

МОЗ України
Кафедра управління охороною суспільного здоров'я
Національної академії державного управління при Президентові України
Національна наукова медична бібліотека України
Відділення фундаментальних проблем медицини Академії наук вищої школи
ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України»
ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»
Дніпропетровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини
ТОВ «Науково-дослідний інститут інформаційної медицини»

**Науково-практична конференція
з міжнародною участю**
**«СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ
АСПЕКТИ ЩОДО СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ
НАРОДНОЇ І НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ»**

28-29 жовтня 2016 року

**За редакцією д. мед. н., проф. Т. П. Гарник,
д. мед. н., проф. В. А. Туманова**

Київ – 2016

Затверджена рішенням Вченої Ради
ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»
(протокол № 3 від 25.10.2016 р.)

УДК 615.89 (08)(477)

Г20

Сучасні теоретичні та практичні аспекти щодо стратегії розвитку народної і нетрадиційної медицини

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю 28-29 жовтня 2016 року // Під редакцією д. мед. н., проф. Т. П. Гарник, д. мед. н., проф. В. А. Туманова: Наукове видання. – Київ. – 2016. – 182 с.

У виданні представлені матеріали тези доповідей науково-практичної конференції **«Сучасні теоретичні та практичні аспекти щодо стратегії розвитку народної і нетрадиційної медицини»**, які були заслухані і розглянуті на науковій конференції. Ученими, практикуючими лікарями розглянуті можливості та досвід, застосування методів, засобів народної (комплементарної) медицини на принципах наукової, доказової практики у комплексній, превентивній терапії та медичній реабілітації у осіб різних вікових груп, а також розглянуті актуальні проблеми та перспективи фундаментальних досліджень, розвитку народної (комплементарної) медицини та впровадження в національну систему охорони здоров'я, а саме: досвід організації і інтегрування народної (комплементарної) медицини у первинну ланку охорони здоров'я та стратегія розвитку народної і нетрадиційної медицини України відповідно до рекомендацій ВООЗ «Стратегія розвитку народної і нетрадиційної медицини на 2014-2023 роки».

Рецензенти:

Скрипнюк З. Д., д. біол. н.,
ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

Коновалова О. Ю., д. фарм. н., проф.,
ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

Горчакова Н. О., д. мед. н., проф.,
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

ЗВЕРНЕННЯ ДО УЧАСНИКІВ

ВЕЛЬМИШАНОВНІ КОЛЕГИ: НАУКОВЦІ, ПРОФЕСОРИ, ВИКЛАДАЧІ, СТУДЕНТИ, МАГІСТРИ, АСПІРАНТИ, ЛІКАРІ, ПРОВІЗОРИ, БІОЛОГИ, ЦІЛИТЕЛІ!

Організаційний комітет Науково-практичної конференції з міжнародною участю **«Сучасні теоретичні та практичні аспекти щодо стратегії розвитку народної і нетрадиційної медицини»** (далі – Конференція) запрошує Вас взяти участь у роботі наукового заходу, який відбудеться **28 жовтня 2016 року** (9.00-18.00) та **29 жовтня 2016 року** за додатковою програмою **«Інформотерапія: теоретичні аспекти та практичне застосування»** (10.00-17.00).

Ми вітаємо Вас як доповідачів, так і у якості слухачів за адресою: *м. Київ, вул. Льва Толстого, 7, у конференційній залі Національної наукової медичної бібліотеки*, у цьому величному храмі знань, де накопичені багатотисячолітні наукові джерела культури лікування та зцілення відомих вчених.

Учасники матимуть змогу прослухати доповіді, відеопрезентації, задати запитання та прийняти участь в обговоренні.

Мета Конференції – актуальні питання стратегії і концепції розвитку комплементарної, альтернативної (народної та нетрадиційної) медицини (НіНМ) у клінічній практиці, результати проведених фундаментальних досліджень, їх впровадження у первинну ланку охорони здоров'я та навчально-методичне забезпечення у підготовці фахівців і цілителів.

Продовжуємо традицію: другий день присвячено окремому методу, і акцент буде зроблено на питаннях розвитку інформаційної медицини, а саме – відбудеться фахове вирішення питань, що є теоретичною основою інформаційної медицини, висвітлені на сучасному рівні проблеми кодування, передачі, рецепції, декодування, запам'ятовування, зберігання інформаційних сигналів та повідомлень у біологічних системах, механізми формування біологічних відповідей на інформаційні сигнали, розглянуті питання інформаційної діагностики, включаючи електропунктурну діагностику та інформотерапію, біорезонансну, мікрогенераторну, квантову інформотерапію, інформаційні аспекти методів гомеопатії та психотерапії.

До Вашої уваги запропонована наступна тематика Конференції:

1. Правові та юридичні основи і структура організації НіНМ. Перспективи адаптації механізмів і засобів правового урегулювання НіНМ у різних країнах світу.
2. Науково-методичне обґрунтування щодо застосування методів НіНМ у комплексній, превентивній терапії та медичній реабілітації.

3. Формат та технології викладання НіНМ для фахівців, цілителів та широких верств населення – «Університет здоров'я – ХХІ століття».
4. Економічна доцільність ефективності застосування методів НіНМ в умовах соціально-економічних проблем в Україні. Фармако-економічне обґрунтування застосування засобів та методів НіНМ.
5. Концепція і програма розвитку НіНМ до 25-річчя народної медицини в Україні.
6. Фармакогнозія та фітотерапія: досвід та пропозиції щодо викладання і застосування у медичній практиці.
7. Гомеопатія: досвід та пропозиції щодо викладання і впровадження у первинну ланку охорони здоров'я.
8. Остеопатія, мануальна терапія: досвід та пропозиції щодо викладання і застосування у медичній практиці.
9. Аюрведа і тибетська медицина: адаптація до сучасних реалій в Україні.
10. Китайська традиційна медицина. Реалії і перспективи сьогодення.
11. Іридіодіагностика – експрес та скринінг – діагностика у повсякденній практиці лікаря.
12. Ароматерапія та фітоергономіка.
13. Цілительство: нормативно-правові аспекти урегулювання цілительства в Україні та світі.
14. Термінологія інформаційної медицини: інформація, біологічне поле, регуляторні центри, інформаційні практики, енергетичні практики, інформаційні канали, біоінформатика, інформодіагностика, інформотерапія, тощо.
15. Електрозональна діагностика: теоретичні і практичні аспекти.
16. Електропунктурна діагностика як метод інформодіагностики, досвід та пропозиції щодо викладання та застосування у медичній практиці.
17. Біорезонансна терапія: теоретичні і практичні аспекти.
18. Мікрогенераторна інформотерапія за З. Д. Скрипнюком: теоретичні і практичні аспекти.
19. Квантова інформотерапія: теоретичні і практичні аспекти.
20. Якість інформації у сфері НіНМ. Інформаційна гігієна.

21. Досвід та пропозиції щодо організації психотерапевтичних і навчальних психологічних груп для фахівців НіНМ, лікарів інших спеціальностей, профілактика синдрому професійного вигорання.
22. Методи самоконтролю знань у сфері НіНМ.
23. Актуальні питання та перспективи громадських асоціацій.
24. Стратегія народної медицини у рекомендаціях ВООЗ на 2014-2023 роки.

РОЗДІЛИ НАРОДНОЇ ТА НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ, що розглядатимуться у межах Конференції:

- Фітотерапія, ароматерапія.
- Апітерапія, гірудотерапія.
- Аюрведа, традиційні системи детоксикації, традиційні системи харчування.
- Інформаційна медицина. Біорезонансна терапія.
- Гомеопатія.
- Масаж, мануальна терапія, остеопатія, краніо-сакральна терапія.
- Акупунктура, рефлексотерапія, су-джок терапія. Електропунктурна діагностика.
- Китайська традиційна медицина.
- Психологічна підтримка фахівців НіНМ.

Матеріали Конференції надруковані у цьому збірнику, а також будуть надруковані на сторінках фахового науково-практичного журналу «**Фітотерапія. Часопис**».

За результатами результатів роботи та участі у науковому заході Ви отримаєте **СЕРТИФІКАТ** щодо балів за кредитно-модульною системою, який враховується при проходженні ПАЦ, оскільки **Конференція внесена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій МОЗ і НАМН України № 223 та УкрІНТЕІ № 415 від 02.07.2015 р., які проводитимуться у 2016 році**, будуть видані після завершення Конференції.

Реєстрація учасників за адресою проведення Конференції **28 жовтня 2016 р.** – 09.00-09.55.

10.00-12.30 – I Пленарне засідання.

12.35-13.00 – перерва, кава.

13.05-15.00 – майстер-класи

15.05-15.15 – перерва

15.20-17.00 – II Пленарне засідання

17.05-17.30 – дискусії, прийняття Резолюції, вручення сертифікатів учасника та нагород

18.00 – закриття Конференції

Реєстрація учасників – 9.00-9.55 та засідання **29 жовтня 2016 року** за додатковою програмою **«Інформотерапія: теоретичні аспекти та практичне застосування»:**

10.00-12.30 – доповіді

12.30-13.00 – перерва

13.00-15.00 – доповіді

15.00-15.15 – перерва

15.15-17.00 – доповіді, дискусії

Після завершення конференції 30 жовтня 2016 року на базі ТОВ «НДІ інформаційної медицини» відбудеться семінар для фахівців, що мають практичний досвід застосування електропунктурної діагностики та інформотерапії. Передбачено до 15 учасників.

КОНТАКТНІ ТЕЛЕФОНИ:

+38 044 560 88 27 *Матюшко Наталія Миколаївна (кафедра)*

+38 050 351 80 50 *Головаха Марина Олександрівна*

+38 050 581 18 91 *Козименко Тамара Миколаївна*

+38 050 352 28 40 *Гарник Кирило Володимирович*

З найкращими побажаннями – **ОРГКОМІТЕТ.**

МОЗ України
Кафедра управління охороною суспільного здоров'я
Національної академії державного управління при Президентові України
Національна наукова медична бібліотека України
Відділення фундаментальних проблем медицини Академії наук вищої школи
ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України»
ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»
Дніпропетровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини
ТОВ «Науково-дослідний інститут інформаційної медицини»

ПРОГРАМА

**Науково-практичної конференції
з міжнародною участю**

«СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ЩОДО СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ НАРОДНОЇ І НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

28-29 жовтня 2016

Київ – 2016

Затверджена рішенням Вченої Ради
ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»
(протокол №3 від 25.10.2016 р.)

Інформація для учасників

Місце проведення Конференції:

м. Київ, вул. Льва Толстого, 7.

Національна наукова медична бібліотека, конференційна зала

Зупинка метро: площа Льва Толстого

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ КОНФЕРЕНЦІЇ

Засідання 28.10.2016 р.

<i>Реєстрація учасників</i>	9 ⁰⁰ -9 ⁵⁵
<i>Урочисте привітання учасників Конференції</i>	10 ⁰⁰ -10 ²⁰
<i>Перше пленарне засідання</i>	10 ²⁰ -13 ⁰⁰
<i>Перерва, кава</i>	13 ⁰⁵ -13 ⁴⁵
<i>Майстер-клас, семінар, стендові доповіді, школа</i>	13 ⁵⁰ -15 ⁵⁰
<i>Друге пленарне засідання</i>	16 ⁰⁰ -17 ⁰⁰

Засідання 29.10.2016 р.

«Інформотерапія: теоретичні аспекти та практичне застосування»

<i>Додаткова реєстрація учасників</i>	9 ⁰⁰ -9 ⁵⁵
<i>Третє пленарне засідання</i>	10 ⁰⁰ -13 ⁰⁰
<i>Перерва</i>	13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰
<i>Четверте пленарне засідання</i>	14 ⁰⁰ -17 ⁰⁰

Закриття Конференції (дискусії, обговорення проекту резолюції, вручення сертифікатів):

17⁰⁰-18⁰⁰

Офіційні мови Конференції:

українська, англійська, російська

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова:

Івнєв Борис Борисович – д. мед. н., проф., ректор ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ».

Павленко Раїса Іванівна – директор Національної наукової медичної бібліотеки України.

Наконечний Олександр Григорович – д. фізико-матем. н., професор, президент Академії наук вищої школи.

Співголови:

Поканевич Олександр Валерійович – президент ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ».

Гарник Тетяна Петрівна – д. мед. н., проф., зав. каф. фітотерапії, гомеопатії біоенергоінформаційної медицини ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»; головний позаштатний спеціаліст МОЗ України із спеціальності «Народна і нетрадиційна медицина»; президент ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України»; головний експерт комісії з фітопрепаратів та гомеопатичних засобів ДЕЦ МОЗ України.

Абрамов Сергій Вікторович – к. мед. н., доц., ректор Дніпропетровського медичного інституту традиційної і нетрадиційної медицини.

Андріюк Лук'ян Васильович – д. мед. н., проф., зав. каф. реабілітації і нетрадиційних методів лікування ДВНЗ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; головний позаштатний спеціаліст департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації із спеціальності «Народна і нетрадиційна медицина».

Члени організаційного комітету:

Абрамов Віктор Васильович – д. мед. н., проф., президент Дніпропетровського медичного інституту традиційної і нетрадиційної медицини (ДМІТНМ)

Туманов Віктор Андрійович – д. мед. н., проф., почесний ректор ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ».

Байбаков Володимир Михайлович – д. мед. н., проф., перший проректор ДМІТНМ.

Доан Світлана Іванівна – д. мед. н., проф., проректор з наукової роботи ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ».

Середа Петро Іванович – д. мед. н., проф., проректор з навчально-методичної роботи ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ».

Волошин Олександр Іванович – д. мед. н., проф. каф. пропедевтики внутрішніх хвороб Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці.

Коваленко Ольга Євгенівна – д. мед. н., проф., професор каф. сімейної медицини і амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім. П. Л. Шупика; президент ВГО «Українська асоціація рефлексотерапії та медичної акупунктури».

Козименко Тамара Миколаївна – к. мед. н., доц., зав. курсом гомеопатії кафедри фітотерапії, гомеопатії і біоенергоінформаційної медицини ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», головний позаштатний спеціаліст департаменту охорони здоров'я м. Києва із спеціальності «Народна і нетрадиційна медицина».

Мороз Світлана Михайлівна – д. мед. н., проф. ДМІТНМ.

Соколовський Сергій Іванович – к. мед. н., доц., проректор з міжнародних зв'язків ДМІТНМ.

Скрипнюк Зеновій Дмитрович – д. біол. н., зав. каф. нормальної фізіології, біофізики, біохімії та медичної біології ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ».

Чекман Іван Сергійович – д. мед. н., проф., член-кореспондент НАН і НАМН України, проф. каф. фармакології, клінічної фармакології ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ».

Шкляр Сергій Петрович – д. мед. н., проф., зав. каф. сімейної медицини, народної і нетрадиційної медицини та санології ХМАПО.

Терехов Ерік – президент Міжнародної асоціації комплементарної медицини, Латвія.

Секретаріат оргкомітету:

Козименко Тамара Миколаївна	+ 38 050 581 18 91
Гарник Кирило Володимирович	+ 38 050 352 28 40
Головаха Марина Олександрівна	+ 38 050 351 80 50
Матюшко Наталія Миколаївна	+ 38 099 280 48 48

Засідання 28 жовтня 2016 р.

9:00 – 9:55 Реєстрація учасників Конференції

10:00–10:20 Відкриття науково-практичної конференції з міжнародною участю «СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ЩОДО СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ НАРОДНОЇ І НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ».

Урочисте привітання:

- *Євтушенко В'ячеслав Вікторович* – заступник завідувача відділу з питань охорони здоров'я Департаменту гуманітарної та соціальної політики Секретаріату Кабінету Міністрів України
 - *Li Yong Hong* – офіційний представник в Україні Департаменту Охорони Здоров'я і Планового Дітонародження Провінції Ганьсу
 - *Горова Елла Володимирівна* – заступник начальника управління – начальник відділу контролю якості медичної допомоги Управління ліцензування та якості медичної допомоги МОЗ України
 - *Радиш Ярослав Федорович* – доктор наук з державного управління, професор Національної академії державного управління при Президентові України
 - *Поканевич Олександр Валерійович* – президент ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»
-

10:20–13:00 ПЕРШЕ ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

Регламент – 15-20 хв.

Головуючі:

Співголови:

Івнєв Борис Борисович
Наконечний Олександр Григорович
Горова Елла Володимирівна
Чекман Іван Сергійович
Гарник Тетяна Петрівна
Абрамов Сергій Вікторович
Андріюк Лук'ян Васильович

Секретар:

Козищенко Тамара Миколаївна
Гарник Кирило Володимирович

- *Гарник Т.П., Євтушенко В.В., Гарник К.В., Соколовський С.І.* Народна медицина та стратегія її розвитку в контексті університету здоров'я.
- *Андріюк Л.В.* Лікувальне голодування, як нетрадиційний метод лікування хронічних захворювань.
- *Євтушенко В.В.* Наукова концепція розвитку народної медицини в Україні.
- *Горчакова Н.О., Шумейко О.В., Клименко О.В., Чекман І.С.* Викладання народної медицини студентам медичних вузів.
- *Глоба О.П., Медков І.В., Залевський О.В., Т.М.* Крук Invicory – система забезпечення якості життя та безперервного контролю (самоконтролю) за станом здоров'я.
- *Коваленко О.Є., Коваленко Є.В., Коваленко О.В.* Оцінка змін мікросистем на первинній та вторинній ланках медичної допомоги як перспективний шлях скрінінг-діагностики.
- *Грановський М.М.* Формула здоров'я і лікувально-оздоровчий курс на її основі, Мехіко.
- *Білай І.М., Красько М.П., Остапенко А.О., Демченко В.О.* Основні принципи викладання фітотерапії.
- *Горова Е.В.* Народна і нетрадиційна медицина у первинній ланці охорони здоров'я – якість, ефективність та безпека.
- *Абрамов В.В., Шевченко І.М., Демиховська Е.В.* Альтернативна медицина в Німеччині.
- *Кобилянська Р.М., Кобилянський В.Я.* Моніторинг стану імунної системи та ефективності застосування інформаційних імунокоректорів.
- *Матяш М.М.* Лікування та реабілітація учасників бойових дій.

13:05–13:45 Перерва, кава

13:50–15:50 МАЙСТЕР-КЛАС, СЕМІНАР

Модератори: Козименко Тамара Миколаївна

Головаха Марина Олександрівна

Парахін Анатолій Іванович

Семінар (за попередньою тематикою, реєстрацією, заявкою).

Л. Толстого, 9, ауд. 20

14:00–17:00 ДРУГЕ ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

Регламент – 15 хв.

Головуюча:
Співголови:

Доан Світлана Іванівна
Середа Петро Іванович
Коваленко Ольга Євгенівна
Павленко Раїса Іванівна
Абрамов Сергій Вікторович
Поканевич Олександр Валерійович

Секретар:

Наумова Мар'яна Іванівна
Гарник Кирило Володимирович

- *Дмитрієва А. В.* Аюрведа для здоров'я дітей.
- *Лавринчук І.О.* Аюрведичні аспекти профілактики серцево-судинних ризиків.
- *Гридько О.М., Бубнова Ю.О.* Аюрведичні принципи профілактики ішемічного інсульту і транзиторних порушень мозкового кровообігу.
- *Кіркілевська Л.М.* Можливості підбору гомеопатичних ліків за допомогою Вега-тесту.
- *Чорна Т.В.* Депресія у матерів дітей-інвалідів та її подолання за допомогою біоенергетичного масажу.
- *Крамар В.В.* Особливості фітотерапії у дітей.
- *Синиця Ю.П.* Патогенетичне обґрунтування призначення кверцетину при лікуванні різних форм подагри.
- *Богданова Т.Г.* Продукція ТКМ FOHOW у кінзіології вісцеральної хіропрактики остеопатії.
- *Старюк Д.О.* Доцільність застосування краніо-сакральної терапії біодинамічного напрямку при наслідках контузії. Досвід реабілітації бійців АТО.
- *Парахін А.І., Самбір В.В., Антюхов Р.В., Новохатній В.А.* Особливості викладання мануальної терапії у медичному університеті.
- *Чуприков А.П., Кирилова Л.Г., Мірошников О.О., Бураго Г.С.* Роль іпотерапії у комплексній реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру.

13:50–14:40 **Нарада головних позаштатних спеціалістів із спеціальності «Народна і нетрадиційна медицина»** (читальна зала)

15:10–15:50 **Нарада правління ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України»** (читальна зала)

13:50–15:50 **Стенові доповіді** (читальна зала)

Голова:
Співголови:

Козименко Тамара Миколаївна
Наумова Мар'яна Іванівна

- **Павленко Р.І.** Ренесанс скарбів народної медицини у Національній науковій медичній бібліотеці України: від емпіричних до наукових джерел.
- **Волошин О.І., Волошина Л.О., Малкович Н.М., Сенюк Б.П.** Особливості застосування пилку квіткового у комплексному лікуванні осіб старшого та похилого віку.
- **Волошин О.І., Доголіч О.І.** Особливості оптимізації фітозасобами комплексного лікування хворих на подагру з високим рівнем васкулярних коморбідних процесів та ураженням нирок.
- **Дякон І.В., Стадницька Н.Є., Сур С.В.** Сучасний стан фітотерапії. Використання в офіційній медицині представників родини айстрових.
- **Ляшевич А.М., Решетнік Є.М., Колбасинська В.М., Гарник К.В., Весельський С.П., Макачук М.Ю.** Вплив корвітину на жовчнокислотний склад жовчі щурів із доксициклініндукованою гіперхолестеренемією.
- **Марчишин С.М., Зарічанська О.В., Волощук Н.І.** Лікувальні властивості декоративних рослин роду лілійник (*Heimerocallis L.*).
- **Мельник В.П., Панасюк О.В., Радиш Г.В., Павленко С.Г., Якимова Я.О.** Досвід застосування апіфітонцидокомпозицій у комплексному лікуванні ВІЛ-позитивних хворих на мультирезистентний туберкульоз нервової системи.
- **Петренко В.І., Панасюк О.В., Голуб О.Б., Радиш Г.В., Нечипоренко Л.С., Шурина В.П., Степова Н.Л., Поліновська Л.В.** Апіфітонцидокомпозиції у комплексному лікуванні хворих із високим ризиком мультирезистентного туберкульозу легень поєданого з ВІЛ-інфекцією.
- **Меньшова В.О., Березкіна В.І.** Біоморфологічна характеристика *Achillef millefolium L. Ex Situ*.
- **Федосєєв С.В., Назарчук І.А.** Мануальна терапія у хворих з дорсалгіями та цервікальними больовими синдромами на тлі вертеброневрологічних порушень і нейроінфекцій.
- **Хомутянська Н.І., Якимович С.Є., Саламех К.А.** Вплив імунотропного препарату циклоферону і засобів фітотерапії на основі артишоку на цитокіновий прфіль крові хворих на хронічний вірусний гепатит С у періоді медичної реабілітації.
- **Гарник Т.П., Петріщева В.О., Гарник К.В.** Доцільність науково-методичного забезпечення алгоритму викладання основ ботаніки з елементами фармакогнозії як складової загальної і клінічної фітотерапії на медичному та стоматологічному факультеті.
- **Чернуха І.С., Решетнік Є.М., Нурищенко Н.Є., Гарник Т.П., Іліка В.Г., Весельський С.П.** Жовчні кислоти жовчі щурів-самців

при дії тестостерону.

- *Гуртовенко І.О., Коновалова О.Ю., Гергель Є.М., Гергель О.В., Шурасва Т.К., Градзіон К.А., Меньшова В.О.* Дослідження жирнокислотного складу трави деяких видів роду Агастахе (*Agastache J. Claytonex Gronov.*).

Засідання 29 жовтня 2016 року за додатковою програмою «Інформотерапія: теоретичні аспекти та практичне застосування»:

9:00 – 9:55 Додаткова реєстрація учасників Конференції

10:00–13:00 ТРЕТЄ ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ
Регламент – 15-20 хв.

Головуючий:	Скрипнюк Зеновій Дмитрович
Співголови:	Байбаков Володимир Михайлович Гарник Тетяна Петрівна Козищенко Тамара Миколаївна
Секретар:	Головаха Марина Олександрівна Матюшко Наталія Миколаївна

- *Скрипнюк З.Д.* Скільки мов знає клітина?
- *Головаха М.О.* Структура гострих респіраторних захворювань у м. Києві за вересень місяць 2016 року, методи їх електропунктурної діагностики і стратегії натуропатичної корекції.
- *Зайцев С.В.* Діагностика дисфункцій органів малого тазу методом прикладної кінезіології.
- *Корицький О.В., Корицький Ю.В., Бричук В.О.* Використання потенційованого аутонозоду сечі для лікування захворювань опорно-рухового апарату. Методика приготування аутонозодів сечі.
- *Лук'янченко В.О.* Серце – джерело життя і основа здоров'я людини.
- *Потоцька С.В.* Застосування гомеопатичного препарату *Apis* у практиці лікаря.
- *Корицький О.В., Іван Коменда, Дагмар Драгорадова.* Досвід проведення курсів підвищення кваліфікації лікарів м. Прага, Чеська Республіка.

13:00–14:00 Перерва

14:00–17:00 ЧЕТВЕРТЕ ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ
Регламент – 15-20 хв.

Головуюча:
Співголови:

Доан Світлана Іванівна
Горова Елла Володимирівна
Гарник Тетяна Петрівна
Козименко Тамара Миколаївна
Мороз Світлана Михайлівна
Соколовський Сергій Іванович

Секретар:

Головаха Марина Олександрівна
Матюшко Наталія Миколаївна

- **Лук'янова Е.С.** Методика поєданого застосування електропунктурної діагностики по Р. Фоллю з тестуванням мікро-генераторів із психосоматичним тестуванням.
- **Маврич С.І.** Викривлення сприйняття інформації від тіла, як засіб пристосування до небезпечних умов життєдіяльності.
- **Огородник І.** Метод кантового резонансу – GRH.
- **Пустовойт М.П., Сокур С.Л., Цимбаленко Д.О.** Універсальна біоефективність коротких поліпептидів як корекція інформаційного гомеостазу імунної системи людини.
- **Разіна В.Н.** Практичні спостереження при проведенні модифікації комп'ютерної діагностики і лікування за методом Р. Фолля.
- **Якубенко С.А.** Електропунктурне тестування біологічних рідин організму (БРО) дитини для діагностики внутрішньої патології у дітей раннього віку.
- **Черкасенко І.Л.** Застосування електропунктурної діагностики за методом Р. Фолля задля удосконалення неврологічної допомоги дітям м. Києва.
- **М. Luketina Sunjka, G. Sunjka.** Quantum zone proactive wellness industry solution.
- **Шитіков Т.О., Старюк Д.О. Шаурін О.Л.** Можливості використання методів народної та нетрадиційної медицини у нейрореабілітації осіб з наслідками бойових ЧМТ.

17:00–17:20 **ОБГОВОРЕННЯ ДОПОВІДЕЙ. ДИСКУСІЇ.**
ЗВІТИ ГОЛОВУЮЧИХ НА ЗАСІДАННЯХ

17:20–17:30 **УХВАЛЕННЯ РЕЗОЛЮЦІЇ КОНФЕРЕНЦІЇ.**
ВРУЧЕННЯ СЕРТИФІКАТІВ, ПОСВІДЧЕНЬ

17:30 **УРОЧИСТЕ ЗАКРИТТЯ КОНФЕРЕНЦІЇ**

МОЗ України
Кафедра управління охороною суспільного здоров'я
Національної академії державного управління при Президентові України
Національна наукова медична бібліотека України
Відділення фундаментальних проблем медицини Академії наук вищої школи
ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України»
ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»
Дніпропетровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини
ТОВ «Науково-дослідний інститут інформаційної медицини»

МАТЕРІАЛИ

**Науково-практичної конференції
з міжнародною участю**

**«СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ
АСПЕКТИ ЩОДО СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ
НАРОДНОЇ І НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ»**

28-29 жовтня 2016 р., м. Київ

**За редакцією д. мед. н., проф. Т. П. Гарник,
д. мед. н., проф. В. А. Туманова**

Київ – 2016

Затверджена рішенням Вченої Ради
ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»
(протокол № 3 від 25.10.2016 р.)

НАРОДНА МЕДИЦИНА ТА СТРАТЕГІЯ ЇЇ РОЗВИТКУ В КОНТЕКСТІ УНІВЕРСИТЕТУ ЗДОРОВ'Я

■ ¹ Т. П. Гарник,

² В. В. Євтушенко,

¹ К. В. Гарник,

³ С. І. Соколовський

■ ¹ *Київський медичний університет УАНМ*

² *Національна академія державного управління при Президентові України*

³ *Дніпровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини*

Визначення НіНМ (ВООЗ)

«Сума всіх знань і практичних методів, таких, які можна, і таких, які не можна пояснити, що використовуються для діагностики, попередження і ліквідації порушень фізичної, психічної та соціальної рівноваги і опираються виключно на практичний досвід та спостереження, що передаються із покоління в покоління, як в усній, так і в письмовій формі».

Стратегія розвитку народної і нетрадиційної медицини в Україні на 2017-2023 роки:

- спрямована на подальший розвиток народної і нетрадиційної медицини.
- встановлює основні напрямки розвитку цієї галузі в Україні на 2017-2023 роки.

Основні проблеми, що стоять перед галуззю НіНМ:

- Удосконалення законодавчої бази з урегулювання НіНМ.
- Інтеграція НіНМ з офіційною медициною.
- Проведення міждисциплінарних досліджень.
- Науково-методичне обґрунтування методів (засобів) НіНМ.
- Реформування системи професійної підготовки лікарів з НіНМ.
- Визначення обсягу корисності надання медичної допомоги методами НіНМ.
- Розширення міжнародного співробітництва та партнерства.
- Популяризація через засоби масової інформації (далі – ЗМІ) методів НіНМ та проведення роз'яснювальної роботи серед населення щодо використання їх у практиці охорони здоров'я з метою збереження та зміцнення здоров'я.
- Вивчення та розвиток цілительства як самобутнього напрямку.

Мета Стратегії

- Вивчення досвіду народної медицини, наукове обґрунтування та впровадження у практику народних і нетрадиційних методів оздоровлення населення, створення наукових і науково-практичних центрів, здійснення координаційної та експертної діяльності, надання медичної допомоги в оздоровленні і реабілітації учасникам АТО і постраждалим.
- зміцнення та покращання здоров'я населення шляхом втілення методів НіНМ у первинну ланку практики охорони здоров'я та в систему формування здорового способу життя.
- обумовлено зростанням захворюваності та смертності від хронічних неінфекційних захворювань.

Фінансове забезпечення Стратегії

- за рахунок місцевих бюджетів та інших коштів, не заборонених законодавством:
 - МОЗ Автономної республіки Крим.
 - Департаменти охорони здоров'я.
 - Головні управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської та Севастопольської міської держадміністрацій.
 - ДП «Комітет з питань народної і нетрадиційної медицини МОЗ України».
 - вищі медичні навчальні заклади.

Механізми управління та здійснення контролю за виконанням Стратегії

- Координація заходів, передбачених Стратегією, покладається на:
 - МОЗ України.
 - МОЗ Автономної республіки Крим.
 - Головні управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської та Севастопольської міської держадміністрацій.
 - Департаменти охорони здоров'я.
 - ДП «Комітет з питань народної і нетрадиційної медицини МОЗ України».
 - Асоціації.

Заходи щодо виконання Стратегії

1. Державна політика в галузі НіНМ:

- 1.1. удосконалювати нормативно-правову базу, що регламентує діяльність у галузі НіНМ
- 1.2. розробляти засади національної політики щодо галузі НіНМ, які дозволять визначати та стандартизувати методи (засоби) НіНМ
- 1.3. визначати пріоритетні напрямки надання населенню медичних послуг методами НіНМ
- 1.4. співпраця та обмін інформацією щодо розвитку галузі НіНМ з ВООЗ

1.5. забезпечення відповідності стратегії розвитку галузі НіНМ в Україні принципам і стратегії Європейської політики «Здоров'я для всіх в XXI столітті»

1.6. спільні заходи разом із Службою Безпеки України, Міністерством внутрішніх справ України, Державним комітетом з регуляторної політики, Державним комітетом у справах релігій, Генеральною Прокуратурою України, щодо додержання норм чинного законодавства України особами, які здійснюють медичну діяльність у галузі НіНМ – цілительства.

2. Забезпечення кадрами та їх підготовка:

2.1. У ВМНЗ III-IV рівня акредитації відкрити кафедри (курси) з метою проведення спеціалізації (передатестаційні) з НіНМ і тематичного удосконалення лікарів та навчання медичного персоналу методам НіНМ

2.2. Створити інтегровані учбові програми для підготовки фахівців з оволодіння методами НіНМ

2.3. Проводити інтегровану підготовку за методами НіНМ різних спеціалістів із практикуючих медичних працівників

2.4. Створити мережу закладів охорони здоров'я, у яких надаються медичні послуги методами НіНМ

2.5. Розробити модель діяльності закладів охорони здоров'я з НіНМ з втіленням їх у програми розвитку регіонів

2.6. Ввести посаду «лікар з НіНМ» у штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я.

3. Науково-практична діяльність:

3.1. Проводити наукові дослідження з питань розроблення ефективних засобів, методів профілактики, діагностики та лікування у галузі НіНМ та впровадити їх результати у практику охорони здоров'я

3.2. Підготувати та запровадити стандарти медичних технологій у галузі НіНМ

3.3. Проводити наукове обґрунтування методів НіНМ шляхом застосування сучасних наукових підходів та з метою впровадження цих методів у практику охорони здоров'я. Здійснювати науково-технічну експертизу технологій НіНМ та проводити їх поєднання з сучасними науковими розробками для створення Національної концепції народної і нетрадиційної медицини

3.4. Підготувати реєстр тематик з НіНМ для забезпечення інформаційного обміну результатів наукових досліджень, які проводяться провідними науково-дослідними інститутами, ВМНЗ

3.5. З метою забезпечення НіНМ засобами медичної техніки вивчати, розробляти, реєструвати та впроваджувати в установленому порядку нові технічні розробки, які стосуються галузі

3.6. Відповідно до потреб охорони здоров'я розробляти та реєструвати в установленому порядку нові лікарські засоби, виготовлені за методиками НіНМ

3.7. Забезпечити виконання комплексу заходів щодо відповідності вимогам GMP виробництва лікарських засобів та міжнародним вимогам надання медичної допомоги у галузі НіНМ

3.8. Брати участь у впровадженні Стратегії щодо застосування фармацевтичних препаратів рослинного походження для оздоровлення населення

3.9. Брати участь у заходах щодо поліпшення якості і безпеки біологічно активних добавок – спеціальних продуктів харчування, харчових продуктів із лікарських і харчових рослин шляхом удосконалення технології їх виробництва, контролю якості і сертифікації

3.10. Брати участь у проведенні рецензування біологічно активних добавок до харчування, зокрема рослинного походження, при їх державній реєстрації

3.11. Вести реєстр та аналітичну таблицю лікарських рослин, що найбільше використовуються в Україні при виготовленні лікарських засобів та у вигляді біологічно активних добавок до харчування, фіточаїв та ін. з посиланням на нормативну документацію, що регламентує їх застосування у медичній та харчовій промисловості

3.12. Організовувати та брати участь у науково-практичних заходах; семінарах, конференціях, нарадах, тощо з НіНМ

3.13. Забезпечити виконання комплексу заходів щодо відповідності вимогам GMP виробництва лікарських засобів та міжнародним вимогам надання медичної допомоги у галузі НіНМ

3.14. Брати участь у впровадженні Стратегії щодо застосування фармацевтичних препаратів рослинного походження для оздоровлення населення

3.15. Брати участь у заходах щодо поліпшення якості і безпеки біологічно активних добавок – спеціальних продуктів харчування, харчових продуктів із лікарських і харчових рослин шляхом удосконалення технології їх виробництва, контролю якості і сертифікації

3.16. Брати участь у проведенні рецензування біологічно активних добавок до харчування, зокрема рослинного походження, при їх державній реєстрації

3.17. Вести реєстр та аналітичну таблицю лікарських рослин, що найбільше використовуються в Україні при виготовленні лікарських засобів та у вигляді біологічно активних добавок до харчування, фіточаїв та ін. з посиланням на нормативну документацію, що регламентує їх застосування у медичній та харчовій промисловості

3.18. Організовувати та брати участь у науково-практичних заходах; семінарах, конференціях, нарадах, тощо з НіНМ.

4. Видавнича діяльність:

4.1. Висвітлювати у ЗМІ питання діяльності у галузі НіНМ. Здійснювати постійне відстеження новітніх технологій, організувати видавництво редакційних матеріалів, висвітлювати результати роботи, наукових досліджень і актуальних проблем НіНМ в ЗМІ

4.2. Проводити формування цивілізованої суспільної думки про НіНМ

шляхом освітянської роботи, пропагування через ЗМІ здобутків галузі, видання науково-практичної літератури, проведення конференцій, симпозіумів, семінарів, зустрічей та співпраці цілителів з провідними фахівцями, науковцями, населенням

4.3. Формувати правовий світогляд щодо галузі НіНМ у населення, медичного персоналу, цілителів шляхом видання матеріалів з нормативного урегулювання галузі та виступів з цих питань у ЗМІ

4.4. Висвітлювати сучасні наукові досягнення фітотерапії у періодичному виданні «Фітотерапія. Часопис»

4.5. Створити комплексне науково-практичне періодичне видання, де б висвітлювалась наукова спрямованість та результати наукових досліджень з оцінкою і обґрунтуванням ефективності, якості та практичності щодо доцільності методів і засобів НіНМ з подальшою перспективою надання йому статусу фахового

4.6. Клопотати перед НАМН та МОН України про створення спеціалізованої наукової ради з напрямку НіНМ та надання можливості підготовки та захисту дисертацій на здобуття наукового ступеню і звання кандидата та доктора медичних наук у галузі НіНМ.

5. Міжнародне співробітництво:

5.1. Брати участь у міжнародних договорах, науково-технічному співавторстві, в роботі з державними і недержавними міжнародними організаціями за актуальними напрямками НіНМ

5.2. Розширювати міжнародне співробітництво з питань формування здорового способу життя за допомогою методів НіНМ, активізувати участь у міжнародних проектах і програмах, налагоджувати співпрацю з міжнародними організаціями. Залучати до участі у відповідних міжнародних освітніх проектах лікарів, які застосовують народні і нетрадиційні методи діагностики та лікування. Для обміну досвідом роботи і науковими досягненнями та з метою підвищення кваліфікації спеціалістів, проводити міждержавний обмін фахівцями у галузі НіНМ.

6. Формування стереотипу здорового способу життя:

6.1. Включити до програм навчання у загальноосвітніх закладах такий важливий елемент підвищення ресурсів організму, як щоденна «година здоров'я» з використанням народних та нетрадиційних методів оздоровлення, підвищення рівня рухової активності до оптимальних величин

6.2. Впроваджувати у практику охорони здоров'я заходи щодо підтримки здорового способу життя методами НіНМ

6.3. Брати участь у комплексних програмах зміцнення здоров'я:

- профілактика тютюнопаління методами НіНМ;
- подолання наркоманії, токсикоманії, алкоголізму методами НіНМ;
- розвиток фізичної культури методами НіНМ;

– підвищення якості харчових продуктів з використанням засобів НіНМ;

– поліпшення стану психічного здоров'я методами НіНМ

6.4. Розробити та впровадити використання методів НіНМ у лікувально-оздоровчий процес санаторно-курортних закладів.

7. Інформаційне забезпечення:

7.1. Створити єдину систему інформаційного забезпечення галузі НіНМ із використанням системи науково-методичної, статистичної та медичної інформації

7.2. Розробити та впровадити в міжнародній комп'ютерній системі «Інтернет» інформацію щодо використання методів НіНМ у практиці охорони здоров'я

7.3. Через ЗМІ інформувати населення України щодо нормативно-правових вимог до фахівців, які здійснюють медичну практику в галузі НіНМ, а також пропагувати результати позитивного досвіду лікування методами НіНМ

8. Розвиток цілительства:

8.1. Затвердити та впровадити Кваліфікаційні вимоги цілителя з НіНМ

8.2. Удосконалити систему атестації та експертизи цілителей, які практикують методами НіНМ

8.3. З метою вивчення такого явища, як цілительство, впровадити через охорону здоров'я систему співпраці лікаря з цілителями України та зарубіжними фахівцями, які практикують народними і нетрадиційними методами

8.4. Пропагувати кращий досвід роботи лікарів та цілителей з НіНМ

8.5. Розробити стандарти та затвердити типові таблиці оснащення кабінетів цілителей, які практикують різними методами НіНМ

8.6. Створити реєстр цілителей, які практикують методами НіНМ

8.7. В установленому порядку визначати та співпрацювати з базовими організаціями, у яких проводиться атестації та експертизи цілительських здібностей осіб.

Прогноз результатів впровадження та виконання Стратегії:

- Поліпшиться стан здоров'я населення
- Подовжить трудове довголіття та тривалість активного життя
- Задовольнить потреби населення в ефективній, якісній, безпечній та доступній медичній допомозі.

Історична довідка

В Україні інтенсивний розвиток НіНМ розпочався з видання Указу Президента України від 31.07.1998 № 823/98 «Про заходи щодо врегулювання діяльності в сфері народної і нетрадиційної медицини», який визначив основні

напрямки її розвитку. На виконання вимог цього Указу при МОЗ України були створені Комітет з питань НіНМ при МОЗ України (наказ МОЗ України від 04.12.98 № 343), який був реорганізований у Державне підприємство «Комітет з питань народної і нетрадиційної медицини МОЗ України», відкриті кафедри у ВМНЗ, а в 1992 році – Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет УАНМ», у 2004 р. – Всеукраїнська громадська організація «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України» (далі – Асоціація).

Юридичні аспекти

- Указ Президента України від 08.08.2000 № 963 «Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України» та рекомендації ВООЗ «Стратегії розвитку народної медицини 2014-2023 рр.».
- принципи державної політики України, рекомендації і стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я у галузі охорони здоров'я та НіНМ.
- базові положення Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 № 14.
- програма діяльності Кабінету Міністрів України «Назустріч людям», затвердженої постановою Верховної Ради України від 04.02.2006 № 2426-IV.

УДК 615–085+615.322+615:581/582

ВИКЛАДАННЯ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ СТУДЕНТАМ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ

■ Н. О. Горчакова, О. В. Шумейко, О. В. Клименко, І. С. Чекман

■ *Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця*

Вступ. Фармакологія – наука про ліки, що відома стародавньою історією, корені якої йдуть від народної медицини. В педагогічній діяльності, окрім технології підготовки лекцій для лікарів і населення, доцільно згадати про історію лікознавства, назвати лікарські засоби, які широко застосовуються в народній медицині з давніх часів.

Головна частина. В сучасній номенклатурі залишилися деякі лікарські засоби, що широко використовувалися в народній медицині, і тому доцільно

навести приклади цих препаратів. У стародавньому Єгипті для полоскання та промивання слизових оболонок при захворюваннях ясен та горла рекомендували настої і чаї з квітів ромашки, при метеоризмі – з трави кропу, при втраті апетиту – з квітів полину, про що згадано у старовинному папірусі Еберса. В довідниках тибетської медицини при запорі широко рекомендувався відвар ревеню. В Китаї для лікування ран та при очних захворюваннях готували розчин із срібла, міді, алюмінію, що висвітлено у відповідних травниках. В давньоіндійській «Книзі життя» містяться рекомендації щодо застосування ртуті і її солей для лікування сифілісу. В грецькому «Збірнику Гіпократа» розкриті лікувальні властивості настоїв, відварів звіробою для зовнішнього і внутрішнього вживання, з золототисячника – для прийому всередину при кахексії, з шавлії – для полоскання при ангіні. Сучасники широко користуються галеновими препаратами, які запропоновані одним з класиків античної медицини Клавдієм Галеном. Цей вчений розробив методи одержання настоїв, відварів, екстрактів, зібрав докази про те, що лікувальний ефект має діюча речовина рослини, а не її частина. В Київській Русі для загоєння ран застосовували дьоготь та фарби з солями важких металів. Таємничий індійський засіб – порошок хінного дерева – і в наші дні лікує хворих на малярію.

Заключення. Студенти і лікарі мають берегти та цінити надбання народної медицини, пам'ятати, що основи лікознавства, узагальнені знаннями та практичним досвідом поколінь, донесли до нас надбання народної медицини, лікарські засоби якої успішно застосовують для лікування різних захворювань.

УДК 616-08-039.11

МЕСТО АНТИГОМОТОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

■ **Л. Я. Адегова**

■ *Днепропетровский медицинский институт традиционной
и нетрадиционной медицины*

Согласно МКБ 10, нарушенная толерантность к глюкозе, которая связана с другими состояниями и синдромами, является высоким фактором риска развития сахарного диабета 2-го типа. Только полноценное лечение, направленное на восстановление функции пораженных органов, восстановление тканевого обмена и чувствительности тканевых рецепторов к инсулину

могут предотвратить развитие такого тяжелого заболевания, как сахарный диабет.

Пациентка М, 41 год, с диагнозом: хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью, стадия ремиссии. Преходящая гипергликемия, астенический синдром.

Обратилась к врачу с жалобами на преходящую гипергликемию до 7,5 ммоль/л, слабость, утомляемость, склонность к послаблению стула, головные боли, метеозависимость, боли в эпигастрии слева после пищевой погрешности.

Anamnesis morbid: преходящая гликемия в течение 1 года, боли в эпигастрии в течение нескольких лет, головные боли с подросткового возраста.

Anamnesis vitae: перенесены детские инфекции – краснуха, ветряная оспа, частые ангины. В подростковом возрасте была нейровегетативная дисфункция. Наблюдались пищевые отравления. Менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отг.

Семейный анамнез: у матери сахарный диабет 2-го типа, диабетическая ретинопатия, отслойка сетчатки, потеря зрения, инвалид 1-й группы.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови: гемоглобин 112 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}$, цв. показатель 0,8, лейкоциты $5,2 \times 10^9$, палочкоядерные нейтрофилы 3 %, сегментоядерные нейтрофилы 62 %, эозинофилы 4 %, лимфоциты 26 %, моноциты 5 %. Глюкоза крови 6,6 ммоль/л.

В общем анализе мочи: цвет соломенно-желтый, уд. вес 10^{16} , сахар, белок, желчные пигменты не обнаружены, плоский эпителий 4-6 в поле зрения, лейкоциты 3-5 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения, цилиндры не обнаружены, соли-оксалаты, незначительное количество. В суточном анализе мочи – глюкозурия в виде следов сахара. В биохимических исследованиях нарушений электролитного, печеночного и белкового обмена нет.

При осмотре: правильного телосложения, пониженного питания, астенизирована. Кожные покровы чистые, видимые слизистые розовые. Язык влажный, покрыт белым налетом у корня. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Живот мягкий, болезнен в правом подреберье и в эпигастральной области. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет.

Для данного случая был выбран комплексный патогенетический подход с применением антигемотоксических препаратов, что позволило провести полноценное лечение у данной пациентки, тем более, что тяжелая форма сахарного диабета есть у матери.

Назначено лечение.

Первый курс. Дренажная терапия в течение 3-х нед. Лимфомиозот по 8 кап. 3 р., Нукс Вомика Гомаккорд по 10 кап. 3 р., Траумель по 1 т. 3 р., Нерво-Хеель по 1 т. 3 р.

Второй курс. Базисная терапия на 2 недели. Момордика комп в/м 2 р. в нед., Галиум-Хеель по 10 кап. 3 р., Катализаторы цикла лимонной кислоты по схеме в/м 2 р. в нед. Игнация Гомакорд по 10 кап. 2 р. перорально.

Третий курс. Продолжение базисной терапии. Плацента комп в/м 2 р. в нед., Гепаркомп-Хеель 2 р. в нед. в/м, Коэнзим комп 2 р. в нед. в/м, Кралонин по 10 кап. 3 р. Цель базисной терапии улучшение работы внутренних органов, восстановление функции поджелудочной железы.

Контроль гликемии в конце курса лечения показал натощак 5,2 ммоль/л. Состояние больной улучшилось, нет дискомфорта в эпигастрии, регулярный оформленный, переваренный стул, стала спокойной и уравновешенной, нормализовался сон, нет головных болей.

С целью конституциональной коррекции назначен Псоринохеель по 6 кап. / оптимально подобранная доза / в течение 3-х месяцев.

После лечения прошло 1,5 года. Контроль гликемии показывал не выше 5 ммол/л. Один раз в 6 месяцев пациентка получает метаболическую терапию катализаторами цикла лимонной кислоты и коферментами. Самочувствие хорошее, трудоспособна.

Выводы

Пример показывает, что антигомтоксическая терапия предотвратила развитие сахарного диабета 2-го типа, с помощью антигомтоксических средств можно эффективно проводить лечение метаболических нарушений, восстановить функцию пораженных органов, вернуть полноценное качество жизни пациентам.

УДК 616-036.12-085.874.24:615.89

ЛІКУВАЛЬНЕ ГОЛОДУВАННЯ ЯК НЕТРАДИЦІЙНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

■ Л. В. Андріюк

■ *Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Лікувальне голодування відноситься до тих нетрадиційних методів лікування, які підвищують загальний спротив організму до хвороби, активізують механізми саногенезу. Воно надзвичайно ефективне і безпечно, якщо проводиться під спостереженням досвідченого в цій справі лікаря і в умовах, які забезпечують виконання всіх необхідних «очисних процедур» і відповідного лікування.

Розвантажувально-дієтична терапія (РДТ) справляється з багатьма хронічними хворобами з легкістю і за короткий час, причому практично безплатно і без відриву від своєї практичної діяльності. Єдиною умовою є збереження після голодування видового харчування.

Мета лікувального голодування – не тільки усунути хвороби. Проїшовши такий курс, пацієнт має навчитися правильного способу життя. Зрозуміти, якщо після лікування він не змінить його, то тим самим створить умови для повернення хвороб.

Звичайно, голодування не є приємною процедурою. Це, скоріше за все, плата за багаточисельні гріхи наші перед природою. Люди, які страждають багатьма хворобами, які передчасно постаріли, повинні знову заробити своє здоров'я. Натуральне харчування, очищення організму голодуванням, фізичні вправи ведуть до тривалого життя.

Голодування сприяє радикальному очищенню зашлакованого організму. Шлаки – це продукти обміну речовин, які постійно нагромаджуються як в окремих клітинах, так і тканинах (сполучній, жировій, кістковій, міжклітинній рідині). Це, в основному, кінцеві продукти білкового обміну – сечовина, сечова кислота, креатинін, амонійні солі. Причини засмічення організму шлаками – це переїдання, нераціональне поєднання продуктів, харчування невластивою для людини їжею, інтоксикація алкоголем, хіміопрепаратами, тютюном. Лікувальне голодування допомагає очищенню не тільки від шлаків, але і від надлишку води, хлористого натрію, солей кальцію, радіоактивного стронцію і цезію.

