru

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

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

Номер подписан в печать: 29.03.2013.

Тираж: 10 000 экз. Заказ № 241

© Издательский Дом СТЕЛЛА, 2013

Отпечатано в типографии «Периферия»,
194044 Россия, Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, 30
тел./факс: +7 (812) 643-03-19 моб. тел.: +7 (911) 720-57-57
<http://spbcolor.com/> spbcolor@mail.ru



Уважаемые коллеги!

В этом выпуске журнала мы продолжаем публикацию исследовательских материалов по кардиологии, инфекционным болезням, педиатрии и т.д. Также продолжаем информировать вас о возможностях венгерского оздоровительного и лечебного туризма, рассказываем о программах реабилитации в Венгрии и лечении в Германии. Напоминаем, что при издательстве работает информационный центр по медицинскому туризму, и мы приглашаем к сотрудничеству всех заинтересованных врачей. Весьма интересные материалы предлагаем по ароматерапии, арттерапии и китайской медицине. Несколько тем выносим на дискуссию и рассчитываем на продолжение общения с вами, т.к. в следующих выпусках вас ждут не менее интересные публикации.

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

Фото на первой обложке:

А. Г. Боковой — заведующий 5-м детским инфекционным отделением Центральной Кремлевской Больницы с поликлиникой УДП РФ, доктор медицинских наук, профессор (Москва), постоянный автор наших журналов.

Статью А. Г. Боковой читайте на стр. 27.

Информацию о журнале «Пятиминутка»

вы можете найти на сайтах

<http://www.stellamed.info>,

<http://www.stella.uspb.ru>,

Читайте в следующем номере:

- Медицинский туризм в Венгрию
- Лечение в Германии (продолжение)
- Дети и спорт
- Уникальный адсорбент
- Возможности фитотерапии
- Механизмы агрессии

ИНФОРМАЦИЯ О РАСПРОСТРАНЕНИИ И ПОДПИСКЕ НА ЖУРНАЛ «ПЯТИМИНУТКА»

Распространение журнала «Пятиминутка»:

- Бесплатно руководителям лечебно-профилактических учреждений, отделений, лабораторий, аптек, кафедр медицинских вузов, в медицинские библиотеки
- Научно-практические конференции, конгрессы, форумы и т. д.
- Продажа: Центр гомеопатии — СПб, ул. Поляриков, 15, т. 560-00-77; Центр гомеопатии «Арника» — СПб, пр. Энгельса, 132, к. 1; Центральная аптека г. Сертолово, ул. Ларина, 8, т. 593-24-00; сеть аптек «ЭдиФарм»
- Подписка

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

Извещение	Форма № ПД-4			
	ООО «Издательский дом СТЕЛЛА»			
	(наименование получателя платежа)			
	7842353627 / 784201001		40702810400130012259	
	(ИНН/КПП получателя платежа)		(номер счета получателя платежа)	
	Филиал Санкт-Петербургский АКБ «Инвестбанк» (ОАО)			
	(наименование банка получателя платежа)			
	БИК 044030711		30101810400000000711	
			(№ кор. сч. банка получателя платежа)	
	Кассир	Ф.И.О. плательщика _____		
Адрес плательщика _____				
Подписка на журнал «Пятиминутка» на №№ _____ 20__ года				
(наименование платежа)				
Дата		Сумма платежа:	руб.	коп
Плательщик (подпись) _____				

Уважаемые читатели!

Чтобы подписаться на наш журнал, необходимо:

1. Заполнить квитанцию и перечислить деньги на расчетный счет ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА» с четким указанием платежа «Подписка на журнал «Пятиминутка» № 1-4 / 2013 г.»
2. Отправить копию квитанции об оплате по адресу: 197373, Санкт-Петербург, ул. Планерная, д. 47, к. 5, к. 135.

Извещение	Форма № ПД-4			
	ООО «Издательский дом СТЕЛЛА»			
	(наименование получателя платежа)			
	7842353627 / 784201001		40702810400130012259	
	(ИНН/КПП получателя платежа)		(номер счета получателя платежа)	
	Филиал Санкт-Петербургский АКБ «Инвестбанк» (ОАО)			
	(наименование банка получателя платежа)			
	БИК 044030711		30101810400000000711	
			(№ кор. сч. банка получателя платежа)	
	Кассир	Ф.И.О. плательщика _____		
Адрес плательщика _____				
Подписка на журнал «Пятиминутка» на №№ _____ 20__ года				
(наименование платежа)				
Дата		Сумма платежа:	руб.	коп
Плательщик (подпись) _____				

В письме должен быть указан почтовый адрес отправителя. Стоимость наземной доставки по России включена в общую сумму оплаты подписки. Стоимость 1 номера журнала — 150 рублей. Стоимость годовой подписки (4 номера) — 600 рублей. Подписка может быть оформлена с очередного номера журнала.

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.** М. А. Мамаева.
Что мы не знали о Хевизе... (мнение российских врачей о венгерском курорте) [4–10]
- Альтернативная медицина.** Д. А. Витта.
Арт-терапия в гериатрии: новые горизонты [11–15]
- Кардиология.** И. А. Горбачева, Л. А. Шестакова, П. С. Шабак-Спасский, А. И. Кирсанов, М. А. Зайцева,
Природные салицилаты коры ивы белой в комплексном лечении больных ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения I, II функциональных классов [16–18]
- Здоровье: от А до Я.**
Эндометриоз [19–21]
- Педиатрия.** Лесиовская Е. Е.
Тонзилгон в комплексной профилактике и терапии респираторных инфекций у часто болеющих детей [22–26]
- Инфекционные болезни.** А. Г. Боковой
Трансферфакторы в комплексной терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей [27–33]
- Санаторно-курортное лечение.** Рудольф Гёрёг.
Санаторий «Замок Феникс» (Венгрия) [34–36]
- Юбилей.**
Синенченко Георгий Иванович (к 60-летию со дня рождения) [37–38]
- Актуальная проблема.** Г. Л. Апанасенко.
Учение об индивидуальном здоровье как путь к первичной индивидуальной профилактике ХНИЗ [39–41]
- Ортопедия и травматология.** Г. Орлик.
Эндопротезирование тазобедренного сустава в клиниках Германии [42–44]
- Актуальная проблема.** Гинзбург Н. А., Кутилова Т. К.
К вопросу о механизме самоочищения организма водой [45–50]
- Медицинский туризм.** З. В. Снегирева.
Тропа к долголетию... [52–54]
- Альтернативная медицина.** И. В. Вавилевская
Целительные ароматы природы [55–57]
- Непознанное.** Кретов Ю. В.
Право на глупость [58–60]



От редакции. Вот уже второй год подряд в наших журналах публикуется информация об оздоровительных и лечебных возможностях Венгрии. Мы и сами открыли для себя заново эту удивительную страну — страну, богатую термальными и минеральными источниками, лечебными грязями, мягким климатом, первозданной природой, натуральными продуктами питания, историческими достопримечательностями, культурными традициями и гостеприимством. В рамках профессионального сотрудничества группа врачей — авторов наших журналов посетила Венгрию в феврале этого года с целью обмена опытом и изучения венгерской курортологии. Сегодня наши врачи готовы поделиться своими впечатлениями с читателями, в т. ч. с коллегами.



М. А. Мамаева,
кандидат медицинских наук,
консультант Детского консультативно-диагностического центра
Приморского района, Санкт-Петербург

ЧТО МЫ НЕ ЗНАЛИ О ХЕВИЗЕ... (МНЕНИЕ РОССИЙСКИХ ВРАЧЕЙ О ВЕНГЕРСКОМ КУРОРТЕ)

Мы уже сообщали о начале работы при нашем издательстве информационного центра по медицинскому туризму. Главное предназначение этого центра — обеспечение наших читателей — и врачей, и пациентов — грамотной информацией об отечественных и зарубежных курортах, возможностях лечения и оздоровления в разных регионах России и за рубежом. Издательство обладает для этого большим ресурсом, т. к. уже имеется обширная база данных зарубежных клиник, санаториев и лечебных гостиниц, и все больше и больше специалистов самого разного профиля подключаются к сотрудничеству с информационным центром.

В рамках сотрудничества с венгерскими коллегами по приглашению мэрии г.Хевиз группа наших врачей в феврале побывала на этом замечательном курорте. Это была крайне интересная, профессионально составленная программа по обмену опытом, включавшая и конференцию в Ревматологическом центре Хевиза, и знакомство с работой лечебных гостиниц, а также с многопрофильной больницей в г.Кестхей, и круглый стол с венгерскими врачами, где наметились темы для совместных научных исследований.

Программа включала даже знакомство с одной из ведущих сетей стоматологических клиник. Надо заметить справедливости ради, что венгерская стоматология по качеству услуг и соотношению «цена\качество» является одной из ведущих в Европе. Поэтому в последние годы даже появилось новое направление венгерского туризма — стоматологический туризм.

Главной достопримечательностью и главным богатством Хевиза является единственное в мире пригодное для круглогодичного купания термальное озеро, которое, к тому же, считается самым крупным термальным озером в Европе. Наши медики могли испытать на себе действие лечебной воды Хевиза, ощутить настоящее тепло этого озера в еще зимний период, когда вокруг лежал снег.

Также можно было убедиться, насколько достойно оснащены велнес-зоны лечебных гостиниц Хевиза, и каждая из них, помимо нескольких обычных, термальных и гидромассажных бассейнов, джакузи и саун, может предложить еще что-то свое, особенное. К примеру, в отеле «Хелиус»*** приятно удивила так называемая «фиш» или «ихтио» терапия, когда в роли лекарей выступают маленькие рыбки, плавающие в бассейне-аквариуме. Такой необычный вид терапии используется и в косметологии, и для лечения серьезных кожных заболеваний, в частности, псориаза.

Приятно удивил и тот факт, что во многих лечебных гостиницах наряду с классическими методами лечения и реабилитации присутствуют альтернативные медицинские практики вплоть до консультаций народных целителей. Любой человек, попадая в такую гостиницу, вправе сделать свой выбор в сторону классических либо альтернативных методик.

Нельзя не отметить и знаменитую венгерскую гастрономию. Питание в ресторанах больниц и отелей рассчитано на самый изысканный вкус. Здесь можно попробовать блюда как венгерской национальной кухни, так и многих других кухонь мира.





Несомненно, особенностью в наше сложное время является то, что Венгрия, будучи в центре Европы, умудряется сохранять не только свою самобытность, но и свою натуральную сельскохозяйственную продукцию и полностью обеспечивать и себя, и своих многочисленных гостей полноценным питанием.

Венгрия — аграрная страна, бережно хранящая свою национальную культуру, свой уклад, свои традиции. Может быть, поэтому она старается быть скромной при всех своих богатствах и широко себя не рекламирует...

Хевиз — это жемчужина Венгрии, притягивающая, как магнит, всех, кто, когда бы то ни было, попадал в эти края... Люди снова и снова желают приехать в этот маленький, тихий, уютный городок с ровным, мягким климатом, заповедной природой и сосредоточением на этой малой территории огромных природных богатств, в первую очередь, целебных источников.

Многие гостиницы Хевиза имеют свой собственный термальный источник, поэтому вода везде разная и по составу, и по своим лечебным свойствам.

Спокойное, тихое место... Здесь можно одинаково эффективно отдыхать и деловым людям после напряженного ритма жизни, и пожилым пенсионерам, и родителям с детьми. Немного обидно было видеть среди отдыхающих подавляющее большинство немецких и австрийских бабушек и дедушек и очень мало пенсионеров из России. Виной тому и недостаточная осведомленность нашего населения, и, увы, неважное материальное положение наших стариков. Хотя, честно говоря, курорты Венгрии нельзя отнести к разряду очень дорогих при достаточно высоком, европейском уровне качества сервиса и медицинских услуг.

Надо отдать должное мэрии Хевиза — делается все для полноценного отдыха и лечения приезжающих сюда гостей. Везде чистота, порядок, вежливый и доброжелательно настроенный персонал. Обращают на себя внимание и отношения между людьми — простота в общении в хорошем смысле слова, внимательность, отзывчивость, доброжелательность, не взирая на должности и ранги. Причем, это касается и поведения людей в рабочем коллективе: в больнице, медцентре, отеле, ресторане...

Многопрофильная больница и Ревматологический центр, имеющие общее централизованное руководство, представляют собой прекрасно отлаженный рабочий механизм, где нет ничего лишнего — ни дорогих интерьеров, ни палат типа «люкс» для «особых» лиц, ни роскошных кабинетов начальников, зато буквально все поставлено на службу пациентам. Профессиональный взгляд заметит и просторные палаты (на 2–4 чел.), оснащенные всеми удобствами, и приспособления для транспортировки и удобства передвижения тяжелобольных пациентов, и наличие современной диагностической аппаратуры, автоматической системы оповещения, большого количества белья и перевязочного материала... Просто, в Венгрии даже на уровне районной больницы страховая медицина не только называется таковой, а работает. И работает честно. Поистине, нам есть чему поучиться.

Однако можно еще долго описывать свои впечатления и о здравоохранении Венгрии, и о ее природно-оздоровительных возможностях... Об этом мы еще продолжим разговор в следующих публикациях. А сейчас предлагаю вам мнение своих коллег.

ХЕВИЗ — ЭТО ЧАСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕНГРИИ

***Р. Г. Юрьева**, главный врач Городского Центра восстановительного лечения для детей с психоневрологическими нарушениями (СПб ГКУЗ «ГЦВЛДПН»), кандидат медицинских наук, специалист по детской реабилитации, Санкт-Петербург*

Я впервые посетила Венгрию. Впечатления отличные. Природа завораживает. Совершенно необычно для восприятия и ощущений озеро Хевиз. Здоровая среда, прекрасная кухня, доброжелательнейший народ. Везде чистота и порядок.

Хевиз — это часть здравоохранения Венгрии. Профессиональное использование для здоровья человека водных ресурсов — это, пожалуй, главное в Хевизе. Отличные врачи, хорошо подготовленный медицинский персонал, применение множества методов лечения и оздоровления позволяют эффективно восстанавливать здоровье и профилактировать различные заболевания.

Виды и объем применяемых водных процедур и собственно принятие процедур в озере Хевиз — это абсолютно новое!

Обмен опытом — это необходимая составляющая в совершенствовании любой профессии и особенно в медицине. В частности: сотрудничество по совершенствованию санаторно — курортного этапа реабилитации детей с различными хроническими заболеваниями. Хотелось бы более глубоко ознакомиться с организацией восстановительного лечения и формами реабилитации детей с ограниченными возможностями, применением современных реабилитационных технологий, а также социальной поддержкой семей и детей, как это принято в Венгрии. Необходимы, конечно, совместные научные исследования.

ХЕВИЗ — ЭТО ЛЕЧЕБНЫЙ КУРОРТ, А НЕ ЯРМАРКА ТЩЕСЛАВИЯ...

***Д. С. Медведев**, доктор медицинских наук, доцент, руководитель лаборатории восстановительного лечения и реабилитации Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, автор и ведущий программы «Здоровье: от А до Я» на ТВ-канале «Ваше Общественное Телевидение!»*

Венгрия — удивительная, запоминающаяся страна, которую я открыл для себя. Страна с богатой интересной историей и культурными традициями. Являясь преимущественно аграрной, сельской, Венгрия сохранила патриархальный, вышитый в национальных узорах, облик деревень и крестьянского быта, простоту и добросердечность, отзывчивость в отношениях, одновременно с величием католических храмов, великолепием замков и дворцов Средневековья. И, конечно же, сегодня —

это современная, активно развивающаяся европейская страна. Страна, которая имеет экономические проблемы, и при этом улыбчивых людей, хорошие автодороги, и которая охраняет свои памятники культуры и природные заповедники.

Не прожив в стране какое-то более-менее длительное время, трудно представить себе национальный характер во всех его нюансах. Но у меня сложилось впечатление, что в характере венгров сочетается практически не сочетаемое — «немецкие» педантичность, экономность, четкость в делах, с одной стороны, и «русские» радушие, гостеприимство, хлебосольность — с другой. При этом венгры не похожи ни на кого, это самобытный народ с яркой самоидентификацией. Располагаясь в центре Европы, на стыке славянского и германского миров, венгры впитали элементы культуры соседей, не растеряв свой уникальный язык и свои национальные обычаи и традиции. Это отражается и в политических вопросах. Венгрия — член Евросоюза, но не член НАТО, и не вошла в еврозону.

В Венгрии улыбчивые, радушные люди, открытые к общению. Многие люди старших поколений могут изъясняться по-русски и с радостью это делают, если возникает такая необходимость. Знание языка неудивительно — это отголоски социалистического прошлого, когда русский язык входил в число обязательных для изучения в школе.

Хевиз запомнился чистым воздухом, чистыми улицами, неторопливостью и размеренностью маленького курортного города, на улицах которого слышна венгерская, немецкая и русская речь. Город с более чем двухвековыми традициями мирового курорта, уникальными лечебными водами озера Хевиз и развитой сетью СПА-отелей и бальнеологических клиник. При этом здесь нет светского «шика», лоска и блеска, присущего для некоторых мировых курортов: по дорогам не носятся дорожные лимузины, как и нет навязчивой рекламы ночных клубов и казино. Это действительно лечебный курорт, а не ярмарка тщеславия, что, безусловно, приятно для людей, ищущих здоровый отдых, а не приключений.

Цены на отдых и лечение вполне сопоставимы с российскими курортами, при этом уровень сервиса европейский. Большое количество трех- и четырехзвездных отелей, а также сдаваемых апартаментов и комнат позволит найти жилье людям с разным уровнем доходов и притязаний. Отели и клиники предлагают широкий спектр оздоровительных и лечебных услуг: термальные бассейны, лечебные грязи, минеральные воды, различные виды саун и массажа, аппаратная косметология и физиотерапия, стоматология. Приятно, что практически в каждом отеле и клинике есть русскоязычный персонал. Уникально местоположение города — в нескольких часах езды от Хевиза — Будапешт, Вена, Братислава, в часе езды — Тиханьский полуостров с его знаменитым Тиханьским католическим храмом и могилой Святого Андраша I, короля Венгрии, и озеро Балатон — еще одно всемирно известное курортное местечко Венгрии. Побывав в Хевизе, кроме отдыха и лечения, можно познакомиться с культурными достопримечательностями Венгрии, Австрии и Словакии. Хорошие дороги, комфортабельные микроавтобусы и хорошо говорящие по-русски гиды делают экскурсии интересными и приятными.

Конечно же, нельзя не отметить венгерскую кухню. Венгры, как и русские люди, очень любят вкусно поесть. Мясные блюда из фазана, оленя, дикого кабана, сдобренные чесноком, паприкой и другими специями, запеченные овощи, сыры, прекрасное венгерское вино и свежая выпечка делают венгерскую кухню незабываемой.

Мне, как специалисту, работающему в области гериатрии и геронтологии, было интересно узнать о том, что для жителей Хевиза характерна высокая средняя продолжительность жизни. Новой была информация о лечебных свойствах озера Хевиз и возможностях ревматологической клиники Св. Андраша.

Уникальные лечебные эффекты воды из озера Хевиз для больных с заболеваниями опорно-двигательной системы, включая такие трудно излечиваемые, хронические, с прогрессирующим течением, как ревматоидный артрит, болезнь Рейно, болезнь Бехтерева, произвели на меня неизгладимое впечатление. Уникальность вод обусловлена комплексом природных факторов — естественными подземными термальными источниками, вихревыми потоками, температурой и химическим составом воды, богатым минералами и микроэлементами, выделением радона с поверхности дна озера, лесным защитным окружением вокруг озера.

Применение ванн с лечебной водой озера Хевиз в комплексе с другими лечебными мероприятиями позволяет провести эффективную реабилитацию пациентов в послеоперационный период, восстановить функции опоры и движения у пациентов «со стажем», существенно замедлить неблагоприятное развитие заболевания и повысить качество жизни пациентов с заболеваниями органов опоры и движения. Необходимо также отметить, что значительная часть пациентов — люди старших возрастных групп, страдающие несколькими заболеваниями. При разработке лечебного курса это учитывается, и в большинстве случаев после курса лечения удается улучшить или стабилизировать состояние, связанное и с патологией внутренних органов.

Произвела положительное впечатление ревматологическая клиника Св. Андраша. Это современное лечебное учреждение, имеющее хорошее оснащение и обученный, заботливый медицинский персонал.

Представляется перспективным сотрудничество с клиниками, санаториями и врачами Венгрии по нескольким направлениям. Во-первых, изучение опыта и обмен знаниями, трансфер медицинских технологий. Для такого вида сотрудничества целесообразна организация научных, научно-практических тематических семинаров. Проведение семинаров, кроме знакомства с опытом коллег, может стать стартовой площадкой для дальнейшей совместной научной и научно-практической работы: разработки и внедрения новых и усовершенствованных диагностических, лечебных и профилактических методик и технологий. К примеру, отечественная медицинская школа неплохо разработала концепцию адаптации, подходы к оценке напряжения адаптационных механизмов и резервных возможностей человека, интегральной оценке реабилитационного потенциала, что немаловажно для применения в клинической практике и в реабилитации на санаторно-курортном этапе. Также отечественные специалисты за последние десятилетия разрабо-



тали и внедрили несколько новых методов аппаратной физиотерапии, изучили механизмы лечебного действия низкоинтенсивных лечебных физических факторов, разработали подходы комплексного лечения и принципы сочетания различных методов физиотерапии. Еще одним направлением совместных исследований может стать оценка клинической эффективности применяемого лечения и новых методик. С позиций доказательной медицины для широкого внедрения и применения тех или иных лечебных методов и методик требуется проведение многоцентровых рандомизированных плацебо-контролируемых исследований. И ведущие научные организации Санкт-Петербурга могут включиться в такую работу. У нас есть научные центры, имеющие международную сертификацию для проведения исследований и отвечающие современным стандартам.

В современном лечебном процессе, кроме лабораторных, клинических и инструментальных исследований, все шире внедряются методы молекулярной медицины. И здесь сотрудничество с Санкт-Петербургом может представлять интерес для венгерских партнеров. В городе имеются научные коллективы, проводящие исследовательские работы на высочайшем мировом уровне и, кроме этого, имеющие свои признанные в мире разработки, позволяющие «предсказывать» развитие таких заболеваний, как болезнь Альцгеймера, инфаркт миокарда и др. задолго до появления первых клинических признаков. Также методы молекулярной медицины позволяют дифференцировать и верифицировать диагноз, подобрать индивидуальную терапию и оценить эффективность проводимого лечения.

На мой взгляд, основной миссией нашей группы был сигнал, «послание» о заинтересованности в общении и сотрудничестве. Медицина и наука в целом не имеют территориальных границ и не должны иметь национальных, религиозных и иных ограничений, кроме этических, включая соблюдение главного принципа «не навреди!». Мы можем и должны изучать опыт других стран, чтобы внедрять успешный опыт в своей стране — там, где для этого есть возможность, и пользоваться на благо наших пациентов лечебными возможностями других стран. Для этого нужен диалог. И очень важно, как мне кажется, чтобы такой диалог был не только на уровне официальных государственных структур и «высоких договаривающихся» сторон, но и на уровне частных, пусть даже небольших, пусть даже локальных инициатив отдельных групп медицинских специалистов. Как известно, многое строится на личных контактах — и это характерно не только для нашей страны. А задачами нашей группы были, на мой взгляд, изучение лечебных возможностей курорта, применяемых там методов и технологий, и возможность создания и развития новых контактов с венгерскими коллегами.

Я намерен проинформировать о курорте Хевиз жителей Санкт-Петербурга и других городов в своей ТВ-программе. Именно проинформировать, представить объективную, «не рекламную» информацию. Если этот курорт обладает уникальными естественными возможностями и действительно «лечит», то почему же мои соотечественники не должны об этом знать? У нас у всех должно быть право выбора.

Перспективы медицинского туризма в Венгрию я оцениваю как высокие. Медицинский туризм в эту страну весьма привлекателен по нескольким причинам: 1) наличие уникальных термальных источников и минеральных вод, 2) сеть современных СПА-отелей и клиник; 3) медицинские центры, применяющие высокотехнологичные методы лечения, 4) уровень цен, сопоставимый с российскими, 5) европейский уровень сервиса и качества, 6) относительно небольшая удаленность (2–3 ч авиаперелета из европейской части России), 7) большое количество архитектурных памятников и музеев, 8) венгерская кухня и музыка, 9) русскоязычный персонал во многих клиниках и отелях.

Показательно, что крупные страховые компании Австрии и Германии охотно сотрудничают с медицинскими центрами и курортами Венгрии. При высоком качестве лечения и сервиса стоимость лечения существенно ниже, чем в этих странах, и все больше и больше немцев и австрийцев едет на лечение и реабилитацию к соседям.

Что касается медицинского туризма из России, то в первую очередь, на мой взгляд, нужно определить актуальные медицинские направления — те направления, по которым в Венгрии проводится высокоэффективное лечение, которое по тем или иным причинам невозможно получить в нашей стране. Такие направления есть. Так, например, благодаря этой поездке мы смогли оценить уровень реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и понять, что уникальные свойства озера Хевиз стоят того, чтобы его посетить и пройти там курс лечения или реабилитации. Также нужно создавать консультационные структуры, позволяющие профессионально подбирать оптимальный вариант для конкретного клиента — курорт, клинику и методы лечения, а также осуществлять весь пакет сервисных услуг, включая перевод и отправку медицинской документации в клинику Венгрии, бронирование авиабилетов, трансфер, языковое и юридическое сопровождение во время лечения.

КАК МАЛО МЫ ЗНАЕМ О ВЕНГРИИ...

***Н. В. Соколова, педиатр, гастроэнтеролог,
ДПО №70 Приморского района,
Санкт-Петербург***

Впечатления о Венгрии невозможно забыть. Удивительно, ЧТО МЫ ДО СИХ ПОР так мало знаем о ней. Венгры — радушный, веселый народ, а главное, очень трудолюбивый. Чистота и порядок, отсутствие суетности — это Хевиз. Уникальное термальное озеро, заповедные места, чистейший воздух — это Хевиз. Замечательные маленькие магазинчики, велнес-центры, спа-салоны, множество ресторанов — это тоже Хевиз! Отменная кухня, где каждый найдет что-нибудь себе по вкусу. Нет, неверно, здесь вкусно все: кто раньше не ел рыбу, обязательно ее попробует; кто не любил говядину, будет есть блюда только из говядины, а кто недолюбливал свинину, будет восхищаться свиными ребрышками. А что говорить о десертах?! А молочные продукты! Обязательно нужно побывать в Венгрии! Стоит посетить Хевиз!

Такие же впечатления от посещения клиник: чистота, (хотя больница не богата, нет супершикарных интерьеров) разумно продуманное расположение помещений, современное оборудование, нет запахов ни лекарств, ни дезсредств, нет скученности в палатах: палаты достаточно просторные, находится в них 2–4 человека, обращает внимание обилие белья, а питание в больнице пятиразовое! Открытость всему новому, в том числе привлечение методов нетрадиционной медицины, достаточно широкое их применение наряду со стандартной терапией.

Врачи в Венгрии, так же как и у нас, очень загружены работой, получают невысокие зарплаты, но они имеют возможность лечить пациента столько, сколько необходимо: таких строгих ограничений по времени, как у нас, нет. Поэтому реабилитационное направление очень развито, и медики выхаживают очень сложных пациентов. Одним словом, врачи и средний медицинский персонал в Венгрии — это уважаемые люди!

Я увидела для себя много нового, например, новые возможности в выхаживании пациентов, возможность снизить количество получаемых пациентами лекарств с помощью лечения и отдыха в Хевизе. Это касается не только ревматологических и ортопедических патологий, но и аллергических болезней, болезней органов пищеварения, неврологических патологий, оздоровление часто болеющих детей и взрослых, имеющих хронические очаги инфекции.

Сотрудничество с венгерскими врачами, санаториями, клиниками может начинаться с обмена опытом, обмена информацией, ведения проблемных детей на отдыхе, назначения им реабилитационных процедур, а также обследования до и после реабилитации. Это может быть и предметом совместных научных исследований.

Считаю, что теперь наша миссия — это информирование родителей, коллег по работе о возможностях оздоровительного отдыха и лечения в Венгрии. Ведь наряду с лечением, там есть возможность получить массу удовольствий, расширить кругозор, получить незабываемые впечатления, все это придает выбору этого места лечения особую привлекательность.

ПЕРСПЕКТИВЫ ВЕНГЕРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА ВЕЛИКИ

***М. Ф. Кондрич**, мануальный терапевт, врач-биоэнергетик, заведующий лабораторией по изучению влияний геопатогенных зон на здоровье человека кафедры коммунальной гигиены Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова*

Венгрия — удивительно красивая, солнечная, самобытная страна с интересной историей, хорошими, добрыми, трудолюбивыми людьми высокой культуры, вкусной и разнообразной кухней — одной из самых известных в Европе, прекрасными винами, хорошо развитой транспортной инфраструктурой, многочисленными достопримечательностями, высококвалифицированной

медициной, хорошо отлаженной оздоровительной системой и красивой природой. Главной достопримечательностью Венгрии являются уникальные природно-оздоровительные факторы (термальные источники, минеральные воды, лечебные грязи, соли), а также климат — это основа венгерского оздоровительного и лечебного туризма.

С геологической точки зрения территория Венгрии очень сложная (около 80% территории страны находится над термальными источниками), многочисленные термальные источники с повышенным уровнем радона представляют собой геологические неоднородности земной коры — зоны геодинамически активных разломов (ГДАР), характеризующиеся аномалиями гравитационного магнитного поля, аномалиями естественного импульсного электромагнитного излучения в широком частотном диапазоне, являющиеся каналами поступления с глубины к поверхности земли минеральных вод и газовых эманаций (радона, метана, углекислого газа, водорода), что приводит к резкому снижению ионизации воздуха. При кратковременном контакте с факторами ГДАР человека, это дает позитивные результаты (радоновые ванны, купальни), но при длительном контакте (местное население) — это может приводить к повышению частоты онкологических, сердечно-сосудистых, психических заболеваний, заболеваний дыхательной системы и др. В любом случае, это требует изучения и контроля.

За время пребывания в удивительно красивом месте — городе Хевиз — центре лечебного туризма Венгрии, я получил большое удовольствие, много информации от посещения лечебных отелей, клиник, от общения с врачами и средним медицинским персоналом. Купание и процедуры в термальном озере Хевиз — неописуемое удовольствие! Ничего подобного в своей жизни не ощущал. Город Хевиз — красивый, уютный, гостеприимный, с красивой природой, хорошей экологией и климатом. Главным богатством города и всей страны, несомненно, является уникальное термальное озеро Хевиз, обладающее биологически активными водами и торфяными иловыми целебными грязями. По моим профессиональным знаниям и ощущениям — у озера Хевиз особенная геологическая структура и удивительная энергетика, аура. Не удивлюсь, если со временем этот небольшой городок станет местом паломничества людей из разных стран мира. Каждый человек, попадая в этот волшебный мир, получает мощный лечебный эффект от термальных и минеральных вод, грязей, целого научно обоснованного комплекса лечебно-профилактических процедур, дополнительно происходит сильнейшее очищение организма на энерго-информационном уровне, очищение ауры, гармонизация и насыщение (подзарядка) удивительной энергетикой.

