А.Н. Кокосов

Оздоровление организма: пути и возможности

А. Н. Кокосов

ОЗДОРОВЛЕНИЕ ОРГАНИЗМА: ПУТИ И ВОЗМОЖНОСТИ

Санкт-Петербург
2014

УДК 614,7
ББК 75. 729.
К 60

К 60 **Кокосов А. Н.** Оздоровление организма: пути и возможности — СПб., Нордмедиздат, 2014. — 64 с.

В научно-популярной книге «Оздоровление организма: пути и возможности» даются представления автора о структуре современной медицины с выделением ее двух основных разделов – медицина научная и медицина традиционная. Автор стоит на точке зрения необходимой интеграции этих разделов в деле лечения больных (в первую очередь с хронической патологией) и при оздоровлении организма. На основании большого личного опыта даются конкретные советы вполне доступного характера о поведении каждого пациента при наличии признаков нарушения здоровья.

Книга предназначена для широкого круга читателей, интересующихся состоянием здравоохранения и его современными возможностями в деле реальной помощи при сохранении здоровья и работоспособности. При этом делается акцент на индивидуальное поведение возможного будущего пациента.

ISBN 978-5-98306-150-7

© Кокосов А. Н., 2014

«НОРДМЕДИЗДАТ»
E-mail: medizdat@mail.wplus.net
Телефон (812) 934-79-05

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ 4

1. МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 6

1.1. Медицина научная 6

1.2. Медицина традиционная 12

1.3 Интеграция научной и традиционной медицины — будущее (мирового) здравоохранения 15

1.3.1. Забайкалье оптимальный плацдарм для разработки концепции «интегративной медицины» в России 19

2. ЗДОРОВЬЕ И ОЗДОРОВЛЕНИЕ 24

2.1. Здоровый образ жизни 25

2.2. Основные системы (механизмы) гомеостаза 27

2.2.1. Иммунитет, его клиническое значение и не только ... 49

2.3. Саморегуляция организма (саногенез) 50

3. СОВЕТЫ СТАРОГО ДОКТОРА (пациентам настоящим и будущим) 56

ПОСЛЕСЛОВИЕ 59

САЙТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ, ГДЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ РДТ 61

ЛИТЕРАТУРА 63

ПРЕДИСЛОВИЕ

Сегодня на прилавках книжных магазинов достаточно много популярной литературы на медицинские темы. Некоторые крупные медицинские издательства России даже специализируются именно в этом плане. Это понятно, ибо «спрос рождает предложение».

Издаваемые в этом жанре книги по их содержанию и познавательной ценности весьма различны. В целом это определяется компетентностью авторов, их способностями к литературной работе и актуальностью излагаемого материала для широкой публики.

Если вынести за скобки ту часть этих книг, которые написаны клиницистами по заказу фармакологических фирм, и посвящены, как правило, новым лекарственным препаратам, то авторы остальной, возможно наибольшей, части этого рода публикаций, часто даже не имеют специального медицинского образования. В этом случае их называют целителями. Поводом для литературного вдохновения в таких случаях обычно является известный им «достоверный» факт исцеления больного (нередко это сам автор) от трудно излечимой болезни не общепринятым путем, который игнорируется современной (научной) медициной. Широко известным иллюстрирующим примером вышесказанному является целитель Поль Брег (Paul Brugg) и его широко известная книга «Чудо голодания» (The Miracle of Fasting), многократно изданная в нашей стране. Но приведенное является, по видимому, счастливым исключением.

Во множестве других аналогичных ситуаций книги изобилуют неприкрытой компиляцией и написаны с непреклонным желанием «выдать на гора» свой рецепт здоровья, часто проверенный на личном примере, что, естественно, игнорирует принятые в научной медицине статичестические приемы доказательства.

Периодически просматривая такого рода литературу, я постоянно убеждаюсь в том, что многие из описанных фактов и предложений действительно содержат рациональное зерно. Но все мы разные, а потому не может быть одинакового для всех рецепта здоровья.

С моей точки зрения, особую ценность в плане сохранения и укрепления здоровья представляют не отдельные «счастливые рецепты», а знакомство с общей ситуацией и возможностями медицины в системе здравоохранения, реальными путями сохранения и укрепления здоровья для каждого человека с учетом его интеллекта, силы воли и других личностных особенностей.

А. Н. Кокосов
д. м. н., профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
член-корреспондент РАЕ

1. МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Под медициной* в настоящее время принято понимать совокупность наук о здоровье и болезнях, а также практическую деятельность врача, направленную на сохранение и укрепление здоровья людей, предупреждение и лечение болезней.

В свою очередь, здравоохранение** — охрана здоровья населения, предупреждение и лечение болезней.

Кстати, многочисленные исследования Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) показали, что здоровье зависит:

— от медицины, то есть системы здравоохранения, работы врачей, применяемых лекарств и т. п. — лишь на 10—15%;

— от окружающей среды (обитания), то есть экологии, климата и т. п. — лишь на 10—15%;

— от наследственности (генетики) — на 15—20%:

— от образа жизни человенка, то есть характера питания, физической активности и др. — на 40—60%.

Так что же все таки характеризует современную медицину? Каковы ее реальные возможности и перспективы в деле лечения и оздоровления организма?

Для того чтобы ответить на эти вопросы необходимо кратко характеризовать сложившуюся в настоящее время ситуацию в области здравоохранения.

В настоящее время в мировом здравоохранении все более четко прослеживаются две основные ветви — медицина научная (синонимы: ортодоксальная, западная, доказательная) и медицина традиционная (синонимы: натурпатическая, восточная, народная). Каждая из них имеет свою многовековую историю развития, свою философию, своих корифеев, свои методики и приемы врачевания. Итак.

1.1. МЕДИЦИНА НАУЧНАЯ

В практической работе врача лечебника для реальной помощи больному в первую очередь обычно используются лекарственные

*См. у С. И. Ожегова. Справочник русского языка. М., 1991, с. 346.

**См. там же, с. 231.

препараты. По тому, какие они и в каких дозах используются — врачи, работающие по принципам научной медицины, делятся на две численно не равнозначные группы — гомеопаты и аллопаты. Основатель гомеопатии Самуил Ганеман (1775—1843 г.г.) в свое время предложил использовать для лечения микродозы лекарств, которые в больших дозах способны вызвать (у здорового человека) эффект, близкий к данной болезни.

Девиз гомеопатов: «подобное лечится подобным в сверхмалых дозах». Например, при повышении температуры тела (неясной природы) рекомендуются микродозы жароповышающих лекарств, а при умеренном повышении артериального давления (АД) — микродозы лекарств, повышающих АД. В таких случаях полагалось, что малые дозы не принесут вреда организму, но будут стимулировать его врожденные защитные (адаптационные) механизмы на преодоление болезни.

Девиз аллопатов был прямо противоположным: «подобное лечится действенными дозами противоположного».

Возвращаясь к вышеприведенным примерам следует сказать, что аллопат в таких (вышеуказанных) ситуациях назначал, соответственно, действенную дозу жаропонижающих и гипотензивных средств. Тем самым применяемыми лекарствами как бы подменялись (замещались) необходимые в данных ситуациях функции организма (по снижению температуры тела и АД).

В том давнем споре победили аллопаты. Их подход к лечению болезни психологически легко воспринимался (в то время) как врачами, так и больными. Для его обоснования как бы не требовалось глубоких теоретических построений, чего нельзя сказать о гомеопатической доктрине, которая без достаточных теоретических обоснований представлялась надуманнной. Тем не менее гомеопатия выжила и в настоящее время постепенно распространяется «по странам и континентам».

Что же касается аллопатии, то лечебные воздействия, основанные на ее принципах, являются фундаментальной доктриной современной научной медицины.

Путь ее развития шел от простого наблюдения больного с возможным выявлением причины и особенностей течения болезни, через выяснение их структурных проявлений (симптомов) на макро-, микро и молекулярном уровнях, до понимания (обьясне-

ния) изменений в организме пациента при разных болезнях. Так исторически сложились этиологическое (причина болезни) и патогенетическое (механизм болезни) направления в научной медицине, как ее важнейшие (фундаментальные) разделы. Однако они не исчерпывают всех задач на пути решения основной проблемы здравоохранения — сохранение здоровья пациента.

В научной медицине, особенно в послевоенные годы (после Второй мировой войны) на базе бурного развития новых медицинских технологий (ультразвуковой, лучевой, биохимической диагностики), ее процесс и результаты значительно оптимизировались, что, однако, в малой степени отразилось на уровне здоровья населения: неуклонно растет как в нашей стране и за рубежом число случаев хронической патологии, предопределяющей ее неизбежный неблагоприятный исход.

Так, например, при анализе результатов современной лекарственной терапии артериальной гипертонии (АГ) — одной из ведущих болезней современного цивилизованного общества — оказалось, что эта патология в России за последние 5 лет (2001—2005 гг.) возросла у мужчин с 31,7 до 75%, а у женщин — с 58,9 до 80,2%, что соответствовало очень низкой эффективности лечения: от 5,7 до 9,4% и от 17,5 до 13,7% (!) у мужчин и женщин соответственно. При этом следует учесть, что доказательная медицина стимулирует использование все новых (синтезированных) лекарств. Однако полипрогмазия (одновременное применение у одного больного многих лекарств) свидетельствует не столько об эрудиции, сколько о бессилии врача лечебника перед количественно нарастающей хронической патологией и полиморбидностью (наличие одновременно нескольких болезней у одного больного).

Настоящий этап развития научной медицины характеризуется также бурным развитием фармакологических технологий и наводнением рынка лекарств все новыми и новыми синтезированными препаратами; одновременно растет число фальсифицированных лекарств, особенно из числа джанериков. Вместе с тем, заболеваемость (количество случаев на 100000 населения) по некоторым болезням (сердечно сосудистые, поражения костно мышечной системы и соединительной ткани, в меньшей степени новообразования) в Российской Федерации период с 1992—2002 гг. отчетливо увеличилась.

Представленная динамика заболеваемости несомненно свидетельствует о том, что конечный эффект медицинской деятельности, несмотря на улучшение (особенно инструментальной) диагностики и постоянный приток новых поколений синтезированных фармпрепаратов, не приводит к конечному ожидаемому эффекту. Постоянное расширение фармацевтического рынка также не дает ожидаемых результатов. Более того, растет смертность как результат побочного действия (фальсифицированных?) лекарств, которая в настоящее время занимает пятое место в общей структуре смертности. Указанное свидетельствует о появлении и определенном нарастании кризисных явлений в научной (доказательной) медицине.

Среди причин указанной ситуации наряду с социальными, экологическими и некоторыми другими надо выделить отсутствие концептуальтного подхода к анализу механизмов развития болезни и стремление применять лекарство на локальном регуляторном уровне.

Однако следует постоянно учитывать, что организм больного это живая система, а «формула» системы — это 1+1 = 2 + n. Поэтому применяя любой метод лечения, в данном случае синтезированное лекарство, следует учитывать, что кроме непосредственно ожидаемого эффекта на предполагаемый locus morbi (орган мишень) это лекарство будет действовать также и на другие органы ткани. Например, для лечения артериальной гипертонии (АГ) обычно с успехом применяются препараты, блокирующие медленные кальциевые каналы. Но применяя их, следует помнить, что их введение в организм вызовет (одновременное) уменьшение входа кальция не только в гладкие мышцы сосудистой стенки, но приведет к аналогичному эффекту и в других органах и тканях.

Надо ли это организму больного, особенно в условиях полиморбидности?

Кстати, при химическом создании нового препарата его биологическое действие всегда первоначально проверяется на животных и при этом, как правило, выявляют несколько наиболее перспективных направлений его будущего использования во врачебной практике. Но с течением времени оказывается, что не менее, а иногда и более перспективными оказываются другие, также свойственные ему эффекты. Так, например, широко известный препа-

рат аспирин первоначально применялся как жаропонижающее средство, в дальнейшем на передний вышло противовоспалительное действие, а в настоящее время аспирин успешно используют и как антикогулянт, то есть для снижения свертывания крови и профилактики тромбозов (закупорки) сосудов седца (инфаркт миокарда) и мозга (инсульт).

Необходимость периодической переоценки ценностей может иллюстрировать также новый взгляд на клиническое значение антибиотиков в лечебной практике.

Так, хорошо известно, что патогенная, то есть болезнетворная инфекция — бактерии, вирусы и др. — играет важную, часто ведущую роль в развитии патологии, при инфекционных болезнях, или является важным сопутствующим (отягощающим) фактором при воспалительных процессах.

В XX столетии, особенно во второй его половине, научная медицина повела массированное наступление на инфекционные болезни с помощью антибиотиков. Первоначально выделенные из природного продукта — плесени (пенициллин), они впоследствии были воссозданы синтетически и широко внедрены в лечебную практику. Вскоре были созданы и оригинальные синтетические препараты — сульфаниламиды, также убивающие микробов. В своей совокупности (антибиотики и сульфаниламиды) они составили несомненно перспективное направление этиологической терапии, направленной на возбудителей инфекционного процесса, в первую очередь микробов. Действительно, первоначальное их применение в лечебной практике было высокоэффективно. Но постепенно, в 60—70 е годы во многих странах мира стали выявляться и отрицательные факты: в нарастающих масштабах стала накапливаться тревожная информация о тяжелых побочных явлениях антибиотикотерапии, особенно бесконтрольно широкой и продолжительной. Кстати, это имело место и при оценке применения многих других синтетически созданных лекарственных препаратов. Указанные факты нашли отражение в новых терминах лечебной практики: «лекарственная болезнь», то есть болезнь от приема лекарств, «ятрогенные заболевания», то есть заболевания, связанные с деятельностью врача. Нарастает сенсибилизация населения и «лекарственная аллергия», то есть аллергия, вызванная применяемыми лекарствами, так что каждый второй житель планеты через 10 лет может стать аллергиком.

В целом, по некоторым данным, это привело к нарастающему снижению общего потенциала здоровья населения ряда стран мира.

В странах, где государственной доктриной здравоохранения является научная медицина, возросло количество хронических больных. Практически представители научной медицины расписываются в том, что хроническую болезнь излечить (лекарствами) нельзя. Поэтому для оценки результатов лечения «хроника» все более широко применяется обобщающий термин «качество жизни». Это следует понимать так: хроническую болезнь излечить нельзя, но необходимо обеспечить качество жизни постоянной (базисной) лекарственной терапией, фактически пожизненной.

В настоящее время базисная лекарственная терапия уже разработана для основных (социально значимых) форм хронической патологии. и представлена практическими рекомендациями (концессусами, то есть соглашениями) «головных НИИ» государственной системы здравоохранения в соответствии с международной лечебной практикой научной медицины. Базисная терапия нозологических форм болезни в таких рекомендациях представлена современными синтетическими препаратами, перечень которых постоянно обновляется. Ее возрастающая стоимость, естественно, не обсуждается.

Исходя из современного постулата научной медицины о том, что хроническая болезнь неизлечима, то есть хронический больной не может жить без лекарств, это положение постоянно и настойчиво внедряется в сознание врачей и (будущих) больных.

В целом это, несомненно, свидетельствует о нарастающем снижении потенциала здоровья населения развитых стран. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), с 1976 по 1986 г., то есть всего за 20 лет (по историко биологическим меркам срок ничтожный) зарегистрировано 30 новых инфекционных заболеваний; в цивилизованном мире каждые два года регистрируются три новые инфекционные болезни. Ежегодными стали эпидемии гриппа, что обьясняют повышенной способностью вируса к мутациям.

Нарастают также неинфекционные, в первую очередь сердечно сосудистые и онкологические заболевания, от них ежегодно умирает 24 млн человек (за 6 лет Второй мировой войны погибло 59 млн человек). Если смертность от сердечно сосудистых и онкологических заболеваний составляла в 1998 г. 48% от всех болезней, то к 2020 г. этот показатель, по данным ВОЗ, может увеличиться до 73%. Указанному в немалой степени способствует образ жизни человека в цивилизованных странах мира — малая подвижность в течение дня, несбалансированное (избыточное) питание, вредные привычки (табакокурение, алкоголизация и др). Например, в США $1\frac{1}{3}$ населения (56 млн человек) имеет патологически избыточную массу тела; при этом избыточная масса тела регистрируется у 46% школьников. Последнее федеральное исследование показало, что с 1980 по 1994 г. число тучных увеличилось более чем на 50%. Аналогичная ситуация с ожирением постепенно нарастает и в нашей стране.

1.2. МЕДИЦИНА ТРАДИЦИОННАЯ

Все возрастающий интерес врачей и больных к немедикаментозным методам лечения как в нашей стране, так и за рубежом, в последние годы стал неоспоримым фактом. Палитра этих методов (методик) и рекомендаций достаточно обширна и разнообразна.

Исторически наиболее ранними среди них является применение для целей лечения и оздоровления натуральных природных методов (натуропатия), опирающихся на многовековой опыт и традиции народной медицины. У разных народов в разных странах издавна имели место оригинальные направления и традиции натуральной медицины, в применении которых они достигли наибольшего совершенства: в Индии — система хатха йоги; в Тибете — многокомпонентные лекарства из натурального сырья; в Китае, Корее, Японии — акупрессура и акупунктура биологически активных точек на теле пациента; в России — банные процедуры, костоправство, снадобья из трав и т. д.

Многие натуральные методы лечения были исходно рассчитаны воздействовать не только на тело, но и на душу больного, эмпирически предугадывая их взаимную связь. Универсальным методом в этом отношении явилось воздержание от пищи (голодание)

в период недомогания, по видимому, подсмотренное древними натуропатами в живой природе. Рациональное зерно периодического «постования» как средства оздоровления организма было подмечено и освещено профессором медицинского факультета Московского университета Петром Вильяминовым в его книге «Слово о постах как средстве предохранения от болезней» (1769). Углубляя эмпирические представления о полезности периодического голодания для сохранения и укрепления здоровья пациента, профессор Военно медицинской академии в Санкт Петербурге В. В. Пашутин в начале прошлого века (1902 г. и позднее) с коллективом сотрудников провел серию клинико экспериментальных исследований наблюдений голодающего организма.

Это заложило прочную основу и обеспечило определенный приоритет нашей страны в использовании этого метода (в России он известен как метод разгрузочно диетической терапии, РДТ) в лечении и оздоровлении организма. В настоящее время РДТ и РДП (разгрузочно диетическая профилактика) применяются во многих городах нашей страны — в Санкт Петербурге, Москве, Тюмени, Благовещенске, Ростове-на-Дону, Майкопе и др. В 2007 г. издано первое (в мировой практике) руководство для врачей по разгрузочно-диетической терапии, обобщающее коллективный опыт авторов из многих городов нашей страны.