Знищення хворих клітин при лікувальному голодуванні зв'язано з вивільненням лімфоцитів клітин всього травного тракту. β лімфоцити, які стягуються зі всіх лімфатичних колекторів і вузлів шлунково-кишкового тракту, пригнічують і знезаражують всі наявні хвороботворні, запальні, токсичні вогнища.

Таким чином, лікувальне голодування і аутоліз відносяться до захисної, адаптаційно-трофічної функції організму, з допомогою якої він здійснює очищення і оновлення всіх тканин і органів.

Щоб уникнути небезпечної для нашого організму гіпоглікемії, організм починає виробляти глюкозу з неуглеводневих компонентів (глюконеогенез). Цей процес запускається і контролюється гормонами кори наднирників.

Для глюконеогенезу в організмі людини використовуються наступні види «сировини». Перше – це продукти неповного згорання самої глюкози – лактат (молочна кислота). Друге – глюкозу можна отримати із гліцерину, який входить до складу жирів. Проте, гліцерин складає лише малу частину того, що отримуємо при розщепленні жирів, в основному це різні кислоти. Третє – глюкозу можна отримати із білків, а саме з 10 глікогенних амінокислот, але це, перш за все, будівельний матеріал для організму. Тому найбільш прийнятним джерелом енергії для організму є жири.

Звичайна схема розщеплення жирів обов'язково включає проміжну стадію, де утворюються кетоніві тіла: ацетон; масляні кислоти (продукти неповного згорання жиру); лужні резерви крові знижуються і це відбивається на самопочутті хворого. В легких випадках появляється швидка втомлюваність, головний біль, порушення уваги. В більш важких – сонливість, нудота, блювота, серцебиття, м'язове тремтіння. Такий стан – результат накопичення в крові отруйних продуктів.

До ендогенного харчування людський організм пристосовується на 6-10-й день голодування. Це критичний період, який отримав назву «ацидотичний криз» або «ацидотичний зсув». Пристосування полягає в тому, що організм, який поставлено в складні умови, починає виробляти цукор із власного жиру і білку. При наявності цього цукру жир розщеплюється, не залишаючи продуктів неповного згорання. Ацидотичний криз при цьому зменшується, кількість цукру в крові збільшується, і хворий легко переносить голодування до того часу, поки в його організмі є запаси жиру і білку, і допоки є можливість використовувати їх.

Велика частина токсинів чи шлаків служать або енергетичним субстратом для органів і тканин, або є основою для наступного синтезу життєво необхідних сполук (наприклад, глюкози), або відіграють роль безпосередніх регуляторів ключових обмінних процесів, забезпечуючи, таким чином, адаптацію організму до голодування.

Завдяки підключенню ряду компенсаторних механізмів, ацидоз у людини, яка знаходиться на голодуванні, завжди компенсований, тобто не досягає різко вираженої стадії. Завдяки наявності ацидозу (як лікувального фактора) організм переходить на внутрішнє, ендогенне лікування і починає засвоювати вуглекислоту. Виокремлюють дві стадії цього процесу:

1. Стадія наростаючого кетואцидозу. Вона триває від 2-3 до 7-9 діб розвантажувального періоду. Змінюється самопочуття тих, хто голодує: почуття голоду притуплюється, з'являється запах ацетону і присмак металу в роті, обкладення язика білувато-сірим нальотом, виражена загальна слабкість, сонливість вдень і порушення нічного сну, можлива нудота і навіть блювота. Додаткова втрата маси тіла складає 300-700 г вона обумовлена початком активного розщеплення жирів. Пульс стає рідшим (48-60 ударів на хвилину), знижується артеріальний тиск. При цьому організм активно використовує жирові запаси. Найбільше навантаження приходить на печінку. Проходить розщеплення жиру до вільних жирних кислот з їх наступним окисленням і синтезом кетонівих тіл (ацетон, ацетонова і бета-окси-масляна кислоти), які відіграють при ендогенному харчуванні роль основного джерела енергії для мозку, серцевого і скелетних м'язів.

2. Стадія компенсованого ацидозу. Вона відповідає активному використанню організмом кетонівих тіл. Організм отримує їх з власного жиру. Ця стадія починається з 7-9 діб і закінчується на 14-21 добу, тобто після завершення роз-

вантажувального періоду. Добова втрата маси зменшується і складає 200-500 г за рахунок ендогенного харчування, перш за все жирами організму. Типовими проявами правильного лікувального голодування в цей час є: поступове очищення язика, зникнення неприємного запаху з рота, відчуття постійної сухості в роті змінюється вологістю. З'являється відчуття голоду.

Сам по собі **кетозидотичний криз** – це сильний стресовий фактор, впливом якого пояснюється терапевтична дія лікувального голодування. Його розвиток обумовлений переключенням організму на ендогенне харчування на піку порушення обмінних процесів. Воно характеризується початком синтезу глікогену із продуктів ліполізу. В звичайних умовах харчування цей процес блокується вуглеводами, які поступають з їжею. Тому на протязі всього періоду голодування забороняється вживання будь-яких вуглеводів (навіть незначної кількості). Порушення цього правила може привести до розвитку дистрофічних процесів в організмі.

В цей період енергетичні потреби організму покриваються більш ніж на 80 % за рахунок жирів. Білки і вуглеводи в процесі енергоутворення використовуються незначно. Ці субстрати утворюються за рахунок аутолізу (автопереварювання) менш важливих клітин і тканин організму. Причому використання власних тканин організму з цією метою йде надзвичайно економно. Вже з 2 тижня голодування практично половина необхідної добової кількості енергії утворюється із жирних кислот і продуктів їх неповного окислення (кетонів тїл), які є основою багатьох вітамінів, гормонів та інших життєво-важливих продуктів.

Ці ненасичені жирні кислоти через кров знову поступають до шлунка у вигляді так званої «спонтанної шлункової секреції». Вони і є основою ендогенного харчування, яке по своєму вмісту можна вважати повноцінним. Ненасичені жирні кислоти активують тканинний нейрогормон, який подавляє відчуття голоду. Тому з 3-4 дня голодування хворі не відчують потягу до їжі. У багатьох хворих він зникає після очищення кишечника великою дозою послаблюючого. В цей же час зникає потяг до алкоголю, нікотину, наркотиків. Не спостерігається так званий «синдром відміни» у хворих, які залежні від глюкокортикоїдних гормонів наднирників, засобів, які блокують рецептори клітин. Крім того, ненасичені жирні кислоти забезпечують виражений жовчогінний ефект.

Це відображається і в динаміці зниження ваги. Якщо в перші дні голодування втрата ваги тіла складає до 1 кг на добу, то в стадії компенсації – 50-200 грамів на добу. В цій стадії зменшується теплоутворення в організмі, за рахунок чого появляється мерзлуватість. Фізична працездатність знижується незначно, проте дуже зростає розумова. Відмічається підвищена стійкість організму до гіпоксії. Зростає кількість еритроцитів і гемоглобіну в крові.

Час виникнення та інтенсивність кетозидотичного кризу є прогностичним

критерієм очікуваної ефективності лікувального голодування. Чим пізніше цей криз розвивається, тим менший лікувальний ефект від курсу голодування. Найкращих результатів можна чекати у пацієнтів з розвитком кризи в межах 5-8 діб. Навіть при тривалому голодуванні життєво важливі органи (мозок і серце) у вазі не зменшуються. У всіх інших органах проходить істотна позитивна перебудова.

Розвантажувально-дієтична терапія приводить до норми біохімічні процеси, викликає захисне гальмування нервової системи, виведення отрути і шлаків (дезінтоксикація), мобілізацію сил організму, нормалізує обмін речовин, нормалізацію асиміляції, «омолодження» тканин, аутоліз патологічних утворень, покращує травлення і кровообіг, дає органам тіла фізіологічний спокій.

Тому лікування голодуванням називають внутрішньою операцією без ножа, причому природа оперує значно краще хірурга, вона щадить здоров'я і усуває все хворе. Людина без їжі в середньому може жити півроку. Темін в 15-20 днів є мінімальним для проведення лікувального голодування з метою оздоровлення. Лікувальне голодування можна проводити з 10 років (по 1-2 дні), а в основному – не раніше 15 років. РДГ краще декільком людям, або одному (обособлено). Після 70 років голодування не рекомендується.

Завжди і у всіх виникає питання: скільки має тривати курс лікувального голодування? Курс не повинен бути меншим 15-ти днів, так як при меншому не завершується повний цикл перебудови в організмі, при голодуванні обов'язково пройти ацидотичний криз. При важкому, серйозному захворюванні лікувальне голодування має бути тривалим, виражений лікувальний ефект проявляється через 60-90 днів. Ознаками завершення лікування голодом є очищення язика, зникнення симптомів захворювання, поява доброго настрою, здорового блиску в очах. Терміни проведення голодування визначаються по пробах сечі і кількості осадків в ній.

Йоги використовують метод дослідження закінчення курсу голодування за складом слини. Якщо слина гірка, це означає, що організм ще не очистився, і треба продовжити голодування, доки слина не перестане бути гіркою.

Коли є сумніви у визначенні тривалості лікувального голодування, завжди треба вибирати більш обережний варіант, треба пам'ятати, що є переривисте (дробне, ступеневе) голодування. Воно застосовується при тяжких захворюваннях і великій зашлакованості організму, частіше це буває у людей з ожирінням, які мають надлишкову вагу. У випадках тривалого голодування може розпочатись виділення великої кількості відходів, і тоді нирки та інші очисні системи не спрацьовують і блокуються. В цьому випадку надійніше і безпечніше проводити декілька курсів невеликої або середньої тривалості.

Дуже важливо, щоб перед голодуванням пацієнт налаштувався на тривалість голодування не менше, ніж на 3 тижні або довше. Дуже просто зупинити голодування раніше, але майже неможливо для того, хто голодує, прийняти рішення збільшити його строки. Суб'єктивно, курс голодування триваліс-

тю 30 днів переноситься не важче, ніж курс тривалістю 15 днів.

Лікувальне голодування може з успіхом використовуватися при лікуванні майже всіх хронічних захворювань, а також з профілактичною метою для підвищення потужності захисно-приспосувальних механізмів організму. Відмічено, що лікувальне голодування має виражений омолоджуючий ефект. Подібний результат обумовлений зменшенням дезамідованих білків в тканинах організму, кількість яких збільшується з віком. Під час голодування приходить якісне покращення молекулярної структури білка, що позитивно впливає на стан організму.

УДК 615.89(430)

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ГЕРМАНИИ

- ¹ В. В. Абрамов, ¹ И. Н. Шевченко,
² Е. В. Демиховская

- ¹ *Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины*
² *Германия*

В перечень специальностей современной системы здравоохранения Германии уже давно и прочно обосновалась профессия целителя (*Heilpraktiker*). В настоящее время в Германии насчитывается более 8000 целителей, которые ежегодно принимают до 15 миллионов больных. Несмотря на то, что статус целителя не обязывает иметь официально признанное медицинское образование, необходимо выполнять предписания государственного или общественного органа, целый ряд законов регулирует доступ целителей к лечебной практике, а профессиональные сообщества прямо или косвенно регулируют качество практикуемых методов лечения.

Исторический экскурс. Законодательство. Первый закон о целителях, с определением этой профессии, порядке их деятельности, правах и ограничениях, был принят в 1939 году. Согласно этому закону лица без медицинского образования допускались до лечения пациентов и получили звание «врач натуральной медицины» при условии, что они смогут доказать свои способности к целительству и получают на это официальное разрешение. В последней редакции закона, в частности, сказано, что целителем может стать каждый законопослушный гражданин Германии или иностранец, имеющий постоянный вид на жительство, достигший 25 лет, который имеет законченное среднее образование и не страдает опасными для общества физическими или психическими заболеваниями. Как следует из этого закона, претендент на профессию цели-

теля не должен предъявлять доказательства о специальном образовании или о своих способностях к лечению людей. Экзамен в официальном органе здравоохранения призван подтвердить, что целитель обладает достаточными медицинскими знаниями, чтобы не вредить обществу и пациентам. Обладатель разрешения на деятельность в качестве целителя приобретает право создать свой собственный праксис (амбулаторию), где может принимать пациентов и практиковать любой из методов альтернативной медицины.

Система подготовки специалистов. Проверка основных медицинских знаний в управлении здравоохранением является для многих соискателей звания «целитель» непреодолимым препятствием. Государственно-признанных учебных заведений, которые готовят желающих к сдаче подобного экзамена, не существует. Однако существует ряд школ, которые предлагают в течение 12-30 месяцев очных или заочных занятий подготовить людей со средним школьным образованием к медицинскому экзамену. Уже на стадии подготовки к экзамену в органах здравоохранения, целитель попадает в сферу влияния одного из шести крупных профессиональных сообществ целителей Германии. Эти шесть сообществ собрали форум и создали общую организацию под названием «Немецкие союзы целителей». Организация защищает интересы целителей в официальных и правительственных кругах, предоставляет независимую экспертизу, вырабатывает общий порядок ведения профессиональной деятельности целителей, определяет их основные права и обязанности.

Место альтернативной медицины в современной системе здравоохранения. В последние годы врачи Германии все чаще обращаются за помощью к традиционной китайской медицине (прежде всего, акупунктуре) и гомеопатии. В немецких университетах создаются кафедры традиционной и нетрадиционной медицины. Интерес врачей поддерживается результатами проведенных по всем правилам доказательной медицины исследований эффективности этих методов. По результатам проведенных исследований акупунктура объективно доказала свою эффективность.

Действующий профессиональный порядок для целителей был утвержден в 1992 году и содержит, в частности, следующие правила.

Целитель обязан:

- осознавать границы своих знаний и возможностей: имеет право отказать пациенту в лечении (за исключением urgentных случаев) и направить его к врачу;
- хранить медицинскую тайну, постоянно совершенствовать свои знания, вести медицинскую документацию;
- при обнаружении или подозрении на инфекционную болезнь (конкретный перечень инфекций содержится в соответствующем законе), психическую болезнь, угрожающую самому пациенту или его окружению, профессиональную болезнь или несчастный случай на рабочем месте, побочное действие ле-

карств целитель обязан послать официальное оповещение в органы здравоохранения.

Целителю запрещено:

- обещать больному полное излечение, давать вводящую в заблуждение рекламу, заниматься медицинской практикой, не имея стационарной амбулатории, лечить пациентов бесплатно,
- лечить инфекционные и передающиеся половым путем болезни;
- исследовать материал от больного на наличие возбудителей инфекций, обследовать и лечить стоматологических больных;
- выписывать и применять наркотические обезболивающие средства;
- принимать роды (за исключением urgentных случаев), заниматься прерыванием беременности;
- выписывать больничные листы в государственные больничные кассы или лечить больных, находящихся на больничных листах;
- выдавать свидетельство о смерти.

По результатам проведенного социального опроса, больше 70 % пациентов желали бы получить от врача подробную информацию о своем заболевании, его причинах, и также об альтернативных методах лечения, и высказались о готовности активно участвовать в излечении. По данным опроса больше трети пациентов, желающих активно участвовать в своем излечении, обращаются в прaxis к целителю.

УДК: 378.147:[378/016:615.322]

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ВИКЛАДАННЯ ФІТОТЕРАПІЇ

■ **І. М. Білай, М. П. Красько, А. О. Остапенко, В. О. Демченко**

■ *Запорізький державний медичний університет, кафедра клінічної фармації, фармакоterapiї та УЕФ*

Основним питанням у вивченні фітотерапії є загальні принципи застосування лікарських рослин, які необхідно добре засвоїти студентам, а також знати їх практикуючим лікарям.

Сьогодні в Україні для лікування використовуються біля 2000 речовин, субстанцій та препаратів, причому 1/3 лікарських засобів виготовляється з рослинної сировини.

Актуальність використання лікарських рослин неодмінно зросла в останні роки. Це обумовлено тим, що і сьогодні ми є свідками терапевтичних невдач

тератогенних ускладнень. Достатньо згадати про «талідомідову трагедію» та появу нової нозологічної форми, яка отримала назву «лікарська хвороба».

Фітотерапія завойовує прихильність та авторитет у зв'язку з тим, що ліки рослинного походження здійснюють лікувальний вплив повільно та разом з тим тривало, не викликаючи побічних ефектів та алергічних реакцій. Крім того, багато лікарських рослин є джерелом для отримання фармакологічно активних речовин, наприклад алкалоїдів, які є сировиною для багатьох лікарських препаратів. Навіть до теперішнього часу не вдалось синтезувати засіб, що замінив би наперстянку. Послаблюючі засоби, спазмолітики, сенсibiliзатори, проти-пухлинні засоби та інші отримують, головним чином, з лікарських рослин.

Багато рослин мають широкий спектр терапевтичної дії, що дозволяє обирати їх конкретному хворому, звертаючи увагу на характер захворювання та виразність супутніх (коморбідних) патологічних процесів. Це є можливим як для окремих рослин, так і для комбінацій.

Вищезгадані принципи можуть бути дійсно корисними, якщо хворий приймає ліки, які виготовлені з рослинної сировини високої якості.

УДК 616-053.9-085.322+615.322:638.178.2

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПИЛКУ КВІТКОВОГО У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОСІБ СТАРШОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ

- **О. І. Волошин, Л. О. Волошина, Н. М. Малкович, Б. П. Сенюк**
- ***Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»***

Позитивні властивості *пилку квіткового (ПК)* здавна використовуються в різних галузях внутрішньої медицини. Загальновідомо, що ПК містить широку палітру біологічно активних речовин, в тому числі вітамінів, макро- та мікроелементів, гормоноподібних субстанцій, ліпідів, протеїнів, білків тощо. Встановлено, що ступінь проявів цілющих властивостей ПК є нерівнозначним: високий рівень притаманний антиоксидантним та репаративним функціям; помірний – жовчогінним, протизапальним, геропротекторним, ноотропним, загальнозміцнювальним та слабкий – сечогінним, антианемічним властивостям.

Нами був використаний ПК для комплексного лікування пацієнтів у віковій групі старше 65 років з ураженнями серцево-судинної, травної, дихальної, ендокринної систем, опорно-рухового апарату. ПК був включений у лікувальну схему з метою корекції вікового імунодефіциту шляхом активації і нормалі-

зації метаболічних процесів та створення належних умов для функціонування імунної системи. В ПК наявні такі середники як селен, цинк та фітогормони, активуюча дія яких на імунну систему є відомою. Важливим також є активуючий вплив ПК на всі ділянки системи травлення, чим досягається пре біотичний ефект на мікрофлору кишечника та його дифузну імунну систему, яку образно за важливість називають «четвертою імунною залозою».

Нами розроблений спосіб корекції ПК вікових захворювань системи травлення, які супроводжуються зниженням травних спроможностей шлунково-кишкового тракту та зниженням засвоєння біоресурсів ПК і зменшенням його позитивних ефектів. Суть способу полягає в тому, що з метою усунення вищезазначених явищ ПК призначається разом з одним із поліферментних препаратів (панкреатин, фестал, мезим тощо), що суттєво покращує загальні результати лікування.

З побічних дій, зареєстрованих нами в процесі лікування, були зрідка печія, відрижка кислим, біль в животі, схильність до послаблення, капіляропатії, алергічні реакції за типом кропив'янки, індивідуальна непереносимість ПК.

У хворих на гіпертонічну хворобу апробована разова та добова, курсова дози можуть сприяти підвищенню артеріального тиску на 10-20 мм (систолічного). В подібних випадках ми знижували разову дозу ПК наполовину, відповідно подовживши загальний курс його застосування, та в разі потреби збільшували дозу одного з гіпотензивних препаратів.

Перспективним є вивчення цілющих властивостей ПК у пацієнтів з коморбідною мікст-патологією.

УДК: 616-002.78-008.9-06:616.61]-036.1-08-035:615.322

ОСОБЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ФІТОЗАСОБАМИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ З ВИСОКИМ РІВНЕМ ВАСКУЛЯРНИХ КОМОРБІДНИХ ПРОЦЕСІВ ТА УРАЖЕННЯМ НИРОК

■ **О. І. Волошин, О. І. Доголіч**

■ **ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»**

Актуальність. За останні десятиліття відмічено активність зростання захворюваності на подагру з 0,5 до 2-3 відсотків. Цьому захворюванню притаманний високий рівень коморбідності, особливо судинних хвороб, що зумовлює високий кардіоваскулярний ризик, який на пізніх етапах посилюється

зниженням функцій нирок та зростанням рівня урикемії.

Мета. Підвищити ефективність комплексного лікування хворих на подагру з високим рівнем васкулярних коморбідних процесів і ураженням нирок шляхом застосування рослинних засобів (уронефрону та кверцетину).

Матеріал і методи. Із 127 хворих на подагру вибрано 40 пацієнтів із високим рівнем судинних коморбідних процесів (АГ I-II ст., ІХС, серцева недостатність ФК I-II) та подагричним ураженням нирок (СКХ, вторинний піелонефрит). Методи дослідження: клінічні, лабораторно-біохімічні, ЕКГ, динамічне вимірювання АТ, УЗД органів черевної порожнини та нирок. В лікувальному комплексі (дієта, НПЗП+алопуринол, місцеве лікування) додатково призначали гіпотензивні, антишемічні та біофлавоноїд кверцетин 0,04×3 рази на день і фітопрепарат «Уронефрон» по 25-30 крапель тричі на день упродовж місяця. Критеріями ефективності були: ступінь регресу проявів подагри і коморбідних процесів, динаміка АТ, рівень СК в крові та зміни в сечі, а також оцінка результатів попередніх етапів лікування (за принципом випадок-контроль).

Результати. Встановлено, що поєднане застосування в лікувальному комплексі кверцетину та уронефрону сприяє покращенню дії гіпотензивних та антишемічних засобів, що клінічно проявлялося швидшим регресом симптоматики судинних уражень, а також зменшенню дизуретичних явищ з боку сечостатевої системи та покращенню мікроскопічної картини сечі. Поєднане застосування НПЗП та алопуринолу впродовж 7-10 днів швидко купірувало подагричну атаку, тому встановити якийсь клінічний вплив кверцетину та уронефрону на суглобовий синдром не вдалося. Проте 30 днів застосування цих препаратів призвело до достовірного зниження рівня урикемії.

Наші дослідження попереднього періоду з роздільного застосування кверцетину та уронефрону в окремих групах хворих на подагру продемонстрували помірні антиоксидантний, ангіо-, кардіопротекторний ефекти кверцетину, легку гіпотензивну дію, а уронефрону – сечогінний, урикозуричний, антисептичний ефекти та частково жовчогінний. Однак, хворі на подагру із зростанням їх віку та прогресуванням подагри, як правило, мають одночасно високий васкулярний коморбідний фон та значні подагричні ураження нирок. В порівнянні з попередніми результатами відокремленого використання кверцетину та уронефрону, в даному дослідженні клініко-лабораторно-інструментально встановлено потенціуючий ефект сумісного застосування кверцетину і уронефрону, що оптимізує загальні результати лікування подагри та коморбідних процесів.

Висновок

Поєднане застосування кверцетину і уронефрону покращує загальні результати комплексного лікування хворих на подагру з високим рівнем судинних коморбідних процесів та нирок і свідчить про доцільність їх використання у такого контингенту хворих.

INVICORRY – СИСТЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА БЕЗПЕРЕРВНОГО КОНТРОЛЮ (САМОКОНТРОЛЮ) ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я

- ¹ О. П. Глоба, І. В. Медков
- ² О. В. Залевський, Т. М. Крук

- ¹ ННБК «*Life without medicines*»
- ² *Company Smokoko*

За визначенням ВООЗ якість життя – це сприйняття індивідами їх положення в житті в контексті культури і системи цінностей, в яких вони живуть, у відповідності з цілями, очікуваннями, нормами і турботами. Якість життя визначається фізичними, соціальними та емоційними факторами життя людини, що мають для неї важливе значення і вплив. Якість життя – це ступінь комфортності людини як всередині себе, так і в рамках свого суспільства.

До соціальної категорії якості життя ООН включає 12 параметрів, із яких на першому місці стоїть здоров'я. Європейська економічна комісія систематизувала 8 груп соціальних індикаторів якості життя, при цьому здоров'я також поставлено на перше місце. Отже, якість життя, пов'язану зі здоров'ям, можна розглядати як інтегральну характеристику фізичного, психічного і соціального функціонування людини, засновану на її суб'єктивному сприйнятті.

У сучасній медицині дослідження якості життя все частіше застосовується в клінічній практиці, у клінічних дослідженнях, інтерес до оцінки якості життя зростає серед організаторів охорони здоров'я та широкого кола фахівців. Таким чином, дослідження якості життя можна вважати новим, надійним, високоінформативним, чутливим і економічним інструментом оцінки стану здоров'я населення, окремих груп і конкретних індивідуумів, ефективності використання нових організаційних, медичних і фармакологічних методів лікування.

Наше тіло влаштовано таким чином, що воно кожную хвилину прагне до самовідновлення. Єдине, що нам треба зробити – це припинити йому заважати. Наш організм постійно робить спроби щодо регенерації. Для того, щоб повернути людині можливість самозцілення, треба навчитися слухати своє тіло, зрозуміти, що воно від вас хоче, не послаблювати його хімічними речовинами, або токсинами типу хіміотерапії.

Всі ми хочемо бути здоровими для того, щоб цим здоров'ям користуватися. Ми всі хочемо мати всередині себе щось, що забезпечить нам безболісне існування. Людина в плані свого здоров'я повинна бути самоосвіченою більше,

ніж будь-який лікар (незалежно від рангу, ступеню та звання). Необхідні знання, сучасні інструменти для самоконтролю за станом здоров'я і робота розуму. У разі хвороб – це доля лікаря, у разі здоров'я – це особиста інформованість і зацікавленість.

Вченими встановлено, що кожна жива клітина є одночасно випромінювачем і приймачем електромагнітних хвиль певної частоти. Система управління в організмі залежить від того, яким чином живі клітини обмінюються цими хвильовими сигналами. Хвороба – це порушення інформаційного електромагнітного обміну (спілкування, взаємодії) між клітинами.

Квант – неподільна частка будь-якої величини в фізиці. Квантові технології мають своєю метою розгляд живих і неживих систем з позиції квантової теорії. Появу таких технологій в майбутньому прогнозував Л. Чижевський: «... з квантової фізики і квантової хімії повинні будуть народитися квантова біофізика і квантова біохімія, а з них – квантова фізіологія, квантова біологія і, нарешті, квантова медицина...».

Квантова медицина базується на гармонійному союзі найдавніших народних звичаїв щодо зміцнення з досягненнями сучасної, прогресивної науки. Вона з успіхом поєднує в собі медичні пізнання Сходу, які збиралися протягом тисяч років, з інноваційними дослідженнями квантової фізики. Головною концепцією квантової терапії є не зміцнення в традиційному загальноприйнятому розумінні, а гармонізація, оптимізація системи відповідності взаємовідносин «природа і людина», спрямування особистих життєвих сил організму до самоодужання, впливаючи випромінюваннями (електромагнітними коливаннями) природного походження. До природних електромагнітних полів людина добре адаптувалася за часи свого тривалого еволюційного розвитку.

Розроблена нами квантова технологія безперервного контролю (самоконтролю) за станом здоров'я, забезпечення якості життя **INVICORRY** заснована на використанні квантів енергії, тобто малих доз електромагнітних коливань, для тестування (діагностики), корекції (лікування) та моніторингу (профілактики) багатьох порушень інформаційного електромагнітного обміну (спілкування, взаємодії) між клітинами, тканинами, органами, системами органів з подальшим відновленням здоров'я людини.

«Попереджений – означає озброєний» – цей принцип лежить в основі створення будь-якої сучасної системи безпеки, у т.ч. безпеки системи життєдіяльності організму людини. Якщо коротко описати, термінологічно визначити, що таке квантові інформаційні системи, то можна обмежитися лише п'ятьма іменниками: тестування, зв'язок, навігація, корекція, моніторинг. Якісна інформаційна навігація здоров'я людини – це дисципліна на стику генетики, нейропсихології, інформаційного та графічного дизайну, проектування.

У цьому аспекті квантова інформаційна навігація якості життя розуміється як метод, що дозволяє повернути живий організм в початкове природне елек-

тромагнітне середовище, де колись і зародилося його життя. Повертаючи людину до його витоків, стає можливим ввести організм людини до перебування в гармонії з навколишнім світом.

Треба зазначити, що малі потужності енергетичного впливу, застосованого в системі, є абсолютно безпечними. Сутність методу полягає у виправленні (корекції) функціональної аномалії (інакше кажучи, інформації, пов'язаної з патологією), із метою відновлення стану інформаційно-енергетичної рівноваги, який називається здоров'ям. Це пояснюється тим, що квантовий вплив стимулює адаптаційні здібності, приховані в організмі, як на рівні клітини, так і всієї живої системи, швидко відновлюючи імунітет і мобілізуючи захисні механізми організму на активну протидію екзогенним та ендогенним факторам у функціонуванні організму.

Реалізація проекту «**INVICORRY**» стала можливою завдяки використанню створеного вітчизняними науковцями апаратно-програмного комплексу «**ARK.exe**», до складу якого увійшли браслет «**Consevit**» – електронний пристрій для прийому-передачі електричних біопотенціалів, (Патент № 107857 від 24.06.2016 р.), мобільний електронний модуль для перетворення електронних біопотенціалів (Патент № 107119 від 25.05.2016 р.), спеціальна комп'ютерна програма для смартфона, ПК, сервери з розміщеними на них унікальними алгоритмами автоматичної обробки персоніфікованих даних, базами електронних маркерів, рекомендацій тощо.

Ефективність квантової технології пов'язана з її універсальністю. Її неагресивні і безболісні екологічні аспекти не утворюють медикаментозної та ментальної залежності. Крім того, треба відзначити досить низьку собівартість методу. Взаємодія та взаєморозуміння між клієнтом і лікарем поліпшується завдяки тому, що останній використовує вимірювання якості життя і обговорює результати з клієнтом, краще розуміє, яким саме чином стан здоров'я впливає на переживання клієнтом своєї конкретної ситуації. Це призводить до поліпшення якості лікувальних і корекційно-реабілітаційних послуг. Крім того, самі клієнти можуть краще усвідомити свій стан здоров'я та пов'язані з ним життєві проблеми.

Поняття якості життя покладено в основу нової парадигми розуміння хвороби та визначення ефективності методів її лікування. Саме тому клієнт як головний споживач медичних послуг, дає найбільш об'єктивну оцінку отриманої медичної допомоги. Її можна вважати високоінформативним інструментом при визначенні ефективності функціонування системи охорони здоров'я.

Резюмуючи, можна сказати: квантові технології в системі надання корекційно-реабілітаційних послуг використовують той факт, що всі біологічні процеси, пов'язані з життєдіяльністю організму, мають своє унікальне представництво в структурі інформаційних електромагнітних полів, які розташовані як «всередині», так і «зовні» цього організму.

Настав час медицині перейти від механічного уявлення про хвороби фізич-

ного тіла до інформаційного плану тонких вібрацій конкретної людини, тобто до сфери розуму і духу. Тільки таким шляхом можна прийти до реального втілення принципів профілактики, ефективного зцілення та якісно підвищити арсенал сучасної медицини.

УДК 616.2-022.7-036.22-073.7-085:615.89(477-25)

СТРУКТУРА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В г. КИЕВ ЗА СЕНТЯБРЬ 2016 ГОДА, МЕТОДЫ ИХ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ И СТРАТЕГИИ НАТУРОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

■ **М. А. Головаха**

■ *НИИ Информационной медицины, г. Киев*

По мере увеличения стрессовых факторов в жизни граждан Украины, логически следует снижение иммунитета, что является дополнительным фактором, облегчающим мутацию вирусной инфекции. В этом году с сентября месяца мы наблюдали результаты мутации ротавирусной инфекции в виде появления дыхательных симптомов (насморк, отечность слизистой носоглотки, кашель, неприятные ощущения в горле) часто в сочетании с классическими кишечными (диарея, боль в животе) и общими для всех вирусных инфекций интоксикационным синдромом и температурой до 38 град.

Мы используем электропунктурную диагностику по методу Р. Фолля на аппарате Информо-Нова, г. Киев, микрогенераторные кассеты по З. Скрыпнюку, тест-кассеты инфекционных и паразитарных агентов пр-ва ИНМЕД г. Киев, общеклинические и лабораторные методы диагностики.

Всего за сентябрь 2016 было обследовано 22 пациента с симптомами ОРЗ.

Из них у 10 (45 %) выявлена только бактериальная инфекция, у 7 (31 %) вирусная и у 5 (23 %) сочетанная бактериально-вирусная инфекция.

В структуре бактериальной инфекции преобладали: гемолитический стрептококк – 9 (60 %), золотистый стафилококк – 4 (27 %), комбинация золотистый стафилококк + гемолитический стрептококк – 2 (13 %).

В структуре вирусной инфекции лидировал ротавирус – 8 (67 %), встречались вирусы коксаки v4 – 2 (16 %) и вирус Эпштейн Барра – 2 (16 %), который в прошлом году приобрел свойства и имел клиническую картину типичного ОРЗ, вместо классической картины о. мононуклеоза.

Новым вирусным агентом в этом году был ротавирус.

Среди пациентов с ротавирусной инфекцией только дыхательные симпто-

мы встречались в 1 случае, кишечные в 1 случае, и в 6 (75 %) случаях из 8 – сочетанные дыхательные и кишечные симптомы.

Для коррекции симптомов ОРЗ использовались растительные и гомеопатические препараты, специи, аромамасла, продукты пчеловодства, антисептики. Максимальную эффективность показали:

- 1) Водный раствор перекиси водорода в 8 (36 %) случаях из 22 и в 5 (62 %) случаях из 8 при лечении ротавируса

Из растительных препаратов

- | | |
|--------------------------------|--|
| 2) Хлорфиллипт 8 из 22 (36 %) | и 3 из 8 (33 %) при лечении ротавируса |
| 3) Антивир 7 из 22 (31 %) | и 5 из 8 (62 %) при лечении ротавируса |
| 4) Почки сосны 7 из 22 (31 %) | и 4 из 8 (50 %) при лечении ротавируса |
| 5) Почки березы 5 из 22 (23 %) | и 4 из 8 (50 %) при лечении ротавируса |
| 6) Гвоздика 5 из 22 (23 %) | и 2 из 8 (25 %) при лечении ротавируса |

Из гомеопатических препаратов максимальную эффективность показали

- | | | |
|---------------------|----------------|-----------------|
| 1) Апис С6 | 9 (40 %) из 22 | и 3 из 8 (33 %) |
| 2) Пеганум С30 | 9 (40 %) из 22 | и 2 из 8 (25 %) |
| 3) Силицея С6 | 8 (36 %) из 22 | и 5 из 8 (62 %) |
| 4) Гепар сульфур С6 | 6 (27 %) из 22 | и 4 из 8 (50 %) |

Некоторые препараты встречались в разных разведениях, к примеру Аконитум 7 из 22 (31 % всего), в разведении С6 3 раза, в разведении С30 1 раз в разведении с200 – 4 раза.

Речь, конечно, идет о применении низких разведений гомеопатических препаратов в остром случае, а не о подборе конституции.

У многих пациентов назначение дополнялось индивидуальными гомеопатическими препаратами (25 наименований с частотой встречаемости 1-3 среди 22) и индивидуальными фитопрепаратами (26 наименований с частотой встречаемости 1-3 среди 22).

Выводы:

- 1) Таким образом, электропунктурная диагностика по Фоллю эффективна для подбора индивидуальной программы лечения вирусной, бактериальной и сочетанной инфекции.
- 2) В сентябре 2016 года в Киеве наблюдается вспышка ротавирусной инфекции с новыми свойствами поражения дыхательных путей, и частого сочетанного поражения дыхательных путей и кишечника.
- 3) Метод электропунктурной диагностики по Р. Фоллю позволяет выбрать круг наиболее эффективных препаратов, что в дальнейшем сокращает время поиска препаратов и выработать примерную схему, эффективную в течение вспышки инфекционного заболевания.
- 4) Для лечения вспышки ротавирусной инфекции в сентябре 2016 г. наиболее эффективными были препараты: водный раствор перекиси водорода, антивир, почки сосны, почки березы, силицея С6, гепар сульфур С6.

- 5) Своевременный обмен опытом среди специалистов ЭПД поможет быстрее выявлять актуальные вирусные и бактериальные инфекции, вырабатывать эффективные приемы их терапии. Первый опыт такого информирования мы провели в группе специалистов по информодиагностике и информотерапии в социальной сети фейсбук.

УДК. 615.8

ФОРМУЛА ЗДОРОВЬЯ И ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ КУРС НА ЕЁ ОСНОВЕ

■ Н. Н. Грановский

■ *SaViNat SA de CV, Mexico*

Большинство заболеваний человека, особенно кардио- и онкогенеза и хронические воспалительные процессы внутренних органов, связаны с нездоровым образом жизни. Лечение с помощью методов аллопатической медицины не решает проблему радикально, поскольку пациент остаётся в алгоритме прежнего образа жизни и рецидивы – тому следствие. Постоянное здоровое состояние организма возможно благодаря предлагаемой Формуле Здоровья.

Пробуждение восстановительных функций организма приводит к регенерации на клеточном, тканевом, органном и системном уровнях. Предлагаемый метод обеспечивает это в виде конкретной интенсивной 7-дневной Программы, которая также предусматривает подготовительный период и «выход», и включает обучение последующему образу жизни.

В основе метода лежит эффективное очищение организма на разных уровнях с применением элементов древнейших практик на основе Формулы и с последующим следованием Формуле:

$$H(t) = [A + (BM + TN + Fn)] - [S + (Ft - Fn)]$$

- **H(t)** – здоровье как функция времени.
- **A** – Вера пациента, что он есть сын (дочь) Создателя с неограниченными возможностями управлять собой и совершенствовать себя так, чтобы быть награждённым абсолютным здоровьем.
- **BM** – Ритмичные движения-упражнения в условиях контролируемой гиповентиляции, что приводит к адекватному газообмену в капиллярах и восстановлению кислотно-щелочного баланса клеток и тканей.

- **TN** – Время, проведенное на природе, с учётом энергетических потоков.
- **S** – Стресс-дистресс как негативное, но потенциально контролируемое событие.
- **Ft** – Питание в целом (корзина всех потреблённых продуктов в оцениваемый период).
- **Fn** – Адекватное-полезное питание на основе сыроедения в оцениваемый период (включая термически необработанные животные жиры и белки).

Накопленный опыт применения метода в сочетании с обучением и следованием Формуле Здоровья в клинике *SaViNat* (Мексика) позволяет рекомендовать разработанную Программу для профилактики заболеваемости в целом и лечения конкретной хронической патологии по показаниям, которые охватывают широкий спектр заболеваний. Метод и Программа предлагаются для применения в Украине на основе сотрудничества.

nikolai.granovski@gmail.com.

УДК 615-006:633:88

АЮРВЕДИЧНІ ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИКИ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТА І ТРАНЗИТОРНИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

■ **О. М. Гридько, Ю. О. Бубнова**

■ *Центр Ведичної медицини «Расаяна», м. Київ*

За даними ВООЗ інсульт займає третє місце у світі серед причин смертності після ішемічної хвороби серця та усіх онкологічних захворювань. Крім того, зберігається висока ймовірність його повторення. До того ж, у 62 % пацієнтів зберігаються порушення рухових функцій, координації, чутливості, мови, інтелекту та пам'яті. Це викликає потребу в пошуці ефективних профілактичних та реабілітаційних заходів.

Аюрведична медицина в практичних рекомендаціях обов'язково враховує конституційний тип пацієнта, його вік, а також пору року, що забезпечує індивідуальний підхід до пацієнта та підвищує ефективність лікування. Використання рослинних препаратів, які мають широкий спектр властивостей і м'яку та щадну дію на ослаблений організм, дозволяють використовувати їх як в якості самостійного лікування, так і в поєднанні з традиційними фармако-

логічними препаратами. В нашій практиці ми рекомендуємо вживання таких відомих мозкових тоніків, як Брахма расаяна, Брамі Ваті та Бреновіта. Це багатокomпонентні препарати, які комплексно діють на увесь організм і мають додаткову спрямованість на нервову систему. Важливим компонентом цих препаратів є *Vasora monniera* (Водний іссон), яка завдяки вмісту бакозидів, герсапоніну та інших речовин має ноотропну, анксиолітичну, седативну дію. Крім того, важливо зазначити і спазмолітичний ефект на травну та дихальну системи (International Journal of Green Pharmacy Gohil and Patel: A review on Vasora monniera, 2010).

Ще одним важливим засобом профілактики та відновлювальної терапії є фізична активність. Аюрведична медицина рекомендує регулярні заняття з йоготерапії. Рухові та дихальні вправи йоги підвищують рухливість, чутливість та покращують нейро-м'язовий контроль ураженої кінцівки або частини тіла. Наші спостереження підтверджуються дослідженнями Richard L. Roudebush VA Medical Center при Університеті Перд'ю, США. Регулярні заняття йогою протягом 2-х місяців з пацієнтами, які перенесли інсульт, показали кращий реабілітаційний результат у порівнянні з традиційними методами фізіотерапії. Це дозволяє рекомендувати додати йоготерапію до традиційного курсу з реабілітації хворих, які перенесли інсульт. Паралельно з йоготерапією в нашому центрі активно впроваджуються профілактичний точковий олійний масаж, який покращує крово- та лімфотоки, живлення тканин, знижує тонус м'язів, зменшує або знімає больові відчуття та покращує загальний стан пацієнтів.

Таким чином, індивідуальний підхід до профілактики інсульту та відновлювального лікування пацієнтів, що містить застосування аюрведичних препаратів, точкового олійного масажу та йоготерапії, дозволить знизити фатальні ризики порушень мозкового кровообігу.

УДК 616.31:[616.176.8+617.52]-001-036-07-08-084-092

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ ВЛАСТИВОСТЕЙ РОТОВОЇ РІДИНИ З МІТОХОНДРІАЛЬНО-БІОЕНЕРГЕТИЧНИМ СТАНОМ БУКАЛЬНОГО ЕПІТЕЛІУ ПРИ ЛІКУВАННІ ПОШКОДЖЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

■ ¹ А. О. Григорова, ² О. І. Козицька

■ ¹ Харківський національний медичний університет

² Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ. У пацієнтів з пошкодженнями *щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД)* виявлені зміни біоенергетичного обміну (БЕО) букального епітелію (БЕ) залежно від тривалості іммобілізації, що проявляються формуванням дезадапційних типів, що визначають його. Їхня корекція може підвищити ефективність лікування. Однак, ці динамічні у часі та інтенсивності слід розглядати у взаємозв'язку, що і визначило актуальність дослідження.

Мета дослідження полягала у вивченні та аналізі кореляційних взаємозв'язків між окремими імунометаболічними показниками та мітохондріально-біоенергетичним станом букального епітелію у пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки

Матеріали та методи досліджень. Вивчення властивостей РР 179 пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД виконано на етапах їх клінічного моніторингу (КМ): на I етапі – у доіммобілізаційному періоді, на II етапі – на момент закінчення першого іммобілізаційного періоду, на III етапі – на момент закінчення другого періоду іммобілізації, та на IV – у післяіммобілізаційному періоді.

Результати та їхнє обговорення. Виходячи із принципів клінічної інформатики за стандартною методикою отримання інформаційно-ентропійних показників проведено системний аналіз властивостей РР пацієнтів з пошкодженням ЩЛД на етапах їхнього комплексного лікування. З'ясовано, що формування дезадаптивного типу МБО букального епітелію у меншій мірі було взаємозв'язане з такими факторами, як активність супероксиддисмутази (СОД), каталази, вміст секреторного імуноглобуліну А та лізоциму – середньої сили зворотні кореляційні взаємозв'язки ($r_{xy} = (-0,479) \div (-0,678)$). Тобто, ці фактори слід розглядати у якості позитивного впливу на гомеостатичні властивості РР. Основними відмінностями гомеостатичного стану у першому іммобілізаційному періоді, на відміну від доіммобілізаційного, є зростання активності уреаз (практично в 3,5 рази) та СОД (на 7,1 %) РР на тлі високої частоти формування дезадаптивного типу МБО (до $(43,0 \pm 3,7)$ % пацієнтів). У другому іммобілізаційному періоді основними відмінностями гомеостатичного стану, на тлі збереження дезадаптивного типу МБО та активності уреаз РР, є зменшення швидкості слиновиділення практично в 2,7-3 рази. Основними відмінностями післяіммобілізаційного етапу є зменшення (на 21,0 % у порівнянні з доіммобілізаційним періодом) концентрації sIgA у РР.

Висновки

Доведеність взаємозв'язків ротової рідини зі станом БЕ визначає наявність нових можливостей синергічної корекції механізмів адаптивного впливу, насамперед в реабілітаційному періоді.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ ТРАВИ ДЕЯКИХ ВИДІВ РОДУ АГАСТАХЕ (AGASTACHE J. CLAYTONEX GRONOV.)

- ¹ І. О. Гуртовенко, ¹ О. Ю. Коновалова, ¹ С. М. Гергель,
¹ О. В. Гергель, ¹ Т. К. Шураєва, ¹ К. А. Градзюн,
² В. О. Меньшова
- ¹ Київський медичний університет Української асоціації народної медицини
² Ботанічний сад ім. акад. О. В. Фоміна Київського національного
університету ім. Тараса Шевченка

Представники роду *Agastache Agastache J. Claytonex Gronov.* (родина Губоцвіті), досить широко застосовуються в східній народній медицині при застудних захворюваннях, як загальнозміцнювальний засіб, ефірна олія проявляє бактерицидну, фунгіцидну та протизапальну дію. В дикорослому вигляді на території України не зустрічаються, проте досить розповсюджені в культурі. Хімічний склад рослин роду малодосліджений, даних щодо аналізу жирних кислот у видів Агастахе практично немає, тому дослідження жирнокислотного складу трави рослин роду представляє науковий інтерес.

Метою роботи було вивчення якісного складу та кількісного вмісту вільних жирних кислот трави двох видів роду агастахе. Об'єктами дослідження були трава агастахе фенхельного *Agastache foeniculum (Pursch) O. Kuntze* та агастахе кропиволистого *Agastache urticifolia (Fisch. et Mey) O. Kuntze*, що були заготовлені в фазу масового цвітіння на дослідних ділянках Ботанічного саду ім. акад. О. В. Фоміна (м. Київ) влітку 2016 року.

Аналіз жирнокислотного складу проводили методом хромато-мас-спектрометрії на приладі Agilent 6890N/5973inert після попереднього метилування зразків.

В результаті дослідження ідентифіковано 10 жирних кислот: валеріанову, міристинову, пальмітинову, маргаринову, стеаринову, ейкозанову, бегенову, пальмітолеїнову, лінолеву, альфа-ліноленову. Сумарний вміст ненасичених жирних кислот в траві агастахе кропиволистого та агастахе фенхельного від суми жирних кислот складає 63,4 % та 28,4 % відповідно. В сировині а. кропиволистого домінують альфа-ліноленова (0,495 мг/г, що становить 44,7 % від загального вмісту жирних кислот) та лінолева кислоти (0,168 мг/г або 15,2 %, відповідно), які відіграють важливу роль в організмі людини, особливо альфа-ліноленова кислота, яка є досить сильним антиоксидантом. В той же час в сировині а. фенхельного альфа-ліноленова кисло-

та відсутня, а кислота лінолева представлена в меншій кількості (0,229 мг/г або 28,4 %). Відомо, що поліненасичені жирні кислоти знижують рівень ліпопротеїдів низької густини та холестерину в крові, тим самим знижуючи ризик виникнення атеросклеротичних бляшок, деякою мірою гальмуючи розвиток атеросклерозу, та мають досить велику фармакологічну цінність.

Серед насичених жирних кислот в траві а. фенхельного домінує пальмітинова (0,421 мг/г або 52,2 % від загального вмісту жирних кислот), в траві а. кропиволистого – пальмітинова (0,269 мг/г або 24,3 % відповідно) та стеаринова (0,089 мг/г або 11,03 %).

Таким чином, вперше було досліджено жирнокислотний склад трави агастахе кропиволистого та агастахе фенхельного методом хромато-мас-спектрометрії. Встановлено, що в ліпофільному комплексі трави агастахе кропиволистого домінують поліненасичені альфа-ліноленова та лінолева кислоти та насичена пальмітинова кислота, в траві агастахе фенхельного – ненасичена лінолева та насичені пальмітинова та стеаринова кислоти.

УДК 616.1-036.111-02

ПУТЬ К СОСУДИТЫМ КАТАСТРОФАМ

■ **А. В. Дмитриева**

■ *Research and Education Institute, Hannover, Germany*

Если объединить статистические данные по смертности от инсульта и инфаркта, то сосудистые катастрофы уверенно займут первое место на пьедестале смертоносности. При этом нужно отметить, что сосудистые катастрофы значительно помолодели.

Аюрведа и йога утверждают, что движение – это жизнь. Все ткани тела получают питание через работающие мышцы. Характер тренировочной нагрузки, ее объем и кратность определяют конституция человека, его пол и биологический возраст. Системная нагрузка включает опорно-двигательный аппарат, связки, мышцы, сердце, легкие, сосуды. Начинать работу со своим телом желательно с йога-терапии, обязательно соблюдая принцип симметричности нагрузок и растяжения и расслабления нагруженных мышц, включая сердце.

В соответствии с канонами Аюрведы для сохранения здоровья человеку необходимы чистый воздух, чистая вода и натуральная свежая пища. Гладкие мышцы сосудов, сердце, гладкая мускулатура дыхательных путей – все это мышечная ткань, которая для поддержания работоспособности и восстановления

ния после нагрузок требует регулярного поступления белка. Обеспечение организма белком зависит от качества и количества белковой пищи, активности органов пищеварения, синтетической функции печени и эффективности выведения отходов. Эндогенная интоксикация повышает риск развития спазмов гладкой мускулатуры, сосудов мозга и сердца.

Одной из главных причин развития болезней Аюрведа называет отклонение от первичной, врожденной конституции Пракрити. Это постепенно приводит к разбалансированию всех регуляторных систем организма и развитию заболеваний. Мозговая и сердечная ткани всегда стоят на линии огня, поэтому первоочередной задачей становится умение сбрасывать напряжение и не накапливать усталость. Кроме того, обязателен режим и соответствующий конституции, полу, возрасту и сезону рацион питания.

Философия общества потребления и постоянные претензии ко всему на свете делают сосудистую и дыхательную системы человека чрезвычайно уязвимыми для физических и психоэмоциональных воздействий (мигрени, аллергии, астма), суммирование которых приводит к катастрофе... Единственным эффективным лечением таких заболеваний будут ахимса, служение, расаяны.

На врачах лежит особая ответственность, они должны быть примером здоровья, доброжелательности и служения. Нельзя выписывать своим пациентам таблетки, нужно вести людей к гармонии, и тогда никакие катастрофы, включая сосудистые, нам будут не страшны.

