

## 8. Часто болеющие дети: фитотерапия

Доклад на заседании Секции фитотерапии Санкт-Петербургского общества терапевтов им. С.П. Боткина А.А. Алифанова. 23.12.2023. Доработано 24.01.2024

### 8.1. Эпидемиология и вирусология детского мира

Окружающий мир состоит из Царств животных (Animalia), растений (Plantae), простейших (Protistae), бактерий (Monera), грибов (Fungi) и вирусов (Virae). Ближайшее микроокружение человека населено разнообразными микроорганизмами и избежать контактов с ними невозможно. Напоминаем, что безмикробные организмы, называемые гнотобионты, не жизнеспособны, и внутри детского организма тоже находится разнообразная микрофлора. Задача медицины не «убить все микробы», населяющие тело человека, ибо это невозможно, а научиться жить с ними.

Общее число бактериальной микрофлоры в кишечнике человека составляет 7000 видов [1]. В патологии человека имеет значе-

ние немногим более 400. В состав микробиоты входят полезные сапрофитные (яркие представители – бифидо- и лактобактерии), условно патогенные и патогенные. Кстати говоря, клостридии, в т. ч. палочки столбняка, пневмококки, золотистые стафилококки, хеликобактеры, уреаплазмы и многие другие условно патогенные микроорганизмы относят к компонентам нормальной микрофлоры человека [2].

В здоровом человеческом организме присутствуют тысячи видов вирусов. Заселение большинством из них происходит в первый год жизни ребёнка, к 12 годам лимфоидная система иммунитета уже полностью сформирована, полноценная антителопродукция IgG создается к 5-6 годам, а IgA формируется к 10-12 годам [3]. К 18 годам бывший ребенок становится взрослым и включает в себя почти все виды вирусов человеческой популяции, множество их серовариантов либо в качестве вирусоносительства, либо в качестве антигенных детерминант в клетках иммунологической памяти. Многие антигены годами находятся в лимфатических узлах, рассеянных по всему организму, на поверхности фолликулярных дендритных клеток или специализированных макрофагов, сцепленные с молекулами белков системы комплемента С3. Они постоянно стимулируют В-лимфоциты к организации антителообразования [4].

Внедрение большинства вирусов происходит бессимптомно, но на некоторые из них ребенок реагирует по типу острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). Считают, что ОРВИ могут вызвать до 300 видов вирусов [5]. Часто источником простуды являются персистеры, вирусы, находящиеся в организме человека изначально [6]. Очень распространено, например, персистирование риновирусов в слизистой носоглотки, аденовирусов, герпесвирусов и т.д., которые при переохлаждении или дистрессе, в связи с падением иммунитета,

могут начать реплицироваться клетками макроорганизма без всякого заражения извне. Такой ребенок становится активным вирусовыделителем, и неважно, явно он болеет с симптомами повышенной температуры, насморка и кашля, либо происходит эпизод непроявленной формы репликации вирусов. Тогда в семье, где тесные бытовые контакты, один за другим могут заболеть члены семьи с промежутком в 2-3 дня, «паровозиком», а кто-то с крепким иммунитетом не болеет. Происходит обмен новыми штаммами. Обмениваются серовариантами и новыми вирусами в детских коллективах, в садиках, школах и в больничных палатах.

Основная часть здорового виroma состоит из бактериофагов, инфицирующих бактерии в кишечнике и других местах. Однако различные вирусы, такие как анелловирусы и герпесвирусы, а также многочисленные эндогенные ретровирусы, сохраняются путем репликации в клетках человека. Более 3000 эндогенных ретровирусов человека (HERV) интегрированы в геном хозяина, составляя около 8% ДНК человека. Многие HERV также экспрессируются и участвуют в различных функциях, включая изменение врожденного иммунитета. В частности, сообщалось, что экспрессия одного из HERV-K подавляет распространение инвазивной меланомы. Взаимоотношения между HERV и человеком-хозяином представляют собой типичный симбиоз, оказывающий как благотворное, так и потенциальное вредное воздействие на хозяина. К симбионтам относятся представители семейств Parvoviridae, Genomoviridae, Smacoviridae, Papillomaviridae и Polyomaviridae. Вирусные симбионты человека могут приносить пользу хозяину посредством защиты от других вирусов.

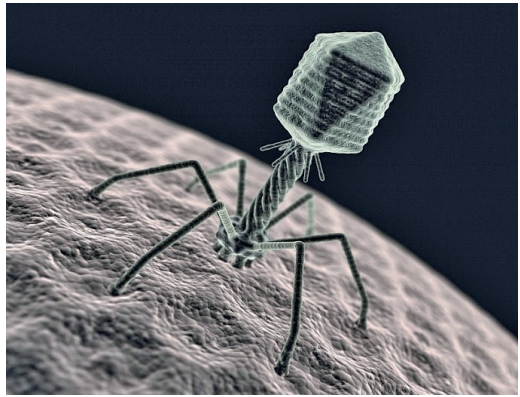
Большинство вирусов заражают бактерии, обитающие в кишечнике человека, но ряд вирусов действительно размножаются в клетках человека, не вызывая заболеваний, по крайней мере, в

краткосрочной перспективе. Недавним интригующим дополнением к человеческому вируму явились статовирусы, они обнаружены в мазках из носоглотки людей с острыми респираторными заболеваниями. Парвовирусы нескольких родов были обнаружены в различных образцах, взятых у внешне здоровых людей, включая бокавирусы человека (HBoV; род Бокапарвовирус), аденоассоциированные вирусы (AAVs; род Dependoparvovirus). HBoV чаще всего обнаруживается в дыхательном и желудочно-кишечном трактах, а также в крови и связан с острыми респираторными симптомами, особенно у детей. У здоровых взрослых инфекции B19V в основном протекают бессимптомно, с распространенностью до 25% (при биопсии кожи здорового человека). Таким образом, B19V является условным компонентом «здорового» человеческого вирума, который может превращаться в патоген в ответ на различные факторы. Обнаружение серовариантов JCV и других полиомавирусов человека у взрослых может достигать 90% и выше при распространённой коинфекции несколькими полиомавирусами, которые передаются при прямых контактах между людьми. Из 9 идентифицированных к настоящему времени вирусов герпеса человека вирус простого герпеса 1 (HSV1), цитомегаловирус человека (HCMV), вирус Эпштейна-Барра (EBV) и вирус ветряной оспы (VZV) являются широко распространенными в человеческой популяции и достигают 96% персистенции у людей.

Ещё примечательным из этих открытий является обнаружение в крови человека нескольких представителей *Marseilleviridae*, один из которых, как сообщалось, растёт в Т-лимфоцитах.

Неожиданно ДНК вируса хлореллы *Acanthocystis turfacea* 1, представителя семейства *Picornaviridae*, была обнаружена почти в половине протестированных образцов ротоглотки здоровых людей [7].

Если включать в вирусное сообщество кишечника человека бактериофаги, то количество видов вирусов расширяется до огромной цифры в 140 000 и лишь только 200 из них вызывают болезни [8]. Наряду с такими понятиями как микробиом, виром, появляется новый термин фагобиом.



**Бактериофаг**

<https://korenovsk-rc.ru/foto/kak-lechit-piodermiyu-bakteriofagom.html>

А количество фагов в кишечнике составляет около 1 квадриллиона частиц. Обнаружены патогенные вирусы растений, которые попадают в кишечник с пищей. Поскольку количество вирусов в фекалиях превосходит количество в потребляемой пище, предполагается, что вирусы растений размножаются в желудочно-кишечном тракте человека. Установлено влияние вирусов на синтез цитокинов, вирусы контролируют состав микробиома кишечника и играют роль дополнительной защиты от инфекций, когда бактерии с этой задачей не справляются. Герпесвирусы активируют естественные киллерные клетки, что повышает иммунную защиту макроорганизма от канцерогенеза и т.д. Симбиоз вирома и макроорганизма на сегодня уже очевиден. Начало формирования вирома в организме параллельное с микробиомом, – с бактериальной колонизацией происходит контаминация организма ребенка вирусами-симбионтами. К концу первой недели жизни младенца в составе кишечного содержимого определяется около 100 миллионов вирусоподобных частиц на 1 г кала [9].