Особенно произвели впечатление встречи с мэром города Хевиз — Папп Габором, главным врачом ревматологического центра им. Святого Андраша — Аттилой Кварда. Поездка в Венгрию, в город Хевиз оставила очень хорошее впечатление и запомнится надолго. Посетив Хевиз, хочется приехать туда ещё много раз.

Мне понравилась организация здравоохранения Венгрии, особенно отлаженная оздоровительная система



с явным акцентом на профилактику заболеваний, высокий уровень сервиса и медицинского обслуживания. Получив много информации для себя, я еще больше убедился в важности системного подхода в профилактике и лечении различных заболеваний, в активном использовании природно-оздоровительных факторов.

На базе Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова созданы универсальные авторские программы: медико-экологическая программа «Оздорови свой дом», «Антирак», «Антилейкоз», «Синдром хронической усталости», «Забудь о головной боли». Под руководством Мамаевой Марины Аркадьевны была создана уникальная авторская программа «Часто болеющие дети». 27.10.2011 г. в Законодательном Собрании г. Санкт-Петербурга совместными усилиями авторов программы и депутатов был проведен круглый стол: «Геологические неоднородности на территории Санкт-Петербурга как фактор заболеваемости населения. О необходимости разработки целевой программы по исследованию проблемы часто болеющих детей в Санкт-Петербурге». Все эти программы могут активно работать как на территории России, так и на территории Венгрии. Мы готовы сотрудничать с венгерскими медицинскими и научными учреждениями.

К большому сожалению, наш город Санкт-Петербург совершенно справедливо считается самым «большим» городом в России. Поэтому оздоровление в Венгрии, на мой взгляд, не только показано, но и необходимо любому жителю нашего города. А потому считаю, что перспективы венгерского медицинского туризма очень велики.

НАМ ЕСТЬ ЧЕМУ ПОУЧИТЬСЯ У ВЕНГРИИ...

Ю. М. Хомяков, директор Центра здоровья «Алтай», Санкт-Петербург

Хевиз — отличное место чтобы поправить здоровье. Сейчас там лечится много особенно пожилых людей. Эффект лечебный несомненен. Меня более всего поразило то, как представляли своих пациентов врачи, каково было состояние суставов до и после лечения. Это, конечно, впечатляет.

Здравоохранение Венгрии — пример для нашей медицины. Дело не в финансировании, там оно тоже не очень богато, дело в организации помощи больным. Нет глупостей, каких-то лишних формальностей, «показухи», все нацелено на облегчение страданий больного. Отношение врача и пациента лишено снобизма и презрения. Никому в голову не придет назначать пациенту лишние ненужные процедуры и диагностические мероприятия ради коммерческих выгод. Но именно это является самым ужасным в нашем современном отечественном здравоохранении...

О сотрудничестве. То что делают венгерские медики — можно принять за эталон. Я подумал, а чему мы их можем научить? Я как-то попытался в поликлинике оформить санаторно-курортную карту... и не смог это сделать, находясь в полном здравии, т.к. анализы надо ждать неделю, прием врача еще 2–3 недели, печать на справке ставит только заведующая, а она будет толь-

ко через 3 недели... При такой организации работы хвататься нам пока особо нечем.

Медицинский туризм в Венгрию считаю вполне реальным. Цены привлекательны, организация хорошая, качество услуг отличное, природные лечебные факторы присутствуют, условия размещения — на любой вкус и кошелек, питание разнообразное и качественное, сопутствующий сервис тоже имеется... Одновременно можно организовать культурные и туристические программы, это страна музыкальная, фестивальная, имеющая и хранящая культурные и исторические ценности. Все это в совокупности делает отдых и лечение в Венгрии особо привлекательным.

ПОЧТИ РАЙ...

Ю. А. Шевчук, старшая сестра консультативно-диагностического отделения ДПО №16 Приморского района, преподаватель медицинского колледжа, Санкт-Петербург

Венгрия — чудесная страна, почти рай. Город Хевиз — молодой и прекрасный, где живут очень доброжелательные люди, любящие свой волшебный город и очень гордящиеся им.

Здравоохранение в Венгрии находится на очень высоком уровне, у медицинских работников хорошее образование, они грамотно и профессионально подходят к проблемам пациентов. Каждого пациента и его случай рассматривают индивидуально. Решаются вопросы о лечении пациентов с тяжелыми патологиями, а так как подход индивидуален, то очень хороший результат.

Много интересных методик разработано на базе лечебного центра. Было бы хорошо применять их на базе и наших реабилитационных центров. Очень понравились индивидуальные занятия ЛФК, метод дает великолепные результаты.

Для пациентов детского возраста не все клиники разрабатывают методы лечения. Хотелось бы, чтобы скорее снизили возрастной порог для купания в озере, тогда поток наших туристов увеличится. Целесообразно развивать детскую анимацию в отелях, тогда взрослые пациенты смогли бы получать процедуры в большем объеме, так как появилось бы свободное время ввиду занятости детей.

Я предполагаю что миссия группы заключается в информировании как врачей, так и пациентов о возможностях лечебного курорта Хевиз и об оздоровительных возможностях Венгрии в целом. После всего увиденного, конечно, наши рекомендации будут более грамотными и избирательными.

К сожалению, наше население мало осведомлено о венгерском лечебном и оздоровительном туризме, но чем больше мы сами узнаем об этом, тем больше информации мы сможем дать нашим пациентам и коллегам, тем больше будет людей, получивших качественное, профессиональное лечение и оздоровление, тем больше здоровых людей будет нашей стране. ☺

Продолжение следует...



Д. А. Витта,
выпускница Санкт-Петербургской государственной консерватории им. Н. А. Римского-Корсакова, преподаватель фортепиано и актёрского мастерства, автор-исполнитель, композитор, арт-терапевт, выпускница Санкт-Петербургского медицинского училища № 9, mavkafilm@mail.ru

АРТ-ТЕРАПИЯ В ГЕРИАТРИИ: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ

Арт-терапия (дословно — «исцеление искусством»), термин впервые был использован А. Хиллом в 1938 г. в описании своей работы с больными туберкулёзом) уверенно и прочно завоёвывает свои позиции, как самостоятельная и эффективная лечебная методика. Это и не удивительно. Во-первых, истоки арт-терапии лежат в глубокой древности. Наши предки бесстрашно доверяли своё драгоценное здоровье жрецам и шаманам, исполняющим обязанности первых в племени врачей и психологов. Интуитивно представители працивилизаций открывали мощную силу ритуального танца и пения, отмечая положительное воздействие коллективного творчества на человеческий организм. Сколько существует на Земле наш биологический вид, столько существует и наша потребность в самовыражении, искреннее желание создать нечто новое, оставить след для будущих поколений. Ещё не имея развитой речи, а, тем более, письменности, далёкие предшественники современных homo sapiens уже воплощали свои религиозные и философские отношения с миром через примитивное, но полное жажды жизни, искусство. Позднее легендарные врачеватели древней Греции Гиппократ и Гален неоднократно упоминали в своих научных трудах о пользе музыки и поэзии для страждущих телом и духом. Во-вторых, в суровых условиях современной реальности медицина не только продолжает тернистый путь бесконечного поиска, но и осознанно воз-

вращается к позабытым истокам. Проводятся неожиданные инновационные испытания, появляются альтернативные методы борьбы с тяжёлыми болезнями, не уступающие проверенным консервативным практикам. В итоге мы получаем синтез дисциплин, концентрацию наиболее подходящих вариантов, а, следовательно, улучшение качества лечения. Профессиональный арт-терапевт обязан обладать опытом и знаниями как минимум в трёх смежных областях, являясь одновременно доктором, психологом и артистом. Существует множество узких специалистов в сфере арт-терапии, отдающих предпочтение одному избранному способу работы с пациентом (например, музыкотерапевт, который имеет в своём арсенале специально подобранные CD-диски и синтезатор, но не краски и холст). Кроме того, арт-терапия всегда направлена на конкретные целевые группы: инвалиды, трудные подростки, лица с психическими отклонениями, онкологические больные и т.д. Может сложиться впечатление, что здоровые, гармоничные и уравновешенные люди в исцелении искусством не нуждаются, однако это не так. В целях профилактики морального истощения, обусловленного давлением агрессивной информационной среды и ускоренным ритмом жизни, в целях предупреждения хронической усталости и реакции на стрессовые ситуации всем без исключения показаны периодические занятия с арт-терапевтом, как индивидуальные, так и групповые.



О ПОЖИЛЫХ ЛЮДЯХ

Наиболее уязвимы в настоящее время пожилые люди. И вот здесь мы сталкиваемся с серьёзной проблемой стремительного старения населения планеты, подтверждённого статистическими данными ВОЗ и ООН. По прогнозам экспертов, к 2050 году число людей пенсионного возраста в мире может достичь двух миллиардов человек, тогда как ещё в 2005 году на Земле проживало 670 миллионов людей в возрасте старше 60 лет. Сейчас самой «старой» частью света является Европа, однако в ближайшее время тенденция старения охватит весь мир, причём наиболее быстрыми темпами этот процесс пойдёт в развивающихся странах. Изменение возрастного состава населения особенно опасно для государств с низким уровнем развития системы пенсионного обеспечения. При отсутствии ощутимых реформ в этой сфере более миллиарда пожилых людей могут оказаться на грани нищеты.

А что происходит с пенсионерами в России? По данным экономической экспертной группы, доля людей работоспособного возраста к середине XXI века сократится с нынешних 63% до 50%. Демографическое старение населения в России, прежде всего, связано со снижением рождаемости. Уменьшение средней продолжительности жизни, наоборот, пока уравнивает данный процесс. При этом увеличивается нагрузка на трудоспособное население. Следует учитывать, что материальные и культурные блага, преумножаемые молодыми поколениями, являются результатом труда их предшественников, сегодняшних пенсионеров. При длительном нарушении баланса в социальной системе возможны необратимые последствия.

Что касается непосредственно Санкт-Петербурга, тут мы также увидим цифры неутешительные. Наблюдается стойкое снижение численности населения за счёт естественной убыли (число умерших превышает число родившихся), что постепенно приведёт к депопуляции, т.е. вымиранию. Доля пенсионеров в структуре населения Санкт-Петербурга постоянно увеличивается. Средний возраст жителей города старше, чем в целом по РФ. Это обусловлено ещё и тем, что в последнее десятилетие значительно выросли показатели смертности несовершеннолетних детей и подростков.

Неизбежный спутник зрелого возраста — «букет» хронических заболеваний (полиморбидный синдром), усугубляющихся с возрастом из-за различных отягчающих факторов. Довольно часто угрожающие жизни недуги у стариков диагностируются слишком поздно или не диагностируются вовсе. Причина подобного упущения кроется как в самих пациентах (страх посещения ЛПУ, невнимание к своему самочувствию), так и в их близких родственниках (недостаточная забота, вплоть до полного равнодушия), а также в экономическом статусе той или иной семьи (финансовая несостоятельность в плане длительных дорогостоящих обследований). Не последнее место в этом грустном списке занимает вероятность врачебной ошибки при гиподиагностике (в противоположность гипердиагностике).

Конечно, есть и положительные моменты, о которых стоит упомянуть. Вызывает уважение более внимательное и бережное отношение к детям, наблюдаемое в нашей стране в последнее десятилетие; особенно это

касается группы, именуемой «часто болеющие дети». Существующие программы поддержки, целенаправленные исследования, заинтересованность широкого круга специалистов и — особенно! — самоотверженная и альтруистичная работа медиков-энтузиастов дают надежду на решение множества противоречий и проблем в области отечественной педиатрии. Вполне понятно, что данный процесс будет происходить не столь оперативно, как требуется. Но если дети — это наше будущее, то что тогда можно сказать о стариках? Почему мы забываем о преемственности поколений, нарушаем старинные традиции, обделяя пожилых людей душевным теплом, лишая их надлежащего внимания? В условиях тотальной загруженности работающих родителей дети часто передаются на воспитание дедушкам и бабушкам (под периодический, а порой даже постоянный присмотр). Поэтому физическое и психическое здоровье старших близких имеет колоссальное значение и в этом контексте тоже. Обратите внимание, за рубежом, особенно, в странах Западной Европы, забота о пенсионерах уже давно на порядок качественно выше, чем на территории СНГ. Что касается азиатских стран (к примеру, стоит вспомнить Японию) — там уважительное отношение к старикам практически возведено в культ.

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Хотелось бы поделиться личным опытом наблюдения за пожилыми пациентами в Германии. Один из социальных домов для престарелых города Гамбурга ещё в начале 90-х годов прошлого века стал своеобразной базой для интереснейшего научного эксперимента по объединению искусства и медицины. Преимущественно возраст подопечных, проживающих в данном учреждении, варьировался от 60 до 90 лет; большинство из них страдало тяжёлыми хроническими заболеваниями, около трети имело инвалидность в связи с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Ежедневно после обеда, а также в свободное вечернее время, эти добропорядочные пожилые люди занимались музыкой, живописью, прикладным художественным ремеслом (создавали коллажи, открытки, украшения, гербарии) и т.д. Раз в неделю для обитателей данного заведения силами приглашённых артистов устраивались театральные вечера и концерты классической музыки, на которых в обязательном порядке присутствовали врачи и социальные работники. Говоря современным языком, пациентам активно проводилась терапия творческим самовыражением, что приводило к заметному улучшению настроения больных, стимулировало их когнитивные и коммуникативные функции, сглаживало проявления психосоматических симптомов. Заметив столь явные положительные аспекты синтеза искусства и медицины ещё в далёком 1996 году, автор данной публикации (на тот момент — гастролирующая пианистка) продолжила пристальные наблюдения за реакциями публики на свои выступления, а также на выступления других артистов, делая из этого соответствующие выводы. Наблюдения продолжались на протяжении семи лет и охватили ряд городов России, Украины, Польши, Литвы и Японии. Были выявлены чёткие закономерности в интенсивности эмоциональных откликов слушателей на те или иные произведения русских и за-

рубежных композиторов, на определённый инструментальный состав (от рояля-соло до большого симфонического оркестра). Выяснилось, что чем более сплочённой публика являлась перед началом мероприятия, тем проще было установить и наладить процесс передачи-восприятия информации, закодированной в музыке её создателями, и энергии, транслируемой через инструмент исполнителем. Разрозненная и холодная публика, наоборот, как правило, заранее предвещала определённые сложности в установлении контакта в системе «артист-слушатели». Позднее, по тем же самым законам были замечены проявления разногласий в похожих системах — «педагог-ученики» и «врач-пациенты», что подтолкнуло автора к разработке программы «ЛАР», о которой речь пойдёт чуть ниже.

Если обратиться к историческим фактам по теме улучшения качества жизни пожилых людей в мире, мы увидим следующее: в большинстве стран Европы после Второй мировой войны повсеместно были созданы специальные структуры для осуществления прогрессивной социальной политики. Старшему поколению начали оказывать комплексную помощь поликлиники, больницы, дома для престарелых, дома сестринского ухода государственно и частного секторов, приюты и общежития для инвалидов. Распространение получили бригады не только экстренной медицинской, но и экстренной психологической помощи. Теперь используется исключительно индивидуальный подход к каждому пациенту (Служба кризисных ситуаций в Швеции). По признанию самих пожилых людей, им очень важен факт существования службы поддержки, реализующей уверенность в завтрашнем дне и это один из краеугольных камней в основе арт-терапии вообще.

Одним из быстро развивающихся направлений в исследуемом вопросе сегодня является реабилитация в гериатрии с подключением разнообразных арт-терапевтических ресурсов. Постоянно создаются новые методы; вот, что предлагают нам, к примеру, голландские медики. «Снузелен» (нидерл. *snuezelen*), или «контролируемая мультисенсорная стимуляция» — название подхода к терапии психических отклонений, в том числе характерных для пожилого и старческого возраста (таких, как болезнь Альцгеймера). В настоящее время метод распространён в Нидерландах и Германии; существуют специальные помещения, комнаты «снузелен», используемые в рамках этого подхода. В комнатах «снузелен» создаётся успокаивающая обстановка, благодаря использованию световых эффектов, запахов, звуков и специальных материалов, стимулирующих тактильные ощущения. Среди расстройств и заболеваний, при которых используется «снузелен», кроме болезни Аль-

цгеймера, можно отметить аутизм, различные формы деменции, последствия травм головного мозга. Пока эффективность подхода «снузелен» изучена слабо, дизайн помещений варьирует, и это создаёт некоторые трудности при анализе результатов. Однако при выработке чётких критериев оценки возможно повышение производительности и точности этой синестетической методики.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ПРИНЦИПЫ

Далее, чтобы не было разногласий в терминологии, приведём некоторые общепризнанные понятия:

Гериатрия (от «geron» — старик, «iatreia» — лечение) — раздел геронтологии и область клинической медицины, изучающий особенности болезней старческого возраста, а также методы их профилактики и лечения.

Реабилитация — система государственных, медицинских, социальных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности. Психологическая составляющая включает в себя исследование интеллектуально-мнестических личностных особенностей пожилых людей с целью их восстановления и поддержания. К принципам психокоррекционной работы можно отнести следующие:

- индивидуальный и групповой подход попеременно,
- планомерное улучшение настроения,
- уменьшение тревожности и повышение самооценки,
- возможность самореализации без жёсткой критики со стороны,
- мотивация к социальной активности.

Так совершается аккуратное, едва заметное воздействие на личность больного с целью изменения его реакции на болезнь и сокращения связанного с болезнью «масштаба переживания». Не стоит забывать, что процессы реадaptации в пожилом и старческом возрасте всегда идут медленно, компенсаторные возможности ограничены, поэтому реабилитация требует большего времени.

Все вышеупомянутые задачи наиболее эффективно решаются в специализированных гериатрических центрах и в гериатрических отделениях многопрофильных стационаров, где работают квалифицированные специалисты, обладающие бесценным опытом взаимодействия с пожилыми людьми.

Сегодня в некоторых крупных российских гериатрических центрах с успехом применяется реабилитационная программа для людей пожилого возраста с использованием арт-техник, в основном, нескольких форм изобразительной деятельности. Главные средства



здесь — карандаш, кисть и краски. Для участия в подобной работе от человека не требуется каких-либо специальных навыков. Исходя из психодинамических представлений, «исцеляющий» эффект изобразительной работы связывается с тем, что ослабление сознательного контроля над рисунком или коллажем материализует бессознательное, которое проявляется в произведении в виде символов. Изображенный на бумаге символ выносится за рамки личности, становится понятным, проживаемым, что ведет к выздоровлению пациента. Таким образом, основными задачами арт-терапевтической работы с пожилыми людьми являются, прежде всего, преодоление социальной изоляции, повышение самооценки, создание условий для актуализации жизненного опыта.

СОБСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

И вот теперь хотелось бы познакомить читателей с результатами частного научного экспресс-исследования, проведенного автором в августе 2012 года. В ходе исследования применялись следующие психокоррекционные техники:

- автобиографическая мнемотерапия (позитивные воспоминания и обзор жизненного пути)
- рефрейминг (проработка и преобразование негативных воспоминаний)
- эстетическая фото-, библио- и музыкотерапия (просмотр ярких фотографий, преимущественно цветов и животных, созерцание репродукций картин, прослушивание лирических стихотворений русских классиков, прослушивание народных песен, совместное хоровое исполнение известных песен из кинофильмов, обсуждение злободневных жизненных вопросов).

Главной целью проводимого исследования стало установление максимально быстрого и доверительного контакта с пациентами в контексте улучшения их настроения и общего самочувствия. Была частично опробована упоминаемая выше программа «ЛАР» («Лечебная артистическая реабилитация»), позволившая добиться указанной цели в кратчайшие сроки с помощью живого активного творческого общения. В процессе занятий удалось разработать демо-версию шкалы интенсивности эмоциональных реакций, а также рассчитать индекс эмоциональной интенсивности, который, вероятно, в ближайшем будущем станет важным инструментом оценки эффективности терапевтической тактики. Каждый сеанс продолжался не более 40 минут, строился по схеме свободного школьного урока, включал в себя: дискуссию на заданную тему (тема выбиралась совместно с пациентами), эстетическую и игровую части, заключительный эпизод релаксации. Исходя из этических соображений, автор не может в рамках данной статьи обнародовать подробные детали исследования, однако следует отметить, что за три дня работы с двумя пожилыми женщинами (в возрасте 80 и 90 лет соответственно) были выполнены основные задачи, поставленные изначально; налажены спокойные и тёплые взаимоотношения в системе «арт-терапевт/пациенты» (с учётом вывода из тех самых наблюдений за реакцией публики на выступления). В процессе занятий наблюдалась отчётливо выраженная положительная динамика, причём произошла

не только ощутимая стабилизация психоэмоционального статуса больных, но и небольшое улучшение их соматического состояния. Находясь на длительном этапе реабилитации после полученных ранее тяжёлых травм, больные отмечали в беседе, что им чрезвычайно нужны яркие впечатления, вносящие разнообразие в обычный распорядок дня. Можно сказать, что это стандартные пожелания любого человека, находящегося на продолжительном лечении; но особо остро воспринимают вынужденное «затворничество» больные с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, временно лишённые возможности ходить. Именно для таких людей и была разработана первоначальная версия программы «ЛАР». Планируется, что в дальнейшем программа будет расширена за счёт добавления в неё сбалансированных физических упражнений (подключение ЛФК-ресурсов), также планируется проведение дополнительных исследований на разных гериатрических базах г. Санкт-Петербурга. По некоторым данным, подобные занятия станут альтернативным вспомогательным лечебным методом в реабилитации тяжёлых больных, перенёвших ОНМК (уже существует некоторая весьма утешительная статистика в этой конкретной сфере), а также найдут применение в геронтопсихиатрии.

Что касается шкалы интенсивности эмоциональных реакций и полученного индекса эмоциональной интенсивности, здесь можно остановиться чуть подробнее. Некоторые психологи в диагностических целях пользуются методом, имеющим название «шкала эмоциональных тонов», получившим, правда, не столь широкое распространение. Суть данного метода заключается в выявлении степени концентрации и силы конфликтогенов, присутствующих в личности конкретного индивида: чем ниже человек находится на шкале эмоциональных тонов, тем выше поражающая сила его конфликтогенов. Однако для выявления принадлежности того или иного испытуемого к определённому эмоциональному тону требуется довольно длительное наблюдение за человеком и плотное взаимодействие с ним по принципу коучинга, а при экспресс-диагностике таких условий может и не быть.

Небольшая справка:

Коучинг (англ. coaching — обучение, тренировки) — метод консультирования и/или тренинга, который отличается от классического тренинга и классического консультирования тем, что коуч не даёт советов и жестких рекомендаций, а ищет решения совместно с клиентом (пациентом). От психологического консультирования коучинг отличается направленностью мотивации. Так, если психологическое консультирование и психотерапия направлены на избавление от какого-то симптома, работа с коучем предполагает достижение определенной цели, новых позитивно сформулированных результатов в жизни и работе.

А вот шкала интенсивности эмоциональных реакций позволяет вычислять индекс эмоциональной интенсивности в конце каждого занятия по программе «ЛАР», чтобы скорректировать дальнейшую терапевтическую тактику. Арт-терапевт оценивает реакции пациента на предлагаемые задания, отвечая самостоятельно на вопросы короткой анкеты и выстраивая график по шкале. В суще-

ствующей пробной версии анкеты вопросов (пунктов) всего пять:

1. Первичная реакция пациента (причём неважно, впервые видит пациент арт-терапевта или уже знаком с ним)

2. Время установления доверительного контакта (под доверительным контактом подразумевается полная искренность и открытость пациента, его готовность к началу общения)

3. Степень эмоциональной лабильности (оценивается комплексно на протяжении всего занятия, засчитывается количество и качество эмоциональных «перепадов»)

4. Активность восприятия новой информации и отклик на неё (обратная связь с пациентом)

5. Баланс позитивных и негативных эмоций (также фиксируется на протяжении всего занятия)

Оценки по каждому пункту выставляются от «0» до «4», где «0» — низший балл, а «4» — наивысший (при этом, каждому баллу соответствует конкретное определение). Далее оценки суммируются, и по новой формуле вычисляется собственно индекс эмоциональной интенсивности, исходя из которого специалист продумывает содержание следующего занятия, преследуя исключительно гуманные цели по ведущим принципам медицины: «не навреди» и «лечи больного, а не болезнь». Таким образом, сохраняется строго индивидуальный подход (при групповой терапии индекс, всё равно, вычисляется для каждого пациента отдельно), соблюдается техника безопасности (в случае непредсказуемой реакции больных на то или иное задание ход занятия мгновенно корректируется).

Вспомогательным инструментом для арт-терапевта, выведенным также в ходе данного исследования, может быть импульс на продолжение общения. Сформулировать его смысл можно следующим образом:

Импульс на продолжение общения — комплекс позитивных невербальных сигналов, получаемый от пациента в конце сеанса. Содержит в себе согласие на дальнейшие встречи, сожаление от предстоящего расставания с собеседником, благодарность за проведённое занятие, заинтересованность и любопытство, желание испытать новые положительные эмоции. Прямое (вербальное) согласие пациента, высказанное самостоятельно или в ответ на вопрос арт-терапевта, импульсом на продолжение общения не является. В настоящий момент производятся математические расчёты, позволяющие более точно определять величину импульса в том или ином случае; полученные данные дадут возможность усовершенствовать формулу для вычисления индекса эмоциональной интенсивности.

Конечно, здесь пока ещё много субъективности, непроработанных «белых пятен», шерохо-

ватостей и недочётов, однако при соответствующем подходе подобные исследования могут дать бесценный материал для дальнейшей работы на благо пожилых людей. Хотелось бы подчеркнуть, что данное исследование проводилось исключительно с добровольного согласия пациентов.

О ПЕРСПЕКТИВАХ

Перспектива арт-терапии в гериатрии вполне ясна и очевидна. Учитывая прогрессирующую демографическую нестабильность, в частности, нарастающее по экспоненте старение населения планеты, определение истинных возможностей подобных психокоррекционных подходов в ряде решения множества медицинских и социальных проблем, скорее всего, будет форсировано. Достижения в этой области должны освещаться не только в узких профессиональных кругах, но также в СМИ, в широко распространённых научно-популярных источниках (журналах, газетах, Интернет-ресурсах) с целью повышения уровня осведомлённости и образованности российского населения. Эксперименты и клинические испытания с привлечением большего количества опытных специалистов, к которым в данном контексте относятся психологи, психотерапевты (арт-терапевты), педагоги и артисты, желательно проводить под контролем и при поддержке соответствующих органов государственного надзора, что выведет данную научную программу на мировой уровень и позволит объединить усилия многих стран. Важно и нужно заострять внимание на сотрудничестве медицины и искусства (особенно, на медицине, как искусстве) в сфере оказания помощи пожилым людям, т. к., учитывая печальные прогнозы уважаемых экспертных организаций, в ближайшие тридцать лет человечество рискует ощутимо состариться, что повлечёт за собой переоценку привычных ценностей на микро- и макроуровнях. В стремительно меняющемся мире рука об руку пойдут те дисциплины, которые с момента своего возникновения сразу были направлены исключительно на улучшение качества жизни людей, на стабильность их физического и душевного состояния, на бережное отношение к их недугам.

В заключении подведём итоги. В идеале, в Санкт-Петербурге желательно создание специального государственного Арт-терапевтического центра для гериатрических пациентов в отдельно стоящем здании, где в полной мере было бы представлено всё многообразие лечебных художественных методов. Автор от всего сердца надеется, что этот проект не уподобится десяткам других, важных и нужных, теоретически и практически востребованных проектов, чья судьба до сих пор не решилась.



И. А. Горбачева,
д.м.н., профессор, зав.
кафедрой внутренних
болезней стоматологического
факультета, главный терапевт
СПб ГУЗ «Клиническая
больница им. святителя Луки»



А. И. Кирсанов,
д.м.н., профессор



Л. А. Шестакова,
к.м.н., доцент



М. А. Зайцева,
к.м.н., ассистент



П. С. Шабак-Спасский,
к.м.н., доцент

Кафедра внутренних болезней
стоматологического факультета СПбГМУ
им. акад. И. П. Павлова

ПРИРОДНЫЕ САЛИЦИЛАТЫ КОРЫ ИВЫ БЕЛОЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ I, II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Ишемиическая болезнь сердца — это в настоящее время одна из наиболее частых причин летальности и инвалидизации трудоспособного населения страны. Поиск новых эффективных методов лечения этой патологии является крайне актуальным.

Достижения современной медицинской науки, связанные с расшифровкой универсальных клеточно-молекулярных механизмов, приводящих к развитию внутренней патологии, привели к пониманию значения системного

воспалительного процесса в патогенезе многих заболеваний. Особенно детально изучены эти вопросы в отношении генерализованного атеросклероза и, в частности, такого его проявления как ишемическая болезнь сердца (ИБС). Признание роли активности асептического воспаления в нестабильности атеросклеротических бляшек в коронарном бассейне, влекущей прогрессирующий характер течения ИБС вплоть до сердечно-сосудистых катастроф, явилось основанием для включения такого

средства нестероидной противовоспалительной терапии, как салицилатные комплексы, в лечебно-профилактические мероприятия у больных ИБС (1, 2, 3, 4).

Заметим, между тем, что практика длительного использования аспирина сопряжена с развитием целого ряда ятрогенных побочных явлений, связанных с раздражающим действием препарата на желудочно-кишечный тракт, а также с опосредованным стимулирующим действием на кислотообразование в желудке, с чем, в свою очередь, связаны ulcerогенные риски аспирина. Это в ряде случаев ограничивает применение даже так называемых «защищенных» форм ацетилсалициловой кислоты. Особую группу составляют пациенты, принципиально не приверженные к приему химиотерапевтических средств и отдающие предпочтение природным средствам оздоровления.

В этой связи большой практический интерес вызывает препарат коры ивы белой «Растительный ивапирин», который представляет собой комплекс мощных противовоспалительных природных субстратов, издавна применяющихся в народной медицине.

Исторически салицилаты, выделенные из коры ивы, явились прототипом позднее синтезированной ацетилсалициловой кислоты, но, в отличие от своего синтетического аналога, ивапирин не обладает местнораздражающим действием, т.к. природный комплекс салицилатов с флавоноидами, дубильными и антацидными веществами обеспечивает одновременно и гастропротективное действие.

Цель исследования

Оценка клинической эффективности и безопасности Растительного ивапирина у больных ИБС, стенокардией напряжения I, II функциональных классов.

Задачи исследования.

Оценить на фоне применения Растительного ивапирина у больных ИБС, стенокардией напряжения:

- динамику клинического состояния (с оценкой симптомов в баллах);
- динамику уровня в крови С-реактивного белка (определенного количественным методом);
- сопоставить эффективность Растительного ивапирина с активностью ацетилсалициловой кислоты, назначаемой в регламентированной лечебно-профилактической дозе.

Критерии включения больных в исследование:

- установленный диагноз ИБС, стенокардии I, II функциональных классов;
- отсутствие противопоказаний к назначению ивапирина: язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечных кровотечений в анамнезе, беременности, кормления грудью;
- непереносимость аспирина;
- отсутствие комплаентности к приему аспирина.

Критерии исключения больных из исследования:

- аллергическая непереносимость салицилатов;
- непереносимость растительного ивапирина;
- наличие тяжелой сопутствующей патологии, требующей медикаментозной коррекции;
- несогласие больного в выполнении условий исследования.