УДК 615

СУЧАСНИЙ СТАН ФІТОТЕРАПІЇ. ВИКОРИСТАННЯ В ОФІЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ ПРЕДСТАВНИКІВ РОДИНИ АЙСТРОВИХ

- І. В. Дякон, Н. Є. Стадницька, С. В. Сур, В. П. Новіков, В. В. Лило
- *Національний університет «Львівська політехніка»*

Фітопрепарати набувають все більшого попиту у порівнянні із ліками синтетичного походження. Вся справа у тому, що люди все ж довіряють лікарським засобам, які містять у своєму складі виключно природні компоненти, а отже швидше та активніше діють в організмі, і що найважливіше, є безпечними.

Метою нашого дослідження було виокремлення серед фітопрепаратів, представлених на ринку України (як вітчизняного так і зарубіжного вироб-



Рис. 1. Структура ринку ЛЗ на основі квіток ромашки залежно від виробника.

ництва), тих, які містять в своєму складі різноманітні витяжки з рослин родини *Asteraceae*.

Перша рослина, про яку варто згадати, це **Ромашка лікарська** (*Chamomilla recutita*). Найяскравіші представники лікарських засобів, що містять у своєму складі квіти ромашки. Можна виділити найбільш поширених виробників лікарських засобів із вмістом квіток ромашки: ПрАТ «Ліктрави», Україна, ПАТ «Біолік», Україна, Біонорика, Німеччина, ПАТ «Галичфарм», Україна (Рис. 1) та порівняти лікарські форми тих же препаратів у відсотковому співвідношенні (Рис. 2).

Дані препарати мають седативну, антибактеріальну, антацидну дії.

Ще одним представником родини айстрових є **Цмин пісковий** (*Helichrysum arenarium*). У фармацевтичній практиці використовують квіти цмину. Ринок наповнений наступними засобами: Бероз, настоянка, ПАТ «Біолік», Ук-

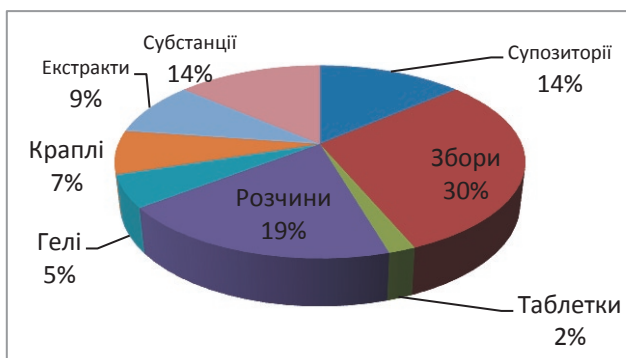


Рис. 2. Аналіз пропозицій лікарських форм препаратів на основі квіток ромашки на фармацевтичному ринку України.

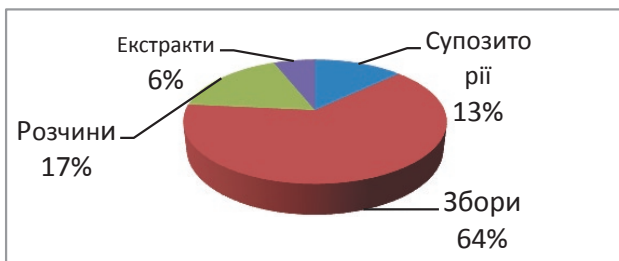


Рис. 3. Аналіз пропозицій лікарських форм препаратів на основі квітів цмину на фармацевтичному ринку України.

раїна; Гепатофіт, збір, ПрАТ «Ліктрави», Україна; Поліфітол-1, настойка, ТОВ «ДКП «Фармацевтична фабрика», Україна.

У Держреєстрі присутні препарати виключно вітчизняного виробництва, щодо лікарської форми, то вагому частку складають збори (Рис. 3).

Застосовують квіти цмину, в основному, для лікування гепатобілярної системи.

Препарати **Соняшника однорічного (*Helianthus ánnuus*)** використовуються здебільшого у вигляді розчинів для ін'єкцій та для проведення тестів з метою виявлення алергенів: D-AL прик-тест діагностичний, розчин алергену для проведення прик-тесту по 3 мл у флаконах-крапельницях, Севафарма а.с., Чеська Республіка; H-AL лікувальний перорально-сублінгвальний, краплі оральні Севафарма а.с., Чеська Республіка.

Кореневища та корені **Оману високого (*Inula helenium*)** представлені різними лікарськими формами (Рис. 4) наступними препаратами: Бронхофіт, настойка, ТОВ «Науково-виробнича фармацевтична компанія «ЕЙМ», Україна; Пектолван® фіто Ісландський мох, екстракт рідкий ПАТ «Фармак», Україна; Фітомікс-12, екстракт рідкий, ТОВ «Виробниче об'єднання «Тетерів», Україна; Доктор кашель, сироп Люпін Лімітед, Індія.



Рис. 4. Аналіз пропозицій лікарських форм препаратів на основі кореневищ та коренів оману на фармацевтичному ринку України.

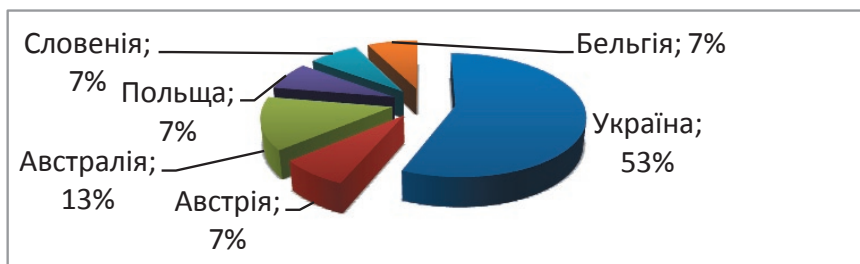


Рис. 5. Структура ринку лікарських засобів на основі листя артишоку залежно від країни-виробника.

Препарати **Підбілу звичайного** (*Tussilago farfara*) представлені на ринку у вигляді грудних зборів та лише вітчизняного виробництва («Віола», Україна та ПрАТ «Ліктрави», Україна).

У виробництві гепатопротекторних препаратів широке застосування має листя **Артишоку** (*Cynara*): Хофітол, розчин оральний, Лабораторії Роза-Фітофарма, Франція; Цинарікс форте, таблетки, Фармацеутише фабрік Монтавіт ГмбХ, Австрія; Артишока екстракт-здоров'я, капсули, «Фармацевтична компанія «Здоров'я», Україна. На рис. 5 подано поділ препаратів у залежності від країни-виробника.

Препарати **ехінацеї пурпурової** (*Echinacea purpurea*) представлені українськими, словенськими та німецькими виробниками. Їх застосовують для профілактики та лікування (у складі комплексної терапії) вірусних та бактеріальних інфекцій, аутоімунних (артрит, гепатит, нефрит), гінекологічних та урологічних захворювань, при імунодефіцитних станах різної етіології, а також у відновлювальному періоді після проведення інтенсивної антибактеріальної терапії.

Отже, сучасний фармацевтичний ринок України налічує достатню кількість фітопрепаратів із вмістом біологічно активних речовин представників родини Asteraceae, які представлені різними лікарськими формами, як вітчизняних так і закордонних виробників. Це може слугувати основою для пошуку як нових представників цієї родини з лікувальними властивостями, так і для більш глибокого всебічного вивчення рослин, які вже використовуються в медичній практиці.

НАУКОВА КОНЦЕПЦІЯ РОЗВИТКУ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

■ В. В. Євтушенко

■ *Національна академія державного управління при Президентові України*

Показники здоров'я громадян є узагальнюючою характеристикою рівня та якості життя, індексом соціального, культурного та економічного розвитку суспільства в цілому. Сфера охорони здоров'я держави перебуває у глибокій системній кризі. Реальний шлях її подолання – це проведення радикальної реформи не тільки медичної, але і всієї соціальної-гуманітарної сфери.

Одним з напрямів покращення організації медикаментозного забезпечення населення, крім регулювання обігу і використання традиційних лікарських засобів, експерти **Всесвітньої організації охорони здоров'я** (далі – **ВООЗ**) визнають інтеграцію комплементарних методів лікування в сфері охорони здоров'я з урахуванням національних ресурсів додаткової/комплементарної медицини та особливостей її сучасного стану у кожній країні. Реалізація поставлених завдань можлива за умови проведення відповідного наукового пошуку щодо різних складових державного регулювання народної і нетрадиційної медицини, на важливості якого наголошують дослідники цієї проблеми: Т. Гарник, Н. Костинська, Т. Кулемзіна, В. Поканевич, Ю. Поляченко, Є. Товстуха та ін.

Однак, незважаючи на певні розробки українських дослідників, слід визнати, що досі залишаються невирішеними чимало питань, пов'язаних з опрацюванням та впровадженням у практичну діяльність ефективних механізмів державного регулювання народної і нетрадиційної медицини в Україні. Відтак, актуальною є необхідність теоретичного обґрунтування нової парадигми системи державного регулювання відносин, які існують між пацієнтом і лікарем, в умовах розширення недержавного сектора охорони здоров'я та використання народних і нетрадиційних методів лікування.

Метою роботи є обґрунтування теоретичних засад та опрацювання методичних положень і практичних заходів щодо вдосконалення механізмів державного регулювання народної медицини в умовах реформування сфери охорони здоров'я України.

Основними механізмами державного регулювання, які найбільшою мірою обумовлюють ефективність функціонування народної медицини в Україні є: правовий соціальний, моніторингу, економічний, організаційний, кадровий, мотиваційний, ринкового регулювання.

Запропонована наукова концепція розвитку народної медицини в Україні, в основу якої покладено удосконалення організаційно-правових засад її функціонування та обґрунтовано нову функціонально-організаційну модель інтеграції народної медицини України в національну систему охорони здоров'я. Особливістю нової функціонально-організаційної моделі стало включення до вже існуючих її елементів якісно нових (оновлення нормативно-правової бази з регулювання народної та нетрадиційної медицини; визначення оптимальної структури, функцій, мережі та потужності відділень народної та нетрадиційної медицини лікувально-профілактичних закладів; інтеграція діяльності підрозділів народної та нетрадиційної медицини в загальнодержавну систему охорони здоров'я; формування протоколів надання медичної допомоги з використанням методів народної медицини; підготовка фахівців у галузі управління народною медициною; широка просвітницька діяльність серед населення; ефективне використання кадрового ресурсу; оснащення підрозділів народної та нетрадиційної медицини відповідно до сучасних вимог), взаємодія яких між собою надало системі нових інтегративних якостей щодо медичної допомоги.

Скориставшись напрацюваннями українських [2; 3; 4; 6] та російських [1, 5] дослідників автором запропоновано свій варіант періодизації української народної медицини: перший період – зародження народної медицини: з часу появи праслов'ян у середині II тис. до н.е.; другий період – народна медицина стародавніх часів: IV тис. до н.е.-VIII ст. н.е.; третій період – народна медицина доби середньовіччя: IX-XVII ст. У цьому періоді виділено чотири етапи: перший – згадка про перших княжих лікарів (80-і роки X ст.), другий етап – виникнення монастирської медицини (XI-XII ст.); третій етап – поява лікарів-ремісників (XI ст.); четвертий етап – створення перших літературних пам'яток, які містять інформацію про вітчизняну народну медицину («Києво-Печерський Патерик», «Ізборник Святослава» – XII-XIII ст.); четвертий період – народна медицина XVIII ст.; п'ятий період – народна медицина XIX ст.; шостий період – народна медицина XX ст. (до 90-х років XX ст.); сьомий – народна медицина в незалежній Україні.

Пріоритетними напрямками подальших досліджень державного регулювання народної медицини в Україні з урахуванням ступеня розробки цієї проблеми українськими науковцями визначені такі: питання навчання та наукових досліджень у галузі народної та нетрадиційної медицини; державне регулювання в галузі виробництва, практики і практиків народної та нетрадиційної медицини; сучасне регулювання діяльності фахівців у галузі народної та нетрадиційної медицини в зарубіжних країнах; використання потенційного внеску народної та нетрадиційної медицини у покращення здоров'я, благополуччя і медичної допомоги, орієнтованої на потреби громадян тощо.

Литература

1. Аникин И. А. Монастырская больница Древней Руси // Советское здравоохранение. – 1987. – № 11. – С. 58-61.
2. Величко В. Цілительство на Русі // Здоров'я киян, 2013. – № 9 (226). – С. 12.
3. Верхратський С. А., Заблудовський П. Ю. *Історія медицини: Навч. посібник.* – К.: Вища школа, 1991. – 431 с.
4. Ievtushenko V. V., Pokaneych O. V., Radysh Ya. F. *Folk Medicine on the territory of Ukraine: Introduction to the Problem / The Pharma Innovation, 2014.* – № 3. – С. 28-29.
5. Мирский М. Б. *Медицина средневековья // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* – 2000. – № 4. – С. 55-58.
6. Острроверха Ю. *Народна і нетрадиційна медицина в сучасному світі та Україні.* http://www.holimed.-lviv.ua/u_02_tradmed_002.html.

УДК 378.147

ФОРМИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЗРЕЛОСТИ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА, ИСПОЛЬЗУЮЩЕГО СИСТЕМНЫЕ ЗНАНИЯ НАРОДНОЙ И НЕТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

- Т. В. Евтушенко, В. М. Байбаков, Н. В. Евтушенко
- *Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины*

На современном этапе развития народной и нетрадиционной медицины в Украине, на фоне быстро развивающихся передовых технологий в медицине становится актуальным сконцентрироваться на более совершенной и системной подаче информации о методах натуральной медицины при обучении врачей и студентов-медиков в области натуропатических методов лечения, профилактики и реабилитации. Основной стратегией кафедры традиционной и нетрадиционной медицины ДМИ ТНМ является формирование у будущих врачей объемного целостного многоуровневого видения патологии человека, что позволяет иметь возможность выбора комплекса методов, в том числе и натуропатических, для полноценного оздоровления и профилактики. Основным звеном данной стратегии является последовательное обучение студентов вуза различным направлениям натуральной медицины, формирование у них системного мышления и анализа для использования этих знаний на этапах диагностики, прогнозирования, лечения, профилактики и реабилитации пациентов.

На первом курсе студенты обучаются основам хроно- и биоритмологии, общности синхронной жизни организма и жизни планеты Земля, ритмам функционирования систем организма. До сознания студента-медика доносится понимание суточного, годового режима жизни организма, ритмичности проявления патологических симптомов, возможности снижения и повышения резервов адаптации при помощи коррекции режима сна, питания, бодрствования. Студенты обучаются формировать корректирующие рекомендации, используя знания основ биоритмологии.

Также студенты познают исторические аспекты и классические каноны аюрведы, тибетской и китайской медицины, при этом акцентируется внимание на общности медицинской системы Востока и западной медицины, начиная с врачей древности Гиппократ, Авиценна и др. Изучается распространение восточных методик в других странах мира. На втором курсе студенты обучаются разным методам натуропатии, включая элементы современной курортологии, нутрициологии, микроэлементологии, кинезиотерапии, дыхательных гимнастик, апитерапии, гирудотерапии, светотерапии, климатотерапии, спелеотерапии, пелоидотерапии, и древних методик: ароматерапии, литотерапии, болусотерапии, водолечения, питания по закону пяти элементов и др. На протяжении обучения на цикле студенты анализируют долю и значимость натуропатических методов в рекомендациях врачей всех специальностей при назначении лечения. В конечном итоге делают вывод о том, что питание, режим, водные процедуры, методы закаливания, ЛФК, фитотерапия и отдельные дополнительные натуропатические методики занимают у пациента большую часть времени для лечения и значение их велико. В основе большинства натуропатических методов лежит знание и следование законам инь-ян, пяти первоэлементов или пяти движений, которые определяют взаимодействие систем, органов и организма с внешними факторами (патогенными, лечебными, климатическими, продуктами питания, техногенными и пр.). Задача современного обучения в адаптации древних понятий аюрведы, тибетской и китайской медицины, которые позволяли врачам без современных технологий достойно исцелять больных. В настоящее время эти методики в руках мастеров демонстрируют искусство врачевания сложных пациентов, что необходимо изучать и брать на вооружение современным специалистам, т.к. сама суть функционирования человеческого организма не изменилась, а изменилась экологическая и техногенная нагрузка. Знание древних подходов к лечению никоим образом не уводит специалистов народной и нетрадиционной медицины от европейской современной медицины. Эти знания позволяют комплексно, а главное, индивидуально подходить к каждому пациенту, его страданиям и оздоровлению, способствуют точному выбору методов, методик и материалов.

Раздел фармакогнозии и фитотерапии по своей значимости и объему выделен в самостоятельный цикл «Основы фармакогнозии и фитотера-

пии». Обучение проводится на втором курсе студентам со специальностью «стоматология» и третьем – «лечебное дело». Базовые знания биологии, ботаники, органической химии являются хорошим фундаментом для изучения этой дисциплины.

После получения знаний по фундаментальным дисциплинам при одновременном освоении клинических дисциплин большое внимание уделяется акупунктуре в современном аспекте, мануальным методам и классической гомеопатии на третьем, четвертом и пятом курсе, что позволяет адаптироваться студенту-медику на ранних этапах получения знаний по народным и нетрадиционным методам целительства. На этих дисциплинах особое внимание уделяется диагностическим принципам, способам и методам регуляции дисфункций организма. При изучении всех этих дисциплин демонстрируется синхронность патологии внутренних органов, систем организма, внешних проявлений, изменений в эмоционально-психической деятельности человека и социуме, изменении ритмичности функционирования систем и организма в целом. Это позволяет выбрать наиболее эффективный метод в диагностике, использовать наиболее эффективный в каждом конкретном случае подход в лечении. Во время изучения фитотерапии, гомеопатии, гомотоксикологии и физиологической регуляционной медицины делается акцент на весомости используемых средств в аптечной сети Украины, принадлежащим к группе фитотерапевтических, фармакологических с фитотерапевтической основой, гомеопатических, гомотоксикологических средств и средств физиологической регуляционной медицины. Это демонстрирует важность и распространенность методов в разных странах, усиливает доверие и понимание значимости этих методов. Одним из заданий на этих предметах является составление аптечки для дома и аптечки «неотложной помощи» на рабочем месте врача из средств фитотерапии, гомеопатии, гомотоксикологии и физиологической регуляционной медицины.

На кафедре организованы учебные циклы по «Основам медицинской психологии» и «Основам психотерапии», что дает студентам понимание целостности организма в одновременном патологическом нарушении здоровья на психическом, функциональном и органном уровне. Они так же знакомятся с методами коррекции конкретных нарушений.

Цикл «Гомотоксикология и физиологическая регуляционная медицина» позволяет студентам пятого курса освоить комплексную современную гомеопатию, влияющую на несколько звеньев патологического процесса одновременно, выполняя детоксикационную и регуляторную функцию в организме. Это направление очень быстро развивается, в последние годы в европейских вузах ежегодно открываются кафедры. Оно занимает позицию альтернативной медицины.

В завершение, на последнем курсе цикл «Биоклиническая медицина» позволяет студентам проводить полное объемное обследование классическими методами, используя знания классических законов восточной медицины, рефлексотерапии, мануальной терапии, гомеопатии. В рамках этого цикла они знакомятся со всеми современными аппаратными методами диагностики и терапии, включая иридодиагностику, электропунктурную диагностику по Накатани, Р. Фоллю на диагностическом комплексе «РАМЕД», сегментарную диагностику на комплексе «Диакор», вегеторезонансную диагностику, диагностику типа «Барс» и др. новые диагностики. Из современных лечебных методов студенты изучают возможности использования аппаратных методов лечения на основе современных технологий: микрогенераторную информотерапию по методу З. Скрипнюка, электропунктурную терапию аппаратами «Лейт», КВЧ-терапию аппаратами «РАМЕД», лазеротерапию и др. Кульминацией цикла является способность студента выбрать тактику лечения, профилактики и реабилитации, методы, методики и материалы, составить план лечения и прогноз индивидуально каждому пациенту.

Выводы

Современный уровень медицины определил необходимость и актуальность возобновления изучения классических медицинских знаний народов, которые стали базовыми для современной медицины две тысячи лет назад, осознание их в современном контексте и гармоничное дополнение ими европейской медицинской школы.

Этими знаниями должен владеть каждый врач, они придают значимость специалисту и определяют его широкие возможности. Кроме того, в настоящее время сам народ широко интересуется альтернативными методами, самостоятельно их применяет, а врач должен правильно и вовремя скорректировать действия пациента. Запрета пациент не терпит, нужны авторитетные знания «доверенного» специалиста.

И, в заключение, нужно сказать, что незаметно для самих себя мы все очень широко пользуемся методами натуропатической медицины, начиная с климатотерапии, водных процедур, питания, сна, спорта, искусства и заканчивая фитотерапией, «домашними» способами лечения, общения с любимыми животными. А правильные рекомендации должен дать специалист.

МЕСТО МИКРОГЕНЕРАТОРНОЙ ИНФОРМОТЕРАПИИ ПО МЕТОДУ З. СКРЫПНЮКА В АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

■ Т. В. Евтушенко

■ *Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины*

Основываясь на многолетнем опыте работы по специальностям терапия и «рефлексотерапия», используя методы диагностики: по Р. Фоллю, вегеторезонансную диагностику, диагностику «Диакор», квантовую диагностику «Барс», методы лечения и коррекции акупунктурой, применение антигомтоксической терапии и физиологической регуляционной медицины, микрогенераторной информотерапии по методу З. Скрыпнюка, КВЧ-терапии аппаратами «Рамед», электропунктурной терапии аппаратами «Лейт», вегеторезонансной терапии и биорезонансной терапии на комплексах «Имедис» и «Барс» и аппаратом «Спарк» и др. позволю себе поделиться впечатлениями о целесообразности и месте данных альтернативных методов в практике врача.

Знание классической акупунктуры с ее микросистемами позволило мне понять единство взаимодействия органов и систем между собой и внешней средой, в том числе и регуляторные механизмы систем организма с позиции электромагнитной составляющей биологического поля. Основным звеном в регуляции нормального функционирования организма при наличии взаимодействия внутренних и внешних факторов является канальная корпоральная система. Эта неотъемлемая система организма способна улавливать и мгновенно корректировать, тем самым компенсировать патологические изменения в организме. Благодаря ей организм длительно удерживается в жизнеспособном состоянии, несмотря на агрессивные факторы среды. Это доказано применяемыми методами в диагностике и лечении, которые стоят на фундаменте классической акупунктуры. Электромагнитная составляющая биологической системы «организм» представляет собой наружные пути с биологически активными точками и внутренние пути, связанные с органами. На малейшие изменения в ней откликаются одновременно и синхронно: иммунная система, эндокринная система, система кровообращения и лимфодинамики, нервная система, психоэмоциональная сфера, и в результате этого изменяется функционирование всех органов. Через акупунктурную систему можно влиять на все эти уровни, запускать регуляторные и регенеративные механизмы восстановления здоровья. В классической акупунктуре есть мно-

го принципов, правил и законов, по которым можно составить уникальные рецепты, позволяющие достичь чудодейственных результатов. Но для этого необходимы глубокие точные знания врача. Использование аппаратных методов лечения также базируются на тех же знаниях, составляются те же рецепты, только дополненные специфическим действием технического устройства. **Метод БРТ** – это более универсальный метод коррекции, мягкий, он представляет основной принцип медицины «не навреди». Он легок в осознании и применении, может быть широко использован в медицинской практике на уровне профилактики и поддержания функций. В плане лечения он не может быть самостоятельным. **БРТ** терапия способна выполнять «точные» целевые задачи профилактического, лечебного, регулирующего и психологического воздействия. Этим самым требует очень глубоких знаний всех разделов медицины. Ее успешность зависит от врача и компьютерных технологий и программ, которые использует специалист. А метод микрогенераторной информотерапии **по методу З. Скрыпнюка** позволяет выполнить универсальные действия по приведению канальной системы в идеально нормальное состояние, длительно удерживать его в стабильном состоянии, в следствие чего происходит регуляция всех систем и органов одновременно, включается природная способность организма к выздоровлению и выживанию. Сейчас это называют «генетической памятью». Каждый метод из вышеперечисленных имеет очень много достоинств среди современных диагностических и лечебных методов. Каждое достоинство занимает свою нишу. Но универсальности, гениальности, простоты, чудодейственности и экологичности достигла микрогенераторная информотерапия по методу З. Скрыпнюка, истинно украинская. При наличии таких свойств параллельно формируется непонимание, неосознанность и в результате этого – недоверие к данному методу. Произошла потеря времени для повсеместного внедрения метода в медицинскую практику на целых 25 лет. В настоящее время эта методика альтернативной медицины имеет научное обоснование и могла бы поднять украинскую медицину на более высокий уровень.

Экономическая целесообразность эффективности применения альтернативных современных методов, основанных на способах коррекции организма без дополнительных вложений в лечение, в условиях социально-экономических проблем в Украине бесспорна. Микрогенераторная информотерапия по методу З. Скрыпнюка актуальна и имеет огромное значение для сохранения здоровья нашего народа всегда и в любых экономических условиях. Ее язык короток, и может быть понятен всему миру.

ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА МЕТОДОМ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

■ С. В. Зайцев

■ *НИИ Информационной медицины, г. Киев*

Периодически нам приходится слышать выражения типа – «ноги не несут», «руки опускаются», «рука не поднимается», «коленки подкашиваются». Всё это, по сути, описание проявлений временного снижения мышечного тонуса, или, так называемой, преходящей мышечной гипотонии. Вместе с тем, существуют выражения, описывающие нормальный или повышенный мышечный тонус: «словно окрылённый», «лечу, как на крыльях», «словно груз с плеч свалился»... Мы знаем на собственном опыте, что психоэмоциональное состояние может изменять этот тонус, легко смещая его от одного полюса к другому, в зависимости от гаммы переживаний, которые испытывает человек. Изучением этих изменений занимается наука психокинезиология – раздел прикладной кинезиологии.

Прикладная кинезиология – наука, изучающая изменения мышечного тонуса как реакции на изменение внешней или внутренней среды. По сути, это изучение адаптации организма к происходящим изменениям на основании изменения мышечного тонуса индивидуума.

В своих исследованиях академик Павлов в своё время обратил внимание на то, что у собак с прооперированным желудком и неблагоприятным течением послеоперационного периода развивалась слабость грудных мышц и имелась неустойчивость, поскольку разъезжались передние лапы. В то же время у других собак этой выборки (операция на желудке) неустойчивости не наблюдалось. Так же при восстановлении функции желудка наблюдалось и восстановление устойчивости.

Эти и аналогичные наблюдения легли в основу исследований, в результате которых были выявлены висцеро-моторные (органо-мышечные) и мотовисцеральные (мышечно-органные) связи.

Не секрет, что представители обоих полов обращают внимание, сознательно и бессознательно, на ягодицы противоположного пола. Для некоторых слоёв эта часть тела является предметом особой гордости. В настоящее время разработаны и с успехом применяются силиконовые протезы ягодиц для мужчин и женщин, и пластические операции по их имплантации имеют спрос у ленивых, но стремящихся к формированию определённого экстерьера, личностей.

Особенность ягодичных мышц состоит в том, что они ассоциативно связаны с репродуктивной сферой. Это характерно как для мужчин, так и для женщин.

Кроме большой, средней и малой ягодичных мышц, с этими органами ассоциированы грушевидная мышца и напрягатель широкой фасции бедра.

На развитие дисфункции в репродуктивных органах мышцы отвечают снижением своего тонуса, который мы определяем в ходе мануально-мышечного тестирования.

В проведенных исследованиях была выявлена двусторонняя мышечная гипотония большой и средней ягодичных мышц у 10 пациенток из 32 в возрасте от 30 до 68 лет.

В ходе дальнейшего клинического дообследования, у 9 пациенток был подтверждён диагноз при помощи МРТ и УЗД.

Четверо пациенток до обращения проходили лечение у гинеколога по поводу дисменореи.

У 2 пациенток были выявлены Наботовы кисты эндоцервикса. У одной из них предварительно диагноз был верифицирован при помощи информационной кассеты «ИНМЕД нозоды 3», № 186 – аденома шейки матки.

Ещё у 3 пациенток верификация проводилась при помощи кассеты «ИНМЕД нозоды 3». У 1-й восстановление тонуса вызвало применение № 187 – (тело матки) с последующим выявлением фиброзных узлов тела матки на МРТ. У двоих восстановление тонуса вызвало применение № 188 – (миома матки) с последующим выявлением фибромиом МРТ и УЗД.

У четверых пациенток выявлены кистозные образования яичников.

У 1 пациентки была выявлена протрузия межпозвонкового диска на уровне L5-S1, как следствие гиперлордоза поясничного отдела позвоночника. Он стал следствием дисбаланса кишечника на фоне его грибкового поражения после длительного применения антибиотиков. Это привело к вздутию кишечника, компенсаторному расслаблению мышц передней брюшной стенки (ассоциативно связанных с кишечником), в результате которого нормотоничные разгибатели спины укоротились и привели к гиперлордозу.

У одной из пациенток с наличием гонококков и трихомонад в анализе мочи не было выявлено гипотонии ягодичных мышц. Не возникла гипотония и при применении нозодов № 99 (гонорея) и № 1509 (трихомонады) из кассеты «ИНМЕД инфекционные и паразитарные агенты № 2». Результат анализа мочи был поставлен под сомнение. При повторном исследовании мочи в другой лаборатории не было выявлено отклонения от нормы.

Таким образом, исследования подтвердили возможность использования снижения мышечного тонуса в качестве диагностического критерия для начальной диагностики патологии. Запланировано проведение корреляции с ридодиагностикой.

В заключение, как врач, психолог и психокинезиолог, хочу еще раз сделать акцент на частом привлечении внимания к ягодицам противоположного пола как у мужчин, так и у женщин. И этот феномен продиктован на бессознательном уровне именно тем, что для продолжения рода мы ищем не только глубокую личность с широкой душой, но и с хорошей репродуктивной функцией, о которой и свидетельствуют выраженность и тонус ягодичных мышц.

УДК 616-073.7:550.38

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГЕОМАГНИТНОЙ ОБСТАНОВКИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПУНКТУРНОЙ ЭЛЕКТРОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

■ В. П. Камков
Т. В. Евтушенко

■ *Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины, кафедра традиционной и нетрадиционной медицины*

Актуальность. Влияние геомагнитной обстановки на функциональное состояние органов и систем является существенным фактором, влияющим на самочувствие. Оно проявляется не только в отношении лиц с органической патологией, но и в случае наличия слабо выраженной вегетативной дисфункции.

Целью исследования является выявление влияния геомагнитных возмущений на показатели обследования.

Материалы и методы. Для изучения влияния солнечной активности были проведены следующие исследования.

– измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД) тонометром в автоматическом режиме;

– пунктурная электрографическая экспресс-диагностика (ПЭГЭД) аппаратом «РАМЕД ЭКСПЕРТ-05» (разработчик и изготовитель – ООО «РАМЕД», Украина, Днепр).

ЧСС и АД измерялись на предплечье (согласно инструкции к тонометру). ПЭГЭД проводилась в контрольных точках измерения (КТИ) на 10-ти морфофункциональных системах (МФС) или 10-ти каналах классической меридиональной системы, симметрично на кистях рук справа и слева (по две точки на одной МФС), а также в точке, отражающей состояние гипоталамуса (на голо-

ве, над ушной раковиной, симметрично с двух сторон TR 19). Замеры ЧСС, АД, ПЭГЭД осуществлялись в течение 10 дней. В течение дня обследования и измерения проводились двукратно – в первой и во второй половине дня, в положении сидя.

Обследуемую группу составляли 10 человек возрастом от 25 до 69 лет. Каждому из обследуемых был предложен опросник по выявлению вегетативной дисфункции (ВД). В результате чего у каждого из обследуемых была выявлена ВД различной степени выраженности.

В процессе динамического наблюдения отслеживалось состояние магнитного поля Земли при помощи планетарного К-индекса (K_p) (по материалам сайта [http://www.pogoda.by/315/arch_gw.php]) где: 0 – отсутствие возмущений; 1-2 – незначительные возмущения; 3 – слабозвозмущенное магнитное поле; 4 – возмущенное магнитное поле.

Обработка результатов проводилась с использованием стандартного пакета программ «Statistica».

В таблице представлены результаты исследования.

Таблица

Зависимость показателей АД и значений ПЭГЭД от геомагнитной обстановки

Названия переменных	Коэффициенты корреляции	Средние значения при $K_p = 1$	Значение t-критерия Стьюдента	Средние значения при $K_p = 3$
ДАД, слева	- 0,21	79,8 ±1,8	2,5	73,8 ±1,4
САД, справа	- 0,22	126,7 ±4,1	2,1	115,4 ±2,5
ПЭГ GI, d, справа	- 0,26	–	–	–
ПЭГ IG, a, слева	- 0,29	–	–	–
ПЭГ IG, r, справа	- 0,36	52,7 ±1,3	4,3	44,3 ±1,4
ПЭГ IG, a, справа	- 0,41	69,3 ±1,9	4,4	5,8 ±1,9
ПЭГ IG, d, справа	- 0,30	16,7 ±1,1	2,3	12,5 ±1,4
ПЭГ MC, a, слева	- 0,29	62,1 ±2,7	2,4	53,5 ±1,8
ПЭГ MC, a, справа	- 0,22	–	–	–
ПЭГ Tr, r, слева	- 0,22	–	–	–
ПЭГ Tr, a, справа	- 0,29	53,9 ±2,7	2,6	44,7 ±1,9
ПЭГ Tr, d, справа	- 0,28	–	–	–
ПЭГ hур, r, справа	- 0,31	–	–	–
ПЭГ hур, r, слева	- 0,27	–	–	–

Примечание: САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление, ПЭГ – пунктурная электрография; GI, IG, MC, TR, hур – обозначения соответствующих МФС; a – активная составляющая ПЭГЭД, r – реактивная составляющая ПЭГЭД.

Все корреляционные зависимости, отраженные в таблице, отрицательные, т.е. указанные переменные выявили обратно пропорциональную динамику нарастанию геомагнитной активности. Зависимость артериального давления от магнитных бурь является фактом общеизвестным, и вполне согласуется с электромагнитными и магнитными явлениями, происходящими в биологических системах. В данном случае САД и ДАД при росте планетарного К-индекса имеет тенденцию к снижению. Среди показателей ПЭГЭД в таблице отражены аспекты: МФС кровообращения, эндокринной системы (трех полостей тела), гипоталамуса, толстого и тонкого кишечника. Как известно, функция перистальтики в желудочно-кишечном тракте является компетенцией вегетативной нервной системы, с участием хемо- и барорецепторов. При этом показатели ПЭГЭД отражаются в виде числовых показателей универсальной для различных органов и систем шкалы. Общеизвестно, что динамика артериального давления имеет выраженный индивидуальный характер.

Выводы

В группе обследуемых без выраженной гипертензии, а в отдельных случаях с медикаментозно компенсированной гипертонией, влияние геомагнитного фактора носит в большей степени гипотензивную направленность. Это состояние на субъективном уровне может восприниматься как гипотензия, общая слабость, снижение работоспособности.

Результаты проведенного исследования открывают новые перспективы для пунктурной диагностики, они демонстрируют, что с помощью пунктурной электрографической диагностики можно оценивать внутренние процессы. Причем эта оценка может быть более оперативной и динамичной, чем при использовании средств визуализации (ультразвуковой и пр.).

УДК 615.015.32+615.035.1

ВОЗМОЖНОСТИ ПОДБОРА ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВ С ПОМОЩЬЮ ВЕГА-ТЕСТА

■ Л. Н. Киркилевская

■ *ПВУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ»*

Наталья Симеонова – к. мед. н., Лауреат государственной премии в области науки в своей книге «Гомеопатия и астрохимия» впервые опубликова-

ла теорию механизма действия гомеопатических лекарств – энерго-информационная голограммная теория. Согласно этой теории, человеческий организм есть биоголограмма, лекарство есть часть этой голограммы, оно энергоинформационно, несет в себе и энергию и одновременно информацию.

С появлением приборов, использующих метод Фоля или его модификацию **вега-тест**, возможности лечения пациента с помощью гомеопатических лекарств расширились. Приборы дают возможность диагностировать, какого рода проблемы у пациента. Это может быть глистная инвазия, грибковое, бактериальное, вирусное, медикаментозное поражение, с его помощью можно определить кислотно-щелочное состояние, дефицит микроэлементов и т.д.

Сначала врач опрашивает пациента и выбирает, каким будет его лечение, используя знания классической гомеопатии, метода Шанкарана или антропософской медицины. Выбрав несколько подходящих лекарств, тестирует с помощью прибора. Лекарство назначается одно или два, с определенным разрывом во времени, если оно назначается в высоком разведении 200 или 1000. Если оно назначается в низких разведениях по принципам антропософской медицины (Stanum 6D, Mercur vivus 6D, Cuprum metallicum 6D), то оно может быть назначено 3-4 и больше на 1-2 месяца. Это могут быть фитопрепараты Choleodoron (спиртовой сок чистотела + куркума), Hepatodoron (смесь листа винограда и листа земляники).

Прибор также позволяет следить за динамикой выздоровления, подбирать нозоды для лечения глистной инвазии. С помощью прибора можно подобрать правильное питание. Как правило, диагностика производится 1 раз в 2-3 месяца.

Примеры из практики: у пациента жалобы на депрессию. Диагностировали гельминт токсокара, который, как известно, поражает мышцы, может поражать различные органы. С помощью **вега-теста** установлено, какой нозод ему назначать. Помимо нозода Toxocara D6, подобран препарат Naia 200C, в редких приемах. Через 2 месяца положительная динамика: повышение t° до 38° , простуда, возвратились старые болезни по закону Геринга. Назначено Naia 200 часто на воде 3-4 дня, затем снова редко. Через 2 месяца Luesinum 1000 однократно. Через полгода вернулся к жизни, активный, бодрый.

Ребенок 10 лет: жалобы на усталость, нежелание ходить в школу, раздражительность, частые простуды. В доме в 3-комнатной квартире – кот, собака, попугай. На диагностике: гельминтная инвазия – лямблии, токсоплазма, аскаридоз. Пролечен нозодами Toxoplasma D6, Ascarida D6, а также Sulfur 30 2 раза в неделю. Через 2 месяца – полное выздоровление.

Биоэнергоинформационные приборы помогают считывать информацию с биополя человека и подбирать информационное гомеопатическое лекарство.

МОНІТОРИНГ СТАНУ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ІМУНОКОРЕКТОРІВ

■ Р. М. Кобилянська, В. Я. Кобилянський

■ *Українська Академія інтегративної медицини, м. Київ*

Сьогодні в світовій охороні здоров'я спостерігаються тенденції переходу від системи, орієнтованої на лікування захворювань, до здоров'я центричної системи охорони здоров'я, що базується на пріоритеті здорового способу життя і направлене на профілактику захворювань та збереження здоров'я людини.

Одним з найбільш перспективних напрямів сучасної медичної науки, яка в змозі забезпечити людині весь діапазон збереження здоров'я від профілактики та оздоровлення до діагностики, лікування та реабілітації, є інформаційна медицина. Наукові експериментальні та клінічні дослідження підтверджують важливу роль внутрішніх електричних полів в процесах життєдіяльності організму і дозволяють зробити висновок про їх високу інформативність та можливість застосування з діагностичною і лікувальною метою.

Імунна система, як інтегративна та координуюча, стоїть на сторожі цілісності та біологічної індивідуальності організму. Це складна, тонко збалансована структура, яка постійно реагує на найрізноманітніші подразники, як зовнішні, так і внутрішні.

Застосовуючи діагностичний комплекс «Intera Vector BIOPSI-DiaCor», ми отримуємо оцінку індивідуальних механізмів інформаційної регуляції в динамічній послідовності як на рівні цілісного організму, так і окремих органів та систем на клітинному рівні, та маємо можливість проводити моніторинг стану здоров'я і спостерігати динаміку функціонального стану організму, органів і систем, а також відслідковувати ефективність оздоровчо-профілактичних та лікувальних заходів.

АПК «Intera Vector BIOPSI-DiaCor» дає обширну інформацію про імунну систему в характеристиці патфізіологічних показників вилочкової залози, селезінки, мигдаликів глоткового кільця, місцевого імунітету та токсичних навантажень на лімфатичну систему.

Ми відслідковували ефективність ендогенних імунотропних продуктів на прикладі факторів переносу Лоуренса або трансфер-факторів. Це регуляторні олігопептиди класу цитокінів (сигнальні імуноактивні молекули регулятори клітинного та гуморального імунітету). Будучи видонеспецифічними, вони

проявляють універсальну ефективність незалежно від виду донора.

Фактори переносу є високоефективним засобом передачі імунної інформації від клітини до клітини всередині організму і є елементами «пам'яті» імунної системи. Вони також допомагають імунній системі розпізнавати незнайомі їй антигени та «приймати рішення» про подальші дії.

Позитивний вплив трансфер-факторів як імунокоректорів пов'язаний з їх імуномодулюючим ефектом, перш за все впливом на клітинну ланку імунітету та гуморальну регуляцію. Трансфер-фактори не дають побічних ефектів та не мають протипоказань для застосування.

Апаратно-програмний комплекс «Intera Vector BIOPSI-DiaCog» дозволяє контролювати реакцію імунної системи, відслідковувати ефективність імунокоректорів та, за необхідності, змінювати лікувально-оздоровчу тактику.

УДК 614.253.3+616-082+616-07

ОЦІНКА ЗМІН МІКРОСИСТЕМ НА ПЕРВИННІЙ ТА ВТОРИННІЙ ЛАНКАХ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ПЕРСПЕКТИВНИЙ ШЛЯХ СКРИНІНГ-ДІАГНОСТИКИ

■ ¹ О. Є. Коваленко, ² О. В. Коваленко, ² Є. В. Коваленко

■ ¹ *НМАПО ім. П. Л. Шупика*

² *НМУ ім. О. О. Богомольця*

Питання швидкого встановлення попереднього діагнозу має надзвичайно важливе значення, адже може сприяти оптимізації подальшого клінічному маршруту пацієнтів, запобіганню непотрібних високовартісних діагностичних витрат, навіть професійному відбору.

Оцінка таких мікроакупунктурних зон – ока, вушної раковини, кисті та стопи має велике діагностичне значення, в першу чергу, в якості скринінгових, експрес-діагностики, що особливо важливо для лікарів первинної ланки. Як відомо, це зони прямої та відображеної аферентації, по яким зміни у внутрішньому та зовнішньому середовищах залишають свої відбитки у вигляді тих чи інших змін.

Найпоширенішим і стандартним дослідженням при судинній патології залишається дослідження очного дна. Біомікроскопія бульбарної кон'юнктиви використовується значно рідше, незважаючи на високу її інформативність та наявність досліджень з цього питання. Відомо, що стан мікросудин бульбарної кон'юнктиви непрямо відображує стан мозкового кровотоку, а його

об'єктивізація відбувається шляхом біомікроскопії за допомогою оптичної техніки. Однак біомікроскопія бульбарної кон'юнктиви на практиці використовується значно рідше, незважаючи на високу її інформативність та істотну кількість публікацій з цього питання. Ще менше доказових даних на користь іридобіомікроскопії райдужної оболонки ока, хоч і наявна істотна кількість публікацій.

Якщо навіть відхилити від широкого використання топічну іридіодіагностику, яка вважається досить складною і неоднозначною, для лікаря, і, в першу чергу, первинної ланки, залишається ще цілий ряд інформативних загальних діагностичних знаків райдужки, які непогано розпізнаються навіть неозброєним оком – наприклад, «сенільна дуга», що вказує на атеросклероз і являє собою відкладення холестерину, «лімфатичний розарій» – супроводжує лімфоаденопатії, запальні процеси, особливо у людей певних конституційних типів, щільність строми – вказує на опірні функції організму. Крім того, райдужна оболонка несе в собі ще надзвичайно багато цікавої, в тому числі, навіть прогностичної інформації. Оцінка ірису дає можливість виявити основні риси психотипу людини. Навіть все око це надзвичайно інформативна система: колір та форма склери, стан судин бульбарної кон'юнктиви та фотореакцій зіниць. Діагностична інформативність райдужки вивчалась багатьма вченими, зокрема, і нами (С. Вельховер, 1983; В. Кривенко, 1983, 1990; О. Коваленко, 2003; 2007 та ін). Таким чином, око є надзвичайно інформативним органом для скринінгової діагностики, особливо це стосується судинної патології, метаболічних та токсичних змін.

Вушна раковина, як ще одна високоінформативна скринінг-система, має також надзвичайно складні зв'язки з внутрішнім середовищем, що значною мірою пояснюється її ембріогенезом, адже вона походить від 2-3 зябрових щілин, що були у зародка людини на ранніх етапах розвитку. Функції зябрів, зокрема у риб, відомі: участь у регуляції газообміну, кровообігу, захисті (бар'єрна функція). Тому анатомо-фізіологічне та ембріологічне підґрунтя вушної раковини пояснює можливості як інформативної діагностики, так і ефективного лікування через її зони та точки. Недарма вона іннервується аж 5-ма нервами; 4-ма парами черепних та 1-ю парою соматичних, як ніякий інший орган. Результати співставлень авторами змін на вушних раковинах та показників МРТ та КТ дозволяє впевнено про це говорити, що має бути продемонстровано на конференції. Цікавим і ефективним методом лікування, де об'єктом є вушна раковина, є «мале кровопускання», інформацію про отримані результати ми представляємо поза межами нашої країни (О. Kovalenko, 2016 (Japan).

А якщо розглянути інформаційну цінність показників стопи та кисті (суджок), а також можливостей на них впливати з лікувальною метою, то заперечити обґрунтування цього феномену буде складно: «представництво» кисті і стопи в зонах кори головного мозку має велику площу, й зрозуміло – мільярди нейронів з їхніми зв'язками в їхньому підпорядкуванні. Конкурувати за вели-

чиною площі відповідності може тільки обличчя зі своїми органами – язик, ніс, очі, що знову ж таки значною мірою пояснює інформаційну цінність язика, носа, які так само є мікросистемами впливу.

Таким чином, володіння лікарем інформацією щодо комплементарних методів скринінгової діагностики має велике значення, адже дозволяє їхнє використання у якості експрес-методів, встановлювати попередній діагноз та прогнозувати подальший перебіг патології.

УДК 615.216.86:665.5

АДАПТАЦИЯ АРОМАТИЧЕСКИХ МАСЕЛ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АРОМАТЕРАПИИ

■ Э. Д. Крамар

■ Научно-производственное предприятие «ПАВА», г. Киев

Ароматерапия стала обычным явлением в практике многих специалистов, где ее используют в качестве дополнительного средства в комплексном походе для лечения различных заболеваний и как самостоятельное направление, когда речь идет об укреплении и восстановлении здоровья. Благодаря различным украинским и зарубежным изданиям в нашем обществе сформировалось свое представление о различных маслах и методиках их применения. Мой 20-летний практический опыт показал, что некоторые аромамасла требуют своей предварительной подготовки для дальнейшего использования. Это целый ряд особых масел, среди которых можно выделить следующие специфические группы:

- **сильнодействующие эфирные масла:** *ангелика* (*Angelica glauca*), *девясил* (*Inula graveolens*), *зверобой* (*Hypericum perforatum*), *тысячелистник* (*Achillea millefolium*), *роза* (*Rosa damascene*), *любисток* (*Levisticum officinale*), *витекс священный* (*Vitex agnus castus*) и др.
- **опасные аромамасла** (с повышенной токсичностью): *арника* (*Arnica montana*), *туя* (*Thuja occidentalis*), *нижма* (*Tanacetum vulgare*), *сантолина* (*Santolina chamaecyparissus*), *рута* (*Ruta graveolens*), *лиатрис* (*Liatris spicata*), *полынь лекарственная* (*Artemisia abrotanum*) и др.
- **концентрированные аромамасла** (полученные способом экстракции): *нарцисс* (*Narzissus poeticus*), *тубероза* (*Polianthes tuberosa*), *нероли* (*Citrus aurantium*), *липа СО₂* (*Tilia cordata*), *хмель СО₂* (*Humulus lupulus*), *шафран* (*Crocus sativus*) и др.

Вышеперечисленные аромамасла для дальнейшей работы рекомендуется заранее «адаптировать» – сделать масляные или спиртовые разведения в

пропорции от 1:5 до 1:25. Пропорциональное соотношение входящих компонентов в адаптированных маслах зависит от вида и методики применения (наружное/внутреннее), а также от необходимой аромаформы. В качестве разбавителей могут выступать различные жирные растительные масла. Я рекомендую жирное *масло жожоба* (*Simmondsia chinensis*) и *масло из ростков пшеницы* (*Triticum aestivum*), имеющие непревзойденные консервирующие свойства и длительную стойкость к прогорканию. Также в качестве разбавителя может выступать 96 % спирт. Следует подчеркнуть, что в своей практике я использую только 100 % качественные ароматические масла, полученные соответствующими способами производства, не имеющие в своем составе примесей и следов синтетических разбавителей. Такой подход в работе обеспечивает более мягкое воздействие аромамасел на организм и сводит к минимуму все нежелательные риски (аллергические реакции, интоксикации и т.д.).

В таком адаптированном виде аромамасла могут применяться в педиатрической и гинекологической практике, не неся угрозы так называемой группе риска – детям, беременным, кормящим матерям, где допустимы очень минимальные дозировки эфирных масел. Хорошо себя зарекомендовали также адаптированные масла в методиках восстановления здоровья после дистресса и затяжных болезней. Постепенное накопление химических веществ аромамасел в организме человека за счет минимальных доз делает их менее агрессивными в процессах физиологической перестройки и позволяет достичь стойких результатов в укреплении и восстановлении здоровья человека в целом.

УДК 616.7-085.36+615.36:612.46

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОТЕНЦИРОВАННОГО АУТОНОЗОДА МОЧИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА. МЕТОДИКА ПРИГОТОВЛЕНИЯ АУТОНОЗОДА МОЧИ

- **О. В. Корицкий, Ю. В. Корицкий, В. А. Бричук**
- *Медицинский центр ПП «Медикор-2», Винница*

Пациент приносит утреннюю мочу. Проводится серия десятичных гомеопатических разведений. 1,0 мл мочи заливается в пробирку, туда же заливается 9,0 мл 40 % спирта этилового (можно водку, но без добавок), встряхивается 70 раз. Из полученного разведения берется 1,0 мл раствора, вновь смешивается

с 9,0 мл 40 % спирта этилового, вновь встряхивается 70 раз. Таких серийных разведений и встряхиваний мы рекомендуем сделать 12. На выходе получаем аутонозод мочи пациента в разведении D 12.

Полученный раствор заливается в стаканчик и устанавливается в ячейку «Вход» лазерного репринтера фирмы Ольвия Нова, в ячейку «Выход» устанавливается стаканчик с чистой гомеопатической крупкой, производится перезапись аутонозода мочи пациента на гомеопатическую крупку в течение 3 минут, показатель потенциометра репринтера находится на 7, что означает перенос 1 к 1.

В некоторых случаях, когда необходимо приготовление инверсного аутонозода мочи, стаканчик с раствором ставится в ячейку «Инверсный вход» и производится инверсная запись в ячейке «Выход». Полученный аутонозод мочи в D12 необходимо потенцировать, используя систему экологических хроносемантических тестов (по методике К. Н. Мхитаряна).