В природе существует в широких масштабах обмен готовыми блоками генетической информации, в том числе у таксономически далеких вирусов. В результате такого обмена могут быстро

и скачкообразно изменяться наследственные свойства. Новые генетические качества возникают в результате сочетания собственных и интегрированных генов. Увеличение генома за счет неработающих генов может вести к образованию новых генов. В обеспечении этих процессов предполагается существенная роль вирусов и плазмид. Устойчивость бактерий к антибиотикам, определяемая активностью разрушающих или модифицирующих антибиотик ферментов, закодирована в плаزمиде (если их расценивать в качестве вирусов). На сегодняшний день (2013 г.) хорошо описан 2321 вид вирусов, составляющих царство *Virae*. Большинство вирусов являются общими для человека и животных, они циркулируют в мировом масштабе. Особенно быстро они переносятся стаями птиц. Миграцию многих миллионов птиц можно сравнить с гигантским насосом, дважды в год перекачивающим адаптированные к ним вирусы с континента на континент. И биологическое разнообразие их велико. Например, только в России существуют штаммы 16 типов гемагглютинаина вируса гриппа [10]. Это необходимо учитывать при разработке принципов прививочных кампаний.

## 8.2. Вакцинология XXI века

Много десятилетий человечество пытается разработать вакцины для профилактики простуд, однако антигенные детерминанты, вызывающие иммунный ответ настолько разнообразны, что эксперименты остаются экспериментами. Вакцинация – это профилактика, а профилактика означает раньше на несколько месяцев, чем он появится, вводить новый антиген. И как можно планировать, что, например, через полгода будет эпидемия ОРВИ, вызванная стабовирусами, бокавирусами или вирусами хлореллы? Кто-нибудь занимается диагностикой ОРВИ? Пока нам извест-



Федеральное государственное бюджетное учреждение

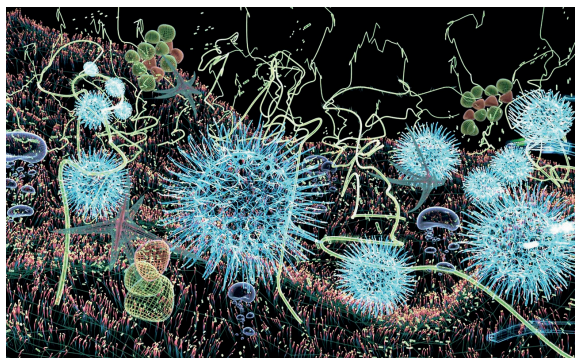
«Научно-исследовательский институт гриппа имени А.А. Смородинцева»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

но, что НИИ гриппа еженедельно мониторирует по России 8 видов вирусов [11]. Всего лишь. Но хоть что-то.

Проблема оказывается ещё более глубокой, потому что новых неизвестных вирусов возникает необозримо большое количество. Условный новый вирус, во-первых, может представлять собой смесь частиц после взаимодействия вирусов, принимающих участие в смешанной инфекции. К слову сказать, микст-инфекции изучены недостаточно, например, в только одном эпизоде обнаружено, что микст-герпесвирусными инфекциями инфицировано 63,7% обследованных [12]. На поверхность клетки макроорганизма может адсорбироваться два и более вирусов. Как уже говорилось в седьмой главе, между ними происходит обмен генетическим материалом и возникают геномы, содержащие гены обоих вирусов-родителей. Новый сложный вирус, представляет собой не только самого себя, но и на внешней оболочке комплекс из собственных белков и чужих фрагментов клеточных мембран предыдущего хозяина, макроорганизма, который реплицировал своё детище. Это резу-

льтат случайного захвата его клеточного материала при сборке вирионов, и он представляет собой смесь рецепторов, иммунологических маркеров, белков главного комплекса ГИСТОСОВМЕ-



<https://artembohnica2.ru/virusy/virusy-kak-i-nekotorye-bakterii-i-nizshie-griby-cto-delayut.html>

стимости, рибосомных белков, компонентов цитоскелета клетки и др. [13].

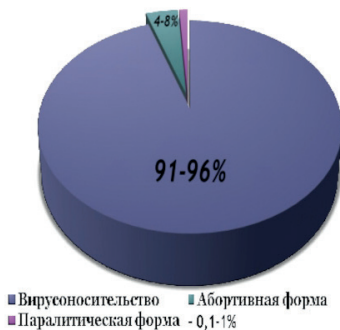
Центральная проблема вирусологии, эпидемиологии, иммунологии и инфекционных болезней заключается в том, что вирусоносительство и инфекционное заболевание объявлены одним и тем же. Но быть здоровым вирусоносителем и больным инфекцией это совершенно разные вещи. Обмен микроорганизмами у носителей отследить невозможно. Они же здоровы. А вирусоносители это все люди на планете и их миллиарды. Здоровых в каждом конкретном месте больше чем больных, которых могут направить на обследование.

Как пример приведём полиомиелит. В большинстве случаев инфекция (вирусоносительство) протекает бессимптомно с последующим формированием стойкого иммунитета (инаппарантная форма полиовирусной инфекции). У некоторых больных вирусы из лимфатической системы проникают в кровь. Развивается первичная вирусемия (виремия). В этом случае возникают симптомы заболевания, которое называется «малой болезнью». Отмечаются кратковременная лихорадка, фарингит, небольшой кашель, насморк. На этой стадии заболевание часто и заканчивается (аборт-

тивная или лёгкая форма полиовирусной инфекции). Поскольку симптомы такого заболевания сходны с ОРЗ, а заболевание наблюдается летом, его еще называют «летним гриппом» [14].

### Клиника полиомиелита

- Вирусоносительство – вирус выделяется в пределах глоточного кольца и кишечника, без клинических проявлений
- Абортивная форма – протекает на фоне невысокой температуры с катаральными явлениями и дисфункцией кишечника в течение 3-5 дней
- Менингеальная форма – протекает в виде серозного менингита, выздоровление через 3 недели
- Паралитическая форма – протекает с парезами и параличами, приводит к инвалидности



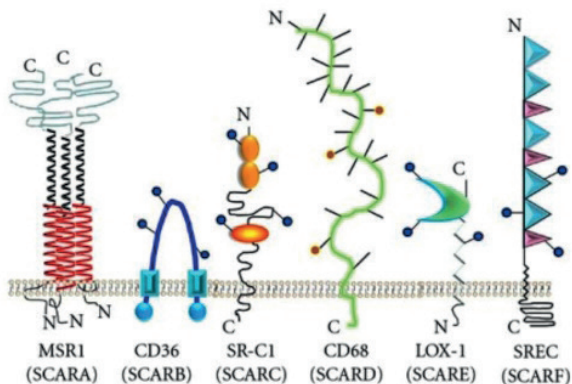
<https://ppt-online.org/11028>



При знакомстве с эпидемиологией возникают вопросы. Например, почему вирусоносительство полиомиелита более 90%, либо неполиомиелитных энтеровирусов иногда достигает 94% [15], и люди при этом редко болеют? Почему они от многих сотен других условно-патогенных вирусов не заболевают? Примерный подсчёт говорит о том, что если бы инфекция и болезнь были одним и тем же, то внедрение ежегодных сезонных штаммов из сотен респираторных вирусов привело бы к почти ежедневной ОРВИ у одного и того же человека. Только новых серовариантов SarsCOV-2 уже к 2021 году насчитали сотни [16]. Человечество, по сути, оказалось в терминологической ловушке: поскольку вирусоносительство объявлено инфекцией, в голове любого человека мира это слово отождествляется со словом «болезнь». Если заболел – значит, надо лечить или профилактировать болезнь (прививать).

Циркуляция вирусов в человеческой популяции проходит в подавляющем большинстве случаев бессимптомно вследствие непрерывного иммунного процесса удаления вирусных частиц и зараженных клеток с помощью образ-распознающих рецепторов (pattern recognition receptors – PRRs) и рецепторов-мусорщиков (scavenger receptors – RSs). Они распознают вирусы как чужеродные вещества. Рецепторы фиксируют вирус на клетке, плюс постоянно присутствующие

**Рецепторы-мусорщики (scavenger receptors)**  
связывают различные вещества «свои» и «чужие»,  
в частности, липид-содержащие комплексы различной структуры и состава



<https://thepresentation.ru/medetsina/zashchita-granits-v-deystvii>

естественные антитела их метят, и угроза ликвидируется фагоцитами на подпороговом уровне, не достигая высоты полноценного воспаления [17] в его классическом описании. Не развивается rubor («краснота», покраснение, эритема), tumor («опухоль», в данном случае припухлость, т.е. отёк), calor («жар», гипертермия – повышение местной температуры), dolor («боль»), functio laesa (нарушение функции).