Опытная группа (I группа) состояла из 21 больного ИБС, стенокардией напряжения I, II функционального классов

(14 мужчин — 20% и 7 женщин (10%) в возрасте 49–64 лет (54,7 ± 3,8 лет).

Все пациенты были включены в I группу наблюдения по факту их отказа от приема аспирина: 16 человек — по причине плохой переносимости, 5 человек — по убеждению. Им был назначен ивапирин по 1 капсуле 3 раза в день во время еды.

Группу сравнения (II группа) составили 25 человек с впервые выявленной ИБС, стенокардией напряжения I, II функционального класса (15 мужчин — 60%, 10 женщин — 40%) в возрасте 51–65 лет (57,4 ± 4,2 лет). Этим пациентам была назначена ацетилсалициловая кислота в дозе 75 мг в составе препарата кардиомагнил — 1 раз в сутки.

В качестве базисной терапии пациенты получали селективный β-адреноблокатор конкор, нитраты — «по требованию», при необходимости — статины, из антигипертензивных средств — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и мочегонные.

Контрольное обследование проводили через 2 недели терапии.

Растительный ИВАПИРИН

Фитокомплекс, изготовлен из Кору Ивы Белой. 90 капсул

Обладает противовоспалительными и антиагрегантными свойствами.

Способствует:

- Уменьшению воспалительных процессов;
- Снижению вязкости крови;
- Улучшению кровотока.

Рекомендуется как вспомогательное средство в комплексном лечении и профилактике обострения следующих заболеваний и нарушений:

- Атеросклероз и ишемическая болезнь сердца (профилактика инфарктов и инсультов), как вместе с аспирином (снижая его дозы или заменяя отдельные приемы), так и вместо него, особенно при плохой переносимости аспирина.
- Варикозное расширение вен.
- Болезни, сопровождающиеся повышением температуры тела (острые респираторные вирусные заболевания, грипп, пневмония и др.).
- Болезни суставов (артриты, радикулиты, подагра и др.) в качестве противовоспалительного и болеутоляющего средства.

Не является лекарством.

СоГР № RU.77.99.11.003. E.008614.03.11 от 05.03.2011 г.

Продается в аптеках.

**Бесплатная консультация специалиста:
+7 (812) 341-63-83, +7-921-9053025**

**Производитель: ООО «Компания «Гольфстрим»
СПб, Серебристый бульвар, д.16 корп. 2.
Тел: +7 (812) 341-63-83
www.gepar.ru**





Структура сопутствующих заболеваний у пациентов, включенных в исследование

Заболевание	1 группа		2 группа	
	к-во чел.	%	к-во чел.	%
Гипертоническая болезнь	9	43	11	44
Остеохондроз позвоночника	21	100	20	88
Шейный остеохондроз в т. ч. с ВБН	9	43	12	48
Грудной остеохондроз	14	67	15	60
Деформирующий остеоартроз коленных суставов	8	38	12	48
Ожирение	8	38	14	56
Варикозное расширение вен нижних конечностей в т. ч. с явлениями тромбофлебита	11 3	52 15	12 5	48 20
Функциональное расстройство сф Одди дискинезия желчевыводящих путей	15	71	19	76

В обеих группах наблюдения у больных была отмечена сопутствующая патология (табл. 1). Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались гипертоническая болезнь, деформирующая остеоартропатия, в том числе остеохондроз с развившейся вертебробазиллярной недостаточностью и торакалгическим синдромом, а также варикозная болезнь вен нижних конечностей. Частота и спектр сопутствующей патологии были сходными в обеих группах наблюдения, что свидетельствует об их клинической сопоставимости.

На момент начала терапии частота стенокардитических приступов составляла в I группе $3,5 \pm 0,1$ в неделю, во II группе $5,7 \pm 1,2$ в неделю. По данным ЭКГ диагностически значимая депрессия сегмента ST на ≥ 1 мм была установлена у 7 пациентов I группы (33%) и у 12 больных II группы (48%); ишемические изменения зубца «Т» были выявлены у 5 пациентов I группы (24%) и у 7 больных II группы (28%). У остальных 9 больных (43%) I группы и 8 больных (32%) II группы диагноз ИБС, стенокардии напряжения I, II функциональных классов был верифицирован данными стресс-эхокардиографии.

Уровень АД у всех пациентов был в пределах нормотонии, в т. ч. и у больных гипертонической болезнью, за счет медикаментозной коррекции. Частота пульса составила у больных I группы $75,3 \pm 3,6$ ударов в минуту, во II группе — $79,6 \pm 3,8$ ударов в минуту.

Менее благополучные ЭКГ- и гемодинамические характеристики больных в группе сравнения объяснялись отсутствием предшествовавшего лечения впервые выявленной ИБС.

Сопутствующие клинические характеристики больных отражали наличие установленных «фоновых» заболеваний и в целом демонстрировали клиническую сопоставимость обеих сформированных групп наблюдения.

Исходный уровень С-реактивного белка составил у пациентов I группы — $6,6 \pm 0,9$ мг/л; у пациентов II группы — $8,2 \pm 1,2$ мг/л, что свидетельствовало о повышенном риске системной воспалительной реакции, сопровождающей атеросклеротический процесс.

Через две недели назначенного лечения пациенты отмечали повышение толерантности к физической нагрузке и уменьшение частоты приступов ангинозных болей в I группе до $0,7 \pm 0,1$ в неделю ($p < 0,01$), во второй группе до $1,5 \pm 0,7$ в неделю ($p < 0,001$). Этому соответствовала по-

ложительная динамика ЭКГ с улучшением характеристик фазы реполяризации (у 12 пациентов I группы (57%) и у 19 пациентов II группы (76%).

Улучшению общего самочувствия способствовало сопутствующее достоверное уменьшение головной боли и выраженности торакалгического синдрома позиционного характера, определившего в целом качество жизни больных, что следовало из их личной самооценки.

Контрольное определение уровня С-реактивного белка в крови больных через 2 недели лечения выявило достоверное снижение этого показателя в обеих группах, что отражает уменьшение риска прогрессирования системного атеросклероза.

Прочее лабораторное обследование пациентов не выявило динамики патологических отклонений параметров клинических анализов и биохимического профиля крови, что свидетельствует о безопасности назначенного лечения в терапевтических дозах. Все пациенты, применявшие ивапирин, отмечали его хорошую переносимость и проявляли комплаентность к его дальнейшему применению, несмотря на большую кратность приема этого препарата по сравнению с регламентированным однократным приемом ацетилсалициловой кислоты.

ВЫВОДЫ

1. В основе развития и прогрессирования ИБС лежит воспалительный процесс, сопровождающий системный атеросклероз, что подтверждается повышением уровня С-реактивного белка в крови больных. Это требует применения ацетилсалициловой кислоты, проявляющей адекватную противовоспалительную активность.

2. Ивапирин — природный препарат коры ивы белой, представляющий собой комплекс салицилатов и флавоноидов в соединении с дубильными и смолистыми веществами, может рассматриваться как альтернатива аспирину при его плохой переносимости или некомплаентности больного к нему, т. к. проявляет сопоставимую с синтетической ацетилсалициловой кислотой клиническую эффективность, препарат подтвердил свою безопасность в условиях клинического испытания.

3. Следует изучить возможность более длительного назначения Ивапирина для профилактики и лечения ИБС и сопряженных с системным атеросклерозом заболеваний. ©



От редакции. Мы продолжаем рубрику, которая является отражением нашего сотрудничества с телевидением, в частности, с известным в Санкт-Петербурге и за его пределами ТВ-каналом «ВОТ!» («Ваше Общественное Телевидение!»). Рубрика сообщает о наиболее интересных темах передач с аналогичным названием — «Здоровье: от А до Я», которые выходят в прямом эфире по средам (первая и третья среда месяца) в 18–30. Сегодня разговор идет о крайне актуальной проблеме — эндометриозе.

ЭНДОМЕТРИОЗ

Передача вышла в эфир 16 января 2013 г.

Гость в студии доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 СЗГМУ им. И. И. Мечникова Виктория Анатольевна Печеникова.

Автор и ведущий программы — доктор медицинских наук, доцент Дмитрий Станиславович Медведев.

— **Виктория Анатольевна, расскажите, что такое эндометриоз, как проявляется это заболевание?**

— Эндометриоз или эндометриозидная болезнь — это заболевание дисгормональной природы, сущность которого заключается в разрастании в различных органах и системах органов очагов, сходных по своему строению и функции с эндометрием — слизистой оболочкой полости матки. Наиболее часто эндометриозом поражаются органы репродуктивной системы — яичники, миометрий (мышечный слой матки), шейка матки, маточные трубы, брюшина, выстилающая малый таз. Это так называемый генитальный эндометриоз, частота его составляет 90–94% от всех случаев эндометриозидной болезни. 6–10% приходится на экстрагенитальный эндометриоз, при этом эндометриозидные очаги обнаруживаются в самых различных органах и системах за исключением органов репродуктивной системы. Чаще диагностируется эндометриоз мочевой системы — мочевого пузыря, мочеточников, почек, различных отделов кишечника, кожи и мягких тканей передней брюшной стенки, пупочной области, послеоперационных рубцов передней брюшной стенки (главным образом, это рубцы после операции «Кесарево сечение», различных гинекологических операций), реже обнаруживается эндометриоз легкого, селезенки, лимфатических узлов, костей и так далее. У некоторых больных одновременно обнаруживается сочетанное поражение эндометриозом нескольких органов и систем органов — т.е. сочетание генитального и экстрагенитального эндометриозов. В таких случаях речь уже идет о тяжелой распространенной форме эндометриозидной болезни.

— **Какова частота этого заболевания, и кто преимущественно им страдает?**

— В настоящее время эндометриоз является одной из распространенных гинекологических патологий и с каждым годом отмечается рост частоты данного за-

болевания. В структуре гинекологической патологии эндометриоз занимает третье место после воспалительных заболеваний и миомы матки. Эндометриоз встречается в любом возрасте, но чаще им страдают женщины репродуктивного и пременопаузального периодов. По данным статистики, частота эндометриоза среди женщин репродуктивного возраста составляет 10–15%. Кроме того, в 6% случаев эндометриоз диагностируется у девочек-подростков в возрасте до 10–14 лет. Эндометриозом болеют женщины различных социальных слоев, но считается, что чаще он диагностируется у жительниц крупных городов, чем в сельской местности. Это связывают с хроническим стрессом, сопровождающим жизнь женщин в мегаполисах. Частота эндометриоза высока не только в нашей стране, но и за рубежом. В таких странах, как Италия, Франция, Германия, Греция, эндометриоз считается эпидемией 20-го века.

— **А с чем связан рост частоты этой патологии за последние десятилетия?**

— Трудно назвать какие-либо определенные причины, но, видимо, имеет значение изменение образа жизни женщин, а также повышение качества диагностики, широкое использование современных инструментальных методов.

— **Имеет ли эндометриоз какие-то специфические клинические проявления? На что нужно обращать внимание, чтобы своевременно обратиться к гинекологу и диагностировать заболевание на начальной стадии?**

— К сожалению, специфичных только для эндометриоза клинических проявлений не существует. Типичными для эндометриоза являются болевой синдром и нарушение менструального цикла. У части пациенток заболевание протекает бессимптомно, и единственной жалобой женщин репродуктивного возраста может быть беспло-



дие. Выраженность и тяжесть клинических проявлений эндометриоза зависят от длительности заболевания, объема поражения, стадии заболевания. Болевой синдром характеризуется периодическими болями в нижних отделах живота, усиливающимися накануне и/или во время менструаций, болезненными менструациями, болями во время полового акта. Боли во время менструаций у большинства женщин очень сильные, вплоть до потери сознания, вынуждающие пациенток принимать анальгетики. Нарушение менструального цикла может быть в виде нерегулярных менструаций, мажущих кровянистых выделений до и после менструаций, обильных кровянистых выделений во время менструаций, приобретающих характер кровотечений. Зачастую клинические проявления эндометриоза очень тяжелы, приводят к нарушению психоэмоционального статуса больных, снижению трудоспособности и качества жизни.

Конечно, важным является своевременная диагностика этой патологии, и в этом большую роль играет регулярное посещение врача-гинеколога.

— **Вы сказали, что единственной жалобой больных эндометриозом репродуктивного возраста может быть бесплодие.**

— Да, в настоящее время эндометриоз является одной из главных причин бесплодия. Эта патология диагностируется у 30% женщин, обследующихся по поводу бесплодия. Это так называемое бесплодие, ассоциированное с эндометриозом. Причин, приводящих к бесплодию при эндометриозе несколько: это, прежде всего, рубцово-спаечный процесс органов малого таза, который является осложнением эндометриоза и приводит к непроходимости

маточных труб, это связанное с эндометриозом нарушение функции маточных труб, возникающее в результате различных гормональных нарушений, а также это нарушение процесса имплантации в эндометрии пациенток, страдающих эндометриозом.

— **Эндометриоз является достаточно тяжелым и грозным заболеванием, приводящим к тяжелым последствиям. Каковы причины его возникновения, и существуют какие-либо методы профилактики?**

— К сожалению, на сегодняшний день точные причины возникновения этой патологии нам не известны. Но благодаря целому ряду исследований, посвященных данной проблеме, установлены некоторые звенья патогенеза эндометриоза и механизмы его прогрессии. Эндометриоз — это заболевание, которое возникает на фоне нарушенного гормонального и иммунного гомеостаза. Конечно, специфических методов профилактики не существует, но нам известны некоторые факторы, которые способствуют развитию и прогрессии этой патологии. Воздействие на эти факторы может быть неспецифической профилактикой в отношении данной патологии. Во-первых, эндометриоз — это заболевание дисгормональной природы, важную роль в его развитии играет нарушение соотношения женских половых гормонов — состояние относительной или абсолютной гиперэстрогении. В этом отношении как неспецифический метод профилактики может быть использование гормональных контрацептивов, которые регулируют баланс женских половых гормонов. Во-вторых, считается, что у части больных существует наследственная предрасположенность к эндометриозу. В настоящее время выделен ген, кото-



рый отвечает за развитие эндометриоза и миомы матки. По данным статистики, частота эндометриоза у женщин, матери которых болели эндометриозом и/или миомой матки, в 10 раз выше, чем общая в популяции. Такие женщины должны быть отнесены в группу высокого риска, для них является строго обязательным регулярное посещение гинеколога. Что касается нарушений иммунитета при эндометриозе, необходимы мероприятия, улучшающие в целом работу иммунной системы. Ведь при эндометриозе мы наблюдаем удивительную вещь: очаг, состоящий из тканей чужих для конкретного органа, в котором он возникает, не отторгается «как чужеродное, не свое», а продолжает расти и развиваться. Считается, что определенную роль в развитии эндометриоза играет большое количество внутриматочных вмешательств — абортов, выскабливаний, операций. Соответственно, необходимы меры, направленные на предотвращение этого фактора.

— **Какие на сегодняшний день существуют принципы лечения эндометриоза?**

— Эндометриоз — это хроническая патология с высоким риском рецидивирования. Наиболее эффективный способ лечения — комбинированный — это сочетание хирургического лечения с последующей гормональной терапией. Основные задачи при лечении эндометриоза: уменьшение клинических проявлений, наступление беременности при бесплодии, увеличение продолжительности ремиссии в течение заболевания. Конечно, нужно признать, что на сегодняшний день эндометриоз является хирургической патологией, т.е. лечится хирургическими методами. Однако рецидив эндометриоза в течение 5 лет после первой операции отмечают 40–50% пациенток, что создает необходимость для повторного хирургического вмешательства. Вероятность повторной госпитализации для хирургического лечения по поводу эндометриоза в те-

чение 4 лет после первой операции составляет 27%. В связи с этим, на втором этапе после хирургического лечения обязательно назначение гормональной терапии в среднем на 4–6 месяцев. Для гормональной терапии используются препараты из разных групп, в зависимости от возраста пациентки, локализации процесса, стадии, заинтересованности в наступлении беременности после лечения.

— **Имеют ли практическое значение в изучении эндометриоза современные молекулярные методы исследования?**

— Да конечно, они очень широко используются. Для примера могу сказать, что сравнительно недавно было установлено, что одним из механизмов прогрессии эндометриозной болезни является патологический синтез фермента ароматазы P-450 непосредственно в очагах эндометриоза. В связи с этим для лечения стали использовать дополнительно к традиционной гормональной терапии препараты — ингибиторы ароматазы P-450.

— **Получается, что эндометриоз — это патология, при которой происходит рост и развитие очагов в чужеродных для них органах и тканях, при этом отсутствует адекватная реакция иммунной системы, они трудно поддаются лечению, могут рецидивировать. Все это наводит на мысль о том, что эндометриоз имеет некоторое сходство с опухолевым процессом.**

— Да, вы правы. Эндометриоз имеет много общего по своей природе с опухолевым процессом. Кроме того, существует риск злокачественной опухолевой трансформации самих очагов эндометриоза. По данным литературы, частота опухолевой трансформации эндометриоза составляет 0,1–11%; по материалам нашей клиники, частота опухолевой трансформации составила 6%. Это еще раз говорит о необходимости ранней клинической диагностики эндометриоза и адекватного лечения. ☺

НОВОСТИ

Как установило исследование, проведенное американскими учеными из университета в Миссури, лишний вес может стать причиной развития сахарного диабета второго типа не только у людей взрослого возраста, а также и у детей и подростков. Специалисты из США также установили, что прием витамина D в виде пищевых добавок поможет детям, страдающим от избыточного веса, контролировать уровень сахара, тем самым предотвращая возникновение и развитие заболевания. Проведенное исследование под руководством профессора физиологии Кэтрин Петерсон заключалось в наблюдении за состоянием здоровья 35 полных подростков с повышенным уровнем сахара в крови. Анализ крови также показал, что у всех подростков уровень содержания в ней витамина D недостаточен. Подростков разделили на 2 группы, одной из которых давали витамин D, а второй исследователи назначили прием плацебо. По прошествии полугодия у участников, которые получали высокие дозы упомянутого витамина, уровень инсулина в крови пришел в норму. По мнению руководителя исследования, полным людям требуется большие дозы витамина D, так как жировая прослойка не дает организму полноценно усваивать этот витамин.

Федеральная антимонопольная служба (ФАС) внесла в Думу законопроект, согласно которому требования к рекламе БАДов станут жестче. В случае принятия закона, во время рекламы БАДов в газетах, на телевидении и на радио должна быть обязательно затронута тема, что БАД — это не лекарственный препарат. В случае рекламы на радио длительность предоставления этой информации должна составить не менее 3 секунд, на телевидении — не менее 5 секунд, а если реклама опубликована в газете, что эта информация должна занимать не менее 10 процентов от всей площади рекламы. В прошлом году количество нарушений в области рекламы добавок заняло второе место, уступив при этом только недобросовестной рекламе финансовых услуг.

Источник: <http://medvesti.com/>



Лесиовская Е. Е.,
доктор медицинских наук, профессор,
НИЦ эволюции человека, Санкт-Петербург

ТОНЗИЛГОН В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ И ТЕРАПИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Часто болеющие дети (ЧБД) — группа детей, которые достоверно чаще, чем среднестатистический ребенок, переносят острые респираторные заболевания, не связанные со стойкими врожденными, наследственными или приобретенными патологическими состояниями. В группу часто и длительно болеющих принято относить детей, подверженных частым респираторным заболеваниям из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющих стойких органических нарушений в них.

Наиболее часто встречающимися у ЧБД являются болезни органов дыхания, среди которых преобладают острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп. За ними следуют бактериальные инфекции уха, носа и горла. Часто болеющего ребенка характеризует заболеваемость в течение всего года независимо от сезона, высокая частота, длительность, тяжесть заболеваний, тенденция к хроническому или рецидивирующему течению. Наибольшую группу среди ЧБД составляют дети первых 3 лет жизни, при этом одни из них часто болеют, как правило, посещая детское дошкольное учреждение, при этом заболеваемость снижается в последующие 2–3 года. Другие болеют уже на первом году жизни даже в условиях собственной семьи, а при вхождении в детский коллектив болеют более часто, тяжело и длительно, дают осложнения, как правило, со стороны ЛОР-органов или бронхальной системы /1/.

Особую группу высокого риска среди ЧБД составляют дети с иммунологической недостаточностью, которые особенно тяжело болеют. Среди осложнений инфекций верхних дыхательных путей на первом месте стоят синуситы, за ними идут отиты и тонзиллофарингиты /2/.

Иммуномодулирующая терапия в настоящее время рассматривается как одно из главных направлений комплексного лечения ЧБД. Согласно современным данным, у ЧБД в первую очередь необходимо использовать им-

муномодуляторы, действующие на клетки моноцитарно-макрофагальной системы с целью активизации специфических и неспецифических факторов защиты организма /3/. В настоящее время для иммунокоррекции предлагается большое количество иммуностропных лекарственных средств. Это бактериальные препараты, природные и рекомбинатные интерфероны, индукторы интерфероногенеза, препараты тимуса, костного мозга и другие. Однако для целенаправленного их выбора и обеспечения безопасной иммунокоррекции необходима тщательная иммунологическая диагностика и мониторинг состояния иммунной системы. Курс лечения этими препаратами ограничен прогнозируемыми побочными эффектами и в связи с этим они не применимы в профилактических программах /1,3/.

Фитоиммуномодуляторы влияют преимущественно на функции макро- и микрофагов, а также на систему неспецифической противомикробной защиты /4/. Их преимуществами являются простота применения, легкость дозирования, разнообразие профилактических и лечебных эффектов, гармонизирующее влияние не только на иммунную, но и на нервную и эндокринную системы. Коррекцию иммунологических нарушений можно проводить как на этапе лечения острой респираторной инфекции, так и на этапе профилактики. Поэтому наше внимание привлечен препарат Тонзилгон (Bionorica Arzneimittel GmbH, Германия). Его состав представлен в таблице 1.

В состав Тонзилгона входят экстракты растений, обеспечивающие широкий спектр иммуностропных воздействий, причем, полисахариды, флавоноиды, сесквитерпеновые сапонины и терпеноиды взаимно усиливают влияние на иммунные процессы. Установлено, что препарат индуцирует образование интерферонов и интерлейкина 1, индуцирует фагоцитоз. Выявлено повышение концентрации IgA и IgM в сыворотке крови и уменьшение дис-

Тонзилгон® Н
Целебная сила растений против ангин, хронических тонзиллитов и частых простуд

- Рекомендован для лечения и профилактики острых и хронических заболеваний ротоглотки
- Устраняет воспаление в горле
- Повышает иммунитет
- Применяется с грудного возраста

РЕКОМЕНДОВАНО

BIONORICA®
The phytotherapy company
БИОНОРИКА АГ, Германия
Тел./факс: (495) 502-00-19
http://www.bionorica.ru
e-mail: bionorica@poo.ru

стве, устраняют ферментную недостаточность и нарушения пищеварения, присущие дисбактериозу — обязательному спутнику ЧБД.

Под нашим наблюдением в течение 2 лет находились 136 часто болеющих детей — 58 мальчиков и 78 девочек в возрасте от 1,5 до 12 лет с диагнозами: детский церебральный паралич (ДЦП, 29 человек) и задержки речевого (ЗРР) и психомоторного развития (ЗПМР). Основным критерием включения детей в группу ЧБД является частота заболеваний. В.Ю.Альбицким и А.А.Барановым /8/ предложены следующие критерии в зависимости от возраста:

- дети до 1 года — 4 и более случаев ОРЗ в год;
- от 1 до 3-х лет — 6 и более;
- 4–5 лет — 5 и более;
- старше 5 лет — 4 и более;
- с 6 лет — 3 и более заболеваний в год.

Отнесение пациента к ЧБД основывалось на данных анамнеза, клинических проявлениях заболеваний, результатах оториноларингологического и общеклинического обследования. Программа обследования включала общий и биохимический анализы крови, иммунологическое исследование, клинический анализ мочи, копрограмму, УЗИ внутренних органов, по показаниям — обследование у оториноларинголога (осуществляли по месту жительства пациента).

иммуноглобулинемии у детей, страдающих аденоидитом, синуситом, фарингитом, хроническим тонзиллитом и получавших Тонзилгон Н /6/. Препарат восстанавливает продукцию IgG у ЧБД, страдающих хроническим тонзиллитом /7/. У пациентов при хорошем и отличном результатах лечения достоверно повышались абсолютные и относительные значения Т-лимфоцитов (супрессоров и хелперов). Применение Тонзилгона Н способствовало повышению противовирусного иммунитета у часто болеющих детей преимущественно за счет увеличения продукции α-ИФ и γ-ИФ.

Кроме воздействия на иммунную систему, препарат благоприятно влияет на основные этиопатогенетические механизмы, лежащие в основе частых повторных инфекционно-воспалительных заболеваний у детей. Его компоненты проявляют антигипоксическое, противовирусное, противомикробное и противопротозойное дей-

В первую группу были включены 108 пациентов. Их родители и лечащие невропатологи дали согласие на подключение фитотерапии к базисному лечению основного заболевания. Каждому из 108 пациентов на первом приеме была составлена индивидуальная программа для профилактики и терапии респираторных инфекций с учетом потенциальной переносимости и совместимости с базисным лечением. В основе программы был фитотерапевтический подход (табл. 2). Всем пациентам этой группы назначали 4 курса по 4 недели иммуномодулятора Тонзилгон Н в дозах от 10 до 20 капель 3 раза в день в зависимости от возраста с чаем, соком или водой. Кроме того, при развитии острого респираторного заболевания было рекомендовано сразу начинать прием Тонзилгона Н и применять его в течение не менее чем 2 недель. Фармакотерапию в острый период у пациентов этой группы применяли только в случаях развития осложнений.



Таблица 1

Компонентный состав и лечебные эффекты Тонзилгона

Лекарственные растения, сырье	Латинское название, семейство	Основные действующие вещества /5/	Лечебные эффекты
Алтей лекарственный, корни	<i>Althea officinalis</i> , Malvaceae	Углеводы: глюкоза, сахароза, слизь, в составе которой пентозаны, гексаны, уроновые кислоты) витамин С, каротиноиды, эфирное масло	Антигипоксический, бронхолитический, муколитический, отхаркивающий, противовоспалительный, обволакивающий, обезболивающий.
Дуб черешчатый, кора	<i>Quercus robur</i> , Fagaceae	Дубильные вещества, пентаны, пектины, флавоноиды (кверцитин, кверцит и др.), крахмал, слизь	Вяжущий, иммуномодулирующий, противовоспалительный, противомикробный, противопротозойный.
Одуванчик лекарственный, трава	<i>Taraxacum officinale</i> , Asteraceae	Сесквитерпеноиды, тритерпеноиды — производные α-амирина (тараксастерин, тараксерол, γ-тараксастерин, тараксол), жирное масло, инулин, органические кислоты, каучук, фенолкарбоновые кислоты, флавоноиды, стероиды.	Иммуномодулирующий, Противовоспалительный, стимулирующий аппетит, усиливающий секрецию пищеварительных желез, желчегонный, нормализующий обменные процессы, слабительный.
Орех грецкий, листья	<i>Juglandis regia</i> , Juglandaceae	Белки, углеводы, витамины В ₁ , В ₂ , С, РР, каротиноиды, дубильные вещества	Антигипоксический, витаминный, антиатеросклеротический, иммуномодулирующий, легкий слабительный, гипогликемический
Ромашка аптечная, цветки	<i>Chamomilla recutita</i> , Asteraceae	Эфирное масло (хамазулен, матрицин, фарнезен, матрикарин, гераниол и др.), полиацетиленовые соединения, фенольные кислоты, флавоноиды (кверцетин, лютеолин и их производные).	Антигипоксический, жаропонижающий, противовоспалительный, обезболивающий, спазмолитический, желчегонный, противомикробный, десенсибилизирующий, ветрогонный, потогонный, седативный, улучшающий пищеварение, стимулирует регенерацию эпителия.
Тысячелистник обыкновенный, трава	<i>Achillea millefolium</i> , Asteraceae	Эфирное масло (α- и β-пинен, лимонен, камфора, камфен, мирцен и др.), сесквитерпеновые лактоны, флавоноиды (апигенин, лютеолин и их производные), сапонины, тритерпеноиды, азотсодержащие соединения (бетаин, холин, бетоницин и др.).	Антигипоксический, иммуномодулирующий, кровоостанавливающий, противовоспалительный, противомикробный, желчегонный, ветрогонный, улучшающий пищеварение, спазмолитический.
Хвощ полевой, трава	<i>Equisetum arvense</i> , Equisetaceae	Кремнийорганические кислоты, тритерпеновые сапонины, флавоноиды (нарингенин, апигенин, эквизетрин, кемпферол и лютеолин, их гликозиды и др.), фенолкарбоновые кислоты, органические кислоты, ситостерин, горечи, дубильные и смолистые вещества, витамин С, каротиноиды, калий, кальций, магний, селен.	Антигипоксический, иммуномодулирующий, диуретический, противомикробный, противовоспалительный, нормализующий обмен в соединительной ткани, кровоостанавливающий, ангиопротекторный, стимулирующий кору надпочечников.

Таблица 2

Основные направления фитопрофилактики заболеваний у пациентов опытной группы

Направление фитопрофилактики	Период для оптимальной реализации, применяемые средства
Коррекция дисбактериоза	На протяжении всего года — противодисбактериозные сборы, ферментные и биопрепараты по индивидуальным схемам
Предупреждение и коррекция иммунодефицита	Январь, март, сентябрь, ноябрь, Тонзилгон Н
Укрепление защитных барьеров верхних дыхательных путей	Ноябрь-декабрь, март-апрель, противопростудные сборы и местное применение фитопрепаратов в течение всего года
Стабилизация функций нервной и эндокринной систем	Сентябрь — февраль, короткие курсы адаптогенов, в промежутке седативные и тонизирующие средства

В группу контроля было включено 28 детей, которым не назначали фитотерапию по разным причинам: возражали ведущие пациента врачи невропатологи, были против фитотерапии родители, у ребенка ранее была непереноси-

мость тех или иных фитопрепаратов. Пациенты этой группы получали только общепринятую базисную терапию неврологического заболевания и фармакотерапию ОРЗ или обострений хронических заболеваний ЛОР-органов.