Указанный метод под названием Fasting Therapy («лечение постованием») в настоящее время применяется во многих странах мира — в Германии, США, Франции, Норвегии, Австралии, Испании и некоторых других.

Среди зарубежных методик традиционной медицины в нашей стране за последние годы в практике лечения и оздоровленния организма получили определенное распространение методики китайской медицины (главным образом, воздействие на биологически активные точки тела пациента — акупунктура и акупрессура), методики традиционной медицины Индии (статические физические упражнения в сочетании с глубоким дыханием — хатха йога и пранайама).

За последние десятилетия значительно возрос интерес и к тибетской традиции врачевания, которая в нашей стране представлена традиционной бурятской медициной. Ее учение о лекарствах и оздоровительных продуктах является поистине бесценным на

следием указанной традиции врачевания, которое (в настоящее время) активно изучается сотрудниками Института общей и экспериментальной биологии СО РАН (Улан Уде).

Арсенал лечебных и оздоровительных средств, используемых на практике (традиционной) тибетской медицины велик; большинство их представлено многокомпонентными смесями, включающими в среднем от 3 до 25 ингредиентов. Причем лекарством могут быть все продукты в соответствии с основным девизом этой медицины, который гласит, что «на Земле нет ничего, что не может быть лекарством». Традиционно они подразделяются на лекарственные средства из драгоценностей (металлов), камней (минераллов), растений (извлечения и соки), деревьев и органов и тканей различных животных. По виду фармако-терапевтического действия выделялись диуретическое, слабительное, антипаразитарное, рвотное, противовоспалительное, желчегонное, успокаивающее и др.

Используя многокомпонентные смеси в соответствующей лекарственной форме, тибетские врачи строго учитывали количественные и качественные характеристики составных ингредиентов: рациональным считалось также их сочетание, при котором «энергия одних не подавлялась бы энергией других». Интерес представляют выявленные общие принципы составления многокомпонентных смесей по тибетской традиции, учитывающие характер заболевания, степень расстройства регулирующих систем и преимущественную локализацию очага поражения. Пользуясь выявленным принципом составления многокомпонентных лекарственных смесей, в вышеуказанном академическом институте (СО РАН) разработаны новые комплексные препараты, предназначенные для профилактики и лечения, в частности, заболеваний органов пищеварения, а также комбинированные препараты, обладающие адаптогенной активностью и нефропротекторным действием. Разработанная методика позволила экстрагировать до 80% основных действующих веществ из исходного растительного сырья.

Указанное, с моей точки зрения, иллюстрирует несомненную ценность изучения опыт традиционной (в данном примере тибетской) медицины при создании новых лекарств из растительного сырья. Кстати, препараты из растительного сырья обладают меньшей антигенной нагрузкой на защитные иммунологические механизмы пациента по сравнению с преобладающими в лечебной практике химически синтезированными препаратам.

1.3 ИНТЕГРАЦИЯ НАУЧНОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ — БУДУЩЕЕ (МИРОВОГО) ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Вначале немного о терминологии: «интеграция», «интегрирование», «интегрировать» означает «объединение в одно целое» (С. И. Ожегов. Словарь русского языка. — М., Русский язык, 1991. — С. 251). В данном контексте речь пойдет об объединении (методик и приемов) научной и традиционной медицины для лечения патологии и оздоровления человека.

Само по себе слово «медицина» (лат medicina от medicus врачебный, лечебный) обозначает область науки и практической деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья людей, предупреждение и лечение болезней (см. в кн.: Советский энциклопедический словарь, 4 е изд. — М., Советская энциклопедия, 1987. — С. 779.). В свою очередь, терапия (от греч. therapeia — лечение) имеет два значения: это область медицины, изучающая внутренние болезни и это консервативные (в отличие от хирургических) методы лечения (см. в кн.: Советская энциклопедия, 1987. — С. 1324).

Традиционная медицина в отличие от научной предпочитает не нозологический, а синдромный принцип определения патологии (особенно четко это проявляется в традиционной китайской медицине); нет четкого деления на острую и хроническую болезни, сравнительно большее внимание уделяется оздоровлению; в лечении явное предпочтение отдается консервативным (не хирургическим) методам и т. п. В ортодоксальной медицине, особенно в послевоенные годы (после Второй мировой войны), на базе бурного развития новых медицинских (в основном инструментально диагностических) технологий, процесс диагностики и ее результаты значительно отимизировались, что, однако, в малой степени отразилось на результатах лечения уровне здоровья населения в целом.

На протяжении двух последних столетий некоторые методики и приемы врачевания традиционной (восточной) медицины стали

постепенно проникать в страны «западной ориентации», включая Россию. В последние 30—40 лет в нашей стране этот первоначально стихийный процесс, индуцируемый отдельными энтузиастами, стал все больше приобретать официальный (государственный) характер: открывались кафедры и курсы иглорефлексотерапии, гомеопатии и др.; подготавливались и защищались диссертации (на ученую степень кандидата и доктора медицинских наук) и т. д. Аналогичные процессы происходили и в других странах Европы и Америки (США), при этом методики традиционной медицины относились к так называемой комплементарной*, то есть дополнительной (необязательной — *А. К.*) медицине.

Кстати, давно интересуясь методиками традиционной медицины, я неоднократно участвовал в апробации диссертационных исследований в этой области (обычно кандидатские диссертации). В приватной беседе тет-а-тет с диссертантом я обычно спрашивал: вот вы убедительно показали в своей работе, что сочетание лекарственной терапии (по принципам научной медицины) с методиками традиционной медицины обеспечило лучший эффект, чем в контрольной группе (только синтетические лекарства); а если бы вы применяли только традиционные методики, был бы эффект? Обычно аспирант отвечал, конечно был бы! Так почему же вы не привели эти данные в своей диссертации? Как правило, он отвечал: но в этом случае я бы не смог ее защитить..., она даже не могла бы быть запланирована...

Фактически аспирант был прав.

Поэтому, будучи однажды в Японии (Токио), где государственной доктриной в области здравоохранения является традиционная медицина, я специально попросил посетить муниципальный госпиталь, где преобладали традиционныве методики лечения, и там воочию убедился, что его врачи лечат больных с такими же заболеваниями, как и мы. Но результаты их лечения только традиционными методами отнюдь не хуже наших — преимущественно лекарственных, — а может быть даже лучше.

Последние годы часто бывая в Забайкалье (Республика Бурятия), где наряду с общепринятой в России доктриной научной

*Комплемент (лат. complementum) — дополнение (см. в кн.: Д.-р Георги Арнаутов. Медицинская терминология на пяти языках. 4-е русское изд. — София: Медицина и физкультура, 1979. — С. 78).

медицины в процессе врачевания участвуют представители тибетской (бурятской) традиционной медицины, я многократно убеждался, что последние при многих хронических заболеваниях имели наилучшие результаты лечения.

Основная масса больных с патологией внутренних органов всегда лечилась и будет лечиться консервативно (применяя лекарства), то есть без хирургических вмешательств. Все возрастающие возможности современной медицинской химии (химико-фармации) позволяют создать (в настоящее время) почти любое лекарство путем химического синтеза, поэтому современная лекарственная терапия по существу — химиотерапия. Такое лекарство для больного (при введении его в организм) является чужеродным («жестким») антигеном и неизбежно вызывает каскад естесвенных в такой ситуации иммунологических реакций защитного характера, направленных (в конечном итоге) на нейтрализацию (разложение) и выведение чужеродного антигена из организма пациента. Это всегда является дополнительной нагрузкой для иммунитета больного, часто непосильной. В первую очередь это касается больных пожилого и старческого возраста, у которых иммунологическая реактивность значительно снижена, а эфферентные органы (желудочно-кишечный тракт и др.), обеспечивающие выделение антигенного материала из организма, работают недостаточно эффективно.

В то же время число больных пожилого и старческого возраста во всех цивилизованных странах мира неуклонно нарастает. Их неизбежный возрастной полиморбизм всегда создает (даже вне обострения хронической болезни) сравнительно высокий уровень эндотоксикоза (шлаков), снижая иммунологическую защиту. Для этой категории больных намного выгоднее лекарственные препараты, приготовленные из натурального сырья, как более «мягкого» антигенного материала.

Правда, в последнее время некоторые зарубежные фармакологические фирмы проявляют интерес к природному лекарственному сырью (лекарственные травы) из экологически благоприятных регионов (в нашей стране это, по видимому, Алтай, Забайкалье, некоторые районы Сибири и Дальнего Востока), но таковых (увы!) очень немного.

Все вышеизложенное, естественно, не умаляет несомненных достоинств современной лекарственной терапии, ибо если ее препараты не фальсифицированы (см. выше), то они нередко надежно «протезируют» утраченные в результате хронической болезни жизненно важные механизмы в системах гомеостаза, что позволяет обеспечить и поддержать определенное качество жизни хронически больного пациента.

Тем не менее интеграция ортодоксальной медицины с современной фитотерапией (в данном случае я рассматриваю последнюю в ракурсе традиционной медицины), препараты которой являются, как правило, меньшей антигенной нагрузкой для больного с хронической патологией и ослабленным иммунитетом, является актуальной. При этом, естественно, фитопрепараты должны быть приготовлены по современным технологиям из экологически чистого натурально сырья, а их набор и оптимальные сочетания должны учитывать рецептуру традиционной (например, тибетско бурятской) медицины. Примером указанного являются работы сотрудников Института общей и экспериментальной биологии СО РАН в г. Улан-Уде.

Научная медицина, несомненно, сохраняет свои позиции в лечении острой (инфекционной) патологии, например пневмоний, когда короткий курс корректно проведенной химиотерапии играет решающее значении в сравнительно быстром выздоровлении пациента.

Что же касается хронической патологии, то интеграция представителей научной и традиционной медицины (точнее, методик лечения) у этих больных наиболее оправдана. Вариантов такой интеграции вполне достаточно. В одних случаях врач с ортодоксальным образованием уже с начала своей профессиональной деятельности «уходит» в традиционную медицину, например, становится иглорефлексотерапевтом, то есть применяет этот метод при самых разных патологиях; такой вариант возможен. В другом случае врач-терапевт, пройдя специализацию по (той же) иглорефлексотерапии, имеет право применять ее по показаниям у (своих) больных, постепенно накапливая личный опыт.

В последнем случае, правда, есть опасность, что такой врач никогда не достигнет высшей степени мастерства (как это имеет место, например, в Китае), рассматривая эту методику традиционной медицины как сугубо комплементарную. Но следует иметь в виду, что в Китае, Индии и других странах восточного региона методики традиционной медицины являются основными (часто единственными) в лечении самой разнообразной патологии, и в этом случае они доведены до степени искусства.

Я не сомневаюсь в том, что **корректное сочетание методик научной и традиционной медицины при хронической патологии внутренних органов может существенно оптимизировать конечные результаты лечения**. При этом врач должен знать и те и другие методы, во всяком случае с точки зрения показаний-противопоказаний, чтобы можно было грамотно рекомендовать их пациенту и направить его к соответствующему специалисту, который «не только знает, но и умеет».

Примеры эффективности такой **интегративной медицины** уже есть: в Санкт-Петербурге: под руководством главного аллерголога города, члена корреспондента РАМН профессора Г. Б. Федосеева создан и успешно работает медицинский центр «Аллерго мед», где в лечении больных нередко удачно сочетаютсмя приемы и методики научной и традиционой медицины; талантливый биоэнергетик доктор медицинских наук С. С. Коновалов в течение многих лет успешно сочетает в лечении самой разнообразной хронически неизлечимой (по представлениям научной медицины) патологии методы энергетического воздействия и научной (лекарственной) терапии, постепенно отходя от последней и добиваясь в большинстве случаев хороших результатов.

1.3.1. Забайкалье — оптимальный плацдарм для разработки концепции «интегративной медицины» в России

В Республике Бурятия, как и в Российской Федерации в целом, в начале 90 х годов прошлого столетия сложилась сложная демографическая ситуация, характеризующаяся снижением рождаемости и увеличением общей смертности населения.

Уровень состояния здоровья населения неуклонно снижался. Социально экономическое положение республики, и прежде являвшейся дотационной, за эти годы значительно ухудшилось, что отразилось на уровне жизни населения и в конечном счете привело к резкому снижению «потенциала здоровья». Низкая плотность

населения, проживающего на территории республики, существен ный спад экономики, уменьшение финансирования отрасли здра воохранения, резкое снижение профилактической работы повлияли на снижение доступности медицинской помощи.

За предшествовавшие десять лет уровень общей заболеваемости в республике характеризовался волнообразным характером: от снижения заболеваемости из за низкой обращаемости населения за медицинской помощью, до увеличения и утяжеления бо лезней вследствие хронизации их течения. При этом основную долю в структуре заболеваемости составляли социально обусловленные заболевания.

Ситуация в состоянии здоровья населения и здравоохранении привела к необходимости принимать неотложные меры по рефор мированию системы здравоохранения республики. Недостаточ ная материально техническая база учреждений здравоохранения, отсутствие собственного медицинского ВУЗа и достаточного научно исследовательского потенциала не позволяли в то время широко внедрить в республике современные, достаточно дорогие медицинские технологии, направленные на сохранение и укреп ление здоровья населения.

Это заставило искать свои пути в решении задач, стоящих пе ред органами управления здравоохранением республики. В частности, в последние годы Министерство здравоохранения Республики Бурятия проводило целенаправленную работу по внедрению ресурсосберегающих технологий и реализации приоритетных на правлений, одним из которых являлось профилактическое, то есть установка на оздоровление организма.

Уникальность территории Республики Бурятия в Российской Федерации состоит в том, что здесь сохранилась и развивается тра диционная (восточная) медицина. Ее методы лечения и оздоров ления организма пользуются среди населения большой популярно стью и при соблюдении необходимых условий и четких показаний к их использованию оказывают значительный лечебный и оздоравливающий эффект при многих заболеваниях и состояниях.

При этом немаловажное значение имеет снижение или полная отмена (за ненадобностью) современных дорогостоящих (хими чески синтезированных) лекарственных препаратов при тяжелых хронических заболеваниях, характеризующихся рекомендуемым

приемом высоких доз медикаментов поддерживающей лекарственной терапии и наличием тяжелых побочных эффектов (осложнений). Кстати, многие методы традиционной (восточной) меди цины, используемые в лечении, могут быть применимы и для оздоровления организма, то есть профилактики заболеваний.

Интерес и потребность в традиционной медицине среди насе ления республики предопределили и подготовили благоприятную почву для восприятия и сравнительно широкого применения в стационарах, оздоровительных центрах и на курортах республики (Горяченск и Аршан) метода разгрузочно-диетической тера пии (РДТ), который за многие годы изучения его в научно-прак тических центрах России (Москвы, Санкт Петербурга, Ростова на Дону, Тюмени и др.) прошел апробацию тестами доказательной медицины и из арсенала традиционной медицины перешел в рус ло методов научной (доказательной) медицины.

Результаты применения РДТ, а также других методов традици онной медицины для лечения и оздоровления организма уже бо лее 10 лет регулярно обсуждаются на периодически созываемых в Улан Уде «Байкальских чтениях» с изданием соответствующе го сборника их научно практических материалов. В настоящее время вышли в свет уже юбилейные, пятые по счету «Байкальские чтения», в которых обычно участвуют научные работники и прак тические врачи из различных регионов Российской Федерации, а также из за рубежа.

Одновременно в республике продолжается изучение богатей шего наследия тибетских традиций врачевания. При сохранении ее основных теоретических положений в неизменном виде, значи тельной трансформации подверглась ее практическая сторона. При этом постоянно расширяется арсенал лекарственных средств, получаемых из растительного сырья.

Учение о лекарствах и оздоровительных продуктах является поистине бесценным наследием указанной традиции врачевания.

Арсенал лечебных и оздоровительных средств, используемых на практике, велик: большинство из них представлено многоком понентными смесями. Причем лекарствами могут быть очень но гие натуральные природные продукты в соответствии с основным постулатом этой ветви традиционной медицины, который гласит: «На земле нет ничего, что не может быть лекарством». Традици-

онно они подразделяются на лекарства из драгоценностей (металлов), камней (минералов), растений и деревьев, (извлечения и соки), из органов и тканей различных животных. По фармакологическому эффекту различают мочегонное, слабительное, антипаразитарное, рвотное, противовоспалительное, желчегонное, седативное и другие лечебные действия. По форме примения выделяют порошки, сборы, растертые кашицы, растительные экстракты, зольные препараты, лечебные масла, лечебные вина и т. д.

Используя многокомпонентные смеси в соответствующей лекарственной форме, тибетские врачеватели строго учитывали количественные и качественные характеристики входящих ингредиентов: рациональным считалось такое их сочетание, при котором «энергия одних не подавлялась бы энергией других».

Кстати сказать, талантливый биоэнергетик, доктор медицинских наук С. С. Коновалов чрезвычайно большое значение придает именно энергетическому лечебному действию на пациента.

Для современных врачей интерес представляют общие принципы составления многокомпонентных лекарственных сочетаний тибетскими врачевателями, учитывающие характер заболевания, степень расстройства регулирующих систем и преимущественную локализацию очага поражения.

Сведения о свойствах растений и других используемых природных продуктов, указанные в трактатах тибетских врачевателей, при их достаточно глубоком анализе могут служить ориентиром в направлении современных фармакотерапевтических исследований, выявления перспективных природных средств, а также для дальнейшего обогащения современной теории составления комбинированных препаратов и пополнения их перечня новыми эффективными лекарствами.

Так, на базе тибетской рецептуры создан новый адаптогенный препарат (кардекаим); на стадии доклинического испытания находятся нефропротекторные и противовоспалительные препараты. Наряду с разработкой комплексных препаратов создаются фитопрепараты из отдельных перспективнеых видов сырья спазмолитического, обезболивающего, желчегонного действия.

Основными преимуществами для разработки всех этих препаратов из натурального сырья (по сравнению с химически синтезированными) являются — сравнительно высокая фармакотерапевтическая эффективность при соответствующих формах патологии, благоприятное сочетание двух и более видов активности в одной лекарственной форме, практическая безвредность многих из них при длительном применении, современная лекарственная форма и длительные сроки хранения.