На языке эпидемиологов появление иммунных комплексов с антителами на уровне бессимптомного вирусоносительства называется «проэпидемичивание». Например, в одном из исследований у 45 работников лесопромышленного комплекса в крови обнаружены IgG к вирусу клещевого энцефалита, и только трое имели в анамнезе вакцинацию. При обследовании у всех больных клещевой энцефалит был исключен [18]. Спонтанное проэпидемичивание существует на многие сероварианты вирусов. Например, у 70-80% здоровых лиц находят антитела к актуальному штамму вируса гриппа сего года текущего сезона [19]. У 80% взрослых есть антитела к коронавирусам (данные 2019 г., до ковидной инфодемии) [20] и так далее.

Надежда Венедиктовна Шабашова утверждает: бактерио- и вирусоносительство необходимо. Огромное количество микроорганизмов в кишечнике – это постоянная антигенная стимуляция иммунитета, биологически целесообразная, поскольку у здорового человека это нормальная биота, дружественная [21].

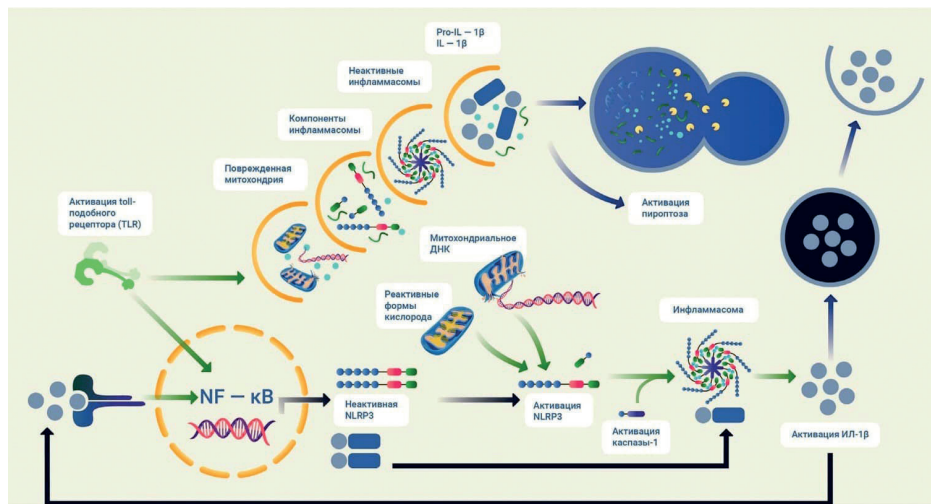
Возникает следующий вопрос, – сколько возбудителей одновременно может принимать участие в инфекционном процессе? В период болезни достаточно часто выявляются вирусно-бактериальные ассоциации (в детском возрасте до 60% случаев инфекций верхних отделов дыхательных путей) [22]. Однако, учитывая населенность макроорганизма тысячами представителей микрофлоры, объективнее было бы сказать, что любая инфекционная

болезнь представляет собой микст-инфекцию в 100% случаев. В среднем трёхнедельный процесс иммунного ответа включает проявленный период с повышенной температурой, возможный обычно первые 3 дня, непроявленный следует далее. В разные дни при банальной ОРВИ могут начать активное размножение в макроорганизме те или иные представители собственной микрофлоры. Вызывает крайнее удивление подчас полное игнорирование присутствия сотен видов условно-патогенной микрофлоры, принимающей участие, не могущей не принимать, в любом инфекционном процессе. Ищут только один хеликобактер, или только один стафилококк, вакцинируют по поводу пневмококка или планируют вакцинировать по поводу аденовируса и так далее. Например, назначают прививки по поводу гемофильной палочки, и множество других сразу. Вакцинаторы осведомлены о большом количестве микроорганизмов, из года в год подселяющихся в организм ребёнка. Вероятно, чтобы успеть как можно больше, советуют колоть детей в разные участки тела, или на расстоянии 2,5 сантиметра, к тому же не одну, а много вакцин за один день [23].

Между тем известно, что вакцинация может вызвать иммуносупрессию не только за счет поливалентности вакцин, но и за счёт адьювантов. Как ни странно, адьюванты, призванные усилить иммунный ответ, в ряде случаев вызывают иммуносупрессию за счёт возникающего дисбаланса, так как одно звено иммунитета усиливается за счет других [24]. Хотя скорее адьюванты, а не специфичность иммуногенности вакцин, дают положительный эффект. Они же являются иммуностимуляторами сами по себе, причём усиливают в первую оче-



<https://ячитать.рф/?a=751&b=275>



Самарцев И.Н., Живолупов С.А., 2022. Нейровоспаление при ишемии и инсульте путём пироптоза.

редь врождённый иммунитет [25]. Такое тоже бывает – после гриппозной прививки простудами некоторые лица не болеют год. В других же случаях адьювантные иммуностимуляторы могут вызывать аутоиммунную патологию. Или в связи с нейротоксическим эффектом эпилепсию, например. Механизм действия алюминиевого адьюванта осуществляется опасными агрессивными путями метаболизма – пироптозом («огненная смерть») через образование инфламмосом, клеточной смерти нейтрофилов через нетоз или активацию белков системы комплемента [26].

Нейротоксичность солей алюминия связана с накоплением его в нервных клетках, активацией перекисного окисления биоструктур с их повреждением, а вызываемое изменение конформации белка β-амилоида способствует его накоплению с формированием амилоидных бляшек в нервной ткани, что может приводить к дегенерации нейронов [27]. Хотя некоторые исследователи полагают, что эпилепсия, вызванная стандартной вакцинацией, имеет в 1/3 случаев доброкачественное течение [28], но родителей инвалидизированных детей это утешает мало.

Вернемся от токсикологии к иммунологии. Складывается впечатление, что гипотезы об эффективности профилактического введения нового антигена научно не доказаны, так как всё население либо является вирусоносителем, либо имеет антитела, либо клетки памяти на различные антигены, от которых прививки разработаны и должны были якобы защитить. Клетки памяти уже имеют антигенраспознающие рецепторы на заявленную цель [29]. Мы говорили в седьмой главе, что прививки вызывают ответ не на текущий сезонный штамм респираторного вируса, а на чужеродный вакцинный белок, либо пробуждаются клетки памяти предыдущих контактов раннего возраста и дают иммунную реакцию на старые штаммы. Против реально угрожающего серотипа вируса организм оказывается беззащитным. Эта неразрешимая проблема называется феноменом первичного антигенного греха, или антигенным импринтингом (запечатлением). Разработчики гриппозных вакцин пишут: «Несовершенство и низкая эффективность существующих вакцин побуждает научное сообщество к разработке новых профилактических средств против данного заболевания, характеризующихся в первую очередь универсальностью» [30]. Авторы солидной монографии «Вакцинология» 2022 года признаются: «К сожалению, точные механизмы развития иммунитета против конкретных инфекций изучены недостаточно. Слабо изучены закономерности развития иммунологической памяти и длительного иммунитета при введении отдельных вакцин. Люди неодинаково реагируют на одну и ту же вакцину. В известной нам литературе нет фундаментальных работ, посвященных исключительно иммунологическим закономерностям формирования иммунной защиты при вакцинации» [31].

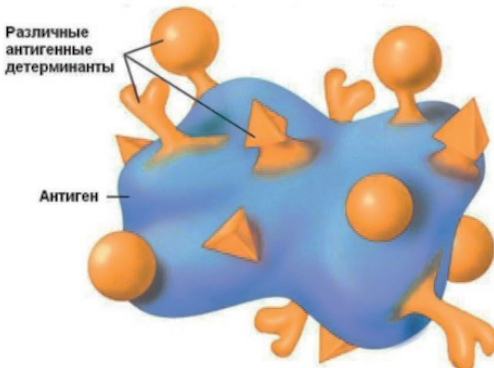
Можно было бы признать, что смысл вакцинации состоял в том, чтобы предотвратить вред от нового «атакующего» анти-

гена. Этот враг, как предполагают, появится после, в будущем. Сейчас же, в настоящем, подобный будущему антиген, образ врага, создают искусственно на медицинских предприятиях, потом вводят ребёнку. Однако почти все эти антигены уже присутствуют в детском организме в естественном виде, на образ врага есть материнские антитела, и на новые антигены В-клетки иммунной памяти формируются уже в первые недели жизни младенца [32]. А сколько антигенов в теле есть в наличии, 500? 1000? А какого антигена нет в детском организме, кто-нибудь искал? Может быть, по поводу отсутствующего антигена действительно нужна вакцина?

Попытки вакцинации по поводу респираторных вирусов могут планироваться, однако их сотни, а, учитывая сероварианты, тысячи, и каждый новый штамм появляется настолько быстро, что антигенная детерминанта как цель абсолютно неуловима. И дело не только в новых сезонных штаммах. Антигенных детерминант много, есть иммунодоминантные, на которые обра-

### Антигенная детерминанта (Эпитоп)

- Участок АГ, распознаваемый иммунной системой и специфически связывающийся с антителами.