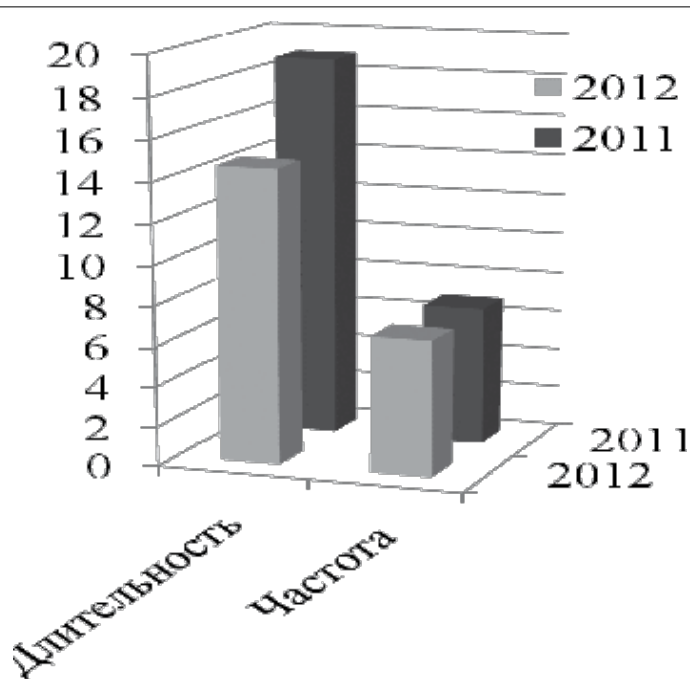


Рис.1. Изменения частоты возникновения (случаев в год) и длительности течения (дни) острых респираторных заболеваний у пациентов контрольной группы, получавших общепринятую фармакотерапию (учтены все случаи ОРЗ и обострений хронических респираторных заболеваний с ноября 2010 по ноябрь 2012 г в НИЦ ЭЧ)

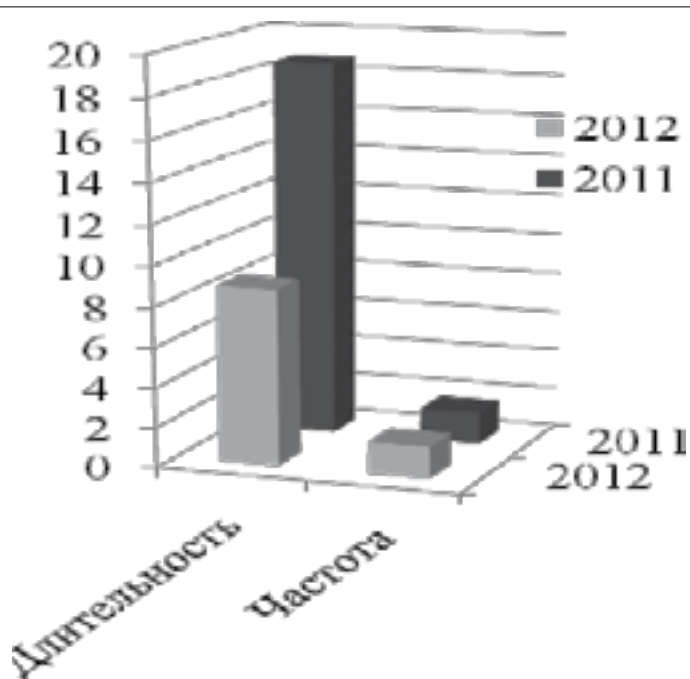


Рис.2. Изменения частоты возникновения (случаев в год) и длительности течения (дни) острых респираторных заболеваний у пациентов опытной группы, получавших иммуномодулятор Тонзилгон Н на фоне фитотерапии дисбактериоза (учтены все случаи ОРЗ и обострений хронических респираторных заболеваний с ноября 2010 по ноябрь 2012 г в НИЦ ЭЧ)

Результаты представлены на рисунках 1–2 и в таблице 3. Анализ полученных данных показал, что применение Тонзилгона Н в профилактическом и лечебном режимах на фоне фитотерапии дисбактериоза обеспечивало уже в первый год существенное снижение частоты возникновения ОРЗ или обострений хронических заболеваний ЛОР-органов в 3,5 раза по сравнению с группой контроля (Рис.1 и 2). В первый год средняя длительность течения одного случая респираторной инфекции не претерпела

существенных изменений, однако необходимость в применении фармакотерапии для лечения респираторных инфекций снизилась существенно. У 62 детей (57%) заболевания протекали в легкой форме и им в связи с этим фармакотерапию не назначали. У остальных пациентов этой группы сократилось число применяемых в острый период препаратов, в частности, у 25 детей не применяли антибиотиков и средств от насморка и кашля, а жаропонижающие препараты применяли в первые — вторые сут-

Таблица 3

Результаты оценки иммунологических показателей у пациентов контрольной (фармакотерапия ОРЗ/ обострений, 28 детей) и опытной (Тонзилгон Н+фитотерапия дисбактериоза, 108 детей) групп

Показатель	Референтные значения для детей 1,5–12 лет	Группа контроля, (фармакотерапия обострений и ОРЗ)		Опытная группа (фитотерапия +Тонзилгон Н)	
		2010	2012	2010	2012
Лимфоциты %	45–65/25–40*	68.9±2.1 /54.5±8.6	63.4±6.0 /52.9±2.3	69.9±4.5 /56.7±9.2	46.2±3.4** /32.3±4.5**
Т-лимфоциты CD3+ %	69–85	64.5±5.4	56.8±12.2	66.8±7.6	72.4±4.2
Т-хелперы CD4+ %	23–46	41.8±5.3	33.2±4.1	40.9±7.5	42.4±3.4**
Т-супрессоры CD8+ %	17–33	16.2±1.8	15.8±1.2	16.4±2.1	24.7±1.4**
Соотношение CD4+/ CD8+	0.95–2.25	2.58±0.15	2.10±0.18	2.44±0.17	1.72±0.12
В-лимфоциты CD22+	9–16	8.7±0.9	9.2±1.3	8.8±0.8	12.6±1.1
IgA г/л	2.1–2.9	1.6±0.3	1.7±0.8	1.6±0.4	2.3±0.8**
IgM г/л	1.3–1.7	1.2±0.2	1.3±0.4	1.2±0.3	1.4±0.3
IgG г/л	6.0–13.0	9.2±1.9	7.4±2.2	8.9±0.9	11.3±1.1
Фагоцитарная активность нейтрофилов, %	44.0–54.0	43.5±2.2	42.1±1.5	44.1±1.8	49.0±1.4**

Примечания: * приведены референтные значения для детей в возрасте 1–6 / 7–12 лет

** отличия от группы контроля статистически значимы: P≤0.05



ки болезни. Тяжелое течение респираторных инфекций наблюдали только у 6 пациентов (5,5%). В контрольной группе тяжелое течение заболеваний отмечено у 18 пациентов (64%) в 28 случаях ОРЗ/обострений.

Исходные иммунологические показатели свидетельствуют о наличии иммунодефицита у всех ЧБД. Выявлены снижение IgA, фагоцитоза, и нарушений соотношения «Т-хелперы-Т-супрессоры», что согласуется с приводимыми в литературе данными об особенностях нарушений иммуногенеза у ЧБД /9/. В контрольной группе иммунологические показатели в течение 2 лет наблюдения не претерпели существенных изменений, однако обращает на себя внимание тенденция к снижению уровня IgG, активности фагоцитоза и количественных показателей Т-системы иммунитета. Это свидетельствует о продолжении развития иммунодефицита, причем в виде существенного снижения клеточного иммунитета. Повторные курсы Тонзилгона Н в сочетании с фитотерапией дисбактериоза способствовали устранению иммунодефицита, восстановились до нормы уровень IgA, Т-хелперов, Т-супрессоров и их соотношение. Это согласуется с выраженным снижением общего уровня заболеваемости детей и повышением качества их жизни. Следует также отметить, что в опытной группе невропатологи констатировали более существенную положительную динамику когнитивных, психоэмоциональных показателей, а также более высокие темпы развития речи у пациентов с ЗРР и более значимое восстановление функций в двигательной сфере при ДЦП.

Таким образом, доказана высокая эффективность иммуномодулятора Тонзилгона Н при профилактическом и лечебном применении у часто болеющих детей, страдающих ДЦП, ЗРР и ЗПМР. Целесообразно более широкое применение фитопрепарата в комплексной профилактике и терапии респираторных инфекций у часто болеющих детей. ☉

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Назаренко П.В., Лесиовская Е.Е. Часто болеющие дети: проблемы профилактики и фитотерапии. Пермь, 2005. — 162 с.
2. Гаращенко Т.И. Тонзиллярная проблема в педиатрии // Российская ринология, 1999. — № 1. — С. 31–35.
3. Костинов М.В. Иммунокоррекция в педиатрии М., 2001. — 259 с.
4. Лесиовская Е.Е., Мельникова Т.И., Пастушенков В.Л., Фролова Н.Ю. Иммунодефицитные состояния. Фармакотерапия с основами фитотерапии. Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — С. 349–364.
5. Дикорастущие полезные растения России. (Отв. Редакторы Буданцев А.Л., Лесиовская Е.Е.) СПб: Издательство СПХФА, 2001.–663 с Смирнова Г.И. Опыт применения Синупрета® и Тонзилгона®Н для профилактики и лечения острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей //Журнал «Детский доктор»№ 4, 2001, с. 25–29.
6. Дергачев В.С. Лечение препаратом Тонзилгон Н больных хроническим компенсированным тонзиллитом//Консилиум, 2001, № 4 (22). — С. 59–61.
7. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. (ред.) Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы). М., 2000. — 354 с.
8. Киселев О.И. (ред.) Грипп и другие респираторные вирусные инфекции: Эпидемиология, профилактика, диагностика и терапия. СПб., 2003. — 244 с.

НОВОСТИ

Роль витамина С (аскорбиновой кислоты) в профилактике и лечении простуды является предметом споров на протяжении 60 лет, однако этот препарат продается и широко применяется как профилактическое и лечебное средство. Чтобы выяснить, снижает ли пероральная доза 0,2 г или более в день витамина С частоту, длительность и тяжесть простуды, когда используется либо в качестве длительной профилактики или после появления симптомов, были проанализированы данные Кокрановского центрального реестра контролируемых исследований (CENTRAL) (Кокрановская библиотека, выпуск 4, 2006), медицинской баз данных MEDLINE (с 1966 по декабрь 2006) и EMBASE. В ходе исследования не учитывались случаи, когда назначаемая доза витамина С была меньше, чем 0,2 г в сутки, или не использовался плацебо-контроль. Два эксперта независимо друг от друга отбирали данные и оценивали качество исследований. «Заболеваемость» простудными заболеваниями в период профилактики расценивалась как доля пациентов, отмечавших ≥ 1 простудное заболевание в течение всего периода исследования.

В результате исследования было показано отсутствие преимуществ поддерживающей терапии витамином С в отношении снижения частоты простудных заболеваний, что свидетельствует о нецелесообразности рутинного назначения высоких доз витамина С с целью профилактики. Однако факты показывают, что его использование может быть оправдано для людей, подвергающихся тяжёлым физическим нагрузкам или пребывающих в холодных климатических условиях в течение короткого времени.

(Douglas R. M., Hemilä H., Chalker E., Treacy B. Cochrane Database Syst Rev, 2007 Jul 18; (3)).

Источник: <http://www.antibiotic.ru/>



А. Г. Боковой,
заведующий 5-м детским инфекционным отделением
Центральной Кремлевской Больницы с поликлиникой УДП РФ,
доктор медицинских наук, профессор, Москва

ТРАНСФЕРФАКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Вирусные инфекции имеют глобальное значение в жизни всего человечества. Это определяется самым значительным уровнем заболеваемости, что, несмотря на благоприятное течение у большинства больных, приводит к максимально высоким показателям смертности. Среди острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) это относится, прежде всего, к гриппу — очень опасному заболеванию у взрослых и детей и к герпесвирусным инфекциям, смертность от которых у детей лишь незначительно ниже таковой от гриппа. По данным ВОЗ, только заболевания, вызванные вирусом простого герпеса (ВПГ), занимают второе место в мире (15,8%) после гриппа (35,8%), как причина смертности от вирусных инфекций (2).

В России ежегодно гриппом и ОРВИ болеют около 30000000 человек (9).

Всего в мире от вирусных заболеваний респираторного тракта ежегодно умирает до 14 миллионов человек, из которых большинство составляют дети.

ОРВИ — ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА МАКРООРГАНИЗМА

Значение ОРВИ определяется также их отрицательным влиянием на рост и развитие ребенка в связи с формированием хронических воспалительных процессов, возможность возникновения которых связана с особен-

ностями патогенеза вирусных инфекций и качеством иммунного ответа макроорганизма (5,8). Респираторные вирусы (вирусы гриппа, риносинцитиальный вирус, риновирус и др.), проникая в эпителиальную ткань слизистых оболочек верхних отделов респираторного тракта, стимулируют выработку и активное выделение провоспалительных цитокинов и хемокинов IL-1, IL-6, TNF- α , α - и β -интерферонов, MIP-1 α и др. Наиболее быстро развивающаяся реакция организма на вирусы (в течение первых часов после инфицирования) состоит во включении системы интерферонов (ИФН), блокирующих вирусную репликацию путем подавления репродукции геномных РНК и ДНК. Значительное повышение содержания этих цитокинов и хемокинов приводит к миграции в органы респираторного тракта нейтрофилов, эозинофилов, макрофагов, дендритных клеток, которые, в свою очередь, синтезируя цитокины, хемокины (и, в частности, трансферфакторы), передают информацию Т- и В-лимфоцитам, что приводит к активации Т-хелперов, цитотоксических Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов. Активация последних приводит к усилению синтеза иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG в крови, секреторного IgA на слизистых оболочках. Цитотоксические лимфоциты ингибируют вирусы, главным образом синтезируя γ -интерферон, который, в свою очередь, индуцирует синтез α -интерферона, обладающего выраженным антипролиферативным и противовирусным действием. (5,6,7,11,12).



Токсическое действие вирусов на иммунную систему приводит к уменьшению числа Т-лимфоцитов в тканях респираторного тракта за счет усиления процессов апоптоза, а также прямого ингибирующего действия на NK-лимфоциты и нарушения структуры белков Главного Комплекса Гистосовместимости (МНС-1) на поверхности NK-лимфоцитов.

Дезорганизация иммунного ответа приводит к затяжному течению процесса воспаления и активизации оппортунистической вирусной, бактериальной и грибковой флоры (герпесвирусы, микоплазмы, хламидии, грибы *Candida albicans*), которая клинически представлена различными осложнениями ОРВИ (фарингиты, трахеиты, бронхиты, отиты, ангины, синуситы, пневмонии и др.).

В свою очередь, возникновение бактериальных осложнений еще более усиливает дисфункцию иммунного ответа, что отрицательно влияет на сроки и полноту выздоровления (7, 8, 11).

Однако, даже легкие формы вирусных инфекций всегда обусловлены некоторой недостаточностью отдельных звеньев иммунной системы — факторов гуморального, клеточного иммунитета, интерферонового статуса, системы комплемента. Поэтому комплексная терапия кроме противовирусных медикаментов и симптоматических средств должна включать иммуностропные препараты для адекватной в данной ситуации коррекции иммунного ответа.

ПРОТИВОВИРУСНЫЕ МЕДИКАМЕНТЫ И ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ

В настоящее время известно большое количество противовирусных медикаментов, подавляющих вирусную репликацию в организме больного.

Осельтамивир, занамивир, ремантадин, рибавирин, зовиракс, ганцикловир, валацикловир, рекомбинантные интерфероны (виферон, интронг, реаферон, пегасис) и др. действуют непосредственно на вирус, ингибируя нейраминидазу или гемагглютинин и М2 каналы оболочки вируса гриппа, трансляцию нуклеиновых кислот вирусного генома, встраивают аномальные нуклеозиды в ДНК генома, тормозят процесс раздевания вируса в инфицированной клетке.

Сложные взаимоотношения вируса и макроорганизма определяются также особенностями экспрессии генов Главного комплекса гистосовместимости у каждого конкретного больного и биологическими характеристиками данного вируса. Поэтому в клинической практике существуют рекомендации о применении осельтамивира, занамивира, римантадина, арбидола, главным образом, при гриппе, рибавирина при РС-инфекции, а аномальных нуклеозидов (зовиракс, валацикловир, ганцикловир и др.) преимущественно при герпесвирусных инфекциях (2, 7, 11).

Большая часть иммуномодуляторов (ридостин, неовир, имунофан, ликопид, имунорикс, рибомунил, бронхомунал, изопринозин, полиоксидоний и т. п.) являются синтетическими препаратами и поэтому потенциально несут в себе возможность осложнений и побочных реакций (2, 4, 10).

ТРАНСФЕР ФАКТОРЫ

Наиболее комплементарны, адекватны организму человека природные естественные, так называемые эндо-

генные иммуномодуляторы, основу которых составляют вещества, принимающие участие в регуляции иммунных процессов в организме человека и животных. Как известно, к эндогенным иммуномодуляторам относятся интерфероны, интерлейкины, препараты пептидов тимуса, иммунокомпетентных клеток костного мозга.

В 1949 году Лоуренс обнаружил, что клеточный противотуберкулезный иммунитет можно передать от одного человека к другому посредством введения экстракта из лейкоцитов (DLE — диализируемый лейкоцитарный экстракт), часть действующих веществ которого были названы трансферфакторами (факторами переноса). Позднее эти трансферфакторы (ТФ) были обнаружены не только в крови, но и в молозиве позвоночных, а при их дальнейшем изучении было сделано важное открытие — все они по биохимическому составу и функциональным свойствам оказались одинаковыми вне зависимости от биологического вида позвоночных (человек, животные, птицы) и представляли собой 8–44-аминокислотные пептиды с молекулярным весом 3000–10000 дальтон. Универсальность трансферфакторов для большинства живых систем показала, что эти пептиды действительно являются иммуноактивными соединениями, регулирующими качество иммунного ответа — его силу, скорость и специфичность. ТФ подразделяются на три фракции: индукторы, которые обеспечивают быстрый иммунный ответ и общую готовность иммунной системы; супрессоры, которые регулируют интенсивность иммунного ответа, предотвращая аутоиммунные реакции; антигенспецифичные ТФ с набором определенных антигенов, что позволяет быстро настраивать иммунную систему распознавать многие вирусные и бактериальные возбудители и эффективно защищаться.

В опубликованных работах, посвященных изучению трансферфакторов, высказывается мнение авторов о том, что новорожденный впервые встречается с ТФ, получая их с молозивом матери (13, 14, 15). Однако, учитывая очень небольшой аминокислотный состав этих пептидов (8–44 аминокислоты) и малый молекулярный вес (до 10000 дальтон) есть основания полагать, что они проникают через плаценту матери к плоду уже во внутриутробном периоде и стимулируют его лимфоциты, начиная с 3-го месяца гестационного периода — со времени формирования кровеносной системы плода. Для сравнения можно указать на γ -интерферон (цепь из 166 аминокислотных остатков, молекулярный вес до 90000 дальтон), или G-иммуноглобулины (IgG — молекулярный вес более 150000 дальтон), легко проникающие через неповрежденную плаценту.

Цель настоящей работы состоит в определении клинической эффективности трансфер факторов при вирусных и вирусно-бактериальных инфекциях у детей на фоне комплексной терапии в остром периоде заболеваний и при дальнейших катамнестических наблюдениях в течение 2-х лет после выписки из стационара.

СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

В наших исследованиях, проведенных на базе детского боксированного инфекционного отделения Центральной клинической больницы Управления делами Президента Российской Федерации были использованы результаты

клинических и лабораторных данных 129 детей, получавших в комплексной терапии вирусных заболеваний трансферфакторы Классик и Эдвенд, и 72 ребенка, больных ОРВИ (50) и инфекционным мононуклеозом (22), получавших только комплексную терапию (контрольные группы). В группах больных с ОРВИ, получавших ТФ в стационаре (42 ребенка), и не получавших ТФ (50 детей), частота выявления различных респираторных возбудителей (вирусов гриппа А и В — 30% от числа обследованных; парагриппа — 14%; аденовирусов — 4%; респираторно-синцитиальных вирусов — 6%) была одинаковой. Клинические наблюдения проводились ежедневно в течение 6–10 дней пребывания больного в стационаре, лабораторные исследования — при поступлении и выписке и при дальнейших катamnестических наблюдениях с интервалами через 3,6, 12,18 и 24 месяца.

Из 129 детей, получавших ТФ, 62 лечились в стационаре. У 42 из них были диагностированы ОРВИ с различными бактериальными осложнениями (ангина, шейный лимфаденит, отит, гайморит, бронхит, пневмония) и у 20 — герпетические инфекции, вызванные вирусом Эпштейна-Барр, цитомегаловирусом, вирусом герпеса 6 типа или сочетаниями этих возбудителей. Возраст детей обеих групп, а также контрольной группы — от 1 года до 14 лет, сроки поступления в стационар — 2–5 день от начала заболевания.

Все дети в составе комплексной терапии получали ТФ Классик, Эдвенд и Плюс в возрастных дозировках: в возрасте до 3-х лет — ТФ Классик (ТФК) — 1 капсула 3 раза в день в первые 10 дней болезни; ТФ Эдвенд (ТФЭ) через

5 дней 1 капсула 1 раз в день 10 дней; в возрасте старше 3-х лет — ТФК — 1 капсула 4 раза в день в первые 10 дней болезни; ТФЭ — 1 капсула 2 раза в день в первые 10 дней болезни; ТФ плюс — 1 капсула 1 раз в день в первые 10 дней болезни. После выписки из стационара всем детям был рекомендован прием трансферфакторов в тех же дозах в течение 2-х месяцев.

У обследованных пациентов проводилась оценка выраженности и длительности основных клинических симптомов заболеваний, а также анализировались данные лабораторных показателей, подтверждающих диагноз и эффективность проводимого лечения.

У больных исследовали:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- определение в сыворотке крови антител к респираторным вирусам (грипп, парагрипп, РС- вирусы, аденовирусы, риновирусы) методом ИФА;
- определение в сыворотке крови методом ИФА IgM- и IgG-антител к вирусу герпеса человека 1-го типа (ВГЧ-1), Эпштейн-Барр-вирусу (ВГЧ-4), цитомегаловирусу (ВГЧ-5), вирусу герпеса человека 6-го типа (ВГЧ-6);
- определение в крови, слюне и моче методом ПЦР геномов ВГЧ-4, ВГЧ-5, ВГЧ-6;
- иммунологический статус с определением общего количества лейкоцитов, лимфоцитов, общего количества и процентного содержания Т-лимфоцитов, лимфоцитов классов CD-19, CD-3+CD-4, CD-3+CD-8, регуляторный индекс, фагоцитоз;



4 LIFE - ТРАНСФЕР ФАКТОР

- обучение, настройка и регулировка иммунной системы;
- профилактика инфекций;
- дополнительная помощь при аутоиммунных заболеваниях;
- профилактика онкопатологии;
- профилактика аллергии

г.Москва, ул.Новослободская, д.26, оф. 2. тел.: 8(495) 782-74-85 e-mail: rc50@mail.ru
 г.Санкт-Петербург, ул. Итальянская, д. 6/4, оф.2. тел./факс: 8(812) 315-38-44
 +7-911-977-37-37 www.4life.com e-mail: doctorvasilyeva@mail.ru

Реклама Рег. номер 7799-23.3. V7085.12.04 от 10.12.04



- определение в сыворотке крови IgM-, IgG- и IgA-антител к хламидиям и микоплазме методом ИФА. Исследования проводились в лабораториях ЦКБ и в Центре молекулярной диагностики ЦНИИЭ.

В двух рандомизированных группах детей с ОРВИ, получавших в комплексной терапии ТФ (42 ребенка — исследуемая группа), и не получавших эти биологические продукты (50 детей — контрольная группа), при ежедневных клинических наблюдениях в течение 6–10 дней пребывания в стационаре были проведены сравнительные исследования длительности основных клинических симптомов заболеваний — повышенной температуры, интоксикации, катаральных явлений (гиперемия слизистых ротоглотки, ринит, конъюнктивит, заложенность носовых ходов), наличие аускультативных изменений в легких, кашель.

Группу из 42 детей с ОРВИ и бактериальными осложнениями, получавших ТФ, мы разделили на две: 15 больных с ОРВИ, осложнившимися пневмониями (первая группа) и 27 детей с ОРВИ и иными осложнениями (отит, фарингит, ларинготрахеит, лимфаденит, ангина) — вторая группа.

Данные первой группы были сопоставлены с аналогичными данными 21 ребенка, также с ОРВИ, осложненными пневмониями, в комплексном лечении которых отсутствовал ТФ (третья группа).

Данные второй группы были сопоставлены с аналогичными данными 29 детей с такими же осложнениями ОРВИ (четвертая группа), также не получавших в комплексной терапии ТФ.

Результаты сопоставимых исследований в первой и третьей группах представлены в таблицах 1 и 2.

Из таблицы 1 следует, что при одинаковых сроках поступления (в 2–4 дни от начала клинических проявлений ОРВИ), начиная с первого дня пребывания в стационаре, продолжительность отдельных клинических симптомов заболеваний существенно и статистически различалась у больных 1 и 3 групп. Однако в группе детей, получавших ТФ, отмечено достоверное снижение продолжительности интоксикации ($3,4 \pm 0,19 < 4,15 \pm 0,18$; $P < 0,05$), длительности интенсивного кашля ($5,8 \pm 0,16 < 6,7 \pm 0,23$; $P < 0,05$) и продолжительности хрипов в легких ($3,66 \pm 0,34 < 6,11 \pm 0,23$; $P < 0,05$).

По данным таблицы 2, динамика отдельных показателей общего анализа крови свидетельствует о наиболее быстром снижении лейкоцитоза у детей, получавших ТФ (с 14263 до 8730), тогда как общий уровень лейкоцитоза у детей, не получавших ТФ, снижался незначительно (с 10688 до 8100); о достоверном снижении % нейтрофилов (с 60,3% до 41,2%) на фоне применения ТФ, по сравнению с детьми, лечившимися без ТФ (с 54,0% до 50,4%), о снижении процентного содержания палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов (табл.2), а также о достоверном снижении СОЭ ко времени выписки из стационара (с $37,0 \pm 7,9$ до 12,7 в группе 1 и с 32,38 до 23,07 в группе 3).

Следует отметить также, что этиология бактериальных возбудителей пневмоний, осложнявших ОРВИ, существенно не различалась в обследованных группах больных. Так, среди 15 больных первой группы в качестве возбудителей пневмоний показаны стрептококки (5 детей), пневмококки (5 детей), микоплазмы (3), хламидии (2 ребенка). Среди детей третьей группы (21 больной) как воз-

Таблица 1

Средняя продолжительность в днях основных клинических симптомов ОРВИ, осложненных пневмониями, у детей, получавших ТФ (первая группа — 15 больных) и у 21 ребенка с такими же диагнозами без назначения ТФ в комплексной терапии (третья группа).

Клинические симптомы	Первая группа 15 детей	Третья группа 21 ребенок	Критерий достоверности
Катаральные явления	$5,93 \pm 0,93$ 1,28	$6,28 \pm 0,33$ 1,51	$P > 0,05$
Состояние средней тяжести	$4,0 \pm 0,21$ 0,8	$3,95 \pm 0,15$ 0,67	$P > 0,05$
Интоксикация	$3,4 \pm 0,19$ 0,74	$4,15 \pm 0,18$ 0,8	$P < 0,05$
Повышение температуры	$3,4 \pm 0,23$ 0,9	$3,68 \pm 0,19$ 0,85	$P > 0,05$
Интенсивный кашель	$5,8 \pm 0,16$ 0,64	$6,7 \pm 0,23$ 1,03	$P < 0,05$
Хрипы в легких	$3,66 \pm 0,34$ 1,33	$6,11 \pm 0,23$ 1,0	$P < 0,05$
Длительность госпитализации	$10,66 \pm 0,71$ 2,75	$9,86 \pm 0,34$ 1,3	$P > 0,05$
Длительность заболевания	$14,7 \pm 0,79$ 3,08	$14,35 \pm 0,51$ 2,29	$P > 0,05$

будители пневмоний также показаны стрептококки (4 ребенка), пневмококки (4 ребенка), микоплазмы (4 ребенка), хламидии (4 ребенка), сочетания стрептококк+хламидия и микоплазма+хламидия (3 ребенка). У 2-х детей бактериальная этиология пневмоний не выявлена.

Этиологическая роль бактериальных возбудителей пневмоний подтверждена микробиологическим методом — высевом бактерий со слизистой ротоглотки в концентрации $> 10^5$ и серологическим методом РНИФ (повышение титров антител $> 1/64$).

Дети обеих групп получали комплексную терапию — противовирусные средства (анаферон, арбидол, виферон), антибиотики в средне-терапевтических дозах (клафоран, вильпрафен, сумамед, цедекс) и симптоматические средства (мукалтин, лазолван, тавегил, бифидумбактерин).

Динамика клинической симптоматики ОРВИ у детей, получавших в комплексной терапии ТФ (вторая группа) и не получавших этот продукт (четвертая группа), существенно не различалась — лишь длительность гиперемии слизистых ротоглотки и продолжительность хрипов в легких были существенно меньше у детей второй группы. Несколько короче также оказалась длительность пребывания этих детей в стационаре (табл. 3).

Динамика отдельных показателей общего анализа крови у детей, лечившихся с применением ТФ, свидетельствует о более быстрой у них нормализации части показателей лейкоцитарной формулы — снижении общего числа лейкоцитов (с $10,9 \pm 1,7$ до $6,47 \pm 0,39$ — достоверно; $p < 0,05$); процентного содержания нейтрофилов (с $60,0 \pm 7,5$ до $40,1 \pm 2,8$ — достоверно; $p < 0,05$); процентного содержания сегментоядерных нейтрофилов (с $55,5 \pm 6,3$

Таблица 2

Динамика отдельных показателей ОАК при ОРВИ, осложненных пневмониями у детей первой (15 больных) и третьей (21 больной) групп.

Показатели ОАК	Первая группа — поступление в стационар	Третья группа — поступление в стационар	Первая группа — выписка из стационара	Третья группа — выписка из стационара
Лейкоциты Общее число	14263±1654,8 5966,7	10688,6±1656,8 6199,3	8730±640 230	8100±680 260
Нейтрофилы (%)	60,3±6,8 16,6	54,0±5,6 16,0	41,2±3,86* 8,64	50,42±5,7 15,2
Палочко- ядерные (%)	11,1±1,9 6,9	6,8±1,17 4,38	2,5±0,28* 0,9	2,35±0,3 1,17
Сегментно- (%) ядерные	50,0±4,2 13,9	46,3±3,9 11,9	35,4±3,37* 8,9	46,5±3,03 10,05
Эозинофилы (%)	2,6±0,3 0,94	3,12±0,6 1,7	2,5±0,35 1,35	3,3±0,6 2,16
Базофилы (%)	1	1	1	1
Лимфоциты (%)	25,8±3,9 13,9	36,3±3,5 13,0	44,08±2,34 8,11	41,8±3,58 12,9
Моноциты (%)	9,7±0,9 3,25	9,0±0,9 3,3	8,83±0,8 2,77	8,85±1,03 3,85
Тромбоциты Общее число	250,23±7,67 27,6	327,8±17,6 65,9	385,8±51,98 116,24	418,9±27,03 85,48
Гемоглобин (г/л)	125,6±3,4 12,2	127,2±1,91 7,38	128,4±4,36 9,76	131,1±2,65 8,8
Эритроциты Общее число	4,54±0,08 2,25	4,47±0,06 0,24	4,45±0,14 0,32	4,73±0,07 0,22
СОЭ мм/час	37,0±7,94 26,4	32,38±5,89 21,24	12,7±2,65 * 8,38	23,07±4,64 17,37

*- p < 0,05

Таблица 3

Средняя продолжительность в днях основных клинических симптомов ОРВИ, с бактериальными осложнениями у 27 детей, получавших ТФ (вторая группа) и у 29 детей с такими же диагнозами без назначения ТФ в комплексной терапии (четвертая группа).