Методика нацеливания аутонозода мочи, используя потенцирование.

Отсыпаем небольшое количество шариков в отдельный стаканчик, устанавливаем его в ячейку «Вход» репринтера. Хроносемантическим шупом (подключен к ячейке «Вход») определяем на ладони концевые точки на линиях Жизни, Головы, Сердца, Судьбы точки пересечения линий. При ВРТ, обычно информация с концевых точек будет давать устойчивое падение стрелки прибора. Начинаем вращать ручку потенциометра от 7 до 0 и на участке шкалы от 6,9 до 5,0 получаем устойчивый подъем стрелки прибора при снятии информации с концевой точки линии Жизни. Перепроверяемся по другим концевым и ключевым точкам линий Жизни, Головы, Сердца и Судьбы. Если данная потенция удовлетворяет всем точкам, ставим в ячейку «Выход» стаканчик с чистой крупкой и производим перезапись аутонозода мочи в D12 в новой подобранной потенции (например, у нас получилась 6,2). Затем переводим потенциометр репринтера в положение 7,0 и вновь пробуем выровнять показатели на концевых точках линий Жизни, Головы и Сердца добавлением в стаканчик в ячейке «Вход» возрастающего количества крупинок. Число крупинок, вызывающее подъем стрелки прибора при ВРТ, является суточной дозой, которую лучше принимать однократно, ежедневно, на ночь. Записанной порции крупки хватает пациенту на 6-8 недель. После окончания приема очередного флакона с крупкой, пациент приходит к врачу и приносит с собой первый флакон с крупкой, которая хранится дома у пациента (это аутонозод мочи в D12). Процесс потенцирования нозода повторяется вновь, так же подбирается доза. Мы отметили, что с каждым месяцем показатели потенциометра репринтера смещаются, при подборе работающей потенции, в сторону более высоких потенций (от 7 до 0). Курс лечения занимает от полугода до года .

Показаниями для применения потециированного аутонозода мочи являются:

Распространенный остеохондроз позвоночника с множественными грыжами

Шморля (чаще небольших размеров, до 9,0 мм).

Ревматоидный полиартрит.

Подагрический поли- и моноартрит.

Хронический пиелонефрит и мочекаменная болезнь (в этом случае нужно использовать инверсию аутонозода мочи).

Хронический уретропростатит (тоже используется инверсия аутонозода мочи).

Примеры применения аутонозода мочи у пациентов с различными заболеваниями.

Больной К. Диагноз: ревматоидный полиартрит, артрит правого коленного сустава. Болеет 8 лет, обычные методы лечения дают нестойкую ремиссию, кратковременное снятие болевого синдрома, объем коленного сустава не уменьшается. Начато лечение аутонозодом мочи. Через 2 недели исчезновение болевого синдрома, через 6 недель уменьшился объем коленного сустава, вырос объем движений, исчезла утренняя скованность. Пациент наблюдается с периодичностью раз в 2-3 месяца, производится повторное потенцирование аутонозода мочи.

Пациент М. Диагноз: Хронический панкреатит, подагра, подагрический артрит правого голеностопного сустава. Болеет 5 лет, обострения раз в три месяца после нарушения диеты и употребления спиртного. Приготовлен аутонозод мочи, через неделю после начала приема обострение – артрит правого лучезапястного сустава. Обострение купировано (постановкой пиявок на область воспаленного сустава и уменьшением дозы аутонозода мочи) за 3 дня. Принимает аутонозод мочи 10 месяцев, несмотря на нарушение диеты и употребление алкоголя, обострений подагры не было.

Под наблюдением находились 68 пациентов с распространенным остеохондрозом позвоночника и различными неврологическими осложнениями остеохондроза. Длительность заболевания составляла от 2 до 18 лет. Все пациенты прошли стандартные рентгенологические обследования. У 26 при обследовании на МРТ обнаружены множественные мелкие позвоночные грыжи Шморля от 3 до 9 мм. Всем пациентам был приготовлен и подобран аутонозод мочи. У всех без исключения пациентов отмечается уменьшение болевого синдрома, увеличение подвижности позвоночника. Все без исключения пациенты отметили улучшение качества жизни, а именно: повышение общего тонуса организма, улучшение настроения, сна, исчезновение головных болей.

Лечебные курсы проводились по 2 месяца с перерывами по 10 дней на протяжении 6 месяцев. 10 пациентов отметили вновь ухудшение состояния через месяц после прекращения терапии. В этих случаях применение аутонозода мочи было продолжено.

У 14 пациентов при МРТ-контроле через 8 месяцев было отмечено исчезновение грыж Шморля.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСОВ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ В г. ПРАГА, ЧЕШСКАЯ РЕСПУБЛИКА

■ ¹ О. В. Корицкий, ² Иван Коменда, ² Дагмар Драхрадова

■ ¹ *Медицинский центр ПП «Медикор-2», г. Винница*

² *IBDI (Institut Biorezonancni Diagnostiky a Informatiky),
Чешская Республика, г. Прага*

В июне 2011 года в Чешской Республике, в г. Прага были проведены курсы повышения квалификации врачей-акупунктуристов по теме: **«Электропунктурная диагностика и информотерапия».**

Курсы были организованы совместно ООО «ОЛЬВИЯ НОВА», г. Киев, Медицинским центром ПП «Медикор-2», г. Винница и Институтом Биорезонансной Диагностики и Информатики в Праге (IBDI).

Программа курсов «Электропунктурная диагностика и информотерапия»

1 день	Введение в теорию информации, понятие об информотерапии. Введение в ЭПД, фолевские меридианы, техника измерений БАТ и БАЗ. Ход и ТИ фолевских каналов	Лекция Практические занятия
2 день	Обзор методов электропунктурной диагностики. Практическое освоение методов диагностики по Накатани, Акабана, Фоллю. Сегментарная экспресс-диагностика. Ход и ТИ фолевских каналов	Лекция Практические занятия
3 день	Медикаментозное тестирование. Нозоды и органо-препараты и их диагностическое и терапевтическое значение. Медикаментозный селектор, техника работы с ним. Ход и ТИ фолевских каналов.	Лекция Практические занятия
4 день	Энергоинформационный перенос лекарственных свойств препаратов. Работа с лазерным репринтером. Приготовление информо-препаратов. Алгоритмы обследования при различных заболеваниях. Прием пациентов.	Лекция Практические занятия
5 день	Понятие о вегетативно-резонансном тесте (ВЕГА-ТЕСТ). Биорезонансная терапия, Хроносемантическая диагностика и терапия. Мастер-класс по приготовлению энерго-информационных препаратов.	Лекция Практические занятия

Курсы были организованы следующим образом: каждый день читались лекции по 4 часа теоретического курса, затем после перерыва – 4 часа практических занятий. На практических занятиях курсанты осваивали технику электропунктурных измерений, алгоритмы обследования при различных заболеваниях, технику медикаментозного тестирования, работы с медикаментозным селектором, репринтером, приготовление информопрепаратов, подбор индивидуального лечения пациентам в рамках информотерапии и биорезонансной терапии. На протяжении курсов всем курсантам была проведена электропунктурная диагностика и приготовлены индивидуальные информопрепараты, аутонозоды мочи и крови. Первый цикл обучения успешно окончило 5 врачей.

После окончания курсов врачи продолжают работу с пациентами. Через 6 мес. предполагается циклическое обучение более сложным технологиям информационной терапии.

Второй курс обучения планируется по теме: *«Вегетативно-резонансный тест и биорезонансная терапия»* и еще через 6 месяцев – курс обучения по теме: *«Хроносемантическая диагностика и хроносемантическая терапия»*.

УДК 615.83+615.89

СИСТЕМНЫЕ НАТУРОПАТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ

■ Ю. Д. Котляров

■ *Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины*

В последние годы происходит ухудшение состояния здоровья населения. Назрела необходимость в выработке продуманной стратегии новой концепции профилактики и восстановления здоровья человека. Пожелания автора выражены в предлагаемой концепции восстановления здоровья, которая гармонично встраивается в общую концепцию реформирования здравоохранения и медицинской науки в Украине. В данной концепции определено место применения натуропатических системных методов, которые направлены на системную последовательную профилактику и реабилитацию.

Системный подход в лечении предполагает комплексное восстановление здоровья человека. В основу предлагаемой системы оздоровления положены основные принципы широкоиспользуемого в научных целях,

в т.ч. и в медицине, междисциплинарного подхода – инвариантного моделирования, предложенного академиком А. Н. Малютой. Современная медицина, ставя своей целью восстановление здоровья, занимается, тем не менее, исключительно болезнями, но никак не здоровьем человека. Основной характеристикой современного процесса лечения заболеваний является дифференцированный подход при отсутствии целостности и междисциплинарной преемственности. Новый взгляд на терапию формируется на основе создания современной модели человека. Чем точнее будет определена модель человека, тем точнее будут подобраны методы восстановления здоровья. Человек – это взаимосвязанная совокупность интеллектуальной, эмоциональной и физической составляющих. Такое простое определение не противоречит научному, религиозному, эзотерическому и обыденному представлению. Из всех существующих моделей человека это самая простая.

Как правило, пациенты обращаются за помощью к врачу в состоянии дисгармонии, которое, в свою очередь, может проявляться различной степенью нарушений тройственного взаимодействия между духом, душой и телом. Дисгармония означает разбалансировку взаимодействия в системе между ее составляющими. Применяя этот термин к данной модели, можно говорить о разбалансировке взаимодействий между элементами системы (умом, душой и телом), вплоть до полного обрыва всех или каких-либо взаимодействующих частей. Патологический процесс приводит к «разделению», «распаду» системы на три дисгармоничные, а возможно, даже изолированные и не взаимодействующие между собой части. Таким образом, могут иметь место элементы дисгармонии, вплоть до полного распада и уничтожения как целого, человеческой личности. Наиболее полным можно считать восстановление здоровья человека при полной гармонии всех трех сфер его интересов: духовной, физической и эмоциональной.

В своей практике излечения пациентов автор стремится реализовать концепцию целостности человека как системы. Это индивидуализированный или личностный уровень оказания лечебной помощи пациенту.

Целью и задачей системного подхода в терапии является запуск процессов саморегуляции, уже заложенных в организме при его рождении.

Возникающие заболевания организма человека являются биологически целесообразным процессом по выведению токсинов (Эндерляйн Г.) и свидетельствует о нарушении баланса. Интенсивный обмен организма с окружающим миром – база для здоровья и развития! Инфекции и другие внешние факторы, не являющиеся опасными, могут иметь угрозу для организма при «неправильных» внутренней его среде и регуляторных механизмах. Основа лечения – восстановление внутренней среды организма.

Восстановление охватывает следующие аспекты и проводится в течение длительного периода:

1. Устранение терапевтических блокад и антагонистов терапии с использованием следующих методов: рефлексотерапии, краниосакральной терапии, рефлекторного массажа, гомеопатии, фитотерапии, психотерапии и других натуропатических процедур. Обязателен для каждого пациента специально подобранный комплекс физических упражнений, режим жизни и питания для активации тканевого дыхания и работы мышечной и других систем.

2. Восстановление процессов анаболизма.

- Сюда включается *ощелачивающая диета*.
- *Ощелачивающая терапия* (терапия патологии кишечника, дыхательная гимнастика, тепловые процедуры, искусственная гипертермия, йога).

Принцип лечения – всегда использовать различные средства и менять их непрерывно, никогда не использовать одно и то же средство в течение многих недель или месяцев.

3. Восстановление эмоциональной сферы пациента на всех уровнях.

Модель *гармоничной личности* формируется как единое целое, возникшее из совокупности совместимых между собой половин: мужской и женской. С позиций системного анализа, такое сочетание отождествляется с комплементарной, дуальной, взаимодействующей парой. Уровни системной реализации человека сложны. Проведение системных методов терапии с учетом этой модели будет совершенно иным, отличным от терапии каждой из представленных индивидуальностей в отдельности. Здесь приобретает значимость слово, определяющее алгоритм деятельности врача. Слово реализуется психотерапевтическими методами. Разбалансированное состояние человека может быть нормализовано и даже переведено на более высокий уровень здоровья при вовлечении его в системно организованную врачом деятельность. Это проявляется в виде полной востребованности и самореализации. Данная социальная направленность лечебного процесса чрезвычайно эффективна. Подобная деятельность носит ярко выраженный лечебно-профилактический результат. Это есть часть информационной медицины, которая является сутью многих религиозных, философских, эзотерических и других практик, накопленных человечеством за тысячи лет своего существования.

Кроме изложенных методов и средств терапии, восстановление эмоциональной сферы пациента достигается назначением конституциональной гомеопатии, которая может быть индивидуально единственным методом лечения, выводящим организм на путь выздоровления.

Выводы

Изложенные принципы системного подхода в терапии, способствующие сотрудничеству с больным, позволяют полно охватывать все стороны личности пациента и, в конечном итоге, получить полное духовное, физическое и эмоциональное исцеление человека как гар-

моничной личности. Такой подход реализуется последовательно плановым использованием комплекса натуропатических методов и дает наиболее полный результат в излечении и реабилитации.

УДК 616.831-092-085

ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ З ПРОЯВАМИ ЕКСТРАПІРАМІДНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗА УНІФІКОВАНОЮ РЕЙТИНГОВОЮ ШКАЛОЮ ОЦІНКИ (UPDRS.)

■ **А. Й. Лабінський**

■ *Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Нами обстежено та проліковано 32 пацієнти дисциркуляторною енцефалопатією з екстрапірамідними проявами у вигляді синдрому Паркінсона. У всіх хворих за шкалою Хена спостерігалась друга і початок третьої стадії синдрому Паркінсона судинного генезу. Препарати леводопи у цих пацієнтів внаслідок ефекту виснаження демонстрували вкорочення періоду включення та подовження періоду виключення.

Всі вказані хворі отримували комплексну немедикаментозну терапію. Поєднували методики гірудотерапії та мануальної терапії з нутріціологічною корекцією. Мануальна терапія, гірудотерапія та нутріціологічна корекція проводилась за методиками, які були описані нами раніше. Після комбінованого лікування при об'єктивному обстеженні значно резидували неврологічні розлади. Зменшився тонуc м'язів та інтенсивність патологічних рефлексів. Окрім неврологічних розладів, змін зазнали когнітивні порушення: дещо піднявся рівень зниження уваги, концентрації, переключення, оперативної пам'яті, розумової працездатності, інтегративної сенсомоторної активності та ін. Після застосованого лікування ментальний статус пацієнтів за уніфікованою рейтинговою шкалою оцінювався на 0,7 бали менше. Повсякденна активність пацієнтів при комбінованому лікуванні в кінці трьохтижневого курсу оцінювалася на 0,8 бали краще, ніж до лікування. Рухова активність пацієнтів за уніфікованою рейтинговою шкалою після лікування оцінювалася у 20,8 балів у порівнянні з 22,7 балів до лікування. Період виключення після переведу пацієнтів на комбіноване інноваційне з немедикаментозними методами лікування до кінця

трьохтижневого курсу вкоротився у всіх хворих в середньому на 55 хвилин за добу. Помітно зменшились брадиканія і ригідність.

Висновок

Суттєве покращання стану пацієнтів дисциркуляторною енцефалопатією з синдромом Паркінсона, вкорочення періоду виключення дії леводопи та відновлення ментального статусу на 0,8 бала і рухової активності на 1,9 бала за уніфікованою рейтинговою шкалою оцінки (updrs) після комплексного немедикаментозного лікування свідчить про ефективність застосування комбінованого інноваційного лікування з нутріціологічною корекцією, грудо- та мануальною терапією при досліджуваній патології.

УДК 616.1-084:615.89

АЮРВЕДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ РИСКОВ

■ **И. А. Лавринчук**

■ *ПВНЗ «Киевский медицинский университет УАНМ»*

По данным последнего Информационного бюллетеня ВОЗ по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) (№ 317, январь 2015 г.) большинство ССЗ можно предотвратить путем принятия мер в отношении факторов риска с помощью стратегий, охватывающих все население.

На 39-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (1985) Аюрведа была признана наиболее перспективной и эффективной системой альтернативной медицины.

Аспекты комплексного подхода к профилактике сердечно-сосудистых рисков (ССР) с позиций аюрведической медицины.

1. Модификация образа жизни пациента с целью коррекции отклонений в балансе конститутивных принципов и, следовательно, нивелирования влияния модифицируемых факторов ССР.
2. Аюрведический режим жизни, соответствующий индивидуальной конституции пациента и учитывающий суточные и сезонные изменения окружающей среды.
3. Коррекция питания с учетом особенностей и нарушений конституции, климатических условий, являющаяся профилактикой ССЗ, в частности,

устраняя фактор дефіцита белка, способствуя нормалізації ліпідного обмену, курируя баланс продуктів активізуєрующего, стимулірующего і спазмолітіческого, седатірующего ефектів.

4. Двігательний режим как средство нівелірування впливня хроніческого стресса на ССС (посредством деградації підвищеного уровня катехоламінов) і как фактор профілактики дисфункцій левого желудочка.
5. Заняття йоготерапией, способствующие, в частности, нормалізації кровообращения і обмена веществ в організме, емоціального фона, коррекції кардіодетренованности.
6. Аюрведическая терапия препаратами, нормалізующими обмен веществ, седативными, кардіотоническими, коррегірующими нейрогенное влияние на ССС, а также функцию пищеварительной і мочеуделительной систем (Terminalia Arjuna, Arjunin, Фавордил, Стресс Гард і т.д.).
7. Очищительная терапия (панчакарма), которая іспользуется і как профілактический, і как лечебный метод. В частности, полностью нормалізуя функции організма при состояниях еще не манифестірующихся клінічески (пограничные формы артеріальной гіпертензії, предіабет і т.п.).

УДК [616-056.52+616.153.915+616.12-008.331.1]-06-085+[616.98:578.825.1]-06-085

ЕФЕКТИВНІСТЬ НУКЛЕКСУ ТА ПОЛІФЕПАМУ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У СПОЛУЧЕННІ З ГЕРПЕТИЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

■ А. Л. Лоскутов

■ ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

За період вивчення метаболічного синдрому (МС) було встановлено, що кількість симптомів, які складають цю патологію, набагато більше чотирьох (ожиріння, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет і холестеринемія). Метаболічні порушення призводять до ушкодження ендотелію, ініціюючи процеси агрегації тромбоцитів і запальні імунні реакції, що лежать в основі атерогенеза. Імунна система, створюючи захист від атеросклерозу, активує макрофаги для знищення відмерлих клітин, мікробів і баласту. Порушення клітинного імунітету може висувати додаткові вимоги до неспецифічним механізмам імунного захисту, створювати передумови до активації прозапальних цитокінів, що підсилюють ендотеліальну дисфункцію, агрегаційну активність тромбоцитів

і порушення їх циркуляції з формуванням циркулюючих імунних комплексів (ЦІК).

Герпесвірусна контамінація супроводжується підвищенням молекул ендотеліальної лейкоцитарної адгезії, молекул міжклітинної адгезії і молекул адгезії клітин судинної стінки. Ці молекули активують клітини моноцитарного ряду і синтез ними прозапальних цитокінів, які пошкоджують судинний ендотелій і стимулює викид тканинної тромбoplastину. В результаті створюються умови для розвитку тромбозу дрібних судин і порушення мікроциркуляції, що призводять до додаткового гіпоксического пошкодження слизової і сприяють виникненню тканинної деструкції судин із прогресуванням атеросклерозу. Адекватною і своєчасною корекцією зазначених змін можна досягти застосуванням препаратів з імуномодельюючою активністю, що значно знижує ризик розвитку судинних катастроф (інфарктів та інсультів).

Було обстежено 93 хворих з МС, в яких виявлено наявність герпетичної інфекції (ГІ), які розділені на дві групи – основну та зіставлення. Хворі основної групи в комплексі лікувальних заходів додатково отримували нуклекс по 500 мг (2 піг.) двічі на добу протягом 3 тижнів та поліфепам по 1 пакету двічі на добу протягом 1 тижня (1 пакетик препарату розмішують у 100 мл води і застосовували за годину до прийому їжі або інших лікарських засобів). Нуклекс має протизапальну, імуномодулюючу, антиоксидантну, антиішемічну активність і пригнічує підвищену агрегацію тромбоцитів. Протизапальна активність забезпечується нормалізацією NO-синтезної активності, інгібуванням окислювальних процесів в клітинних мембранах, стабілізацією мембран клітин і оптимізацією окислювально-відновних процесів в тканинах. В основі противірусної дії препарату лежать механізми впливу на конформацію поверхневих антигенів і рецепторів вірусів. Поліфепан є рослинним ентеросорбентом, а наявність великої кількості функціональних груп на поверхні викликає порційні можливості щодо холестерину, бактеріальних токсинів, тощо.

В результаті проведених досліджень встановлено, що у пацієнтів на МС з герпетичною інфекцією рівень NO_2 був знижений в 1,5 рази порівняно з показником практично здорових осіб (при нормі $11,5 \pm 0,6$ мкмоль/л; $P < 0,01$). Рівень NO_3 в обстежених пацієнтів був знижений в 1,8 разів (при нормі $14,1 \pm 0,8$ мкмоль/мл; $P < 0,05$). При цьому NO_x (сумарний вміст) був меншим норми в 1,7 рази (при нормі $25,6 \pm 1,8$ мкмоль/мл; $P < 0,01$). До початку проведення лікування відмічалось збільшення загальної концентрації ЦІК у сироватці крові у середньому в 1,74 разів в обох групах (при нормі $1,88 \pm 0,09$ г/л; $P < 0,001$). Спостерігався дисбаланс молекулярного складу ЦІК за рахунок зростання кількості середньо- та дрібно молекулярних фракцій. Зміни показників метаболізму оксиду азот та концентрації сироваткових ЦІК у хворих основної групи і групи зіставлення були однотиповими.

Комплексна терапія із застосування нуклеусу та поліфепану позитив-

но впливала на вазорегулюючу функцію судинного ендотелія в хворих на МС з герпетичною інфекцією. У крові хворих основної групи вірогідно зростав вміст NO_2 до $(11,1 \pm 0,4)$ мкмоль/л ($P < 0,05$), тобто досягав нижньої межі норми. Показник NO_3 у сироватці крові хворих підвищувався до $(12,3 \pm 0,2)$ мкмоль/л ($P < 0,05$). Після проведеного лікування концентрація NO_x зросла в сироватці крові хворих до $(23,4 + 1,1)$ мкмоль/мл ($P < 0,05$). У хворих основної групи після завершення курсу лікування за допомогою нуклексу та поліфепану концентрація середньомолекулярних ЦІК та дрібномолекулярних істотно знизилися, що свідчило про зменшення в них активності аутоімунних та імунокомплексних реакцій, а вміст загальних ЦІК був на верхній межі норми. **Отже, запропонований нами курс лікування хворих на МС у сполученні з герметичною інфекцією патогенетично обґрунтований.** У подальших дослідженнях нами планується дослідити відділені результати лікування та вплив запропонованої терапії на ліпідний спектр крові.

УДК 616.316.5-002-022-092:612.017.1

ВПЛИВ ІМУНОМАКСУ В МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТІВ ПІСЛЯ ХВОРОБИ ЛАЙМА

■ І. В. Лоскутова, Н. В. Мацюх

■ ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжське

Для антибактеріального імунітету, зокрема протиборреліозного, особливе значення мають рівень циркулюючих антитіл, функціональний стан системи комплементу і лейкоцитів з цитотоксичними ефектами. Для борреліозу характерно формування гіперімунної відповіді, що може підтримувати запальні зміни в органах і тканинах. Боррелії протягом тривалого часу можуть зберігатися внутрішньоклітинно в різних тканинах організму, а захворювання може тривало перебігати в латентній фазі, але при цьому зберігається небезпека маніфестації інфекції. Хронічний перебіг хвороби Лайма обумовлено уповільненою імунною відповіддю, пов'язаною з пізньою борреліемією, можливістю внутрішньоклітинного персистування збудника, а також розвитком аутоімунних реакцій. Тому для покращання лікування хворих на борреліоз поряд з антибактеріальною терапією нами запропоновано включення препарату імуномакс. Препарат підсилює імунний захист від вірусних та бактеріальних інфекцій.

Встановлено, що імуномакс активує як тканинні макрофаги, так і циркулюючі в периферійній крові моноцити, а також нейтронфільні гранулоцити та НК-клітини, стимулює утворення антитіл проти чужорідних антигенів, підвищує продукцію низки цитокінів, зокрема ІЛ-8, ІЛ-1 β та ФНП α .

Хворі на хворобу Лайма (ХЛ) отримували загальноприйняті засоби – антибактеріальні, протизапальні та антигістамінні. Всі хворі були розподілені на дві групи – основну і зіставлення по 18 осіб в кожній. Крім того, хворі основної групи додатково в комплексі лікування отримували імуномакс, який призначали при вступі хворого до інфекційного стаціонару. Імуномакс вводили внутрішньом'язово по 200 ОД 1 раз на день 6 діб поспіль (усього на курс 1200 ОД препарату). Обстеження проводили до початку лікування та через 1 місяць.

До початку проведення лікування в обох групах обстежених хворих на ХМ відмічалися суттєві зсуви з боку показників макрофагально-фагоцитуючої системи (МФС), які проявлялися зниженням індексів фагоцитарної активності моноцитів (ФАМ). Значення ІП в основній групі були менше норми в середньому в 1,9 рази (при нормі $(25,0 \pm 0,6)\%$, $P < 0,001$), у групі зіставлення – в 1,85 рази ($P < 0,001$). Встановлено також суттєве зменшення ФІ: в основній – в 1,6 рази, у групі зіставлення – в 1,59 рази (при нормі $(26,5 \pm 1,2)\%$; $P < 0,001$). Показник ФЧ у пацієнтів основної групи та групи зіставлення був менше норми в середньому в 1,92 рази (при нормі $4,0 \pm 0,2$; $P < 0,001$). У хворих основної групи ІА був меншим відносно норми в 1,3 рази (при нормі $(14,8 \pm 0,3)\%$; $P < 0,05$), у пацієнтів групи зіставлення цей показник був нижчий відносно норми в 1,28 рази ($P < 0,05$).

Після завершення лікування із застосуванням імуномаксу, у хворих основної групи встановлено підвищення ФІ відносно вихідного рівня в середньому в 1,54 рази ($P < 0,01$), ФЧ – в 1,8 рази ($P < 0,01$), ІА – в 1,28 рази ($P < 0,05$), ІП в основній групі збільшився в 1,84 рази ($P < 0,01$). Необхідно відзначити, що вивчені показники неспецифічної резистентності досягали нижньої межі норми. Після завершення курсу лікування у хворих групи зіставлення відмічалася позитивна динаміка, але показники ФАМ залишалися зменшеними відносно норми. Значення ФІ в ході лікування у хворих групи зіставлення було в 1,46 рази нижчим за норму ($P < 0,05$) та в 1,38 рази нижче відповідного показника у пацієнтів основної групи ($P < 0,05$). ФЧ залишався в 1,38 рази нижче норми ($P < 0,05$) та в 1,3 рази нижче аналогічного показника у хворих основної групи ($P < 0,05$). ІА при повторному дослідженні було нижче норми в 1,2 рази ($P < 0,05$) та нижче відповідного показника у хворих основної групи також в 1,2 рази ($P < 0,05$). ІП в ході лікування виріс, хоча залишався в 1,49 рази нижче норми ($P < 0,05$) та в 1,45 рази відносно відповідного показника у пацієнтів основної групи ($P < 0,05$). Таким чином, виходячи з отриманих даних, можна вважати використання сучасного імуноактивного препарату імуномакс у хворих на кліщовий борреліоз патогенетично обґрунтованим, оскільки

він забезпечує відновлення функціонального стану МФС. У подальшому ми плануємо вивчити віддалені наслідки використання імуномаксу у хворих на хворобу Лайма із дослідженням імунологічного статусу реконвалесцентів.

УДК 612.17:613

СЕРДЦЕ – ИСТОЧНИК ЖИЗНИ И ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

■ **В. А. Лукьянченко**

■ *ООО «Институт Внедрения Новых Медицинских Технологий «РАМЕНА»,
г. Евпатория, Республика Крым*

Цель работы

Обозначить ряд актуальных, хотя и дискуссионных, вопросов, касающихся работы сердечно-сосудистой системы. Пробудить у медицинской общественности интерес к данному вопросу и к творческому научно-практическому поиску в данном направлении. Выделить и определить актуальные направления для выбора важных показателей работы сердца как критериев оценки здоровья личности и жизненных резервов организма. Оставить без абстрактной интерпретации наблюдаемые феномены в работе сердечнососудистой системы до такого количества наблюдаемых феноменов, которые позволят сделать объективные, экспериментально и клинически подтверждаемые выводы, характеризующие работу сердца как уникального органа личности человека.

Задачи

Осветить и представить для обсуждения комплекс взглядов и практических наблюдений. Выразить отдельные элементы работы сердечно-сосудистой системы языком цифр, содержащим в себе реально отражаемые характеристики здоровья личности.

Материалы и методы

Сердце – источник жизни, а жизнь в крови. Многие, по видимому, соглашались с утверждением, что сердце – источник жизни. Но когда дело касается деталей, то каждый специалист на одно и то же смотрит со своей точки зрения. Есть достаточно определенных понятия сердца, но ни одно из них нельзя назвать исчерпывающим. Вот некоторые из определений из разных областей естествознания:

Сердце – центральный орган кровеносной системы животных и человека,

нагнетающий кровь в артериальную систему и обеспечивающий ее возврат по венам.

Сердце – символ человеческих взаимоотношений, любви между представителями различных полов, жизни вообще – как в физиологическом, так и духовном плане.

Сердце – своеобразный барометр переживаний человека, изменений в его душе, вызываемых факторами внешнего и внутреннего характера.

При попытке создать целостный образ этого органа неизбежно встретим некоторые затруднения, вряд ли в полной мере применимые в тех или иных областях знания.

В области оздоровления также есть необходимость если не определить это понятие в контексте оздоровительной деятельности, то хотя бы вычленив важные характеристики и составляющие, которые следует учесть в процессе измерения и мониторинга здоровья человека.

Представляются важными некоторые особенности сердца как комплексной системы личности человека, которые на сегодня следует интерпретировать и измерять каким-либо образом.

В процессе анализа здоровья личности следует учесть ряд аспектов:

1. Дуалистический характер природы сердца. С одной стороны совершенно ясно, что сердце – это полый мышечный орган, качающий кровь, а с другой стороны это – орган, полный символического смысла и играющий ключевую роль в психических феноменах личности человека. Есть огромная пропасть в понимании между перекачкой сердцем крови и богатством психических феноменов, реализующихся в сердечной деятельности.

2. Адресный ток крови. Сердце обеспечивает адресный ток крови во все органы и системы. И в этом смысле является источником жизни для тела. Под адресным током крови понимается способность сердца группировать и направлять форменные элементы крови в зависимости от клеточных характеристик и в соответствии с запросами тканей органов и систем организма.

3. Работа артериовенозных соустьев (шунтов). Сердце не может рассматриваться отдельно от сосудистой системы и напрямую зависит от анатомо-функциональных особенностей строения сосудистой системы, определяя при этом характер работы всех систем организма. Характер работы артериовенозных шунтов определяет структуру вариабельности сердечного ритма и устойчивые конституциональные характеристики его работы.

4. Высокая степень неизвестности в физиологии и патофизиологии работы сердца. Сердце работает по законам, которые нам в полной мере неизвестны. Поэтому, во избежание ошибок, следует жестко ограничиваться только наблюдаемым и реально отражающимся в работе сердца. Всякие абстрактные теоретические конструкции неизбежно приведут к неправильным представлениям и заблуждениям. Абстракция удобна тем, что она, как правило, имеет законченный вид, но в связи с сердцем это

невозможно ввиду мизерного понимания на сегодня о работе сердца как источника жизни.

С учетом вышеперечисленных аспектов и для продвижения в понимании этой сложной задачи было введено новое понятие, обозначенное как язык сердца. Язык сердца – это не научное понятие, уже изученное и экспериментально подтвержденное. Скорее, это собирательный образ, формирующий направление для прицельных исследований, измерений и переосмыслений в изучении работы сердца. В связи с этим рабочее понятие языка сердца, безусловно нуждающееся в уточнении, конкретизации и, возможно, расчленении на составляющие. *Язык сердца* – это совокупность психофизиологических феноменов, характеризующих работу сердечно-сосудистой системы организма, отражающей все жизнепроявления человека как личности. На сегодня основой для попыток понимания языка сердца является оценка как показателей variability сердечного ритма, так и других показателей, связанных с работой сердца и всего организма. Основывается на знании физиологии человека. В язык сердца включены аспекты адресного тока крови, аспекты оценки variability сердечного ритма, разработанные ООО Рамена, аспекты некардинальной variability, которые обусловлены анатомо-функциональными особенностями строения сосудистой системы и работы артериовенозных шунтов разного уровня. Следует сказать, что все богатство проявлений работы сердца, безусловно, не включено в полной мере в стандарты обследований и протоколы лечений конкретных заболеваний. Поэтому следует ориентироваться не на медицину больного человека, а на медицину и физиологию человека. Нас, в первую очередь, должно интересовать здоровье человека и его объективные показатели. А у любого здорового – это не застывшая цифра, а variability, которая может быть оценена динамикой, мониторингом разнообразия показателей и выявлением преобладающих тенденций и особенностей жизнедеятельности человека.

Адресный ток крови. Это также понятие новое и нуждающееся в развитии и исследовании. Адресный ток крови обусловлен особенностями работы проводящей системы сердца и структурой строения внутренней оболочки сердца. Особенность работы проводящей системы сердца подсказывает, что возможно следует несколько по-иному, чем в классической кардиологии, посмотреть на механизмы преждевременного или запаздывающего сокращения отдельных отделов сердца. Наличие на внутренней поверхности сердца субэндокардиальных пространств и механизм тока крови в этих пространствах наводит на мысль о структурировании крови разными отделами сердца адресно для разных частей организма и систем органов. Кроме того, к феномену адресного тока крови следует отнести режим сверхтекучести крови в сосудах, описанный авторским коллективом под руководством Руденко М. Ю., таганрогского филиала РОСНОУ. Этот научный творческий коллектив пришел к выводу, что

количество колец элементов структуры крови убывает после каждого разветвления сосудов по ходу тока крови. Этот феномен, безусловно, вносит свой вклад в механизм адресного тока крови.

Профессор Успенский В. М. выдвинул понятие информационной функции сердца. Еще предстоит много научных дискуссий и изысканий по этому вопросу. Под его руководством создан программно-аппаратный комплекс Скринфакс, к работе этого комплекса также привязана некоторая интерпретация информационной функции сердца. При использовании данного АПК в практической деятельности для больных и здоровых создавалось некоторое представление об особенностях адресного тока крови, которое в АПК Скринфакс выражается в процентах, что, по мнению автора статьи, отражает степень локального циркуляторного нарушения в органе или системе. Степень изменения адресного циркуляторного обеспечения коррелирует с количеством притока крови в сердце из соответствующего органа или системы. Данные показатели учитываются в системе комплексной оценки функциональных резервов здоровья.

Работа артериовенозных шунтов. Сам факт существования крупных анастомозов между артериями и венами остается до сих пор вопросом открытым и дискуссионным. Тем не менее, само наличие артериовенозных соустьев является давно установленным фактом. При работе с программно-аппаратными комплексами Варикард и Кардиокод был открыт и описан синдром Ермошкина-Лукианченко, наглядно показывающий работу артериовенозных шунтов. В процессе дальнейшей работы был предложен механизм понимания высокой variability работы сердца, связанный с особенностями функционирования в организме крупных и средних артериовенозных соустьев. В дальнейшем при дифференцировке структуры ложных дыхательных волн была попытка описать и предложить индекс вероятности критического состояния. Понимание и интерпретация индекса вероятности критического состояния вполне коррелирует с показателями variability сердечного ритма и с клиническими формами встречавшихся в практике состояний (головокружения, обмороки, приступы ПА и ВСД). Тем не менее, автор рассматривает данный показатель как рабочую версию для дальнейшего переосмысления по мере накопления фактического материала. Медицина как больных, так и здоровых, чрезвычайно нуждается в объективных прогностических показателях для внезапных критических состояний.

Результаты и выводы:

- 1. Понятие «язык сердца» является рабочим понятием и попыткой охватить широчайший спектр физиологии и психофизиологии человеческой личности. Это не рассматривается, как утверждение, а скорее приглашение к творческому научно-практическому интересу в этом направлении.**

2. Понятие адресного тока крови – сложный комплекс пока еще малоизученных и дискуссионных взглядов, нуждающихся в переосмыслении, экспериментальном обосновании и разработке практических мер, которые могут составить, если не основу, то значимую часть системы контроля и мониторинга здоровья человека.
3. Дальнейшая научно-практическая разработка учета особенностей функционирования артериовенозных соустьев (шунтов) позволит шире, объективнее и полнее взглянуть на такие актуальные понятия, как: возникновение аритмий и их профилактику, причины внезапных критических состояний и их профилактику, а также на конституциональные особенности работы сердечно-сосудистой системы, формирующие объективные показатели функциональных резервов организма.

Литература:

1. Ю. Н. Семенов. Комплекс для обработки кардиоинтервалограмм и анализа вариабельности сердечного ритма. 2014.
2. М. Ю. Руденко. Теоретические основы фазового анализа сердечного цикла. Издательство института китайской медицины. Москва, Хельсинки 2007.
3. М. В. Успенский. Информационная функция сердца. Теория и практика диагностики заболеваний внутренних органов методом информационного анализа кардиосигналов. Москва 2008.
4. V. A. Lukyanchenko. *Cardiometric signs of performance of arteriovenous anastomosis in human cardiovascular system. Cardiometry. Issue 8. May 2016, Published online: 23 May 2016.*
5. V. A. Lukyanchenko. *Mechanisms of high heart rate variability: a fresh look. Cardiometry. Issue 8. May 2016, Published online: 23 May 2016.*

УДК 616-073.7:537.8+616-072.8

МЕТОДИКА СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО Р. ФОЛЛЮ С ТЕСТИРОВАНИЕМ МИКРОГЕНЕРАТОРОВ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ ТЕСТИРОВАНИЕМ

■ Э. С. Лукьянова

■ МЦ «Купавна», г. Киев

У многих пациентов эмоциональные факторы являются существенными для развития заболеваний.

В течение 3 лет мы дополняем методику электропунктурной диагностики по Р. Фоллю психосоматическим подходом.

Здесь мы приводим описание применяемой нами сочетанной методики:

1. Измеряем показатели точек ручных каналов по Р. Фоллю.
2. Выбираем 7-10 нарушенных точек.
3. С помощью тестирования микрогенераторных кассет по З. Скрыпнюку ищем 1 канал (информационную программу), воздействие на который выравнивает все точки, или подавляющее большинство.

Чаще всего этими каналами являются каналы почек R, желчного пузыря VB, печени F.

4. Измеряем точки обнаруженного «основного» канала (обычно на ноге).
5. Соответственно найденному каналу задаем пациенту вопросы по типу: «Испытываете ли вы сейчас страх (обиду, гнев и проч.)», при этом повторно измеряя нарушенные точки канала. Та эмоция, на которую обнаруживается реакция со стороны точки, считается «предполагаемой».
6. Предлагаем пациенту проговорить, вербализовать предполагаемую эмоцию. При этом оставляем за ним право не делать этого, быть закрытым. Если пациент подтверждает эмоцию, она считается «субъективно подтвержденной».

Как правило, проговаривание ведущей «субъективно подтвержденной» эмоции ведет к облегчению состояния пациента, снятию спазма соответствующего органа, более легкому подбору дальнейшего лечения, а в некоторых случаях само по себе устраняет все симптомы.

В ряде случаев при повторном обнаружении той же эмоции в качестве фактора психосоматических нарушений, рекомендуется специальная проработка эмоции с психологом.

УДК 612.357.15; 612.357.32

ВПЛИВ КОРВІТИНУ НА ЖОВЧНОКИСЛОТНИЙ СКЛАД ЖОВЧІ ЩУРІВ ІЗ ДОКСИЦИКЛІНІНДУКОВАНОЮ ГПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЄЮ

■ ¹ А. М. Ляшевич, ¹ Є. М. Решетнік, ³ В. М. Колбасинська,

² К. В. Гарник, ¹ С. П. Весельський, ¹ М. Ю. Макарчук

■ ¹ Київський національний університет ім. Тараса Шевченка

² ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

³ Експрес-лабораторія Національного наукового центру радіаційної медицини АМН України

Жовчні кислоти – специфічні і важливі фізіологічно активні продукти метаболічних перетворень холестеролу в гепатоцитах. Їх концентрація у жовчі відображає інтенсивність перебігу реакцій синтезу й біотрансформації і транспортні процеси у тканині печінки. Перетворення холестеролу на жовчні кислоти є критично необхідною ланкою у підтриманні сталості вмісту холестеролу в крові та запобігає накопиченню холестеролу, тригліцеридів, токсичних метаболітів і пов'язаному з цим ураженню печінки та інших органів. До препаратів, які можуть нормалізувати перебіг процесів обміну холестеролу в печінці та її холатосинтезуючу функцію, належать речовини рослинного походження – флавоноїди, зокрема кверцетин та його похідні. Тому **метою роботи** було дослідження впливу корвітину (водорозчинної форми кверцетину) на спектр жовчних кислот у жовчі щурів з експериментальною доксицикліновою гіперхолестеринемією.

У експериментах використано тварин трьох груп: контрольної (пероральне введення води впродовж всього часу експерименту) і двох експериментальних (у першій за допомогою доксицикліну у дозі 540 мг/кг маси тіла змодельовали гіперхолестеринемію, у другій – після доксицикліну вводили впродовж тижня корвітин (1 мг/кг маси тіла). Лапаротомію з наступним канюлюванням жовчної протоки проводили, використавши в якості наркозу тіопентал натрію (70 мкг/ кг маси тіла). Після цього впродовж 3 годин гострого досліду збирали 6 півгодинних проб жовчі. В зібраних пробах жовчі методом тонкошарової хроматографії, модифікованим в нашій лабораторії, визначали окремі фракції кон'югованих жовчних кислот: таурохолевої, таурохенодезоксихолевої і тауродезоксихолевої (суміш), глікохолевої, глікохенодезоксихолевої і глікодезоксихолевої (суміш) та вільних жовчних кислот: холевої, хенодезоксихолевої і дезоксихолевої (суміш).

Виявлено, що концентрація таурохолевої кислоти зменшувалася як в умовах змодельованого за допомогою доксицикліну ураження печінки і супутньої гіперхолестеринемії, так і при застосуванні корвітину. **Отже, застосування корвітину не усувало викликаного доксицикліном пригнічення секреції таурохолату. Концентрація глікохолевої кислоти під впливом доксицикліну зменшувалася, але у разі застосування корвітину вміст глікохолату у жовчі досягав значень, близьких до контрольних. Також використання корвітину у щурів з доксицикліновою гіперхолестеринемією сприяло нормалізації рівня тауро- і глікокон'югатів дигідроксихоланових жовчних кислот.**

ВИКРИВЛЕННЯ СПРИЙНЯТТЯ ІНФОРМАЦІЇ ВІД ТІЛА ЯК ЗАСІБ ПРИСТОСУВАННЯ ДО НЕБЕЗПЕЧНИХ УМОВ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ

■ С. І. Маврич

■ ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

Готовність людини адекватно відреагувати на інформацію про власний рівень здоров'я допомагає створити плідний альянс «лікар-пацієнт» у боротьбі проти хвороби. Цьому протистоїть система внутрішньоособистісних несвідомих установок пацієнта, що дозволяють йому ігнорувати власні відчуття, рекомендації лікаря і прогноз захворювання. Такого роду процеси, що обмежують мислення, отримали назву знецінення (Д. и А. Шифф). Процеси ігнорування симптомів та відчуттів від власного тіла допомагає людині, яка має справу зі шкідливими та небезпечними умовами праці, уникати стресу, пов'язаного зі страхом за своє життя. З метою аналізу такого несвідомого вибору людини автором був розроблений опитувальник (на підставі «матриці знецінення» А. Маунтін), що дозволяє фіксувати ставлення до проблем зі здоров'ям за 4 параметрами – розпізнавання стимулів (проявів хвороби і нездужання), значущості (стимулів і проблеми як такої), загальної можливості вирішення даної проблеми зі здоров'ям й особистісні можливості її вирішення зокрема.

З метою вивчення взаємовідносин об'єктивного статусу працівників та суб'єктивної оцінки свого стану було обстежено 510 практично здорових осіб (120 жінок і 390 чоловіків), що були зайняті на роботах підвищеної небезпеки в Луганській області. Оцінку фізичного стану чоловіків і жінок працездатного віку проводили за методикою Г. Л. Апанасенко (1987 р.) для встановлення рівня т.з. індивідуального здоров'я, яке показує його розбіжності від цілком здорової людини до нозологічних станів, передхвороби.

Отримані об'єктивні дані зіставляли з індексом «Самооцінки здоров'я» (Войтенко, 1991), з оцінкою за «опитувальником для виявлення ознак вегетативних порушень» (Вейн, 1998). Визначали також рівень емоційної напруги та стресостійкості за результатами психологічного тестування (Айзенк (EPQ), Люшер). Отримані результати обробляли методами статистичного аналізу за допомогою комп'ютерної програми STATISTICA 7.0.

Серед обстежених жінок високий рівень здоров'я не спостерігається взагалі, у 47 % він був низьким, у 35 % – нижче середнього, у 13 % він був

середнім. У 43 % чоловіків рівень індивідуального здоров'я був низьким, у 19 % – середнім, у 35 % – вище середнього, і лише у 3 % – високим. Результати дослідження довели, що чоловіки в меншій мірі схильні ігнорувати проблеми зі здоров'ям – показник жінок зі знеціненням склав 21 % проти 14 % у чоловіків. Вища освіта більш сприяла турботі про своє здоров'я, що підтверджувалося для людей обох статей. Суб'єктивна оцінка стану здоров'я значно відрізнялася від об'єктивної оцінки рівня здоров'я у бік ігнорування низького рівня здоров'я. За даними об'єктивних досліджень у категорію з низьким і нижче середнього рівня здоров'я увійшло 52,3 % досліджуваних, а за даними суб'єктивної оцінки – тільки 2,1 %. Також встановлено факт достовірної кореляції переважання знецінення, що був виявлений за допомогою розробленого тесту, з індексом «Самооцінки здоров'я».

За результатами співставлення з оцінкою вегетативного статусу за Вейном, закономірно більш чутливі до порушень з боку вегетативної нервової системи ті, хто не знецінює стан свого здоров'я. Так, серед обстежуваних зі знеціненням, за даними тесту Айзенка (EPQ) представництво осіб з відсутністю нервово-емоційної напруги превалює над їх кількістю серед тих, хто уважний до свого здоров'я (51 % до 38 % відповідно). *Відповідно до даних обох психологічних тестів, рівень стресостійкості вище в осіб, що знецінюють своє здоров'я.*

Таким чином, при проведенні дослідження здоров'я людей, задіяних на небезпечних роботах, необхідно враховувати прояви знецінення пацієнтами як свого стану, так, можливо, висновків і рекомендацій, які повідомляє лікар, що може позначатися на якості кінцевого результату звернення за медичною допомогою.

УДК: 615.322:582.572.8

ЛІКУВАЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ ДЕКОРАТИВНИХ РОСЛИН РОДУ ЛІЛІЙНИК (*HEMEROCALLIS L.*)

■ ¹ С. М. Марчишин, ² О. В. Зарічанська, ² Н. І. Волошук

■ ¹ ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України»

² Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Одним із методів пошуку нових лікарських рослин є вивчення досвіду народної медицини та подальше поглиблене наукове дослідження перс-

пективних об'єктів, які обирають і серед культивованої флори. Перспективними для медичного застосування є види роду **Лілійник** (*Hemerocallis L.*). На даний час лілійники в Україні використовуються лише як декоративно-квіткові рослини, однак на територіях зі значним природним поширенням вони знайшли використання у традиційних медичних системах. Китайська народна медицина пропонує застосовувати відвари із кореневих бульб лілійників для лікування запальних процесів опорно-рухового апарату, жіночих статевих органів, при захворюваннях печінки і підшлункової залози, шлунково-кишкового тракту. На території Північної Америки водні і спирто-водні витяжки з квіток різних видів лілійників здавна використовувались для лікування захворювань серцево-судинної та нервової системи – при болю в серці різного генезу та при нервових розладах (неврозах, депресії, тривожності, безсонні, судомах).

Нами проведено комплексне фармакогностичне дослідження двох видів лілійників – **лілійника буро-жовтого** (*Hemerocallis fulva L.*) та **лілійника гібридного** (*Hemerocallis hybrida var. "Stella De Oro"*). На основі даних, отриманих при фітохімічному дослідженні квіток і кореневих бульб даних видів, розроблено технологію одержання сумарних екстракційних субстанцій, досліджено їх безпечність і фармакологічні властивості в експериментах на лабораторних мишах і щурах.

Встановлено, що кореневі бульби лілійника буро-жовтого містять значну кількість інуліну, макро- та мікроелементи, поліфенольні сполуки, леткі сполуки. За рахунок вмісту біологічно активних речовин сухий екстракт кореневих бульб лілійника буро-жовтого у дозі 150 мг/кг виявив виразні статистично достовірні результати відносно контролю щодо гіпоглікемічних властивостей у тесті з «глюкозним навантаженням» та позитивні дані при дослідженні хронічної гіперглікемії, спричиненої уведенням високих доз глюкокортикостероїдного препарату.

Квітки лілійника гібридного сорту "*Stella De Oro*" також багаті на фенольні сполуки: флавоноїди, гідроксикоричні кислоти, дубильні речовини; амінокислоти й вуглеводи, мінеральні речовини, ненасичені жирні кислоти. Густий екстракт квіток лілійника гібридного сорту "*Stella De Oro*" в експериментах на лабораторних мишах виявив статистично достовірні седативну, антидепресивну (у дозі 250 мг/кг у тесті «відкритого поля») та іммобілізаційного тесту поведінкового відчаю відповідно) та протисудомну активність (у дозі 100 мг/кг на моделі коразолових судом).

Обидві досліджувані субстанції віднесено до класу практично нетоксичних речовин за класифікацією *Hodge and Sterner*. Середню летальну дозу не встановлено, адже максимально допустима для однократного введення тваринам кількість досліджуваних екстрактів не спричинила ознак отруєння чи загибелі жодної тварини.

Перспективою наших наукових досліджень є встановлення більш широкого спектру терапевтичної активності одержаних екстрактів, зокрема – проти-

запальної, противіразкової, жовчогінної та гепатопротекторної дії для сухого екстракту кореневих бульб лілійника буро-жовтого та гіпотензивної, капіляррозміцнюючої, антиаритмічної дії для густого екстракту квіток лілійника гібридного сорту "Stella De Oro".