Добавлю, что являясь «мягкими» антигенами, все эти препараты из природного сырья не становятся непосильной нагрузкой для иммунной системы пациента и его эфферентных органов, в отличие от лекарств, созданных путем химического синтеза («жесткие» антигены).

В основе многостороннего фармакотерапевтического влияния препаратов из природных продуктов (растительных экстрактов) лежит один из важнейших механизмов действия доминирующих компонентов — фенольных соединений, связанный с ингибированием свободнорадикального окисления липидов и стабилизацией биологических мембран.

Конечно, их благоприятное влияние на патологию органов, например, пищеварения, определяется не только содержанием в их составе веществ фенольной природы. Весомый вклад вносят и другие биологически активные вещества (БАВ), оказывающие действие на уровне базисных реакций (фенольные соединения, витамины Е, А, К, С, Р, пептиды, органические кислоты и др.), а также другие природные соединения, проявляющие фармакологическую активность на фоне базисной стабилизации мембранных структур клеток. В результате такого совокупного взаимодействия присутствующих в комплексных препаратах и экстрактах БАВ очевидно обусловливается конечный фармакотерапевтический эффект их применения.

Необходимым условием для дальнейшего успешного развития исследований в области фармакотерапии природных лекарственных препаратов является продолжение тесного сотрудничества фармакологов (владеющих современными высокоточными методиками исследования) с компетентными представителями традиционной (в данном примере тибетско-бурятской) медицины в изучении и использовании ее богатейшего наследия. Это не только будет способствовать познанию сути, в данном примере, тибетской традиции врачевания, но также несомненно принесет пользу практическому здравоохранению.

2. ЗДОРОВЬЕ И ОЗДОРОВЛЕНИЕ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Как видно, в приведенном определении отдельно выделяются физическое, психическое и социальное здоровье. При этом физическое здоровье — это состояние **полного совершенства саморегуляции функций организма** (выделено мною — *А. К.*), гармония физиологических процессов и максимальная адаптация к постоянно меняющимся факторам внешней среды (обитания). Психическое здоровье — это отрицание болезни, ее преодоление. Социальное здоровье — это мера социальной активности индивидуума.

Таково официальное (медицинское, научное) определение понятия «здоровье». Что же касается бытового, житейского определения, то оно, по видимому, сводится к отсутствию каких либо жалоб на возможность выполнять повседневные нагрузки при постоянно хорошем общем самочувствии. При нарочитой простоте указанного определения здоровья за ним скрывается состояние полного совершенства саморегуляции функций организма, нарушение которого и приводит к болезни.

Что же касается понятия «оздоровление», то оно означает сделать здоровым, улучшить состояние здоровья (см. С. И. Ожегов. Словарь русского языка. — М., 1991. — С. 446). Применительно к теме нашего повествования это включает перечень (описание) мер (методик), которые позволяют оздоровить организм, то есть постоянно поддерживать его в здоровом состоянии. При этом использование (применение) их должно быть строго индивидуальным в соответствии с желаниями и физическими возможностями индивидуума.

Где то, помнится, я читал, что в далекие (древние) времена один восточный деспот платил своему личному врачу лишь за те дни (недели, месяцы, годы), когда он был здоров, и лишал его зарплаты, а то и жестоко наказывал, если заболевал. Поэтому, стремясь избежать наказания, возможно смертельного, лечащий врач деспота все свои знания и способности тратил на разработку

и осуществление мер поддержания здоровья своего пациента, то есть постоянное его оздоровление.

К сожалению, с тех далеких (древних) времен ситуация в корне изменилась. По мере все большей цивилизованности человеческого сообщества менялась и среда его обитания, становясь все более агрессивно болезнетворной. Появились и научно оформились техногенные факторы среды обитания, многие из которых оказались патогенными, то есть болезнетворными. В настоящее время их изучает и вырабатывает меры профилактики и лечения специальная отрасль медицинской науки — профпатология.

К сожалению, число болезней постепенно нарастает как количественно, так и качественнно в смысле тяжести течения и неблагоприятного прогноза. Поэтому современному врачу лечебнику (в частности, участковому терапевту — ведущей фигуре здравоохранения) просто нет времени заниматься профилактическими мероприятиями.

Указанная ситуация характерана не только для России, но и для других стран цивилизованного сообщества. Это как бы перекладывает ответственность за проведение оздоровительных (профилактических) мероприятий с врачей лечебников на специалистов по здоровому образу жизни (валеологи) и реабилитологов, а также на самих граждан, имея в виду их осведомленность о необходимых своевременно и регулярно проводимых (корректных) оздоровительных мероприятиях.

2.1. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Многие наши сограждане, из числа не имеющих отношения к медицине, при разговоре о здоровом образе жизни с несомненным внутренним огорчением произносят примерно так: «Ну, это не для меня» или: «Мне это не потянуть» и т. п. А зря!

Когда меня, как врача лечебника с многолетним стажем практической работы спрашивают о том, что я вкладываю в понятие **здорового образа жизни**, я обычно коротко отвечаю — **надо не переедать и больше двигаться**. Конечно, я при этом сознательно упрощаю ситуацию, но тем не менее, как мне представляется, схватываю основные, во всяком случае подконтрольные практически каждому человеку элементы здоровья. Ведь в действитель

ности большинство из нас переедают или, во всяком случае, питаются (количественно и качественно) не в соответствии с низкой повседневной физической активностью. Что греха таить: многие из нас считают престижным иметь свой собственный автомобиль, ленятся подняться (лишний раз) по лестнице и т. п.

Как то, выступая (в прениях) на очередном форуме спортивных врачей и специалистов по лечебной физкультуре, я сказал примерно следующее.

Когда речь идет о здоровом образе жизни не десятков и даже не сотен, а миллионов трудящихся, следует четко различать понятия «спорт» и «физическая культура» или (массовая) «физическая активность». Ибо любой спорт никогда не будет действительно массовым занятием, поскольку он просто ограничен определенными возрастными переделами. Это всегда элитное, зрелищное, соревновательное занятие.

Абсолютное большинство спортсменов в определенном для каждого вида спорта возрастном периоде заканчивают постоянные физические тренировки, что не может не отразиться ухудшением на их самочувствии и здоровье. Но это специальный вопрос, который не является темой моего повествования.

Совсем другое массовая физическая культура, привычка к постоянной физической активности (лучше на примере родителей) с раннего детского возраста. С этой точки зрения принципиально важным является не столь давнее решение правительства Российской Федерации о массовом выделении участков (от 6 соток и более) трудящимся под сады огороды.

Как правило, это неудобные для государственного землепользования земли, для культурного освоения которых требуется должная физическая активность. И это буквально всколыхнуло всю страну: с весны до глубокой осени миллионы людей регулярно выезжают на электричках, автобусах и личном транспорте за город, где семьями трудятся на свежем воздухе, приучая к этому своих детей и внуков. Это закладывает или стимулирует (в зависимости от возраста) привычку к движению и физической активности, что чрезвычайно полезно для состояния здоровья.

Указанное, с моей точки зрения, является принципиально важным вкладом в **создание стойкого стереотипа к повседневной посильной физической активности как важного элемента здорового образа жизни**, особенно для представителей нефизического, интеллектуального труда (за письменным столом, за компьютером и др.). Это важно для здоровья, ибо при посильной физической активности, особенно на свежем воздухе, усиливается кровообращение всего организма, после работы появляется хороший аппетит, лучше работает кишечник и т. д.

Все вышеуказанное работает на профилактику современных «болезней цивилизации» (артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, варикозного расширения вен нижних конечностей, их тромбозов с угрозой тромбоэмболий, хронических запоров и др.).

Вообще-то **человеческий организм, как и любой другой организм живой природы**, независимо от степени сложности его внутренней структуры и организации рождается для жизни и от рождения **имеет механизмы поддержания жизнедеятельности, которые подчиняются общему закону саморегуляции в живой природе**. В человеческом организме этот механизм имеет генетически детерминированный характер, то есть передается по наследству.

К сожалению, образ жизни современного (цивилизованного) человека, для которого характерны уменьшение повседневной физической активности (гипокинезия) и несбалансированное питание со склонностью к перееданию, снижает врожденный потенциал здоровья.

Хотелось бы, чтобы все вышесказанное, как и содержание этой публикации в целом, послужили поводом задуматься, трезво оценить свой образ жизни, состояние своего здоровья и если необходимо — внести определенные коррективы пока не поздно.

2.2. ОСНОВНЫЕ СИСТЕМЫ (МЕХАНИЗМЫ) ГОМЕОСТАЗА

Устойчивость организма к действию различных факторов риска (заболеть) **во многом зависит от взаимослаженной работы саногенетических механизмов саморегуляции организма, сформированных в процессе эволюции человека**. Эти генетически заложенные механизмы имеют индивидуальные особенности и обусловлены разнообразием защитных функций кодируемых белков (ферментов, изоферментов и т. д.).

Понятие саногенеза с генетических позиций включает наличие динамичного комплекса взаимосвязанных защитных реакций (механизмов) на разных уровнях структурной организации, призванных сохранять саморегуляцию физиологических систем организма. При этом генетический статус индивидуума составляет основу саногенеза и определяет его индивидуальность.

Так, одной из основных (пока что наиболее изученных) генетически обусловленных систем защиты является система детоксикации ксенобиотиков (разного рода болезнетворных субстанций) — так называемая система ацетилирования, которая включается при появлении их (ксенобиотиков) во внутренней среде организма.

Но эффективность ее работы зависит не только от разложения и дезактивации вредных чужеродных субстанций во внутренней среде организма (на атомарно молекулярном уровне), но и от слаженной и эффективной работы всех (эфферентных) органов выделения, в первую очередь почек, кишечника, кожи, которые обеспечивают регулярное выведение обезвреженного патогенного (болезнетворного) материала из организма.

Однако, для этого необходимо (как минимум!) хорошее кровообращение, которое обеспечивается в первую очередь постоянной двигательной активностью, и сбалансированное питание, то есть отсутствие переедания. Но это вступает в противоречие с общепринятым образом жизни современного (цивилизованного) человека.

Как известно, здоровье поддерживается при условии сохранения гомеостаза всех компонентов внутренней среды организма на основе нормы реакции. В свою очередь, болезнь проявляется в виде нарушения гомеостаза. Болезнь может быть обусловлена усиленным действием (патогенных) факторов среды, которые выходят за пределы возможной нормы реакции (дисгомеостаз). Также болезнь может быть связана с генетически уменьшенной нормой реакции, при которой дисгомеостаз возникает при умеренных воздействиях (патогенных) факторов среды обитания.

Таким образом, болезнь есть одно из проявлений приспособительных реакций на действие повреждающих факторов окружающей среды. Поскольку **каждый человек с генетической точки зрения строго индивидуален и неповторим**, то и реакции каждого

человека специфичны. То, что является благоприятным фактором для одного, может быть резко патогенным для другого индивида.

Гомеостаз — генетически обусловленный компонент фенотипа. Наследственная информация, реализующаяся в индивидуальном развитии организма через биосинтез РНК и белков, обеспечивает формирование признаков и свойств организма не как стабильных, инвариантных по отношению к изменяющейся среде, а как способных к определенной вариабельности. Размах этой вариабельности, его нижние и верхние границы строго индивидуальны.

Таким образом, норма реакции генетически обусловлена и формируется в процессе онтогенеза как один из элементов фенотипа в целом. В эволюционном формировании как самой нормы реакции, так и ее генотипической обусловленности естественный отбор закрепил гибкие и варьирующие реакции организма на внешние воздействия, или, другими словами, закрепил норму реакции. Следовательно, с позиции генетики гомеостаз — генетически обусловленный компонент фенотипа.

Обеспечение стабильности генотипа — основу надежности генотипа составляют дублированность его структурных элементов, матричный принцип биосинтеза, способность к репарации повреждения ДНК. В их основе лежат ферментативные процессы.

Генетический контроль генной активности и гомеостаз внутренней среды организма должны обеспечиваться помимо только что изложенных фундаментальных механизмов надежностью генетического контроля генной активности. Механизмы такого контроля на молекулярном и надмолекулярном уровнях пока не раскрыты. Однако кажется несомненным, что такой контроль удивительно помехоустойчив.

Хотя еще не полностью выяснено, какими генетическими механизмами обеспечивается постоянство внутренней среды организма (фенотипический уровень), можно предположить молекулярно генетические и биохимические цепочки событий от гена до признака нарушения: можно расчленить физиологические механизмы гомеостатической реакции на составляющие.

По мере развития медицины и проникновения биологической науки в глубинные механизмы построения и жизнедеятельности человека будут полнее распознаваться и условия, при которых

происходит гармоничное развитие человека, сохраняется и укрепляется его здоровье или, наоборот, возникают нарушения функций и болезнь.

Среди диагностических критериев оценки функционального состояния (организма) в последнее время все более активно используется уровень общей неспецифической реактивности организма, качественно и количественно отражающий степень индивидуальной чувствительности к различным факторам внешней среды (обитания).

Но существующие подходы к оценке функционального состояния человека (его здоровья) требуют дальнейших поисков интегративных критериев, отражающих индивидуальные генетические (наследуемые) особенности нормы гомеостаза, что позволило бы установить научно обоснованные информативные критерии экспресс оценки функционального состояния организма здорового и больного человека

Живой организм представляет собой очень сложную саморегулирующуюся систему. Благодаря существованию множества функционирующих каналов прямой и обратной связи между системами гомеостаза, все его биологические структуры объединены в единое интегративное целое. При этом любая их часть постоянно испытывает влияние множества источников сигналов и сама, в свою очередь, является источников влияния на многие биологические структуры гомеостаза. В целом, состояние здоровья определяется постоянством взаимодействия множества биологических структур на всех уровнях систем гомеостаза организма.

Однако становится все яснее, что при хронизации болезни, когда в патологический процесс вовлечены различные органы и системы, создающие в организме сложные переплетения болезнетворных и защитных реакций, трудно отделить поломку и защиту от нее. Возможно поэтому попытки интенсивно «бомбардировать» лекарствами мультифакторные заболевания приводят, как правило, к негативным последствиям, а целительный фактор может стать одновременно и разрушительным.

Как, по-видимому, понимает читатель, человеческий организм — уникальное создание живой природы, его жизнедеятельность обеспечивается достаточно большим числом механизмов взаимосланженного функционирования многих регуляторных систем гомеостаза, о существовании которых люди (не имеющие отношения к медицине) даже и не подозревают. Нет необходимости и возможности представить все их, да это и не входит, как понимаете, в мои задачи. Поэтому остановлюсь лишь на некоторых из них, видимые проявления деятельности которых наиболее доступны наблюдению, а сбои в работе значительно нарушают наше самочувствие и состояние.

Самая древняя из указанных систем, по видимому, пищеварительная. Она предназначена для механической и химической переработки съедаемой пищи, всасывания полезной ее части и выделения из организма неусвоеных ее остатков. Ее площадь достаточно большая — около 200 м².

Основные питательные вещества — белки, жиры и углеводы. В соответствии с их удельным весом в составе пищевых продуктов пища может быть преимущественно белковой, жировой или углеводной. В большинстве регионов России преобладает, по видимому, смешанная пища; это определяется многими факторами, включая семейные традиции и возможности личного бюджета. При этом следует знать, что «однобокое» питание со временем может вызвать нарушения со стороны здоровья.

Вспоминается курьезный случай, когда на встрече со студентами в Улан Уде (регион Забайкалья) молодой человек задал мне вопрос — в течение многих лет он ест несколько раз в неделю жирный шашлык, полезно ли это для его здоровья? Мой ответ, по видимому, читателю очевиден.

Еще более серьезного внимания заслуживает состояние микрофлоры. Дело в том, что нормальная **микрофлора** внутренней среды организма несомненно имеет общебиологическое значение и **участвует в процессах его саморегуляуции**. Но наиболее изучена в этом смысле роль микрофлоры желудочно кишечного тракта.

Пищеварительная система человека — это открытая экологическая система, которая находится в состоянии динамического неустойчивого равновесия с окружающей средой. Взаимоотношения позвоночных животных с микроорганизмами, которые в норме существуют в некоторых системах (не только в пищеварительном тракте) организма (так называемая микробиота) древнейший способ сосуществования макроорганизма с микроорганизмами.

Количество микроорганизмов в различных органах и тканях (биотопах) человека превышает 10 в 15 степени, что в 100 раз больше общего количества клеток человеческого организма, а по весу составляет 3—5 кг (в зависимости от массы тела), и может рассматриваться как самостоятельный орган. Шестьдесят процентов всего количества микроорганизмов населяет желудочно кишечный тракт, 15—16% — ротоглотку и урогенитальный отдел (мочеполовую систему), остальная часть приходится на систему органов дыхания и кожные покровы.

В желудочно кишечном тракте микроорганизмы живут на всем его протяжении. Кишечная микрофлора, в частности, толстой кишки, состоит из постоянно встречающихся видов — облигатная, а также из случайных (факультативных) микробов.

Микрофлора желудочно кишечного тракта содержит представителей по крайней мере 17 различных семейств бактерий, причем максимальное их количество обитает в толстой кишке. Девяносто процентов микрофлоры толстой кишки — анаэробы (то есть такие микроорганизмы, которые наиболее комфортно себя чувствуют в отсутствии кислорода). Общее число видов бактериальной микрофлоры в кишечнике составляет от 600 до 1000 видов, а по последним данным, возможно, значительно больше — около 7000 видов. В кишечнике существуют также около 1200 видов вирусов.

Между различными микробными видами и макроорганизмом существуют сложные взаимоотношения. В сообществах микроорганизмов происходит постоянный информационный обмен, который получил название «чувство кворума» («Quorum sensis»). В зависимости от концентрации различных микробных метаболитов микроорганизмы получают информацию о состоянии каждого микробного вида и всей их совокупности как единой системы, так называемой микробиоты. Существует также обмен информации между микробиотой и макроорганизмом, который был назван Cross talk и который опосредуется экспрессией низкомолекулярных пептидов (модулинов).

Благодаря выделению модулинов микроорганизмы узнают об изменениях внутренней среды макроорганизма и изменяют собственный метаболизм, приспосабливаясь к этим изменениям и по возможности нивелируя их. Для этого в каждой микробной клетке имеется более 20 молекулярных сенсорных систем, позволяющих быстро реагировать на любые изменения микроокружения.