Клинические симптомы	Вторая группа 27 детей	Четвертая группа 29 детей	Степень вероятности
Повышенная температура	2,1±0,21 0,67	2,6±0,26 0,81	P > 0,05
Интоксикация	2,9±0,18 0,59	2,8±0,19 0,59	P > 0,05
Гиперемия зева	2,9±0,18 0,59	3,8±0,23 0,7	P < 0,05
Ринит	2,8±0,24 0,79	2,44±0,2 0,62	P > 0,05
Кашель	5,3±0,51 1,48	6,1±0,6 1,52	P > 0,05
Хрипы в легких	3,3±0,4 1,28	4,3±0,41 1,3	0,05 < P < 0,1
Длительность пребывания в стационаре	6,4±0,7 2,39	8,2±0,7 2,34	0,05 < P < 0,1

до 40,0±3,98 — достоверно; p < 0,05), тогда как ко времени выписки из стационара аналогичные показатели у детей, не получавших ТФ, не имели существенной положительной динамики (табл. 4).

67 детей в возрасте от 2 до 14 лет, часто болеющих повторными ОРВИ с бактериальными осложнениями (6–8 раз в год), получали ТФ в указанных выше дозах амбулаторно 2-месячными курсами; 12 из них после 2–3-месячного перерыва получали такие курсы повторно. В таблице 6 представлены данные о частоте повторных ОРВИ в течение 18 месяцев наблюдений у этих детей (группа 1) и у детей, также часто болеющих ОРВИ и получавших амбулаторно виферон, ликопид или циклоферон (группы 2 и 3).

Данные, приведенные в таблице, свидетельствуют о том, что дети, получавшие ТФ, болели существенно реже своих сверстников, получавших другие иммуностропные препараты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенные исследования при наиболее распространенных инфекционных (вирусных и вирусно-бактериальных) заболеваниях у детей, получавших в комплексной терапии трансфер факторы (биогенные пептиды) в стационаре и при катamnестических наблюдениях, позволяют высказать определенные суждения о значении и целесообразности применения этих продуктов.



Таблица 4

Динамика отдельных показателей общего анализа крови (ОАК) у детей с ОРВИ второй и четвертой групп при поступлении и выписке из стационара.

Показатели ОАК	Поступление в стационар. Вторая группа, 27 детей.	Поступление в стационар. Четвертая гр. 29 детей.	Выписка из стационара. Вторая группа, 27 детей.	Выписка из стационара. Четвертая гр. 29 детей.
Лейкоциты Общее число	10,9±1,7 4,94	8,95±0,75 2,95	6,47±0,39* 1,22 P < 0,05	8,9±0,71 2,14
Нейтрофилы (%)	60,0±7,5 23,8	51,8±4,6 16,7	40,1±2,8* 8,3	51,7±4,6 16,7
палочкоядерные (%)	6,0±1,26 4,0	6,9±1,04 3,8	2,8±0,5 1,6	3,33±0,6 1,8
сегментоядерные (%)	55,5±6,3 19,8	46,3±4,9 14,8	40,0±3,98* 12,6	37,4±6,1 17,2
Эозинофилы (%)	2,2±0,5 1,12	4,35±1,2 3,1	2,0±0,35 1,0	3,2±0,63 1,9
Лимфоциты (%)	29,9±5,9 20,4	34,5±3,9 15,03	53,6±2,9 8,8	48,9±6,1 16,2
Моноциты (%)	7,4±0,7 2,2	10,04±1,1 4,3	8,1±0,7 2,1	7,7±1,0 2,97
Тромбоциты Общее число	272,9±16,15 51,08	282,4±10,01 36,1	355,3±27,9 43,9	446,0±42,16 119,2
Эритроциты Общее число	4,7±0,1 0,25	4,4±0,1 0,3	4,8±0,12 0,33	4,6±0,1 0,29
Гемоглобин (г / л)	123,3±2,5 8,04	118,7±2,1 8,24	122,1±2,5 7,45	121,4±2,9 8,6
СОЭ (мм / час)	21,8±5,3 15,9	19,1±3,8 14,7	13,3±1,7 4,4	27,5±5,35 16,1

Таблица 5

Сравнительная частота ОРВИ у часто болеющих детей при длительных катamnестических наблюдениях.

Группы детей	Средние величины частоты заболеваний (M±m)	Препараты, применявшиеся у детей
Группа 1 (67 детей)	2,8±0,49 P < 0,05	трансферфакторы
Группа 2 (21 ребенок)	4,2±1,0	циклоферон
Группа 3 (24 ребенка)	5,8±1,1	виферон, ликолипид

Прежде всего, возникает вопрос о показаниях к назначению этих биологических добавок у детей с легкими и средне-тяжелыми формами ОРВИ, протекающими без бактериальных осложнений и заканчивающихся выздоровлением. Наши исследования не выявили заметного улучшения динамики клинических и лабораторных показателей в остром периоде респираторных инфекций, однако при длительных (до 2-х лет) катamnестических наблюдениях детей, которым были назначены ТФ в течение 2–3 месяцев, были получены данные о несомненном снижении частоты и тяжести ОРВИ.

Представленные в работе результаты анализа динамики клинических и лабораторных тестов у больных ОРВИ с бактериальными осложнениями (пневмонии, отиты, ан-

гины, шейные лимфадениты, бронхиты и т.п.) свидетельствуют о более быстром и гладком течении этих заболеваний у детей, также получавших ТФ.

Таким образом, при всех формах респираторных инфекций и, особенно, при наличии бактериальных осложнений, имеет смысл снижать токсическую нагрузку, обусловленную инфекционными агентами, уменьшая их роль в формировании дальнейшей неустойчивости детского организма по отношению к инфекционным, аллергическим и аутоиммунным заболеваниям, чтобы обеспечить нормальное гармоничное развитие ребенка.

В наших исследованиях мы практически не отмечали побочных явлений применения ТФ (лишь у 3 из 129 детей появлялись эфемерные, исчезающие в течение 1–2 дней сыпи, после чего прием ТФ продолжался). Имеющиеся в научных источниках (главным образом, в англоязычных, а также российских — 13,3,1) данные о клинической эффективности ТФ и их совершенно очевидной безопасности (ни одного факта побочных реакций при 20-летнем применении — Хеннен У.Д., 2001) дают возможность практикующим врачам аккуратно корректировать дозировки и длительность использования ТФ при индивидуальном подходе к больному, ориентируясь, например, на данные, представленные в настоящей работе.

Также нуждается в дальнейшем изучении клиническая эффективность сочетанного применения ТФ с уже назначаемыми иммунными препаратами (виферон, цикло-

ферон, полиоксидоний, иммунал, имунофан, имунорикс и др.). Эти наблюдения будут укреплять уверенность врачей в необходимости, эффективности и безопасности такой комплексной иммуномодулирующей терапии, что послужит основанием для более широкого применения ТФ в педиатрии. ©

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. М.М.Арьяева. Трансфер фактор в комплексной терапии бронхиальной астмы у детей. //Пятиминутка, №4 (13), 2010, С. 31–33.
2. А.Г.Боковой. Герпесвирусные инфекции у детей. Москва: МАКС Пресс, 2008, 141 с.
3. А.Г.Боковой. Применение Трансфер факторов в комплексном лечении инфекционных заболеваний у детей и взрослых. // Пятиминутка, № 2, 2010, С. 14–17.
4. В.П.Добрица, Н.М.Ботирашвили, Е.В.Добрица. Современные иммуномодуляторы для клинического применения. Издательство ПОЛИТЕХНИКА, Санкт-Петербург, 2001, 250 с.
5. Ф.И.Ершов, М.Г.Романцов. Антивирусные средства в педиатрии. Москва: Издательский дом «Русский врач», 2005, 243 с.
6. Ф.И.Ершов, С.С.Григорян, Т.Г.Орлова, Т.А.Семенов, Л.Н., Мазанкова, Т.А., Чеботарева, Л.Ф.Нестерина, Е.И.Исаева. Противовирусная терапия ОРВИ у детей. // Детские инфекции, 2006, Т. 5, №3, С. 56–61.
7. Ф.И.Ершов, О.И.Киселев. Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств). Москва: ГЭОТАР Медиа., 2005, 356 с.
8. А.Л.Заплатников, Н.А.Коровина. Принципы лечения острых респираторных вирусных инфекций и гриппа у детей в амбулаторных условиях. //Педиатрия, 2010, №3, С. 40–46.
9. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации. Детские инфекции, 2006, № 1, С. 3.
10. А.А.Михайленко, Г.А.Базанова, В.И.Покровский, В.И.Коненков. Профилактическая иммунология. Москва, 2004, 272 с.
11. Профилактика и лечение респираторных инфекций. Научный обзор. Solvay Pharma, 2000, 32 с.
12. Рибосомальная иммунокоррекция в практике педиатра. Под ред. проф. Н.А.Коровиной. 2009, 230 с.
13. У.Д.Хэннен. Трансфер фктор — плюс. Новосибирск, 2001, 72 с.
14. Kirkpatrick C.H. Activities and characteristics of Transfer Factors. Biotherapy, 1996; 9 (1-3): 13–6.
15. Roberts P.R., Bumey J.D., Black K.W., Zaloga C.P. Effect of chain length on absorption of biologically active peptides from the gastrointestinal tract. Digestion 1999; 60: 332–7.

НОВОСТИ

Связь между татуировками и вирусным гепатитом С

Несмотря на то, что в ходе проведенного в США крупномасштабного многоцентрового исследования типа случай-контроль не удалось доказать прямую причинно-следственную связь и влияние процедуры нанесения татуировки на развитие вирусного гепатита С, тем не менее, татуировка сама по себе является фактором риска передачи этого заболевания, которое может протекать бессимптомно в течение многих лет.

Группа исследователей провела опрос о наличии татуировок 3871 пациента, включая 1930 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С и 1941 пациента, у которых не было обнаружено вирусного гепатита С. Исследование проводилось на базе амбулаторных клиник при трёх стационарах Нью-Йорка в период 2004–2006 г. Как оказалось, инъекционные наркотики (65,9% vs 17,8%, $p < 0,001$), переливания крови, особенно если они проводились до 1992 г. (22,3% vs 11,1%, $p < 0,001$) и нанесение одной или более татуировок (отношение шансов 3,81, 95% доверительный интервал 3,23–4,49, $p < 0,001$) достоверно чаще встречались в группе пациентов с вирусным гепатитом С по сравнению с группой контроля. После исключения из анализа всех пациентов с анамнезом даже однократного внутривенного введения наркотиков и пациентов, которым проводилось переливание крови до 1992 г., в анализе осталось 1886 пациентов (464 с вирусным гепатитом С и 1421 — в группе контроля). Среди этих лиц, которые не имели традиционных факторов риска, частота выявления вирусного гепатита С оставалась выше у пациентов, которые хотя бы раз наносили себе татуировку (отношение шансов 5,17, 95% доверительный интервал 3,75–7,1, $p < 0,001$).

Подобные результаты были получены в ходе и более ранних исследований, однако они включали небольшое количество пациентов и не учитывали других факторов риска.

По-прежнему, учёные из Центра по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) считают, что взаимосвязь может быть не настолько сильной, как показывают результаты, потому что некоторые пациенты, применявшие запрещённые наркотики, вероятно, не признаются в этом даже при анонимном анкетировании, в связи с чем исследователи не исключают возможность заражения вирусным гепатитом С пациентами ещё до нанесения татуировки. Исследователи из Центра по контролю и профилактике заболеваний, изучающие вирусные гепатиты, рекомендуют делать татуировки и пирсинг только у квалифицированных специалистов.

(Carney K., Dhalla S., Aytaman A., Tenner C.T., Francois F. Association of tattooing and hepatitis C virus infection: A multicenter case-control study. Hepatology. 2013 Jan 12)

Источник: <http://www.antibiotic.ru/>



Рудольф Гёрёг,
директор санатория «Замок Феникс»,
Венгрия

САНАТОРИЙ «ЗАМОК ФЕНИКС» (ВЕНГРИЯ)

Я — Рудольф Гёрёг, директор санатория «Замок Феникс». В туризме я работаю уже 23 года, из них три последних года руковожу санаторием «Замок Феникс». Эта работа стала настоящим вызовом для меня, ведь в условиях отеля категории «4 звезды» мы обеспечиваем медицинское лечение высокого уровня. В широкий ассортимент наших предложений входят услуги от лечения последствий стрессов до проведения сложных кардиологических и ортопедических операций. Разрешите мне коротко представить вам, что предлагает Санаторий «Замок Феникс».

Абсолютная тишина и покой ждут вас в Санатории «Замок Феникс». Санаторий и Оздоровительный отель — идеальное окружение для лечения, физического и духовного восстановления! Стрессы, бурная и ограниченная в движениях жизнь, нерегулярное питание, волнения и вызываемые всем этим повышенное артериальное давление и сахарный диабет — все это такие факторы риска, которые значительно повышают вероятность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (например, инфаркта миокарда). Большинство людей не думают заранее о возможных заболеваниях и еще меньше — о трагедиях, связанных с ними. Замок-санаторий и Оздоровительный отель «Феникс» выбрал в качестве своего символа мистическую птицу, олицетворяющую обновление и восстановление. Профессионально подготовленный персонал с помощью самого современного медицинского оборудования проводит исследование возможных рисков, как бы ставя тем самым человека перед зеркалом. На основании терапевтических рекомендаций и методов создается реальная возможность контроля над весом тела, отказом от курения, достижением нормального физического состояния и даже усвоением методов борьбы со стрессами.

В начале 21 века на первое место среди причин смертности в Венгрии вышли заболевания сердечно-со-

судистой системы. Поэтому важно, наряду со здоровым образом жизни и регулярным занятием спортом, определить вовремя отклонения в работе сердца, которые в последствии могут привести к серьезным заболеваниям. За последние 10 лет в Венгрии произошло стремительное развитие лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы и осложнений, приводящих к внезапной смерти и потере дееспособности. Многие из пациентов за короткий период времени, контактируя с врачами, добились положительных результатов с помощью установки сердечного катетера, благодаря чему у них резко снизился риск возникновения повторных сердечных приступов.

Общепризнано, что в продолжительности жизни и ее качестве решающую роль играет профилактика и то, каким образом мы влияем на состояние своего организма.

Если же профилактика запоздала, и болезнь, тем не менее, начинает развиваться, замок является местом, подходящим для лечения и реабилитации. Наша специализация — реабилитационные услуги после лечения сердечно-сосудистых заболеваний, хирургических операций, а также лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата и различных ортопедических проблем. С помощью самого современного медицинского оборудования мы в санатории проводим исследование общего состояния

пациентов, разрабатываем индивидуальные рекомендации по усвоению здорового образа жизни, обеспечивая при этом и все условия для приятного отдыха. Наш санаторий является венгерским представителем программы здорового образа жизни «slow life», и на сегодняшний день это единственный в Венгрии современный центр кардиологической и ортопедической реабилитации европейского уровня, где гарантируется высокое качество профессиональных услуг в реабилитационный и восстановительный период. Для каждого пациента составляется индивидуальная лечебная программа с участием кардиологов, физиотерапевтов, массажистов, диетолога и других специалистов.

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Замок построил граф Иштван Гейза Майлат в 1895 году по проекту архитектора Йозефа Хуберта. Рядом с изысканным замком было построено современное по тем временам хозяйственное здание. Граф Майлат любил и ценил красоту, много путешествовал и занимался коллекционированием. Общую красочность замка дополняет парк с тщательно подобранными видами деревьев. После второй мировой войны замок стал го-

сударственной собственностью и длительное время был использован как пионерский лагерь, а с 1960 года в нем разместили санаторий для лечения бронхо-легочных заболеваний. Акционерная компания «Феникс-Мед» начала реконструкцию замка в 2006 году, а в июле 2009 года была открыта четырехзвездочная гостиница-санаторий под названием «Замок Феникс».

Санаторий «Замок Феникс» три года присутствует на российском туристическом рынке. Уже сегодня мы можем гордиться многочисленными российскими пациентами, удовлетворенными результатами своего пребывания у нас. В 2011 году в санатории «Замок Феникс» была проведена первая операция по установке бедренного протеза и постоперационная реабилитация пациенту из России. Естественно, мы можем предложить вам наш сайт и издания на русском языке, а также владеющий русским языком персонал. Мы также рады сотрудничеству с российскими коллегами.

Ваши вопросы и пожелания можете направлять на адрес: info@fonixcastle.com.

Более подробная информация: <http://www.kastelyszanatorium.hu/russian/>



Санаторий «Замок Феникс»

РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ СУСТАВОВ И ПОЛНАЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

- Современный центр кардиологической и ортопедической реабилитации европейского уровня.
- Реабилитация проводится под наблюдением квалифицированных кардиологов, терапевтов, физиотерапевтов, массажистов, диетологов и других специалистов.
- Тщательно разработанные индивидуальные программы на основе предварительной диагностики.
- Санаторий работает в содружестве с Будапештским кардиологическим институтом SOTE и ведущим ортопедом Венгрии.
- Расположенный в севере Венгрии, в 100 км от Будапешта в отреставрированной графской усадьбе.
- Лучший отдых и восстановление: старинный парк площадью 7 га, субальпийский микроклимат, чистый воздух, тихая, живописная окрестность.
- Санаторий обеспечивает русскоязычное обслуживание.



Дополнительная информация на сайте:
www.fonixcastle.com

Тел.: +36-35-371-527
Моб.тел.: +36-30-527-0411
Skype: fonixcastle
E-mail: info@fonixcastle.com
(пишите нам по-русски)

FONIX
ЗАМОК
САНАТОРИЙ
ВЕНГРИЯ



ПРИМЕРЫ КОМПЛЕКСНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОГРАММ САНАТОРИЯ «ЗАМОК ФЕНИКС»

1. *Комплексное медицинское кардиологическое обследование, выявление факторов риска (3 дня/2 ночи)*

- общее медицинское и кардиологическое обследование
- ультразвуковое обследование сердца и кровеносных сосудов
- лабораторное обследование, анализы крови и мочи, ЭКГ в покое
- функциональная диагностика методом эргоспирометрии, эхокардиография сердца
- оценка привычек и режима питания, соматометрическое обследование организма
- консультация по изменению образа жизни и профилактические советы
- оценка полученных результатов обследования и выявление индивидуальных факторов риска

2. *Комплексное медицинское обследование с компьютерной томографией сердца (кардио-КТ) (3 дня/2 ночи)*

Санаторий, в партнерстве с Будапештским Диагностическим центром «ПОЗИТРОН», может организовать проведение компьютерной томографии сердца. Данное исследование является дополнением к вышеуказанной трехдневной программе. Оснащенный высокотехнологическим оборудованием Диагностический центр «ПОЗИТРОН» расположен в XI. районе Будапешта. Диагностический центр был создан, прежде всего, для онкологической диагностики, кроме этого, используется для проведения научных симпозиумов, представляет специалистов в области радиологии, ядерной медицины, кардиологии. Уникальность Центра обусловлена прежде всего комплектным оборудованием «Siemens TruePoint HD PET/CT». Для диагностики сердца применяется самое современное оборудование компьютерной томографии, с помощью которого можно неинвазивно проверить состояние коронарной системы. Данное оборудование позволяет составить детальное описание работы сердца с высокой точностью (снимки сердца с высоким разрешением, участками размером меньше миллиметра). В результате получается трехмерное изображение сердца и сосудов, с помощью которого определяются расположение и параметры аномальных поражений. Располагая результатами такого исследования можно с вероятностью 97–99% избежать ишемической болезни сердца или инфаркта.

3. *Программа профилактики и изменения образа жизни (8 дней/7 ночей)*

- Комплексное обследование: медицинское обследование, консультация, обследование сердца и кровеносных сосудов, лабораторные исследования, ЭКГ, нагрузочное тестирование эргоспирометрией, эхокардиография сердца, оценка предпочтений и режима питания и соматометрическое обследование организма
- Оценка полученных результатов обследования и выявление индивидуальных факторов риска
- Разработанный диетологом режим питания

- Консультация по организации здорового образа жизни и управлению стрессами
- Разработанный физиотерапевтом индивидуальный план тренировок

После активно проведенной недели в санатории пациент сможет продолжать вести здоровый образ жизни с учетом рекомендаций специалистов и в домашних условиях. В дальнейшем рекомендуется повторение комплекса сердечно-сосудистых обследований раз в год.

4. *Послеоперационная реабилитация (15 дней/14 ночей)*

- Комплексное обследование: медицинское обследование, консультации, обследование сердца и кровеносных сосудов, лабораторные исследования
- ЭКГ, нагрузочное тестирование эргоспирометрией, эхокардиография сердца
- Оценка режима и привычек питания, соматометрическое обследование организма, разработанный диетологом индивидуальный режим питания
- Оценка полученных результатов обследования и выявление индивидуальных факторов риска
- Разработанный физиотерапевтом индивидуальный план тренировок: занятия на физиотерапевтических аппаратах «Technogym», индивидуальная лечебная гимнастика, водная гимнастика
- Советы по дальнейшему укреплению здоровья

5. *Интервенционная кардиология (19 дней/18 ночей)*

Эффективными методами лечения сердечно-сосудистых заболеваний являются кардиологические вмешательства, когда при помощи катетера расширяют и делают проходимыми суженные сосуды, при этом избегая серьезных хирургических операций. Интервенционная кардиология означает нехирургическое вмешательство, применяющееся для лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. В интервенционной кардиологии используют катетер для лечения поврежденных кровеносных сосудов или участков сердца, зачастую избегая при этом серьезного хирургического вмешательства. Программа интервенционной кардиологии предназначена лицам, страдающим стенокардией (angina pectoris) — типичным проявлением хронической ишемической болезни сердца.

Главный Будапештский Кардиологический Центр-Институт SOTE (www.kardiologia.hu), в котором работают известные кардиологи и профессиональный медицинский персонал под руководством ведущего венгерского кардиолога профессора Белы Меркеля, является партнером санатория «Замок Феникс».

Программа включает: период предоперационной подготовки, полное медицинское обследование, операцию, реабилитационную программу в санатории на протяжении 13 дней.

Реабилитация: 5 процедур в день по назначению врача (мониторинг медицинского обследования, физиотерапия, гидротерапия, массаж, кардиотренинг, консультации диетолога, консультации о здоровом образе жизни).

Санаторий обеспечивает транспортировку пациента и русскоязычное обслуживание. ☺



СИНЕНЧЕНКО ГЕОРГИЙ ИВАНОВИЧ (К 60-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

26 апреля 2013 года исполняется 60 лет со дня рождения и 37 лет врачебной, научно-педагогической и общественной деятельности талантливого хирурга и учёного, заведующего 2 кафедрой (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, Заслуженного врача Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора, полковника медицинской службы запаса Георгия Ивановича СИНЕНЧЕНКО.

Георгий Иванович Синенченко родился в селе Некременное Александровского района Донецкой области в семье служащего. В 1970 г. окончил среднюю школу и поступил в Донецкий государственный медицинский институт. После 4-го курса продолжил учёбу на Военно-медицинском факультете при Горьковском медицинском институте, который окончил в 1976 г. с золотой медалью. Последующие три года проходил службу в должности начальника медицинской службы полка.

Избрав делом всей своей жизни нелёгкую хирургическую специальность, в 1979 г. Георгий Иванович поступает в клиническую ординатуру на кафедру общей хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. Исключительное трудолюбие, добросовестное отношение к работе, стремление к постоянному совершенствованию знаний и навыков позволили молодому врачу приобрести значительный практический опыт в клинической хирургии. Это послужило основанием для назначения его после окончания ординатуры (1981 г.) на должность начальника хирургического отделения гарнизонного госпиталя в приграничной с Афганистаном Кушке (Туркестанский военный округ). Несмотря на многочисленные трудности и лишения, пять лет службы в отдалённом гарнизоне Георгий Иванович всегда вспоминает с особой теплотой. Именно в эти годы происходило становление блестящего хирурга-клинициста. За оказание интернациональной помощи Республике Афганистан он награжден орденом «За службу Родине в Вооруженных силах III степени». Является ветераном боевых действий.

В 1986 г. И.Синенченко становится адъюнктом кафедры общей хирургии ВМедА, и с тех пор его активная хирургическая и научно-педагогическая деятельность неразрывно связана с академией. В 1988 г. он досрочно

защищает диссертацию на соискание учёной степени кандидата медицинских наук на тему «Антеградная эндолимфатическая инфузия в диагностике и лечении внутрибрюшных абсцессов и инфильтратов», в 1993 г. — докторскую диссертацию на тему «Эндолимфатическая инфузия в абдоминальной хирургии», через 2 года ему присвоено

учёное звание профессора. За время работы на кафедре общей хирургии (1986–2002 гг.) под руководством выдающегося хирурга профессора П. Н. Зубарева в полной мере раскрылись талант, незаурядные способности и прекрасные личные качества Георгия Ивановича. Определен его профессиональный рост не только как учёного и педагога, но и как практического хирурга, обладающего высокой техникой оперативных вмешательств на пищеводе, желудке, толстой кишке, щитовидной железе и в других областях хирургии. С 1998 г. Георгий Иванович — заместитель начальника кафедры общей хирургии академии, в 1999 г. ему присвоено почётное звание «Заслуженный врач Российской Федерации».

С 2002 г. по настоящее время профессор Г. И. Синенченко возглавляет 2 кафедру (хирургии усовершенствования врачей) академии, успешно передавая свой богатейший научно-практический опыт слушателям факультета руководящего медицинского состава. Кроме того, он исполняет обязанности руководителя отдела неотложной хирургии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, является членом Учёного Совета института.

Под руководством Георгия Ивановича активно проводится научно-исследовательская работа по традиционным для кафедры темам: разлитой перитонит; восстановительные операции на пищеводе; диагностика и лечение злокачественных новообразований желудочно-кишечно-





го тракта; реконструктивно-восстановительные операции на желудке, тонкой и толстой кишках; лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе с использованием органосохраняющих операций; диагностика и комплексное лечение желудочно-кишечных кровотечений; неотложная панкреатология с применением малоинвазивных методик хирургического лечения и др. При этом получили развитие новые направления, связанные с разработкой и внедрением в клиническую практику инфузионных растворов антигипоксантами направленности и искусственных переносчиков кислорода; эндолимфатической инфузии при воспалительных процессах и злокачественных новообразованиях желудочно-кишечного тракта; пункционных методов лечения полостных образований брюшной полости под контролем сонографии, способов аллопластики при ущемлённых грыжах и др. За последние 10 лет на кафедре защищены 6 докторских и 20 кандидатских диссертаций.

Г. И. Синенченко — автор более 350 научных работ, в том числе 11 монографий и учебников по хирургии. Он является членом Учёного Совета Военно-медицинской академии, членом нескольких диссертационных советов, активным членом Ассоциации хирургов Санкт-Петербурга,

Почётным членом Хирургического общества Пирогова, Лауреатом четырёх премий им. И. И. Джанелидзе.

Хирургическое мастерство, скромность, доступность и личное обаяние, а также чуткое отношение к людям и неуёмное трудолюбие Георгия Ивановича снискали ему уважение, благодарность и заслуженный авторитет среди медицинской общественности и хирургов Санкт-Петербурга, сотрудников кафедры, академии, многочисленных учеников и пациентов. Георгий Иванович — счастливый человек, имеющий замечательную семью, у него трое детей и шесть внуков.

Коллектив кафедры, товарищи и ученики сердечно поздравляют Георгия Ивановича Синенченко с юбилеем и желают ему крепкого здоровья, счастья, семейного благополучия и дальнейших творческих успехов в благородном деле служения отечественной науке, хирургии и Военно-медицинской академии.

*Профессор 2 кафедры
(хирургии усовершенствования врачей)
Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова
доктор медицинских наук, профессор
Коновалов Сергей Вениаминович*

НОВОСТИ

Люди не имеющие высшего образования более склонны к быстрому старению, утверждают специалисты из Университетского колледжа Лондона в сотрудничестве с коллегами из Университета Уэльса в Кардиффе (University of Wales Institute, Cardiff) и Университета Калифорнии в Сан-Франциско (University of California, San Francisco).

В опубликованном в журнале «Мозг, поведение и иммунитет» (Brain, Behavior, and Immunity) эксперты отмечают, что здоровый образ жизни немислим без образования, а потому необходимо решать вопрос социального неравенства. Как полагают авторы исследования, доход и социальный статус человека на продолжительность его жизни оказывают не такое сильное влияние, как уровень его образования. Ученые считают, что просвещенные люди способны принимать логические и рациональные решения, чаще задумываются о долгосрочных перспективах, более ответственно относятся и к своему здоровью.

«Наше исследование показывает, что длительное воздействие условий, в которых живут представители низшего класса, ускоряет наступление их старости», — констатирует руководитель исследования профессор Эндрю Стептоу.

«Исследование подтверждает необходимость решения проблемы социального неравенства — это важно для их здоровья, — говорит директор Британского кардиологического фонда (British Heart Foundation) Джереми Пирсон. — Место проживания или доход человека не должны увеличивать риск возникновения заболеваний, ускорять процесс старения».

Нервная анорексия (anorexia nervosa) чаще развивается у детей, родившихся весной, установили ученые из Центра генетики человека фонда Wellcome Trust. В докладе, опубликованном в Британском журнале психиатрии, говорится, что это связано с такими факторами, как температура воздуха, солнечный свет, инфекции и диета матери. Проанализировав данные четырех исследований, проведенных ранее, в которых приняли участие в общей сложности 1293 людей с анорексией, ученые выяснили, что в период с марта по июнь, фиксировалось большое количество детей, рожденных с нервной анорексией. Между тем, среди тех, кто родился в сентябре и октябре, случаев анорексии было меньше, чем ожидалось. «Ряд предыдущих изысканий выявил, что психические недуги вроде шизофрении, биполярного расстройства и общей депрессии чаще встречаются среди людей, рожденных именно весной, — говорит один из авторов отчета Доктор Лахиру Хандуннеттхи. — Поэтому развитие анорексии не так уж сильно удивляет».

Источник: <http://nmiz.ru/news/>

**Г. Л. Апанасенко,**

доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой спортивной медицины и санологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П. Л. Шупика (Украина, Киев), главный санолог МЗ Украины, академик Европейской академии естественных наук им. Лейбница

УЧЕНИЕ ОБ ИНДИВИДУАЛЬНОМ ЗДОРОВЬЕ КАК ПУТЬ К ПЕРВИЧНОЙ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХНИЗ

Самый большой парадокс современной медицины заключается в том, что, ставя своей задачей достижение здоровья, она занимается болезнью. Вследствие этого парадокса, мы с каждым годом всё больше знаем о болезнях, лечебно-диагностических методах и пр. Но этот путь никогда не приведёт нас к поставленной цели — достижению здоровья. Ибо здоровье — это не отсутствие болезни и не эфемерное «благополучие», а способность индивида выполнять свои биологические и социальные функции. Для достижения здоровья необходимо исследовать феномен здоровья, знать его закономерности и использовать их для достижения здоровья

Проблему индивидуального здоровья медицина исследует более двух тысяч лет. Итог этих исследований поэтично отобразил R. Doll [11]: «Было много попыток построить шкалу позитивного здоровья, но до сих пор измерение здоровья остаётся такой же иллюзией, как измерение счастья, красоты и любви». Ошибочность этой позиции показана в наших исследованиях.