УДК 616-085:616.89:61

БОРЬБА С НЕДУГАМИ И БОЛЕЗНЯМИ, ИСПОЛЬЗУЯ МЕТОДЫ НАРОДНОЙ И НЕТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

■ А. С. Мельник

■ ЧП «Мельник А. С.», г. Львов

Уже давно мыслящие люди всей Земли пытаются понять, каким должен быть дальнейший путь человечества. Появление новых тяжелых заболеваний, ухудшение экологической обстановки, нарастающие психологические проблемы заставляют задуматься о том, что ошибки, которые мы совершаем, не являются частными или случайными. Наши беды оттого, что мы не признаем естественных законов мироздания, а чаще просто не знаем их и не желаем знать.

Как правило, большинство людей хотят понять смысл своей жизни лишь тогда, когда серьезная проблема, несчастье, неизлечимое заболевание самого человека или его близких давят неумолимыми тисками.

Сегодня в сознании все большего количества людей растет ощущение, что кроме успеха и удовольствий, есть еще и более серьезный, замечательный, восхитительный смысл нашей жизни. Ради него мы стремимся иметь здоровье, силы, красоту, богатство и благополучие. И кто поймет этот смысл, тот обретет гармонию души, тела и духа. Ибо душа человека – поле битвы темных и светлых сил. Человеку отведен определенный срок жизни, и в течение этого срока его задача – очистить душу от пороков и грехов, чтобы к концу своего жизненного пути все-таки победило божественное начало.

Для чего это нужно? Для того, чтобы бессмертные души продолжали свой вечный путь чистыми и непорочными. В великом космическом замысле человеческая жизнь для того и создана, чтобы служить средством для очищения души. И задача человека, приходящего в этот мир, в том и состоит, чтобы реализовать себя в качестве такого средства.

Задача эта очень непростая, и далеко не у всех людей хватает моральных сил хотя бы попытаться ее решить. Кстати, большинство и не пытается, ибо просто не подозревает о той миссии, которая на них возложена. Нужно очень много думать, размышлять, бороться с собой, буквально на горло себе наступать. Короче говоря, борьба за очищение собственной души – это тяжкий труд, труд повседневный и многолетний. За несколько дней такую задачу не решить, и за несколько лет тоже. На это нужны десятилетия. Вот почему так важно, чтобы люди жили как можно дольше, и как можно дольше сохраняли физическое и духовное здоровье.

Цель человеческой жизни – очистить собственную душу от грехов и пороков: в первую очередь от злобы, зависти, ненависти, ревности и лени. И все, что мы делаем, пока живем, следует ориентировать на выполнение этой задачи нами самими и облегчение ее решения другим людям. Двигаясь к своей цели, мы нарабатываем определенный опыт, и им обязательно нужно делиться с другими, чтобы этим другим было легче. В конце концов, количество накопленного опыта в мировой цивилизации станет таким, что свою задачу смогут решать все без исключения, и тогда человечество, наконец, сможет оправдать свое существование.

Люди должны понять, наконец, что первопричина всех наших болезней и несчастий кроется в нарушении естественных законов Вселенной. Необходимо соблюдать естественные законы, иначе они разрушают нас, их нельзя обойти. И очевидно, если это благополучная, мыслящая семья, в которой и отец, и мать духовно развитые люди, они могут многому научить и правильно воспитать своих детей.

Ведь духовно развитый человек – это, прежде всего, личность с высоким уровнем самоконтроля, владеющая саморегуляцией своих телесных ощущений, мыслей и состояния. А также личность, способная к самопрограммированию.

Самоконтроль помогает точно знать, что с тобой происходит, а саморегуляция – исправлять то, что в твоих состояниях тебя не устраивает, будь то здоровье, настроение или направленность мыслей. Поэтому, если родители хотят видеть своего ребенка здоровым, а поскольку дети развиваются путем подражания, то родителям придется начинать воспитание с себя.

Воспитание духовности в семье начинается с самых элементарных правил – вежливости, внимания к окружающим людям, культуры взаимоотношений, основанных на доброте и внимании, культуры поведения, быта, дисциплины.

Родители, воспитывая своих детей, хотят видеть их сильными, ловкими, красивыми, физически совершенными. Быть совершенным – это не только иметь красивое телосложение, а, прежде всего, обладать крепким здоровьем, высокой умственной и физической работоспособностью, сильной волей, упорством в достижении цели. В семье все должны помнить, что крепкое здо-

ровье – это не пожизненный дар природы, физическая работоспособность не является чем-то неизменным. О здоровье нужно постоянно заботиться, поддерживать и укреплять его активным образом жизни, а также тренировать и совершенствовать духовное развитие.

Но, к сожалению, не всегда так бывает. Дети болеют, взрослые тоже. Недуги и болезни приходят в семью по разным причинам, не спрашивая согласия ни у кого.

Предлагаю Вашему вниманию некоторые рекомендации, которые помогут разобраться в болезнях и излечивать их. Имеется в виду, что целители помогают излечиться советом, помощью в формировании у больного правильного отношения к своей болезни, стремясь повысить активность внутренних резервов. Повышенная мнительность больного, впечатлительность требуют дополнительного психотерапевтического воздействия. Это особенно важно, если целитель работает в семье. Учитываются многие факторы: психологическая обстановка в семье, сон, аппетит, настроение, вера в исцеление и др. В принципе, используется комплексный подход к исцелению. Применяется много разных методов. Вашему вниманию предлагаются некоторые.

Еще Гиппократ говорил, что «Душа с закрытыми глазами видит недуги, от которых страдает тело». Для ускорения процесса выздоровления и для профилактики заболеваний можно использовать вспомогательные средства:

- Система отдельного питания и очистка организма.
- Применение свежих соков при специфических заболеваниях.
- Энергетика заболеваний и действия планет на тело человека.

Но для людей, желающих исцелиться, недостаточно только одного желания, необходимо совершать добрые дела – этого требует внутренний закон нравственности. Новый Завет гласит: «Во всем как хотите, чтобы с вами поступали люди, так поступайте и вы с ними. Не делайте другим того, чего себе не желаете».

Человеческое тело (физическое) состоит из крохотных жизней – жизней отдельных клеток. Всякая клетка действует самостоятельно, но является связанной с деятельностью других клеток. Эти крохотные жизни обладают известным мышлением, дающим им возможность правильно исполнять свою работу. Это «слабое» мышление находится под контролем подсознательного мышления человека и слушается его приказаний так же, как и приказаний разума. Способность клеток разбираться в том, что питательно для крови и отбрасывать все ненужное, доказывает это.

Процесс пищеварения, ассимиляция и прочее указывает на мышление клетки. Все тело, не только мягкие ткани и мускулы, но и твердые костные части, включая эмаль на зубах, состоит из клеток. У каждой из них своя обязанность, которую она выполняет; некоторые клетки находятся в рабочем состоянии, другие – в ожидании внезапной и спешной работы. Есть клетки-мусорщики, которые убирают отбросы из организма, клетки-разносчики пи-

тательных веществ, клетки-носильщики, которые передвигаются по венам и артериям и выносят из легких кислород, поставляя его различным органам тела. Есть клетки-защитники, они защищают организм от бактерий и «поедают» вирус, вторгшийся в организм человека. Эти клетки способны выбрасывать своих врагов в виде прыщей, чирьев, болячек наружу. Клетки работают над постоянным восстановлением тела. Всякий пораженный участок организма имеет возможность, благодаря клеткам, восстанавливаться. Клетка имеет память и способность мыслить. Мыслительный процесс, расширяясь и углубляясь, группируется в мысль тканей и органов, и достигает апогея своего совершенства в мышлении человека.

А поэтому всякое заболевание связано с изменением структуры биологических тканей, что отображается в топологии биополя человека.

Биополе здорового человека большое по величине и равномерное по форме (яйцеобразной формы). Если удастся откорректировать, выравнять топологию биополя и увеличить его размер, больной испытывает облегчение. Подходить к больному можно только с чистыми от корыстных намерений руками. Здоровье, как и величина биополевой защиты, связано с духовной структурой человека.

Рассмотрим коротко **энергетику позвоночника**.

В нормальных условиях энергия у человека поднимается из зоны Кундалины – **Чакры Муладхары (1-й энергоцентр)**, расположенной в районе копчика, вверх, вдоль позвоночного столба. На уровне шейных позвонков этот поток расщепляется на левый и правый, которые, в свою очередь, вдоль боков опускают энергию в точку промежности, затем снова поднимают от копчика вверх.

Этот круговорот настолько важен, что любое его нарушение приводит к серьезным неприятностям для здоровья. Эти нарушения выглядят как так называемые «пробки», т.е. преграды на пути подъема энергии. Пробки плохи тем, что в районе их образования развиваются радикулитные и остеохондрозные очаги; кроме того, устойчивая блокировка энергетического канала приводит к тому, что верхняя часть тела оказывается на голодном энергетическом пайке.

В результате компенсация происходит за счет подсоса энергии через макушку головы – через так называемые «двери Брамь». Этот поток устремляется вниз до уровня пробки и начинает распирает оболочку в том месте, где упирается в преграду, образовавшуюся в позвоночнике. Если *пробка* находится на уровне *первых шейных позвонков*, то у человека вокруг головы образуется энергетический тор, сильно выступающий за пределы основной оболочки. Такова типичная картина поля головы при мигреновой боли. Попытка снять мигрень медикаментозными методами бесполезна, боль непременно возвращается. Лечить нужно не голову, а позвоночник.

Если *пробка легла ниже*, она стимулирует устойчивые *ОРЗ* и *ангину*, еще

ниже – трахеиты, бронхиты и т.д.

Прохождение мощного потока через *мозолистое тело мозга* может вызвать всевозможные нарушения мозговой деятельности, вплоть до эпилепсии, являясь стимулирующим фактором для образования аллергических заболеваний, прежде всего, *астмы*.

С состоянием энергетики позвоночника связан большой процент заболеваний, среди них такое, как *лейкоз*. У всех лейкозных больных в районе копчика имеется энергетическая яма. Это способствует блокировке I-го энергетического центра (Муладхара), где находится Кундалини – неприкосновенный запас жизненной энергии человека. При развитом лейкозе отрицательная аномалия может охватить всю нижнюю часть позвоночника. Неизлечимость лейкоза закрепляется именно в полевом характере заболевания.

Пока есть контакт больного с целителем, симптомы болезни отсутствуют, но как только происходит значительный перерыв в профилактической помощи, аномалия в районе копчика возвращается и начинается рецидив. Для полного излечения недостаточно коррекции биополя – необходимо откорректировать духовный мир человека. Лишь тогда успех биополевого целительства закрепляется надолго.

Биополевая оболочка человека действительно является основной его защитой от вредного действия других людей. К концу рабочего дня наше биополе бывает настолько деформировано, что мы ощущаем усталость, упадок сил и нам нужен ночной сон, чтобы выровнять эти деформации и восстановить свою энергию. Такие случаи деформации, полученные за день, еще не болезнь, но если они устойчивы, то в районе нарушения энергетической гармонии человек начинает испытывать определенный дискомфорт.

Значительно серьезнее оказываются для нас встречи с проявлениями зла, такими как «сглаз», «проклятие», и др. Благодаря топологической диагностике можно охарактеризовать последствия и выявить степень воздействия зла на защитную оболочку человека. Дело в том, что чувства раздражения, зависти и др., вызывают вокруг источника этих эмоций сильные энергетические вибрации. Если человек в таком состоянии концентрирует на ком-то злобу, эта вибрация способна пробить или придавить биополярную оболочку жертвы.

И в том случае, когда какая-либо энергетическая чакра нормальная, а поле подчиненного ей органа деформировано, можно утверждать, что удар нанесен ниже. При помощи радиэстезии можно точно определить направление удара, и тогда на противоположной стороне тела следует искать деформацию оболочки обратного знака. Условно такую анимацию биополя называют «дырой».

Можно определенно сказать, что если ось «дыры» проходит через район какого-либо жизненно важного органа, последствия могут быть катастрофическими. Например, если эта ось проходит через мышцу сердца, у человека развивается предынфарктное состояние и наступает инфаркт. Иногда «дыра» ведет себя как бомба замедленного действия, и требуются дополнительные

внешние условия, чтобы она «сдетонировала». Именно этим объясняются так называемые спонтанные инфаркты миокарда, хорошо знакомые врачам. Обычный «дыра» – очень устойчивая деформация (отсюда как частый случай – повторные инфаркты). Медикаментозно ликвидировать «дыру» невозможно.

Подобные картины наблюдаются, когда ось «дыры» проходит через любой другой орган. Особенно чувствительна к нарушению энергетики поджелудочная железа. Врачи часто сталкиваются с внезапно возникающим диабетом, особенно у детей. Ни понимания причин, ни надлежащего надежного лечения подобного недуга у современной медицины пока нет. Причина кроется в том, что диабет начинается как сугубо биополевое заболевание.

Достаточно в начальной стадии ликвидировать «дыру», как все признаки болезни исчезают. Ликвидация «дыры» возможна только полевым способом, т.е. руками целителя. Кроме локального воздействия на конкретный участок тела, воздействие «дыры» отрицательно сказывается и на общем энергетическом тоне человека, снижая его защитные свойства. Это полевое нарушение встречается довольно часто и соотносится с простонародным понятием «сглаз».

Значительно более серьезное нарушение энергетической оболочки – ее разрыв. В этих случаях не удастся найти границу выхода энергии или ее подсоса. Такая аномалия приводит к резкому уменьшению защиты человека: при внешнем здоровом виде он испытывает общую слабость, постоянное недомогание, его как бы в одночасье подменили. Врачи при этом не могут поставить диагноз.

Понижение уровня защитной оболочки ниже 20 см приводит к тому, что у человека появляются множественные симптомы заболевания: поле становится рыхлым, неровным. Дальнейшее его уменьшение может привести к обмороку и даже смерти. Чаще, однако, наблюдается динамическое равновесие энергетики на крайне низком уровне.

Причин такого явления может быть несколько, но, в основном, это проявление «вампиризма». Чаще всего это неосознанный вампиризм. К такой категории «вампиров» относятся люди сильного эгоцентрического начала, частенько оказывающиеся на начальственных должностях. Дело в том, что духовная структура эгоцентрика такова, что он не может аккумулировать энергию из пространства. Это соответствует понятию замкнутой системы, а такая система, согласно выводам синергетики, является энтропийной, поэтому эгоцентрик вынужден подпитываться за счет других людей: чаще всего, за счет своих подчиненных или близких. Это большая беда эгоцентрика, избавиться от которой он может только коренной перестройкой своей духовной структуры. Именно за счет людей такой категории наше поле в конце рабочего дня оказывается деформированным.

Несравненно страшнее осознанный вампиризм, когда человек понял, что ему становится очень хорошо от бесед или иных контактов с другим челове-

ком, в то время, как последний буквально на глазах тает. Такая способность закрепляется и развивается, пока человек не начинает сознательно ею пользоваться. Отсос энергии осуществляется или через глаза, или путем привлечения внимания разговором, или прямым контактным способом, причем целители видят, как из чакры в районе солнечного сплетения (3-й энергоцентр) в теле вампира появляются длинные энергетические щупальца, которые присасываются к наиболее ослабленной чакре жертвы. Подключение возможно на любом расстоянии. Это соответствует в народе понятию «заклятие». Избавление человека от вампира в этом случае возможно для целителя, энергополе которого больше 3 м.

Характерно, что при обрывании уходящего в бесконечность потока энергии, наблюдаются иногда звуковые или световые эффекты, а поле пациента на глазах увеличивается.

Наблюдается такой вид, когда уход энергии в бесконечность связан с ситуацией типа «дыра». Такое высасывание энергии устранить удастся, хотя и не всегда. В том месте, откуда исходит энергия, на теле человека возникают страшные язвы, внутренние нарывы и т.п. Все это, как правило, приводит к сепсису и гибели. По всей вероятности, эта ситуация соответствует понятию «проклятие».

Первопричиной многих болезней является воздействие на больных других людей. Это еще одно подтверждение того, что здоровье и этика поведения тесно связаны между собой. Защита может быть только одна – повышение своего духовного потенциала. Чем выше духовность человека, тем сильнее и больше вокруг него слой биополевой защиты: тогда зло не причиняет вреда, а бумерангом возвращается в наказание тому, кто его послал.

Эти рекомендации очень полезны для целителей. Все болезни и нарушения в организме происходят из-за смещения отдельных позвонков, составляющих позвоночный столб. Тем более, существует прямая зависимость между любым внутренним органом и состоянием всего организма: нарушение в любом органе вызывает неблагоприятное состояние позвоночного столба. Тело человека – сложнейший механизм, его структура и функции предназначены для выполнения не только творческой, физической и умственной работы, но и духовной.

Если в семье будут соблюдаться простые правила, это принесет всем членам семьи здоровье и поможет сохранить его в течение жизни.

Основным ключом эффективности питания нашего организма является жизнь. Элемент, дающий возможность организму питаться и жить, тот элемент, который заключается в семенах и ростках растений, и является основой жизни, он называется *энзимой*.

Энзимы являются сложными веществами, способствующими перевариванию пищи и поглощению ее кровью.

Утверждают, что энзимы переваривают раковые образования, поэтому

наша пища должна быть сырой и необработанной. Энзимы чувствительны к температурам выше 47 °С. При 54 °С энзимы уничтожаются.

Великим законом жизни является восполнение. Если мы не будем есть, мы умрем. Точно так же, если мы не будем есть ту пищу, которая должна питать организм конструктивно, то мы не только умрем преждевременно, но при этом будем страдать.

Поставляя ежедневно организму вещества, из которых он состоит, мы приобретаем отменное здоровье при условии, что при этом мы обратим должное внимание на другие части нашего существа, а именно – на мысль и душу.

Мы можем есть наилучшую и самую полезную пищу, но она не предотвратит разрушение организма, если страх, беспокойство, возмущение, зависть и другие отрицательные чувства будут преследовать нас.

Здоровье является неоспоримым фундаментом для удовлетворения жизненных потребностей. Пища должна быть живой или органической, так же как соли и минеральные вещества, с тем, чтобы они могли быть усвоены человеческим организмом для восстановления его клеток и тканей.

Солнечные лучи посылают растениям миллионы квантов энергии, активизируя *энзимы*, преобразуя неорганические элементы в органические, содержащие жизненно необходимые элементы питания.

Наш организм состоит многих веществ, главными из которых являются: кальций, натрий, хлор, кислород, фосфор, магний, фтор, калий, железо, кремний, водород, сера, йод, марганец и др. Если в крови, клетках, тканях и органах не содержатся эти элементы в нужной пропорции, или если какого-либо из этих элементов недостаточно, нарушается равновесие функций организма. Наступает состояние, называемое *токсимией* или просто *отравлением*.

Для того чтобы восстановить и поддержать здоровье, пища должна состоять из живых, органических элементов, которые содержатся в свежих сырых овощах и фруктах, орехах и семенах.

Кислород – один из самых важных элементов. При варке пищи находящийся в ней кислород теряется, энзимы уничтожаются (как мы знаем, при 54 °С) и большая часть жизненной силы, необходимой для питания, рассеивается.

Тот факт, что в течение многих поколений миллионы людей жили и живут, употребляя почти только вареную пищу, не говорит о том, что их существование – результат употребления вареной пищи.

В действительности они находятся в состоянии упадка, что подтверждается токсическим состоянием их организма, независимо от того, знают они об этом или нет.

Почему переполнены больницы, почему ежегодно продаются миллионы килограммов болеутоляющих лекарств, почему такое огромное количество сердечных заболеваний, диабета, рака, преждевременной старости

и т.д.? Когда мы едим что-нибудь такое, что плохо для нас, или несовместимо с потребностями и балансом нашего организма, мы страдаем. В этом случае наш организм предупреждает нас в виде боли и спазмов, ведущих постепенно к одной из бесчисленных болезней, причиняющих страдания человечеству.

Концентрированная пища – это пища, прошедшая процесс обезвоживания. Соки – неконцентрированная пища, представляющая собой комплекс, состоящий большей частью из органической воды высшего качества, содержащей атомы и молекулы именно тех веществ, в которых клетки и ткани организма больше всего нуждаются.

Для получения полноценных соков важно, чтобы клетчатка овощей и фруктов хорошо растиралась, в этом случае важнейшие элементы высвобождаются из клетчатки, при этом полноценные соки дают результаты в восстановлении организма.

Диета, состоящая из лишённой жизненной силы пищи, неизменно приводит к расстройству этих клеток и к болезни. В этом случае, для естественного возвращения организма к нормальному состоянию, необходимо очистить организм и начинать восстановительный процесс с помощью сырых соков овощей.

Доказано, что употребление сырых соков овощей и фруктов является быстрейшим и наиболее стабильным способом пополнения организма недостающими элементами. Растирая овощи, мы освобождаем элементы из клетчатки, выжимаем сок, а ядовитые химические вещества остаются связанными. Такой сок содержит все ферменты, атомы и молекулы элементов, имеющихся во всех фруктах и овощах.

Строгие вегетарианцы, которые не едят зерновые и крахмалы, но пьют много свежих соков, включая и зелёные соки, здоровее, свободны от болезней, живут намного дольше, чем люди, питающиеся в основном вареной пищей, и которые едят мало или вообще не едят сырые овощи и не пьют соки.

Клетки и ткани всего организма должны получать живую органическую пищу. При постоянном употреблении хлеба, крупяных и мучных продуктов постепенно увеличивается количество накопившегося неорганического кальция и образуется песок и камни.

Употребление сока одного лимона с полстакана горячей воды несколько раз в день и по полстакана смеси морковного, свекольного и огуречного соков 3-4 раза в день помогает исчезновению песка и камня в течение нескольких дней или недель (в зависимости от количества и размера камней).

Смесь морковного, свекольного и огуречного соков является одним из великолепнейших очистительных и целительных средств для желчного пузыря, печени, почек и предстательной железы. При этом лечении необходимо воздержаться от употребления концентрированных сахаров и крахмалов, мяса, чтобы дать организму прийти в нормальное состояние.

Необходимо знать, что у людей, питающихся свежей растительной пищей с добавлением достаточного количества разнообразных свежих сырых соков, овощей и фруктов, не развиваются раковые заболевания. Наблюдения показали, что больные, пораженные раком, переключившиеся на режим питания сырой растительной пищей и соками, при употреблении морковного, свекольного, картофельного сока (чередование их), получили большую пользу. Надо надеяться, что скоро человечество придет к мысли, что очищая организм при помощи промывания кишечника, и употребляя сырую растительную пищу плюс достаточное количество разнообразных свежих соков ежедневно, можно избавиться от многих болезней.

Рассмотрели мы с вами некоторые рекомендации, а как говорилось выше, необходимо применять комплексный подход в проведении лечения больного. Это массаж, мануальная терапия, фитотерапия, ароматерапия, гомеотерапия, диетотерапия и многие другие методики целительства. Лечить всегда с молитвой. Но главное – всегда свои действия целителя согласовывать с врачом официальной медицины.

Одним из условий воспитания духовности является требование: каждое принятое решение должно быть обязательно выполнено. В семье должна быть всегда теплая атмосфера взаимопонимания, взаимоуважения, взаимозаботы и многое другое взаимно. Все мы разные, у нас разные взгляды на жизнь, разные возможности, но в семье все должно решаться вместе. Поэтому надо тщательно предусматривать все способы и средства для принятия единого решения. (Если у ребенка сколиоз, спать он должен на твердой постели и т.д.). Это большая и кропотливая работа. Во всем этом семье должен помогать целитель. Миссия трудная и почетная.

Наукой доказано, что все болезни появляются сначала как нейронные связи в нашем мозге, и лишь потом, через команды мозга, передаются телу. Поэтому лечить надо душу человека, а болезнь уже следствие.

Целительство предполагает изменение кармической линии, а это не что иное, как внесение изменений в мироощущение души. Но целитель не снижает, и тем более не уничтожает карму, он помогает человеку осознать себя как-то иначе, что-то поменять в душе и тем самым отработать свою карму, преодолеть ее.

И еще. Никто не запретит человеку мечтать – ни маленькому ребенку, ни взрослому члену семьи. И если мечта вдруг осуществится чудесным образом, только человек и высшие силы знают, сколько энергии и сколько сил в нее вложено.

Так в добрый путь, дорогие целители. Пусть осуществляются все ваши мечты! Пусть на планете Земля все будут здоровы и счастливы!

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ АПІФІТОНЦИДОКОМПОЗИЦІЙ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

- ¹ В. П. Мельник, ¹ О. В. Панасюк, ² Г. В. Радиш,
³ С. Г. Павленко, ¹ Я. О. Якимова

- ¹ ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації народної медицини»

² Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ

³ Київська міська туберкульозна лікарня № 1 з диспансерним відділенням

Вислів Гіппократа «Ваша їжа повинна бути ліками, а ліки – їжею» залишається актуальним і в наш час.

Обстеження й антимікобактеріальна терапія (АМБТ), у тому числі на тлі **антиретровірусної терапії (АРТ)** та застосування **апіфітонцидокомпозицій (АФК)** – I група хворих (n=20) і без АФК – II група хворих (n=20) проводилися хворим на ко-інфекцію **мультирезистентний туберкульоз (МРТБ)** нервової системи/ВІЛ.

Методом підбору пари за типом туберкульозного процесу, результатами тесту медикаментозної чутливості *Mycobacterium tuberculosis* та наявності ВІЛ-інфекції сформовано 2 вищенаведені групи порівняння. При цьому АФК в щоденний харчовий раціон включали мед та фітонцидоносні натуральні продукти (цибулю городню, часник посівний, хрін звичайний).

Після завершення інтенсивної фази основного курсу АМБТ за результатами аналізу через 5-8 міс за основними показниками (інтоксикаційний, менингеальний, лікворний, енцефалітний синдроми, припинення бактеріовиділення) вдається досягти позитивної динаміки на 1-2 міс. швидше у пацієнтів I групи при суттєво меншій кількості побічних реакцій у порівнянні з пацієнтами II групи.

Таким чином, застосування апіфітонцидокомпозицій в інтенсивній фазі АМБТ в комплексному лікуванні хворих на ко-інфекцію МРТБ нервової системи/ВІЛ покращує результати лікування.

Залишається актуальним питання вивчення результатів комплексного лікування хворих на ко-інфекцію МРТБ нервової системи/ВІЛ із застосуванням апіфітонцидокомпозицій у період продовжуючої фази основного курсу АМБТ.

БИОМОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА *ACHILLEA MILLEFOLIUM L. EX SITU*

- В. О. Меньшова, В. І. Березкіна
- *Ботанічний сад ім. акад. О. В. Фоміна ННЦ «Інститут біології»
Київського національного університету ім. Тараса Шевченка*

Основним напрямком діяльності ботанічних садів є інтродукція та акліматизація рослин, а також вивчення, охорона раритетного фітогенотипу і раціональне використання рослинних ресурсів. Рослини використовують з глибокої давнини як допоміжні методи для лікування. Особливого значення в сучасній медичній практиці набула фітотерапія. На основі рослинної сировини створюються нові лікувальні засоби.

Нами досліджувалися адаптаційні можливості *Achillea millefolium L.* (Деревій звичайний) в умовах культури. *A. millefolium* належить до родини *Asteraceae*. Зростає в Європі, Середній Азії та Північній Америці. В світовій флорі нараховується 150 видів *роду Achillea*. Завдячуючи багатому хімічному складу, *A. millefolium* притаманний цілий ряд корисних властивостей. Використовується як науковою, так і народною медициною. Рослина пряно-ароматична та ефіроолійна.

A. millefolium – трав'янистий полікарпик, має напіврозеткові поліциклічні надземні пагони. Коренева система з довгими горизонтальними кореневищами. На одній особині формується від 1 до 4 генеративних пагонів 25-64 см заввишки. Листки ланцетні, двічіперисторозсічені. Квітки зібрані в кошики, що утворюють щитковидне суцвіття. Плід – сім'янка. *A. millefolium* утворює повноцінне насіння, що дозріває в другій декаді вересня. Довжина насіння 1,37-2,38 мм, ширина – 0,47-0,68 мм. Маса 1000 насінин – 0,11-0,16 г. Відростання рослини починається у третій декаді квітня і триває до другої декади травня. Масове цвітіння припадає на третю декаду липня. Цвітіння триває 52-58 днів. Кінець цвітіння і початок плодоношення припадає на першу декаду вересня, масове плодоношення – на третю декаду вересня. Рослини дають самосів. В середньому *A. millefolium* вегетує 159 днів.

В результаті багаторічних досліджень встановлено, що в умовах культури *Achillea millefolium* проходить усі фази розвитку онтоморфогенезу, дає схоже насіння, стійка до захворювань та шкідників. Відмічено високі показники адаптаційних можливостей: зимостійкість, посухостійкість. *A. millefolium*

відноситься до довговегетуючих рослин. Це сприяє тривалому збору сировини для лікарських потреб. *Achillea millefolium* розмножується як насінням, так і вегетативно.

УДК615.825:[61:378.4](477)

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ УАНМ

■ А. І. Парахін, В. В. Самбір, Р. В. Антюхов,
В. А. Новохатній

■ ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

Мануальна терапія – це неінвазивний безмедикаментозний метод лікування соматичних дисфункцій.

Як окрема дисципліна, мануальна терапія викладається в МУ УАНМ з 1994 р. як на додипломному, так і післядипломному рівні. На додипломному рівні її вивчають студенти 4-го і 5-го курсів медичного і стоматологічного факультетів, а на післядипломному – лікарі, що проходять спеціалізацію на курсах за фахом «Лікар народної та нетрадиційної медицини». Крім того, проводяться курси «Мануальна терапія» для лікарів, середнього медичного персоналу, реабілітологів та осіб без медичної освіти, які пройшли курс «Основи медичних знань».

Враховуючи присутність на курсах людей без медичної освіти, знання, що викладаються, мають бути зрозумілими, а навички безпечними для пацієнтів і водночас ефективними.

Викладання відбувається за такими принципами: від загального до конкретного, від простого до складного, з повторенням і закріпленням матеріалу протягом курсу. На початку курсу даються загальне розуміння поняття мануальна терапія, історія її розвитку і основні концепції. Розглядається широкий спектр технік і принципи їх застосування.

Потім курсанти опановують основи медичної термінології, зокрема такі терміни, як медіально, латерально, вентралью, дорсально, краніально, каудально, дисфункція, торсія, тракція, дистракція, флексія, екстензія, реліз тощо, а також назви кісток, м'язів, фасцій, судин і нервів відповідно до Міжнародної анатомічної номенклатури.

Анатомія вивчається у кілька етапів: за допомогою мультимедійних презентацій та анатомічних моделей курсанти ознайомлюються з анатомо-

фізіологічними особливостями опорно-рухового апарату тіла людини, розташуванням структур і точок-орієнтирів, які в подальшому будуть потрібні для визначення позиції структур у тривимірному просторі та встановлення патобіомеханічного діагнозу.

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб, основною нозологічною одиницею, лікуванням якої займаються фахівці з мануальної терапії, є соматична дисфункція, яка виникає внаслідок порушення нормальної біомеханіки тіла людини. Курсанти вивчають закони біомеханіки і перевіряють на собі та на колегах їхню дію в нормі та за наявності патології.

Ще однією особливістю викладання є опанування навичок пальпації та ознайомлення зі специфічними відчуттями під час пальпації різних структур. Курсантам пропонується низка вправ, спрямованих на концентрацію уваги та підвищення чутливості кінчиків пальців, зокрема пальпація невеличких предметів (монети, волосу), вкритих кількома шарами паперу, пальпація рідини, поширена пальпація різних видів тканин (шкіри, фасції, м'язу, сухожилля, зв'язки, кістки), пальпація хребців, кісток тазу, ребер і кінцівок. Курсанти запам'ятовують, якими мають бути відчуття в нормі та яким має бути правильне розташування структур.

Під час вивчення патобіомеханіки курсанти дізнаються про види соматичних дисфункцій. На цьому етапі навчання викладання проводиться за допомогою мультимедійних презентацій в програмі Power Point, комп'ютерної анімації та гнучких анатомічних моделей хребта, тазу, кінцівок і грудної клітини. Курсанти вчать знаходити соматичні дисфункції і відрізнити їх від інших видів патології, які не підлягають лікуванню методом мануальної терапії. Значна увага приділяється розгляду показів та протипоказів до застосування технік мануальної терапії.

Практична частина навчання характеризується індивідуальним підходом до кожного. Досвідчені викладачі демонструють виконання діагностичних тестів і технік мануальної терапії, допомагають курсантам встановити патобіомеханічний діагноз, правильно виконати техніку і перевірити, чи вдалося усунути соматичні дисфункції.

Викладання ведеться українською, російською або англійською мовами на вибір курсантів.

Важливою складовою викладання є подолання психологічного перевантаження великим обсягом нової інформації, термінології та навичок. Це досягається за рахунок створення атмосфери зацікавленості, виконання навчальних вправ з елементами гри, застосування аналогій, метафор, мнемонічних прийомів та гумору.

Курс викладання мануальної терапії в Медичному університеті УАНМ було створено на основі курсу «Принципи мануальної медицини», що викладається в медичних університетах США, а також курсів, що викладаються у профільних коледжах в Європі.

МЕТОД КВАНТОВОГО РЕЗОНАНСУ – QRH

■ I. Огородник

■ *Centrum Aurana
Warszawa, 2016*

В одному зі старих китайських апокрифів учень питає в майстра Qi-gong: *А чи правда, що в далекому минулому лікарі не використовували ані лікувальних трав, ані голкотерапію?* Майстер відповів:

«В давніх часах енергія передавалася безпосередньо. Голкотерапія і трави, якими користуємося сьогодні – це крок назад в порівнянні з безпосередньою енергетичною комунікацією».

Ця мудрість вказує нам на те, що в усіх життєвих процесах первинна сила – це інформаційна комунікація між біологічними структурами. З цього можна зробити висновок: **впливаючи магнітним полем або дуже слабким електричним струмом з відповідною частотою, можна змінити поляризацію в молекулярних структурах і в дуже короткий період часу досягнути ефекту, якого не вдається досягнути, застосовуючи трав'яні або хімічні препарати.**

Чи має хтось вичерпні знання про функціонування людського організму?

Чи може хтось дати відповідь на питання: звідки беруться невиліковні хвороби, і як їх лікувати?

Чи може хтось пояснити, в який спосіб відбуваються чудодійні зцілення, після яких лікарі розводять руками і говорять, що цього не може бути?

Чому раптово, ніби без причини, вмирає абсолютно здорова людина, а та, що не має шансів на життя, після вердикту офіційної медицини, живе та ще й заробляє собі на життя?

Чому у ящірки повністю регенерується після втрати хвіст, а у людини навіть півсантиметра пальця не може відрости?

Такий список питань можна продовжувати до нескінченності, тільки нам, людям, від того не легше. Де знайти відповіді на ці питання, і як вирішити ці проблеми?

Я впевнений, що шукати далеко не треба, всі механізми самовиліковування, саморегуляції і саморегенерації закладено в людському тілі від народження.

Творець, створюючи людину, створив спочатку для неї середовище, яке мало підтримувати всі процеси людського тіла в згоді з Божим Планом. А щоб тіло вмilo читати мудрість природи, Творець зробив його відкритою інформаційною системою, яка в спосіб зворотного зв'язку комунікує з середовищем, в

якому знаходиться. В такий самий спосіб функціонують всі існуючі біосистеми на планеті: звірі, птахи, риби і весь мікросвіт.

Інакше кажучи, поки середовище відповідає Божому задуму, поки в біосистемах працює саморегуляція та поки безпомилково працює комунікація відкритих біосистем з оточуючим їх середовищем – до тих пір все йде в гармонії, все саме регулюється, відновлюється, очищається і регенерується.

Ніхто краще самого організму не знає, що треба зробити, щоб повернутися до стану, при якому цей організм повністю синхронізований і упорядкований, як задумано природою.

Якщо всі лікарі на Землі задалися б ціллю передусім відновити ці природні системи саморегуляції, не вносячи при цьому обтяжливих побічних ефектів, то за дуже короткий час залишилися б на Землі дуже небагато хворих людей, в основному таких, які самі не бажають бути здоровими.

Тривалий час я шукав метод, який би реалізував мою ціль, і зрозумів, що треба самому зробити щось унікальне і дуже ефективне.

Так повстав метод, який я назвав *Quanton Resonance Healing* – квантове зцілення індивідуальним резонансом.

Полягає метод в систематизованому і комплексному впливі на людський організм пакетом індивідуально-підібраних частотних програм в дуже високому частотному діапазоні міліметрових і дециметрових хвиль. Метод немає нічого спільного з так званим Цеппером і йому подібними генераторами, які працюють на низьких частотах.

Діагностування відбувається традиційно, методом ВРТ, але частотні програми підбираються за унікальною авторською методикою. Ці програми мають короткий термін дії, оскільки наше середовище постійно змінюється і організм, який є відкритою інформаційною системою, пристосовується до змін. Виконувати ці програми треба на спеціальному обладнанні (виготовленому в США на наше замовлення), протягом 1-3 днів, щоб вони не втратили своєї актуальності.

Чому високий частотний діапазон? Тому що чим вища частота, тим менша довжина хвилі, а чим менша довжина хвилі, тим на більш глибокому рівні відбуваються резонансні взаємодії в біологічних структурах. Таким чином ми впливаємо на причину, а не на наслідок.

Такий метод дозволяє на найвищому рівні реалізувати хронотерапію, яка базується передусім на синхронізації біологічних процесів організму з дією терапевтичного обладнання, щоб отримати максимальний терапевтичний ефект, використовуючи внутрішні механізми саморегуляції. Пацієнт при цьому не відчуває ніякого навантаження, стан його ні в чому не погіршується і навпаки – він отримує додаткову енергію від впорядкування внутрішніх фізіологічних процесів.

Що ж можна лікувати таким методом?

Абсолютну більшість хвороб! Ми ж не лікуємо, ми активуємо організм до самолікування, а як він це зробить і за який час – це вже справа індивідуальна. Комуś треба зробити 2-3 сеанси по 5-6 годин, і людина вже забуває про свої проблеми, а комуś треба кілька місяців напружено працювати, використовуючи при цьому додаткові методи очистки і регулювання організму, щоб отримати стабільний і безповоротний результат.

Швидше за все за допомогою цього методу організм позбувається мігрені: 2-4 дні – і назавжди. Це звучить як фантастика, але для нас – це вже звичайна ситуація і підтверджується вона кожного разу, коли стикаємось із цією проблемою. На нашому сайті є відгук пані Власенко Ірини Іванівни з Чернігівщини, яка після 3-4 годинної терапії моїм методом позбулась своєї 25-літньої мігрені ще два роки тому і до цього часу голова у неї не болить.

В результаті терапії нашим методом наші пацієнти позбуваються серцево-судинних проблем, різного виду інфекцій, алергії, астми, болів в м'язах, суглобах, швидко зникають шкірні проблеми, вирівнюється рН внутрішнього середовища, очищується кров та відбувається багато-багато інших позитивних і досить швидких змін. Просимо звернути увагу на те, що при цьому не виявлено побічних ефектів.

UDC 616.33-002.44:616.61-002.3

PSYCHOLOGICAL MALADJUSTMENT IN PATIENTS WITH HIGH CARDIOVASCULAR RISK

■ **M. S. Panchenko., I. V. Aphanasieva**

■ *Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of MoH Ukraine*

The aim of the research was to study frequency and nature of psychopathological symptoms in various forms of mental maladjustment's reactions in patients with high cardiovascular risk.

Materials and methods. The primary information base for the implementation of research was the result of complex clinical and anamnestic survey of 450 young patients, among whom 400 had non-psychotic mental disorders (NPMD) and who were previously stratified by the level of cardiovascular risk (CVR), defined by the «SCORE» method. The usage of this method involved taking into account: age, gender, presence of smoking, blood pressure levels and other, and provided the possibility of extrapolation of possible risk to the older

age. In general, an emphasis of psychopathological symptoms was insignificant and, on the average, ranged from (1,9±2,7) points, which allowed to identify their presence. RPM, generally, had not a syndromological completeness, however, most commonly diagnosed complexes of symptoms, that were existed, allowed to organize these manifestation into four options: asthenic ($n_1=14$ patients), dysthymic ($n_2=14$ patients), affective ($n_3=31$ patients) and somatoform ($n_4=33$ patients).

Results and their discussion. The prevalence of phenomena of physical and mental asthenia was typical for patients with asthenic variant of RPM. Often, a psychopathological symptoms they had, were increased fatigue and weakness, diagnosis indexes of which were significantly higher than on the average for patients with RPM (respectively 92,9±6,9 % and 85,7±9,4 %). Increased irritability in the same subgroup took only third place by the frequency of registration, but it occurred in more than $\frac{3}{4}$ of cases (78,6±11,1 %) and was slightly more common as that in some other variants of RPM (eg, in somatoform – (51,5±8,7 %). In the subgroup of patients with hCVR on the background of dysthymic variant of RPM, quite prevalent psychopathological symptoms were irritability, intemperance, which were observed in the (92,9±6,9) % of cases, and lack of vigor after a night's sleep – in (85,7±9,4) %, while on the average in RPM – the frequency of irritability was significantly lower ($p<0,05$). A common manifestation of RPM in this subgroup, which was much higher, than on the average, was touchiness (57,1±13,2) %. More, than half of patients with dysthymic form of RPM, also was observed: fatigue – in 57,1 %, artificiality – 57,1 % of the patients in this subgroup. In the affective variant of RPM such prevalence of one symptom was not observed, but most often in patients of this subgroup occurred irritability – in (71,0±8,2) % and weakness – in (71,0±8,2) % of patients.

Conclusions. The prevalence of phenomenon of physical and mental fatigue was typical for patients with asthenic variant of RPM: increased fatigue and weakness, which diagnostics figures were significantly higher, than on the average for patients with RPM (respectively 92,9±6,9 % and 85,7±9,4 %). Increased irritability in the same subgroup by frequency of registration was only on third place, but observed in more than $\frac{3}{4}$ of cases (78,6±11,1 %). In patients with hCVR on the background of dysthymic variant of RPM absolutely prevalent psychopathological symptoms were irritability, intemperance, which were observed in the (92,9±6,9) % of cases and lack of vigor after a night's sleep – in (85,7±9,4) %, while a frequency of irritability in RPM on the average was significantly lower ($p<0,05$). In the affective variant of RPM a prevalence of one symptom was not observed, but most often in patients in this subgroup occurred irritability – in (71,0±8,2) % and weakness – of (71,0±8,2) % of patients. In second place were ranked fears, excitements, that nearly twice ((58,1±8,9) % surveyed) exceeded the average in other variants of RPM by their frequency.

In patients with hCVR with somatoform variant of RPM, dominated by the symptoms of corporeal maxims – pain in the heart, associated with emotions (in 54,5±8,7 %), pain in the chest or abdomen with excitements (in 66,7±8,2 %), which was higher, than on the average of patients with RPM, by the frequency in 2-3 times.

UDC 616.33-002.44:616.61-002.3

NEUROTIC DISORDERS WITH PROLONGED COURSE IN PATIENTS WITH HIGH CARDIOVASCULAR RISK

■ **M. S. Panchenko, L. V. Bondarenko, I. P. Dzuba**

■ *Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of MoH Ukraine*

The aim of the research was to study frequency and nature of psychopathological symptoms in various forms of neurotic disorders with prolonged course in patients with high cardiovascular risk (hCVR).

Materials and methods. The primary information base for the implementation of research was the result of complex clinical and anamnestic survey of young patients, the part of whom had non-psychotic mental disorders (NPMD) and who were previously stratified by the level of cardiovascular risk (CVR), defined by the «SCORE» method. The usage of this method involved taking into account: age, gender, presence of smoking, blood pressure levels and other, and provided the possibility of extrapolation of possible risk to the older age. The research was carried out by a standardized gathering, storing and results' analyzing program. Among the 199 persons with high cardiovascular risk (hCVR) and NPMD – 47 patients had neurotic disorders with prolonged course (NDPC), stratified by clinical variants: hypothymic (n=12), astheno-hypochondriac (n=11); hypochondriac (n=4) and senesto-hypochondriac (n=20).

Results and their discussion. Neurotic disorders with prolonged course (NDPC) characterized by loss of fractionality, connection with psychotrauma, recognition of morbid condition, complicated by the asthenic-depressive, asthenic-hypochondriac, obsessive-phobic or depressive-phobic syndrome, formation of the personality accentuation of patients, rigidity and disadaptation. In the presence of comorbid diseases in these patients, it was closely interlaced with neurotic symptoms, and led to deterioration of their mental state, increase of depressive mood background, growth of the asthenia effects. Somatic complaints

had emphatically expressive form: only objective paraclinical verification of existed pathology allowed to exclude its hypochondriac nature. Typical for these patients with high CVR was the low pain sensitivity threshold, that intensified depressive hypochondriac manifestations and fixation; a non-compliance of the severity of comorbid pathology with the severity of emotional perception and interpretation was drawing the attention. In the subgroup of patients with high CVR (hCVR) and existed neurotic disorders with prolonged course, to wit, hypothymic syndrome, the major psychopathological symptom was weakness – in $(91,7 \pm 8,0)$ %, painfully low mood – in 58.3 %, lack of vigor after a night's sleep – at 58.3%. Significantly more, than on the average in the group, in these patients also were diagnosed a diffidence, touchiness – 50.0 %, fatigue – in 58.3 %. More than in half of patients with the hypothymic syndrome of NDPC had: restless fitful night's sleep, rigid thinking, a headache and feeling of heaviness in the head. In the subgroup of patients with the hCVR and asthenic-hypochondriac syndrome, the most typical manifestations, that observed significantly more often, than on the average in the group, were: fatigue – $(81,8 \pm 11,6)$ %, fears and concerns – in $(63,6 \pm 14,5)$ %, weakness, emotional lability, obsessive thoughts and actions, hypochondria, irritability and incontinence. In the subgroup of patients with high CVR and hypochondriac syndrome of NDPC, significantly more, compared to the average rates, were diagnosed: suspiciousness, difficulty with falling asleep, headache, intolerance to loud sounds and bright lights – in 75.0 %, obsessive thoughts – in 50.0 %, actions, rigid thinking – in 50.0 %, fears, concerns – in 50.0 %. Widely and significantly more than on the average in the group of patients with hCVR and hypochondriac syndrome was a block of pain-related excitements: abdominal, in the heart, chest – in 25.0 %.

Conclusions. In the subgroup of patients with the hCVR and asthenic-hypochondriac syndrome, the most typical manifestations, that observed significantly more often, than on the average in the group, were: fatigue – $(81,8 \pm 11,6)$ %, fears and concerns – in $(63,6 \pm 14,5)$ %, weakness, emotional lability, obsessive thoughts and actions, hypochondria, irritability and incontinence. In patients with high levels of CVR and hypochondriac syndrome of NDPC, significantly more, compared to the average rates, were diagnosed: suspiciousness, difficulty with falling asleep, headache, intolerance to loud sounds and bright lights – in 75.0 %, obsessive thoughts – in 50.0 %, actions, rigid thinking – in 50.0 %, fears, concerns – in 50.0 %. In patients with high levels of CVR and senesto-hypochondriac syndrome on the first places, according to the prevalence, were the following corporal maxims: the pain in the heart associated with excitements – in 40 % of cases, abdominal, chest pain – in 40.0 %. The obsessive thoughts, actions and diffidence, indecision (in 65-75 % of patients) were observed more than in half of patients in this group.

ПРОПИСНІ ІСТИНИ ЦІЛИТЕЛЯ ТА АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ В НАРОДНІЙ МЕДИЦИНІ

■ В. Г. Педченко

■ *ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України»,
ВОГ «Українська федерація фахівців з народних методів оздоровлення
людини та довкілля»*

ВСТУП

Шановні колеги, друзі! Я вважаю, що нинішня конференція та попередній симпозіум, «Актуальні питання в народній медицині», з метою поєднання зусиль комплементарної і альтернативної (народної та нетрадиційної) медицини у клінічній практиці і повсякденному житті, за результатами проведених фундаментальних досліджень та їх впровадження у первинну ланку охорони здоров'я, про які ми говоримо не перший рік, буде ще одним кроком на шляху зближення комплементарної і альтернативної медицини, в поєднанні зусиль наукових дослідників, лікарів, фахівців народної медицини, громадськості, яким дійсно не байдужий стан здоров'я населення.

Система охорони здоров'я, яка склалася за останні роки, не відповідає вимогам сьогодення. Повільно вимирає український народ, гине нація. В цьому винні не наукові працівники, лікарі чи фахівці народної медицини, зусилля яких дійсно заслуговують на повагу. Провина за такий стан на усій системі охорони здоров'я. Невже не можна поєднали зусилля усіх вищеперахованих фахівців? Згуртувати усі громадські організації, які об'єднують фахівців народної медицини різних напрямків діяльності? Кожен з цілителів має свої, тільки йому притаманні здібності, певний досвід роботи у своїй галузі. Ці здібності підтвердженні при проходженні медичної експертизи. Багато з цілителів мають ЛІЦЕНЗІЇ Міністерства охорони здоров'я на медичну практику. Так чому б при лікарнях не виділити 1-2 палати для хворих, які побажають пройти курс лікування народними, нетрадиційними методами, та ще й під контролем лікарів? Хіба ж це зашкодить людині?

Я наведу один приклад. Декілька років тому мій син, який проживає в селі Карпівка Широківського району Дніпропетровської області, відчув різкий біль у нирці. Викликали швидку, яка dopravила його в районну лікарню. Мені ж про це повідомили лише о четвертій годині дня. Приїхавши в лікарню, зайшов до лікаря, сказав хто я, і що мій син сьогодні потрапив до них по швидкій. Він це підтвердив і сказав, що діагноз йому виставили – *гломеруонефрит*.

Спитавши дозволу на проведення лікувального сеансу і провівши його, поїхав додому. Вже після першого сеансу біль зникла, камінець розсипався на пісок. Я попередив сина, щоб ще один раз приїхав на сеанс, аби *розтворити пісок*. І на другий день сина виписали з лікарні. Після другого сеансу пісок зник. Це лише один з випадків. А таких випадків у кожного з нас не один так чому б дійсно не поєднати зусилля лікарів і здібності цілителів?

З року в рік суспільство, в якому ми живемо, все далі відходить від етичних і моральних принципів. Погляньте на екрани телевізорів. Героями кінофільмів стають люди, ниці душею. Нас привчають, що вбивства, насильство, гвалтування, грабежі, наркотики – це і є той спосіб життя, яким нам потрібно захоплюватися. А де ж ДУХОВНІСТЬ, ЛЮБОВ? Куди поділася доброта? Чому не оспівується людина праці? Мабуть тому й не притягнуті до відповідальності ті, хто вбивав на Майдані, хто розікрав країну і продовжує грабувати народ, зробивши його втричі біднішим, і продовжує затягувати на людській шії зашморг непосильних цін на газ, електроенергію, комунальні платежі, а також на медичні послуги. Ви помітили, як стрімко зросла кількість аптек? Вона вже майже зрівнялася з кількістю продовольчих магазинів. Мала б з'явитися конкуренція, і ціни на ліки повинні були впасти. А насправді – зросли в кілька разів. Це свідчить тільки про одне – монопольне постачання ліків. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, на боротьбу з хворобами суспільство витрачає більше 99 % коштів, а на їх профілактику менше 1 %. Тому виробництво і реалізація ліків дає величезні надприбутки. Ось чому ліки – як ті костилі, до яких нас привчає фармацевтична індустрія і змушує з ними ходити все життя. Ліки дійсно полегшують наші страждання, вони притупляють біль в органі, але вони не звільняють від причини, яка визвала цей біль, і через деякий час біль знову повертається до нас.