По характеру метаболизма кишечная микрофлора делится на две группы. Первая представлена так называемыми протеолитическими видами (то есть такими, которые используют в качестве питательного субстрата продукты белкового метаболизма) — бактероиды, протей, кишечные палочки, клостридии и др. Многие виды протеолитической микрофлоры относятся к условно патогенным, и в результате их метаболизма образуются токсические соединения (сульфиды, ароматические углеводороды и др.). Эти вещества могут вызвать воспаление, нарушения стула, а также являются канцерогенными.

Вторая группа кишечной микрофлоры — сахаролитическая (бифидо- и лактофлора, некоторые кокки, пропионобактерии и другие виды). Эти микроорганизмы используют в своем питании углеводные субстраты. Именно сахаролитическая флора, присутствующая в наибольшем количестве (бифидо-, лактобактерии), и продукты ее обмена полезна макроорганизму, то есть человеку. Она влияет на различные его функции и защищает от неблагоприятных воздействий условно патогенной протеолитической микрофлоры (небольшое присутствие которой в организме также необходимо для реализации некоторых обменных процессов, регуляции иммунных реакций, а также для нормального роста сахаролитической флоры).

Микрофлора желудочно кишечного тракта содержит представителей по крайней мере 17 различных семейств бактерий, причем максимальное их количество обитает в толстой кишке. Девяносто процентов микрофлоры толстой кишки — анаэробы (то есть такие микроорганизмы, которые наиболее комфортно себя чувствуют в отсутствии кислорода).

Преобладание анаэробной микрофлоры в кишечнике связано с тем, что ее наибольшее количество, исходя из функциональной необходимости, сосредоточено вблизи кишечного эпителия. При этом следует учесть, что в зоне, прилегающей к эпителию, создается отрицательный потенциал (от –50 до –220 милливольт) за счет работы натриевых насосов плазматической мембраны эпителиальных клеток, необходимых для нормального ионного обмена, и поэтому в этой зоне отсутствует кислород. Ближе к центру про

света кишки кислорода становится больше, и там существуют аэробные микроорганизмы (то есть такие, которые для своего роста и развития нуждаются в кислороде), но общее их количество значительно меньше анаэробной микрофлоры, поскольку основные обменные процессы происходят вблизи кишечной стенки, где кислорода почти нет.

Кишечная микрофлора состоит из двух взаимосвязанных популяций: полостная микрофлора и пристеночная, или мукозная микрофлора. Состав мукозной микрофлоры весьма стабильный, а полостной — значительно более изменчивый, и зависит от характера питания, в частности, от поступления с пищей пищевых волокон. Эти волокна служат питательной средой для микроорганизмов, а также являются матрицей, на которой кишечные бактерии образуют колонии. В определяемой лабораторно фекальной микрофлоре доминирует полостная флора, что уменьшает значимость посева кала на дисбактериоз для оценки истинного состояния кишечной микробиоты.

Мукозная микрофлора формирует микроколонии, образующие биопленки. Тесная взаимосвязь между бактериальными биопленками и кишечной стенкой позволяет говорить о едином микробно тканевом комплексе, в состав которого входят:

микроколонии бактерий;

продуцируемые бактериями различные метаболиты;

эпителиальные клетки слизистой оболочки кишки и их гликокаликс;

— муцин, продуцируемый бокаловидными клетками эпителия кишки;

— клетки стромы слизистой оболочки, в том числе клетки микроциркуляторного русла и нейроэпителиальные клетки.

Муциновый слой колонизирован муцинассоциированной микрофлорой, для которой он поставляет гликопротеины, необходимые для нормального роста бактериальных сообществ.

Структурная связь пристеночной микрофлоры с кишечным эпителием возникает благодаря специфическим рецепторам слизистой оболочки кишки, к которым прикрепляются бактерии с помощью лектинов, находящихся на их поверхности и ответственных за процесс адгезии. На клетках слизистой оболочки кишки имеется несколько типов рецепторов, способных специфически

распознавать различные бактериальные антигены. Эти рецепторы получили название Toll рецепторов (или TLR рецепторов), и именно благодаря этим рецепторам формируется индивидуальный вариант кишечной микрофлоры в каждом макроорганизме (человеке).

Микрофлора кишечника играет очень важную роль в нормальном функционировании организма, и можно утверждать, что гнотобионты (то есть безмикробные биосистемы) полностью нежизнеспособны! Это было показано в соответствующих экспериментах на новорожденных мышах, у которых добивались стерильности в кишечнике — такие животные погибали в течение нескольких дней от банальных инфекций после того, как их помещали в нормальную, населенную естественными микроорганизмами среду. Ведь около 80% всех иммунокомпетентных клеток находится именно слизистой оболочке кишечника, и каждый метр кишечника взрослого человека содержит около 1010 лимфоцитов.

В результате контакта с различными антигенами (прежде всего, с бактериальными антигенами нормальной кишечной микрофлоры) они постепенно «набираются силы» и вместе с межклеточной жидкостью лимфой поступают в мезентериальные лимфатические узлы. Оттуда в результате последующей трнсформации (уже как плазмобласты) они поступают в кровь и проникают в слизистые оболочки дыхательных путей и мочеполового тракта, в слюнные, слезовыделительные и молочные железы и другие органы, формируя их местную защиту (местный иммунитет). Около 80% всех иммунных клеток (лимфоцитов) впоследствии поступает обратно в кишечник, что поддерживает постоянную антигенную стимуляцию организма и необходимо для нормального функционирования иммунной системы — этой важнейшей системы жизнеобеспечения организма.

В целом нормальная кишечная флора участвует в:

1) продукции и регуляции выделения биологически активных соединений — витамины (К, B_{12}, B_2, фолиевая кислота, биотин, пантотеновая кислота), гормонов (норадреналин, стероиды), антибиотиков, передатчиков нервных сигналов и сигнальных молекул (гистамин и серотонин и др.) — влияние на регуляции секреторной и моторной функций органов желудочно кишечного тракта, синтезе некоторых антиоксидантов (глютатион, витамин Е);

2) продукции некоторых (летучих) жирных кислот;

3) участии в иммуногенезе и регуляции местного и общего иммунитета;

4) регуляции водно солевого обмена;

5) защите от патогенных микроорганизмов (препятствие размножению патогенных микроорганизмов);

6) детоксикации экзо и эндогенных метаболитов;

7) противоопухолевой защите, в частности, разрушении мутагенных веществ;

8) активации некоторых лекарственных средств и т. д.

Уже одно это, далеко не полное перечисление функций кишечной микробиоты доказывает ее важность для нормального функционирования организма. Практически нет ни одной его функции, в модуляции которой не принимала бы участие кишечная микробиота. Нарушение ее нормального состава приводит к дисбиозу (дисбактериозу) кишечника, который, к сожалению, является очень часто привилегией нашего современника уже с раннего детского возраста, постепенно ослабляя механизмы саморегуляции (саногенез).

При формировании дисбактериоза может быть сочетание следующих изменений нормального состава кишечной микрофлоры:

1) изменяется нормальное соотношение анаэробы аэробы, и начинают преобладать аэробные микроорганизмы;

2) изменяется численность и состав микробных видов, и при этом обычно снижается количество полезных видов микроорганизмов (в частности, определенных видов бифидо и лактобактерий) и появляются условно патогенные и даже патогенные виды микрофлоры;

3) изменяется метаболическая активность микробных видов.

Таким образом, дисбиоз (дисбактериоз) кишечника обладает системным (патогенным) действием на организм.

Основы его развития могут закладываться еще в период внутриутробного развития плода из-за различных болезней беременной женщины, бытовых токсикоманий (курение табака, алкоголизация и др.), приема ею антибиотиков, а также других патогенных воздействий.

Первичная колонизация кишечника у младенца начинается в родах и зависит от состава микрофлоры толстой кишки и влагалища матери. В настоящее время появилась точка зрения о возможном начале колонизации кишечника плода еще в матке благодаря феномену так называемой бактериальной транслокации.

Дисбаланс микроэкологии у беременных женщин приводит к формированию контингентов лиц с врожденной сниженной резистентностью (устойчивостью) к колонизации кишечника потенциально патогенными микроорганизмами. Отсюда должен быть понятен необходимый ранний контакт новорожденного с телом его здоровой матери, когда прикладывание младенца к груди способствует заселению его кожи и слизистых оболочек (нормальной) материнской микрофлорой. Отсюда понятна принципиальная важность здоровой экологии матери для формирования нормальной микробиоты младенца.

Недостаток грудного молока и раннее прекращение грудного вскармливания также нарушает нормальное становление кишечной микрофлоры младенца. В первые дни кишечник новорожденного населяется различными микроорганизмами, в том числе аэробными, поскольку ткани кишечника в этот период богаты кислородом. Аэробная микрофлора поглощает кислород, что создает благоприятные условия для размножения анаэробной бифидофлоры, постепенно, с 3–5 дня начинающей вытеснять аэробные бактерии. При искусственном вскармливании этот естественный процесс нарушается.

Так, при искусственном вскармливании ко второму месяцу жизни количество полезной бифидофлоры в кишечнике младенца более чем в 2 раза меньше, чем у детей, которых кормят грудью. В материнском молоке содержится большое количество так называемых «бифидогенных факторов», к которым, в частности, относятся гликопротеины, входящие в состав казеина женского молока, интерферон, пропердин, секреторный иммуноглобулин А и многие другие компоненты общим числом более 100. Кроме этого, в материнском молоке содержатся эндогенные лакто и бифидобактерии. Таким образом, грудное молоко матери является для младенца естественным синбиотиком, так как содержит про и пребиотики, необходимые для нормальной функции его пищеварения в целом.

Росту нормальной бифидофлоры в кишечнике младенца также способствует благоприятное соотношение в материнском молоке

белка, фосфора и лактозы: низкое содержание первых двух компонентов и высокое — последнего. Такое соотношение обеспечивает сниженную буферность молока и снижения pH кишечной среды, что способствует росту бифидобактерий.

При этом нормальная бифидофлора поддерживает оптимальную кислотность в кишечном просвете, выделяя уксусную и молочную кислоты, что препятствует размножению условно патогенной и патогенной флоры. Бактерии нормальной кишечной микрофлоры взаимодействуют с Toll рецепторами слизистой оболочки кишки, что с одной стороны обеспечивает нормальное функционирование кишечного эпителия, а с другой стороны повышает резистентность кишечника к воздействию воспалительных агентов и препятствует прикреплению чужеродной микрофлоры. В целом это способствует формированию здорового иммунитета новорожденного.

В течение последующих месяцев жизни и в связи с включением прикорма микрофлора кишечника ребенка изменяется и постепенно становится такой же, как и у взрослых (вероятно, к концу 1–2 года жизни). В процессе жизни возможны некоторые отклонения от ее первоначального состава, что связано с изменениями различных метаболических процессов в организме в разные возрастные периоды, с характером питания и особенностями гигиены.

Состав кишечной микрофлоры практически здорового человека достаточно стабилен на протяжении его жизни и, можно сказать, уникален. Любые влияния, отрицательно воздействующие на микрофлору кишечника в период ее становления, приводят к нарушению состава кишечной микробиоты. Формирование неполноценной кишечной микробиоты в раннем детстве обусловливает повышенный риск заболеваемости различными заболеваниями в последующей жизни.

Дисбиоз кишечника может привести также к развитию дисбиоза в других биотопах человека, в частности, благодаря уже названному ранее феномену транслокации — проникновению живых кишечных микроорганизмов (а также их фрагментов) в различные среды организма. Бактерии попадают в кровь через участки физиологической десквамации (повреждения) эпителия, а также через межклеточные щели нормальной слизистой оболочки желудка и верхних отделов кишечника. Бактерии попадают в кровь

через 2–10 минут после попадания их в желудок. Количество микроорганизмов в циркулирующей крови незначительно, и это затрудняет их обнаружение (используются методы количественной полимеразно-цепной реакции (ПЦР).

Процессы транслокации регулируются макроорганизмом и важны для бытовой иммунизации. При этом происходит контакт иммунокомпетентных клеток лимфоидной системы с антигенами различных бактерий, что в итоге играет защитную роль. Из нижних отделов толстого кишечника проникновения живых микроорганизмов в кровь или лимфу в норме, вероятно, не происходит. Нормальная кишечная микрофлора благодаря транслокации способна проникать во внутренние среды организма и кожу, в очаги инфекции и оказывать там лечебное действие из за своих антагонистических свойств по отношению к условно патогенной и патогенной микрофлоре. У больного с выраженным дисбиозом кишечника во внутренние среды организма может проникнуть уже условно патогенная или патогенная флора и вызвать ухудшение течения хронических заболеваний вплоть до развития сепсиса при тяжелом дисбиозе.

Феномен бактериальной транслокации впервые описан сравнительно недавно (R. Berg в США в 1985 г.) и является, скорее всего, полезным физиологическим явлением, а не явлением патологическим, каким многие его считали до недавнего времени. Этот феномен присутствует не только у всех животных, но даже имеет определенные аналогии в растительном мире. У людей с выраженным дисбиозом кишечника, особенно если он сочетается с повреждением защитного барьера на уровне кишечной стенки и лимфоидной ткани кишечника, возможно проникновение кишечной микрофлоры не только из желудка и тонкого кишечника, но также и из толстого кишечника во внутренние среды организма, что является, конечно, уже патологическим процессом.

В конце прошлого века (в 80-х годах) выдающийся российский физиолог А. М. Уголев разработал основные положения новой междисциплинарной науки — трофологии. Эта наука изучает процессы ассимиляции (усвоения) пищи и трофические взаимоотношения на всех уровнях организации биологических систем, которую можно представить в виде комбинации различных блоков, взаимодействующих с помощью регулирующих систем.

Исходя из представлений трофологии, нормальное питание обусловлено несколькими потоками не только нутритивных (питательных), но и регулирующих веществ, имеющих жизненно важное значение. К ним относятся, в частности, гормоны пищеварительной системы, сами пищевые ингредиенты и различные биологически активные вещества, синтезируемые кишечной микрофлорой, а также токсины, содержащиеся как в пище, так и образующиеся в процессе жизнедеятельности кишечной микрофлоры.

Уголев рассматривал процесс ассимиляции пищи из пищеварительной трубки не просто как источник питательных веществ и энергии, но также как источник самых разных биологически активных веществ, необходимых не только для жизнедеятельности макроорганизма, но также для нормального функционирования кишечной микрофлоры.

При этом макроорганизм и бактериальная микрофлора рассматриваются как надорганизменная система, которая состоит из доминирующего многоклеточного организма и специфической бактериальной поликультуры эндоэкосистемы. Исходя из этого, понятно, что кишечная микрофлора является неотъемлемой составляющей пищеварительной цепи, и основной задачей предупреждения и лечения дисбиоза является нормализация состава пищи.

Современные методы обследования позволяют выявить нарушения нормального состава (соотношения) кишечной микрофлоры (дисбиоз), определить стадию и варианты преимущественных изменений в составе кишечной микрофлоры.

В ее коррекции необходимой составной частью является нормализация питания. У большинства людей с дисбиозом кишечника не зависимо от причины, его вызвавшей, имеют место те или иные нарушения нормального физиологического питания. Впрочем, при современных особенностях жизни на работе и в быту большинство людей питается, не соблюдая полностью всех принципов правильного питания.

К основным нарушениям питания относятся:

1) *несоблюдение режима* питания — нерегулярное питание с большими интервалами (более 8 часов), из-за этого потребление избыточного количества пищи за один прием, особенно вредное в вечернее время (на ночь);

2) *еда всухомятку*, с быстрым заглатыванием пищи, то есть без тщательного ее пережевывания в ротовой полости;

3) *однообразное питание* с недостатком общего количества нутриентов (перевариваемый и всасывающийся в кишечнике пищевой материал, который идет на удовлетворение энергетических и пластических расходов организма) в рационе;

4) *несбалансированное питание* в самом широком смысле — дефицит различных конкретных необходимых для человека компонентов в рационе, как нутриентов, так и балластных веществ (белки, содержащие незаменимые аминокислоты; ненасыщенные жирные кислоты; витамины; микро- и макроэлементы; пищевые волокна — растительная клетчатка, и др.).

В современных условиях особенно выражен дефицит потребления овощей и фруктов. Их в норме должно съедаться не менее 400 г в сутки, а так называемая «средиземноморская» диета рекомендует потребление овощей и фруктов в количестве 1000 г в сутки. Рыбы, содержащей определенные полиненасыщенные жирные кислоты, которых нет в других продуктах, должно потребляться не менее 30 г в сутки, иначе — 210—250 г в неделю. Нарушения нормального питания часто приводит к развитию запора, что само по себе, не говоря о других неблагоприятных последствиях этого неприятного состояния, может способствовать сравнительно быстрому развитию дисбиоза кишечника.

Дисбиоз может вызвать нарушения нормального опорожнения кишечника. **Чрезвычайно важно наладить ежедневный акт дефекации, лучше всего — в утренние часы и без избыточного натуживания.** Это следует делать с помощью диеты (необходимо **употребление балластных веществ** — растительной клетчатки) и активного образа жизни (например, **умеренно быстрая ходьба на свежем воздухе не менее 10 км в день**). Систематический прием препаратов из группы слабительных средств противопоказан, так как это способствует быстрому воспитанию «ленивой» толстой кишки и еще большему прогрессированию запоров.

Следует подчеркнуть, что достаточно часто использование различных антисептиков, в том числе антибиотиков, вовсе не обязательно, можно применить сорбенты или же сразу начать лечение с диеты в сочетании с пре- и пробиотиками, многие из которых относятся к биологически активным пищевым добавкам (БАД).

В широком смысле **пребиотиками** называют большую группу различных по структуре и происхождению веществ немикробного происхождения, которые стимулируют рост и развитие нормальной кишечной микрофлоры. Такой способностью обладают:

1) различные олигосахариды (лактоза, фруктоза, галактоза и др.);
2) моносахариды (ксилит и др.);
3) полисахариды (пектины, декстрин, инулин и др.);
4) пищевые волокна;
5) различные растительные и микробные экстракты (тыквенный, рисовый, кукурузный, морковный, чесночный, дрожжевой и др.);
6) ферменты (например, микробного и грибкового происхождения);
7) аминокислоты (глутаминовая кислота, валин, аргинин);
8) антиоксиданты (витамины С, А, Е, каратиноиды, соли селена и др.)
9) ненасыщенные жирные кислоты;
10) экстракты различных водорослей.

На основе некоторых из этих веществ созданы БАД, а также лекарственные средства, нормализующие состав кишечной микрофлоры. Важно подчеркнуть, что пребиотики не содержат живых микроорганизмов.