зуются антитела, а есть и неиммунодоминантные. И даже более того, к одной и той же детерминанте образуются разные антитела в силу случайности процесса подбора эпитопов антигенпредставляющими клетками — раз; в силу случайности подбора специфических лимфоцитов — два. К тому же Т-эпитопов на каждый вирус антигенпредстав-

ляющими клетками выставляется на своей поверхности не один вариант, а много. И клонов Т-лимфоцитов возникает не один, а несколько.

Почему попытки профилактики некарантинных инфекций редко имеют успех? – Использование белковых антигенов из убитых или ослабленных микроорганизмов связаны с применением химических веществ, изменяющих пространственные структуры протеинов. Возьмем, к примеру, формалин. После обработки им вакцинного материала конформация белка меняется, но иммунная реакция, усиленная адьювантом, обязательно развивается. Однако формирует она ответ против вакцинного материала, а не против реального природного антигена. Такая иммуностимуляция ещё и вредна, так как отрабатывает «ложную цель» [33]. Она отбирает энергию на ненужные реакции деления клеток, синтеза цитокинов, уборку антигенного мусора, увеличивает риск аутоиммунных болезней и т.д. О конформационных эпитопах и иммунодоминантности мы подробно писали в главах 4 и 7. Возникают тяжёлые неизлечимые конформационные болезни, иногда отсроченные на годы, поэтому их связь с вакцинами обнаружить трудно.

Современная медицинская вирусология фактически отрицает эффективность вакцинации при многих патологиях. В связи с высокой мутационной и рекомбинационной изменчивостью варианты одного и того же вируса не являются генетически стабильными. В ходе конкретного инфекционного процесса происходит их дальнейшая эволюция с образованием вирусных «квазивидов». Это особенно характерно для РНК-содержащих вирусов. Квазивид – это набор генетически близкородственных вариантов вирусов («генетическое облако»), возникающих вследствие мутаций из первоначального вируса в ходе инфекционного процесса в организме хозяина. Образование квазивидов играет важную роль в прогрессировании вирусной инфекции. Под действием системы иммунитета

макроорганизма происходит отбор устойчивых квазивидов (линий) вируса, что может привести к хроническому течению вирусного процесса и развитию резистентности к противовирусной терапии у данного индивида [34]. А поскольку у каждого человека реплицируется свой вирус, создание единой вакцины против «генетического облака» невозможно, и от чего вакцинируют – неизвестно.

На наш взгляд, объективную реальность отражает не понятие «вакцина против гриппа», а понятие «вакцина по поводу гриппа». Или вакцина по поводу «генетического облака» множества других вирусов. Из вышесказанного следует, что у вакцинаторов тройкой выход. Первое – не регистрировать побочные результаты прививочных кампаний. Второе – не проводить вирусологическую диагностику болезней, чтобы не обнаружить бессмысленность вакцинации. Применяемая взамен полноценной диагностики ПЦР выявляет лишь вирусоносительство и не говорит о болезни. Если при ОРВИ сделать несколько десятков ПЦР-тестов на разные вирусы, многие могут оказаться положительными. Чтобы не обнаружилось вирусоносительство, делают только один тест и объявляют: «вы заболели таким-то возбудителем ОРВИ». И привязывают сознание больного к определённому агенту, по поводу которого можно поднимать шумиху в СМИ. Третье, чего не делают вакцинаторы – не ищут вирусный антиген, который уже у каждого человека в организме присутствует до прививки. Иначе зачем вводить антиген, если он уже есть, или присутствуют клетки иммунологической памяти на него? Либо он заложен в иккосамах макрофагов и ДК лимфоузлов на долгие годы. В СМИ и околонаучных статьях для создания иллюзии бездоказательно заявляется об огромных успехах «прогрессивного» метода профилактических прививок. Не объективнее ли в иккосамах «поискать»? Может, на макрофагах бы не нашли, а на фолликулярных дендритных клетках нашли какой-нибудь «сарсков».

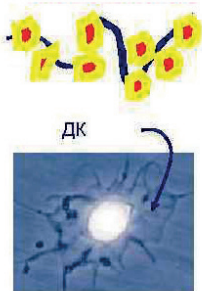


В рамках данного доклада мы не приводим анализ вакцин, прибывших из-за рубежа. Эта тема особая, секретная, она касается национальной безопасности России. Мы можем только правильно поставить вопросы. Разве наши западные «партнеры» заинтере-

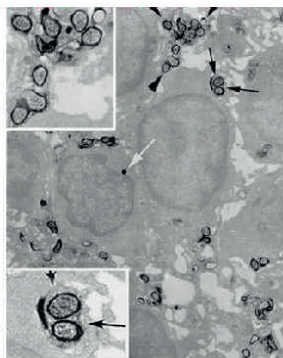
ресованы в защите здоровья русских людей? Они нам поставляют только безопасные вакцины? Огромная сеть биологических лабораторий вдоль границ с РФ, принадлежащая США, работает во имя счастья и благоденствия населения России? Или создана для чего-то другого? И на упаковках если русские буквы, это наша страна производит заявленные субстанции, или только буквы наши?

В данной главе подача мыслей автора курсивом не используется, как в прежних главах, чтобы отделить их от сплошной вереницы цитат. Иначе запестрит в глазах частая перебивка разными шрифтами. Это связано с удивительной противоречивостью научных источников и учебной литературы в области иммунологии, эпидемиологии и вакцинологии, восходящей до высшей степени амбивалентности, взаимного отрицания законов, понятий и смыслов. Причём границы между фантазиями и реальностью в этой литературе размыты почти полностью. Надежды на вакцинацию по поводу респираторных вирусов мы не питаем. Завершаем экскурс в смежные науки и переходим, наконец, к цели нашего сегодняшнего заседания Секции фитотерапии.

## Презентация антигена В - лимфоцитам



Частицы, захваченные ДК, затем освобождаются и называются иккосомами



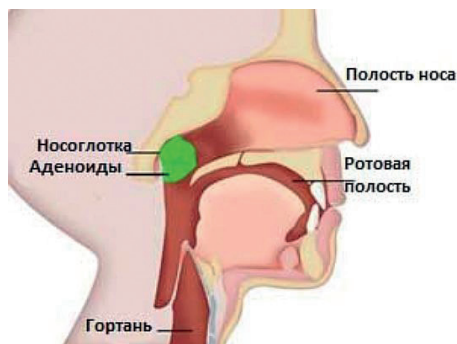
иккосомы (черные частички) освобождаются дендритными клетками и захватываются поверхностными Ig на В-клетках

<https://present5.com/razvitie-v-kletok-funkcii-v-kletok-2/>

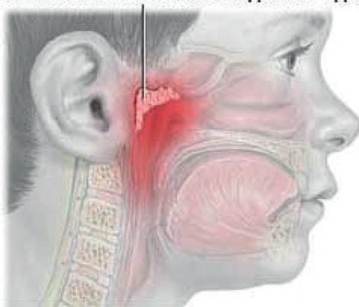
### 8.3. Фитотерапия часто болеющих детей

Часто болеющие дети (ЧБД) – группа детей, которые достоверно чаще, чем среднестатистический ребёнок, переносят острые респираторные заболевания, не связанные с врождёнными наследственными факторами, более 4-5 случаев за год. Такие дети более тяжело болеют, у них чаще наступают осложнения в виде синуситов, отитов и тонзиллофарингитов. Для терапии важно знать, что лимфоэпителиальное глоточное кольцо, состоящее из двух нёбных, двух трубных, язычной и глоточной (аденоидной) миндалин обеспечивает контроль за мукозальным иммунитетом [35].

Аденоиды являются компенсаторной гипертрофией глоточной миндалины и диагностируются более чем у 90% детей дошкольного возраста. Разрастание лимфоидной ткани можно отнести к физиологическому явлению, отражающему формирование защитной системы на пути проникновения микроорганизмов в верхние дыхательные пути. Однако они могут увеличиваться до 2 степени – когда лимфоидная ткань занимает половину носоглотки, прикрывает половину сошника и 3-й степени, когда аденоиды занимают всю носоглотку и закрывают весь сошник. В последнем случае ребенок не может дышать через нос и спит с открытым ртом. Инфекционно-аллергический процесс может прекращаться



Увеличенная глоточная миндалина - аденоиды



<https://muzoktrb.ru/ginekologiya/udalenie-adenoidov-na-besplodie.html>

спонтанно (ребёнок «перерастёт»), но может приводить к аденоидиту и потребует лечебных манипуляций [36].