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРИЧИНИ ПОЯВИ ХВОРОБ

Потрібно засвоїти одне – хвороба не приходить сама по собі. Хвороба – це реакція Вищого Розуму (Бога), на наші невірні дії як людини, в тих чи інших обставинах. Це урок, який нам, нашій душі підносить життя, і який нам необхідно засвоїти. Та перш ніж засвоїти цей урок, його необхідно прийняти як такий, що даний саме нам, у відповідь на наші невірні думки, слова, бажання, дії. Приймавши і засвоївши урок, душа звільняється від непотрібних емоцій, бажань, претензій, через дії самої людини, яка відпускає гнів, страх, ненависть, претензії, звільнюючи цим самим душу від негативу. Відновлення і гармонізація роботи хворого органу шляхом звільнення його від невірної засвоєних програм душею, та записаних в підсвідомості клітин, призводить до швидкого відновлення нормальної роботи органу і до оздоровлення організму в цілому.

Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я і світової статистики, здоров'я людини лише на 10 % залежить від медицини, на 15 % від спад-

ковості, а все інше – від самої людини. Усім відома приказка: «Усі хвороби від нервів». Та чи це так? **Психосоматика** – термін, прийнятий в медицині для характеристики такого підходу до пояснення хвороб, при якому особлива увага приділяється ролі психічних факторів в появі і протіканні хвороб. Психосоматика вивчає вплив психічних факторів на появу різних соматичних (тілесних) захворювань. На думку вчених, половина усіх захворювань має психогенний характер і основним методом лікування їх є психотерапія, мета якої – встановити прихований для самого пацієнта зв'язок між його емоційним станом і появою ознак хвороби. Біль – це сигнал тривоги організму про те, що з ним щось не так. Якщо, без видимих причин, болять якісь частини тіла, і немає ніяких захворювань і травм, більш за все, причина криється в психосоматичній реакції організму на те, що проходить в нашому житті.

Психосоматика – наука, яка вивчає взаємозв'язок психіки людини і біологічних процесів, які протікають в організмі. Коли психіка страждає, все тіло гостро реагує не тільки хворобами, але і болем різного характеру. Зрозумій, чому той чи інший орган турбує і розберися в собі. Людський організм – дивовижна система, в якій все взаємопов'язане.

Як відомо, біль вказує на те, що в організмі щось працює невірно. Це свого роду сигнал (крик) про допомогу. Тобто, коли наші емоції, залишаються довго не почутими, а душевний біль продовжує зростати, душа не в змозі витримати його, і тоді на допомогу приходять тіло. Страждає найбільш вразливе місце людини. У одних, при сильному стресі, страждає серцево-судинна система, у других – кишківник, і та ін. У кожної людини свої реакції організму, в тому числі і обумовлені і спадковістю. Такі хвороби, як гіпертонія, бронхіальна астма, поліартрит, нейродерміт, мігрень відносяться до психосоматичних захворювань. І цей список хвороб, який пов'язаний з психікою людини, зростає.

В суспільстві створено багато напрямків по лікуванню людських органів, в усьому світі в школах навчають різноманітним знанням, чому завгодно, та ніхто не вчить людей тому, як обходитися з найдорожчим і складним механізмом – із своїм організмом. Не маючи відповідних знань, втрачаючи духовність, нехтуючи законами природи, поспішаючи жити, ми скачуємося в трясовину. Людина уявила себе сильнішою за природу і думає, що може не рахуватися з нею і оточуючим середовищем. Людський організм – самовідновлювальна система. Потрібно лише жити в злагоді з собою і оточуючим світом. Жити в сприятливих умовах і як слід харчуватися. Тільки від цього, самі собою, непомітно, зникне більшість хвороб.

ЗАКОНИ БІОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ

Ми знаємо, що в основі усіх біологічних процесів лежать хімічні закони. Вони знаходяться у тісній взаємодії з фізичними законами, які опираються на цифрові закони і правила, і є основою енергетичних законів. А усі зміни в

дії енергетичних законів залежні від нашого емоційного стану (гніву, страху, ненависті), наших бажань, думок, слів, вчинків. Гнів, страх, ненависть – це ті енергії невидимого спектру, які випромінює наш мозок, кожна з яких має свою частоту коливань, і ними підпитуються, як ви думаєте хто? – Рептилії. Бо лише рептилії намагаються тримати усе під контролем, усім керувати. Бо їм притаманна риса: це моє (мій чоловік, дружина, дім, територія, влада). Тобто, це моє царство, і я тут і Цар, і Бог. Цей спектр енергій позбавляє людину Права Вибору і змушує діяти в певних умовах – рамках, не помічаючи усієї картини дійсності.

Та проглядаючи усю послідовність взаємодій, підходимо до логічного висновку, що є дійсно якась Вища Сила, Закон, який приводить весь цей механізм у дію. Ця сила є основною, первинною, бо завдяки їй в організмі людини і протікають усі вищеперераховані процеси. Сила ця дуже чутливо реагує на усі зміни в наших думках, вчинках, бажаннях, на усі зміни в нашому житті. Від неї залежить швидкість і якість протікання усіх вищевказаних біологічних процесів в організмі людини. І сила ця – Духовність (Божественна Любов), або, як прийнято говорити – Вищий Розум (Бог). Тому, якщо виходить з розуміння, що хвороба – це відповідна реакція Вищого Розуму (Бога) на невірні думки, емоції, бажання, вчинки особистості на шляху розвитку і записана енергетичною сутністю Душі (духа), яка зберігається в підсвідомості клітин, і проявляється у вигляді різних захворювань на певному етапі життя, і яку ми сприймаємо як кару Божу, то потрібно подумати, чи не виступаємо ми проти Волі Бога, зцілюючи людину від хвороби і допомагаючи їй позбавитися страждань? Чи не ставимо ми себе, своє бажання допомогти людині вище Волі Бога?! Батьки карають своє дитя не з-за того, що не кохають його, а для того, щоб не робило того, чого не слід робити. Так і Бог попускає нам хвороби не тому, що не любить нас, а хворобою він неначе виринає нас із повсякденної суєти, вкладає у ліжко, даючи можливість переосмислити своє життя, і зрозуміти, що ми не так думаємо, діємо, живемо. Знайти недоліки у своєму житті. Виявити їх причину, зробити певні висновки і позбавитися цих причин. Тому, перш ніж проводити сеанси зцілення, потрібно узгодити свій намір з самою особистістю, з її Родом, з Планетарним і Всесвітнім Розумом, щоб не накликати на себе, на свою сім'ю, на свій Рід, непотрібної Карми.

НАБУТТЯ ЦІЛІСНОСТІ

Все справжнє вимірюється часом. Якщо людина не бажає змінити себе, а живе лише надією одержати полегшення, прибравши неприємні емоції та супроводжуючи їх зовнішні перепони, то стан внутрішньої дисгармонії буде лише наростати, а труднощі збільшаться.

У житті діють чітко окреслені принципи та правила, які не можна змінювати. Життя керує нами, а не ми ним. Для цього немає іншої причини, ніж

розуміння того, що якщо людині досягнути ефективності, реалізації своїх життєвих задач, розкрити свій потенціал, одержати відчуття внутрішньої радості і бути гармонічною особою, їй необхідно навчитися співпрацювати з навколишнім світом, а не протиставляти себе йому. Тобто, йти в ногу з самим життям.

Перш за все, ми повинні навчитися любити себе. Той, хто не в змозі потурбуватися про себе, не зможе нічого дати іншим. Чим більше ми дозволяємо собі жити у відповідності з законами природи, тим більше віддані Волі Бога стаємо. Чим менше відчуття гідності, тим менше ми захочемо відчувати себе дітьми Бога.

Людина приходить у цей світ уже маючи всі ресурси як на фізичному, так і на психічному рівні розвитку. Тому мета не в тому, щоб взяти якісь інструменти зовні, а в тому, щоб відкрити інтуїтивні першоджерельні принципи, як будувати взаємовідносини, які закладені в нас з самого початку. Перш за все необхідно налагодити контакт з самим собою, відкрити те, що в середині нас. Щастя та успіх у житті – це коли людина реалізує усі свої базові потреби. Це і соціальна реалізація, здоров'я, взаємини, духовні потреби (стан душі, для чого я живу, сенс мого життя). Якщо ми щось не реалізуємо, чи щось не так складається – раптово з'являються проблеми чи зі здоров'ям, чи в сімейних стосунках, чи з дітьми. А це говорить тільки про одне: нерозкриті базові риси характеру, непройдені якісь уроки життя.

ЖИТТЯ БЕЗ ПРЕТЕНЗІЙ

Секрет успішності і гармонії простий: життя любить нас і не дає нам того, що нам не під силу. А коли життя тяжке і, на нашу думку, несправедливе, це означає – багато гордині. Що таке гординя? І чи властива вона нам? Провірити легко. Коли виникають проблеми (труднощі), чи життя складається не так, як би ми того хотіли, гординя проявляє себе агресією: «Чому це сталося зі мною?! Я не згоден з тим, що до мене так ставляться, не цінують, не поважають, не розуміють!» Таке формулювання питання говорить тільки про те, що є внутрішня впевненість, що «Я заслуговую кращої долі». Тобто, горда людина впевнена, що з нею все гаразд, а ось з оточуючими щось не так. Тому витрачає багато сил та часу, щоб змінити чоловіка, жінку, дитину, батьків, колег, друзів, а не себе. На те, щоб змінити оточуючих, може піти все життя. І де гарантія, що цього можна досягти? Тому набагато логічніше, і це буде продуктивнішим, якщо ми почнемо змінювати себе. Не ламати себе «через коліно», а змінювати свої думки. Тобто, навчитися сприймати проблему як задачу, яку поставило нам життя. Це завдання для особистого розвитку, і ні в якому разі не слід сприймати це як стан пасивного безвідповідального життя. Навпаки, учень має бути активним, не боятися труднощів, у нього завжди багато цілей. Але він відрізняється від гордовитої людини тим, що його цілі завжди знаходяться в гармонії з самим життям і Законами Всесвіту. Він не буде йти до мети по

головах інших. Життя учня завжди цікаве. А гордовитий у душі самотній, тому що протиставляє себе усьому світу. Гордовита людина відірвана від життя, замкнута на собі, маючи безліч зв'язків і контактів залишається самотньою. Є ще одна відмінна ознака гордині. У такої людини повторюються одні і ті ж ситуації в житті, хоча люди завжди різні.

Проблеми, які з року в рік не вирішуються, епізоди, в яких «застряє» людина. Наприклад, вас постійно кривдять, не цінують. Або ви були незадоволені першим шлюбом, та з часом помічаєте, що й другий чоловік починає ставитися до вас точнісінько, як і перший. Або на роботі. Здається, що ви ось-ось досягнете бажаної мети. Та все руйнується. Ви починаєте будувати якісь проекти, бізнес-плани, і здавалося б, ви вже біля мети, а все розвалюється на очах.

ШЛЯХ ДО УСПІХУ

Якщо у вас виникає гнів чи образа, це не означає, що їх слід подавити чи боротися з ними. Потрібно прийняти і зрозуміти ці емоції. Чому вони з'явилися? Тоді відкриється їх внутрішнє значення. І найдивовижніше у цьому, що коли ви навчитеся сприймати проблеми, як уроки, ви не будете їх боятися в майбутньому. Ви зрозумієте, що всі страждання – від Бога, який навчає нас життю.

Життя іноді боляче нас б'є, але ці удари – ліки. Бо не дарма кажуть: за одного битого двох небитих дають. Тобто, ця людина вже отримала певний життєвий урок. А не відпускати образу – це те саме, що ображатися на якусь річ, об яку ми вдарилися. Винні завжди ми самі, а б'ємо річ, але біль відчуваємо знову ж ми самі.

Достатньо звільнити своє життя від непотрібних звичок, і воно зміниться на краще:

1. Звільніть себе від необхідності завжди доказувати свою правоту, прийміть точку зору іншої людини.
2. Перестаньте контролювати усіх, дозвольте їм бути такими, які вони є.
3. Не перекладайте вину на інших, візьміть повну відповідальність за своє життя на себе.
4. Перестаньте ображатися на людей, ситуації, вчинки. Ніхто не зможе зробити вас нещасливими, ніяка ситуація. Не ситуації викликають у нас ті чи інші почуття, а наше небажання прийняти їх.
5. Не критикуйте людей, які відрізняються від нас. Усі люди різні.
6. Не проявляйте спротив змінам у житті – зміни допомагають змінити життя на краще.
7. Не навішуйте ярликів на людей, на ситуації, яких ви не знаєте, або просто не розумієте.
8. Відпустіть минуле. Хоч це і важко, бо в минулому вам було краще, ніж тепер, а майбутнє лякає. Прийміть дійсність такою, як вона є – це все, що у вас є.

9. Звільніться від страхів. Страх – це ілюзія, його немає. Його створив ваш розум. Змініть своє внутрішнє ставлення до нього, і все стане на свої місця. Все у Волі Бога.
10. Перестаньте себе виправдовувати – цим ми заганяємо себе в певні рамки, перекриваючи шлях у майбутнє.
- Запам'ятайте, ЛЮБОВ – це не почуття, це добродійність. Це та кількість добра, яку ми віддаємо, не чекаючи на віддачу.**

УДК 616.24-002.5:576.858:612.017.1-085

АПІФІТОНЦИДОКОМПОЗИЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ВИСОКИМ РИЗИКОМ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ПОЄДНАНОГО З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ

- ¹ В. І. Петренко, ² О. В. Панасюк, ² О. Б. Голуб, ¹ Г. В. Радиш,
² Л. С. Ничипоренко, ³ В. П. Шурина, ³ Н. Л. Степова,
³ Л. В. Поліновська
- ¹ Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ
² Комунальний заклад Київської обласної ради «Київський обласний
центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД»
³ Комунальний заклад Київської обласної ради «Київський обласний
протитуберкульозний диспансер»

Обстежено і проліковано під час інтенсивної фази **антимікобактеріальної терапії (АМБТ)** 46 ВІЛ-позитивних хворих на **туберкульоз (ТБ)** із високим ризиком мультирезистентності *Mycobacterium tuberculosis*, тобто їх стійкістю як мінімум до двох найефективніших **протитуберкульозних препаратів (ПТП)** – ізоніазиду та рифампіцину, що підтверджується **молекулярно-генетичним (МГ)** швидким методом в системі *GeneXpert MTB/RIF* на старті призначення АМБТ за 4 категорією.

Методом підбору пари за віком, статтю, клінічною формою ТБ, результатами МГ тесту та ВІЛ-інфікованості сформовано 2 групи порівняння, кожна з яких включала по 23 особи. Хворі I групи отримували стандартні схеми АМБТ, у тому числі **антиретровірусну терапію (АРТ)**. Хворі II групи отримували аналогічне лікування із включенням апіфітонцидокомпозицій (мед, часник посівний, цибуля городня, хрін звичайний).

За підсумками інтенсивної фази АМБТ ТБ у хворих II групи досягається

суттєве зменшення побічних реакцій та зникнення клініко-лабораторних проявів специфічного процесу порівняно з хворими I групи, яким проводилося лікування без включення апіфітонцидокомпозицій.

Таким чином, мед, цибуля, часник і хрін є тими натуральними продуктами, які у разі їх щоденного застосування у формі апіфітонцидокомпозицій в комплексному лікуванні хворих на ТБ з високим ризиком мультирезистентності (РМРТБ) у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, покращують лікування, переважно за рахунок більш швидкого досягнення позитивної динаміки показників.

У хворих на ко-інфекцію з високим РМРТБ/ВІЛ залишається актуальним питання вивчення результатів лікування на кінець основного курсу АМБТ.

УДК 615.015.32:615-085.015.32

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА APIS MELIFICA ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

■ С. В. Потоцкая

■ ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

Apis melifica – лекарство, приготовленное по законам гомеопатии из пчелы. Препарат готовится из всей пчелы, включая и сам яд, который имеет сложный химический состав. Это аминокислоты, ферменты, органические кислоты, стероиды, кальций, магний, медь. Действие препарата соответствует основному закону гомеопатии: "*Similia similibus curantur*", что в переводе означает: «Подобное лечится подобным». Закон сформулирован основоположником гомеопатии Самуилом Ганеманом.

При укусе пчелы у человека появляется отёк, припухлость, покраснение и острая жгучая боль в месте укуса. Лекарство из пчелы, разведённое в десятки, сотни, тысячи раз, разведённое до такой степени, когда в растворе не остаётся ни одной молекулы исходного сырья, снимает отёк и остальные симптомы воспаления, вызванные ядом пчелы в организме человека. Препарат *Apis melifica* «посредством подобного действия, возбуждает в организме несколько более сильную лекарственную болезнь, так что естественное заболевание не может более влиять на жизненную силу. Освобождённая от естественной болезни жизненная сила сталкивается теперь только с несколько более сильным

заболеванием, против которого направляет теперь всю свою энергию и которое вскоре преодолевает. Таким образом, естественная болезнь отступает».

Apis melifica может применяться для лечения как острых, так и хронических болезней.

Симптомы при укусах пчелы развиваются быстро и бурно. В некоторых случаях они стремительно прогрессируют, пока больной не впадает в бессознательное состояние. Для сверхчувствительных людей это заканчивается довольно сильным расстройством здоровья. Для большинства же укушенных (почти всех людей хоть раз в жизни жалила пчела) всё ограничивается небольшой припухлостью на коже без всяких конституциональных изменений, если только этот человек не обладает индивидуальной чувствительностью к пчелиному яду. На что бы ни действовал пчелиный яд – на кожу, слизистые, или серозные оболочки, он обычно вызывает отёк, выпот, задержку воды в тканях. Вода оказывается захваченной определёнными частями тела и не может выйти через естественные пути. Из-за задержки воды в тканях человек не испытывает жажды. Отёк или выпоты данного препарата являются главным патогномичным проявлением его патологии. Помимо отёчности и покраснения всей поверхности тела у сверхчувствительного пациента может появиться крапивница с ног до головы с возникновением жгучего и жалищего ощущения; ему захочется окунуться в холодную ванну; появляется страх смерти от ощущения удушья.

Хочу привести пример применения этого препарата в остром случае, который запомнился мне на всю жизнь. Укус пчелы у женщины вызвал отёк не только в месте укуса – в поясничной области, но и быстро стал распространяться по всему телу. Начали отекать руки, ноги, лицо. Лицо покраснело. Поднялось артериальное давление. Появилось затруднённое дыхание, одышка. Находившиеся рядом врачи понимали, что развивается отёк Квинке. Приём одной дозы *Apis melifica 30C* остановил реакцию мгновенно. Уже через несколько минут уменьшились отёк и покраснение лица, одышка. Через час не было никаких признаков острого состояния.

Для назначения *Apis melifica* необходимо знать симптомы этого препарата, то есть те признаки (на физическом и ментальном уровне), которые возникают у чувствительного пациента при укусе пчелы.

При наличии у пациента покраснения кожи с припухлостью и ощущением жжения, крапивницы, отёков различного генеза («сердечных», анасарки; отёков в области суставов и варикозно расширенных вен; перикарда; оболочек мозга; почек, вплоть до гидронефроза; яичек и яичников; отёка Квинке) можно назначать этому пациенту *Apis melifica*. Широко применяется *Apis* при лечении кист яичников (фолликулярные кисты, поликистоз яичников, кисты, наполненные серозной жидкостью), а также при выкидышах на начальных месяцах. Часто у молодых женщин поликистоз яичников является причиной бесплодия. После приёма *Apis melifica* наступает беременность.

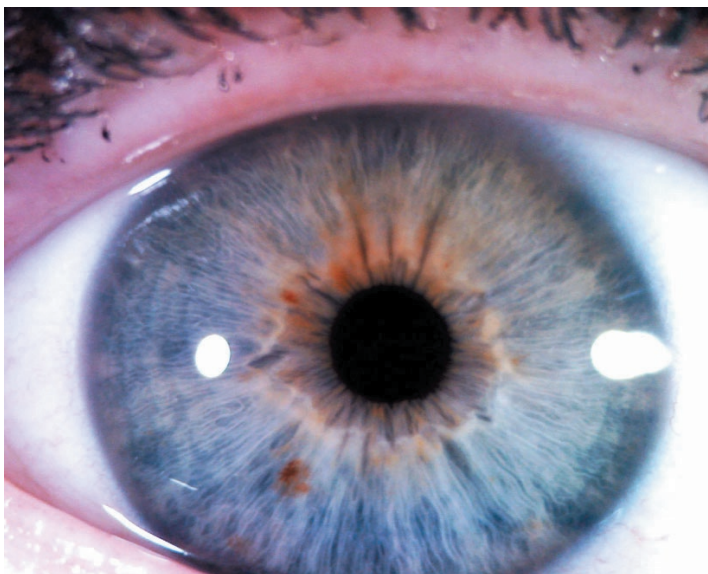


Рис. 1. Случай 1. Женщина 44-х лет.

Случай 1. Женщина 44-х лет.

Предъявляет жалобы на слабость, периодические боли внизу живота, сердцебиение.

Эмоциональна, переживает за всех, раздражительна. Имеет повышенный вес. При обследовании выявлены: киста правого яичника, узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит. На радужной оболочке: лимфатический тип конституции. Выраженный лимфатический розарий свидетельствует о слабости лимфатической системы и склонности к застойным процессам и отёчности. Такие иридологические знаки, как адаптационные («нервные») кольца говорят о повышенной эмоциональности. В области проекции правого яичника (19.00 часов) имеется пигментация красноватого цвета, которая свидетельствует о кисте и воспалении правого яичника. После приёма гомеопатического препарата *Calcarea carbonica 200C* исчезли узлы в щитовидной железе, прекратились приступы сердцебиения, улучшилось общее состояние. Затем, по совокупности симптомов был назначен препарат *Apis mellifica 12C* ежедневно. Через 2 недели при повторном УЗИ киста яичника не была обнаружена. Катмнез – 3 года. Общее состояние хорошее. Артериальное давление в пределах нормы. Кист нет.

Из ментальных симптомов характерными для *Apis mellifica* являются: подавленность, раздражительность, плаксивость, печаль и меланхолия, беспокойство, подозрительность и ревность, резкие пронзительные крики по ночам у детей. А также: неловкость, неуклюжесть, нарушение ко-

ординации, головокружение. Можно провести аналогию между удержанием воды у этих больных и тем, как сдерживаются сильные эмоции, создавая «возбудимое» состояние. У людей типа Aris сильные эмоции, которые легко не выражаются. Это люди полны страсти и силы, особенно в половой сфере, но они чувствуют себя «неуклюже», когда пытаются выразить свои чувства. Показано назначение этого препарата при таких психических состояниях, как «психоз занятости» (по аналогии с медоносной пчелой – как пчела постоянно занята, постоянно трудится и получает от этого большое удовольствие), так и больной типа Aris постоянно занят делами, и второе – эротический психоз. Характерны: нимфомания или сексуальная мания у женщин, чередующаяся с циститом.

Ревность у таких людей обусловлена сочетанием «неуклюжести» в выражении своих чувств и сексуального пыла. Это заставляет их испытывать постоянную неуверенность в своём партнёре. Они пытаются смеяться и выглядеть счастливыми, хотя чувствуют себя несчастными. Люди типа Aris замкнуты. Им всё время хочется плакать. Такое состояние может возникнуть из-за перенесенного любовного разочарования. Характерны для него также недомогания, возникающие от горя и перевозбуждения эмоций, таких, как гнев, ярость, испуг, ревность. Интересным является для людей типа Aris страх птиц (аналогия с пчелой).

Характерным также является ухудшение всех симптомов от тепла (тепло комнаты или тепло, излучаемое огнём или тёплой ванной), жары, после сна. Улучшение от общей прохлады и местного холода. У них присутствует аллергия на мёд и продукты его переработки, повышенная реакция не только на укусы пчёл, но и других насекомых. Характерны заболевания правой стороны тела.

Больной типа Aris определённо не любит, когда к нему прикасаются – ни физически, ни психологически. У него возникает ухудшение от прикосновения (по аналогии с пчелой, которая не любит, чтобы к ней дотрагивались). Особенно чувствительны к прикосновению и пальпации кожа живота, половых органов. Он может «ужалить» словом в ответ на попытку проникнуть в его внутренний мир.

Aris помогает при заболеваниях глаз, сопровождающихся покраснением, отёчностью конъюнктивы, слезотечением. Слёзы жгучие и раздражающие. Огромные отёки вокруг глаз. Пациенту больно смотреть на свет.

Случай 2. Пациентка М. 42-х лет. Страдает аллергическим ринитом и конъюнктивитом в течение пяти лет. Предъявляет жалобы на жгучую боль в глазных яблоках, сопровождающуюся покраснением глаз, слезотечением, светобоязнью. Кроме того, беспокоит насморк с обильными водянистыми выделениями, першение в горле, охриплость и сухой кашель. Пациентка раздражительна, беспокойна, тревожится о своём здоровье и о здоровье других. Ухудшение состояния отмечает весной и осенью. После приёма препарата

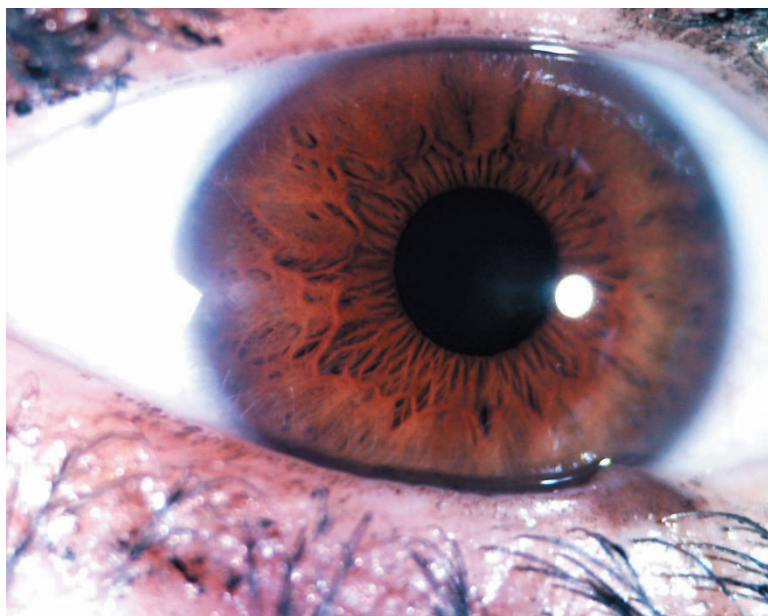


Рис. 2. Случай 2. Пациентка М. 42-х лет.

Apis melifica 6С в течении двух недель – аллергических симптомов не наблюдает. В дальнейшем, приняла препарат в дозе 200С. На следующем осмотре (через месяц) отмечает улучшение общего состояния: улучшился сон, уменьшилась раздражительность. Привожу пример радужной оболочки глаза данной пациентки. Видим следующие иридознаки: выражена «зашлакованность» автономного кольца и «мозговой» зоны, множественные лакуны в области проекции печени и жёлчного пузыря, открытая огромная лакуна в области проекции правого лёгкого, множественные лакуны в области проекции верхних дыхательных путей, токсический ободок. Перечисленные иридознаки говорят о наличии в организме хронических воспалительных процессов со стороны органов желудочно-кишечного тракта и органов дыхания. Анамнез 2 года. Симптомы аллергии со стороны конъюнктивы глаз не беспокоят. Появилась фолликулярная киста правого яичника, которая также исчезла после приёма *Apis* 30.

Полезен *Apis* также при воспалительных процессах в горле, когда слизистая отёчна, набухшая, гиперемирована. Имеется жгучая боль в горле, которая усиливается от тепла и уменьшается от холода.

Излечивает воспаление среднего уха при соответствующих симптомах. Гепатиты, сопровождающиеся отёком печени, асцитом, ощущением напряжения в животе, вынуждающим больного согнуться вперёд и согнуть колени.

Apis оказывает глубокое действие на мочеполовые органы. Его главное действие – задержка или прекращение мочеиспускания. Моча скудная, выходит каплями. Протеинурия во время беременности. Внезапные острые жгучие боли в почках. Самопроизвольное мочеиспускание у стариков. У мужчин: водянка мошонки и крайней плоти, гидроцеле, рожистое воспаление мошонки и полового члена, гипертрофия простаты с мучительными болями, жгучие кондиломы полового члена. Задержка мочи у младенцев. Удивительно, но задолго до появления Apis melifica старые нянечки знали, что делать, если новорожденный не мочится: шли к ближайшему улью, брали там пару пчёл и давали малышу выпить отвара из них. И это народное средство прекрасно работало, так как делало то же, что и гомеопатическое лекарство.

Часто применяют Apis при сухом спастическом кашле, возникающем в ночное время, а также при экссудативном плеврите с колющими болями в грудной клетке. Apis – лучший препарат для того, чтобы вызвать абсорбцию жидкости.

Приведенные выше примеры успешных назначений подтверждают, что гомеопатия лечит организм человека в целом. Гомеопатия помогает нам увидеть в каждом лекарственном препарате самого человека и гармонизировать его жизнь на основе полного физического и умственного здоровья.

«Высоким и единственным предназначением врача является возвращать больному здоровье, что называется лечить» (С. Ганеман).

Л и т е р а т у р а

1. Берике В. *MATERIA MEDICA гомеопатических препаратов*. – М.: «Гомеопатическая медицина», 2000, – 712 с.
2. Витулкас Д. *MATERIA MEDICA VIVA, том 2*. – М.: «Классическая медицина», 2007, – 307 с.
3. Витулкас Д. *Наука гомеопатии*. – М.: ООО «Классическая медицина», 2007, – 352 с.
4. Витулкас Д., Вунсел Э. *Уровни здоровья*. – М.: «Гомеопатическая медицина», 2012, – 398 с.
5. Ганеман С. *Органон врачебного искусства, 6-е издание*. – М.: Симилия, ИМЕДИС, 2005, – 384 с.
6. Кент Д. Т. *Лекции по классической MATERIA MEDICA, том 1*. – М.: «Гомеопатическая медицина», 2006, – 649 с.

УНИВЕРСАЛЬНАЯ БИОЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРОТКИХ ПОЛИПЕПТИДОВ КАК КОРРЕКЦИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ГОМЕОСТАЗА ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА

■ ¹ М. П. Пустовойт

² С. Л. Сокур

³ Д. О. Цимбаленко

■ ¹ *Харьковская медицинская академия последипломного образования*

² *НМП «СВЯТОГОР», г. Харьков*

³ *ЧП «БИОДИЛИК», г. Харьков*

Организм человека не может существовать без постоянной информационной регуляции его функций, которые осуществляют нервная и эндокринная системы. Нормализация всей генетической информации, кроме частотных характеристик, осуществляется малыми по размеру молекулами – полипептидными регуляторами, состоящими из набора аминокислот, обладающих широким спектром биологической активности. Применение биорегуляторных полипептидов способствует восстановлению и сохранению информационных механизмов синтеза необходимых белковых субстратов, что приводит к нормализации гомеостаза и повышению интенсивности защитных функций организма.

Инновационные многокомпонентные биорегуляторные препараты компании «БИОДИЛИК», г. Харьков, представляют собой комплекс низкомолекулярных компонентов, которые по структуре подобны метаболитам клеточного обмена и не обладают видовой специфичностью. На основе биогенных веществ, обработанных путем аутоферментации, регулируя и маневрируя внешними параметрами (рН, t), используя собственную полиферментную систему, предоставилась возможность для более полного и специфического использования субстратов при гидролизе. Ингредиенты представлены аминокислотами, витаминами, минеральными веществами и др., что усиливает их биологическую активность, доставляя их прямо в клетку, минуя процессы переваривания в желудочно-кишечном тракте, реализуя через центральную и вегетативную нервную системы, восстанавливая иммунную, эндокринную адаптационные системы и периферические тканевые барьеры (антиоксидантные, антитоксические, ферментные). Они участвуют в активации отдельных генов, непосредственно влияют на процессы тканевого обмена, обладая высокой биологической совместимостью и биодоступностью. В настоящее вре-

мя мы используем препараты в виде: 1) капсул (6 наименований) – для внутреннего применения при длительной противорецидивной метаболической терапии хронических системных заболеваний, 2) свечей (олдилекс и вирдалекс) – для урогенитальной и проктологической помощи и вспомогательной терапии, 3) гель (олабрикс) – для лечения сложной хирургической и дерматологической патологии и др., 4) аэрозоль (индитрекс) – простудные и лор-болезни.

Например, на сегодняшний день для лечения острых и хронических заболеваний кожи, ранений и травм, разработано множество препаратов. Одним из наиболее современных и актуальных направлений является разработка органопрепаратов для наружного использования (длительно не заживающие трофические язвы, ранения, дефекты тканей, некрозы, пролежни и т.д.). Нами разработан препарат, представляющий собой продукт аутоферментативного гидролиза тканей, по составу представляющий собой композицию пептидов, и являющийся биогенным модулятором обменных процессов и иммунитета. Полученный препарат содержит низкомолекулярные полипептиды. Были обнаружены многочисленные биологические эффекты данного препарата, в том числе возможность влиять на процессы заживления поврежденной кожи. Для наружного применения была разработана лекарственная форма в виде геля. Данная форма является наиболее приемлемой для нанесения, в том числе и на свежие раны, поскольку имеет легкую консистенцию, не закупоривающую поры, имеет значения pH, близкие к таковым в организме и позволяет вводить водорастворимые лекарственные вещества. В результате серии экспериментов нами было подобрано оптимальное вещество-носитель, формирующий воздухопроницаемую пленку на поверхности раны, а также обеспечивающий максимальную экстракцию вещества в кожу. В результате применения препарата при повреждениях кожи (ожоги 2-3 степени, ранения, трофические язвы, пролежни, гнойнички, фурункулы, ссадины), отмечены следующие эффекты: обезболивание, снятие воспаления, отсутствие нагноения, ускорение смыкания ран, ускорение заживления и эпителизации ран, благодаря чему после заживления не формируются рубцы. Все эффекты обусловлены способностью компонентов препарата усиливать обменные процессы в тканях, активировать процессы естественной регенерации и оказывать антисептическое действие. Репаративный процесс при повреждении покровов протекает разнонаправлено, он включает механизмы гемостаза, воспаления, пролиферации, ремоделирования и их регуляцию с участием цитокинов. Раневой процесс включает в себя следующие основные стадии: экссудативная фаза (сопровождается воспалением), стадия пролиферации и формирование рубца. Благодаря стабилизированному составу, препарат воздействует на все стадии раневого процесса: снижает синтез провоспалительных цитокинов, подавляет синтез простагландинов, снижая, таким образом, воспалительный процесс. При этом усиливается синтез интерферонов, за счет чего обеспечивается неспецифи-

ческая защита клеток. За счет содержания осмотически активных веществ в геле, поддерживается высокий уровень гидратации ткани, что способствует нормальному протеканию реакций. Пептиды содержащиеся в препарате, снижают количество коллагена, секретированного фибробластами, за счет чего замедляется формирование соединительнотканного рубца. В то же время, за счет активации клеточного дыхания и стимуляции ангиогенеза за счет разрыхления соединительной ткани, а также стимуляции цитокинами происходит более быстрая эпителизация, в результате чего после завершения заживления практически отсутствует рубец. Описанные эффекты обеспечиваются наличием полипептидов, способных включаться в клеточные реакции. Антиоксидантными свойствами обладают также входящие в состав геля витамины А и Е, маннитол. Литическая функция по отношению к коллагену и гиалуроновой кислоте обеспечивается гиалуронидазой, которая, в свою очередь, находится в стабильной форме благодаря присутствию маннитола. Низкомолекулярные вещества – оказывают выраженное противомикробное действие и служат активаторами неспецифической защиты организма. Нами было проведено исследование, в ходе которого также установлена способность восстанавливать деление клеток после фотоактивации УФ-лучами, что может быть доказательством защитной роли геля при остром облучении и потенциальной способности предотвращать злокачественные трансформации клеток кожи. Было изучено влияние препарата на пролиферацию культуры первичных фибробластов кожи свиньи после их фотоактивации ультрафиолетом 300 Нм.

Воздействие ультрафиолетовыми лучами производилось в течение 20 и 30 минут. Данное воздействие приводило к увеличению скорости деления клеток, что отражалось в увеличении коэффициента пролиферации на 44-45,6 %, по сравнению с необлученным контролем. Согласно научным данным, такое увеличение скорости роста может приводить к накоплению ошибок деления, и, как следствие, к злокачественной трансформации клеток. При внесении препарата в культуральную среду сразу после облучения и последующем культивировании, происходило восстановление скорости деления до значений, аналогичным таковым в необлученном контроле. В то же время, добавление препарата в необлученные клетки не приводило к каким-либо статистически значимым изменениям коэффициента пролиферации. Таким образом, мы можем предположить, что препарат способен восстанавливать репаративные системы клетки, восстанавливая нормальную скорость и качество прохождения всех этапов клеточного цикла, что может служить профилактикой злокачественной трансформации клеток кожи, подверженной ультрафиолетовому облучению.

Все препараты, положительно влияя на клеточную иммуномодуляцию, регулируя и корректируя метаболические процессы в организме, могут применяться как комплексный препарат нелекарственной формы при аутоиммунных заболеваниях, нейродегенеративных и эндокринных заболеваниях,

болезнях сердечно-сосудистой системы и их последствиях, болезнях мочеполовой системы, при системных хронических воспалительных болезнях и процессах, ВИЧ (СПИДе) и при других, где необходимы адаптогенные и иммуномодулирующие эффекты, а также яркая антиоксидантная защита. Исследования продолжаются.

УДК 615.814.1:616-073.7

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МОДИФИКАЦИИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО МЕТОДУ Р. ФОЛЛЯ

■ **В. Н. Разина**

■ *МЦ «Здоровье», г. Киев*

Наш 22 летний опыт применения модификации метода Фолля привел нас к следующим практическим выводам касаясь сложных на сегодняшний день для диагностики и терапии патологий:

1) Особенности проведения общей диагностики. При общей диагностике инфекций дополнительное применение нозодов внутренних органов повышает качество выявления возбудителей.

2) При обследовании печени и поджелудочной железы часто встречаются вирусные панкреатиты и гепатиты с бессимптомным или малосимптомным течением с позитивным тестом на цитомегаловирус и вирусы герпеса 1-2 типов.

3) Аллергия часто обусловлена дискинезией ЖВП, что можно выявить и скорректировать с помощью применяемых методов.

4) Затяжная пневмония и хронические астматические бронхиты часто связаны с положительным тестированием микоплазмоза.

5) Нейроинфекции, такие как цитомегаловирус, могут провоцировать периодические подъемы АД, схожие с ВСД и гипертонической болезнью.

6) При фибромиомах матки обнаруживается вирус герпеса, преимущественно 2 типа, и иногда ЦМВ, что является важным фактором развития заболевания.

7) Заболевания позвоночника могут быть также вирусной природы в результате поражения нервных окончаний. Лечение вируса останавливает развитие остеохондроза.

8) Больные с заболеваниями ЦНС и рассеянным склерозом в патогенезе имеют сочетание ЦМВ и герпеса 2 типа. Воздействие на возбудителей облегчает состояние пациентов.

УДК: 616-002.78-085:616.12-008.331.1

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ КУРСОВОЇ ТЕРАПІЇ КВЕРЦЕТИНОМ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТЕНЗИВНИМ СИНДРОМОМ

■ Ю. П. Синиця

■ *Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ*

Вступ: Останні епідеміологічні дані свідчать про те, що на подагру страждають близько 3-4 % дорослого населення, а гіперурикемію (ГУ) виявляють не менше ніж у 4-20 % (Максудова А. Н. та ін., 2012; Karsten Murray, Thilo Burkard, 2016). Розповсюдженість подагри в Україні складає понад 400 на 100 тис. населення, а ГУ до 20 % (Дзяк Г. В., Хомазюк Т. А., 2010). За останні 20 років захворюваність на подагру зросла більш ніж у 2 рази, особливо у індустріально розвинутих країнах (Edward Roddy, Hyon K. Choi, 2014). Ураження серцево-судинної системи виникає приблизно у 50 % хворих з подагрою в перші 6-10 років з моменту дебюта захворювання. Ризик смертності від серцево-судинних захворювань зростає на 15 % при кожному зростанні рівня сечової кислоти (СК) на 1 мг/дл (Borghi C., Desideri G., 2016).

Все більше робіт виділяють два основних механізми у розвитку патології серцево-судинної системими у хворих на подагру: ендотеліальну дисфункцію та системне запалення [7].

Враховуючи патогенетичні особливості ураження серцево-судинної системи у хворих з подагрою, а точніше роль СК у якості прооксиданта, що спричиняє розвиток оксидативного стресу, зрозумілим є застосування антиоксидантів. Серед таких препаратів природного походження можна виділити кверцетин (рослинний флавоноїд).

Антиоксидантний ефект кверцетину проявляється кількома шляхами. Перший – це пряма дія кверцетину на активні форми кисню та вільні радикали через їх інгібування [1]. Другий – це активація глутатіон-S-трансфераз та інших глутатіонзалежних ферментів, супероксиддисмутази [2-3]. Антиоксидан-

тна дія проявляється і мембраностабілізуючим ефектом кверцетину. Останнім часом інтерес до нього значно виріс через відкриття його нових властивостей: імуностимулюючої, протипроменевої, інгібування 5-ліпооксигенази і циклооксигенази. Експерименти показали протизапальну, діуретичну та гіпоурикемічну дію кверцетину [4-6].

Мета: підвищити ефективність лікування хворих на різні форми подагри, поєднаної з гіпертензивним синдромом (ГС) шляхом застосування курсової терапії кверцетином.

Матеріали та методи: Обстежено 61 хворий на безтофусну форму подагри в поєднанні з ГС (38 чоловіків і 23 жінок), віком від 40 до 75 років (середній вік – $57,24 \pm 1,2$), що знаходилися на стаціонарному лікуванні в КМКЛ № 3 протягом 2015-2016 років. Середня тривалість захворювання на подагру становить $11,18 \pm 1,3$ років, ГС спостерігався протягом $10,5 \pm 1,2$ років, індекс маси тіла (ІМТ) становив $31,7 \pm 0,7$. Усі хворі отримували гіпоурикемічну терапію: алопуринол (старт терапії з 100 мг/добу) до підтримуючої дози 300 мг/добу для досягнення цільового рівня СК менше 360 ммоль/л та антигіпертензивну: лозартан 50-100 мг/добу та (у разі недосягнення цільового рівня АТ через 2 тижні) амлодипін 5-10 мг/добу. До основної групи входили хворі на подагру без тофусів у поєднанні з ГС ($n = 36$), які окрім стандартної медикаментозної терапії отримували розчинну форму кверцетину – корвітин у вигляді внутрішньовенної 30-45 хвилинної інфузії після розчинення 0,5 г препарату в 50 мл 0,9 % розчину NaCl 1 раз на добу, 5 разів з наступним переходом на пероральний прийом кверцетину по 1 г 3 рази на добу. Тривалість лікування 6 місяців. Обстеження проводилося до та після терапії. Контрольна група – хворі без терапії кверцетином ($n = 25$). Обстежені хворі вірогідно не відрізнялися віком, тривалістю подагри та ГС, показників АТ та індексу маси тіла (ІМТ) ($p < 0,05$).

Усім хворим визначали рівень СК у сироватці крові, глюкози натще, загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), ХС ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ), креатинін, СК сечі та розрахунок ШКФ за формулою СКD-EPI. Проводили ендотелійзалежну вазодилатацію (ЕЗВД) з реактивною гіперемією – (пробу Целімаєра) із визначенням приріста діаметра (ΔD , %), дуплексне сканування загальних сонних артерій (ЗСА) із визначенням товщини комплексу інтима-медіа (ТКІМ, мм), ниркових артерій із визначенням лінійної швидкості кровообігу (ЛШК) та резистійного індексу (PI). Також проводили доплер-ехокардіографічне дослідження на апараті «iE 33 Philips», США, за стандартною методикою із визначенням показників діастолічної дисфункції: максимальну швидкість швидкого раннього діастолічного наповнення (E) і максимальну швидкість (A) наповнення ЛШ у систолу лівого передсердя (см/с), їх співвідношення (E/A). Співвідношення максимальної швидкості раннього діастолічного наповнення до максимальної швидкості ранньої діастолічної хвилі руху

фіброзного кільця мітрального клапана (E/E') за даними тканинної доплерографії, час ізоволюметричного розслаблення (IVRT) та час сповільненого кровотоку (DT). Оцінка якості життя проводилася за анкетною SF-36.

Статистична обробка даних проводилася за допомогою пакета програм Statistica 6.0. Результати представлені у вигляді середнього арифметичного (M) та середньої похибки (m) – при нормальному розподіленні показника, або медіани (25: 50-й процентиль), коли аномальний розподіл. Різниця вважалась статистично достовірною при $p < 0,05$.

Результати

При динамічному спостереженні хворих на фоні проведеної терапії достовірно покращилися біохімічні показники пуринового обміну. Так, рівень СК в крові зменшився як в основній (з $520,8 \pm 17,1$ мкмоль/л до $390,8 \pm 18,9$ мкмоль/л ($p=0,001$)) на 25 %, так і в контрольній групі (з $502,6 \pm 22,0$ мкмоль/л до $440,1 \pm 18,0$ мкмоль/л ($p=0,02$)) на 12,5 %, але у основній групі також зріс рівень СК в сечі на 31,1 % (з $547,1 \pm 33,7$ мкмоль/л до $717,7 \pm 31,7$ мкмоль/л ($p=0,001$)) та знизився рівень креатиніну на 18,3% (з $109,2 \pm 3,7$ мкмоль/л до $89,1 \pm 2,8$ мкмоль/л ($p=0,02$)), що говорить про покращання екскреторної функції нирок, чого ми не спостерігаємо у контрольній групі. Слід зазначити, що у основній групі достовірно знизився рівень ЗХС на 16,9 % з $7,1 \pm 1,3$ ммоль/л до $5,9 \pm 0,35$ мкмоль/л ($p=0,01$), що можна пояснити завдяки покращанню метаболічних процесів у хворих на фоні прийому кверцетину, а також дотримання дієтичних рекомендацій.

Серед хворих основної групи, порівняно з контрольною групою, при проведенні ЕЗВД відзначалося достовірне збільшення приросту діаметру плечової артерії (ΔD %) з 10,4 [2; 17] до 16,7 [2; 17] ($p < 0,01$), що вказує на покращення функції ендотелію у таких хворих.

У обох досліджуваних групах нормалізувався АТ за рахунок систолічного та діастолічного компоненту. Середні показники САТ у основній групі на фоні лікування знизилися від $153 \pm 21,2$ мм рт. ст. до $131 \pm 10,2$ мм рт. ст. ($p=0,02$), а у контрольній – $152,9 \pm 18,2$ мм рт. ст. до $136 \pm 8,2$ мм рт. ст. ($p=0,02$); ДАТ у основній групі – від $101 \pm 7,1$ мм рт. ст. до $91,1 \pm 2,9$ мм рт. ст. ($p=0,05$), а у контрольній $97,1 \pm 2,1$ мм рт. ст. ($p=0,08$).

Достовірної різниці між позниками діастолічної функції серця (E/E', E/A, IVRT, DT) та структурно-функціональними показниками функції ниркових артерій (ЛШК та PI) між досліджуваними групами не виявлено ($p=0,12$), що може бути пояснено малою вибіркою хворих та малою тривалістю дослідження.

Але, на фоні проведеної курсової терапії кверцетином хворі відзначають значне покращення самопочуття, так сумарний показник якості життя збільшено від $68,7 \pm 9,1$ до $77,5 \pm 13,1$ ($p < 0,005$), фізичний сумарний компонент – від $42,1 \pm 9,4$ до $53,7 \pm 10,3$ ($p < 0,001$), психічний сумарний компонент – від $34,2 \pm 9,1$ до $41,2 \pm 3,7$ ($p < 0,005$).

Побічні явища при застосування кверцетину у основній групі не спостерігалося.

Висновки

Включення кверцетину у стандартну схему лікування подагри з гіпертензивним синдромом достовірно зменшує рівень СК в крові (на 25 %) та покращує функцію нирок (достовірне зниження креатиніну на 12,3 % та збільшення рівня СК в сечі на 30 %). Покращує функціональний стан ендотелію (ΔD % зросла з 10,4 до 16,7 %). Сприяє нормалізації артеріального тиску та покращанню якості життя за рахунок як фізичного, так і психічного компоненту. Достовірного впливу на нирковий кровообіг та діастолічну функцію серця не виявлено, що може бути пояснено малою вибіркою хворих та малою тривалістю дослідження.

Література

1. Kawabata K. *Quercetin and related polyphenols: new insights and implications for their bioactivity and bioavailability* / Kawabata K., Mukai R., Ishisaka A. // *Food Funct.* – 2015. Vol. 6 (5). – P. 1399-1417.
2. Yang, D. *Protective effects of quercetin and taraxasterol against H₂O₂-induced human umbilical vein endothelial cell injury in vitro* / Yang, D., Liu, X., Liu, M., Chi, H., Liu, J., Han, H. // *Exp. Ther. Med.* – 2015. – Vol. 10, P. 1253-1260.
3. Kobori, M. *Quercetin suppresses immune cell accumulation and improves mitochondrial gene expression in adipose tissue of diet-induced obese mice* / Kobori, M., Takahashi, Y., Sakurai, M., Akimoto, Y., Tsushida, T., Oike, H., Ippoushi K. // *Mol. Nutr. Food Res.* – 2016. Vol. 60. – P. 300-312.
4. Qureshi, A. A. *Suppression of nitric oxide production and cardiovascular risk factors in healthy seniors and hypercholesterolemic subjects by a combination of polyphenols and vitamins* / Qureshi, A.A., Khan, D.A., Mahjabeen W., Papasian, C.J., Qureshi, N. // *J. Clin. Exp. Cardiol.* – 2012. – P. 5-8.
5. Yao Li. *Quercetin, Inflammation and Immunity* / Yao Li, Jiaying Yao, Chunyan Han, Jiaxin Yang, Maria Tabassum Chaudhry, Shengnan Wang, Hongnan Liu and Yulong Yin // *Nutrients.* – 2016. – Vol. 8 (167); doi:10.3390/nu8030167.
6. Shi Y. *Quercetin lowers plasma uric acid in pre-hyperuricaemic males: a randomised, double-blinded, placebo-controlled, cross-over trial* / Shi Y, Williamson G // *Br J Nutr.* – 2016 Jan. – Vol. 20. – P. 1-7.
7. Paolo Puddu. *The relationships among hyperuricemia, endothelial dysfunction, and cardiovascular diseases: Molecular mechanisms and clinical implications* / Paolo Puddu, Giovanni M. Puddu, Eleonora Cravero, Luca Vizioli, Antonio Muscari // *Journal of Cardiology.* – 2012. – Vol. 59, P. 235-242.