Другой группой препаратов являются **пробиотики** — биопрепараты, содержащие живые штаммы различных представителей нормальной кишечной микрофлоры. Исторически именно эта группа препаратов появилась первой. Использование пробиотиков относится к так называемой «микробиологической терапии», изначальной целью которой было не только модулировать микрофлору кишечника, но также управлять метаболическими процессами и осуществлять иммунорегуляцию.

В начале своего возникновения микробиологическая терапия, особенно в странах Западной Европы, использовалась преимущественно врачами-натуропатами и была отнесена к разделу «Питание». Бактерии в составе микробиологических препаратов выполняют различные функции. Так, бифидо- и лактофлора стабилизирует собственную нормальную микрофлору кишечника человека, энтерококки и определенные штаммы коли-бактерий выступают в основном как иммунорегуляторы.

В нашей стране в настоящее время используются различные пробиотики, получаемые в лабораторных (промышленных) условиях. Необходимо, чтобы используемые в составе пробиотиков микроорганизмы не оказывали токсического действия на макроорганизм (это требование особенно важно с учетом доказанного феномена транслокации бактерий), обладали активностью по отношению к условно патогенной и патогенной микрофлоре, не подвергались действию ферментов желез пищеварительной трубки и хотя бы какое то время жили в кишечнике, оказывая лечебный эффект. К настоящему времени в России существует и используются 5 поколений препаратов этой группы.

Состав микробиоты кишечника у каждого человека уникален. Поэтому любые вводимые извне микроорганизмы через определенное время (в среднем от 5 до 10 дней после прекращения введения) отторгаются как чужеродные. Исходя из всего вышеизложенного, понятно, что дисбиоз может возникнуть при особенностях нашей современной жизни достаточно легко, а полностью излечить его далеко не так просто. Вводимые препараты не могут полностью заменить собственную микрофлору. Важно, чтобы за время лечения в кишечнике были созданы оптимальные условия для роста и развития собственной нормальной микрофлоры. Исходя из этого понятно, что **наиболее целесообразно применять** для лечения больных с дисбиозом кишечника или для профилактики его развития **сочетание пре- и пробиотика** (препарат, в котором они сочетаются, называется «синбиотик»).

Конечно, следует подчеркнуть, что нарушения нормального состава (соотношения) микрофлоры желудочно кишечного тракта следует не столько лечить, но осуществлять профилактику для предотвращения его изменения. К сожалению, в условиях современной жизни это достаточно сложно, но все же возможно при **сбалансированном питании и применении пре- и пробиотиков**; их применение **должно стать неотъемлемым компонентом функционального питания**.

Иммунная система гомеостаза

Термин «иммунитет» за последнее время все более вторгается в нашу жизнь через рекламу якобы особо важных для его состояния синтетических лекарственных препаратов, биологически ак

тивных добавок и даже некоторых пищевых продуктов. И это не случайно, ибо вполне оправдывается действительным снижением многих показателей функциональной активности элементов этого жезненноважного звена гомеостаза у очень многих наших со граждан, что, несомненно, усугубляется с возрастом.

В организме человека иммунная система представлена клетка ми и молекулами, выполняющими его защитные функции. Часть из них называют **факторами неспецифической защиты**, т. к. они защищают организм от самых разных инфекционных агентов. Среди клеточных факторов неспецифической защиты от бакте рий и вирусов важнейшими являются фагоцитирующие клетки (гранулоциты и моноциты крови, тканевые макрофаги) и есте ственные киллеры (большие гранулярные лимфоциты крови). В частности, естественные киллеры оказывают выраженное цито литическое действие на разные клетки организма, имеющие на мембране чужеродные молекулы.

Неспецифическую защиту организма обеспечивают также мно гочисленные молекулы, продуцируемые и секретируемые выше названными клетками, лимфоцитами, клетками печени. В крови постоянно циркулируют также компоненты системы комплемен та. В защитных реакциях воспаления непосредственное участие принимают цитокины: интерлейкины, туморнекротизирующий фактор, интерфероны.

Наряду с этим внутренняя среда организма защищена от проникающих в нее чужеродных макромолекул, в том числе от патогенных микробов, механизмами специфического иммунного ответа. Эти механизмы приобретаются организмом после контакта с конкретным чужеродным веществом (антигеном). Действие этих механизмов строго избирательно и распространяется только на конкретный чужеродный агент (антиген), который индуциро вал иммунный ответ.

Реализация иммунного ответа является функцией высоко специализированной иммунной системы организма, в состав которой входят центральные (костный мозг, тимус) и периферические (селезенка, лимфатические узлы, лимфоидная ткань, ассоциированная со слизистыми оболочками) органы. Основные защитные функции иммунной системы — распознавание и удаление (элиминацию) чужеродных антигенов — осуществляют иммуноком-

петентные клетки (антиген представляющие клетки: дендритные клетки и макрофаги, антиген распознающие Т и В лимфоциты), а также продуцируемые и секретируемые ими макромолекулы — антитела (иммуноглобулины). Лимфоциты — это единственные клетки организма, способные специфически распознавать и раз личать антигены и отвечать активацией на контакт с определен ным антигеном.

При весьма сходной морфологии малые лимфоциты делятся на две популяции, имеющие различные функции и продуцирую щие разные белки. В лимфоциты распознают антигены специфи ческими рецепторами иммуноглобулиновой природы. Связыва ние антигена с таким рецептором является сигналом активации В-лимфоцита и его дифференцировки в плазматическую клетку, активно продуцирующую и секретирующую специфические для данного антигена антитела — иммуноглобулины. Другая популя ция получила название «Т-лимфоциты» в связи с их дифферен цировкой в тимусе. По функциям среди Т лимфоцитов различа ют эффекторные (CD8+ цитотоксические — CTL) и регулятор ные (CD4+ Т-хелперы — Th) субпопуляции.

Особенность Т-клеточного рецептора — способность распознавать чужеродный антиген только в комплексе с собственными клеточными антигенами гистосовместимости на поверхности антиген представляющих клеток (макрофагов или дендритных клеток). Взаимодействие антигена с антиген распознающим рецепто ром является сигналом активации Т-лимфоцита, которая проявляется продукцией и секрецией цитокинов, усиливающих процессы пролиферации и дифференцировки самих Т-лимфоцитов, В лим фоцитов и макрофагов.

Кроме того, цитокины способствуют выходу из кровяного рус ла и активации лейкоцитов, участвующих в воспалительных ре акциях. Активация цитотоксических Т-лимфоцитов приводит к лизису клеток-мишеней, несущих на мембране соответствующий чужеродный антиген. Ответ лимфоцитов на контакт с антигеном включает не только их пролиферацию, но и дифференцировку в направлении клеток эффекторов. В результате дифференци ровки цитотоксические Т лимфоциты приобретают повышенное содержание в цитоплазме гранул, содержащих молекулы цитоток синов, которые вызывают гибель клеток-мишеней.

CD4+ Т лимфоциты после распознавания антигена могут дифференцироваться в двух разных направлениях. Воспалительные Т лимфоциты (Th1) начинают продуцировать цитокины (интерлейкин-2, гамма интерферон), активирующие макрофаги и цитотоксические лимфоциты — эффекторы, защищающие организм от внутриклеточных патогенных агентов.

Другое направление дифференцировки ведет к формированию Т хелперов (Th2), продуцирующих цитокины (интерлейкины 4, 5, 10, 13), активирующие В лимфоциты к продукции соответствующих по специфичности антител — иммуноглобулинов, но в то же время угнетающих реакции клеточного иммунитета. В соответствии с двумя путями дифференцировки Т-лимфоцитов принято различать преимущественно клеточно опосредованный и преимущественно гуморальный (антительный) специфический иммунный ответ.

Некоторая часть ответивших на антиген Т и В лимфоцитов не претерпевает дифференцировки в клетки эффекторы и в клетки продуценты антител. После нескольких делений такие лимфоциты превращаются в клетки памяти, способные сохраняться в организме 20 лет и более и поддерживать состояние иммунологической памяти в отношении конкретного антигена. С этим связана возможность вакцинации против инфекций, когда в ответ на введение вакцины, содержащей антигены, в организме вакцинированного формируется иммунологическая память и способность отреагировать на последующую встречу с тем же антигеном ускоренным и усиленным защитным — иммунным ответом.

Взаимодействие клеток иммунной системы, сила и характер иммунного ответа регулируются на уровне самой иммунной системы ее медиаторами — цитокинами, которые продуцируются клетками иммунной системы и действуют через специальные рецепторы на мембранах иммунокомпетентных клеток. Между антагонистическими группами цитокинов, контролирующими либо клеточно-опосредованный, либо гуморальный иммунный ответ, в норме поддерживается равновесие.

Кроме того, существует нейрогормональная регуляция иммунного ответа и функций иммунной системы, опосредованная действием гормонов и нейропептидов непосредственно на имунокомпетентные клетки или через регуляцию продукции цитокинов.

Многие функции иммунной системы обеспечены дублирующими механизмами, с чем связаны дополнительные резервные возможности защиты организма. Так например, фагоцитарной способностью обладают не только гранулоциты крови, но и мононуклеарные фагоциты (моноциты и макрофаги). В случае снижения количества циркулирующих гранулоцитов их функции берут на себя частично моноциты крови. Фагоцитозу (разрушению) бактерий способствуют и специфические антитела, и комплемент, для которых имеются соответствующие рецепторы на мембранах фагоцитирующих клеток.

В противовирусном и противоопухолевом иммунитете защитными клетками — эффекторами могут служить либо естественные киллеры, либо цитотоксические Т лимфоциты. Злокачественно трансформированные клетки в случае утраты чувствительности к действию цитотоксических Т лимфоцитов одновременно приобретают повышенную чувствительность к действию естественных киллеров. В случае недостаточной продукции гамма интерферона Т лимфоцитами эту функцию берут на себя естественные киллеры. При развитии воспаления несколько цитокинов, являясь синергистами, дублируют функции друг друга, что позволило объединить их в группу провоспалительных цитокинов (интерлейкины 1, 6, 8, 12 и туморнекротизирующий фактор альфа).

В завершающей стадии воспаления участвуют другие цитокины, дублирующие эффекты друг друга, которые являются антагонистами первых и получили название противовоспалительных (интерлейкины 4, 10, 13 и трансформирующий ростовой фактор бета). Цитокины, продуцируемые Th2 (интерлейкины 4, 10, 13, трансформирующий ростовой фактор бета), являются антагонистами цитокинов, продуцируемых Th1 (гамма интерферона, туморнекротизирующего фактора).

В процессах онтогенеза иммунная система претерпевает постепенное развитие и созревание: сравнительно медленное в эмбриональный период, оно резко ускоряется после рождения ребенка в связи с поступлением в организм большого количества чужеродных антигенов.

Тем не менее, большинство защитных механизмов несут черты незрелости на протяжении всего периода детства. Нейрогормональная регуляция функций иммунной системы начинает отчет

ливо проявляться в пубертатный период. В зрелом возрасте иммунная система характеризуется наибольшей способностью к адаптации при попадании человека в измененные и неблагоприятные условия среды обитания. Старение организма сопровождается различными проявлениями приобретенной недостаточности иммунной системы.

В разные возрастные периоды (новорожденности, детства, отрочества, зрелости, старости), в период беременности женщины к иммунной системе предъявляются некоторые дополнительные требования. В организме беременной женщины плод является источником чужеродных (отцовских) антигенов, на которые иммунная система женщины должна реагировать специфическим иммунным ответом, направленным на отторжение чужеродного.

Однако при нормальном течении беременности организм женщины избегает иммунологического конфликта благодаря гормонально обусловленным особенностям иммунной системы, приобретенным в период беременности и способствующим сохранению плода. В течение первого года жизни ребенка его иммунная система испытывает «антигенную перегрузку», в условиях которой задача противоинфекционной защиты и формирования стойкого противоинфекционного иммунитета решается благодаря возрастной особенности его иммунной системы — полноценной работы тимуса, обеспечивающего созревание Т лимфоцитов.

В зрелом возрасте резко возрастает вероятность воздействия на организм неблагоприятных факторов внешней среды: профессиональных, климатических, вредных привычек и др., в связи с чем приобретенная к этому возрасту способность иммунной системы к адаптации позволяет пережить воздействие неблагоприятных условий. У пожилых людей и стариков проявляются признаки нарушений иммунорегуляции, резко снижаются резервные возможности иммунной системы.

Основными факторами риска для иммунной системы являются инфекции, поскольку многие бактерии и вирусы способны повреждать иммунокомпетентные клетки, нарушать их функции, вмешиваться в процессы иммунорегуляции. Кроме того, иммунная система высоко чувствительна к действию таких факторов риска, как профессиональные вредности, вредные привычки (бытовые токсикомании), неблагоприятные факторы среды обитания.

2.2.1. Иммунитет, его клиническое значение и не только

Сразу встает вопрос: почему это слово (медицинский термин) часто фигурирует в бытовых разговорах, когда речь идет о состоянии здоровья, его снижении — оправдано ли это?

По представлению специалистов иммунологов любой живой организм фактически состоит из 10 в 12—13 степени генетически идентичных клеток, каждая из которых может под влиянием повреждающих факторов среды обитания претерпеть изменения — мутацию. Это неизбежный процесс, когда одна из миллиона клеток мутирует, то есть становится отличной от множества других и по своим функциональным возможностям уже не может обеспечивать работу (жизнедеятельность) органов и тканей; фактически мутированная клетка становится чужеродной. В организме человека этот процесс происходит непрерывно, то есть в каждый данный момент образуется около около 10 млн мутированных клеток.

Все многоклеточные особи в живой природе могли возникнуть и существовать при обязательном условии — наличии специальной системы распознавания и элиминации чужеродных (мутантных) клеток, которые нарушали функциональное единство систем жизнеобеспечения. Такая система неизбежно должна была сформироваться, и она действительно сформировалась и постепенно совершенствовалась в своем развитии, осуществляя надзор за внутренним постоянством клеточных популяций организма.

С незапамятных времян вплоть до настоящего времени распознавание и уничтожение генетически чужеродных клеток, как образовавшихся внутри организма (в результате мутации), так и проникших извне (как повреждающий фактор среды обитания) формировались и совершенствовались как основные функции защитной системы иммунитета. По мере развития цивилизованного общества менялась (ужесточалась) среда обитания, в которой формировались патогенные факторы (патогенные микроорганизмы, продукты профессиональной деятельности человека, бытовые токсикомании и др.). В свою очередь совершенствовалась и система защиты, в которой все более четко выделялись два основных звена — врожденный (конституциональный) и адаптивный иммунитет.

Именно этим объясняются хорошо известные факты, когда при любых эпидемия инфекций всегда встречались люди, им не подверженные. Однако, как известно, перечень патогенных факторов среды обитания постепенно растет, одновременно растет число мутагенных воздействий на живой (человеческий) организм. Все это снижает эффективную работу иммунной системы, появляются и проявляются клинически ее функциональные дефекты (так называемые иммунодефициты), что в целом снижает неспецифическую сопротивляемость организма патогенным факторам среды обитания, включая инфекционные. Отсюда становится понятной тревога широкой мировой общественности, обеспокоенной создавшейся ситуацией. При этом выход предлагается в искусственном «допинге» сниженной реактивности за счет разного рода иммуноактивных препаратов, в основном синтетических, то есть поступают в духе вышепредставленной концепции аллопатов — вместо того, чтобы лечить хромоту, дают в руки костыль.

Кроме того: далеко не всегда оправданное, часто бесконтрольное и чрезмерно длительное применение антибиотиков имеет свою оборотную сторону:

— медикаментозное уничтожение возбудителя болезни фактически оставляет невостребованной противоинфекционную деятельность запланированного природой (конституционального) иммунитета, опосредованного лимфоцитами;

— из-за отсутствия «тренинга» для фагоцитов резко затрудняется работа фагоцитарного иммунитета.

Все вышеуказанные факты вполне соответствуют концепции, в соответствии с которой современного (хронического) больного необходимо «привязать» к лекарствам на всю оставшуюся жизнь.

2.3. САМОРЕГУЛЯЦИЯ ОРГАНИЗМА (САНОГЕНЕЗ)

В современной медицине широко распространен термин «патогенез», который обозначает — механизм развития болезни.

Одновременно имеет место также термин «саногенез» (саморегуляция организма) — механизм сохранения здоровья.

Фактически это две стороны одной медали. Но в научной медицине саногенезу не повезло: в то время как патогенез возведен

в ранг медицинской специальности (существует как номенклатурная единица патофизиология, есть соответствующая кафедра, профильные научно медицинские журналы и разделы научной и научно популярной литературы и т. п.), термин «саногенез» часто не знают не только большинство студентов и врачей, но и многие научные работники, профессора. В специальной литературе этот термин фактически подменен понятием адаптации к условиям среды обитания.

В настоящее время большинство авторов (ПОНИМАЮЩИХ О ЧЕМ ИДЕТ РЕЧЬ) представляют саногенез как динамический комплекс защитно приспособительных процессов, активизирующихся при воздействии на организм патогенных факторов, активность которых проявляется на всем протяжении болезни (от состояния предболезни до выздоровления) и направлена на восстановление саморегуляции организма.

В моем представлении, саногенез — это генетически детерминированная система любого живого организма (человек, животное, растение), обеспечивающая его жизнеспособность в физическом мире, она наиболее сложна по своему строению у человека и наиболее проста (по структуре) у растений. В человеческом организме эта система представлена на всех уровнях организации (организменном, органном, клеточном, молекулярном), во всех системах гомеостаза, при этом механизмы саногенеза многократно дублированы.

Примером сказанному является недавнее (1958 г.) открытие в лаборатории Йельского университета (США), что гормон клеток пинеальной железы мелатонин, обладающий многогранным влиянием на состояние гомеостаза, имеет и другие эндогенные источники синтеза в организме — это сетчатка глаз, слизистая оболочка желудка, кишечника и дыхательных путей, эпителиоциты других внутренних органов, эозинофилы, тромбоциты, естественные киллеры и др.

Понятие о саногенезе имеет и научное и практическое значение. Научное значение саногенеза состоит хотя бы в том, что современная фармакотерапия, основу которой составляют синтезированные лекарства, способна моделировать практически любой натуральный инкрет (гормон, цитокин и т. п.). Раннее и длительное применение таких лекарств, замещая натуральные инкреты,

являет собой пример «протезирующей терапии». Это подменяет и тем угнетает механизмы саногенеза и привязывает пациента к (синтезированному) лекарству.