С помощью фитотерапии возможно спасти ребёнка от угрозы хирургического удаления миндалин, которые будут необходимы в последующие годы во взрослой жизни как защита макроорганизма от внешних патогенов. Идеология фитотерапии вторичных иммунодефицитов у детей в виде категории часто болеющих основана на позиции Ильи Ильича Мечникова: главное – восстановить иммунитет.

В первую очередь необходимо возвращение нормального состава микрофлоры, так как у детей часто встречается дисбактериоз кишечника не только вследствие применения антибиотиков при простуде, но и вследствие присутствия антибиотиков в качестве консервантов во многих пищевых продуктах, предлагаемых торговой сетью. Цели фитотерапии – восстановление нормобиоты кишечника и дыхательных путей, восстановление местного (мукозального) иммунитета слизистой дыхательных путей и общая иммунопротекция. Желательно сдать кал на анализ – на копрограмму и дисбактериоз. Также некоторые специалисты рекомендуют масс-спектрометрию кала по Осипову, другие тест-систему колонофлор. Анализируемых групп микроорганизмов десятки, а не тысячи, но это всё же дает конкретику по ряду основных элементов микрофлоры.

Используется разработка метода лечения дисбактериоза кишечника Елены Евгеньевны Лесиовской и Леонида Васильевича Пастушенкова [37]. При этом растительный состав адаптирован к флоре Среднего Дона, где нами проводится заготовка лекарственных трав. Методика на базе фитопрепаратов «Монастырская аптека Алифанов и Лес» дана в приложении. Бережное отношение к иммунному статусу означает, что лечение простуды у детей должно быть без применения иммуносупрессоров. Для этого всем рекомендуется наша методика избавления от недуга простуды.

### 8.3.1. Фитотерапия кишечного дисбактериоза

Механизмы действия фитопрепаратов [38].

1. Биологически активные вещества растений имеют не только антимикробный, но и противовирусный, противогрибковый, противопротозойный эффект. Они являются эубиотиками, то есть, в отличие от антибиотиков, не повреждают аутомикрофлору, но выводят патогенную флору.

2. Растения являются источником витаминов, микроэлементов, непредельных жирных кислот, ферментов и др. Кроме того, восстанавливая нормобиоту, они обеспечивают усвоение этих веществ.

3. Биологически активные вещества растений способствуют восстановлению и поддержанию функций пищеварительных желез.

4. Ингредиенты растений восстанавливают кишечную перистальтику и энергетические процессы в эпителиоцитах желудка и энтероцитах (гастро- и энтеропротекторный эффект).

5. Растительные иммунопротекторы нормализуют функцию органов иммунной системы, находящихся в ЖКТ и обеспечивают контроль за патогенами и воспалением.

6. Полисахариды и пектины растений являются оптимальными сорбентами токсинов и патогенов, при этом не нарушают Quorum sensing, симбиоз сапрофитов, не выводят из организма питательные вещества, в том числе аминокислоты, витамины и микроэлементы.

В составе противодисбактериозных сборов комбинируются следующие растительные средства.

1. Антимикробные растения: календула лекарственная, кориандр посевной, крапива двудомная, лабазник вязолистный или шестилепестный (обыкновенный), липа сердцевидная, Melissa лекарственная, подорожник большой, репешок аптечный, ромашка аптечная, рябина обыкновенная, смородина чёрная или

золотистая, тысячелистник обыкновенный, фиалка трехцветная или полевая, чабрец (Палласа, Маршалла, тимьян ползучий), череда трёхраздельная, шалфей остепнённый или лекарственный, шиповники (далее видовые названия сокращены).

2. Противопаразитарные: календула, кориандр, лабазники, подорожник, репяшок, рябина обыкновенная, тысячелистник, чабрец, шалфей.

3. Противогрибковые: кориандр, липа, подорожник, репяшок, ромашка, смородина, тысячелистник, фиалка, чабрец, череда, шалфей, шиповник.

4. Противоглистные: кориандр, подорожник, репяшок, ромашка, тысячелистник, чабрец.

5. Противовирусные: календула, кориандр, коровяк скипетровидный, крапива, лабазник, липа, подорожник, ромашка, смородина, тысячелистник, фиалка, чабрец, шиповник.

6. Поливитаминные: вербейник обыкновенный, кукурузные рыльца, смородина, крапива, рябина обыкновенная, шиповник.

7. Улучшающие отток желчи и гепатопротекторы: календула, кориандр, кукурузные рыльца, тысячелистник.

8. Восстанавливающие функцию пищеварительных желез: базилик, кориандр, Melissa, подорожник, укроп, фенхель, тысячелистник, чабрец, эстрагон. Коровяк скипетровидный восстанавливает регенерацию поджелудочной железы. Между тем, дыхательная и пищеварительная системы близки в плане эмбриогенеза, поэтому многие растения из вышеозначенного перечня оказывают мукозапротекторный эффект на оба отдела слизистой.

Используются холодные масляные вытяжки из свежих цветков пищевых растений, устраняющие дискинезию кишечника, газогонные: базилик, кориандр, укроп, фенхель, чабер садовый. Или масла заменяются порошками этих специй в еду, в тарелку на столе (не варить).

С целью выведения токсинов назначаются энтеросорбенты, в порошках на ночь: горец птичий, трава; грецкий орех, листья; корни лопуха большого или паутинистого; молотые семена льна обыкновенного; семена подорожника большого, блошного, овального; трава репешка аптечного; трава ряски маленькой; одуванчик трава с корнями, листья липы.

Даются иммунные настойки в виде спирто-водных экстрактов исландского мха, калины, касатика ложноаирового, остролодочника (виды), смородины, шлемника. Они улучшают энергетический обмен в иммуноцитах, восстанавливают интерфероногенез, биоцидность фагоцитов, антигензависимую дифференцировку лимфоцитов, улучшают функции В-лимфоцитов. Применение с 15 августа по 15 апреля вытяжек из растительных адаптогенов восстанавливает интерферонообразование, улучшает гемопоэз, активизирует систему комплемента и фагоцитоз, а также функции натуральных киллеров [39]. Мы чаще пользуемся настойкой родиолы розовой.

### **8.3.2. Фитотерапия повреждений дыхательной системы**

В первую очередь восстановление слизистой дыхательных путей обеспечивают мукозопротекторы [40]. Включение в состав противодисбактериозных сборов лабазников даёт бронхолитический эффект, муколитический, отхаркивающий, противовоспалительный; мелиссы – муколитический, противовоспалительный; подорожника – муколитический, отхаркивающий, противовоспалительный; репешка – иммуномодулирующий, муколитический отхаркивающий; чабреца – отхаркивающий бронхолитический, муколитический. Закапывание в нос масляных экстрактов из живых цветков василька, вероники, девясила, календулы, сирени,

чабреца, шиповника не только оказывает мукозопротекторный эффект, но и противоинфекционный, противовоспалительный, антигипоксический, стимулирует регенерацию.

Для подавления патогенной флоры на слизистых носоглотки промывают носоглотку настоями из трав: астрагала эспарцетного с противовирусным, противомикробным, противопротозойным и противогрибковым действием; лабазника вязолистного с противовирусным, противомикробным, противопротозойным действием; репяшка аптечного с противовирусным, противомикробным, противопротозойным и противогрибковым действием; ромашки лекарственной с противовирусным, противомикробным, и противогрибковым действием; чабреца Палласа или Маршалла, или тимьяна ползучего с противовирусным, противомикробным, противопротозойным и противогрибковым действием; шалфея остепнённого с противомикробным, противопротозойным и противогрибковым действием. Кроме собственно очищающего смыва водным раствором, антигипоксический эффект этих растений восстанавливает работу реснитчатого эпителия, энергетическое обеспечение АТФ динеинов, сгибательного движения ресничек, и тем самым улучшает мукоцилиарное очищение носоглотки.

Мукозопротекторы кроме того, в течение года дают детям пить как чай три раза в день, от нескольких дней до месяца-двух: алтей лекарственный, трава или корни; бузина чёрная, цветки; иссоп лекарственный, трава; лабазники, цветки или трава; лаванда, цветки; мелисса лекарственная, трава; подорожник большой, листья; репяшок аптечный, трава; синюха голубая, трава, корни; чабрец, трава; череда, трава; эвкалипт шариковый, листья. Они облегчают кашель, сухой кашель становится более мягким и продуктивным, уменьшается количество кашлевых толчков, урежаются позывы к кашлевому рефлексу. Мукозопротекторным эффектом обладают наши сборы противопростудный №1 и №2. При упорном

сухом кашле рекомендуется настой листьев мать-и-мачехи коротким курсом 5-7 дней. Могут применяться банки, горчичники.