Со времён Галена выделялись три основных состояния человека — здоровье, болезнь и переходное состояние (предболезнь). Н. В. Лазарев и его ученики доказали существование еще и четвертого состояния — Состояния Неспецифической Повышенной Сопротивляемости (СНПС), при котором человек не просто чувствует себя здоровым, но располагает еще и определенным «запасом прочности», который обеспечивает ему наилучшие условия для выживания. Достичь этого состояния возможно с помощью различных общеоздоравливающих воздействий, среди которых особую роль играют природные средства, которые Н. В. Лазарев назвал адаптогенами.

Первая публикация Н. В. Лазарева о СНПС появилась в журнале «Патологическая физиология и экспериментальная терапия» [9]. Общий итог работ Н. В. Лазарева и его учеников: СНПС характеризуется двумя основны-

ми особенностями организма — расширением функционального резерва и экономизацией функций. При этом большую роль играет повышение мощности внутриклеточной генерации энергии за счёт совершенствования аппарата митохондрий.

Учение Н. В. Лазарева о СНПС явилось основой теории валеологии. Была подготовлена база для того, чтобы ученик Н. В. Лазарева И. И. Брехман впервые презентовал [7,8] науку о здоровье, выделив категорию «индивидуальное здоровье» в предмет исследования. В то же время он основное внимание уделял философским проблемам и разработке практических аспектов использования адаптогенов, влияния их на состояние функций здоровых людей, а не феноменологии здоровья. Феноменология здоровья получила своё развитие в наших исследованиях (2,4,5,6).

Имея определённый научно-практический опыт в области экстремальной медицины (сроки наступления гипоксической комы у человека при дыхании гипоксической смесью, исследование физической работоспособности до- и после массивной кровопотери, динамика профессиональной работоспособности операторов в условиях многомесячного воздействия комплекса неблагоприятных факторов среды и др.), мы пришли к выводу, что существует общий признак устойчивости организма человека к небла-



Позитивное заключение по данным ЭКГ при велоэргометрии в зависимости от уровня здоровья

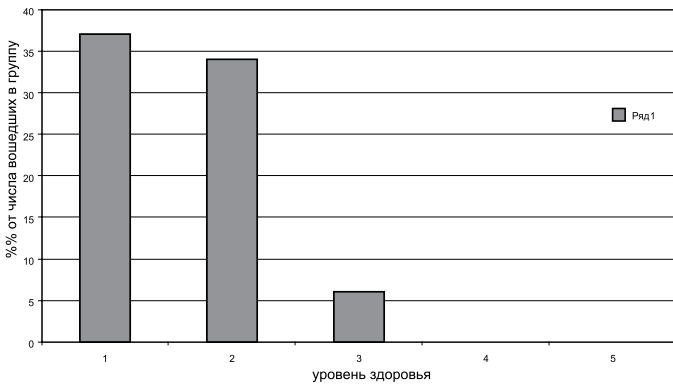


Рис.1. Распространённость латентных форм ИБС по уровням здоровья (786 мужчин 30–59 лет, не предъявляющих жалобы на здоровье)

гоприятным воздействиям — энергопотенциал биосистемы (что отвечает второму закону термодинамики), зависящий от окислительной мощности митохондрий. Ведь очевидно, что основное условие существования всего живого на Земле — возможность поглощать энергию из внешней среды, аккумулировать ее и использовать для осуществления процессов жизнедеятельности. Чем выше доступные для использования резервы биоэнергетики, тем организм жизнеспособнее. Способность мобилизовать ресурсы органов, систем, всего организма — первое условие срочного его приспособления к воздействию экстремальных факторов. И чем больше образование энергии на единицу массы организма, тем эффективнее осуществляется биологическая функция выживания. Способность увеличивать при необходимости поглощение кислорода определяет тот резерв энергии, который может быть использован для интенсификации процессов жизнедеятельности. Чем больше эта способность, тем организм жизнеспособнее.

Отсюда основополагающий вывод: индивидуальное здоровье можно идентифицировать с жизнеспособностью. Таким образом, был обозначен критерий, который может быть положен в основу «измерения» здоровья. На организменном уровне этот критерий — энергопотенциал биосистемы — может быть охарактеризован максимальными аэробными возможностями организма — мощностью и эффективностью аэробных механизмов энергообразования. Эти данные впервые опубликованы нами в статье «О возможности количественной оценки здоровья» [1]. Более глубокая теоретическая и практическая проработка этого вопроса отражена в монографии «Эволюция биоэнергетики и здоровье человека» [3].

С учётом выявленных нами системных реакций организма, сопровождающих повышение его устойчивости к различным воздействиям (на фоне возрастания энергопотенциала биосистемы происходит расширение физиологических резервов и экономизация функций в покое и дозированных воздействиях), была разработана шкала экспресс-оценки уровня здоровья. В неё вошли простейшие индексы показателей функций, которые отражали указанные закономерности. Оказалось, что оценка уровня здоровья, полученная по экспресс-системе, имеет высокий коэффициент корреляции с максимальным потреблением кислорода (0,806).

Малая трудоёмкость и дешевизна использования указанной системы экспресс-оценки, доступность её для ква-

Распределение обследованных с гиперхолестеринемией по уровням здоровья

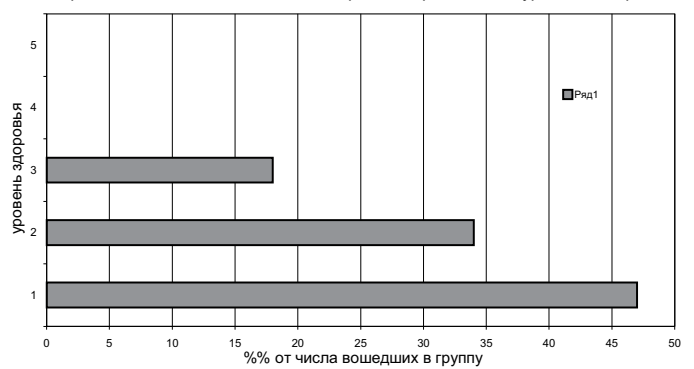


Рис.2. Распространённость гиперхолестеринемии по уровням здоровья (786 мужчин 30–59 лет, не предъявляющих жалобы на здоровье)

лификации среднего медперсонала позволили провести многотысячные исследования практически здоровых и больных людей от 6 до 80 лет, которые дали возможность выявить и описать новые феномены индивидуального здоровья: индивидуальное здоровье можно «измерить» прямыми показателями, следовательно, им можно управлять (формировать, сохранять, восстанавливать); чем выше уровень здоровья, тем меньше вероятность развития эндогенных факторов риска и манифестированных форм ишемической болезни сердца (ИБС); существует «безопасный» уровень здоровья, выше которого не определяются ни эндогенные факторы риска, ни манифестированные формы заболеваний (рис.1 и 2); при выходе индивида из «безопасной» зоны здоровья отмечается феномен «саморазвития» патологического процесса; при повышении аэробных возможностей энергообразования происходит обратное развитие эндогенных факторов риска ИБС; возвращение индивида в «безопасную зону» здоровья можно трактовать как «превентивная реабилитация». При этом следует помнить, что аэробные возможности отражают эффективность функции митохондрий на организменном уровне.

Исследования также показали высокие корреляционные зависимости между уровнем здоровья (читай — функцией митохондрий) и выраженностью, а также сочетанностью факторов риска ИБС ($r=0,7-0,8$). Таким образом, можно предположить, что существует единый ведущий фактор риска развития ИБС (а, возможно, и ХНИЗ) — недостаточность функций митохондрий, выходящая за пределы, определяемые законами эволюции. Все остальные эндогенные факторы риска — лишь следствие этого. Кроме того, функция митохондрий, проявляемая на организменном уровне в виде максимальных возможностей аэробного энергообразования — наиболее адекватная интегральная характеристика биологического возраста индивида. В результате многолетних систематических исследований, проведенных в институте геронтологии АМН Украины [10], установлено, что между функциональным (биологическим) возрастом и максимальным потреблением кислорода индивида существует тесная зависимость, описываемая коэффициентом корреляции у мужчин 0,840 и 0,813 у женщин. Таким образом, энергопотенциал биосистемы действительно отражает её жизнеспособность и может служить интегральным критерием жизнеспособности и биологического возраста.

Анализ литературных и собственных данных позволил обосновать суждение о том, что непосредственной причиной эпидемии хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), охватившей мир во второй половине XX века и являющейся основной причиной смертности в современном мире, является митохондриальная недостаточность, обусловленная рядом социальных и социально-гигиенических факторов, в том числе образом жизни современного человека и загрязнением окружающей среды. Таким образом, существует, очевидно, единый ведущий фактор риска развития ХНИЗ — недостаточность функций митохондрий, выходящая за пределы, определяемые законами эволюции [3].

В результате многотысячных исследований украинской популяции установлено, что сейчас лишь около 1% населения находится в «безопасной» зоне здоровья, что и является медико-биологической основой депопуляции и ускоренного старения (20 лет назад этот показатель составлял 8%). Полагаем, что подобный характер популяции имеется и в РФ.

Полученные данные позволили обосновать новое направление в здравоохранении — первичную индивидуальную профилактику ХНИЗ (в дополнение к популяционной и групповой стратегии первичной профилактики этой группы заболеваний). Это и есть путь противодействия депопуляции и ускоренного старения на постсоветском пространстве. *Становится очевидным, что никакие усовершенствования лечебно-диагностического процесса в здравоохранении не способны радикально повлиять на показатели заболеваемости и смертности, ибо низкий уровень здоровья таблетками не лечится.* Лишь переход основной части популяции на более высокий уровень аэробного энергообеспечения функций (эффективности деятельности митохондрий) способен решить эту проблему (физическая аэробная и гипоксическая тренировки, адаптогены, L-карнитин, некоторые восточные дыхательные техники и др.). Все эти данные представлены в монографиях «Медицинская валеология» [4] и «Санология. Основы управления здоровьем» [6].

Корни формирования ХНИЗ лежат в детском и подростковом возрасте. Ещё в 1985 г. в своей монографии «Физическое развитие детей и подростков» [2] мы показали, что существующая методология решения указанной проблемы неверна: оценка физического развития, осуществляемая по региональным стандартам антропометрических показателей, никоим образом не связана с теорией онтогенеза и не даёт никакой информации о здоровье, отражая лишь результат возможного санитарно-гигиенического неблагополучия. Основываясь на этих данных, а также известном положении теории онтогенеза о том, что рост и развитие организма реализуется двумя реципрокными процессами (рост протоплазматической массы и системогенез), мы постулируем необходимость при оценке физического развития (уровня здоровья) ориентироваться на процессы системогенеза как основы жизнеспособности индивида. Критерии их оценки те же, что и в оценке уровня здоровья у взрослых (резерв и экономизация функций). Полученная оценка физического развития отражает истинное положение индивида в системе координат «здоровье-болезнь» [4,6].

Накопленный нами материал по проблеме индивидуального здоровья (оригинальный предмет исследования — индивидуальное здоровье, его дефиниция с операциональными критериями, теоретико — методологические основы, методы решения практических задач и т.п.) позволили сформировать новую практическую специальность — «врач-санолог», подготовить её квалификационную характеристику (утверждена МЗ Украины в 1991 г.) и создать соответствующую кафедру при НМА-ПО им. П.Л.Шупика для подготовки врачей данной специальности (1992). В 2011 г. вышел учебник «Санология» для врачей-курсантов [5].

В мае 2012 года на юбилейной 65-ой Ассамблее ВОЗ, на которой в качестве главной проблемы современного здравоохранения рассматривалась проблема хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), генеральный секретарь ВОЗ г-жа М.Чен предупредила человечество о том, что, если не будет изменена стратегия борьбы с этими заболеваниями, мировую систему здравоохранения уже в ближайшее десятилетие ждёт финансовый кризис. Основной акцент в политике Здоровье-2020, указывает М.Чен, должен быть сделан на перестройке стратегического руководства здравоохранением таким образом, чтобы ведущее место было отдано профилактике этих видов патологии. Полагаем, что этот путь — «превентивная реабилитация» на основе управления здоровьем индивида. ☺

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Апанасенко Г.Л. О возможности количественной оценки здоровья человека // Гигиена и санитария, 1985, №6, с. 55–58.
2. Апанасенко Г.Л. Физическое развитие детей и подростков. Киев.-Здоровье.-1985.-80 с.
3. Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека.-Сп-Б, Петрополис, 1992, 138 с.
4. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. — Киев. — Здоровье. — 1998.-248 с.
5. Апанасенко Г.Л. и соавт. Санология (учебник для ВУЗов III–IV уровней аккредитации). — Львов, ЛМУ им.Галицкого, 2011, 302 с.
6. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А., Маглёванный А.В. Санология. Основы управления здоровьем. — Lambert Academic Publishing. — 2012, 405 с..
7. Брехман И.И. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Вопросы философии. 1982, №2, с. 48–53.
8. Брехман И.И. Введение в валеологию — науку о здоровье. Л.: Наука; 1987, 137 с.
9. Лазарев Н.В., Люблина Е.И., Розин М.А. Состояние повышенной неспецифической сопротивляемости // Патологическая физиология и экспериментальная терапия, 1959, т. 3, вып. 4, с. 16–21.
10. Чеботарев Д.Ф., Коршунов Ю.Т. Преждевременное (ускоренное) старение: причины, диагностика, профилактика и лечение // Медицинский вестник. — 2001. — Т. 1, №1. — С. 28–38.
11. Doll R. Prevention: some future perspectives // Prev. med., 1978, №4, P. 486–492.



От редакции. Мы размещаем приведенную ниже информацию в рамках работы нашего информационного центра по медицинскому туризму. Ведь речь идет не только об оздоровлении за рубежом, например, во время отпуска. Давно назрела необходимость информировать наших пациентов о возможностях квалифицированного лечения в зарубежных клиниках и санаториях, чтобы у людей попросту был выбор. И мы начинаем эту тему с крайне востребованной области — ортопедии и травматологии.



Г. Орлик, Orlik Assistance GmbH, Berlin, Germany,
тел. +7 981 715 57 79, Email: info@orlikassist-berlin.com,
www.orlikassist-berlin.com

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В КЛИНИКАХ ГЕРМАНИИ

Почему надо ехать лечиться в Германию? Или в другую страну? Думаю, этот вопрос задает себе каждый человек, оказавшийся перед выбором: куда поехать лечиться? Ведь на карту поставлено его здоровье или здоровье его близких. На сегодняшний день Германия является страной, обеспечивающей самое качественное медицинское обслуживание во всех возможных областях современной медицины. Вас порадует средний уровень цен за оказанные медицинские услуги. В клиниках при обследовании и лечении используются только новейшая медицинская аппаратура и современные технологии. На всех этапах диагностики и оказания медицинской помощи любому пациенту предоставляется лечение в максимально полном объеме и самого высокого качества. Медицинский персонал ориентирован на четкость выполнения всех диагностических и лечебных манипуляций и доброжелательность.

Стоимость обследования и лечения в Германии сопоставима со стоимостью лечения в российских клиниках, особенно учитывая тот факт, что в Германии пациентам проводят только необходимые исследования и лечение. По стоимости же они бывают часто ниже, чем в частных клиниках Москвы. В Германии предлагаются короткие сроки проведения медицинского обследования организма (1–2 дня), что несравнимо с российским обследованием, которое длится не менее 14 дней.

В Германии особенно сильны такие медицинские направления, как гинекология, хирургия, кардиология, ортопедия и другие области медицины, где требуется высококвалифицированная помощь.

Сегодня мы представляем информацию по ортопедии — востребованного направления среди российских пациентов.

Эндопротезирование тазобедренного сустава:

— замена изношенных суставных поверхностей искусственным имплантатом — является одной из самых актуальных тем современной ортопедии.

В ходе операции по эндопротезированию тазобедренного сустава в немецких клиниках применяются самые инновационные и передовые мини-инвазивные методики. Мини-инвазивная хирургия позволяет минимально травмировать костные и мышечные ткани во время операции.

Показаниями к эндопротезированию тазобедренного сустава являются:

- двусторонний деформирующий артроз II–III степени
- односторонний деформирующий артроз III степени
- деформирующий коксартроз III степени и анкилоз одного из крупных суставов на этой же конечности
- односторонний коксартроз II–III степени одного тазобедренного сустава и анкилоз контрлатерального сустава
- двусторонний фиброзный или костный анкилоз тазобедренных суставов (болезнь Бехтерева)
- асептический некроз головки бедренной кости III–IV степени
- посттравматический коксартроз III степени на почве тяжелых повреждений вертлужной впадины
- перелом и ложный сустав шейки бедренной кости у больных старше 70 лет
- субкапитальные и трансцервикальные переломы шейки бедренной кости
- опухолевые процессы в головке и шейке бедренной кости, требующие резекции патологического очага
- врожденные аномалии развития.



ВИДЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ГЕРМАНИИ

Перед операцией проводятся обследования, такие как рентгенография сустава, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сустава, в ходе которого уточняется характер патологических процессов в тазобедренном суставе и определяется, в каком виде протезирования нуждается пациент, и рекомендованный размер искусственного сустава, а также разрабатывается последовательность проведения операции. Так как операция по эндопротезированию тазобедренного сустава проводится под общим наркозом и только в некоторых случаях под местным, накануне проводится консультация с анестезиологом, в ходе которой определяются показания или противопоказания к тому или иному виду анестезии. Время проведения операции 2–4 часа. Процедура заключается в замене головки бедренной кости металлическим (титановым) протезом, также осуществляется замена вертлужной впадины, ямки, в которой находится и двигается головка тазобедренной кости.

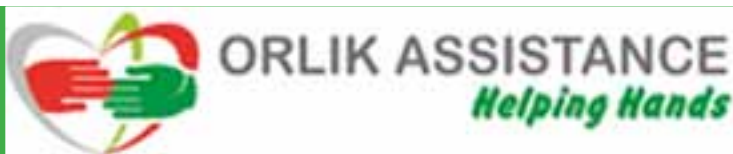
Виды хирургического доступа к тазобедренному суставу в клиниках Германии:

- Традиционный доступ — (по-другому называется задне-боковым) при котором используется широкий разрез в боковой и верхней части бедра.
- Мини-инвазивная техника — это техника, в которой применяются разрезы малого размера. Этот подход осуществляется с помощью одного или двух разрезов.
- Мини-инвазивная техника с одним разрезом осуществляется с помощью переднего и заднего доступа.

ПРОЦЕСС ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ В НЕМЕЦКИХ КЛИНИКАХ

Пациент после операции направляется в отделение интенсивной терапии, где проводится обследование его послеоперационного состояния. Через несколько часов пациента уже направляют в отделение — в свою палату. Только в экстренных случаях, во избежание риска, пациента оставляют в палате интенсивной терапии еще на один день.

На следующий день после операции хирург, проводивший операцию, посещает пациента. В ходе беседы уточняются подробности проведения операции и обсуждаются ее результаты. Восстановительный послеоперационный процесс длится около 12–14 дней, во время которого пациента ежедневно посещает лечащий врач (хирург) и физиотерапевт, который рассказывает об особенностях восстановительного периода и показывает физические упражнения, которые рекомендованы пациенту на данном этапе лечения. Процесс восстановления зависит от индивидуальных особенностей человека, будь то масса тела, возраст или др.



Компания Orlik Assistance GmbH готова помочь людям, имеющим проблемы со здоровьем. Мы предлагаем большой выбор медицинских направлений, чтобы найти оптимальное для вас решение. Мы поможем вам с поиском профильной клиники и сделаем все возможное, чтобы окружить вас заботой и вниманием. В Германии вас будут сопровождать квалифицированные русскоговорящие консультанты и переводчики.

Обратитесь в нашу компанию, и вы получите медицинскую консультацию, точную диагностику, квалифицированное лечение и качественную реабилитацию.

Теперь цены на лечение в Германии сопоставимы с российскими. Мы готовы вам помочь.

Квалифицированная медицинская помощь в Германии:

- подбор профильной клиники
- устный и письменный переводы
- визовая поддержка
- бронирование авиабилетов
- трансфер
- размещение пациентов и сопровождающих лиц



Контактная информация:

Телефон в Берлине:
+49 152 34329679
Телефон в Санкт-Петербурге:
+7 981 715 57 79
Email: info@orlikassist-berlin.com
Internet: www.orlikassist-berlin.com

реклама

**РЕАБИЛИТАЦИЯ В ГЕРМАНИИ**

Очень важно понимать, что ни один восстановительный процесс не будет успешным без грамотной реабилитационной программы.

Реабилитационные клиники Германии предлагают нашим клиентам широкий выбор реабилитационных учреждений, где будет подобрана подходящая восстановительная программа. А так же пациента обучат, как правильно обращаться с суставом, чего стоит опасаться и избегать, а что, наоборот, рекомендовано делать, одним словом, расскажут о повседневной жизни с эндопротезированным суставом.

Ни в коем случае нельзя недооценивать важность реабилитационной программы и уповать только на собственные ощущения, которые могут говорить о том, что человек уже здоров и готов вернуться к нормальному образу жизни. Однако в 100% случаев — это обманчивое ощущение, и пациенту надо отдавать себе от-

чет, что еще предстоит проделать восстановительную работу, пройти реабилитационную программу, прежде чем вернуться к повседневной активности без вреда для здоровья.

Компания Orlik Assistance GmbH оказывает помощь всем нуждающимся пациентам в подборе клиники в Германии, в частности, в области ортопедии. Но этим дело не ограничивается. Мы также поможем организовать проживание, передвижение, обеспечить квалифицированным переводчиком и оформить документы, как для самих пациентов, так и для сопровождающих лиц. Иногда требуется организовать дополнительную диагностику и почти всегда — реабилитацию.

Кроме того, оказавшись в интересной стране, пациент, наверняка, захочет посмотреть ее достопримечательности. Врачи же утверждают, что положительные эмоции, получаемые пациентом от удовольствия пребывания в стране, способствуют его выздоровлению. ☺

Уважаемые коллеги!**При Издательском Доме СТЕЛЛА работает
Информационный центр по медицинскому туризму****Основные направления:**

- лечение и реабилитация за рубежом
- возможности оздоровления за рубежом и в России
- совмещение оздоровительных и туристических программ
- рекомендации по выбору курорта, санатория, клиники согласно профилю заболевания
- консультации специалистов
- проведение семинаров по медицинскому туризму
- организация выездных туров для врачей по обмену опытом с зарубежными коллегами, а также для изучения курортологии и реабилитологии.

Мы работаем с Венгрией, Германией, Финляндией и т.д.

Приглашаем к сотрудничеству врачей разных специальностей



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



Гинзбург Н. А., г. Великий Новгород,

Кутилова Т. К., г. Вологда.

К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМЕ САМООЧИЩЕНИЯ ОРГАНИЗМА ВОДОЙ

*«Могущество самозащиты
организма неиссякаемо!»*

А. Залманов

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2011 г. обозначила важнейшей проблемой следующую: «Устойчивость к противомикробным препаратам и её глобальное распространение». Медицина обеспокоена тем, что резистентность бактериальных агентов инфекционных заболеваний ограничивает эффективность антибактериальной терапии.

«По данным ВОЗ из 50 миллионов человек, ежегодно умирающих в мире, более чем у 16 миллионов причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания. Этот класс болезней остаётся ведущим среди причин смерти человечества в настоящее время. По числу больных в мире заражения кишечными гельминтозами занимают третье место» [1].

Ранее авторами [2] рассмотрен механизм самоочищения водой, используя который можно значительно повысить эффективность антибактериальной и антигельминтной терапии.

В настоящей статье мы приводим результаты исследования группы пациентов на наличие инфекционных и паразитарных агентов. Идентификацию патогенных микроорганизмов производили на аппаратно-программном комплексе «Оберон» («Метапатия»), версия 9 и 11. Программа «Метапатия» служит для экспресс-оценки состояния биологического объекта по регистрации изменений информационно-энергетического гомеостаза на уровне органных, гистологических и генетических структур. Она позволяет по изменениям волновых характеристик тканей и клеток организма проследить все отклонения от состояния здоровья человека. Исследуются все органы и системы, в т. ч. Лимфатическая, и устанавливаются причинно-следственные связи патологических процессов во всём организме как едином биологическом объекте. При этом выявляются возбудители болезней (бактерии, вирусы, грибы, простейшие и т.д.) и их биологический

титр. Есть возможность тестирования не только на органном, но и на клеточном уровне. Можно произвести индивидуальный подбор препаратов, оценить адаптивные способности организма и многое другое.

Далее рассмотрим результаты применения продуктов компании «Международный коралловый клуб» (СКИ) на фоне особого питьевого режима и клинические случаи.

В 2010–2011 годах было обследовано на аппаратно-программном комплексе «Оберон» («Метапатия») несколько сот пациентов. Из инфицированных людей в возрасте от 12 до 79 лет были отобраны пациенты («образцовые»), которые тщательно выполняли рекомендации доктора и через месяц прошли контрольное обследование.

Группа «образцовых» пациентов состояла из 61 человека, у которых было выявлено 220 случаев инфекции, в среднем по 3–4 вида. А именно:

- Стафилококковое носительство — 56%
- Стрептококковое носительство — 53%
- Лямблиоз — 50%
- Дисбактериоз — 53%
- Глистные инвазии — 48%
- Аденовирус — 33%
- Э.коли — 23%
- Энтерококк — 23%

Примечание: Среди глистных инвазий — 6 случаев описторхоза и 2 аскаридоза.

В таблице 1 представлены виды патогенных микроорганизмов и их распространённость в группе.

Локализация патогенных микроорганизмов имела место в желудочно-кишечном тракте, дыхательной, сердечно-сосудистой, костной, кровеносной, лимфатической, мочеполовой и других системах.

Для очищения организма использовались следующие схемы:

1. Назначение индивидуального питьевого режима, но в среднем по 200 мл чистой сырой воды за 30 минут до еды или 600–800 мл воды в сутки. При сильном обезвоживании первую неделю назначалось по 100 мл, затем со второй недели по 200 мл за 30 минут до еды. При асте-



Таблица 1.

Распространённость патогенных микроорганизмов в пределах группы.

№ п/п	Виды патогенных микроорганизмов в активной форме	Количество случаев	% содержания от общего количества случаев
1.	Золотистый стафилококк	34	30
2.	Стрептококки (гемолитический, бовис и др.)	32	
3.	Лямблия	30	13,6
4.	Глистные инвазии	29	13,2
5.	Аденовирус	20	9,1
6.	Э. коли	14	17,3
	Энтерококк	14	
	Протей	10	
7.	Грибы Кандида	9	4,1
8.	Уреаплазма	12	8,6
	Микоплазма	7	
9.	Прочие (сальмонелла, синегнойная палочка, хламидия и др.)	9	4,1
	Итого:	220	100

низации, в холодное время года или стрессе воду лучше подогреть до 37–38° С. «Правильная» вода была описана в статье [2], главные маркерные показатели имеют значение рН от 7,4 до 8,0 и потенциал Е от –50 мВ до –100 мВ. Такая вода ощелачивает и восстанавливает. Например, вода после фильтров «Аквафор» и «Гейзер», а также бутилированная негазированная: «Родники России», «Липецкий бювет», «Шишкин лес», «Архыз». К сожалению, повсеместно распространённая вода «Бон-аква» имеет кислый рН 6,3–6,6 и слабый потенциал Е от 0 до –2 мВ.

2. По программе «Метапатия» пациенту проводился индивидуальный подбор продукции компании СС1, которая в 2003 году внесена Министерством здравоохранения в каталог-справочник «Диагностические и оздоровительные технологии восстановительной медицины». Чаще рекомендовались противопаразитарные продукты: лист чёрного ореха, кора муравьиного дерева, лакс-макс, папайя и др. Иногда — лецитин, комплекс витаминов группы В, кальций меджик и др. В среднем пациенту назначалось по 2 продукта. В ряде случаев достаточно было применить монопрепарат, такой как папайя, лист чёрного ореха, набор трав №6, кора муравьиного дерева, аптечный аллохол и др.

3. Иным пациентам назначали только правильную воду. Вышеуказанные схемы с использованием «Оберона», позволяющего выявить патогенную микрофлору и обеспечить индивидуальный подбор продуктов, на фоне особого питьевого режима дали прекрасные результаты по восстановлению организма человека. Так, у всех 100% пациентов нашей группы через месяц состояние здоровья значительно улучшилось и на контрольном обследовании на «Обероне» микроорганизмы в активной форме не выявлены.

Клинические случаи:

1. Пациентка Д., 3 года. Обратилась мама по поводу частых ОРЗ, раздражительности и плаксивости ребёнка, приступов рвоты.

Компьютерное тестирование на «Обероне» (программа «Метапатия») выявило лямблиоз и аскаридоз с лока-

лизацией в области желчного пузыря. Методом подбора на «Обероне» был рекомендован алоэманнан по 1 капсуле в день и вода после «Аквафора» по ¼ стакана за 30 минут до еды. Через 3 недели состояние ребёнка улучшилось, исчезли симптомы интоксикации, девочка стала спокойной и весёлой, а на контрольном обследовании на «Обероне» инвазии лямблиями и аскаридами не выявлены.

2. Пациент С., 25 лет. После безуспешного лечения уреоплазмоза антибиотиками (резистентность!) в течение полугода обратился с жалобами на постоянную заложенность носа, явления простатита. Тестирование на «Обероне» подтвердило наличие инфекции уреоплазмы. Как осложнение антибиотикотерапии — дисбактериоз, грибы Кандида с локализацией в ЖКТ и носу. Методом подбора на «Обероне» были назначены: против кандидоза — Си-Фри, как иммуномодулятор — кошачий коготь по 1 капсуле 2 раза в день, ферменты папайи по 1 таблетке 2 раза в день и Лакс-Макс по 1 таблетке 2 раза в день для экскреции. Вода питьевая по 200 мл 3 раза в день за 30 минут до еды. На контрольном обследовании на «Обероне», проведённом через 2 недели, уреоплазма, простатит и дисбактериоз не выявлены.

3. Пациентка А., 70 лет. В мае 2010 года пришла, задыхаясь, с синдромом хронической усталости, жалобами на повышенное давление, сердцебиение.

После тестирования на «Обероне» выявлены сахарный диабет II типа, лямблии, глистные инвазии, сальмонелла с локализацией в ЖКТ, золотистый стафилококк в области трахеи и бронхов. Из-за сильного обезвоживания ни один продукт не подошёл пациентке. Назначили пить только воду — сначала по 100 мл за 30 минут до еды, а затем по 200 мл. На контрольном обследовании через месяц сахарный диабет II типа, лямблии, глистные инвазии, сальмонелла и золотистый стафилококк не выявлены. Пациентка поднялась на 4 этаж без одышки.

Этот клинический случай демонстрирует лечебное действие правильной воды (после фильтра «Аквафор»)

Таблица 2.

Маркерные показатели состояния воды

Вода	pH	Окислительно-восстановительный потенциал (Е, мВ)
Питьевая водопроводная, г. В. Новгород	6,3–6,6	От –4 до +14
Дистиллированная	5,6–6,0	От +28 до +50
Из святых источников (Псков, Валдай, А. Свирский монастырь и др.)	7,4–8,0	От –50 до –100
После фильтра «Аквафор»	7,3	–61
Водопроводная г.Вена, Австрия	8,2	–131

Таблица 3.