В свою очередь, практическое значение саногенеза состоит, например, в том, что защитные (саногенетические) проявления со стороны организма (повышение температуры при простуде, диарею при пищевом отравлении) врач аллопат однозначно трактует как симптом болезни и назначает соответствующее лекарство, как правило подавляющие эти (защитные, саногенетические) реакции со стороны организма (в данном случае, повышение температуры, которое стимулирует иммунологическую реактивность, и диарею, которая удаляет из организма патогенный материал). В то же время как отличать (при грамотном врачевании) защитную реакцию и симптом болезни — врачей не учат.

Саморегуляция живого организма, по мнению ВОЗ, является основой физического здоровья человека и это, несомненно, генетически детерминированный процесс, который передается в поколениях по наследству.

Кстати, по отношению к человеческой популяции это должны знать и учитывать в своей работе врачи лечебники, в первую очередь семейные врачи, в своих советах по профориентации, характеру работы, режиму труда отдыха и т. п.

Свойство саморегуляции организма (саногенез), присущее всем представителям живой природы, несомненно формировалось и претерпевало определенные изменения в процессе ее эволюции; при этом саногенез и патогенез, как диалектическое единство противоположностей на протяжении всей эволюции живой природы находились в нестойком динамическом равновесии. На заре человеческого общества, когда повреждающие патогенные факторы (в первобытном обществе) носили случайный характер повреждение от падающего камня, дерева, несмертельная травма на охоте и т. п. — в вышеуказанном динамическом равновесии наверное стойко превалировали механизмы саногенеза.

По мере роста цивилизованности человеческого общества — появления ремесел, их разнообразия, промышленных предприятий и т. п. — появлялись новые, в том числе техногенные патогенные факторы. Параллельно происходило формирование медицины как науки и выделение двух основных направлений в развитии

здравоохранения, то есть выделение научной и традиционной медицины. Наряду с этим, естественно, менялось и соотношение механизмов патонегеза и саногенеза, в основном в сторону ослабления последнего.

Указанное происходило, в частности, за счет увеличения количества патогенных факторов со стороны как живой природы, так и техногенных, для углубленного изучения которых формировались новые научные дисциплины — бактериология, вирусология и др., а для изучения техногенных — и профпатология.

Аналогичная эволюция механизмов патогенеза саногенеза имела место (одновременно) и у других представителей живой природы, в их как макро- так и микромирах, включая мир микробов и вирусов. В указанном плане в клинической микробиологии все микробы делятся на три группы - непатогенные, условно патогенные и безусловно патогенные, то есть болезнетворные.

Кстати, результаты наблюдений и исследований последних лет в области клинической фармакологии свидетельствуют о том, что болезнетворные микробы очень быстро создают новые штаммы, резистентные к ранее чувствительным антибиотикам, заставляя химиков фармацевтов постоянно работать над новой генерацией антибиотиков. В этом соревновании микробов с производителями антибиотиков первое место обычно остается за микробами; к тому же новые генерации антибиотиков, как правило, стоят (для потребителей, то есть больных) уже гораздо дороже.

С моей точки зрения, указанное является неглядной иллюстрацией лабильности (скорости реакции) механизмов саногенеза в микромире, в данном случае, микробов.

В своей практической работе я нередко имел возможность отмечать клиническое значение механизмов саморегуляции, к сожалению, чаще всего в смысле их срывов, повод к которым давали обычно хроническое перенапряжение нервно психического характера (дистресс). Приведу несколько примеров.

1. *У практически здоровой женщины среднего возраста, имеющей троих здоровых детей, внезапно (без видимых причин) стал увеличиваться живот. Специальное исследование выявило киту яичника, размеры которой потребовали ее хирургического удаления. На протяжении последних лет благополучная семейная жизнь была отягощена затянувшейся болезнью мужа.*

Мой комментарий: срыв механизмов саногенеза произошел в результате затяжного психологического стресса.

2. *На ДДК (дифференциально-диагностическая комиссия, рассматривающая наиболее сложные случаи при консилиуме профессоров-специалистов: пульмонолога, рентгенолога, онколога, фтизиатра) обсуждался больной предпенсионного возраста, не курильщик, с округлым тенеобразованием в легких, которое наблюдалось в течение многих лет в спокойном состоянии, но внезапно появилась тенденция к росту. В семейном анамнезе случаи онкологии не были зарегистрированы.*

Мой комментарий: срыв механизмов саморегуляции произошел при нарастающей угрозе сокращения штатной должности пациента, по механизму дистресса.

По моим представлениям, именно у человека (в отличие от других представителей живой природы) состояние его центральной нервной системы может определить как устойчивость механизмов саморегуляции функций (саногенеза), так и их срыв.

Указанное, в смысле предрасположенности к неблагоприятному течению болезни в стрессорных ситуациях (и наоборот), нашло отражение и в художественной литературе.

Так, в рассказе итальянского писателя Дано Будцаи «Семь этажей» больных по мере ухудшения их состояния постепенно спускали с седьмого этажа к первому, который был отведен «смертникам». И хотя это делалось под разными предлогами, все знали: каждый перевод приближает конец. В основе этой системы имела место вроде бы понятная идея: тяжелый больной не должен усугублять состояние более легкого... В этом, к счастью, фантастическом рассказе мастерски верно было показано, как человека убивает не только болезнь, но и страх: страх оказаться этажом ниже.

Другой аналогичный пример: у О. Генри есть известный и удивительный по своей человечности рассказ «Последний лист». Молоденькая художница Джонси находится при смерти от тяжелой формы воспаления легких. Лечащий врач заверил ее подругу: «У нее один шанс... ну, скажем, против двухсот... и то, если она сама захочет жить. Вся наша фармакология теряет смысл, когда люди начинают действовать в интересах гробовщиков». Джонси потеряла всякую надежду на исцеление и внушила себе, что умрет, когда за окном с ветки дерева упадет последний лист.Осталось пять листов, четыре, три, два, один. Ночью пронесся проливной дождь, страшно выл ветер, а одинокий последний листок все держался на своем стебельке... Его нарисовал и прикрепил к дереву старик Берман. Джонси поверила в жизнь, она поправилась. Как важно, чтобы каждый больной верил в то, что несмотря на ливень и ветер, последний лист не упадет на землю.

Еще один литературный пример: слепая героиня оперы «Иоланта» П. И. Чайковского обрела зрение только после того, как страстно захотела этого.

В заключение хочется привести слова известного древнего врача Гиппократа: **«Человек носит в себе врача, надо только суметь помочь ему в его работе»**.

3. СОВЕТЫ СТАРОГО ДОКТОРА
(пациентам настоящим и будущим)

• Все сведения о своем здоровье (анализы, справки, рентгенограммы и др.) старайтесь собирать в одной папке и в случае необходимости знакомьте с этими документами лечащего (семейного) врача.

• Знайте и запомните, что состояние вашего здоровья зависит в первую очередь от вас: образа жизни, характера занятости, вредных привычек (курения табака и злоупотребления алкоголем). Врач может лишь помочь вам правильно распознать ваш недуг, назначить и провести необходимые мероприятия по восстановлению здоровья.

• Для вашего здоровья имеет значение здоровье ваших родителей и кровных родственников, их конституция (строение тела), их вредные привычки. Девушки и молодые незамужние женщины должны знать, что курение табака и алкоголизация закладывает слабое здоровье, частые болезни их будущих детей, что в свою очередь будет передаваться в последующие поколения.

• Состояние здоровья будущего ребенка закладывается еще в утробе матери, для здоровья на протяжении всей жизни человека особое значение имеет период детства и юношества: условия жизни, характер питания именно в этот период, когда формируются и функционально морфологически индивидуально оформляются все системы саногенеза (саморегуляции организма).

• Для сохранения здоровья своего и своих близких каждый человек (особенно женщина, возможно будущая мать) должны знать и уметь применять некоторые приемы само- и взаимопомощи в состоянии остро возникшего нездоровья: когда и как необходимо правильно промыть желудок, очистить кишечник (поставить клизму), поставить банки-горчичники, полуспиртовой компресс и др.

• Нельзя заниматься самолечением, особенно в критических ситуациях (острые боли в животе, внезапные резкие головные боли или боли в области сердца с иррадиацией, кровохарканье и др.). При лихорадочном состоянии нельзя самостоятельно (без врачебного осмотра) применять антибиотики и другие сильнодействующие лекарства.

• При простудных заболеваниях, которые повторяются более двух раз в год (обычно весной и осенью) и затягиваются долее недели следует обязательно провести рентгенографию грудной клетки в двух проекциях, исследовать возможные очаги инфекции (носоглотка и др.), по возможности проверить состояние иммунитета.

• При наличии хронической патологии следует постоянно проводить поддерживающую (базисную) терапию. Желательно наблюдаться постоянно у одного (семейного) врача при периодической консультации у специалиста по вашей патологии (если в этом будет необходимость).

• Постоянно иметь в домашней аптечке лекарства на случай острой необходимости в них (например, валидол, нитроглицерин при периодических болях в области сердца). Согласовать их необходимый перечень с (семейным) врачем. Средства скорой помощи всегда иметь при себе.

• Посоветовавшись с вашим (семейным) врачом, проводите доступные вам меры закаливания — обтирание, обливание, парная баня и т. п.; желательна постоянная посильная физическая активность (ходьба, посещение бассейна, работа на приусадебном участке и др.).

• Не переедайте, следите за весом тела (имейте для этого напольные весы); при склонности к полноте проводите регулярные разгрузочные дни; не избегайте периодических (по крайней мере раз в год) профилактических осмотров врача с рентгенографией грудной клетки (желательно в двух проекциях), контроль АД, в случае необходимости — осмотр уролога, женщинам — гинеколога, маммолога; ЭКГ и некоторые другие анализы (например, уровень сахара в крови) на усмотрение семейного врача.

• При склонности к артериальной гипертонии (АГ) привыкайте к малосоленой пище. Приобретите индивидуальный аппарат для измерения артериального давления (АД), его регулярным контролем выявите АД, оптимальное для вас.

• В случае необходимости согласуйте с семейным врачем вашу индивидуальную базисную терапию и оптимальные меры во время гипертонических кризов. (Аналогичная ситуация должна иметь место и при другой хронической патологии, склонной к периодическому обострению.)

• Если ваша работа связана с компьютером, старайтесь регулярно проветривать помещение, через каждый час работы делайте перерывы (не менее 10 минут), во время которых лучше не сидеть, а походить.

• При ограничении физической подвижности в течение рабочего дня, постоянном использовании индивидуального автотранспорта, недостаток двигательной активности компенсируйте использованием домашнего велотренажера (беговая дорожка).

• При варикозном расширении вен нижних конечностей и геморроидальных вен старайтесь иметь ежедневное опорожнение кишечника; запишите, освойте специальные упражнения для ног «велосипед» и др. — в кабинете лечебной физкультуры, не носите тугих носков и узкой обуви. Желательно посещение плавательного бассейна.

• Пациентам с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца и мозга после 50 лет не желательна поездка (перелет) на отдых в контрастные по погодно климатическим условиям сезоны (зоны); не желательно загорать. Подобный отдых должен быть согласован с семейным врачом. По моему личному опыту, не желательно принимать электро физиопроцедуры, предпочтение следует отдать чисто физическим методам реабилитационного лечения (массажи, ЛФК).

ПОСЛЕСЛОВИЕ

Мне думается, что подспудным вопросом почти каждого человека, в котором он, подчас, не хочет признаться даже самому себе, является — как сохранить свое здоровье? И в этом нет ничего удивительного, ибо отсутствие здоровья в большинстве случаев означает крушение всех жизненных планов. У наиболее вдумчивых субъектов, трезво оценивающих конкретную ситуацию, возникает подчас и другой вопрос — как оздоровить свой организм?

Вопросы вполне естественны, ибо абсолютное большинство из нас нездоровы, нередко от рождения, и это состояние закономерно передается ими по наследству потомкам.

Многие имеют неплохое общее самочувствие, позволяющее им успешно справляться со своими повседневными нагрузками. При этом неизбежная усталость нарастает, естественно, к концу рабочего дня, но ночной отдых во многих случаях пока что позволяет восстановить привычную работоспособность. А там наконец то очередной отпуск и т. д.

Указанная ситуация обеспечивается до поры до времени врожденными механизмами саморегуляции (саногенеза), но постепенно они истощаются, и при очередном контакте с патогенными (повреждающими) факторами среды обитания в динамическом равновесии механизмов саногенеза патогенеза начинают преобладать последние. Так начинается очередная болезнь, приобретающая на этот раз затяжной характер... формируется хроническая патология.

Как избежать этой патовой ситуации?

Любое часто повторяющееся ухудшение самочувствия (беспричинное снижение аппетита, похудание и т. п.) требует внимательного анализа повседневной занятости и привычного образа жизни (коррекции вредных привычек, характера питания, нерегулярного отдыха и т. п.). Если этого недостаточно, надо посоветоваться с (семейным) врачем, провести необходимое исследование.

Если окажется, что речь идет лишь о переутомлении (механизмов саморегуляции), следует воспринять эту ситуацию как **первый звонок** и постараться выработать индивидуально приемлемый образ и ритм жизнедеятельности, основой которого являют-

ся ликвидация вредных привычек, регулярный активный отдых и полноценное питание без переедания.

Если же ситуация более серьезна и речь идет о болезни с затяжным течением и неопределенным прогнозом, для ее лечения необходимо использовать все доступные методики научной и традиционной медицины, консультации смежных специалистов.

Но «дирижером» и «надзирателем» общей картины болезни должен, по-повидимому, оставаться семейный врач, который обязан лучше других ориентироваться в индивидуальных особенностях течения патологии (и немаловажных особенностях микроклимата) в этой семье.

САЙТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ, ГДЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ РДТ

http: nako nsk.ru
http://salus-amur.ru/pages info 31.html
http: /www.filonov.net/
http://belovodie.com altay/smi.php
http: www.kohmaclinic.ru prog lechebno profilakticheskie/lechebnoe golodanie v podmoskovje, ?sphrase_id=409
http: www.okbvl.ru, service, section 75
http: /www.otelug.ru lechebnoe golodanie
http:, /arkaim travel.ru tur relax Lechebnoe_golodanie.php
http: /www.sberezki.ru
http: www.sberezki.ru/reviews
http:http: zyganshin.ru/

Ростов-на-Дону
http: lechebnoegolodanie.com
http: lechebnoegolodanie.com index.php o sebe, category blog

СМ-клиника
http: www.smclinic.ru
http: www.smclinic.ru treatment, lechebnoe golodanie,
http: www.smclinic.ru/treatment lechebnoe-golodanie/metodika rdt/

Ю. Ю. Даутов, Майкоп
http: prodoctorov.ru maykop lpu siterate, 17487

ИНФО-РДТ

http:/ www.golodanie da.ru/dautov.htm
http://www.golodanie-da.ru/vnutrenniebolezyi.htm
http://www.golodanie da.ru/garmonia.htm

http://www.poprirode.ru /

http: ′/happy body.org lechebnoe golodanie, vse-o lechebnom suhom-golodanii.html
http:/ potokizdorovia.ru node,′7

СТАТЬИ

http:/ www.tatpressa.ru news, alfred ziganshin-dlya zdorovya-vazhny dobrye mysli 1035.html
www.rt-online.ru, aticles rubric 73 76223
http: www.liveinternet.ru tags %E3%EE%EB%EE%E4%E0%ED%E8%E5
http: www.liveinternet.ru users 3729042 post225705475
http: /natural medicine.ru 3456 barxatnoe golodanie.htm

На английском
http: baikalkurortrb.com

ЛИТЕРАТУРА

1. *Саногенез* (о науке и практике врачевания) Под ред. А. Н. Кокосова. — СПб: ЭЛБИ-СПб, 2009. — 238 с.

2. *Разгрузочно-диетическая* терапия: руководство для врачей / Под ред. А.Н.Кокосова. — СПб.: СпецЛит, 2007. — 320 с.

3. *Разгрузочно-диетическая* терапия в клинике внутренних болезней: перспективы внедрения метода в системе органов здравоохранения и санаторно курортного лечения Под. ред. А. Н. Кокосова. —СПб.: Лань, 2001. — 160 с.

4. *Разгрузочно-диетическая* терапия и традиционная медицина Под ред. А. Н. Кокосова. —СПб.: СпецЛит, 2003. 294 с. (Серия «Байкальские чтения — 1»).

5. *Разгрузочно-диетическая* терапия и традиционная медицина Под ред. А. Н. Кокосова. —СПб.: СпецЛит, 2005 256 с. (Серия «Байкальские чтения – 2»).

6. *Разгрузочно-диетическая* терапия и традиционная медицина / Под ред. А. Н. Кокосова. СПб.: СпецЛит, 2008. — 207 с. (Серия «Байкальские чтения — 3»).

7. *Разгрузочно-диетическая* терапия и традиционная медицина Под ред. А. Н.Кокосова. СПб.: Медкнига ЭЛБИ СПб, 2010. — 384 с. (Серия «Байкальские чтения — 4»).

8. *Разгрузочно-диетическая* терапия и традиционная медицина Под ред. А. Н. Кокосова. СПб.: ЭЛБИ СПб, 2013. — 336 с. (Серия «Байкальские чтения — 5»).

9. *Кокосов А. Н.* Разгрузочно диетическая терапия (РДТ) междисциплинарный метод лечения и оздоровления организма Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2009. № 3. — С. 45–47.

10. *Кокосов А. Н.* Патогенез — Саногенез: Болезнь — Здоровье / Новые Санкт Петербургские врачебные ведомости. 2011. —№ 2. — С. 55–57.

Кокосов Алексей Николаевич
ОЗДОРОВЛЕНИЕ ОРГАНИЗМА: ПУТИ И ВОЗМОЖНОСТИ

ISBN 978-5-98306-150-7

9 785983 061507

Издательство «Нордмедиздат»

Отпечатано в ООО «ИПК "БИОНТ"».
Адрес: СПб, Средний пр. В.О., д. 86. Тел. (812) 322-68-43.
Подписано в печать 17.09.2014. Формат 60 x 90 1/16.
Объем 4,0 печ. л. Печать офсетная.
Тираж 500 экз. Заказ №120.
Налоговая льгота — общероссийский классификатор
продукции ОК-005-93, том 2 — 95 3000.

Приложение

В **мировой практике** лечения патологии в настоящее время все более четко проявляются две основные ветви: **медицина научная (доказательная, западная)** и **медицина традиционная (натуропатическая, восточная)**. Исторически наиболее ранним среди них является применение натуральных, природных методов и средств, опирающихся на многовековой опыт и традиции восточной медицины.