При недостаточной эффективности приёма мукозопротекторов внутрь их вводят ингаляционно. С помощью небулайзера можно ингалировать процеженные водные настои растений-слоевиц исландского мха, цветков лаванды, листьев эвкалипта и других. Например, настой исландского мха имеет антигипоксический, иммуномодулирующий, противоаллергический, антибиотический, противогрибковый, противовирусный, бронхолитический, противовоспалительный, отхаркивающий, обволакивающий, желчегонный, слабительный, мочегонный, нефропротекторный, ранозаживляющий эффекты, нормализует аппетит и пищеварение.

Можно как вариант использовать ингалятор Махольда. Перед началом ингаляции проверяют переносимость эфирного масла. Пару капель нужно нанести на ватный диск или чистый носовой платок для того, чтобы вдыхать аромат в течение дня и следить за своим самочувствием. Или смешать эфирное и растительное масла в пропорции 1:4, после чего средство нужно нанести на внутренний сгиб руки и выждать сутки. При подозрении на аллергию лучше отказаться от масла. При хорошей переносимости капнуть две капли эфирного масла, например чабреца, или лаванды, или эвкалипта и поместить ингалятор в стакан с водой, подогретой до 40° и сделать 7-10 вдохов. В инструкции завода-изготовителя указано слишком большое количество вдохов, что может повредить сурфактантную систему дыхательных путей. Нежелательно превышать 10 вдохов за один подход.

Нужно ограничить слизееобразующие продукты (сладкое, мучное, несброженное молоко и творог из супермаркета). Сахара понижают выделение противовирусных и антимикробных дефензинов. Приём фруктово-ягодных углеводов полезен, в то же время пищевые продукты с белым сахаром (конфеты, пирожные, торты



ограничиваются праздниками). Лучше чтобы ребёнок различал, что есть праздники, а есть будни. Количество овощей и фруктов должно быть не менее 60 г на 10 кг веса ребёнка в сутки. Они являются пребиотиками, на которых хорошо развивается нормофлора. По-возможности, желательно находить натуральные продукты. Слишком большие ограничения в пище нецелесообразны, так как будет расти ферментопатия и дефициты витаминов и микроэлементов. Если продукт подозрителен на провокацию аллергии или дискомфорта, его нужно принимать в пищу в малых количествах, для того, чтобы подкармливать и выращивать соответствующих представителей микрофлоры.

Целесообразно, по-возможности, исключить иммуносупрессоры, препятствующие развитию естественного иммунного ответа на вирусоносительство и на внедрение новых штаммов микроорганизмов: антибиотики, сульфаниламиды, жаропонижающие, деконгестанты, ингибиторы протонной помпы, гистаминоблокаторы, витамин Д, интерфероны, ИРС-19; классические иммунодепрессанты – глюкокортикостероиды, гидроксихлорохин, препараты моноклональных антител и прочие.

Около 20% детей болеют ОРВИ практически ежемесячно. Рецидивирующие респираторные инфекции у детей означают, что периоды обострения вирусной репликации чередуются с периодами покоя, или ремиссии [41]. В период простуды мы рекомендуем прерывать выполнение методики избавления от недугов аденоидов и ринофарингита (ЧБД) и переходить на методику избавления от недуга простуды. Чаще используется упрощённая методика. В первые три дня при любом подозрении на ОРВИ, с дыхательными или кишечными симптомами, при щекотании в носу, чихании, першении в горле или ухудшении аппетита, пить внутрь несоленый и промывать носоглотку слабо подсоленным настоем сбора противопростудного №1. После каждого промы-

вания носоглотки капать в нос масло чабреца. С четвертого дня пить исландский мох до полного выздоровления. При подозрении на тонзиллит полощут горло настойкой противовоспалительной №1. Сладкие, мучные, молочные продукты не употреблять.

Обычно эпизод в виде ОРЗ проходит за неделю. Затем переходят снова на серию приёмов фитопрепаратов и промываний по поводу ЧБД. И при этом нельзя забывать, что организм ребёнка быстрорастущий, вследствие интенсивного деления клеток он должен получать много энергии кислорода, это значит по восемь часов находиться на свежем воздухе каждый день.

### Основная литература

1. Кокосов А.Н. Саногенез (О науке и практике врачевания). – СПб, 2009. – С. 94.
2. Яковлев С.В. Рациональная антимикробная фармакотерапия. М., 2023. – СС. 27-30.
3. Литвицкий П.Ф. Патофизиология : учебник. М., 2023. – СС. 368-369.
4. Мерфи К., Уивер К. Иммунология по Джанвэю / пер с англ. под ред. Г.А. Игнатовой, О.А. Синтич, И.Н. Дьякова. – М., 2020. – СС. 502-503.
5. Ющук Н.Д. Вирусные болезни : учебное пособие. – М., 2016. – С. 280.
6. Романцов М.Г., Мельникова И.Ю., Ершов Ф.И. Персистирующие респираторные инфекции у детей. Медицинские науки, Москва. ФНИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи.
7. Current Opinion in Virology Volume 47. April 2021, Pages 86-94 Современное мнение в вирусологии, Том 47, апрель 2021 г. – СС. 86-94. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1879625721000122>
8. Карахалис Л.Ю., Кононенко Т.С., Жигаленко А.Р. Место вирома в репродуктивном здоровье женщин. Медицинский совет, 16 (14) 2022. С. 186. <file:///G:/СКА4Ку/mesto-viroma-v-reproduktivnom-zdorovie-zhenschin.pdf>
9. Янковский Д.С., Дымент Г.С., Бережный В.В. Китап В.О., Химич Н.В. Виром человека. Современная педиатрия, 1 (97). – Киев, 2019. – СС. 49-62. [https://www.researchgate.net/publication/332688995\\_Human\\_Virome](https://www.researchgate.net/publication/332688995_Human_Virome)
10. Львов Д.К. Руководство по вирусологии: вирусы и вирусные инфекции человека и животных. – М., 2013. – СС. 47-48, 57, 67-68, 79.
11. [https://www.influenza.spb.ru/system/epidemic\\_situation/laboratory\\_diagnostics/](https://www.influenza.spb.ru/system/epidemic_situation/laboratory_diagnostics/)

12. Нестерова И.В., Халтурина Е.О. Моно- и микст-герпесвирусные инфекции: ассоциированность с клиническими синдромами иммунодефицита. Вестник РУДН. – М. 2018 №2. – С. 228.

13. Львов Д.К. Руководство по вирусологии: вирусы и вирусные инфекции человека и животных. – М., 2013. – СС. 88-111.

14. Литусов Н.В. Частная вирусология Иллюстрированное учебное пособие. – Екатеринбург, 2018. – С. 12.

15. Рустамова Л.И. Здоровое вирусоносительство как фактор риска эпидемиологического значения при энтеровирусных гастроэнтеритах у детей в Азербайджане Бомедицина 2/2007. – СС. 30-32.

16. Супотницкий М.В. COVID-19. Трудный экзамен для человечества. – М., 2021.

17. Гусев Е.Ю., Зотова Н.В., Журавлева Ю.А., Черешнев В.А. Физиологическая и патогенетическая роль рецепторов-мусорщиков человека. Медицинская иммунология, Т 22, №1. – С. 18.

18. Лучникова Е.В. Естественное проэпидемичивание населения в природных очагах клещевого энцефалита Abstracts Nationwide scientific forum of students with international participation «StudeNt ScieNce – 2019» forcipes том 2. Спецвыпуск, 2019. – С. 476.

19. Романюха А.А. Математические модели в иммунологии и эпидемиологии инфекционных заболеваний. – М., 2015. – С. 4.

20. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни: национальное руководство. – М., 2019. – С. 760.

21. Шабашова Н.В. Вторичный иммунодефицит (причины, иммунопатогенез, клинические признаки, профилактика и лечение). – СПб., 2023. – С. 20

22. [https://remedium.ru/doctor/otorhinar/Upravlenie\\_biotsenozom\\_v\\_terapii\\_infektsionno\\_vospalitelnykh\\_zabolevaniy\\_glotki/](https://remedium.ru/doctor/otorhinar/Upravlenie_biotsenozom_v_terapii_infektsionno_vospalitelnykh_zabolevaniy_glotki/)

23. Озерецковский Н.А., Немировская Т.И. Вакцинация против гемофильной инфекции типа b в российской Федерации и за рубежом. Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. №1 (86), 2016. – М. – С. 65.