СКІЛЬКИ МОВ ЗНАЄ КЛІТИНА?

■ З. Д. Скрипнюк

■ ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

«Слова» є знаками відкритої знакової системи біологічних мов. Всі «слова» певної біологічної системи складають її словниковий запас (словник). На відміну від букв, які є спільними для всіх живих організмів, які населяють Землю, словниковий запас різних організмів різний. Словниковий запас різних клітин одного організму теж різний. В процесі життєдіяльності (адаптації, вироблення умовних рефлексів і т. д.) клітини, органи, системи і організми виробляють «нові знаки» – «слова». Тому «словниковий запас» клітин та інших біологічних систем визначається спадковістю і «життєвим досвідом»

Мова «структурує» окремі сигнали в «букви», «звуки», «слова» і «речення». Кожна клітина знає декілька мов (ДНК, РНК, білка, «письмові» та «усні» мембранні мови). Буквами мови ДНК, РНК є нуклеотиди. «Слова» мов ДНК і РНК складаються із трьох букв-триплетів нуклеотидів. Кількість «слів» мов ДНК і РНК чітко визначена, тобто вони мають властивості знаків замкненої знакової системи – букв. Тому ми будемо їх називати «словами-буквами».

Біологічна інформація може переноситися як речовиною – «буквами» («письмова мова»), так і енергією – «звуками» («усна мова»). Звичайно біологічна інформація передається не окремими «буквами» або «звуками», а «файлами», які складаються із «речень» і «слів» (Скрипнюк, 1999, 2000). Для написання «речення» біологічні системи використовують готові попередньо синтезовані букви (нуклеотиди, амінокислоти та інші). Інформацію, яка буде закладена в «написане речення» клітини беруть з власних ДНК, РНК, або з привнесених ззовні ДНК, РНК (вірусів). При «написанні речення» клітина зобов'язана узгодити взаємозв'язок між окремими словами, які складають речення, враховуючи всі синтаксичні правила даної мови.

При багатьох захворюваннях відбувається порушення обміну інформації. Для нормалізації обміну інформації використовують різні фармакологічні препарати, які діють на рецептори плазматичної мембрани, або внутріклітинних структур, і передають окремі сигнали. Лікувальний ефект таких впливів буде залежати від багатьох факторів: функціонального стану рецепторів клітини, швидкості їх десенситизації, енергозабезпеченості, біосинтетичних процесів всередині клітини, концентрації нейромедіаторів, гормонів, біологічно актив-

них речовин інших фармакологічних препаратів в оточуючому середовищі. Всі ці фактори будуть визначати «зміст» інформаційного повідомлення фармпрепаратів. Тому лікувальна дія ліків носить статистичний характер. Більш направлено можна передати лікувальну інформацію, використовуючи носії інформаційного повідомлення (пептиди, білки, РНК, ДНК), а не окремих сигналів або знаків, якими є більшість фармакологічних препаратів.

Так як більшість клітин людини і тварин мають рецептори (акцептори) до хімічних речовин (хеморецептори) і до електромагнітного поля (потенціалозалежні іонні канали), то можна зробити висновок, що інформаційне повідомлення, яке може бути передане більшістю фармакологічних препаратів, пептидами, білками, РНК, ДНК, можна замінити на тотожне, яке можна передати електромагнітним полем. Це електромагнітне поле повинно передавати клітинам інформаційну програму відновлення порушених функцій різних клітин. Така програма повинна бути «написана» на мові, «зрозумілій» клітині. Програми відновлення функціонального стану клітин розробляють при допомозі синтезаторів «усної» мембранної мови.

УДК 616.831-001.31-036.82-085:355.11

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КРАНІО-САКРАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ БІОДИНАМІЧНОГО НАПРЯМКУ ПРИ НАСЛІДКАХ КОНТУЗІЙ. ДОСВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ БІЙЦІВ

■ Д. О. Старюк, Т. О. Шитіков

■ *Центр реабілітації бійців «Помоги себе сам», м. Дніпро*

Сучасна медицина України має надзвичайно нагальну потребу забезпечити гідну реабілітацію постраждалих внаслідок АТО бійців та мирних жителів. Складність полягає, зокрема, в тому, що до 2014 р. ми не мали достатньо практики з надання допомоги постраждалим внаслідок контузійної травми. Як невролог, я можу засвідчити, що вона принципово відрізняється від побутової черепно-мозкової травми (ЧМТ) за механізмом виникнення, перебігом та наслідками для організму, а значить, вимагає і принципово іншого підходу до лікування її наслідків.

ЧМТ в мирний час, здебільшого, пов'язана з травмою голови при падінні, побитті або внаслідок дорожньо-транспортної пригоди. ЧМТ мо-

жуть супроводжувати (або ні) травми інших частин тіла. В той час, як при вибуху вибуховою хвилею неодмінно травмується весь організм. Цей загальний інтенсивний струс порушує роботу всіх функціональних систем внаслідок травми та дислокації внутрішніх органів. Крім того, надання медичної допомоги в бойових умовах часто затримується. Традиційна реабілітація у відновному періоді не враховує цих особливостей.

Протягом півтора року наша група фахівців працювала з бійцями, які перенесли контузію внаслідок вибуху. Серед наслідків у відновному періоді переважали головний біль, вестибулярні розлади, порушення сну та психологічні проблеми, які були обумовлені травматичним досвідом. Ми застосовували **краніо-сакральну терапію** (далі – **КСТ**) біодинамічного напрямку, що дозволило значно покращити самопочуття та функціональний стан організму бійців.

Механізм впливу КСТ полягає у відновленні нормальної позиції структур тіла та балансуванні нервової системи. Біодинамічний же напрямок ще й робить акцент на балансуванні за допомогою дотиків рідин тіла: це cerebro-спінальна рідина, міжклітинна та клітинна рідина, кров та лімфа. При обстеженні пацієнтів з наслідками контузії завжди виявляються порушення позиції та рухливості кісток черепа, оболонки мозку та інших структур тіла, зокрема, внутрішніх органів. Це призводить до порушення циркуляції згаданих рідин, що додатково порушує функцію уражених органів. Напрямок дислокації обумовлений вектором впливу вибухової хвилі, механічної травми при падінні, часто поєднаних з вогнепальними та/або осколковими пораненнями. Відновлення позиції та обміну рідин організму під час сеансів КСТ біодинамічного напрямку зумовлювали стійке покращення функціонального стану та самопочуття пацієнтів.

Висновки

Оскільки КСТ біодинамічного напрямку має патогенетичний вплив відповідно до наслідків контузійної травми і на практиці дає високий процент добрих результатів, доцільно рекомендувати застосування біодинамічної краніо-сакральної корекції для реабілітації бійців з наслідками контузії, постраждалих в АТО. Актуальність теми зумовлює необхідність ширшого застосування даної методики та подальшого вивчення можливостей її впливу.

ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЛАКТАЗЫ У БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ

■ ¹ К. И. Терешкин, ² Л. А. Смолина, ³ Л. В. Черкашина

■ ¹ *Харьковский национальный медицинский университет*

² *Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П. Л. Шупика*

³ *Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Цель исследования заключалась в изучении особенностей клинического течения *остеоартроза (ОА)* в зависимости от генотипа пациентов по *гену лактазы (LCT)*.

Материалы и методы. В исследовании задействованы 96 пациентов молодого возраста с верифицированным диагнозом ОА, которым дополнительно проведено определение полиморфизма гена LCT. Оценку тяжести проявлений ОА выполнено по методике WOMAC. Оценку стадии процесса выполнено с использованием рентгенологических критериев (Kellgren J.H. и Lawrence J.S.). При обобщении полученных результатов использованы методы клинико-статистического анализа, реализованные стандартным пакетом прикладных программ: Stadia 6.0, Statistica for Windows 6.0.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных преобладали гетерозиготы, частота которых выявлена достоверно более высокой, чем гомозиготы с генотипом СС и генотипом ТТ (соответственно $(51,0 \pm 5,1) \%$, $(39,6 \pm 5,0) \%$ и $(9,4 \pm 3,0) \%$, $p < 0,05$). При этом, гомозигота с генотипом СС достоверно (практически в 4 раза, $p < 0,001$) преобладала над частотой гомозигот ТТ. Обобщенный анализ показателя тяжести ОА ($W, \%$) и его составляющих при вариантах полиморфизма гена LCT обнаружил достоверно более высокий уровень проявлений скованности при частоте сравнении с выраженностью боли и ограничениями функциональной активности при СС гомозиготному варианту полиморфизма (соответственно $(56,9 \pm 3,9) \%$ и $(42,7 \pm 4,1) \%$, $p < 0,05$). В целом, обобщенный индекс альгофункциональной активности достоверно в группах пациентов с различными вариантами полиморфизма составил $(48,8 \pm 1,8) \%$, с тенденцией к преобладанию в структуре тяжести проявлений скованности. Взаимосвязь между полиморфизмом гена LCT и стадией ОА характеризовался преобладанием у гомозигот по аллели СС и гетерозиготных пациентов с более тяжелыми рентгенологическими проявлениями дегградации суставного хряща. Так, удельный вес клинических вариантов с II-й рентгено-

логической стадией – наиболее высокий в случае гомозиготного варианта СС и гетерозиготного варианта генотипа (соответственно $(16,7\pm 3,8)$ % и $(19,8\pm 4,1)$ %), тогда как при гомозиготных вариантах ТТ – достоверно ($p < 0,001$) меньше – составляет $(4,2\pm 2,0)$ %.

Выводы

Среди больных ОА по гену LCT преобладают гетерозиготы $(51,0\pm 5,1)$ %, тогда как гомозиготы с генотипом СС и генотипом ТТ обнаружены соответственно в $(39,6\pm 5,0)$ % и $(9,4\pm 3,0)$ %. Взаимосвязь между полиморфизмом гена LCT и стадией ОА характеризовалась преобладанием у пациентов с генотипами СС и СТ более тяжелых рентгенологических проявлений дегенерации суставного хряща.

УДК 616-056.7-02:616.248-053.2

АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ ПАРАМЕТРАМИ СИСТЕМНОЙ РЕГУЛЯЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ОТДЕЛЬНЫМИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ И СОМАТОТИПОЛОГИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДЕВОЧЕК

■ А. А. Терещенко, О. Н. Сазонова

■ *Харьковский национальный медицинский университет*

Целью исследования было изучение корреляционных связей показателей системной гемодинамики параметров с антропометрическими, соматотипологическими показателями и компонентным составом массы тела практически здоровых девочек разных соматотипов, жителей Харьковского региона Украины и построение регрессионных моделей в зависимости от особенностей строения тела с последующим их анализом.

Материалы и методы. Для осуществления поставленной цели мы выполнили следующие задания: установить взаимосвязи особенностей строения тела с типами системного регулирования артериального давления у практически здоровых девочек и девочек с вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы разных соматотипов. Для реализации поставленной цели нами задействованы результаты обследования более 300 детей.

Результаты исследований. Впервые у практически здоровых девочек разных соматотипов установлены корреляционные связи между показателями, характеризующими тип системной регуляции артериального давления и антропометрическими, соматотипологическими и показателями компонентного состава массы тела. Установлено, что при распределении обследованных по разным соматотипам, определяется возрастание силы и количества корреляционных связей. Кроме того, в большинстве случаев отсутствуют неупорядоченные корреляции между параметрами системной регуляции и отдельными группами антропометрических и соматотипологических показателей. На основе полученных взаимосвязей показателей системной регуляции артериального давления с антропометрическими, соматотипологическими и показателями компонентного состава массы тела, с помощью метода пошагового регрессионного анализа построены количественные модели. В отличие от предыдущих исследований, во всех группах обследованных построено не только большее количество моделей, что имеет практическое значение в медицине, но и получена более высокая точность описания признака, который моделируется. Определено, что у здоровых лиц мезоморфного и экто-мезоморфного соматотипа количество описательных моделей, имеющих практическое значение, больше по сравнению с теми, которые имеют вегетативную дисфункцию сердечно-сосудистой системы. В ходе анализа моделей установлено, что наиболее часто, у девочек мезоморфов, в их состав входят: охватные размеры тела, толщина кожно-жировой складки и поперечные размеры тела; у девочек эктоморфов – охватные и поперечные размеры; у экто-мезоморфного – охватные размеры и толщина кожно-жировой складки.

Выводы

Полученные нами модели нормативных индивидуальных параметров в зависимости от особенностей строения тела у девочек разных соматотипов дают возможность не только более корректно установить нормативные параметры системной регуляции сердечно-сосудистой системы, но и более адекватно проводить диагностику патологических отклонений данной системы.

МАНУАЛЬНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ З ДОРСАЛГІЯМИ ТА ЦЕРВІКАЛЬНИМИ БОЛЬОВИМИ СИНДРОМАМИ НА ТЛІ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ І НЕЙРОІНФЕКЦІЙ

■ С. В. Федосєєв, І. А. Назарчук

■ ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМНУ», м. Харків

Мануальна терапія (МТ) є однією з провідних методик лікувальної корекції у хворих з хронічним болем в опорно-руховому апараті. Основою сучасних уявлень про хронічний біль є біопсихосоціальна концепція патогенезу, урахування якої повинно сприяти більш ефективній терапії болю.

Наші багаторічні спостереження та обстеження хворих із дорсалгіями та хронічними цервікальними больовими синдромами (торакалгіями, люмбалгіями, люмбошіалгіями, цервікалгіями, цервікокраніалгіями, цервікобрахіалгіями) при вертеброневрологічних порушеннях і **нейроінфекціях (НІ)**, (залишкових явищах, наслідках перенесених нейроінфекцій, енцефаломієлорадикулополінейропатіях, арахноїдитах, енцефалітах) свідчать, що клінічна картина больових синдромів не завжди корелює із структурними змінами хребта і ступенем м'язево-тонічних порушень. Тому у таких хворих більшої значущості набуває мануальна діагностика гіпертонусу м'язів і функціональних блоків як морфофункціональної основи застосування МТ: якщо вони виявлені і співпадають з локалізацією болю – МТ показана до їх зменшення або усунення при наявності позитивної динаміки під час лікування. Відсутність бажаного результату МТ у вигляді зменшення больового синдрому найчастіше пов'язана із порушеннями емоційного стану та емоційного реагування у вигляді тривожно-депресивних та obsesивно-компульсивних проявів, які впливають на виразність больового синдрому. Їх слід виявляти на етапі діагностики і відповідно лікувати у неврологів, психотерапевтів, психіатрів. Проведення МТ доцільно при здатності хворих адекватно реагувати і оцінювати її ефективність. Больові прояви можуть виникати у дебюті НІ або через деякий час від її початку, можуть бути пов'язані з гострою респіраторною інфекцією чи загостренням хронічного запального процесу з боку респіраторних органів, переохолодженням та іншими чинниками. Це потребує узгодження МТ з етапами лікування нейроінфекційного процесу.

Якщо біль є одним з клінічних проявів НІ без достатньої представленості локальних вертебральних змін, МТ не показана.

Ретельна мануальна діагностика, урахування емоційного стану, перебігу основного захворювання підвищує ефективність МТ у зазначеної категорії хворих.

УДК 616.36-002:576.343-57.05.12

ВПЛИВ ІМУНОТРОПНОГО ПРЕПАРАТУ ЦИКЛОФЕРОНУ І ЗАСОБІВ ФІТОТЕРАПІЇ НА ОСНОВІ АРТИШОКУ НА ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С У ПЕРІОДІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

■ Н. І. Хомулянська, С. Є. Якимович, К. А. Саламех

■ ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

В сучасних умовах **вірусний гепатит С (ВГС)** – досить поширене захворювання, яке зустрічається практично у всіх країнах світу, причому в деяких регіонах інфіковано HCV до 10-15 % дорослого населення.

При цьому **HCV** є найбільш значущою причиною розвитку хронічної патології печінки, провідним етіологічним чинником формування фіброзу чи цирозу печінки і надалі – гепатоцелюлярної карциноми. Встановлено, що в якості основних патогенетичних механізмів прогресування патологічного процесу в печінковій паренхімі є активація процесів ліпопероксидації поряд зі зрушеннями показників **цитокінового профілю крові (ЦПК)**.

При розробці патогенетично обґрунтованих раціональних підходів до **медичної реабілітації (МР) хворих на хронічний вірусний гепатит С (ХВГС)** нашу увагу привернула можливість застосування комбінації імуноактивного препарату циклоферону та гепатопротекторних засобів з антиоксидантною, мембраностабілізуючою і детоксикаційною активністю на основі екстракту артишоку колючого (цинарикс, хофитол, артихол).

Метою дослідження було вивчення впливу імунотропного препарату циклоферону і засобів фітотерапії на основі екстракту артишоку на цитокіновий профіль крові хворих ХВГС в періоді МР.

Під спостереженням перебувало 124 хворих ХВГС в фазі нестійкої ремісії у віці від 22 до 50 років, в тому числі 67 чоловіків 57 і жінок.

Було сформовано дві рандомізовані за статтю, віком та тривалістю захворювання ХВГС групи – основна (64 пацієнта) і зіставлення (60 хворих). Обидві групи осіб, які страждають на ХВГС, отримували загальноприйняті засоби МР, крім того, хворі основної групи додатково отримували комбінацію імуноактивного препарату циклоферону і фітопрепаратів на основі екстракту артишоку колючого (цинарикс, хофитол, артіхол).

Крім загальноприйнятих клініко-біохімічних досліджень, усім хворим, які були під наглядом, проводили спеціальне імунологічне дослідження, що включає вивчення концентрації про- та протизапальних цитокінів (ЦК) у сироватці крові методом ІФА на лабораторному обладнанні виробництва фірми Sanofi Diagnostics Pasteur (Франція), в тому числі на імуноферментному аналізаторі PR 2100. Концентрацію ЦК (ФНО α , ІЛ-1 β , ІЛ-2, ІЛ-4, ІЛ-6, ІЛ-10) у крові визначали за допомогою сертифікованих в Україні реагентів виробництва ТОВ «Протеїновий контур» (ProCon) (РФ – СПб).

Отримані результати та їх обговорення. У результаті проведених імунологічних досліджень до початку проведення МР в обох групах хворих ХВГС були встановлені достовірні порушення з боку показників ЦПК. Відзначалося значне збільшення концентрації в сироватці крові прозапальних ЦК на тлі незначного підвищення рівня протизапальних ЦК.

При повторному проведенні імунологічного обстеження після завершення курсу МР було встановлено, що в основній групі спостерігалася позитивна динаміка проаналізованих показників ЦПК, при цьому на момент завершення терапії відзначалося зниження проаналізованих ЦК до верхньої межі норми. У групі зіставлення спостерігалася лише незначна тенденція до відновлення показників ЦПК, тому після завершення курсу МР у обстежених цієї групи показники ЦПК суттєво відрізнялися як відносно норми, так і відносно відповідних показників основної групи.

Отримані результати дозволяють вважати патогенетично обґрунтованим застосування комбінації циклоферону і препаратів артишоку колючого в комплексі МР хворих ХВГС. Встановлено, що застосування комбінації циклоферона і препаратів артишоку колючого сприяє нормалізації ЦПК пацієнтів з даною патологією, що має патогенетичне значення в плані відновлення показників імунологічного гомеостазу, що забезпечує зменшення подальшого прогресування хронічного патологічного процесу у паренхімі печінки хворих ХВГС.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІМУПРЕТУ В КОМПЛЕКСНІЙ ІМУНОРЕАБІЛІТАЦІЇ БЕЗПЛІДНИХ ЧОЛОВІКІВ З МАЛОСИМПТОМНИМИ ФОРМАМИ ХРОНІЧНОЇ УРОГЕНІТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ

■ С. Ю. Ціпоренко

■ ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

У теперішній час переважають латентні та персистуючі форми урогенітальних інфекцій у чоловіків, що дуже ускладнює їх своєчасну діагностику. Водночас статеві бактеріально-вірусні інфекції часто залишаються не розпізнаними, оскільки мають мізерну клінічну симптоматику або взагалі її не мають, й тому уражені чоловіки не звертаються за медичною допомогою, тоді як патологія прогресує і часто ускладнюється розвитком інфертильності. При захворюваннях, що супроводжуються тривалою антигенною дією і інтоксикацією, відбуваються порушення в імунній системі, ускладнюється перебіг інфекційного процесу в організмі. Цілком зрозуміло, що імунокоригуюча терапія направлена на відновлення імунної відповіді в організмі та впливатиме на збільшення запліднюючого потенціалу. З цієї метою ми вирішили дослідити вплив імупрету на маркери неспецифічної резистентності у спермі інфертильних чоловіків із **хронічним запаленням урогенітального тракту (ХЗУТ)**. Імупрет має протизапальну, противірусну та імуномодуючу дію. Препарат сприяє активації фагоцитозу, підсилює репарацію клітин при інфекційних захворюваннях.

Було обстежено 97 чоловіків з безплідністю, в яких діагностовано латентні форми ХЗУТ. Результати лабораторного дослідження виявили хламідійно-бактеріальні (20 осіб – 20,6 %), хламідійно-вірусні (24 осіб – 24,7 %) та хламідійно-бактеріально-вірусні (53 особи – 54,7 %) форми ХЗУТ. Наявність інфекційного агенту у хворих з латентними формами ХЗУТ проводили за допомогою методу **полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР)** у сім'яній плазмі на *Chlamidia trachomatis*, *M. Hominis*, *U. urealyticum*, *V. herpes simplex*. Всі обстежені після завершення лікування отримували курс медичної реабілітації і були розподілені на дві групи – основна (52 чол.) та зіставлення (45 чол.). Хворі основної групи застосовували імупрет по 2 табл. тричі на день протягом 6 тижнів; пацієнти групи зіставлення – фітоадаптогени (настоянку кореня женьшеню або родіоли рожевої) у середньотерапевтичних дозах протягом 3 тижнів.

До початку курсу медичної реабілітації в обстежених інфертильних чоловіків з латентними формами ХЗУТ мали місце порушення з боку функціональних показників макрофагально-фагоцитарної системи, які характеризувалися зменшенням ФІ та ІІ. Значення ФІ було нижче норми в 1,42 рази (при нормі $(26,5 \pm 2,0) \%$; $P < 0,01$), ФЧ – в 1,15 рази (при нормі $4,0 \pm 0,1$; $P > 0,05$), ІА – в 1,32 рази (при нормі $(14,8 \pm 0,3) \%$; $P < 0,01$) та ІІ – в 1,42 рази, (при нормі $(25,0 \pm 1,6) \%$; $P < 0,01$).

При повторному обстеженні після завершення курсу імунореабілітації (через 7-8 тижнів) показники ФАМ було встановлено, що в основній групі хворих, що отримувала імупрет зростали ФІ в 1,37 рази та ІІ – в 1,34 рази, тобто ці показники досягали нижньої межі норми. Значення ФЧ і ІА повністю нормалізувалися і дорівнювали $3,8 \pm 0,15$ та $(14,5 \pm 0,4) \%$ відповідно. У групі зіставлення після завершення курсу медичної реабілітації відмічалася також позитивна динаміка щодо показників ФАМ, однак менш виражена. У чоловіків цієї групи при повторному дослідженні зберігалася вірогідне зниження ФІ відносно норми (в 1,28 рази; $P < 0,05$), щодо ФЧ – в 1,14 рази ($P = 0,05$), ІА – в 1,16 рази ($P < 0,05$) та ІІ – в 1,26 рази ($P < 0,05$). При порівнянні відповідних показників виявлено вірогідні зміни в групах обстежених. Так, кратність значення ФІ між групами обстежених складала 1,21 рази ($P < 0,05$) і менш виражена щодо ІІ (в 1,19 рази; $P < 0,05$) та ІА (в 1,11 рази; $P < 0,1$). Невірогідні зміни спостерігалися щодо показника ФЧ (в 1,09 рази; $P > 0,05$). Отже, фітозасіб імупрет має імунomodуючий вплив у чоловіків з латентними формами ХЗУТ, що проявлялося нормалізацією фагоцитарної активності моноцитів у периферичній крові, що свідчить про відновлення функціональної активності макрофагальної фагоцитуючої системи.

У подальших дослідженнях планується дослідити ефективність імупрету на морфологічний стан та запліднюючу здатність сперматозоїдів у інфертильних пацієнтів з латентними формами хронічної інфекції уrogenітального тракту.

УДК 616.8-053.2-073.7:615.814.1

ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕКТРОПУНКТУРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗА МЕТОДОМ Р. ФОЛЛЯ ЗАДЛЯ УДОСКОНАЛЕННЯ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ м. КИЄВА

■ **І. Л. Черкасенко**

■ *Поліклініка № 1, денний неврологічний стаціонар ДКЛ № 3
Солом'янського району м. Києва*

З метою удосконалення неврологічної допомоги дітям та в відповідності до наказу № 211 від 15.07.94 р. «Про вдосконалення неврологічної допомоги дітям м. Києва» з 1 січня 1999 р. на базі І поліклінічного відділення ДКЛ № 3 був відкритий денний неврологічний стаціонар на 10 ліжок, які були розширені до 15 ліжок в 2001 році. В березні 2014 денний неврологічний стаціонар був реорганізований в денний багатопрофільний стаціонар на 18 ліжок.

Денний стаціонар призначений для спеціалізованої допомоги дітям з неврологічними захворюваннями, які потребують комплексної медичної реабілітації та ефективної відновлювальної терапії після проходження первинного комплексного обстеження та проведення першого етапу лікування в умовах спеціалізованого стаціонару, а також для проведення лікування дітей з різноманітними психоневрологічними та психосоматичними розладами, які за своїм станом можуть проходити лікування в амбулаторних умовах. А також для дітей з супутньою соматичною патологією.

У складі денного стаціонару 2 палати (для хлопчиків і дівчаток), кабінет лікаря-невролога, педіатра, кабінет масажу, ЛФК, кабінет для проведення фізіотерапії, маніпуляційний кабінет. Крім того, для лікування дітей використовуються такі структурні підрозділи поліклініки, як діагностичні (лабораторія, кабінет УЗ і рентген-діагностики, кабінет функціональної діагностики), так і лікувальні (відділення фізіотерапії, водолікування, відновлювального лікування). Також для співпраці широко залучаються лікарі-спеціалісти (ЛОР, кардіолог, гастроентеролог, окуліст, психіатр, ендокринолог, хірург-ортопед, стоматолог), психолог і педагог для консультативної і сумісної лікувальної роботи. Направлення на лікування в денний неврологічний стаціонар здійснюється неврологами та психіатрами, працюючими в поліклініці, лікарем-кардіологом, ендокринологом, завідуючими педіатричними відділеннями та лікарською комісією ВВЛ.

Основні принципи роботи денного стаціонару:

- Приемність
- Етапність
- Комплексний підхід і послідовне проведення реабілітаційних заходів в повному обсязі
- Профілактична спрямованість лікувальних заходів
- Санітарно-освітня, медико-педагогічна та психологічна робота з батьками.

За останні 3 роки в стаціонарі було проліковано 1002 дитини, із них 592 – діти до 1 року. Основний діагноз у дітей до 1 року – це наслідки гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС у дітей в перинатальному періоді пологів. В структурі захворювань у дітей старшого віку основне місце займають різноманітні вегетативні порушення.

Особливістю денного стаціонару є запровадження альтернативних методів діагностики та лікування, таких як електропунктурна діагностика за методом

Накатані і Фоля та гомеопатична терапія за класичною методикою.

Електропунктурна діагностика за методом Фоля в денному стаціонарі проводиться з вересня 2014 року. За цей час було проведено 327 досліджень дітей старшої вікової групи переважно з діагнозом вегетативна дисфункція з різноманітними клінічними формами (нейроциркуляторна дисфункція, вегето-судинна дисфункція (за кардіальним та васкулярним типом), вегето-вісцеральна дисфункція та пароксизмальна вегетативна недостатність), гіпоталамічний синдром.

Основні скарги дітей були пов'язані з різного характеру головним болем, слабкістю, млявістю, підвищеною стомлюваністю, зниженням працездатності, метеочутливістю, нудотою, запамороченням, головокружінням, болями в ділянці серця, коливанням артеріального тиску, болями в животі, закрепами.

Клінічні прояви нейроциркуляторної дисфункції у дітей

- Нейроциркуляторний синдром – постійний головний біль, запаморочення.
- Психоемоційні розлади – психоемоційна лабільність, недовірливість, схильність до нав'язливих станів, тривоги тощо.
- Синдром дезадаптації – млявість, підвищена стомлюваність, зниження працездатності, неадекватність до фізичних навантажень, метеочутливість, підвищена чутливість до гіпоксії.
- Гіпоталамічний синдром – порушення терморегуляції, ожиріння, порушення сну тощо.
- Синдром порушення транскapілярного обміну – набряклість обличчя, кінцівок, поліартралгії.

Клінічні прояви вегето-судинної дисфункції у дітей

- Синдром порушення функції збудливості, провідності міокарда – тахікардія, брадикардія, екстрасистолія, прискорення атріовентрикулярної провідності, уповільнення внутрішньошлункової провідності.
- Гіпертензивний синдром – артеріальна гіпертензія, підвищення ударного об'єму крові.
- Синдром скоротливої дисфункції міокарда – неприємні відчуття в ділянці серця, задишка при фізичному навантаженні, артеріальна гіпотензія.
- Синдром тонічної дисфункції міокарда – пролапси клапанів серця, порушення тонічності папілярних і хордальних м'язів серця.
- Міокардіальний (міокардіодистрофічний) синдром – постійні кардіалгії, що посилюються при фізичному навантаженні, ознаки порушень реполяризації.

Клінічні прояви вегето-вісцеральної дисфункції у дітей

- Порушення функції травного каналу (дискінезії жовчовивідних шляхів і кишкового, психогенне блювання, біль у животі нападоподібного характеру).
- Порушення функції сечового міхура (нейрогенний сечовий міхур), нічне і денне нетримання сечі.
- Порушення дихання (ваготонічна бронхіальна астма, напади пароксизмального невротичного кашлю, відчуття ядухи, напади психогенної задишки).

Діагностика вегетативних дисфункцій проводиться за методом виключення, тобто необхідно бути впевненим у відсутності первинної патології в різних органах, і в першу чергу виключити інтоксикаційну вегетативну дисфункцію, зумовлену впливом осередків хронічної інфекції, соматичних інфекційних захворювань на вегетативні структури, які регулюють серцево-судинну діяльність (паразитарні захворювання (гельмінтози, лямбліоз), хронічні вірусні в'ялотекучі інфекції (віруси герпеса: цитомегалії, вірус Епштейн-Барра, віруси герпесу 1, 2, 3, 6, 7, 8 типів, аденовіруси, риновіруси, ротавіруси та інші), тонзилити та дентальну інтоксикацію, пов'язану з персистенцією стафілококів, стрептококів, менінгококів, мікоплазми, грибів роду *Candida*).

Зважаючи на об'єктивні труднощі сучасної лабораторної діагностики та фінансову неспроможність населення, ми вирішили використовувати електропунктурну діагностику за методом Фоля.

За фактом проведених досліджень у 64 (27 %) дітей були виявлені гельмінти (аскариди, токсокари, гострики), у 11 (5 %) лямблії, у 16 (7 %) вірус Епштейн-Барра, у 9 (4 %) вірус цитомегалії, 14 (6 %) були носіями золотистого стафілококу, ще у 9 (4 %) дітей був виявлений гемолітичний стрептокок. Серед усіх обстежених дітей у 18 (5 %) була виявлена мікс-інфекція, це складає 14 % серед дітей, у яких діагностували етіопатогенний фактор.

Висновки

Серед обстежених за методикою Фоля 327 дітей у 123 (37 %) був виявлений етіологічний чинник інфекційного генезу, що в подальшому значно покращило результати лікування.

ДЕПРЕССИИ У МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ И ИХ ПРЕОДОЛЕНИЕ С ПОМОЩЬЮ БИОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МАССАЖА

■ Т. В. Черная

■ *Межрегиональная академия управления персоналом, г. Киев*

Рождение ребенка вносит значительные изменения в образ жизни семьи. Происходит перераспределение обязанностей между супругами, меняется ритм жизни, распорядок дня. Молодые матери, как правило, полностью переключаются на новорожденного, посвящая все свое время уходу за ребенком. Многие отцы в это время чувствуют себя брошенными, лишенными внимания жены, ощущают себя инструментом для зарабатывания денег. В этот период нередко возникает непонимание между супругами и отстранение друг от друга. Однако многие семьи достаточно быстро адаптируются к новым условиям, продолжая любить друг друга и воспитывать малыша.

Но что происходит с родителями в случае, если их долгожданный, порой единственный, ребенок становится ребенком с особенными потребностями?

Из опыта работы можно сказать, что такие семьи испытывают большие психоэмоциональные, физические и материальные проблемы. Сначала родители задаются вопросом «почему это случилось именно с нами?», потом «кто виноват?» и только потом – «что делать?». Иногда вопрос «кто виноват?» висит как Дамоклов меч, способный разрушить семью. Как правило, родители не готовы к такому течению событий. Недуг ребенка обрекает всю семью на усиленную тревожность, нервозность, хроническую усталость и депрессию. Особенно страдают матери. Они являются связующим звеном между ребенком с особенным развитием и окружающим миром. Именно им предстоит выполнить функцию интеграции ребенка в общество, защищая и представляя его интересы.

Непонимание, иной раз агрессия со стороны общества, состояние безвыходности вводят мать в депрессию. Чем старше становится ребенок, тем сильнее мать укрепляется в своем затянувшемся состоянии. Можно наблюдать состояние астении: хроническую усталость, нарушение сна, нарушения со стороны вегетативной нервной системы, психо-эмоциональные нарушения. Порой астения достигает своего максимального проявления и перерастает в депрессию, но матери не могут отключиться, отдохнуть и продолжают находиться в таком состоянии длительное время. Это, в свою очередь, отражается

на психо-эмоциональном климате всей семьи и влияет на интеллектуальное и физическое развитие ребенка. Неоднократно замечалось, что дети с ДЦП и проблемами аутистического спектра демонстрируют лучшую динамику физического и интеллектуального развития, лучшие результаты лечения, когда мать выходит из депрессивного настроения и ее физическое здоровье вполне удовлетворительное.

Какая же реабилитация нужна матерям, оказавшимся один на один с особенным ребенком? В связи с тем, что дети у них особенные, отношение к этим женщинам должно быть также особенным. Далеко не каждая из них понимает тяжесть своего положения, и тем более осознает ответственность перед семьей. В связи с этим специалистам в общении с такими женщинами необходимо проявлять деликатность, оказывая помощь ненавязчиво, иной раз даже незаметно для нее самой. В этом случае я предлагаю женщине легкий массаж воротниковой зоны, но не классический массаж, а пальцевый массаж с использованием биоэнергетического компонента. Так можно добиться расслабления не только воротниковой зоны, но и других зон тела, находящихся в тонусе. Неожиданное снятие мышечного напряжения по всему телу может вызвать у женщин легкую слабость, головокружение, сонливость, иногда слезы. Появление легкости в теле и избавление от головной боли позволяют женщинам смотреть на свои проблемы иначе, не закливаясь на них. У них появляется желание уделять больше внимания своему ребенку, спокойно воспринимая особенности его поведения. Повторяющиеся сеансы энергетического массажа могут устойчиво улучшить психо-эмоциональное состояние матери, сделать ее более уравновешенной и работоспособной.

В качестве иллюстрации приведу одно из наших наблюдений.

Молодая семья приехала на реабилитацию с Максимом, 2-х лет, у которого вследствие преждевременных тяжелых родов возникло ДЦП. Малыш плохо держал головку, не ползал, ручки и ножки находились в спастике. Отец и мать конфликтовали между собой из-за болезненного состояния ребенка. Молодая женщина находилась в тревоге и страхе за будущее своего сына, все свое внимание она переключила на ребенка, лишив мужа внимания. При этом в хронической депрессии мать находилась с момента постановки диагноза ребенку. У отца начал пропадать интерес к жене и появилось чувство обреченности и безнадежности.

Во время проведения первого сеанса биоэнергетического массажа ребенку, было параллельно предложено попробовать ощутить на себе действие «массажа» и матери. Неожиданно для себя женщина ощутила тепло, перемещающееся по всему позвоночнику, легкость в теле, снятие усталости и желание спать.

На следующий день молодая мать рассказывала, что у ребенка существенно уменьшилась спастика в ручках и ножках, у него проявилось желание больше двигаться, углубился и стал продолжительным сон. У матери также улучшился ночной сон, она стала спокойнее, выровнялось настроение.

В последующие дни работы с ребенком и мамой можно было наблюдать, что у матери прошла хроническая головная боль и боль в спине, а также явно потеплели отношениями между родителями. После завершения лечения мать прислала следующее письмо-отзыв:

Никогда бы не поверила в возможности метода, если бы не испытала его на себе и на нашем ребёнке... Начну сначала. Нашему малышу 2 года. Диагноз неутешительный – ДЦП. В свои два Максим не ходил, с трудом стоял при посторонней поддержке, не переворачивался и не сидел. Где мы ни были, что бы ни пробовали – результата почти не было, и оставались мы на том же уровне. Отчаялись.... Ехали сюда и уже ни на что не надеялись.... Переступив порог кабинета Т. В., стали происходить невероятные вещи. Он стал активнее, я увидела, что он, оказывается, все понимает... и не только.... он выполняет то, что просишь... это удивительно хотя бы потому, что раньше наш малыш не реагировал на просьбы. Интересно буквально все – голова вертится на все 180°! Однажды утром мы проснулись от того, что наш малыш хнычет. Открыли глаза....и.....знаете, что мы увидели? Максим сполз с кровати и стоял на ножках сам и крепко держался ручками за край, чтобы не упасть. Сознательно держался. А раньше валился как сосиска. Т. В. волшебница! Не только потому, что она помогает детям, а и потому, что родители здесь обретают понимание себя и своего ребёнка. Это непередаваемое чувство единения матери и ребенка!. Мой Максимка, который, казалось бы, ничего не понимает, однажды, после очередного занятия, поднял голову и смотрел на меня так... внутрь меня. Неопишимо. Мы с ним заново познакомились. Мы едины. Мы стали выше всех проблем жизни, выше всех неприятностей. Спасибо Вам за это волшебство. Спасибо за новую качественную жизнь. Спасибо за то, что вернули нам ВЕРУ!

Помимо профессионального удовлетворения такое наблюдение и отзыв родителей, переполненный эмоциями, позволяют надеяться, что альтернативный подход к помощи детям с особыми потребностями и их родителям когда-нибудь получат распространение в медицине.

УДК 612,35:616.36

ЖОВЧНІ КИСЛОТИ ЖОВЧІ ЩУРІВ-САМЦІВ ПРИ ДІЇ ТЕСТОСТЕРОНУ

- ¹ І. С. Чернуха, ¹ Є. М. Решетнік, ¹ Н. Є. Нурищенко,
² Т. П. Гарник, ¹ В. Г. Іліка, ¹ С. П. Весельський

- ¹ Київський національний університет імені Тараса Шевченка
² ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

Жовчоутворення – це комплексний фізіолого-біохімічний процес, що включає біосинтез, біотрансформацію і трансмембранний та трансцелюлярний транспорт різних органічних і неорганічних компонентів жовчі, і відтворюється під регуляторним контролем багатьох гормонів. Ефекти андрогенів на метаболічні перетворення та секрецію специфічних компонентів жовчі – холатів лишаються недостатньо вивченими, незважаючи на значні міжстатеві відмінності в жовчоутворенні та жовчовиділенні.

Мета роботи: дослідження ефектів тестостерону на жовчнокислотний склад жовчі самців щурів у гострому експерименті.

У гострих дослідах у щурів самців (0,18-0,27 кг, n=12), які знаходилися під тіопенталовим наркозом (60 мг/кг), канюлювали жовчну протоку, а після взяття першої півгодинної проби (вихідний рівень), вводили тестостерону пропіонат (0,7 мг/кг, внутрішньопортально). Після чого збирали наступні 5 півгодинних проб печінкового секрету, в яких методом тонкошарової хроматографії, модифікованим в нашій лабораторії, визначали концентрації окремих фракцій холатів: таурохолевої, таурохенодезоксихолевої і тауродезоксихолевої, глікохолевої, глікохенодезоксихолевої і глікодезоксихолевої, холевої, хенодезоксихолевої і дезоксихолевої кислот.

Тестостерон при внутрішньопортальному одноразовому введенні у дозі 0,7 мг/кг щурам-самцям у гострому досліді виявляє двофазний вплив на вміст у жовчі кон'югованих глікохенодезоксихолевої і глікодезоксихолевої та вільних хенодезоксихолевої і дезоксихолевої жовчних кислот. Спочатку, одразу після введення гормону, концентрація цих холатів зростає, а наприкінці досліду (через 2,5 години після введення тестостерону) їх вміст у жовчі зменшується порівняно із контрольними величинами. Концентрація жовчних кислот інших фракцій суттєво зменшувалася через 2-2,5 години після введення гормону. Найістотніше зниження вмісту холатів у жовчі самців щурів після внутрішньопортального введення тестостерону виявлено в пробі жовчі, зібраній впродовж останнього півгодинного проміжку гострого досліду, тобто через 2-2,5 години після введення гормону. А саме, концентрація таурохолату зменшувалася на 19,2 % ($p < 0,01$), дигідроксихоланових таурокон'югатів – на 22,6 % ($p < 0,01$), глікохолату – на 40 % ($p < 0,01$), дигідроксихоланових глікокон'югатів – на 29,9 % ($p < 0,01$), холевої кислоти – на 20,5 % ($p < 0,05$), хенодезоксихолевої і дезоксихолевої кислот – на 41,4 % ($p < 0,01$).

Таким чином, тестостерон при одноразовому внутрішньопортальному введенні в апробованій дозі за умов гострого досліду виявляє переважно пригнічуючий вплив на вміст жовчних кислот у жовчі самців щурів. Механізми такого впливу потребують подальшого вивчення.

РОЛЬ ІПОТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

- ¹ А. П. Чуприков, ² Л. Г. Кирилова, ² О. О. Мірошников, ³ Г. С. Бураго

- ¹ *Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика*

- ² *ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»*

- ³ *Благодійна організація «Іпотерапевтичний центр «Спінит», м. Київ*

Розлади аутистичного спектру (РАС) визначаються як гетерогенна група порушень розвитку нервової системи, які мають різноманітну етіологію, але характеризуються загальними симптомами, пов'язаними з порушеннями соціальної взаємодії, комунікації та поведінки (зокрема, стереотипність і обмеженість дій або інтересів). На сьогоднішній день РАС є одним з найбільш поширених та тяжких за своїми клінічними проявами нервово-психічних захворювань у світі та в Україні, що ставить цю групу захворювань на одне з перших місць серед актуальних проблем нейропедіатрії та реабілітології.

Щорічно кількість пацієнтів, які страждають РАС, зростає в усьому світі. Згідно з останніми даними поширеність захворювань цієї групи становить приблизно 1:50 дітей. Згідно з офіційними статистичними даними Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, за п'ять років – з 2009 по 2013 рр. – захворюваність на РАС зросла на 194 %: з 0,55 до 1,61 на 100 тис. дитячого населення.

Метою комплексного лікування і реабілітації дітей з РАС є попередження формування у пацієнтів важкої соціальної дезадаптації та інвалідизації. Наявність в сім'ї дитини з РАС призводить до глибокого дистресу батьків, значного зниження якості життя членів сім'ї. Крім того, пацієнти з РАС вимагають значних фінансових витрат з боку сім'ї і держави.

Сьогодні відомо не менше 70 як традиційних, так і нетрадиційних методів лікування РАС з різним рівнем доказовості. Серед них найбільше значення мають психофармакологічні та психокорекційні методи лікування. Проте, в останні роки зростає інтерес до методів фізичної реабілітації. Доведено їх позитивний вплив на мовні, когнітивні функції, поведінку у дітей з РАС. За даними В. І. Козьякіна (2015) серед 385 дітей з РАС, які отримували лікування за системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації, у більшості пацієнтів відзначалося поліпшення мовних, когнітивних і соціальних функцій, розширення рухового діапазону, поліпшення великої і дрібної моторики.

Під керівництвом проф. А. П. Чупрікова розроблено та впроваджено оригінальний метод **комплексної ігрової кінезіотерапії (КІКТ)**, що включає не тільки терапію з використанням рухів, а і елементи пальцевого масажу, остеопатії, краніо-сакральної терапії, пневмопресингу. В результаті застосування методу у дітей з РАС досягається позитивний ефект у вигляді покращення сенсорної інтеграції, поведінки, мови, моторики.

Одним з методів фізичної реабілітації, що з успіхом застосовується у дітей з РАС, є метод іпотерапії. Іпотерапія або лікувальна верхова їзда – це метод, який поєднує фізичну і психо-емоційну реабілітацію з тренінгом соціальних, комунікативних, когнітивних і мовних навичок. Основними механізмами позитивного впливу іпотерапії на організм дитини, є наступні:

- коливання коня у трьох площинах, які підсилюють інтенсивність аферентних імпульсів, що надходять у головний мозок від пропріорецепторів;
- активізація механізмів підтримки пози і рівноваги, нормалізація м'язового тону;
- термічний вплив тіла коня і масаж великими м'язами тіла дитини;
- нормалізація психо-емоційного стану дитини завдяки позитивним емоціям від спілкування з конем, покращення клімату у родині, зниження рівня тривоги у батьків.

Метод іпотерапії безпечний для дітей та не має побічних ефектів. Згідно з уніфікованим протоколом медичної допомоги та реабілітації дітям з РАС (наказ МОЗ України від 15.06.2015 № 341) метод іпотерапії не протипоказаний дітям з РАС і може використовуватися в комплексній реабілітації таких пацієнтів.

Звертає на себе увагу той факт, що доказова база ефективності іпотерапії збільшується з кожним роком: зростає кількість контрольованих досліджень у зарубіжних країнах. Одне з найбільш великих досліджень останніх років було проведено Gabriels et al. У рандомізованому дослідженні ефективності іпотерапії у дітей з РАС взяли участь 127 дітей у віці від 6 до 16 років. Пацієнти з основної групи проходили іпотерапію протягом 10 тижнів. За даними авторів, у дітей з основної групи відзначалося зниження гіперактивності, поліпшення когнітивних і соціальних функцій, збільшення словникового запасу.

У м. Києві більше 5 років функціонує благодійна організація «Іпотерапевтичний центр «Спіріт», яка є провідною установою України у сфері дослідження і застосування іпотерапії для реабілітації дітей із захворюваннями нервової системи. Щорічно в центрі надається допомога більш ніж 300 дітям з різною патологією нервової системи, в т.ч. з РАС. За роки роботи фахівцями центру накопичений значний досвід реабілітації дітей з важкими порушеннями психічного розвитку. Щорічно зростає кількість звернень до центру пацієнтів з різними формами РАС. Якщо в 2014 році було проведено реабілітацію 68 дітей, то у 2015 – вже 102.

Під нашим спостереженням перебувало 38 дітей з РАС у віці від 2 до 7 років, середній вік становив $4,2 \pm 1,34$ р. Всі діти мали встановлений діагноз РАС відповідно до критеріїв DSM-V, а також ознаки аутизму згідно з опитувальником M-CHAT. Кожна дитина пройшла курс іпотерапії, що складався з 20 занять тривалістю 30 хв. з інтервалом у 2 дні. Для оцінки ефективності лікування використовувалася шкала *Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)*, яка складається з 4 субшкал: I – мова і комунікативні функції; II – соціальні функції; III – сенсорні і когнітивні функції; IV – фізичні функції, поведінка. Результати обстеження представлені у таблиці.

Таблиця

Динаміка показників по субшкалам АТЕС у дітей з РАС

Шкала	Без покращення		Помірне покращення		Значне покращення	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	10	26,3	22	57,8	6	15,8
II	12	31,5	18	47,4	8	21,0
III	8	21,0	23	60,5	7	18,4
IV	5	13,2	20	52,6	13	34,2

Таким чином відзначався позитивний ефект курсу іпотерапії на показники усіх субшкал. Найбільш виражена позитивна динаміка виявлена за шкалою IV (фізичні функції, поведінка). У дітей, зокрема, відзначалося зниження гіперактивності, поліпшення самоконтролю, зниження рівня агресії і самоагресії, нормалізація м'язового тону, поліпшення великої і дрібної моторики кисті, корекція постави. Також відзначалося поліпшення мовного розвитку, розуміння інструкцій, соціальних норм, збільшення активного словникового запасу, поява нових мовних функцій (наприклад, фразової мови), збільшення інтересу до соціальних контактів, вдосконалення сюжетної гри. Дане дослідження, безумовно, має ряд обмежень, серед яких, перш за все, відсутність розподілу пацієнтів за віковими групами, рівнем інтелекту і соціального функціонування. Також слід враховувати малу вибірку дослідження. Незважаючи на ці обмеження, отримані результати вказують на ефективність іпотерапії в комплексній реабілітації дітей з РАС, її позитивний вплив на нормалізацію рухового, когнітивного, мовного і соціального розвитку, а також перспективність подальших досліджень даного методу.

ІННОВАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ОЦІНКИ ПРОФІЛАКТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ФАКТОРАМИ РИЗИКУ ДИСПЛАСТИКОЗАЛЕЖНОЇ ПАТОЛОГІЇ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ

■ А. Ф. Шипко

■ *Харківський національний медичний університет*

Вступ. Профілактичний потенціал – соціально-медична дефініція, що відображає можливості здоров'я зберігаючого впливу при різних донозологічних та патологічних станах і розладах здоров'я [пат. 9661, Україна]. Це у повній мірі відноситься і до *bronхолегеневої дисплазії (БЛД)* та *диспластико-козалежної патології (ДЗП) бронхолегеневої системи (БЛС)* як достатньо частоті патології, що діагностується у новонароджених (БЛД), а у разі ускладненого перебігу проявляється формуванням низки захворювань та патологічних станів на подальших етапах онтогенетичного розвитку.

Мета дослідження: розробка алгоритму оцінки профілактичного потенціалу новонароджених з факторами ризику ДЗП БЛС.

Матеріали та методи досліджень. Використані дані щодо порівнюваних груп новонароджених, дані про яких вкопійовували у спеціальні тематичні карти з наступним дисперсійним аналізом окремих факторів (визначали інформативність, прогностичне значення, діагностичну цінність по кожному із можливих факторів ризику); застосовано процедуру послідовного аналізу Вальда у модифікації Е. В. Гублера.

Результати досліджень. В основу нової методики покладено задачу визначення рівня профілактичного потенціалу новонароджених стосовно формування у них БЛД та, у старшому віці, ДЗП БЛС.