В России в настоящее время общепринятым является применение методов научной (доказательной) медицины, что не редко сводится к применению (химически синтезированных) лекарств, которые (в лучшем случае) лишь купируют острые проявления болезни, неизбежно увеличивая количество «хроников» побочными, часто аллергическими реакциями на применяемые препараты («лекарственная болезнь») и т. д.

Выход только один — **расширить возможности реальной помощи больным путем более широкого применения методов и средств не только научной, но и традиционной медицины**, как это уже имеет место в некоторых зарубежных странах (Германии, США и некоторых других).

Ниже в качестве рекламы приводятся примеры эффективного применения в лечении и оздоровлении организма различных методов и средств традиционной медицины.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ им. С. П. БОТКИНА; СЕКЦИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Парцерняк Сергей Александрович
доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской и госпитальной терапии Северо Западного государственного университета им. И. И. Мечникова; полковник медицинской службы запаса

Является **разработчиком концепции интегративной медицины, сочетающей элементы научной доказательной и традиционной восточной медицины** (одобренной МЗ РФ (2000) и рекомендован

ной в виде новой модели оказания медицинской помощи в СЗФО РФ). При его активном участии создана Межрегиональная ассоциация интегративной медицины (2001), разработана концепция интегративной подготовки военно медицинских кадров (2002), впервые в РФ проведены межрегиональная научно практическая конференция «Интегративная медицина: новое содержание и перспективы развития (Санкт Петербург, 2002), а также I, II и III Национальные конгрессы: «Интегративная медицина — новая идеология здравоохранения России» (2003), «Интегративная медицина — основа новой социальной политики России» (2005), «Интегративная медицина: основа национальной системы подготовки медицинских кадров» (2006).

Разработана концепция интегративной подготовки по терапии с учетом полиморбидности современной патологии (2007).

С. А. Парцерняк — председатель секции «Интегративная медицина» (с 2004) и член правления Санкт-Петербургского общества терапевтов им. С. П. Боткина (с 2005).

ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. АКАДЕМИКА И. П. ПАВЛОВА, КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Федосеев Г. Б. — заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, член корреспондент РАМН

Профессор Алексей Николаевич Кокосов обратился ко мне с просьбой — выразить **мое отношение к методам немедикаментозного лечения** больных бронхиальной астмой и другими аллергическими заболеваниями. С удовольствием выполняю его просьбу, так как **считаю эти методы очень полезными, эффективными и безопасными** особенно для лечения больных с аллерги

ческими заболеваниями, у которых часто наблюдается лекарствен ная непереносимость. Интерес к этим методам лечения на кафед ре госпитальной терапии Первого Ленинградского медицинского института связан с именем нашего общего с Алексеем Николаеви чем учителя, профессора Пантелеймона Константиновича Булато ва, который был автором и разработчиком таких методов лечения больных бронхиальной астмой, как аэрононо , баро и психотера пия. Будучи сам больным бронхиальной астмой, обладая потрясающей наблюдательностью и знанием внутренней патологии и особенно аллергических болезней, Пантелеймон Константино вич не только разработал, но и апробировал эти методы лечения и доказал их высокую эффективность. Отдаленный положитель ный эффект при лечении методами баротерапии больных брон хиальной астмой детей и подростков достигает 80%. Он сам и со трудники кафедры госпитальной терапии неоднократно награж дались золотыми, серебряными и бронзовыми медалями ВДНХ за баротерапию.

После смерти П. К. Булатова интерес к **методам немедикаментозной терапии** на кафедре госпитальной терапии не угас. Ярким подтверждением тому являются две **докторские диссертации**, вы полненные на кафедре, причем в обеих случаях степень доктора наук присваивалась и утверждалась ВАК'ом минуя кандидаткую степень, поскольку апробированные в этих исследованиях мето ды немедикаментозной терапии оказались очень эффективными. Одна диссертация, выполненная **аспирантом из Ливана Зухейром Аламе,** касалась **применения разгрузочно-диетической терапии(РДТ) с добавлением сока проростков пшеницы.** В другой дис сертации, выполненной **аспирантом из Китая Халмуратом Упур**, был использован **комплекс нелекарственной терапии, включая иглорефлексотерапию, массаж и другие приемы китайской и уйгурской медицины**. Разработанные теперь уже профессором Х. Упур методы **продолжают применяться в отделении игло- и психотерапии клиники** госпитальной терапии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И. П. Павлова.

Одиннадцать лет тому назад по моей инициативе и при моем участии в нашем городе была **создана клиника Аллергомед**, в ра боте которой используются **принципы интегративной терапии; в соответствии с ними для лечения больных используются в оп-**

ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. АКАДЕМИКА И. П. ПАВЛОВА. ФАКУЛЬТЕТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ. КАФЕДРА ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Заведующий доктор медицинских наук, профессор **М. М. Илькович**; заведующий терапевтическим (пульмонологическим) отделением — **А. К. Фридланд**

На базе этого отделения (в свое время) проводилась клиническая апробация метода РДТ: выполнена одна докторская и 4 кандидатских диссертации; написана и издана монография «Разгрузочно диетическая терапия больных бронхиальной астмой» (авторы А. Н. Кокосов и С. Г. Осинин), выдержавшая 2 издания.

В настоящее время в отделении специально выделен врач, который применяет метод РДТ после консультации специалиста (профессор А. Н. Кокосов); в основном это больные с бронхиальной астмой, синдромным бронхоспазмом, ранними стадиями саркоидоза легких и некоторые другие.

При неблагоприятной эпидемиологической обстановке по респираторным вирусным инфекциям госпитализация больных для проведения РДТ временно прекращается.

В дневном стационаре клиники (заведующий — кандидат медицинских наук **И. А. Зарембо**) после консультации профессора А. Н. Кокосова также применяется РДТ, для этого выделен и обучен врач из числа сотрудников дневного стационара.

тимальном соотношении методы как лекарственной, так и немедикаментозной терапии: в фазу обострения преобладает лекарственная терапия (тактическая терапия), а в фазу затихающего обострения и ремиссии — немедикаментозная терапия (стратегическая терапия). Цель тактической терапии — скорейшее достижение ремиссии, цель стратегической терапии — максимально длительное и полноценное сохранение ремиссии. В качестве методов немедикаментозной терапии кроме общепринятых элиминационной и диетотерапии применяются аллергенспецифическая иммунная терапия, иглорефлексотерапия, остеопатия, психотерапия, гомеопатия, массаж, лечебная физкультура и др.

Особенностью немедикаментозных методов является то, что врач должен уметь выбирать адекватную рецептуру их назначения и иметь навык исполнения этих процедур. **При проведении немедикаментозного лечения особенно важен тесный контакт между врачом и больным**. Все это требует специальной врачебной подготовки.

Принципиальное отличие лекарственной терапии от немедикаментозного лечения состоит в том, что лекарства имеют узко направленное действие на тот или иной этиологический фактор или механизм патогенеза, а **немедикаментозные средства оказывают системный эффект**, нередко имеющий тренирующее влияние. Лекарства лечат болезнь, а нелекарственная терапия помогает больному справиться с болезнью.

Накопленный в клинике Аллергомед опыт позволяет утверждать, что комплексное лечение, сочетающее лекарственные средства с немедикаментозными методами, в 1,5 раза повышают эффективность лечения только лекарствами по срокам наступления, полноценности и длительности ремиссии у больных с аллергическими заболеваниями.

Нужно отметить трудность, а иногда невозможность использования при апробации методов немедикаментозой терапии приемов, используемых в доказательной медицине. Как можно использовать прием слепого плацебо контролируемого исследования для оценки эффективности иглорефлексотерапии, психотерапии, разгрузочно диетотерапии (РДТ), остеопатии и других методов немедикаментозной терапии? Накопленный, иногда многовековой, опыт применения методов нелекарственной терапии делает их достоинства при правильном использовании неоспоримыми.

При кафедре работает **авторская научная школа профессора А. Н. Кокосова — «Разгрузочно-диетическая терапия и профилактика в лечении и оздоровлении организма»**; запись врачей проводит доцент кафедры И. В. Петрова. В конце двухнедельного цикла занятий курсанты сдают экзамен и получают удостоверение государственного образца с правом применять метод РДТ для лечения и оздоровления организма в соответствии с показаниями и противопоказаниями в течение 5 лет.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ВВЕДЕНСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА», 5-е ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

191180, г. Санкт Петербург,
Лазаретный пер., д. 4.
Тел факс: 764 77 83, 407 52 18.
E mail: b32@zdrav. pb.ru.
Заведующий отделением **Ирумов Петр Ашотович** заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, доцент

В стационаре с 1986 г. **применяется методика лечения — разгрузочно диетическая терапия**, целью которой является нормализация гомеостаза в условиях управляемого стресса — лечебного голодания. За многие годы отработаны оптимальные сроки лечения при различных патологиях, а самое главное сформирован комплекс физиотерапевтических процедур, позволяющих в короткие сроки добиться выраженных результатов. Дело в том, что энергозатратные процедуры (криосауна, массаж, реабокс, подводный душ массаж, инфракрасная сауна), сокращая сроки РДТ, значительно повышают ее эффективность и существенно улучшают психоэмоциональный настрой пациента. Особое место в списке процедур, таких как криосауна, инфракрасная и турецкая сауны, общий массаж, подводный душ массаж, компьютерная мониторная очистка кишечника, галокамера, солярий, электростимуляция мышц ног и брюшной стенки, спины, занимает криотерапия.

Криотерапия, как лечебная процедура, впервые в РФ и странах СНГ была внедрена в клиническую практику на базе Городской больницы №32 (ныне Введенская городская клиническая больница) в 1998 г. Создатели отечественной криокамеры: заслуженный врач РФ, доцент, к. м. н. Ирумов П. А. и сотрудник кафедры криогенной техники Университета Низкотемпературных и Пищевых технологий к. т. н. Баранов А. Ю.

Первые работы по воздействию низких температур на организм человека были опубликованы в 1975 г. японскими учеными при лечении ревматоидного артрита. По причине технических сложностей методика широкого применения не получила.

Разработанная отечественными учеными криокамера проста в эксплуатации, эстетически выдержана и проста в работе. Именно в Городской больнице № 32 (ныне Введенская городская клиническая больница) впервые в мире криотерапия стала применяться в комплексном лечении самых разных заболеваний, в основе которых лежит аллергическая составляющая (псориаз, дерматиты, экземы, бронхиальная астма, хронические обструктивные заболевания легких). Великолепные результаты получены при лечении заболевания суставов, радикулопатиях, обострениях остеохондрозов и др. костомышечных патологий.

Особо необходимо отметить выраженный эффект применения криотерапии у токсикоманов в период абстиненции — за счет выброса большого количества эндорфинов уменьшается и иногда исчезает болевой синдром, уменьшаются вегетативные расстройства — саливация, потливость, тремор. Лечебный эффект длится до 12 часов. В зависимости от показаний и тяжести заболевания данную процедуру можно проводить по 2 сеанса в сутки.

Неожиданно ожидаемым результатом РДТ стало лечение бесплодия.

Клинические примеры

1. В 1994 г. пациентка Р., 54 года, диагноз бронхиальная астма смешанного генеза средней степени тяжести, частично контролируемая, прошла курс РДТ. После курса лечения наступила стойкая ремиссия, без применения базисной терапии. Повторное обращение через 14 лет в связи с обострением бронхиальной астмы после лечения тяжелой инфекции дыхательных путей. После выздоровления прошла повторный курс РДТ.

В течение данного срока проявления бронхиальной астмы не беспокоили.

2. В 2003 г. пациент Н., 37 лет, диагноз нейродермит. Прошел курс РДТ в течение 12 дней. На восьмой день лечения наблюдалось очищение кожных покровов, редуцировали бляшки и участки лехенификации. Выписан на 12 день с незначительными проявлениями дерматита. Наблюдался в течение 5 лет — отмечалось уменьшение выраженности обострений в весенне летний периоды, не требующей госпитализации.

До лечения

После лечения

3. В 2014 г. пациентка М., 75 лет, диагноз ХОБЛ, ожирение III степени. За время лечения потеряла 15 кг. Была снижена доза базисной терапии, улучшились показатели по шкале MRC. Пациентка повторяла лечение трижды в течение года.

4. Пациентка и пациент К., прошли курс лечения РДТ по поводу бесплодия. Было дважды неудачное ЭКО. Через 2 месяца наступила беременность, которая завершилась рождением здорового

младенца. На протяжении 5 лет наблюдения ребенок, рожденный после курса РДТ, меньше болел инфекционными заболеваниями, интеллектуальное и физическое развитие выше среднего.

До лечения

Сразу после курса лечения

После окончания лечения

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ»

В городе Тюмени разгрузочно диетическая терапия (РДТ) активно используется для лечения различных соматических заболеваний с 1994 г. в третьей городской клинической больнице, затем в МСЧ «Нефтяник», а с 2009 г. — в Областной клинической больнице восстановительного лечения. Руководителем данного направления в Тюмени является профессор кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии Тюменской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук Муравьев Станислав Анатольевич. С 2007 г. успешно работает ассоциация врачей, практикующих РДТ, она насчитывает 12 активных членов.

14 мая 2007 г., г. Тюмень
Всероссийская научно-практическая конференции по РДТ

Члены ассоциации активно участвуют в организации и выступают с докладами на секции по РДТ, проводимой в рамках регионального терапевтического форума, а также на научно практических конференциях по РДТ в Москве, Санкт Петербурге, Улан Уде, Юберлингине (Германия).

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РАБОТЫ, ВЫПОЛНЕННЫЕ ТЮМЕНСКОЙ АССОЦИАЦИЕЙ ВРАЧЕЙ РДТ

Оценка состояния центральной и периферической гемодинамики у больных гипертонической болезнью при разгрузочно-диетической терапии
14.00.05 — внутренние болезни
Муравьев С. А.
Кандидатская диссертация,
Санкт Петербург, 2002 г.

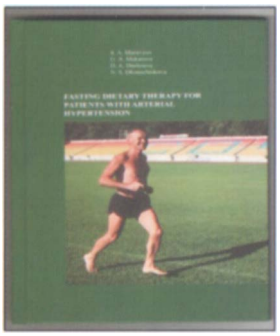
Влияние РДТ у больных артериальной гипертонией на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы
14.00.06 — кардиология
Яхин Д. К.
Кандидатская диссертация,
Тюмень, 2008 г.

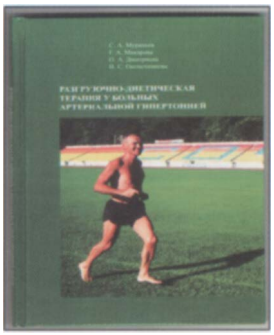
Функциональное состояние почек у больных артериальной гипертонией и ожирением при применении РДТ
14.00.05 — внутренние болезни
Дмитриева О. А.
Кандидатская диссертация,
Тюмень, 2008 г.

Клинико-патогенетическое обоснование дифференцированного применения разгрузочно-диетической терапии у больных артериальной гипертонией с ожирением

14.01.04 – внутренние болезни
Муравьев С. А.
Докторская диссертация,
Тюмень, 2011 г.

За последние 10 лет защищены одна докторская и три кандидатских диссертации по РДТ, выпущено методическое пособие, популярная книга «Счастье быть здоровым», монография «РДТ у больных артериальной гипертонией» на русском и английском языках.





Научные исследования члены ассоциации ведут под патронажем института терапии Тюменского отдела Южно Уральского центра РАМН под руководством члена корреспондента РАМН, доктора медицинских наук, профессора Медведевой Ирины Васильевны. Один раз в квартал проходит заседание ассоциации врачей, практикующих РДТ, совместно с пациентами, где демонстрируются интересные клинические случаи, видеофильмы по РДТ, обсуждаются доклады и резолюции предстоящих научно практических конференций. Все члены ассоциации ведут здоровый образ жизни, регулярно сами принимают РДТ и являются активными пропагандистами здорового образа жизни среди своих коллег и пациентов.

Члены ассоциации с пациентами, прошедшими РДТ,
на ежегодном празднике бега в парке Гагарина г. Тюмени

Клинические примеры.

1. Пациент Н., 1964 г. рождения, диагноз артериальная гипертония III степени, 3 ст., риск 4. Ожирение III степени. Подагра. В октябре 2011 г. перенес геморрагический инсульт.

После девяти месяцев подготовительного периода проведено 3 курса РДТ с перерывами в 6 месяцев. Вес снизился со 129 до

До РДТ, июнь 2011 г.

После 1-го курса РДТ,
август 2012 г.

После 3-го курса РДТ,
октябрь 2013 г.

84 кг; артериальное давление — со 180 100 до 140 90 мм рт. ст. без медикаментов. Больной сохранил трудоспособность. Активно трудится с еженедельными командировками.

2. Пациент М., 1967 г. рождения, диагноз артериальная гипертония II степени, 3 ст., риск 3. Ожирение II степени.

После двух курсов РДТ вес снизился со 140 до 107 кг. Нормализовалось артериальное давление без медикаментов, сохраняется отличная работоспособность.

До РДТ, июль 2006 г.

После 2-го курса РДТ, октябрь 2010 г.

Контактная информация:
Тел.: +7 (3452) 27 70 30;
моб.: +7 (9088) 74 18 74
E mail: cam 2009@mail.ru
Муравьев Станислав Анатольевич

КЛИНИКА ДОКТОРА ДАУТОВА

г. Майкоп
Лицензия № ЛО — 01-01-000074
от 11 июня 2009 г. Приложение № 1
от 11 июня 2009 г.

МЕЖДУНАРОДНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ КЛИНИКА ЛЕЧЕБНОГО ГОЛОДАНИЯ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ

НАРОДНАЯ АКАДЕМИЯ ДОКТОРА ДАУТОВА — так назвали этот удивительный специализированный Центр, функционирующий с 1983 г. в Майкопе, где получили физическое, психическое и духовное оздоровление более 15 тысяч пациентов из Турции, Греции, Германии, Швейцарии, США, государств СНГ и большинства регионов России.

В результате загрязнения организма накапливаются токсические вещества, и организм вынужден жить в отравленной внутренней среде, что является одной из причин множества хронических заболеваний. С таким состоянием не справляются естественные системы самоочищения организма.

В Центре создана и применяется оригинальная комплексная программа — КОРРИГИРУЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ восстановления здоровья при хронических неинфекционных заболеваниях.