24. Козлов В.Г., Ожерелков С.В., Санин А.В., Кожевникова Т.Н. Адьюванты в современной медицине и ветеринарии. – М., 2014. – СС. 96-98.

25. Алпатова Н.А., Авдеева Ж.И., Лысикова С. Л., Головинская О.В., Гайдерова Л.А. Общая характеристика адьювантов и механизм их действия. Ч. 1. Биопрепараты. Профилактика, диагностика, лечение. 2020. Т. 20, №4. – С. 245.

26. Алпатова Н.А., Авдеева Ж.И., Лысикова С.Л., Головинская О.В., Гайдерова Л. А. Общая характеристика адьювантов и механизм их действия. Ч. 1. Биопрепараты. Профилактика, диагностика, лечение. 2020. Т. 20, №4. – СС. 247-249.

27. Зайцева Н.В., Землянова М.А., Кольдибекова Ю.В., Пескова Е.В. Некоторые аспекты развития нейротоксических эффектов при воздействии нейротропных химических веществ. Экология человека 2020.03 DOI: 1033396 / 1728-0869-2020-3-47-53 – СС. 47-50.

28. Most Vaccination-Onset Epilepsy Has Genetic, Structural Cause. Pauline Anderson September 24, 2014. Medscape. Friday, January 19, 2024 <https://www.medscape.com/viewarticle/832250?form=fpf>

29. Олейник Е.К., Чуров А.В., Олейник В.М. Иммунологическая память: роль регуляторных клеток Treg Медицинская иммунология, 2018. Т. 20, №5. – СС. 614-618.

30. Духовлинов И.В., Добровольская О.А., Орлов А.И. Получение гибридного рекомбинантного белка Flu-Chim, содержащего основные эпитопы вирусов гриппа А и В. Инфекция и иммунитет, 2017, Т. 7, №2, сс. 117–122.

31. Медуницын Н.В. Вакцинология: монография / Н.В. Медуницын, А.В. Катлинский Л.О. Ворслов. – М., 2022. – СС.14-15.

32. Семикина Е.Л., Сметанина О.Ю., Беляева И.А., Копыльцова Е.А., Закиров Р.Ш. Особенности клеточного иммунитета у новорождённых детей с внутриутробными инфекциями. Российский педиатрический журнал №2, 2013. – С.17.

33. Супотницкий М.В. «Неудобная иммунология». Актуальная инфектология №2, 2016. – СС. 90,79.

34. Генералов И.И. Медицинская вирусология. Учебное пособие. Витебск, 2017. – СС. 25-26

35. Назаренко П.В., Лесиовская Е.Е. Часто болеющие дети: проблемы профилактики и фитотерапии. – Пермь, 2005. – СС. 4-6, 42.

36. Пальчун В.Т. Оториноларингология : национальное руководство. – М, 2020. – СС. 824-833.

37. Пастушенков Л.В., Лесиовская Е.Е. Фармакотерапия с основами фитотерапии. Учебник. Часть II. – СПб., 1995. – СС. 60-73.

38. Лесиовская Е.Е. Доказательная фитотерапия. Руководство для врачей и провизоров. – СПб., 2021. – Т. 4. – СС. 4-89;

39. Доказательная фитотерапия. Руководство для врачей и провизоров. – СПб., 2019. – СС. 111-113.

40. Лесиовская Е.Е. Доказательная фитотерапия. Руководство для врачей и провизоров. – СПб., 2020. – Т. 3. – СС. 24-25, 42, 102-105, 129-135, 162, 219-234.

41. Мигачёва Н.Б, Каганова Т.И. Рецидивирующие респираторные инфекции у детей: дифференцированный подход к тактике ведения. Обмен опытом, Самара, 2012. – С. 100.

## Приложение. Методики.

### Избавление от недугов аденоидов и ринофарингита (ЧБД)

#### Первые два месяца

Базовым лечением категории «часто болеющие дети» является восстановление нормобиоты. Перед едой или во время еды принимают сбор противодисбактериозный №1 и сбор противодисбактериозный №2, чередуя их по неделе.

Одновременно пьют деалкоголизованные настойки иммунные №1 и №2, чередуя их между собой по неделе.

В еду добавляют, чередуя по неделе, два пищевых масла, укропа и кориандра. Можно их заменить на порошки этих специй.

Вместо чая, кофе какао или колы пьют травяные чаи (травы не смешивать), перечень см. ниже. Полезны неподслащённые компоты из фруктов и ягод.

Целесообразно ежедневно употреблять в пищу кисломолочные продукты: кефир, ряженку, ацидобифиллин, биобаланс и пр. Или подбирать закваски, например: казачью кисломолочную, грузинский мацони, аптечную нарине и самим заквашивать ими молоко. В животе должно быть комфортно, и стул регулярным и оформленным.

Первую неделю принимают пищеварительные ферменты по-недельник-среда-пятница раз в день с обильным приёмом пищи. Вторую неделю принимают пробиотик (полезные микробы) по-недельник-среда-пятница, раз в день. Далее чередовать по неделе фермент и пробиотик.

Промывают нос настоем репешка аптечного (утром) и шалфея остепнённого (вечером), завершив полосканием рта и горла.

Раствор для промываний готовят следующим образом. Сначала чайную ложку травы заливают стаканом воды, потом добавляют 5 капель иммунной настойки, затем ставят на баню. Либо в тер-

мос кладут 1 чайную ложку травы, заливают крутым кипятком и сразу добавляют 5 капель разбавленной иммунной настойки. Термос закрывают на 1-2 часа. Настой, приготовленный на бане или в термосе процеживают. Раствор готов для промываний и полосканий, годен при хранении в тёмном месте процеженным при комнатной температуре сутки. Промывать приятно тёплым, перед промыванием 1/4 стакана подсолить щепотью поваренной соли по вкусу и ещё раз процедить. Перед тем как дать ребёнку мамочка должна сначала попробовать на себе. Несолёный настой вызывает сильную боль. Разбавленная настойка иммунная в раствор добавляется та же, что принимается внутрь текущую неделю. После промывания в нос капают масла: чабреца (утром) и вероники (вечером). Можно пипеткой, либо набирать в инсулиновый шприц без иглы.

### **Вторые два месяца**

Перед едой или во время еды принимают сбор противодисбактериозный №3 и сбор противодисбактериозный №4, чередуя их по неделе.

Вместе с противодисбактериозными сборами пьют деалкоголизированные настойки иммунные №3 и №4, чередуя их между собой по неделе, можно добавлять их в чай после еды. При низком артериальном давлении иммунную №3 меняют на №13.

В еду добавляют, чередуя по неделе, два пищевых масла, базилика и цикория. Либо порошки этих специй.

Пьют травяные чаи (травы не смешивать), перечень см. ниже и несладкие компоты.

Регулярно употребляют кисломолочные продукты. При необходимости продолжить ферменты и пробиотики.

Промывают носоглотку водным настоем чабреца (утром) и ромашки лекарственной (вечером).

После промывания в нос капают масла: василька (утром) и календулы (вечером).

### Третьи два месяца

Перед едой или во время еды принимают сбор противодисбактериозный №5 и сбор противодисбактериозный №6, чередуя по неделе. Параллельно со сборами пьют настойки иммунные №5 и №6, чередуя их между собой по неделе.

В еду добавляют оставшиеся пищевые масла или порошки специй. Допивают оставшиеся травы. Регулярно употребляют кисломолочные продукты.

Промывают носоглотку водным настоем астрагала (утром) и лабазника (вечером).

После промываний в нос капают масла: сирени (утром) и шиповника или девясила (вечером).

Все иммунные настойки для приёма внутрь освобождать от этилового спирта (деалкоголизировать)!

С 15 августа до окончания снега весной (около 15 апреля) в чередование иммунных настоек раз в два месяца вставлять по две недели настойку родиолы розовой. В это время настойки иммунные не принимаются, приём остальных фитопрепаратов остаётся прежним. Таким образом, если принимается родиола, иммунные настойки принимаются по полтора месяца.

Перечень травяных чаёв: астрагал эспарцетный, трава; бузина чёрная, цветки; иссоп лекарственный, трава; лабазники, цветки или трава; лаванда цветки; липа, листья; мелисса лекарственная, трава; репешок аптечный, трава; ромашка лекарственная, цветки или трава; смородина, листья; чабрец, трава; череда, трава; эвкалипт шариковый, листья; сборы витаминные №1 и №2. В холодильнике во избежание появления моли при +5<sup>0</sup> хранятся сборы противодисбактериозные №1 и №4, цветки ромашки.