Задача, яку покладено в основу алгоритму оцінки, вирішується тим, що у новонародженій дитини вимірюють масу тіла, визначають ступінь відповідності маси тіла нормативному гестаційному віку дитини і, у разі дефіциту маси тіла, виконують кількісну оцінку наступних факторів ризику: наявність ускладненого перебігу вагітності в анамнезі матері (F_1), вік матері на момент народження дитини (F_2), наявність в акушерському анамнезі матері перерваних вагітностей (F_3), наявність стигм дисембріогенезу у дитини (F_4), після чого визначають **профілактичний потенціал новонародженого (ППН_{БЛД})** стосовно формування у дитини диспласти-

козалежної патології бронхолегеневої системи з використанням інтегрального показника за формулою

$$\text{ППН}_{\text{БЛД}} = (1 - (\text{ПК}_1 + \text{ПК}_2 + \text{ПК}_3 + \dots + \text{ПК}_n) / \text{ПС}) \cdot 100, \text{ де}$$

ПК_{1-n} – патометричні коефіцієнти відповідних наявних факторів ризику, оцінюючи $\text{ППН}_{\text{БЛД}}$ шляхом співставлення отриманого значення за наступними градаціями: низький рівень – при $\text{ППН}_{\text{БЛД}} < 30,0\%$, середній рівень при $30,0\% \leq \text{ППН}_{\text{БЛД}} < 70,0\%$, високий рівень при значеннях $\text{ППН}_{\text{БЛД}} \geq 70,0\%$.

Приклад, що ілюструє практичне використання корисної моделі: вагітна Ольга Н., 40 років, термін гестації 28 тижнів. Для прогнозування ризику розвитку диспластикозалежної патології у дитини за комплексом антенатальних та генеалогічних факторів, за даними первинної медичної документації та стандартизованого опитування батьків з'ясовано, що мав місце ускладнений перебіг вагітності в анамнезі матері ($^1\text{ПК}_{\text{II}} = +2,4$ пат), вік матері

Таблиця

Алгоритм прогнозування диспластикозалежної патології бронхолегеневої системи у дитини за комплексом антенатальних та генеалогічних факторів

Регіонально-екологічні фактори		Прогностичні коефіцієнти	
		критерій	ПК
1.	Ускладнений перебіг вагітності в анамнезі	так	+2,4
		ні	-6,5
2.	Вік матері при народженні дитини	≤ 19	+5,7
		20-29	-2,1
		30-39	+2,4
		≥ 40	+6,5
3.	Наявність в анамнезі перерваних вагітностей	так	+2,0
		ні	-2,3
4.	Наявність стигм дисембріогенезу у дитини	так	+4,9
		ні	-0,8
5.	Наявність гестозу (раннього чи/і пізнього)	так	+1,6
		ні	-2,4
6.	Тютюнопаління матері у стартовому періоді	так	+4,0
		ні	-0,6
7.	Наявність у матері диспластикозалежної патології	так	+3,5
		ні	-0,7
8.	Наявність у батька хронічних соматичних захворювань	так	+0,6
		ні	-3,5
9.	Наявність у матері хронічних соматичних захворювань	так	+0,7
		ні	-2,3
10.	Наявність у батька диспластикозалежної патології	так	+2,5
		ні	-0,7

Примітка: по кожному із факторів визначають відповідні патометричні коефіцієнти та послідовно їх додають; по досягненню порогової суми (ПС) коефіцієнтів (-13 або $+13$), з використанням шкали визначають рівень ризику

на момент народження другої дитини становить 41 рік (${}^2PK_{II}=+6,5$ пат), у вагітної має місце наявність в анамнезі перерваних попередніх вагітностей (${}^3PK_{II}=+2,0$ пат), у першої дитини – наявні стигми (гіпереластоз шкіри) дисембріогенезу (${}^4PK_{II}=+4,9$ пат). Процедуру прогнозування зупинено, оскільки досягнуто прогностичний поріг $PC=(+2,4)+(6,5)+(2,0)+(4,9)=+15,8$ пат, тобто $ПП>15$. Оскільки досягнуто порогової прогностичної суми, можна з достатньою для популяційного рівня достовірністю (при $PC_{max}=+15$, помилка не перевищує 5,0 %) констатувати наявність високого ризику формування диспластикозалежної патології бронхолегеневої системи у майбутньої дитини.

Верифікацію цього алгоритму виконано серед дітей двох груп (252 дітей з ДЗП та 252 без ДЗП) та з'ясовано, що частота помилок першого роду (визначено високий ризик за відсутності патології) склала $\alpha=12,0$ %, а помилок другого роду (визначено низький ризик за наявності патології) $\beta=9,8$ %. Отже, специфічність прогностичного алгоритму становить – 91,2 %, а його чутливість – 88,0 %, що дозволяє рекомендувати його у якості етапу персоналізовано-популяційного моніторингу.

Шкала оцінки ризику диспластикозалежної патології бронхолегеневої системи		
$PC_{min} \leq -13,0$		$PC_{max} \geq +13,0$
мінімальний ризик	невизначений ризик	високий ризик

Рис. Шкала персоналізованої стратифікації за рівнем ризику диспластикозалежної патології бронхолегеневої системи у дітей, залежно від впливу антенатальних та генеалогічних факторів

Висновки

Застосування алгоритму оцінки дозволяє формувати групи профілактичної та діагностичної активності серед новонароджених, а також індивідуалізувати пренатальний моніторинг з урахуванням комплексу анамnestичних та клініко-біологічних факторів, наявних у матері.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ НАРОДНОЇ ТА НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ У НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ БОЙОВИХ ЧМТ

■ Т. О. Шитіков, Д. О. Старюк, О. Л. Шаурін

■ *Реабілітаційний центр для учасників АТО, м. Дніпро*

Останнім часом, внаслідок бойових дій на сході країни з російсько-терористичними формуваннями, спостерігається зростання числа **черепно-мозкових травм (ЧМТ)** – від 25 до 80 % від загальної кількості травм. За даними сучасних дослідників, комбінована ЧМТ зустрічається до 40 % серед причин смертності. Відомо, що 30-90 % осіб, які перенесли ЧМТ легкого та середнього ступеня тяжкості, страждають від травматичної хвороби головного мозку. Наслідки черепно-мозкової травми надзвичайно різноманітні, вони виникають у 30-96 % випадків ЧМТ та залежать як від тяжкості первинного пошкодження, так і від вторинних пошкоджень, а також від вчасного та комплексного відновлення.

Метою нашої роботи була оптимізація практики реабілітації хворих із наслідками закритої ЧМТ з використанням засобів НіНМ: гірудотерапія, гомеопатичні препарати, мануальна краніо-сакральна та вісцеральна терапія (МТ).

Матеріалом були спостереження у період 2014-2016 років за 45 учасниками АТО віком від 19 до 45 років. Термін початку спостереження після травми складав від 3 до 9 місяців. Нами використовувались методи клінічного неврологічного огляду, електроенцефалографії, рентгенографії черепу, коагулограми, пульсоксиметрії, нейропсихосоціометрії. Всім пацієнтами проводились сеанси МТ 1-2 рази на тиждень № 5-6 за авторською методикою, гірудотерапія проводилась 1 раз на тиждень № 5-6, гомеопатичні препарати: Arnica 6 та Nuregisum 12 призначались за загальними принципами.

У результаті обстеження нами виявлено, що хворі (95,7 %) скаржилися на загальну слабкість, головний біль (5,8 балів за ВАШ); погіршення пам'яті, уваги; зниження зору, слуху; запаморочення. Після реабілітації кількість скарг зменшилася на 83,2 % та вони були представлені переважно головним болем вираженості 2,3 балів за ВАШ, сонливістю, загальною слабкістю. До початку реабілітації в неврологічному статусі 93,4 % хворих мали місце такі синдроми: астеничний когнітивних порушень, цефалгічний та вегетативної дистонії, вираженість яких на фоні проведення МТ зменшилася (16,4 %), зниження рівня

сатурації киснем тканин голови до $88,2 \pm 0,4$ %. Після проведення реабілітації покращились нейровегетативна регуляція, когнітивні функції. Так, після проведеної реабілітації (на 14-15 день) продуктивність відтворення 10 слів покращилася та становила від $4,12 \pm 0,4$ слова (до початку) до $7,51 \pm 0,4$ слова, показники вегетативної рівноваги, сатурації киснем тканин голови та мозку до $98,3 \pm 0,3$ %. Ускладнень та негативних реакцій на проведення МТ не відмічалось.

Висновки

Використання в нейрореабілітації учасників АТО із наслідками ЧМТ гомеопатичних препаратів, гірудотерапії, мануальних краніо-сакральних та вісцеральних технік поліпшує якість неврологічного відновлення, стимулює нейропротекцію, поліпшує церебральний кровообіг та когнітивні функції.

UDC 616-085.831:615.831:577.33

QUANTUM ZONE PROACTIVE WELLNESS INDUSTRY SOLUTION

- **M. Luketina Šunjka, G. Šunjka**
- *Doo 4life biodesign , Beograd
Resavska 11, Beograd, Srbija*

Introduction: Quantum zone is a unique diagnostic and therapeutic non-invasive innovation system aiming to deliver corrections to human bodies at biochemical, energy and information level based on its own methods of functional analyses. Its uniqueness lays in the emerging several different diagnostic softwares and therapeutic methods for the first time in the relevant segment. Softwares representing different physical modules have been integrated into a modern capsule that is characterized also by comfort, innovative technology and futuristic design. Vast number of experts have been working on this project, whereas they have been able to implement new ideas.

Discussion: By observing the trend related to development of devices related to analyses and control over different health parameters, such as blood pressure¹, heart beats, blood sugar and the application of those devices in telemedicine², 4LifeBioDesign would like to present another level of services based on the achievements of Quantum Information Medicine. Quantum zone as a diagnostic

system is able to provide numerous amount of information related to the functional status of the client then any other available similar systems. While investigating the possibilities of available systems present in the Western market, we have concluded that the applicative synergy of Quantum Informational diagnostic-therapeutic softwares provide far greater evaluation of the functional body status and possibility of non-invasive and very efficient therapy treatments. In 2011, according to Public health report there have been 58 millions of death cases registered, out of which 30% were related to chronic, non-infectious diseases or in other words to chronic vascular diseases CVD³. Studies such as Interhart, Monica or North Carolina study have indicated the food, as the risk factor for CVD, outlining the relevant quality of life. Besides standard methods based on the parameters of weight, height, BMI we use the advantages of quantum-information differential diagnostic by which we are able to individualize the overall evaluation of food intake, as well as the adequate wellness, fitness and spa programmes. Quantum zone is not limited to any number of hardware-software solutions, either as a diagnostic or therapeutic tool. Our current system is comprised of 4 diagnostic and 4 therapeutic systems out of which we would like to stress the Quantum-information therapy by dr.biol.sci Skripnjuk, who have entrusted his time and knowledge to work with our center in Serbia for which we are grateful.

Conclusion: System shown is able to decrease expenses and provides relief to primary medical care by transferring or shifting the preventive activities towards wellness industry which is expanding worldwide. This particular system gives a great support to telemedicine by introducing new technologies derived from quantum medical science.

References:

1. Doctor Chair Brings Healthcare Into The Living Room, 2013, available from <http://www.psfk.com/2013/10/sharp-health-chair.html>.
2. Rite Aid's New Telemedicine Kiosks in Select Ohio Pharmacies Allow Customers to Consult with Physicians for a Nominal Fee | Dark Daily <http://www.darkdaily.com/rite-aids-new-telemedicine-kiosks-in-select-ohio-pharmacies-allow-customers-to-consult-with-physicians-for-a-nominal-fee-403#ixzz4M9P2YQjl>, available from <http://www.darkdaily.com/rite-aids-new-telemedicine-kiosks-in-select-ohio-pharmacies-allow-customers-to-consult-with-physicians-for-a-nominal-fee-403#axzz4M3ZRj7h9>.
3. Sheffield director of public health report 2011, available from <http://www.publichealthsheffield2011.nhs.uk/the-story-so-far/cause-of-death/>.

ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ ОРГАНИЗМА (БЖО) РЕБЕНКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРЕННЕЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

■ С. А. Якубенко

■ Черкасская обл., г. Шпола

Возможность обследования детей первых лет жизни существенно ограничена негативным отношением ребенка к любому воздействию доктора. Проведение же результативной акупунктурной диагностики в этой возрастной группе практически невозможно.

Решением проблемы, на мой взгляд, может быть тестирование **биологических жидкостей организма (БЖО)** ребенка, поскольку они содержат всю информацию о нем.

Для решения предлагаю использовать мочу или кал ребенка.

Тестирование проводится на заранее подготовленном реципиенте.

Реципиентом в данном случае могут выступать мать, отец, врач.

Согласно жалобам, анамнезу, объективному обследованию пациента выбираются точки тестирования, с помощью модуля «Информотерапия» убирается ФПС на выбранных точках.

Затем производится контакт биологической жидкости с реципиентом, т.е. на предплечье фиксируется маленький пакетик с небольшим количеством мочи или кала ребенка.

В результате на точках реципиента опять появляется ФПС, т.е. создается некая «информационная тень» ребенка. С ней и продолжается работа.

Для примера – частые проблемы с «животиком» у малышей до 2-4 мес. Решение проблемы – это сделать посев на флору.

Но можно и предложенным методом.

Пример.

Обратились родители ребенка А. 1,5 мес., с жалобами на беспокойство, плохой аппетит, срыгивания, вздутия, неустойчивый стул.

Для тестирования были выбраны контрольные точки толстого и тонкого кишечника, точки интоксикации. В результате – резкий дефицит лактобактерий (№ 23 в кассете ИНМЕД инфекционные и паразитарные агенты № 2). Результат подтвержден СЭС посевом на флору через 4 дня.

При острых состояниях у малышей данная методика может помочь при

выборе противовирусных или антибактериальных препаратов, понять причину аллергии, подобрать сорбенты, фитопрепараты.

Пример.

Ребенок Б. 1,2 года, с жалобами на повышенную температуру в течение 4 дней. Прошу приехать на прием с небольшим количеством мочи, которая собирается с помощью ватного диска.

У матери выравниваются точки лимфы, затем накладывается «информационная тень» ребенка, с помощью указателей из кассет № 1 «Вирусы», «Бактерии», № 2 «Грибки», уточняем агента. В данном случае «Бактерии». Эффективность показал антибиотик цефалоспоринового ряда. Температура упала на следующие сутки.

Вывод

Данный метод, считаю, мог бы привести в практическую педиатрию раннего возраста существенные положительные изменения в плане диагностики и терапии.

УДК 61.616-615.035.4

ЗАСТОСУВННЯ ТОНЗИНАЛУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВУ ЕКСУДАТИВНОГО СЕРЕДНЬОГО ОТИТУ

■ **Т. Ю. Запорожець**

■ *ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне*

В даний час із різноманітних форм хронічного запалення середнього вуха на перше місце виступає **ексудативний середній отит (ЕСО)**. Вірусна інфекція може бути як запальний стимул у середньому вусі, а **гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ)** виступають як пусковий момент розвитку ЕСО. В якості найважливішого механізму розвитку стійкої дисфункції слухової труби розглядають порушення шляхів виведення патологічного відокремлюваного з навколоносових пазух і постійне роздратування бактеріальною флорою гирла слухової труби, що сприяє підтримці запального процесу. Гуморальна недостатність у хворих на ЕСО виявляється зниженням рівня антитіл і пониженням концентрації комплементу в **ротоглотковому секреті (РГС)**. При ЕСО виправдане застосування імуномодуляторів. Нашу увагу привернув рослинний препарат з імуномодулючими властивостями – тонзінал. Особливістю

тонзінала є його оригінальний склад, що вдало поєднує екстракти лікарських рослин (календули, звіробою, деревію, шипшини і кореня солодки) і морської солі. Рослинні компоненти стимулюють утворення антитіл, фагоцитарну і бактерицидну активність імунокомпетентних клітин. Календула має високий вміст флавоноїдів, що діють як антиоксиданти в організмі і захищають клітини організму від пошкоджень, викликаних хімічним окислювальним процесом. Окислення виробляє вільні радикали кисню і пригнічує імунну функцію організму. Деревій стимулює місцевий імунітет – фагоцитарну активність лейкоцитів та лізоцим. Лікувальний ефект рослин посилюється дією мікро- і макроелементів морської солі.

Було обстежено 2 групи хворих на ЕСО з серозною формою в стадії клінічної ремісії (основна та зіставлення). Пацієнти основної (45 осіб) групи отримували тонзінал, вміст пакету розчиняли в 100 мл кип'яченої води та орошали слизову оболонку ротової порожнини. Хворі групи зіставлення (38 осіб) орошали слизову оболонку ротоглотки розчином фурациліну та приймали внутрішньо полівітаміни. Обидві групи профілактичне лікування застосовували двічі на день протягом 14 днів. У всіх хворих на ЕСО проводилось дослідження інтерференового статусу з визначенням α - та γ -IFN, а також рівень секреторного IgA (sIgA) у РГС. Дослідження проводили двічі: до початку лікування та після завершення (через 16-20 днів).

У хворих на ЕСО в періоді клінічної ремісії рівень sIg A у РГС був знижений в 1,67 рази відповідно норми (при нормі $(0,4 \pm 0,05)$ мг/мл; $P < 0,05$). При повторному обстеженні після завершення лікування з включенням тонзіналу концентрація sIgA в РГС зростала і досягала норми ($(0,38 \pm 0,04)$ мг/мл; $P > 0,05$). В групі зіставлення, пацієнти якої приймали загальноприйнятий курс профілактичного лікування, рівень sIgA у змішаній слині збільшувався повільно і дорівнював $(0,32 \pm 0,05)$ мг/мл ($P < 0,1$). Нормалізація рівню sIgA в РГС свідчить про усунення запального процесу у глотці.

Вміст α -IFN у змішаній слині хворих основної групи був у середньому в 1,24 рази нижче норми, і групі зіставлення – в 1,20 рази (при нормі $(7,2 \pm 0,3)$ пг/мл; $P < 0,05$). Концентрація γ -IFN у РГС пацієнтів основної групи була нижче референтної норми в 1,43 рази та групі зіставлення – в 1,32 рази (при нормі $(10,3 \pm 0,5)$ пг/мл; $P < 0,05$). У пацієнтів основної групи при повторному обстеженні рівень α -IFN у РГС підвищився відносно початкового рівня в 1,4 рази і дорівнював $(9,6 \pm 0,4)$ пг/мл, тобто був вище норми ($P < 0,05$). Концентрація γ -IFN у змішаній слині хворих, які отримували тонзінал, підвищилася відносно вихідного значення до $(12,8 \pm 0,5)$ пг/мл, тобто досягала верхньої межі норми. У хворих групи зіставлення спостерігалось також підвищення рівня інтерферонів у змішаній слині, однак значно менше виражена, тому на момент завершення лікування у цій групі хворих вивчені показники відрізнялися від аналогічних основної групи, однак не досягали межі норми. Отже, призначення курсу профілактичного лікуван-

ня у хворих з хронічним перебігом ЕСО сприяло відновленню локального імунітету. В групі зіставлення вивчені показники інтерферонового статусу та вмісту sIgA у змішаній слині істотно відрізнялися як від норми, так і від аналогічних показників хворих основної групи, що свідчить про можливість прогресування запально-деструктивного процесу у середньому вусі.

У подальших дослідженнях планується дослідити ефективність тонзіналу на місцевий імунітет у хворих з гострими перебігом ЕСО.

УДК 618.2-06:616.36-003.826

ДИНАМІКА ЛІПІДІВ КРОВІ У ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ ПІД ВПЛИВОМ ЛІВОЛІН-ФОРТЕ

■ **І. В. Лоскутова, Р. Г. Бічевська**

■ *ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне*

При вагітності функціональні резерви печінки мобілізуються для знешкодження продуктів життєдіяльності плода та забезпечення його пластичним матеріалом. Наявні до вагітності структурні і функціональні зміни печінки під час вагітності можуть призводити до розвитку акушерських ускладнень – гестозу або невиношування. При фізіологічній вагітності в організмі жінки посилюється жировий обмін, підвищується концентрація загального показника **холестерину (ХС)**, тобто **загального холестерину (ЗХ)** і **ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ)**, тоді як показник **ліпопротеїнів з високою щільністю (ЛПВЩ)** залишається в межах вікової норми. Метаболічні процеси при захворюваннях печінки, зокрема при стеатозі, характеризуються надмірним синтезом жирних кислот в гепатоцитах і порушенням їх окислення, а також гіперпродукцією **ліпопротеїнів дуже низької щільності (ЛПДНЩ)** з накопиченням в клітинах печінки тригліцеридів (ТГ).

Фосфоліпіди, які входять до складу ліволін-форте, впливають на порушений метаболізм жирів шляхом регуляції метаболізму ліпопротеїдів, у результаті чого нейтральні жири та ХС перетворюються на форми, придатні для транспортування, особливо завдяки збільшенню здатності ЛПВЩ приєднувати холестерин, та спрямовуються для подальшого окислення.

Обстежено 64 вагітні жінки, зі звичним невиношуванням (ПНВ) у першому триместрі в анамнезі. У всіх обстежених до вагітності за даними лабораторно-

інструментального дослідження було діагностовано жировий стеатоз печінки (МКХ 10 – К.76.0). Перед початком лікування всі жінки мали вагітність терміном 5-7 тижнів (1 тримістр). Обстежені жінки розподілені на дві групи по 32 особи у кожній (основна та зіставлення). В основній групі жінки отримували ліволін-форте по 1 т. (300 мг) тричі на добу після їжі протягом 3 місяців; жінки групи зіставлення – препарати артишоку у середньотерапевтичних дозуваннях.

До початку лікування в обох групах обстежених у 1 триместрі гестації мала місце дисліпідемія, яка характеризувалася збільшенням рівня ЗХ (в 3,4 рази; $P < 0,01$), а також відмічалось зростання вмісту ХС ЛПНЩ (в 2,9 рази; $P < 0,05$), ХС ЛПВЩ (в 2,1 рази; $P < 0,01$). Менш виражене зростання спостерігалось щодо рівня ТГ (в 1,4 рази; $P < 0,05$) та ХС ЛПДНЩ (в 1,5 рази; $P < 0,05$). Враховуючи, що у вагітних жінок відбувається посилення ліпідного обміну та синтезу гормонів, зростання ЗХ та ХС ЛПВЩ до двох разів не вважається патологічним. Отже, у жінок з ПНВ в 1 триместрі відмічались метаболічні порушення за рахунок накопичення найбільш атерогенних фракцій ХС (ЛПНЩ та ЛПДНЩ) у крові.

При повторному дослідженні ліпідного спектру крові у жінок з ПНВ (через 3-3,5 місяці) спостерігалися його зміни. Так, в групі зіставлення вміст ЗХ був вище референтної норми для вагітних в 2,3 рази (при нормі $(5,8 \pm 0,33)$ ммоль/л; $P < 0,01$), при цьому вміст ХС ЛПВЩ був вище норми лише в 1,3 рази, складаючи $(2,7 \pm 0,3)$ ммоль/л ($P < 0,05$). Одночасно зберігався підвищений рівень найбільш атерогенних фракцій ХС: ЛПНЩ – в 1,6 рази (при нормі $(4,6 \pm 0,48)$ ммоль/л; $P < 0,05$), ЛПДНЩ – в 1,4 рази (при нормі $(0,84 \pm 0,07)$ ммоль/л; $P < 0,05$). Вміст ТГ у крові вірогідно від референтного значення не різнився ($(1,9 \pm 0,11)$ ммоль/л). Необхідно відмітити, що у 6 жінок (18,8 %) групи зіставлення було діагностовано переривання вагітності. В основній групі, жінки якої під час вагітності використовували ліволін-форте, відмічалось покращення вивчених показників ліпідного спектру крові. Концентрація ЗХ повільно зменшувалася, але залишалася вище норми в 1,3 рази ($(7,5 \pm 0,57)$ ммоль/л; $P > 0,05$). Причому це збільшення спостерігалось за рахунок антиатерогенної фракції ХС (ЛПВЩ) ($(2,1 \pm 0,2)$ ммоль/л; $P > 0,05$), однак була в межах референтного значення для вагітних. Вміст атерогенних фракцій ліпідів крові досягали верхньої межі референтної норми: ХС ЛПНЩ – $(4,4 \pm 0,32)$ ммоль/л, ХС ЛПДНЩ – $(0,97 \pm 0,08)$ ммоль/л. Вміст ТГ вірогідно від початкового значення не різнився ($(1,8 \pm 0,11)$ ммоль/л проти $(2,1 \pm 0,15)$ ммоль/л). Необхідно відмітити, що при повторному обстеженні всі жінки основної групи були вагітні з терміном гестації 17-20 тижнів. Таким чином, ми вважаємо доцільним включення до комплексного лікування вагітних жінок з обтяженим акушерським анамнезом ліволіну-форте у ранній термін гестації, що сприяє нормалізації ліпідного спектру крові. У подальших дослідженнях пропонується вивчення впливу ліволіну-форте на стан пероксидації ліпідів клітинних мембран у вагітних жінок.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АСТРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ДЛЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЧЕЛОВЕКУ

■ ^{1,2} Е. Д. Осипенко, ¹ Ю. В. Буянов

■ ¹ *Астроцентр «Селена», г. Киев*

² *Европейский институт междисциплинарных исследований и образования, Ганновер (Германия)*

Астрология и психология являются двумя важнейшими направлениями науки, которые помогают нам познавать себя и, с помощью эффективных психологических методик, изменять свое отношение к себе, людям и к миру в целом. Знания астрологии могут принести современному человеку этот союз Человека с Природой и чувство единства со Вселенной.

Астрология использует многие современные методы и приемы из психологии, парапсихологии, целительства, чтобы помочь человеку глубже и эффективнее разобраться в трудных ситуациях, неудачах, болезнях и найти способ их решения. Мы хотим познакомить вас со сравнительно молодым направлением в астрологии – **астропсихологией**. С помощью астрологии мы можем изучать взаимосвязь между прошлым и будущим в каждый миг настоящего, между внешним универсальным макрокосмосом и внутренним индивидуальным микрокосмосом.

Гороскоп становится отправной точкой индивидуального цикла жизни, которая сбалансирована между наследием предков, кармическими корнями и потенциальным будущим личности. Это паттерн или план, который К. Г. Юнг назвал **процессом индивидуации**, демонстрирует на символическом языке, как каждое существо может стать тем, что заложено в его потенциале. Карта рождения отображает характер потенциала и психологических особенностей человека, которые позволяют выявить, как он осознает себя во всех сферах жизни, и как, сообразуясь со своим психологическим типом, строит и развивает личность. **Планеты** – это символы потребностей, требующих удовлетворения, которые и заставляют что-то происходить в нашей жизни. **Прогноз с точки зрения психологического подхода** – это оценка изменений личности человека в контексте его индивидуальных циклов и ритмов.

Процесс развития личности должен сопровождаться трудностями. Трудности учат нас жить, они стимулируют рост, формируют ценные суждения и укрепляют процесс принятия решений. Индивидуальность – это результат того, как мы справились с этими трудностями, как сформировали процессы

взаимодействия с окружением. Люди хотят понимания и помощи в осознании, что они собой представляют, и почему в определенные периоды жизни происходит тот или иной кризис. Астропсихологи предоставляют им это.

Большое внимание в своей работе и повседневной жизни мы уделяем интереснейшему направлению в психологии – **холодинамике**. *Холодинамика* – от английского слова whole – целый, целостный.

Болезни возникают вследствие кризиса мышления – это ситуация, при которой использование одного из полушарий более интенсивное. **Выход** – в развитии человеком **целостного мышления** – то есть мышления, на основе совокупного функционирования левого и правого полушарий головного мозга на основе всех функций тела. Этим занимается ХОЛОДИНАМИКА – метод гармонизации мышления человека. Астрология помогает поставить диагноз, изучить себя с позиции символов и логики, познать и принять, а холодинамика позволяет реально что-то изменить внутри себя в лучшую сторону, изменить ситуацию с учетом своих планетарных потребностей и проявить свой Полный Потенциал.

Страх является одной из структур психики. Это качество или способность системы суживаться, съеживаться и занимать меньше места в пространстве. Если вспомнить любой момент пережитого страха, то мы ощущаем его на физическом уровне в своем теле в виде парализуемых или сжатых мышц. Мы как будто хотим сжаться до размеров зародыша и защитить себя. **Все это является психосоматическими причинами заболеваний.**

Мы уверены, что даже самый успешный человек хоть раз в жизни переживал подобные состояния. Но каждый из них и стал успешным благодаря тому, что сумел преодолеть свой страх, сделать его управляемым, **превратить своего внутреннего врага в лучшего друга**. Преодолев свои сомнения и превратив их в уверенность в своих силах, человек сможет сделать решительный шаг на пути собственной реализации и не играть в чужую игру, а начать, наконец, жить той жизнью, которой он достоин.

Наша задача – помочь человеку найти такой путь решения своей задачи, который поможет ему раскрыть свои лучшие духовные качества и реализовать свой Полный Потенциал. В одном из древних трактатов написано, что нет гармонии и порядка на Земле, но есть гармония на небесах и во Вселенной. И тот, кто сможет жить по законам Вселенной, обретет гармонию в душе, а в делах и поступках его воцарятся порядок и справедливость.

Астрология всегда опиралась на математику, геометрию и другие естественные науки. Астрологи были носителями и проводниками высших знаний, которые позволяют людям настроиться на космические ритмы и жить в общем потоке мироздания. **Наша цель** – способствовать восстановлению астрологии как древнейшей науки о времени, информации и их использовании человеком для практических целей. Мы за смену устаревшей механистической научной теории, отвергающей астрологию, на ин-

формационно-смысловую теорию XXI века, в которую астрология войдет как одна из важнейших научных дисциплин. Сейчас наступает момент, когда должна восторжествовать историческая справедливость и знания о законах Природы и Космоса станут основой нашего существования.

УДК 61.616-615.036

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІМУНОМАКСУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ОПІЙНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

■ **О. В. Паталаха, І. В. Лоскутова**

■ *ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне*

Вживання психоактивних речовин призводить до руйнування не тільки психічного, але й соматичного здоров'я людини, що ставить наркоманію в ряд найбільш важливих медико-соціальних та економічно значущих проблем у всіх розвинених країнах. Описана «асимптомна лімфаденопатія» і спленомегалія у опіатних наркоманів, неінфікованих ВІЛ-інфекцією або вірусами гепатитів В і С. При опіатній залежності близько половини хворих гине від опортуністичних інфекцій, що розвиваються на тлі вторинного імунодефіцитного стану (ВІД). Цей синдром характеризується підвищеним апоптозом лімфоцитів, дефіцитом Т-хелперів з інверсією співвідношення Т-хелпери/Т-супресори, зниженням кількості NK-клітин, порушенням антитілогенезу, цитокінового балансу. Фагоцитуючі клітини крові також підпадають під дію опіатів, оскільки встановлено зниження їх здатності продукувати ІЛ-1 β , ІЛ-6 і фактор некрозу пухлин-альфа (TNF α), а також поглинальної та перетравлювальної активності.

Нашу увагу привернув препарат імуномакс, здатний активувати різні ланки імунного захисту. Встановлено, що через 2-4 год. після застосування препарату підвищується секреція цитокінів, зокрема ІЛ-1 β , ІЛ-8 та TNF α . Поряд з цим, препарат активує тканинні макрофаги, сприяє зміні їх морфології, підвищенню продукції бактерицидних сполук. Імуномакс підвищує захисні властивості організму і стійкість до інфекцій, які обумовлені вірусними агентами (вірусом простого герпесу, парвовірусом і папіломавірусом людини) і бактеріями (сальмонеллою, кишковою паличкою, хламідіями, стафілококом, уреоплазмою і мікоплазмою).

Під нашим спостереженням знаходилося 87 хворих на генералізований пародонтит з опійною залежністю. З яких чоловіків було 52 особи (59,8 %) та 35 жінок (40,2 %). За даними анамнезу встановлено тривалість наркоманії (за даними нарколога, вона складала від 2 до 8 років). Всі обстежені були розділені на дві групи – основна (44 особи) та зіставлення (43 особи). Пацієнти основної групи в комплексі із замісною терапією отримували розчин імуномаксу по 200 МО внутрішньом'язово на 1, 2, 3 та 8, 9, 10 дні лікування. Хворі групи зіставлення використовували лише замісну терапію метадонем. Всім пацієнтам до початку імунокорекції та через 2 тижні (після завершення) досліджували вміст сироваткових цитокінів – IL-1 β , TNF α , IL-6, IL-12.

У результаті проведених досліджень були встановлені однотипові порушення показників цитокінів у сироватці крові в обох групах до початку лікування. У пацієнтів основної групи концентрація TNF α зменшувалася в 2,5 рази (при нормі (34,2 \pm 5,3) пг/мл; P<0,01), IL-1 β – в 2,34 рази (при нормі (41,2 \pm 3,9) пг/мл; P<0,01), IL-12 – в 1,62 рази (при нормі (37,4 \pm 4,6) пг/мл; P<0,05). У пацієнтів групи зіставлення вміст TNF α був меншим референтного значення в 2,44 рази (P<0,01), IL-1 β – в 2,59 рази (P<0,01) і IL-12 – в 1,56 рази (P<0,05). Після завершення лікування із включенням імуномаксу, у хворих основної групи відмічалася збільшення рівня прозапальних цитокінів (TNF α , IL-1 β , IL-12) у сироватці крові. Рівень TNF α у крові збільшувався до (29,1 \pm 3,2) пг/мл, тобто до нижньої межі норми (P<0,05). Концентрація IL-1 β у крові після завершення імунокорекції дорівнювала (35,2 \pm 3,2) пг/мл, що невірогідно менше норми (P>0,05). Рівень сироваткового IL-12 збільшувався в ході лікування в 1,24 рази і дорівнював (31,8 \pm 4,3) пг/мл, тобто вірогідно не відрізнявся від показника референтної норми (P>0,05). Необхідно відмітити, що у переважної більшості хворих основної групи (31 особи – 70,5 %) відмічалася позитивна динаміка прозапальних цитокінів у сироватці крові, причому це були хворі з нетривалим анамнезом опійної залежності. У пацієнтів з анамнезом застосування психоактивних засобів більше 5 років рівень прозапальних цитокінів залишався суттєво менше референтного значення. Враховуючи, що функції клітин нервової системи регулюються цитокінами, то впровадження препаратів з активацією продукції цитокінів має виражений ефект на психоемоційну сферу людини, включаючи поведінкові реакції. Отже, використання імуномаксу в комплексному лікуванні опійної залежності позитивно впливає на синтез прозапальних цитокінів в обстежених та сприяє зменшенню використання дози метадону. У подальших дослідженнях нами планується дослідити вплив імунокорекції на синтез прозапальних цитокінів.

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВОЇНІВ АТО З НАСЛІДКАМИ БОЙОВИХ ТРАВМ

- О. Л. Шаурін, Д. О. Старюк, Т. О. Шитіков
- *Волонтерський реабілітаційний центр для учасників АТО «Допоможи собі сам», м. Дніпро*

Постановка проблеми: внаслідок бойових дій з російсько-терористичними угрупованнями на Сході України спостерігається зростання випадків черепно-мозкових та мінно-вибухових травм (БТ) серед військовослужбовців ЗСУ – від 25 до 80 % від загальної кількості травм. Незважаючи на значні досягнення сучасної медицини та численні наукові дослідження з даної проблематики, бойова травма є однією з провідних причин смертності та інвалідизації. За даними сучасних дослідників, комбінована (мінно-вибухова, вогнепальна, контузіонна) БТ зустрічається до 90 % серед учасників бойових дій. Відомо, що 30-96 % осіб, які перенесли БТ легкого та середнього ступеня тяжкості, страждають від наслідків травматичної хвороби головного мозку, міофасціальних больових синдромів, порушень кровообігу та інш. Наслідки БТ надзвичайно різноманітні, виникають у 30-96 % випадків та залежать як від тяжкості первинного пошкодження, так і від вторинних пошкоджень, а також від перебігу відновлення. Окреме значення мають наслідки контузійно-травматичних пошкоджень голови та мінно-вибухові травми кінцівок під час бойових дій, бо вони призводять не тільки до збільшення кількості травматизму.

Метою нашої роботи була оптимізація тактики комплексної фізичної реабілітації (КР) хворих із наслідками БТ легкого та середнього ступеня тяжкості з використанням безмедикаментозних методів: масаж, мануальна, вісцеральна, вертебральна, краніо-сакральна терапія (МТ), гірудотерапія, ЛФК, лікувальне плавання, фізіотерапія апаратами «Корона-С» (м. Хмельницький, Україна) та «Радіус-01-Інтер-СМ» (Республіка Білорусь).

Матеріалом є спостереження за 960 учасниками АТО віком від 19 до 45 років. У групу спостереження увійшли бійці з наслідками комбінованої (мінно-вибухова, вогнепальна, контузійна) бойової травми. Термін початку спостереження після травми складав від 3 до 10 місяців. Нами використовувались методи клінічного та неврологічного огляду, електроенцефалографії, рентгенографії, пульсоксиметрії, кардіоінтервалографії, нейропсихосоціометрії. Всім пацієнтами проводились сеанси КР 2-4 рази на тиждень № 5-6.

Також додатково нами застосовувались методи гірудотерапії, рефлексотерапії та кінезіотерапії, мануальної терапії: акупресура, шкіро-міофасціальний реліз, післяізометрична релаксація м'язів (ППР) за А. Лієвим (2003), деторзія твердої мозкової оболонки за В. Сатерляндом (1948), мобілізація швів черепа за Гіхіним (2006), маніпуляції на хребцевих сегментах краніовертебрального переходу за К. Левітом. Реабілітація проводилась хворим в кількості від 3 до 8 сеансів на курс. Хворі проходили навчання самостійному виконанню ЛФК, ауто-ППР, відвідували басейн. Термін спостереження складав від 10 діб до 6 місяців. Статистична обробка матеріалу проводилась у середовищі "Statistics for Windows 6,0".

Отримані результати: нами виявлено, що хворі (95,7 %) скаржилися на порушення руху, біль у кінцівках, загальну слабкість, головний біль (5,8 балів за ВАШ); погіршення пам'яті, уваги; зниження зору, слуху; запаморочення. До початку реабілітації у 100 % хворих мали місце такі синдроми: порушення кровообігу, когнітивні порушення, цефалічна та вегетативна дистонії, рівень яких на фоні проведення КР зменшився (16,4 %). Після реабілітації кількість скарг зменшилась на 83,2 % та вони були представлені переважно головним болем (2,1 балів за ВАШ), загальною слабкістю. Виявлені зміни біоелектричної активності головного мозку під час обстеження свідчили про дифузне зниження функціональної активності, що корелювало з показниками пульсоксиметрії тканин голови ($88,2 \pm 0,4$ % до реабілітації та $98,3 \pm 0,3$ % – після). Критерієм ефективності ми обрали оптимізацію рухового стереотипу, зниження інтенсивності больового синдрому, а також параметри сатурації киснем тканин. Після проведення комплексної реабілітації у хворих відновились рухові та когнітивні функції.

У $93,3 \pm 0,2$ % пацієнтів встановлено позитивний результат після проведеної КР з використанням технік масажу, мануальної терапії та фізіотерапії. Отримані позитивні ефекти, підтверджені клінічними та кардіоінтервалографічними показниками.

Висновки та перспективи подальших розробок: використання комплексної безмедикаментозної реабілітації у хворих з наслідками БТ середнього ступеня тяжкості з використанням традиційних (народних) та сучасних засобів поліпшує якість неврологічного відновлення, нейропротекції, периферійного та церебрального кровообігу локомоторної та когнітивної функції.

ЗМІСТ

**Т. П. Гарник, В. В. Євтушенко, К. В. Гарник,
С. І. Соколовський**

Народна медицина та стратегія її розвитку в контексті
університету здоров'я 19

**Н. О. Горчакова, О. В. Шумейко, О. В. Клименко,
І. С. Чекман**

Викладання народної медицини студентам медичних вузів 25

Л. Я. Адегова

Місце антигомотоксичної терапії в практиці лікаря 26

Л. В. Андріюк

Лікувальне голодування, як нетрадиційний метод лікування
хронічних захворювань 28

В. В. Абрамов, І. М. Шевченко, Е. В. Деміховська

Альтернативна медицина у Німеччині 33

І. М. Білай, М. П. Красько, А. О. Остапенко, В. О. Демченко

Основні принципи викладання фітотерапії 35

О. І. Волошин, Л. О. Волошина, Н. М. Малкович, Б. П. Сенюк

Особливості застосування пилку квіткового у комплексному
лікуванні осіб старшого та похилого віку 36

О. І. Волошин, О. І. Доголіч

Особливості оптимізації фітозасобами комплексного лікування
хворих на подагру з високим рівнем васкулярних коморбідних
процесів та ураженням нирок 37

О. П. Глоба, І. В. Медков, О. В. Залевський, Т. М. Крук

Invicogru – система забезпечення якості життя та безперервного
контролю (самоконтролю) за станом здоров'я 39

М. О. Головаха

Структура гострих респіраторних захворювань у м. Києві за

вересень 2016 року, методи їх електропунктурної діагностики і стратегії натуропатичної корекції 42

М. М. Грановський

Формула здоров'я і лікувально-оздоровчий курс на її основі. 44

О. М. Грідько, Ю. О. Бубнова

Аюрведичні принципи профілактики ішемічного інсульту і транзиторних порушень мозкового кровообігу 45

А. О. Григорова, О. І. Козицька

Взаємозв'язки властивостей ротової рідини з мітохондріально-біоенергетичним станом букального епітелію при лікуванні пошкоджень щелепно-лицевої ділянки 46

**І. О. Гуртовенко, О. Ю. Коновалова, Є. М. Гергель,
О. В. Гергель, Т. К. Шураєва, К. А. Градзійон, В. О. Меньшова**

Дослідження жирнокислотного складу трави деяких видів роду Агастахе (*Agastache J. Claytonex Gronov.*) 48

А. В. Дмитрієва

Шлях до судинних катастроф. 49

**І. В. Дякон, Н. Є. Стадницька, С. В. Сур, В. П. Новіков,
В. В. Лило**

Сучасний стан фітотерапії. Використання в офіційній медицині представників родини айстрових 50

В. В. Євтушенко

Наукова концепція розвитку народної медицини в Україні 54

Т. В. Євтушенко, В. М. Байбаков, Н. В. Євтушенко

Формування медичної зрілості сучасного лікаря, який використовує системні знання народної і нетрадиційної медицини 56

Т. В. Євтушенко

Місце мікрогенераторної інформотерапії за методом З. Скрипнюка в альтернативній медицині. 60

С. В. Зайцев

Діагностика дисфункцій органів малого тазу методом прикладної кінезіології 62

В. П. Камков, Т. В. Євтушенко

Оцінка впливу геомагнітної обстановки на показники пунктурної електрографічної діагностики 64

Л. М. Кіркільєвська

Можливості підбору гомеопатичних ліків з допомогою Вега-тесту 66

Р. М. Кобилянська, В. Я. Кобилянський

Моніторинг стану імунної системи та ефективності застосування інформаційних імунокоректорів. 68

О. Є. Коваленко, О. В. Коваленко, Є. В. Коваленко

Оцінка змін мікросистем на первинній та вторинній ланках медичної допомоги як перспективний шлях скрінінг-діагностики . . 69

Е. Д. Крамар

Адаптація ароматичних олій в професійній ароматерапії 71

О. В. Корицький, Ю. В. Корицький, В. О. Бричук

Використання потенційованого аутонозоду сечі для лікування захворювань опірно-рухового апарату. Методика приготування аутонозоду сечі. 72

О. В. Корицький, Іван Коменда, Дагмар Драخورадова

Досвід проведення курсів підвищення кваліфікації лікарів м. Прага, Чеська Республіка 75

Ю. Д. Котляров

Системні натуропатичні методи у реабілітаційній медицині 76

А. Й. Лабінський

Ефективність немедикаментозного лікування дисциркуляторної енцефалопатії з проявами екстрапірамідної недостатності за уніфікованою рейтинговою шкалою оцінки (updrs). 79

І. О. Лавринчук

Аюрведичні аспекти профілактики серцево-судинних ризиків 80

А. Л. Лоскутов

Ефективність нуклексу та поліфепану у хворих на метаболічний синдром у сполученні з герпетичною інфекцією 81

І. В. Лоскутова, Н. В. Мацюх

Вплив Імуномаксу в медичній реабілітації реконвалесцентів після хвороби Лайма 83

В. О. Лукьянченко

Серце – джерело життя і основа здоров'я людини. 85

Е. С. Лук'янова

Методика поєданого застосування електропунктурної діагностики по Р. Фоллю з тестуванням мікрогенераторів і психосоматичним тестуванням 89

**А. М. Ляшевич, Є. М. Решетнік, В. М. Колбасинська,
К. В. Гарник, С. П. Весельський, М. Ю. Макаручук**

Вплив корвітину на жовчнокислотний склад жовчі щурів із доксициклініндукованою гіперхолестеринемією. 90

С. І. Маврич

Викривлення сприйняття інформації від тіла, як засіб пристосування до небезпечних умов життєдіяльності. 92

С. М. Марчишин, О. В. Зарічанська, Н. І. Волощук

Лікувальні властивості декоративних рослин роду лілійник (Nemerocallis L.) 93

А. С. Мельник

Боротьба з недугами та хворобами, використовуючи методи народної і нетрадиційної медицини 95

**В. П. Мельник, О. В. Панасюк, Г. В. Радиш,
С. Г. Павленко, Я. О. Якімова**

Досвід застосування апіфітонцидокомпозицій

у комплексному лікуванні ВІЛ-позитивних хворих
на мультирезистентний туберкульоз нервової системи. 105

В. О. Меньшова, В. І. Березкіна

Біоморфологічна характеристика *Achillea millefolium* L. Ex Situ. . . 106

А. І. Парахін, В. В. Самбір, Р. В. Антюхов, В. А. Новохатній

Особливості викладання мануальної терапії
в медичному університеті УАНМ 107

І. Огородник

Метод квантового резонансу – QRH 109

М. S. Panchenko, I. V. Aphanasieva

Psychological maladjustment in patients with high
cardiovascular risk 111

М. S. Panchenko, L. V. Bondarenko, I. P. Dzuba

Neurotic disorders with prolonged course in patients with high
cardiovascular risk 113

В. Г. Педченко

Прописні істини цілителя та актуальні питання в народній
медицині 115

**В. І. Петренко, О. В. Панасюк, О. Б. Голуб, Г. В. Радиш,
Л. С. Ничипоренко, В. П. Шурипа, Н. Л. Степова,
Л. В. Поліновська**

Апіфітонцидокомпозиції у комплексному лікуванні хворих із
високим ризиком мультирезистентного туберкульозу легень
поєданого з ВІЛ-інфекцією 121

С. В. Потоцька

Досвід застосування гомеопатичного препарату *Apis melifica* у
лікарській практиці 122

М. П. Пустовойт, С. Л. Сокур, Д. О. Цимбаленко

Універсальна біоефективність коротких поліпептидів як корекція
інформаційного гомеостазу імунної системи людини 128

В. Н. Разіна

Практичні спостереження при проведенні модифікації комп'ютерної діагностики і лікування за методом Р. Фолля 131

Ю. П. Синиця

Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування курсової терапії кверцетином при лікуванні хворих на подагру в поєднанні з гіпертензивним синдромом. 132

З. Д. Скрипнюк

Скільки мов знає клітина? 136

Д. О. Старюк, Т. О. Шитіков

Доцільність застосування краніо-сакральної терапії біодинамічного напрямку при наслідках контузій. Досвід реабілітації бійців. 137

К. І. Терешкін, Л. А. Смоліна, Л. В. Черкашина

Тяжкість перебігу захворювання при різних варіантах поліморфізму гена лактази у хворих на гонартроз 139

А. О. Терещенко, О. Н. Сазонова

Аналіз кореляційних зв'язків між параметрами системної регуляції артеріального тиску та окремими антропометричними і соматотипологічними показниками дівчаток 140

С. В. Федосєєв, І. А. Назарчук

Мануальна терапія у хворих з дорсалгіями та цервікальними больовими синдромами на тлі вертеброневрологічних порушень і нейроінфекцій 142

Н. І. Хомулянська, С. Є. Якимович, К. А. Саламех

Вплив імунотропного препарату циклоферону і засобів фітотерапії на основі артишоку на цитокінетичний профіль крові хворих на хронічний вірусний гепатит С у періоді медичної реабілітації 143

С. Ю. Ціпоренко

Ефективність імупрету в комплексній імунореабілітації безплідних чоловіків з малосимптомними формами хронічної урогенітальної інфекції 145

І. Л. Черкасенко

Застосування електропунктурної діагностики
за методом Р. Фолля задля удосконалення неврологічної
допомоги дітям м. Києва 146

Т. В. Чорна

Депресії у матерів дітей-інвалідів та їх подолання з допомогою
біоенергетичного масажу 150

І. С. Чернуха, Є. М. Решетнік, Н. Є. Нурищенко, Т. П. Гарник, В. Г. Іліка, С. П. Весельський

Жовчні кислоти жовчі щурів-самців при дії тестостерону 152

А. П. Чуприков, Л. Г. Кирилова, О. О. Мірошников, Г. С. Бураго

Роль іпотерапії у комплексній реабілітації дітей з розладами
аутистичного спектру 154

А. Ф. Шипко

Інноваційне забезпечення технології оцінки профілактичного
потенціалу новонароджених з факторами ризику
диспластикозалежної патології бронхолегеневої системи 157

Т. О. Шитіков, Д. О. Старюк, О. Л. Шаурін

Можливості використання методів народної та нетрадиційної
медицини у нейрореабілітації осіб з наслідками бойових ЧМТ 160

М. Luketina Šunjka, G. Šunjka

Quantum zone proactive wellness industry solution 161

С. А. Якубенко

Електропунктурне тестування біологічних рідин організму (БРО)
дитини для діагностики внутрішньої патології у дітей
раннього віку 163

Т. Ю. Запорожець

Застосування тонзіналу для профілактики рецидиву
ексудативного середнього отиту 164

І. В. Лоскутова, Р. Г. Бічевська

Динаміка ліпідів крові у вагітних жінок із стеатозом печінки під впливом Ліволін-форте 166

Е. Д. Осипенко, Ю. В. Буянов

Використання астропсихологічних методик для психологічної допомоги людині. 168

О. В. Паталаха, І. В. Лоскутова

Ефективність Імуномаксу в комплексній терапії хворих на генералізований пародонтит з опійною залежністю 170

О. Л. Шаурін, Д. О. Старюк, Т. О. Шитіков

Комплексна реабілітація воїнів АТО з наслідками бойових травм . 172



Підписано до друку: 21.10.2016
Формат 90x60/16. Папір офсетний.
Ум. друк. арк. 5,3
Облік.-видав. арк. Зам. № 1008 від 24.10.16
Наклад – 150 прим.

Дизайн та верстка Школяренко Л. В.
Друк: ФОП Клевцова Г. Є.
м. Київ, вул. Кибальчича, 8 А, оф. 87
Тел. (044) 425-60-44

Адреса:

01004, м. Київ, вул. Л. Толстого, 9,
ПВНЗ «Київський медичний університет
Української асоціації народної медицини»
тел.: (050) 353-03-26.
E-mail: phitotherapy.chasopys@gmail.com