В ПРОГРАММЕ:

— лечебное голодание;
— индивидуализированная гипокалорийная диета;
— различные методы очищения организма;
— психологическая коррекция;
— водные процедуры;
— ручной массаж;
— биорезонансная терапия;
— многофункциональная система «Нуга Бест NM — 5000»;
— антицеллюлитная программа;
— гидроколонотерапия;
— музыкотерапия (сеансы духовной музыки).

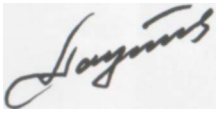
Обширная обучающая биомедицинская информационная программа используется в связи с тем, что *«Проблемы, которые мы*

В штате клиники 6 врачей, в том числе 3 доктора медицинских наук (профессора).

Начало работы групп в 2014 г.: 06.01, 03.02, 03.03, 07.04, 05.05, 02.06, 07.07, 08.09, 06.10, 03.11, 01.12.

Больничный лист не выдается. Курс восстановительного лечения в Центре 19 дней.

По желанию пациентов будут организованы экскурсии в горы Лагонаки.



С любовью и уважением,
главный врач Ю. Даутов

385000, Республика Адыгея, г. Майкоп, ПОЧТАМТ,
а я 190 (для корреспонденции).
Адрес центра: 385008, г. Майкоп, ул. Кожевенная, 16 и

Банковские реквизиты: р с 40702810401000004941, Южный ф л ОАО «Промсвязьбанк» в ГРКЦ ГУ Банка России по Волгоградской области г. Волгоград
к с: 30101810100000000715, ИНН 0104006261, КПП 010501001, БИК 041806715,
ОГРН 1020100699651, ОКПО 39688662

Почтовый перевод по адресу: 385000, Республика Адыгея, г. Майкоп, почтамт, а я 30 Хутыз Розе Шабановне

Электронная почта: dautov011@yandex.ru; www.drdautov.ru

Небольшой анализ работы Центра показал: с 1983 г. в Центре получили оздоровление 20 тыс человек. Из них 66% имели избыточную массу тела (9900 человек); в среднем у каждого вес снизился на 9 кг, что составило 89 100 кг. Если 1 кг лишнего веса сокращает жизнь на 2 месяца, то полученные результаты в целом дали прирост 178 200 месяцев жизни (14 850 лет) или на 1 пациента плюс 1,5 года жизни за 19 дней пребывания в Центре. Известно, что 1 кг лишнего веса способствует дополнительному приросту 300 км сосудов × 89 100 сброшенных кг = более 26 млн км предотв

имеем, нельзя решить на том уровне мышления, на котором мы их создали» (А. Эйнштейн).

Руководитель авторской программы — Даутов Юрий Юнусович, доктор медицинских наук, профессор, прошедший стажировку в США по натуральной гигиене, действительный член Европейской Академии Естественных Наук; награжден Капитолийским Пергаментом Чести и титулом «МАГИСТР ЗДОРОВЬЯ» города Рима пожизненно.

Высокий лечебный и оздоровительный эффект достигается при бронхиальной астме, различных формах заболеваний суставов, артериальной гипертонии, заболеваниях желудочно кишечного тракта, функциональных нарушениях нервной системы, некоторых гинекологических заболеваниях, остеохондрозе, ожирении, сахарном диабете 2 го типа, бесплодии, аллергических состояниях, псориазе, нейродермитах, синдроме хронической усталости, метаболическом синдроме и многих других заболеваниях, а также многообразии их сочетаний.

Сотрудники Центра в своей деятельности строго придерживаются методических рекомендаций Минздравсоцразвития России и современных научных достижений биологии, биохимии, квантовой физики, медицины, физиологии, генетики и др.

Живописный, покрытый густой зеленью уголок Майкопа (Адыгея) на берегу реки Белая, где расположен Центр, тишина и покой окружающей Природы являются важными дополнениями комплексной оздоровительной программы.

Имеется уютный спальный корпус.

Доброжелательность и любовь коллектива создают семейную теплоту и способствуют достижению качественного результата в оздоровлении.

«Никогда человечество не изобретет более эффективного и действенного способа оздоровления, чем те естественные защитные силы, что Природа за сотни миллионов лет сформировала в организме человека» (Ю. Даутов).

Желающие пройти курс восстановления здоровья могут предварительно забронировать место не позже чем за 2–3 месяца до желаемого срока. О наличии мест можно получить справку по телефонам: 8 (877 2) 55 73 15; 8 (918) 226 50 90 (коммерческий директор — Роза Шабановна Хутыз); Центр — 8 (877 2) 55 96 17.

ращенной нагрузки на сердца пациентов. В связи с этим удалось снизить риск развития сердечно сосудистых заболеваний на 9%, вероятность развития СД 2 го типа на 44%; общую смертность на 20%, смерть от онкозаболеваний на 40%; развитие атероскле роза в 2 раза, АГ в 3 раза, сахарного диабета 2 го типа в 4 раза, холелитиаза в 6 раз, подагры в 3 раза.

19 5 г. из 20 тыс пациентов артериальной гипертонией стра дали 62% (12 400 пациентов), у которых отмечена полная норма лизация АД.

В результате уменьшился риск развития

ИБС на 21%;

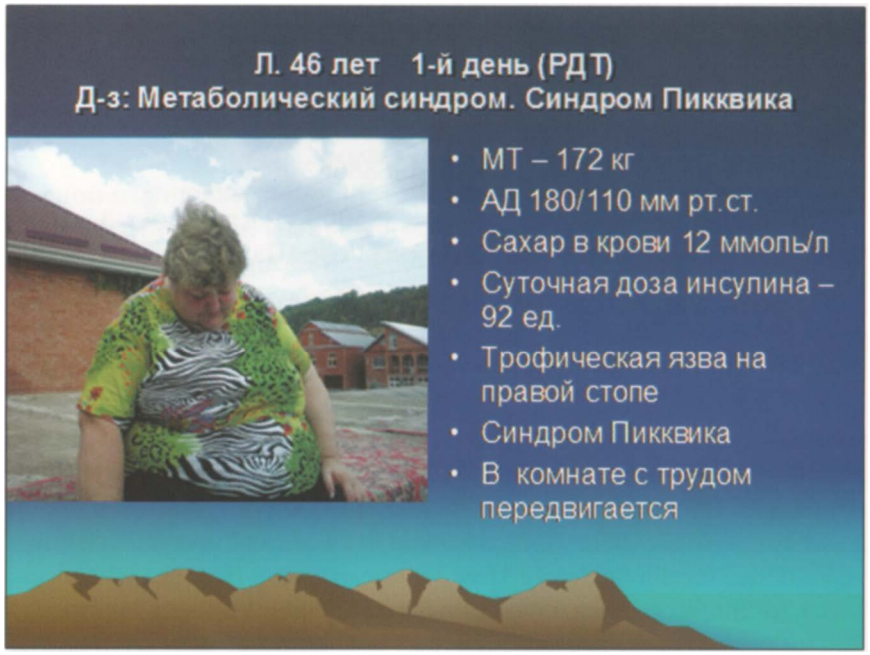
инсульта – на 37%;

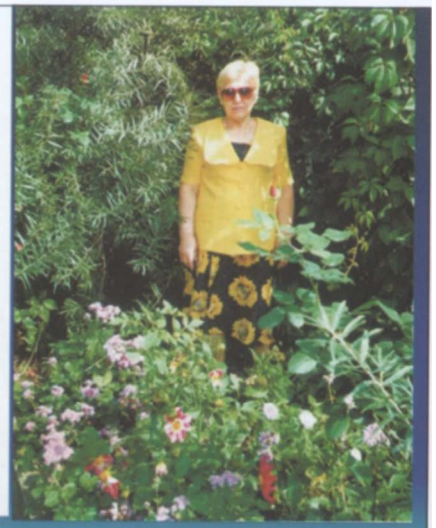
смертности от

ИБС на 27% и

инсульта на 36%.

(Расчеты проводились по публикациям О. Д. Остроумовой, Consilium medicum, том 05, № 12. 2003. МГМСУ.)





Москва. 1988 г.

2000 г.

АЛСУ

- Перед Вами на фотографии наш ребенок Хамидуллина Алсу Алексеевна. Мы забеременели в мае 2003 года, т. е. через три месяца после лечения. До этого я самостоятельно прошла еще два недельных курса лечебного голодания и немного попостилась пред Пасхой. Ребенок родился 20 января 2004 года на 50-летний юбилей своему дедушке. Рост 51 см, вес 3,160 кг. Сейчас ребенку 2 года и 2 месяца.
- Благодарим Вас за лечение и за лекции, которые нам очень помогают в жизни. С уважением Наталья Михайловна и Алексей Ринатович.

Е. **Пенза**

МТ = 105 кг 06.2006 г.

МТ = 66 кг 12. 2007

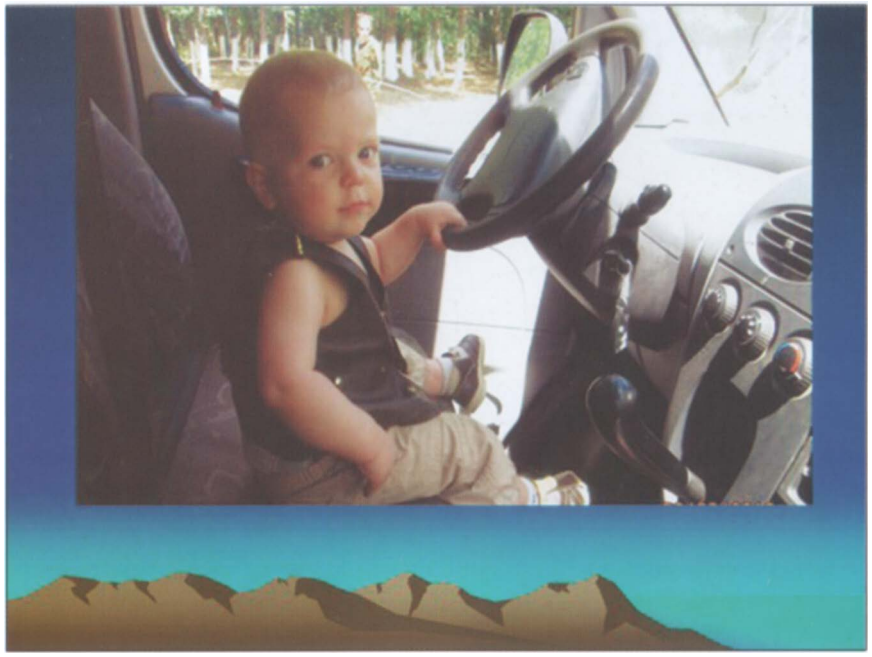


Фото нашей клиники

ПОЖЕЛАНИЯ

Уважаемый Юрий Юнусович!

Поздравляю Вас и коллектив вашей клиники с Новым 2014 Годом! Желаю успехов в Вашем кропотливом и нелегком деле, терпения, любви, здоровья. С большой благодарностью и любовью к Вам, *ваш ученик и последователь капитан А. С. Бородин, г. Ейск.*

P. S. Продолжая выполнять Ваши рекомендации, на сегодняшний день сбросил 23 кг. Мой вес 112 кг, но уверен — это далеко не эталон, и я нахожусь на первой (начальной) ступени моих познаний и результатов. Желаю Вам побольше учеников и последователей, результатами которых Вы смогли бы всегда гордиться.

* * *

Юрию Юнусовичу

Много в жизни встречали
Очень разных людей,
Много мы повидали
Наставников и учителей.
Но такого, как Вы,
Мы встречаем впервые,
Вас сам Бог
Бесталанным послал,
Вы вдохнули нам жизнь
В наш разум и душу,
Вы для нас
На всю жизнь идеал!
Вы заставили нас
Посмотреть по другому
На друзей, на себя, на любовь,
Заучили мы правильно каждое слово,
Постулаты от Вас
Будоражат нам кровь.
Дай же Бог Вам
Здоровья и счастья,
Чтобы жить было Вам веселей,
И еще — чтоб Земля
Побольше имела
Одаренных как Вы
Учителей!!!

Туапсе, Тихорецк, Геленджик, Новороссийск, Кореновск, Новочеркасск, Москва, Краснодар, Крымск, Волгоград, Казань, Гулькевичи

* * *

Глубокоуважаемый Юрий Юнусович!

Вы приоткрыли нам занавес в новую счастливую, здоровую жизнь в любви.

Мы впитали энергию, отданную Вами, и, вернувшись в лоно семьи, будем продолжать накапливать жизненный потенциал, а также отдавать свои знания и любовь близким, детям и просто людям.

Собранная Вами команда профессионалов и единомышленников — это одно целое.

Мы искренне благодарны Вам всем за трепетное отношение, необыкновенное терпение, любовь, милосердие.

Желаем Вам здоровья, творческих взлетов, чтобы живой источник Вашей энергии не угасал никогда, чтобы Вы не испытывали чувства неудовлетворенности, непонимания, разочарования.

Пусть судьба отведет Вас от соприкосновения с невежественными людьми, которые смогли бы препятствовать продолжению науки и Вашему делу.

Храни Вас Бог. Пребывайте в любви и добролюбии.

Любим и преклоняемся,
Выпускники апреля 2004 г.

* * *

Мы собрались со всех концов страны,
Чтоб получить здоровье и надежду,
Что жизнь счастливая нас ждет,
И мы не будем жить как прежде.

Запомним все: наш добрый дом,
Заветы нашего учителя,
И всех, кто помогал нам в трудный час,
И привезем ещё сюда детей, родителей.

Здесь научились мы любить,
Ценить, что в жизни только раз дается,
Теперь не сломит нас судьба,
Хоть много трудностей преодолеть придется.

Мы говорим вам «до свиданья»
И верим: встретимся опять
В прекрасном городе Майкопе,
Чтоб наше дело продолжать!

Л.С.

Выражаем Благодарность коллективу ООО «Центр здоровье»! Счастья, удачи, процветанья!

С уважением: Краснодар, Уфа, Новороссийск, Славянск на Кубани, Кореновск, ст. Кущевская, ст. Марьянская, п. Подлесный, Волгодонск, Гулькевичи, Успенск, Армавир, Ростов, Батайск, Нижневартовск, Крымск

* * *

Мы жили как в тумане,
Не зная кто мы есть,
И думали, что счастье
Лишь в том, чтоб пить и есть.

Болячки донимали
Лечились, как могли,
Природа пожалела нас
Даутова нашли.

В него влюбились сразу,
Забыв своих мужей,
На лекциях сидели,
Открыв рот до ушей.

Здесь нам глаза открыли
На Мир Большой Любви,
И в том, что мы болели,
Себя винить должны.

Уедем обновленные
И телом и душой,
Уедем убежденные,
Что ждет нас Путь Большой.

Желаем всему Центру
Побольше процветать,
А всем его сотрудникам
Здоровья не терять.

Палата № 7 Л
Армавир, Магнитогорск, Новороссийск, Крымск, Краснодар, Ростов, Тихорецк, Гулькевичи, ФРГ

* * *

Узнали про центр от друзей,
Подумали немного о своем здоровье,
Совсем плохими были мы:
Кто полный, кто худой,
А внутренне больные все мы.

Приехали в Майкоп.
Все хорошо здесь,
Люди и врачи,
Но лучше всех
Конечно Вы, Учитель,
Который вправил нам
Мозги и дал возможность
Думать о здоровье.

К природе мы теперь
Относимся с душой.
И негра любим, и конечно воду.

Хотим на лекциях сидеть
И слушать, слушать
И про голод, и особенно
Как кушать.

А клизмы — это мы
Оставим на всю жизнь,
Мы долго будем думать,
Как правильно себя вести,
Любить весь мир, природу очень.
А в остальном, все будет хорошо,
Когда держать диету.

Спасибо Вам за все,
Что дали Вы,
Спасибо всем,
Мы говорим от сердца.

За все, что мы здесь получили и за все, чему научились, благодарим весь медперсонал во главе с Учителем. Пусть наша искренняя благодарность прибавит Вам здоровья и счастья!

* * *

Дорогой и любимый Юрий Юнусович и ваш замечательный коллектив!

Вы окошко в Свет открыли,
Путь к Здоровью указали,
В людях Веру поселили,
Доброту и милость подарили.

Станем режиссерами жизни мы своей,
Кушать будем кашу и радоваться ей.
Вы нас научили генерировать Любовь,
Полюбить Природу и силу Света вновь.
Законы Мирозданья нам теперь ясны,
Родились мы заново, мы не свернем с пути.
Очень полюбили мы леченье голоданием,
Гармония с Природой — Это нам задание.

Огромная благодарность и низкий поклон дорогому Учителю и Доктору Ю. Ю. Даутову за то, что направил нас на Путь Здоровья.

Огромная благодарность Вашим помощникам. Домашний уют, теплота, постоянное внимание и забота помогали нам преодолеть трудности и с Любовью прожить эти 19 дней.

Обнимаем Всех Вас.

С любовью и глубоким уважением, палата № 7,
Л. В., г. Пенза

* * *

Милые, дорогие, любимые Юрий Юнусович и весь коллектив Центра!

Мы все преодолели только благодаря царящей здесь атмосфере Любви и Добра, которая создана сердцем каждого из вас!

Редко встретишь человека столь увлеченного, открытого и отдающего всего себя ради нашего здоровья.

Любви и Процветания Вашему Делу!!!

* * *

Мне в жизни крупно повезло: я счастлива тем, что Чудом попала в этот теплый, уютный Дом — «Центр здоровье» — с его заботливыми, умными, честными, добрыми и чуткими Профессионалами.

Вам, дорогой Учитель, Юрий Юнусович, я благодарна за знания, открывшие мне Дорогу к Здоровью, по которой буду идти и по возможности вести свою семью.

Огромное СПАСИБО!

С Любовью и признательностью,
С., палата № 5

* * *

Дорогому Учителю

Вы вложили в нас любовь и знания,
Вы тепло души вносили в класс.
Благодарны мы за понимание,
Мудрость, доброту и веру в нас.

Наставленья Ваши и советы
Мы навеки в сердце сохраним.
Мира, счастья, солнечного света
И удачи пожелать хотим!

Выражаем глубокую благодарность Юрию Юнусовичу и всему персоналу «Центра»!!!

За Вашу скромность, честность, благородство
От нас от всех земной поклон,
Пусть год от года легче Вам живется
И счастьем наполняется Ваш дом.

Желаем всем здоровья, счастья, благополучия и успехов в вашем нужном и благородном деле. Процветания и благосостояния.

С любовью, все мы…