Суточная секреция кишечных соков [4]

№ п/п		Объём, мл	pH
1	Слюна	1000	6,0–7,0
2	Желудочный секрет	1500	1,0–3,5
3	Секрет поджелудочной железы	1000	8,0–8,3
4	Желчь	1000	7,8
5	Секрет тонкого кишечника	1800	7,5–7,8
6	Секрет бруннеровых желез	200	8,0–8,9
7	Секрет толстой кишки	200	7,5–8,0
	Итого:	6700	

и являет пример одного из многих, показывающих исключительную важность воды как исцеляющего фактора.

Уместно вспомнить блестящего доктора А.Залманова [7], который глубоко понимал значение воды: «Мы не должны никогда забывать, что существует тесная связь между человеческим организмом и водой. Всякий живой организм вышел из моря, он унёс в себе солёную воду моря, он живёт в воде. Вода — защитный фактор организма, обеспечивает гибкость и эластичность тканей, посредник терморегуляции, участвует в питании и выводит выделения, пропитывает ткани жидкостью, без чего невозможно существование протоплазмы. Таким образом, вода имеет первенствующее физиологическое значение».

Учитывая особенное значение понимания механизма самоочищения организма водой, рассмотрим это явление подробнее.

• Вопрос качества воды.

Вода должна соответствовать параметрам внутренних сред организма. Важнейшие, маркерные показатели воды приводятся в таблице 2.

Все внутренние среды организма имеют слабощелочной pH: крови pH 7,43, спинномозговой жидкости pH 7,8. В сердце лимфа имеет щелочную реакцию pH 8,0 [3]. Исключение составляет кислая моча pH 5,5 и желудочный сок pH 1,0–3,5. Однако, как отмечает автор [8]: «Кислотность содержимого желудка натошак самая низкая (pH 6,0 и больше). Она резко вырастает после стимуляции и приёма пищи (до 1,0–1,5)». Таким образом, физиологически обоснован приём воды за 30 минут до еды, когда желудок имеет высокий pH>6.

В таблице 3 приводится суточная секреция кишечных соков [4], имеющих значительные объёмы со слабо-

щелочным pH от 7,5 до 8,9. Поэтому питьевая вода с pH 7,4–8,3 и с отрицательным потенциалом E –50 мВ до –100 мВ соответствует параметрам внутренних сред организма и его физиологическим потребностям.

• Вопрос количества воды.

Чаще рекомендуют норму потребления воды 30 мл/кг веса или 1,5–2 литра в сутки. На практике целесообразность такой нормы не подтвердилась. Употребление воды в количестве 2–3 литров приводит к анемии, что наблюдалось в клинических случаях. Согласны с автором [5], что «избыток жидкости в рационе вреден, т. к. способствует выведению из организма ряда необходимых веществ (минералов и витаминов), вызывает перегрузку сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем».

Практически установленная норма потребления воды 600–800 мл/сутки хорошо коррелирует с нормой 15 мл/кг веса, предлагаемой Ермолаевым М. [6]

МЕХАНИЗМ САМООЧИЩЕНИЯ ОРГАНИЗМА ВОДОЙ

Замечательный доктор А.Залманов говорил, что могущество самозащиты организма неиссякаемо. Рассмотрим, кого можно отнести к нашим могучим защитникам, которые порой на одной правильной воде наводят порядок в нашем организме.

Как пишет Дж. Плейфер [9]: «Большая часть бактерий уничтожается в организме в результате фагоцитоза. Пожалуй, самое совершенное вещество, действующее на бактерии и безвредное для клеток хозяина — естественный антибиотик лизоцим».

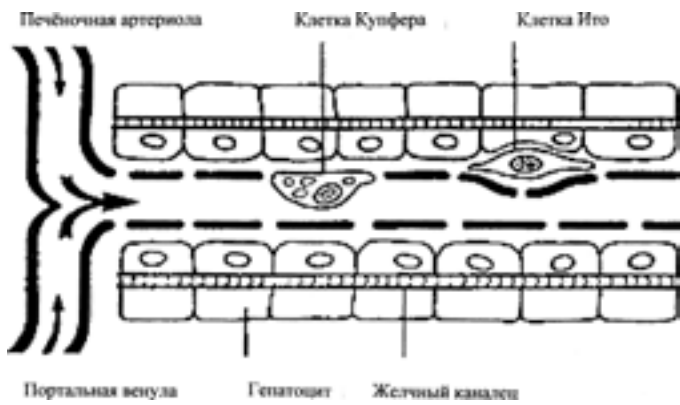


Рис. 1. Очищение крови клетками Купфера в печени

- Роль могучих защитников играют фагоциты — тканевые макрофаги в печени, где их называют клетками Купфера. Немецкий анатом Карл Купфер открыл их в 1876 г. Схема очищения крови клетками Купфера в печени представлена на рис. 1.

Множество макрофагов, выстилающих стенки синусов в печени, очищают протекающую кровь. Очищение крови клетками Купфера — чрезвычайно высокоэффективный процесс. Так, автор [4] отмечает, что фагоцитоз клетками Купфера одной бактерии осуществляется меньше чем за 1/100 сек.

- К могучим защитникам следует отнести и лизоцим — фермент класса гидролаз. Лизоцим — фермент с молекулярной массой всего лишь 14000 Да.

Увидеть, как лизоцим разрушает стенки бактерий, может рис. 2 [10], на котором представлены клеточная стенка грамотрицательной бактерии Эшерихии коли (*E. coli*) и грамположительного золотистого стафилококка (*S. aureus*). Оба класса бактерий имеют в своих стенках полисахаридные цепи. Полисахарид клеточной стенки представляет собой полимер, в котором чередуются остатки сахаров двух типов — N-ацетилглюкозамина (NAG) и N-ацетилмурамовой кислоты (NAM). Сахара, имеющие β -конфигурацию относительно аномерного C1-атома, образуют полимерную цепь с помощью гликозидных связей между C1-атомом NAM и C4-атомом NAG. Связывание сахаров с лизоцимом стабилизируется при помощи гидрофобных взаимодействий и водородных связей. Лизоцим — это фермент, способный разрушить определённые бактериальные клетки путём гидролиза β (1-4) — гликозидной связи. Лишённая жёсткой клеточной стенки бактерия разрывается из-за быстрого проникновения воды внутрь клетки [10].

Практически все физиологические процессы организма содержат в основе каталитическое действие ферментов. Но, как пишет американский биохимик Мецлер Д.: «Ферменты работают обычно в среде с высоким содер-

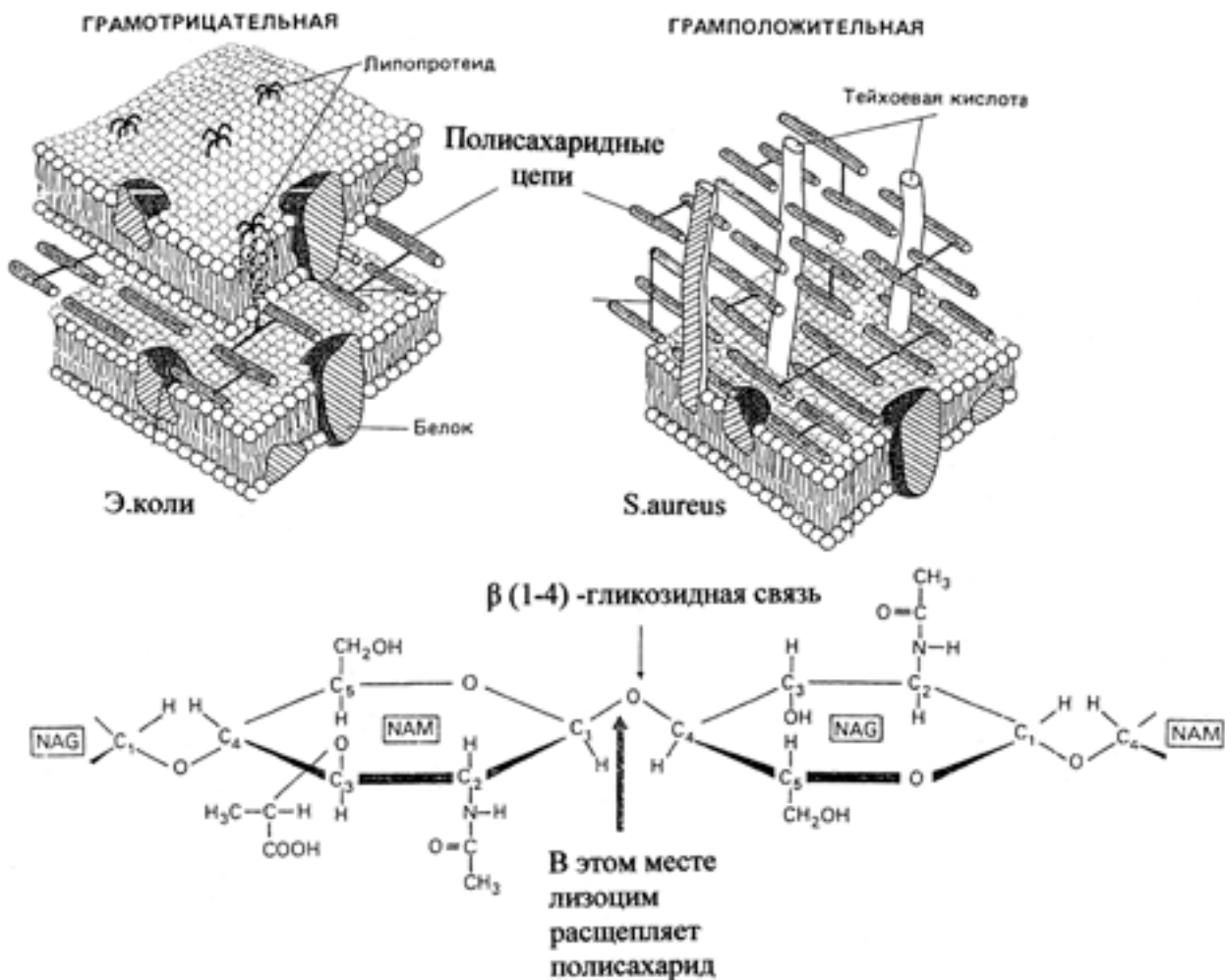


Рис. 2. Схема разрушения клеточной стенки бактерий. Полисахаридная цепь из чередующихся сахаров NAG, NAM, входящая в стенку бактерий, расщепляется лизоцимом по β (1-4) — гликозидной связи

жанием воды». Если организм вовремя наполнен водой, то и ферменты работают, расщепляя стенки патогенных микроорганизмов, и макрофаги, оседлые и долгоживущие тканевые фагоциты, способны выполнять свои обычные функции, направленные на клиренс продуктов распада собственного организма, а также убитых и переваренных бактерий.

- Третий важнейший защитник — это лимфатические узлы в лимфатической системе.

Лимфатическая система — многофункциональная, загадочная, но чрезвычайно важная в жизнедеятельности организма. «Лимфа» (лат.) — влага. В Большой медицинской энциклопедии (т.13) сказано: «Лимфа — это прозрачная или слабоопалесцирующая жидкость солёного вкуса, щёлочной реакции (рН 7,35–9,0). Общее количество лимфы, проходящей в сутки через грудной проток, от 1,5 до 2,0 л, а через все коллекторы (грудной проток, правый лимфатический проток, подключичные стволы и т.д.) — до 4 л. Следовательно, лимфатическая система участвует в восполнении количества циркулирующей крови. Барьерная функция лимфатической системы осуществляется лимфатическими узлами, в которых задерживаются поступающие с лимфой инородные частицы, микробы, опухолевые клетки, а затем поглощаются фагоцитарными клетками».

«Количество лимфатических узлов у взрослого человека в среднем 400–500, но может достигать 1000». [12]

Бородин Ю. и др. [3] отмечают: «Доказано влияние на лимфоток сигмовидной извилины коры головного мозга, мозжечка, гипоталамуса и ряда других образований, как головного, так и спинного мозга. Уместно вспомнить в связи с этим В.М.Бехтерева, который ещё в 1904 году писал о том, что движение лимфы находится под влиянием нервной системы. Кроме того, лимфа участвует в выработке антител, поддерживает нормальный обмен в тканях, обеспечивает транспорт гормонов, ферментов, питательных веществ, особенно жиров».

Оригинально характеризует лимфатическую систему выдающийся американский физиолог Гайтон А. [4]: «Лимфатическая система представляет собой дополнительный путь, по которому жидкость из интерстициального (межклеточного) пространства поступает в кровь. Следует отметить, что только лимфатическая система способна выводить из тканевых пространств белки и другие высокомолекулярные вещества, которые не могут реабсорбироваться непосредственно в кровеносные капилляры. Возвращение белков в кровь из интерстициального пространства является важнейшей функцией, при нарушении которой человек может погибнуть в течение 24 часов. Лимфатическая система является тем «дворником», который удаляет избыток воды и белковых молекул, продуктов разрушения клеток и другие частицы из межклеточных пространств».

Итак, лимфатическая система участвует в тонких реакциях сердечно-сосудистой системы по обеспечению необходимого уровня обменных процессов организма.

Применяя метод биорезонансного тестирования на аппарате «Оберон», можно исследовать лимфатическую систему: лимфатические сосуды задней стенки

туловища (грудной проток), лимфатические сосуды средостения, лимфу молочных желез, лимфатический сосуд, лимфоузел и т.д. Можно проверить, как влияет тот или иной препарат на состояние лимфатической системы: усиление (или ослабление) компенсаторных реакций и уменьшение (или увеличение) площади поражения (в %). Если человек переутомлён или переохладился, то лимфа теряет текучесть, из золя переходит в состояние геля, образуется лимфатический застой, и при этом нарушаются обменные процессы на клеточном уровне. Подобрать нужные препараты, можно помочь человеку быстро восстановиться. Если просто прогреть подколенные и крестцовые лимфатические сплетения в течение 15 минут тёплой грелкой и т.п., то лимфа из геля переходит в состояние золя, прекращается лимфозастой, и человек «оживает» на глазах.

Влияние состояния лимфы на органы чрезвычайно велико. Например, на фоне хронического стресса у пациентки заболело сердце. При обследовании на «Обероне» выявили, что дело не в самом сердце, а в лимфатическом застое в области средостения. Сердце было «в тисках» густой лимфы трахеобронхиальных лимфоузлов. Методом терапии восстановили текучесть лимфы, и боль в сердце тут же прошла.

Клинический случай.

Несколько лет назад пациентке К. удалили оба яичника и одну молочную железу. Она настаивала на удалении второй, т.к. ей стало мешать искривление позвоночника. Обследование на «Обероне» показало, что у женщины практически не выявляется патологии, кроме лимфатического застоя в молочной железе, а яичники были когда-то сдавлены паховыми лимфоузлами. Когда нормализовался водный режим, то был купирован и лимфозастой. Отпала необходимость в удалении второй молочной железы.

А если задуматься, возможно, многие калечащие женщины операции не настолько необходимы?! Возможно, как в приведенном выше случае, механизм развития недуга поправим гораздо более мягкими способами!?

В стоматологии тоже важно знать состояние подбородочных и подчелюстных лимфоузлов. Если они не в порядке, то импланты вряд ли приживутся, а хронический парадонтоз может перейти в неизлечимую форму.

Кто много работает преимущественно сидя, тому угрожает застой в паховых лимфоузлах. Жаль, что нет сейчас производственной гимнастики, а в прежние времена она звучала по всесоюзному радио. Это правильно. Ведь лимфоток обеспечивается, в первую очередь, мышечными движениями.

Признак хорошего состояния лимфы — увлажнение носа во время еды (кстати, при ходьбе на лыжах тоже), это значит, что лимфа в порядке.

Лимфатическая система — это Царица. Её надо почитать, лелеять, беречь, относиться к ней с любовью, и она вам воздаст сторицей. В противном случае — беда. Ведь онкология начинается с лимфатической системы.

Как только вы замерзли, продрогли, надо срочно принять меры, чтобы прогреться — для восстановления лимфотока.



Диагностическая система «Оберон» позволяет исследовать лимфатическую систему, и это огромное ее преимущество. У обезвоженного человека лимфа находится в состоянии геля. Но стоит только убрать обезвоживание при помощи правильной воды, то восстановится метаболизм, лимфоузлы обеспечат фагоцитоз, и пойдет самоочищение организма.

ВЫВОДЫ

1. Наилучшая вода для питья — это природная, сырая, слабощелочная и заряженная отрицательно, как в святых источниках (рН 7,4–8,0 и Е от –50 мВ до –100 мВ). Эта вода соответствует параметрам внутренних сред организма.

2. Воду рекомендуют пить по 200 мл за 30 минут до еды, а при стрессе, в холодное время года или при астенизации организма воду следует подогреть до 37–38 °С.

3. Если пить правильно качественную воду, то в организме, напитанном водой, включается механизм самоочищения, в котором участвуют, главное, клетки Купфера, фермент лизоцим и лимфатические узлы. При этом за 3–4 недели происходит самоочищение от вирусов, бактерий, простейших и гельминтов. ☉

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Машарова Т., Кудряшов В. Коррекция паразитарной патологии после диагностики с помощью ИМАГО технологии. // *Натуральная фармакология и косметология*. — 2004. — № 4. — С. 43.
2. Гинзбург Н., Кутилова Т. Бессознательное обезвоживание как причина болезней или новый взгляд на проблему иммунодефицита. // *Пятиминутка*. — 2011. — № 3. — С. 30–32.
3. Бородин Ю., Сапин М., Этингер Л. и др. *Общая анатомия лимфатической системы*. — Новосибирск: Наука, 1990. — С. 226, 217, 225.
4. Гайтон А., Холл Д. *Медицинская физиология*. — М.: Логосфера, 2008. — С. 889, 482, 208, 204.
5. Бондарь В. Проблема питания современного человека. // *Пятиминутка*. — 2011. — № 4. — С. 47.
6. Ермолаев М. *Биологическая химия*. — М.: Медицина, 1983. — С. 216.
7. Залманов А. *Тайная мудрость человеческого организма*. — М.: Молодая гвардия, 1991. — С. 124–125.
8. Савченков Ю. *Нормальная физиология человека*. — Рн/Д.: Феникс, 2007. — С. 230.
9. Плейфер Дж. *Наглядная иммунология*. М.: Медицина, 1998. — С. 22, 56, 60, 64.
10. Рис Э., Стернберг М. *От клетки к атому. Иллюстрированное введение в молекулярную биологию*. М.: Мир, 1988. — С. 48, 49, 109.
11. Петренко В. *Лимфатическая система*. — СПб.: ДЕАН, 2010. — С. 15.

НОВОСТИ

КОМПЛЕКС «ВУЦИН» ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ОТ ШЛАКОВ И ТОКСИНОВ

Комплекс «ВУЦИН» — обладатель Патента на изобретение от Государственного Управления по интеллектуальной собственности КНР. За этим продуктом стоит большая работа и труд многих ученых, это настоящий и своевременный подарок людям, страдающим от загрязненного воздуха, нечистой воды, ненатуральной еды, переизбытка и гиподинамии.

Состав комплекса «ВУЦИН»: женьшень американский, горец многоцветковый, пуэрарии корни, кудзу корни, хризантемы цветы, флиса цветы, лотоса листья, гинкго билоба листья, кассии семена, кунжута черного семена и другие натуральные растительные компоненты.

На травяной состав комплекса «ВУЦИН», где соблюдены их выверенные пропорции, наложены магнитные волны с частотами, которые соответствуют частотам здоровых клеток внутренних органов. Магнитные волны создают резонансные колебания, и происходит постепенное выделение шлаков и токсинов с клеточных мембран. Благодаря резонансу шлаки с внешней клеточной оболочки начинают отслаиваться. Ионные каналы клеток начинают открываться. После открытия каналов активные вещества из травяного раствора проникают в клетку, пополняя ее энергией, регулируют функции клеточного метаболизма, повышают скорость восстановления и силу клетки. Клетка начинает дышать, питаться и восстанавливаться.

У клеток различных органов и тканей разная частота колебаний. С возрастом частота колебаний замедляется, на этом фоне проявляются заболевания. Когда клетка в состоянии зашлакованности, ее сложно восстановить с помощью лекарств и БАДов, так как она не в состоянии воспринимать в полном объеме то, что ей предлагают. Ей требуется очищение.

Комплекс очищения «ВУЦИН» — это классический комплекс для очищения и оздоровления организма. Фитоэкстракт плюс магнитные волны — это уникальное, глубокое, долгосрочное (в течение 120 дней) очищение от шлаков и токсинов.

Рекомендуется при заболеваниях, вызывающих повышенную вязкость крови, нарушение жирового обмена, повышенное артериальное давление и недостаточное кровоснабжение головного мозга, при ранних стадиях сахарного диабета (аномальный период толерантности к сахарам), гипертонии на ранней стадии (период колебания кровяного давления) и т.д.

Не рекомендуется: несовершеннолетним, возраст которых менее 18 лет; женщинам в период беременности, лактации и менструации; больным с активным внутренним кровотечением (инсульт, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания



при которых возможны кровотечения); больным в период острого заболевания или обострения хронического заболевания; больным, находящимся в тяжелом состоянии, например, больным с почечной недостаточностью, циррозом печени средней или тяжелой степени, асцитом, раком или находящимся на стационарном лечении.

Продукт безопасен, что подтверждено многочисленными испытаниями. Не является лекарством. Декларация о соответствии РОСС CN. АГ75. Д19718.

Производитель: «Бейджинг Чжиминдэ Сайенс Ко., ЛТД» Пекин, Китай.

Компания «Чжиминде» основана в 2008 году. Ее основной продукт — очистительный комплекс «Вуцин», ставший чудом детоксикации организма человека, произвел настоящий фурор не только в Китае, но и во всем мире. Основанный на древних рецептах китайской народной медицины в сочетании с передовыми современными технологиями, комплекс «Вуцин» уже в течении 24-х часов позволяет организму очиститься от шлаков, токсинов и камней многих жизненно важных органов и систем, причем, на клеточном уровне. Детоксикация и одновременно восстановление поврежденных клеток — это новое даже среди лекарственных средств традиционной восточной медицины. В 2010 г. комплекс «Вуцин», пройдя проверку на соответствие международным стандартам FDA в США, получил разрешение на свободную продажу. В сентябре 2012 г. получены сертификаты на реализацию комплекса во всех странах ЕС. В настоящий момент комплекс «Вуцин» проходит процедуру сертификации в РФ.

На правах рекламы

От Редакции: В следующем номере журнала мы планируем разместить статью об уникальном китайском адсорбенте.





З. В. Снегирева,

директор туристической фирмы «БОГЕМИЯ ТУР», Санкт-Петербург,
тел. 8-904-647-12-15, тел. (812) 310-15-00, 310-44-90,
www.bohemia-tour.spb.ru

ТРОПА К ДОЛГОЛЕТИЮ...

С чудесами древней медицины я столкнулась буквально с первых посещений Китая с 1993 года, когда тяжело заболела одна из моих туристок из группы (Ваша покорная слуга была руководителем этой группы — пассионариев 90-х годов). Грубо, по-дилетантски, поставили всем миром диагноз — повторная пневмония... Высоченный жар, и никаких лекарств, кроме валерианки и аспирина ... Захолустный городок в Манчжурии... Переводчика не найти. Знаний медсестры гражданской обороны («военные» специальности давали почти во всех вузах СССР на дневных отделениях) явно мне не хватало. Врача не вызвать ... Укусом снимаем температуру... И вдруг происходит чудо. Сухонькому, как большинство китайцев, общительному (трудно определить возраст китайца, нам, европейцам он кажется совсем молодым, а, оказывается, по нашим меркам, он — старик) человеку очень захотелось с русской блондинкой поговорить по-русски прямо на улице. Я сразу же его и посвятила в наши проблемы. Поликлиника оказалась поблизости. Обычная, примитивная, небогатая, только почему-то очередей нет. Врач фонендоскопа не имела, больную за ручку поддержала, глазки и ушки зачем-то посмотрела и какие-то пилюльки выписала, где-то что-то подавила на спине и все... Я всеми своими конечностями жестикулируя, стуча себя в грудь, громко искусственно кашляя, пыталась объяснить, что больная еле дышит, у нее какие-то жуткие хрипы..., что она — врач ничего не понимает в медицине, ведь нужно грудь слушать больной, а не пульсик и ушки рассматривать (с которыми у больной все в порядке) — учила по-русски я этого китайского врача (слава богу, доктор не понимала моего возмущения ее невежеством). Делать было нечего — пришлось за 2.5 \$ купить эти пилюльки здесь же в поликлинике и пить больной — одни утром, другие вечером... И... наша красавица стала оживать ... Домой мы ее привезли живой веселенькой и здоровенькой... Вся наша группа об этом необыкновенном чуде долго еще потом рассказывала, как за 2.5 \$ без инъекций и антибиотиков от верной смерти спасла китаянка-доктор нашу барышню, даже

не имея фонендоскопа и других средств диагностики. А я краснею до сих пор, вспоминая свое тогдашнее поведение, так как уже не одно десятилетие по роду деятельности все еще знакомя наших соотечественников с этой удивительно колоритной страной, ее великой мудрой древней медициной и необыкновенно трудолюбивым и открытым народом.

О КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЕ

А теперь, позвольте поделиться не понаслышке своими знаниями о тайнах древней медицины Китая, не претендуя на научный трактат, а опираясь только на тот многолетний опыт наблюдений происшедший на моих глазах.

Искусство врачевания в Китае уходит корнями в глубокую древность. Когда-то смотреть и пацачаяния дотрагиваться до императора никто не смел. Позволялось только эскулапам дотрагиваться до высокородной руки... и не больше. Если, не дай бог, врач ошибался в диагнозе, и пациенту становилось хуже, то в прямом смысле — голова летела с плеч... Приглашался следующий лекарь, и так до бесконечности... Врачи в силу жестких обстоятельств научились: 1) не ошибаться и 2) предупреждать болезнь (именно поэтому в тот первый раз в китайской поликлинике я не видела привычных для нас очередей). Медицина у них предупредительная. Доктор традиционной китайской медицины не только распознает болезнь у пациента на ранней стадии, но может справиться с уже прогрессирующими тяжелыми заболеваниями. По конституции человека, строению ушных раковин, цвету радужной оболочки глаз и пульсу (китайский целитель слышит 6 пульсов) ставят врачи практически точный диагноз и еще предупреждают о вероятных заболеваниях. наших людей это обычно повергает в неопишное удивление, когда врач называет из гипотетических заболеваний, которых пока у пациента нет — не зная того и видя человека впервые — болезни близких родственников, к которым может быть генетическая предрасположенность. Заболевание распознается на самой ранней стадии.

Восточная медицина лечит не симптомы болезни, а больного в целом, учитывая все особенности его организма. И лечит не синтетическими препаратами, а только натуральными, даже капельницы ставят только из растительного материала, обычно еще пропуская раствор через аппарат-обоганитель кислородом). Такая медицина кардинально отличается от западной, являясь другой системой мироописания и миропонимания. В западной медицине человеческий организм рассматривается как материальная система, отдельная от духа, в китайской же медицине теория всегда конкретна, а опыт заключает в себе глубокую философию. И главная цель — достичь гармонии в организме и с миром, диагностировать точные причины его общих физических и психологических потерь баланса (равновесия). Стоящая за восточной медициной философия базируется на положении, что человек живет между небом и землей и сам подобен Вселенной в миниатюре. Даже представление о 5 основных жизнеобразующих центрах человеческого тела совсем отлично от привычной нам западной системы, представляющей важнейшие органы организма. Не буду углубляться в описание принципа взаи-

модействия «ИНЬ» и «ЯН» — мужское активное и женское пассивное начало — фундамента древней медицины, между которыми необходим баланс, и пяти основных центров по восточной системе (при постановке диагноза вам через переводчика будут называться заболевания и по китайской системе, и по западной. Например, «у вас избыток ветра в организме», а по нашей терминологии, это — «банальный» ревматизм).

Остановлюсь кратко на старинных методах лечения Востока, которые веками доказывали свою эффективность, через многие из них мне самой или ближайшим родственникам пришлось пройти.

МЕТОДЫ ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ

Иглоукалывание признано эффективным методом в лечении практически всех заболеваний и позволяет добиваться высочайших показателей излечения и улучшения качества жизни (я говорю только о сертифицированных в КИТАЕ врачах, прошедших десятилетия обучения, не о новомодных центрах у нас, где за 2-3 месяца «обучают» наших врачей «тыкать» иглами в человеческое тело... Это совершенно разные вещи.). Виртуозная техника иглоукалывания базируется на воздействии на основные проводящие системы организма (нервную, сосудистую и лимфатическую) и опосредованной активизации главных регулирующих систем (центральной нервной системы, нейроморальной, эндокринной и иммунной). Вытяжение шеи и поясничного отдела позвоночника позволяет снизить мышечное напряжение, спазм, смещенные позвонки возвращаются на свое место, деформация позвоночного столба исправляется, купируется воспаление предплечий. Это показано всем страдающим гиподинамией.

Мануальная терапия — лечение руками, комплекс приемов, направленный на восстановление подвижности в позвоночнике и суставах. Очень часто эту методику принимают за обычный общий массаж, но это гораздо более глубокое и эффективное воздействие как на мышцы, так и на суставы, в то время как обычный массаж воздействует исключительно на мышцы. Врач может «ходить» по пациенту, массировать локтями, кулаками... (и по времени все это длится от 50 до 100 минут).

Огнетерапия. СОЧЕТАЕТ В СЕБЕ ГЛИНОЛечение и прогревающий и сжигающий БОЛЕЗНЬ ЭФФЕКТ ЖИВОГО ОГНЯ. Пожалуй, самый экзотический и эффективный метод лечения.

Скобление гуаша и банки. ПРОЦЕДУРА ПРОВОДИТСЯ БАМБУКОВЫМИ БАНКАМИ ИЛИ СПЕЦИАЛЬНЫМИ КИТАЙСКИМИ ПЛАСТИНАМИ (ПРИ СКОБЛЕНИИ). Эти процедуры ускоряют кровообращение и обмен веществ, восстанавливают тонус напряженных мышц, очищают каналы, нормализуют баланс Инь и Ян.

БОГЕМИЯ

Туристическая Фирма «БОГЕМИЯ ТУР»

Работает на туристическом рынке Санкт-Петербурга с апреля 1998 года.

Сегодня мы предлагаем:

- * Туры на лечение, оздоровление и экскурсии Китай, Чехия, Черногория, Хорватия
- * Туры на детские фестивали Эстония, Чехия, Словакия, Венгрия, Болгария
- * Групповые ЭКОНОМИЧНЫЕ туры в КИТАЙ

* Эксклюзивное предложение!

ОТДЫХ и ЛЕЧЕНИЕ на ЖЕЛТОМ МОРЕ!!!

с 26 мая по 12 июня

с 26 мая по 16 июня

с 04 по 18 сентября

с 12 по 26 сентября

* круиз по Янцзы

Контакты:

г. Санкт-Петербург, ст. м. Владимирская, ул. Большая Московская, д. 1
Тел. (812)310-15-00, 310-44-90, +7(906)245-55-78, +7(904)647-12-15

www.bohemia-tour.ru



Реклама



В китайской медицине есть множество методов и приемов, способных восстановить здоровье.