Промывают нос шприцем без иглы, запрокинув голову назад. После закапывают масло. Взрослым можно пробовать научиться самим промывать нос: задержав дыхание, через нос вбирать подсолённый настой, а через рот выливать. Детям можно предложить игру «в кита»: задержав дыхание, мама и ребенок опускают нос в тарелку с настоем, и, вынув нос, посоревноваться, «кто дальше выпустит фонтанчик». Промывания носа всегда завершают полосканием полости рта и горла. При заболевании уха промывания носа прекращают. Капают настойку противовоспалительную и ранозаживляющую (НПВ) в ухо по 1-2 капли 1-2 раза в день, два дня, либо обрабатывают 1-2 раза в день ватными палочками, смоченными в НПВ. Если уши продолжают болеть, на третий день следует обратиться к ЛОР врачу. При воспалении миндалин полоскать раствором НПВ после полосканий травами, теми же, которые используются для промываний носа, в т.ч. противопростудными сборами №1 и №2.

Методика профессора Е.Е. Лесиовской и д-ра А.А. Алифанова.

### **Избавление от недуга простуды**

**Упрощённый комплекс.** В первые три дня при любом подозрении на ОРВИ, с дыхательными или кишечными симптомами, при щекотании в носу или чихании, першении в горле или ухудшении аппетита, пить внутрь несолёный и промывать носоглотку слабо подсолённым настоем сбора противопростудного №1. После каждого промывания носоглотки капать в нос масло чабреца. С четвертого дня пить исландский мох до полного выздоровления. При подозрении на тонзиллит полощут горло настойкой противовоспалительной №1 или 2. Сладкие, мучные, молочные продукты не употреблять.



## Лечение простуды подробно. Первые три дня

1. Противовирусное и противомикробное лечение. В первые три дня даже без повышения температуры давать сбор противостудный №1 по два глотка каждые час – два кроме времени сна (болящего не будить, – он должен отдыхать). Со второго дня каждые два-три часа. При высоком давлении пьют противостудный №1 ГБ вместо №1.

2. Удаление вирусов и микробов из носоглотки. Процесс начинается с носоглотки, где размножается сезонный штамм простудного вируса, откуда происходит генерализация (распространение) через кровь на весь организм. Необходимо срочно удалить из носоглотки патогенные микроорганизмы, и не важно, свои это или чужие штаммы. Промывают нос слабосолёным настоем противостудного №1, завершая полосканием горла, каждые 2 часа (кроме времени сна) в первый день и несколько раз в сутки далее, утром и на ночь обязательно. Маленьким детям достаточно только частого питья. Или просто опускать нос в тарелку с простудным №1, поиграть в кита, который пускает фонтанчик. После промывания капают в нос масло чабреца, или мелиссы, или тысячелистника. При заболевании уха капают теплую настойку противовоспалительную и ранозаживляющую (НПВ) в ухо (в слуховой проход по 1 капле) 1 раз в день в течение 2 дней, взрослым 2-3 раза в день. Если эффекта нет, обратиться к ЛОР-врачу. Нельзя капать в уши борный спирт.

3. Создание в носоглотке антисептической (противомикробной) среды. Удерживают во рту после каждого полоскания кусочки смолы с хвойных деревьев размером с горошину. Через 10-15 минут сплевывают. Нежелательно глотать во избежание отрицательного действия смолы на почки. Кроме того, в питание вводят противовирусные и противомикробные пищевые расте-

ния: сырые морковь, свёклу, понемногу лук, чеснок, черемшу. Если потребляются вареные блюда, вводятся противовирусные специи: имбирь, кориандр, майоран, тмин или фенхель в тарелку на столе в перемолотом виде. При подозрении на ангину четыре раза в день полощут полость рта настойкой противовоспалительной (НПВ, маленьким детям 20 капель = 1 мл настойки смешать с 50 мл кипятка, остудить, использовать в течение дня). Каждый день смотреть зев болящего. Через два дня, если НПВ №1 недостаточно, заменяют на НПВ №2, либо разбавленной настойкой прополиса.

4. Прекращение «подкормки» патогенных микроорганизмов и снятие гиперэргической реакции. Исключают продукты, способствующие повышению избыточной температуры: углеводы (сладкое, мучное, молочное) в том числе магазинное молоко с мёдом, малиновое варенье; крахмалы: картофель, рис, манку хлеб и макаронные изделия, оладьи, блины, вареники, пельмени. Сливочное масло с кашей (греча, перловка) допустимо.

5. Для взрослых при отсутствии аппетита эффективно сухое голодание (лучше (но не обязательно) сделать микроклизму со 100-200 мл противостудного настоя №1, не пить, не есть 24-36 часов). Пусть работает саногенез (самоисцеление).

6. Снятие избыточной температуры. Температура около до 40<sup>0</sup>С нужна для гибели вирусов и улучшения работы иммунитета. При желании лучше использовать безопасные средства, в том числе чай из: цветков липы, василька, ромашки, корней девясила, малины, мать-и-мачехи, травы тысячелистника, фиалки, череды. 1. Спиртowo-уксусное обтирание: берём горячую жидкость и в ней два испаряющихся вещества. Главное – мы не вмешиваемся в центральную терморегуляцию, мы только усиливаем теплоотдачу. Четверть стакана горячей воды (50 мл) + 5 мл 6% столового уксуса + 2 мл водки. Попробовать на своей коже, прежде

чем смазывать кожу ребёнка! Смазывать ладони и подошвы стоп каждые 15 минут несколько раз. Доливать горячей воды, если в стакане осталась смесь. После облегчения прекратить. В комнате не должно быть сквозняков, чтобы ребенок дополнительно не переохладился. 2. Ледяные свечи. Для этого в формочку, в том числе сделанную из фольги, заливают травяной чай из жаропонижающих растений, или просто воду, замораживают. Вводят ректально на 10-15 минут. Детям не более трёх свечек в день. 3. Микроклизма с настоем жаропонижающего растения из перечисленных выше, комнатной температуры, 20-50 мл вводится в прямую кишку несколько раз в день.

### **Период выздоровления (чаще с четвертого дня от начала болезни)**

1. Улучшение отхаркивания и подавление патогенной микрофлоры. С четвертого по шестой день ОРЗ пьют сбор противовоспалительный №2 каждые 2-3 часа по 2 глотка в течение дня. После улучшения можно его пить как чай. С седьмого дня исландский мох до выздоровления. При ОРВИ с кишечным синдромом (понос) пьют сбор противовоспалительный №1.

2. Снятие сухого кашля. Желательно исключить из питания продукты, которые «сушат» дыхательные пути: сладкое, мучное, в т.ч. хлеб и макаронные изделия, картофель, рис, манку, орехи. Вводить продукты, которые смягчают кашель и способствуют отхаркиванию: горячие супы, борщи; сырые овощи, особенно репу, редис, редьку, капусту, если переносит организм, в том числе квашеную, хрен, сочные спелые фрукты (например, цитрусовые) и ягоды. Полезно жирное, если переносит печень: сало, жирная рыба или мясо, много сливочного масла. В посты рыба и постное масло, жарка из овощей. Горячие ингаляции чаще не нужны и даже вредны. Лучше использовать ингалятор Махольда с эфир-

ными маслами по 7-10 вдохов 3-6 раз в день. Или нибулайзер в настоями трав-мукозопротекторов.

3. Предотвращение иммунодепрессии. Синтетические лекарства в первую седмицу чаще приносят вред. Распространенные иммуносупрессоры: антибиотики, сульфаниламиды, жаропонижающие, противовоспалительные средства, снижающие холестерин, бета-адреноблокаторы, сосудосуживающие капли в нос,  $H_1$  и  $H_2$ -гистаминоблокаторы, блокаторы протонной помпы и проч. Классические иммунодепрессанты: глюкокортикостероиды, гидроксихлорохин, препараты моноклональных антител. Если болезнь затягивается и отсутствует положительная динамика более 7 дней, следует обратиться к врачу.

4. Применение жаропонижающих НПВС даже при судорожном синдроме вряд ли целесообразно, так как может превратить двух-трехдневный жар в многодневное повышение температуры.

5. Сочетание фармакотерапии и фитотерапии. Если по каким-либо причинам болящий всё же решил (или врач настаивает) принимать синтетические лекарства, фитотерапия полезна и параллельно, потому что уменьшает побочные действия лекарств, повышает эффективность фармакотерапии и уменьшает риск осложнений, в том числе лечит дисбактериоз. Но без фармакотерапии в течение первой недели ОРЗ выздоровление наступает быстрее.

Методика д-ра А.А. Алифанова и проф. Е.Е. Лесиовской.