ПРИНЦИПЫ ПИТАНИЯ

А теперь: «что ты ешь — то ты и есть». Когда какое-то время живешь в Китае (и не бегаешь в рестораны с европейской кухней), то постепенно и естественно привыкаешь к правильному питанию — без дрожжей (без дрожжевого хлеба), при минимуме сладкого, от избытка которого становятся ломкими и жесткими сосуды, и — море морепродуктов, живые проростки злаков каждое утро. В своем подавляющем большинстве китайцы, а это — полтора миллиарда населения планеты, из сладкого едят фрукты, в лучшем случае — пастилу или что-то наподобие нашего мармелада. (Много раз пыталась китайских детишек угостить конфетками — не берут, даже не знают, что это такое, хотя родители и разрешают взять...). Ну, и чай у них тоже без сладкого... Мода на европейские красивые тортики, конечно, пришла, но в %-ном соотношении этому соблазну, все равно, подвержены немногие.

В КАЧЕСТВЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Материалистическим Западом еще совсем недавно китайская традиционная медицина вообще всерьез не воспринималась. Казалась варварской и первобытной... А сейчас все больше

и больше передовых врачей и пациентов к ней поворачиваются лицом, изучают и пользуются ее методиками. При помощи новейшего оборудования и традиционных методов китайская медицина творит чудеса! Успешно лечатся неоперационными методами межпозвонковые грыжи и отложение солей в суставах, остеохондроз, ревматоидный артрит, болезнь седалищного нерва, шейный остеохондроз, птериостит, костный туберкулез, хронические заболевания кишечника, язва желудка, гастрит, запор, ишемическая болезнь сердца, инсульт и его последствия, гипертоническая болезнь, тромбоз, варикозное расширение вен, бесплодие, простатит, импотенция, сахарный диабет, бронхиальная астма, параличи, экзема, геморрой и множество других заболеваний. Ведь когда запускаются оздоровительные механизмы, в организме устанавливается равновесие, а «здоровое тело не подпустит к себе болезнь».

Вот уже более 2 тысяч лет традиционная медицина Китая, нашего великого соседа, остается эффективной тропой к активной жизни и к долголетию ... ☺

Туристическая фирма «БОГЕМИЯ ТУР» организует туры в Китай, в т. ч. с целью оздоровления и улучшения качества жизни. Наши контакты: тел. 8-904-647-12-15, тел. (812) 310-15-00, 310-44-90, www.bohemia-tour.spb.ru

ПО ТЕМЕ...

Традиционная китайская медицина (ТКМ) (англ. Traditional Chinese Medicine, TCM) — система современных учений и практик, зародившаяся в древнем Китае и возникшая из внимательного наблюдения за функционированием человеческого организма и последующей систематизации этих наблюдений с использованием характерной для данного региона парадигмы, которую можно охарактеризовать как учение о символах и числах. В Китае рассматривается как часть науки о «воспитании жизни», куда помимо медицины входят и различные методы психофизиологических практик (ушу, цигун, дао-инь и т.д.), диетология и пр. В середине 1950-х годов в Китае был возрожден интерес к древним учениям и практикам, в это время Традиционная китайская медицина окончательно сформировалась как вид альтернативной медицины и стала позиционироваться правительством как национальное достояние, символ Китая, как научная дисциплина. После 1972 года, когда границы стали более прозрачными, традиционная китайская медицина получила заметное распространение в западных странах. Традиционная китайская медицина является объектом критики по причине отсутствия научных оснований, использования взамен научной медицины, сомнительной эффективности, возможности побочных эффектов, употребления токсичных и зараженных микроорганизмами препаратов, угрозы экологии из-за уничтожения животных и растений, в том числе редких и исчезающих видов, способствования созданию черного рынка органов животных и нелегальной торговле ими. Зачастую рассматривается наукой и доказательной медициной как псевдонаучная и основанная на метафизических предположениях. В середине XX века руководство Китая приложило усилия к тому, чтобы в теориях и практиках традиционной китайской медицины объединить подходы западной и восточной медицины.

Источник: <http://ru.wikipedia.org/>



От редакции. Наша современная классическая медицина все чаще обращается к медицине древности. Так, уже прочное место в системе врачевания заняли фитотерапия, грязелечение, водолечение, диетотерапия, апитерапия и т. д. Одним из стремительно возрождающихся направлений народной медицины является и ароматерапия, или лечение ароматами. Сегодня цикл статей по ароматерапии в нашем журнале начинает специалист, психолог, хорошо изучивший действие ароматов на организм и эмоциональную сферу человека, Ирина Владимировна Вавилевская.



И. В. Вавилевская,
специалист по ароматерапии,
Санкт-Петербург, т. 8-921-341-28-50

ЦЕЛИТЕЛЬНЫЕ АРОМАТЫ ПРИРОДЫ

«Запахи, вернее ароматы, и цветы сильно воздействуют на человека. Это область ближайших завоеваний медицины. Траволечение будет развиваться и принесёт много неожиданностей. Много полезного в этом отношении знали предки. Необходим синтез всех сведений этого порядка, иначе много полезного тонет в массе разбросанных фактов и несистематизированных знаний».

Грани Агни Йоги т.11

«Человек — дитя природы». Истинный смысл, спрятавшийся за чудесным звучанием этих слов, остаётся где-то далеко за пределами нашего сознания. И это не случайно. Тот мир, в котором мы с вами живём и который называем цивилизованным, всё дальше и дальше уводит человека от его естественной, природной среды обитания, предлагая взамен изобилие самой разнообразной современной техники, комфортабельное жильё, средства передвижения. Всё это делается, конечно же, на благо человека. А человек, приняв эти «блага» как «меру жизни», в бесконечной погоне за ними и в стремлении удержать во что бы то ни было, постепенно и незаметно начинает терять себя, превращаясь в «дитя технического прогресса».

Современная цивилизация делает практически невозможным ежедневный контакт человека с природой. Все атакующие нас вредные факторы цивилизации приводят к тому, что мы живём в искусственном мире и имеем искусственное здоровье, поддерживаемое растущим количеством химических лекарств, лечащих один недуг и вызывающих другой. И, как дополнение к этому списку, сами условия современной жизни, спешка, стрессы, недостаток естественного движения вызывают в нашем организме ряд психических и эмоциональных расстройств, создающих напряжение в мышцах, торможение циркуляции крови и обменных процессов, и в результате — скопление токсических веществ, ожирение, преждевременное ста-



рение кожи и т.д., а в последствии — появление различных заболеваний и недугов, непосредственные причины которых врачи не всегда могут найти. Поэтому сам факт удаления человека от природы ставит его на путь саморазрушения и болезни.

Начало 21 века ознаменовано повышенным интересом к многообразному и загадочному миру растений, а также к ароматерапии. Растительный мир является огромным потенциалом для создания лечебных и профилактических средств. Ароматерапия, являющаяся прекрасным, мудрым, полностью научным методом профилактики и лечения многих заболеваний с применением натуральных запахов, была вытеснена бурным развитием химической промышленности. В настоящее время этот метод лечения переживает своё второе рождение, и его по праву можно назвать Медициной Третьего Тысячелетия.

Сила воздействия ароматов едва ли поддается строгому научному анализу. Диапазон их влияния на человека настолько широк и разнообразен, что люди порой не могут объяснить, чем нравится им тот или иной запах. Знаем ли мы, что могут ароматы? Оказывается, многие из них обладают целебными свойствами и способны творить чудеса. Так, сладкие и горькие запахи влияют на работоспособность, изменяя мускульную силу, цитрусовые — снимают стресс и усталость. Некоторые масла способствуют газообмену, иные изменяют ритм дыхания, влияют на температуру кожи, регулируют кровяное давление, влияют на слух, изменяют качество зрения и оказывают положительное физиологическое действие на организм человека в целом.

Области медицинской науки, занимающиеся лечением травами, используют либо растение целиком, либо изготовленные из них экстракты. В ароматерапии используют только совершенно определённые высокоэффективные биологически активные вещества растений — эфирные масла. Мельчайшие масляные капли образуются в порах, которые находятся в различных частях растений. Некоторые ароматические эссенции развивают свой аромат, если растереть рукой листья растения, другие — с помощью своих ароматических веществ издали привлекают к себе наше внимание. Поры растений, наполненные ароматическими эссенциями, находятся не только в листьях и цветах — иногда они расположены с внешней стороны или внутри корня, в древесине или в смоле деревьев, в плодах или семенах растений.

Ароматические эссенции состоят в основном из соединений углеводорода и на воздухе они очень быстро улетучиваются. Для их образования растениям необходимы солнечный свет и тепло. Поэтому большая часть растений, из которых производят эфирные масла, произрастают в южных странах. Эфирные масла содержат

жизненную силу растения в концентрированном виде. Уже само слово «эфирный» (от греческого «aither» — воздух неба), — говорит о том, что речь идёт о чём-то мимолётном и неуловимом. Поэтому эфирные масла считают ароматной душой растений.

Философ Древнего Египта Платон передавал своим ученикам в Академии необычные для того времени знания, в том числе и об ароматах. В своём знаменитом трактате «Государство» он назвал приятные запахи «источником сильного удовольствия». А один из его учеников, со слов учителя, записал следующее: «запах есть ощущение, нисходящее от сосудов в ноздрях к околопупочной области. Виды запаха не поддаются именованию, за исключением двух первичных, которые называют благоуханием и зловонием. Всякий запах плотнее воздуха, но тоньше воды; это доказывается тем, что пахучим, понятным образом, называется то, что пребывает в некотором незавершённом, переходном состоянии и сохраняет свойства общие воздуху и воде, каковы пар и туман; состояние перехода воды в воздух или обратно как раз и доступно чувству обоняния».

Младенцы имеют более высокоразвитое чувство обоняния, чем взрослые. Учёные заметили, что они способны различать даже такие запахи, которые не доступны взрослым.

К сожалению, с возрастом мы всё дальше отдаляемся от природы и теряем некоторую чувствительность к запахам. А ещё наш организм обладает уникальной способностью блокировать воздействие запаха. Если нам запах неприятен, и мы считаем его отвратительным, через некоторое время мы его как бы не слышим. Поэтому в ароматерапии лучше ориентироваться на свой нюх, чем выбирать эфирное масло лишь по его общеизвестным терапевтическим свойствам.

Эфирные масла — это, прежде всего прочего, носители информации. Они передают биологические колебания растений. Если вдохнуть аромат эфирного масла, то почти мгновенно можно ощутить его влияние на тело, ум и душу. Аромат полностью охватывает своими позитивными колебаниями и изменяет настроение. Позитивную энергию растений организм передаёт своим органам и биологическим процессам. Она укрепляет силы самоисцеления человека, помогая ему справиться с болезнью или плохим самочувствием. На ментальном уровне эфирные масла могут оказывать возбуждающее или успокаивающее действие на функции мозга, что, в свою очередь, оказывает позитивное действие на сознание, логику, способность к концентрации внимания и на интуицию человека. Действие ароматов на человека происходит, главным образом, на уровне высоких, тонких материй. Они очень деликатны и глубоко проникающие. Эфирные масла регулируют процессы обмена веществ, происходящие в расте-

ниях, и защищают их от болезней и паразитов. Эти функции ароматических веществ состоят в тесной взаимосвязи с их лечебным действием на человека. Так, например, антисептические вещества, содержащиеся в растении, защищают его от вредителей и возбудителей заболеваний. Аналогичное действие эти вещества оказывают и на человека, укрепляя его иммунную защиту и убивая вредные микроорганизмы.

Лечебное действие эфирных масел на человека состоит в их возможности — в зависимости от вида растения — влиять на различные функции организма. Так, например, лавандовое масло помогает человеку не только преодолеть плохое самочувствие, оно способствует также выводу ядовитых веществ из организма, обладает антимикробным и антиоксидантным действием. Эфирное масло из кожуры плодов, например, бергамота и лимона, своим свежим, бодрящим и лёгким ароматом влияет на органы обоняния. Оно воздействует на духовный уровень человека, повышает его способность к концентрации внимания и восприятию окружающего мира. Оно является как бы источником света для души и действует просветляюще. Цветочные эфирные масла, например, герани, нероли и розы, оказывают позитивное влияние на уровень чувств. Они снимают нагрузку и действуют гармонизирующе при застое чувств и депрессиях. Эти масла приносят исцеление при эмоциональном шоке и открывают сердце для восприятия красоты жизни. Травяные эфирные масла, например, розмарина, тимьяна, базилика способствуют активизации биологических процессов в организме, повышают защитные силы и передают организму свежие силы и энергию. А масло шалфея содержит растительные эстрогены и поэтому считается женским маслом. Через органы обоняния оно стимулирует деятельность гипофиза мозга, направленную на образование гормонов. Почти все эфирные масла — очень эффективные и одновременно безопасные антибиотики, т.к., обладая свойством убивать микроорганизмы, они препятствуют размножению бактерий, вирусов и некоторых видов грибов. Наиболее сильнодействующими считаются эфирные масла чайного дерева, ладанника и мануки, которые более эффективны, чем некоторые синтетические антигрибковые и дезинфицирующие препараты. Некоторые эфирные масла содержат гормоны и гормоноподобные вещества.

Химический состав эфирных ароматических веществ очень сложен. Они состоят из терпенов, сложных эфиров, спиртов, фенолов, альдегидов, кетонов и органических кислот. Некоторые эфирные масла содержат сотни веществ, которые в отдельности часто бывают ещё не изучены. Известно, однако, что эфирные масла действуют синергетически. Это означает, что их целительное действие основано на определённой комбинации входящих в них веществ,

энергия которых обоюдно усиливается. Все без исключения эфирные масла при соблюдении дозировки не имеют негативного побочного влияния на организм, не вызывают привыкания и снижения эффективности воздействия, не вызывают нарушения физиологических процессов организма. Количество различных органических и неорганических веществ, входящих в состав эфирного масла варьирует от 120 до 500. Поэтому искусственным путём скопировать его полный состав невозможно. Вот почему **синтетические масла не обладают лечебными свойствами натуральных эфирных масел.**

В современном мире остро стоит проблема фальсификации, в том числе и в ароматерапии. Рынок переполнен ароматическими суррогатами, т.е. произведёнными химическим путём синтетическими ароматными маслами с запахом, аналогичным запаху натуральных масел или растений. Поскольку, как мы уже говорили, скопировать состав натуральных эфирных масел невозможно, то большинство синтетических масел не только не обладают лечебными свойствами, но и опасны при применении в аромалампах, а самое главное — при их внутреннем применении. Поэтому, в целях сохранения здоровья, следует осторожно относиться к такого рода суррогатам и помнить, что синтетические или ненатуральные масла могут использоваться только как парфюмерная продукция, и то с большой осторожностью. Как правило, синтетические масла стоят гораздо дешевле и не обладают «чистым» запахом натуральных эфирных масел.

В связи с вышесказанным, будьте внимательны при покупке эфирных масел! Обращайте внимание, чтобы это были только натуральные, обладающие самым высоким качеством масла. Лучше всего покупать такую продукцию у фирм и производителей, положительно зарекомендовавших себя в течение длительного времени. Как говорится: «Кто ищет, тот всегда найдёт»!

И пусть ароматерапия с натуральными, полносоставными, высококачественными эфирными маслами мягко, последовательно и постепенно войдёт в вашу жизнь. И пусть вернётся к вам мудрость предков, которые умели ценить этот дар. Ведь современная цивилизация делает порой невозможными частые контакты с природой, перекрывает источник поступления в наш организм живительной энергии. С этой точки зрения, именно ароматерапия и является тем ненавязчивым способом восполнения сил, природной чистоты, внутренней гармонии и очистки организма, который поможет нам оставаться здоровыми и энергичными, продолжать жить в гармонии с Природой.

Продолжение следует...

©



От редакции. Многие читатели с нетерпением ждут продолжения бесед с известным Санкт-Петербургским целителем Юрием Васильевичем Кретовым, которые мы публикуем практически в каждом номере журнала. Беседы превратились в настоящее глубокое исследование темы народного целительства и дара ясновидения (прозорливости). В наше время любые альтернативные методы исцеления вызывают огромный интерес у населения и пользуются популярностью. Это даже в некоторой степени стало модным — лечиться не у классического врача, а, к примеру, у гомеопата, остеопата, рефлексотерапевта, фитотерапевта (раньше называли попросту «травник») ... Многие альтернативные методики сейчас уже вошли в разряд признаваемых и прочно заняли свое место в комплексе предоставляемых населению медицинских услуг. Но не народное целительство! К сожалению, народных целителей, как правило, обладающих еще и даром прозорливости, называют «шаманами», «колдунами», «знахарями» и т. д., олицетворяя их чуть ли не с «нечистой»... А, между прочим, стоило бы задуматься, что слово «знахарь» — производное от слова «знать». И, действительно, эти люди, целители, знают гораздо больше, чем мы, не обладающие этим даром, и знают гораздо больше, чем сообщают нам об этом. Радует одно, что все больше среди нас врачей, не отрицающих бездумно целительство как таковое, а принимающих эти знания, как данность, и готовых к сотрудничеству с целителями на благо пациентов.

ПРАВО НА ГЛУПОСТЬ



— Юрий Васильевич, тема целительства и ясновидения сейчас более открыто и более активно стала обсуждаться на телевидении и в прессе. Не могу сказать, конечно, что это обсуждение носит вполне грамотный и конструктивный характер, но, тем не менее, как говорится, «джин выпущен из бутылки», и замалчивать эту тему уже не получится. Однако складывается впечатление, что несмотря на всю открытость обсуждения в СМИ данной темы, официальная наука и медицина в частности на это никак не реагируют. Не признают, а, соответственно, не сотрудничают, не взаимодействуют, не изучают. По крайней мере, такое положение до сих пор сохраняется в нашей стране. Отдельные исследователи-медики, конечно, пытаются что-то делать в этом направлении, но подобные исследования носят сугубо индивидуальный, разрозненный характер, официальной наукой не поддерживаются, а чаще, наоборот, воспринимаются критически и даже агрессивно. Почему, как Вы думаете?

— Начну с того, что, действительно, отдельные ученые, врачи, проявляют давно большой профессиональный интерес к изучению этой темы. Более того, врачи нередко сами обращаются ко мне за помощью. Когда-то на прием пришла врач-терапевт, у нее обнаружили онкологию. Я с ней довольно долго работал, она оказалась очень дис-

циплинированной пациенткой — и болезнь отступила. Ее это настолько потрясло, что впоследствии она стала часто приходить на мои приемы и наблюдать за больными. Ей хотелось собрать как можно больше свидетельств, что целительство работает! В итоге у нее скопился большой материал, она даже хотела выпустить книгу, но пока не получилось...

Еще пример. Ранее я уже упоминал Александра Александровича Креля, который был известным ревматологом в Санкт-Петербурге. После «чудесного» исцеления его пациентки от неизлечимого заболевания — тяжелой формы ревматоидного артрита — он попросился понаблюдать за больными на моих приемах. Он тоже проявлял большой интерес к теме целительства, все время удивлялся, задавал много вопросов, а вот какие сделал выводы — это все при нем и осталось... Я понимаю врачей. Они пребывают в консервативной среде, и когда им что-то открывается, они испытывают растерянность — как об этом рассказать людям, как их поймут, не примут ли за сумасшедших... В нашем обществе быстро приклеивают ярлыки.

Н. П. Бехтерева, человек с именем, тоже пыталась изучать таких людей, как я. Меня подключали к аппаратуре, задавали мне вопросы... Наталья Петровна еще, помню, была удивлена тем, что я быстро отвечаю на вопросы, а не «западаю» на состояние... Выводов тогда никаких

сделано не было после этих экспериментов, т. к. аппарата что-то показала, но как это трактовать — никто не знал. Ко мне, видимо, потеряли интерес и больше не изучали с тех пор на таком уровне...

— **Наталья Петровна вызывает глубокое уважение уже тем, что, будучи человеком системы, она решила на такие исследования. Она была думающим ученым, человеком науки... Другое дело, что условия не позволяли исследовать данную тему более глубоко — и аппаратура была не совершенна, и атмосфера неприятия вокруг, сейчас хоть как-то об этом говорят, а раньше все подобное считали вздором...**

— Если говорить про целителей, я бы начал с одной очень простой мысли. Как были целители тысячелетия назад, так вне зависимости от общественного мнения или отношения науки и общества к ним, они продолжают оставаться и сейчас. Проблема в другом. Как мы будем взглянуть в глазах будущих поколений с этим вопросом?

— **Да, особенно когда расширяются горизонты общения. В частности, мне недавно удалось побеседовать с целителями в Венгрии. Дело в том, что в странах Европы в данной сфере тоже есть шарлатаны. Однако на государственном уровне все фильтруется. Для этого создана целая система экзаменов, лицензирования и т. д., т. е. к целителям предъявляются определенные требования. И в Европе признают, что целительство было, есть и будет, и что это тот вопрос, с которым надо что-то делать, который нельзя замалчивать, игнорировать. У нас же, к сожалению, все неизведанное до сих пор принято называть «бесовщиной». А в Европе, как видите, не так. Хотя там тоже люди в большинстве своем верующие, ходят в костелы и церкви. И у них целительство узаконено, принято, как данность, т. е. в обществе вопрос взаимоотношений с целителями хоть как-то отрегулирован, выдаются лицензии и сертификаты государственного образца, а не «центрами Кашпировского, Гальперина, Р. Блаво»...**

Наверное, именно поэтому в нашей стране такой популярностью пользуется эзотерика, т. к. для существования и развития других направлений изучения и трактовки мира непознанного, просто, нет условий.

— Но врач всегда будет в более выгодном положении, по сравнению с ученым-теоретиком и уж тем более с писателем-эзотериком. Врач-исследователь всегда предоставит возможность проверки своих выводов и заключений. Сила позиции врача — именно в возможности проверки!

— **Эзотерика принята нашим обществом еще в 90-е годы, когда она заняла практически пустующую нишу, и сейчас, разумеется, никого туда пускать не собирается. Поэтому любое новое исследование для эзотериков является конкурирующим и, соответственно, вызывает беспокойство. Тем более, если речь идет о врачебном практическом исследовании. А если это исследование еще и тиражируется, публикуется, т. е. доводится до сведения общества — как с этим можно мириться?! Возникает противодействие. Так что в обществе есть разные силы и разные движения, направленность и мотивация которых не всем сразу понятны.**

Вот, к примеру, ведь и Вас трактуют и преподносят по-разному. Из некоторых источников информа-

ции (Интернет, газеты) следует, будто Вы — чуть ли не ярый поклонник Г. Грабового... Или что Вы демонстративно противопоставляете себя всему ученому миру...

— Да. Такое приходилось узнавать о себе. Но ведь я этого не говорил! Я сам удивляюсь каждый раз, как можно все перевернуть!

— **Как Вы думаете, а почему эти авторы так поступают? Специально или по недомыслию?**

— По недомыслию.

— **Значит, Вы допускаете за ними право на глупость?**

— Выходит, так...

— **Но при этом страдает Ваша репутация.**

— Люди во всем разберутся.

— **Да, конечно. Но пока подобная дезинформация еще больше отталкивает от целителей врачебное сообщество. Хотя, как показывает жизнь, в случае сотрудничества медиков и целителей появилось бы много новых возможностей для излечения сложных пациентов и даже для спасения их. Хочу напомнить о недавнем случае, когда к Вам обращалась женщина из Великого Новгорода, ее сестра была в глубокой коме после инсульта. Она выполняла все Ваши рекомендации, в результате чего тяжелую пациентку успешно перевезли в Санкт-Петербург, где благополучно прооперировали. Она стала быстро выздоравливать, и все бы хорошо, но больная нарушила режим, резко встала, сделала несколько неосторожных движений... и снова инсульт, и снова кома. Приговор врачей был однозначен — «мозг мертв»... Родственники увезли больную обратно в Великий Новгород, где теперь за ней ухаживают сиделки.**

— Почему же они ко мне не обратились? Ведь ей еще можно помочь! Может быть, в это нельзя поверить, но помочь можно!

— **Видимо, после вердикта врачей у родственников все надежды растаяли, и они смирились с этой ситуацией... Но в связи с этим возникает несколько вопросов. Получается, что еще не все возможности исчерпаны, не все способы помощи, а человеку уже выносят приговор, потому что эти способы не прописаны в инструкциях. Правильно ли это? Ведь в такой ситуации терять уже нечего! Почему к безнадежным, с точки зрения врачей, пациентам не приглашать целителей — пусть хотя бы попытаются помочь! Тем более что родственники уже ранее к Вам обращались, и видели эффект.**

— Когда-то Авиценна говорил: «Надо сделать все возможное для больного, а там — как Господь решит!»... Вот и я так говорю: я, со своей стороны, готов сделать все для спасения пациента, а там — как Бог решит... Наверное, эта мысль должна стать главенствующей для всех, кто лечит.

— **Вы правы. Ведь речь идет о тяжелых пациентах, которых медики считают безнадежными. Почему не попытаться помочь пусть даже не традиционными способами? Мы же не призываем приводить к целителю, например, ребенка с простудой, с бронхитом, с ангиной... С этими проблемами справится любой участковый педиатр. Но когда речь идет о пациенте**



в состоянии комы, и когда врачи не знают, что делать, почему не предоставить пациенту еще один шанс?

Второй вопрос: какого целителя приглашать, а какого — ни в коем случае? Кому доверять, а кому — нет? Вот здесь и возникает проблема отсутствия системы, которую давно уже надо как-то создавать, организовывать в интересах пациентов.

— А вот все-таки интересно, почему Бог не допускает, чтобы врачи шли «до конца» ради спасения жизни человека?

— Вы — человек прозорливый, Вы можете увидеть, можно еще помочь пациенту или уже нет. А врачи-то этого не видят! Они ориентируются на показания приборов. А почему приборы не показывают, что человек еще не безнадежен? Недостаточно совершенная аппаратура? А, может, врачи, в силу своего не технического, а чисто клинического склада ума, не умеют правильно трактовать и улавливать все показания приборов? Давайте задумаемся, почему многие врачи-клиницисты не умеют, например, читать ЭКГ, хотя это — один из старейших и весьма информативных методов обследования? Потому что у врачей нет никакого желания изучать какие-то миллиметры и их соотношения, делать даже минимальные расче-

ты. Потому что врачу легче иметь дело с живым организмом, а не с цифрами и формулами. Перед врачом надо ставить прибор, который бы, желательнее, выдавал итоговую цифру... Так что стоит задуматься, что при аппаратуре, помимо врача, возможно, должен быть еще медицинский инженер, биофизик, который мог бы трактовать показания аппаратуры более четко и тонко, сопоставлять их, анализировать и т.д.?

Ведь когда-то именно Вы подняли этот вопрос — о необходимости сотрудничества медиков и физиков — когда мы обсуждали тему загадок лимфы и крови...

Кроме того, в настоящее время, к сожалению, среди врачей лишь единицы обладают так называемым чутьем, когда они каким-то шестым чувством определяют, что на сегодняшний момент поможет пациенту, что нужнее всего. Большинство лечит по инструкции. Вот и выносят вердикты...

Только от нас самих зависит, будем ли мы использовать свое право на... глупость. ©

Беседу вела М. А. Мамаева

Продолжение следует...

Издательский Дом СТЕЛЛА предлагает книги из серии «Разговор с целителем»



Первая книга

Свет и Тьма или маги, экстрасенсы, целители: кто есть кто?

вышла в свет в 2011 г.

Книгу можно приобрести в сети киосков «Экспресс-Пресса» (Петергоф – Ломоносов), а также в редакции.

**Вторая книга серии
планируется к печати в 2013 г.**

Заказ по тел.: +7-921-589-15-82; (812) 307-32-78;

E-mail: stella-mm@yandex.ru



14-15 июня 2013 года,
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ,
Невский проспект, 84-86.

XXIII международная научно-практическая конференция
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГОМЕОПАТИИ»

Специализированная выставка
«ГОМЕОПАТИЯ – 2013»

Вход свободный.

Организаторы: Российское гомеопатическое общество, Санкт-Петербургская гомеопатическая ассоциация, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова.

Основные разделы конференции: классическая гомеопатия, гомеопатический метод в клинической практике, гомеопатия в системе реабилитационных и оздоровительных мероприятий, актуальные проблемы гомеопатической фармации, гомотоксикология, актуальные вопросы антропософской медицины, гомеопатия и электропунктура, фитотерапия, геммотерапия (фитоэмбриотерапия), нутрициология с применением гомеопатических, фитопрепаратов и БАД к питанию в клинической практике, гомеопатия в ветеринарной медицине.

Основные разделы выставки: гомеопатические, фитотерапевтические, лекарственные средства, безрецептурные препараты, натуральные лекарственные препараты природного происхождения, лекарственные растения, чай, бальзамы, БАДы, диагностические приборы и оборудование, натуральная лечебно – гигиеническая косметика, специализированные издания и литература.

По вопросам участия в выставке и конференции обращаться:

192171, С.-Петербург, ул. Полярников, 15

тел./факс: (812) 560-00-77; 560-00-12

e-mail: ch@lek.ru

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

Контактные лица: Любовь Юрьевна Долинина, Светлана Петровна Песонина.

Посвящается Международному дню защиты детей



СОЮЗ ПЕДИАТРОВ
РОССИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ



НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ
РАМН



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-
ПЕТЕРБУРГА



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

VII РОССИЙСКИЙ ФОРУМ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ: ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2013»

13-14 мая, с 9.00 до 18.00

Бизнес-центр отеля «Парк Инн Пулковская», пл. Победы, 1, ст. метро «Московская»

В рамках Форума планируется обсуждение актуальных вопросов современной педиатрии, в том числе:

- ▶ профилактика и терапия социально-значимых заболеваний у детей (туберкулез, гепатит В, С, ВИЧ-инфекция, инфекции, передаваемые преимущественно половым путем, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства, артериальная гипертензия)

Сателлитные мероприятия в рамках Форума:

- ▶ Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной детской психоневрологии»
- ▶ Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной детской дерматовенерологии и подростковой косметологии»
- ▶ Научно-практическая конференция «Инновационные методы обучения в медицинской практике с использованием симуляционных технологий»
- ▶ Научно-практическая конференция «Инфекционные заболевания у детей: современные пути профилактики и лечения»
- ▶ Всероссийский симпозиум «Лабораторная диагностика в педиатрической практике»
- ▶ Совещание по вопросам оказания медицинской помощи в интернатных учреждениях и детских домах в России
- ▶ Школа повышения квалификации врача-педиатра
- ▶ Школа практического педиатра по генетическим и редким болезням. Клинические рекомендации по диагностике и лечению
- ▶ Российский семинар для заведующих педиатрическими кафедрами, посвященный обсуждению ФГОС-3
- ▶ Школа практического педиатра и среднего медицинского персонала – участников летней оздоровительной кампании
- ▶ Российский семинар по вопросам психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями

Приглашаем к участию в Форуме специалистов из Санкт-Петербурга и других регионов России и стран СНГ

Официальные Организаторы Форума:

Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России», ООО «Мединтеграция»

Контактное лицо:

Романова Елена Вячеславовна
Тел.: +7 (911) 840-84-30
project2@pediatriya-spb.ru

Контактное лицо для переписки:

Шабалов Александр Михайлович
Тел.: +7(911) 848-66-97
e-mail: conference@pediatriya-spb.ru



Информация
и регистрация на сайте:

www.pediatriya-spb.ru

Вход свободный