

1(2)'97

Адреса редакції: 252004, Київ,
вул. Л.Толстого 9,
УАНМ

тел: 224-25-64
E-mail: miua1m@folk.freenet.kiev.ua

Приймаємо замовлення на розміщення
реклами у наступному номері.

З питань підписки на бюлетень
звертайтеся до редакції.



Народна та нетрадиційна
МЕДИЦИНА
України

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ БЮЛЕТЕНЬ



Головний редактор —
кандидат медичних наук
Попова Валерія Сергіївна

В Українській асоціації народної медицини займає посаду заступника генерального директора. Голова Вченої ради та голова атестаційно-експертної комісії УАНМ. За освітою, фахом і покликанням — лікар. Закінчила лікувальний факультет Київського медичного інституту ім. О. О. Богомольця. Кандидатська дисертація була присвячена вивченню фізіологічних та біохімічних особливостей біоенергетичних процесів організму людини. Має великий стаж наукової та клінічної роботи. Фахівець з питань фітотерапії і біоенергоінформотерапії. Автор багатьох наукових публікацій. Всі сили, час і душу вкладає в справу становлення народної та нетрадиційної медицини в Україні. Є одним із провідних авторів національної Програми наукового обґрунтування методів народної та нетрадиційної медицини. Веде велику просвітницьку роботу на радіо, телебаченні та на шпальтах газет і журналів.

ВІД РЕДАКЦІЇ

ВЕЛЬМИШАНОВНИЙ ЧИТАЧУ!

Побачив світ черговий номер бюлетеню "Народна та нетрадиційна медицина України". В наші нелегкі часи, коли економічні та соціальні труднощі призвели до відчутних негараздів у сфері охорони здоров'я, потяг до народної та нетрадиційної медицини став досить виразним. Проте ці методи ще не стали широко відомими та науково обґрунтованими. З ними менш, ніж було б варто, ознайомлені лікарі. Про них не мають чіткого уявлення пацієнти, які здебільшого орієнтуються лише на реклами того чи іншого цілителя. Врешті-решт, самі цілителі часом не можуть пояснити сутності свого впливу на пацієнтів. Саме із цього виростає одна із функцій нашого бюлетеню - освітня. Поряд із представленням суто наукових статей, призначення яких - наукове обґрунтування методів народної та нетрадиційної медицини, ми започаткували кілька рубрик для цілителів. В них ми розповідаємо про різні медичні проблеми просто, чітко, зрозуміло. Отже, сподіваємось привернути увагу і лікарів, і цілителів, і потенційних пацієнтів, яких цікавлять методи народної та нетрадиційної медицини. Ми чекаємо на Ваші листи, шановний читачу, для того, щоб краще висвітлювати питання, що Вас турбують.

Народна та нетрадиційна МЕДИЦИНА України

ЗМІСТ №1 (2) '97

УКРАЇНЬСЬКА АСОЦІАЦІЯ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ

2 В.В.Поканевич, В.А.Туманов Медичному інституту Української асоціації народної медицини — 5 років

3 В.В.Поканевич Народна та нетрадиційна медицина: джерела і розвиток

ОРИГІНАЛЬНІ СТАТТІ

6 Т.А.Сядро Особенности радужной оболочки глаза при злокачественных и доброкачественных заболеваниях молочной железы

9 А.Н.Продеус Компьютерная программа "ESID-2"

12 І.І.Горпинченко, Л.П.Імшинецька, Ю.М.Гурженко Динаміка клінічних; нейрофізіологічних, гормональних, сперматологічних показників у хворих інтерорецептивно-психогенною статеву дисфункцією під впливом голкорексфлексотерапії

16 А.Г.Козлов Кинетические аспекты гомеопатии

ДОСВІД РОБОТИ

18 Е.Л.Мачерет Развитие и внедрение рефлексотерапии в Украине

20 Н.А.Кривенко, В.В.Кривенко Электронпунктурная диагностика чакр при помощи AGNIS BAT 02 — индикатора состояния биологически активных точек

ОГЛЯДИ

21 Г.Г.Симоненко Лікування при хронічному бронхіті

26 ДОКУМЕНТАЛЬНЕ СУПРОВОДЖЕННЯ РОБОТИ ЦІЛИТЕЛЯ

ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЛОК — БІБЛІОТЕКА

28 Публикации по теме "Манипулятивная терапия" в фондах Государственной научной медицинской библиотеки

30 Адреса медицинских учреждений мира, подготавливающих специалистов по мануальной (chiropractic) медицине

31 ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЛОК — ОБ'ЯВИ



Редколегія:

головний редактор — Попова В.С.,

заступник головного редактора —
Туманов В.А.

літературний редактор —
Данілова О.Є.

відповідальний секретар —
Леонська Г.І.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Антомонов М.Ю., д.м.н.
Артох В.П., к.б.н.
Войтенко Г.М., д.м.н., проф.
Гарнік Т.П., к.м.н., доц.
Горбань В.О., д.м.н., проф.
Горнаков В.Ю., д.б.н.
Дупленко Ю.К., д.м.н.
Ігнат'єва В.О., к.м.н., доц.
Козлов А.Г., д.м.н.
Костинська Н.І., д.м.н.
Крьосний Д.І., к.м.н., доц.
Кривенко В.В., к.м.н.
Курик М.В., д.ф.-м.н., проф.
Ларіонов Г.М., д.м.н., проф.
Мачерет Е.Л., д.м.н., проф.,
чл.-кор. АМН України
Мельник В.М., д.м.н.
Назар П.С., д.м.н., проф.
Орел В.Е., д.б.н.
Подпрятков С.Є., к.м.н.
Поканевич В.В., к.м.н.
Руденко А.В., д.м.н., проф.
Скиба В.В., д.м.н., проф.
Стародуб М.Ф., д.б.н.
Стефанов О.В., д.м.н., проф.
Стрельцова Л.В., к.м.н.
Теленгатор О.Я., к.м.н., доц.
Чекман І.С., д.м.н., проф.,
чл.-кор. НАН України
Юрченко В.Д., к.м.н.

Свідectво

Про державну реєстрацію
серія КВ № 2311
видане Міністерством України
у справах преси та інформації
12 грудня 1996 року

Точка зору авторів може не співпадати
з позицією редакції.

Відповідальність за достовірність
наданої інформації несуть автори.



В.В. Поканевич,
к.м.н., заслужений лікар України,
генеральний директор УАНМ, президент
Медичного інституту УАНМ



В.А. Туманов,
д.м.н., професор, ректор Медичного
інституту УАНМ, завідувач кафедри
фармакології

Медичному інституту Української асоціації народної медицини — 5 років

Медична освіта в Україні завжди займала почесне місце в системі вищої школи нашої держави. У 1992 році Українською асоціацією народної медицини було засновано медичний інститут. Головним у створенні нашого інституту є поєднання державного стандарту підготовки лікарів із опануванням знань, найбільш ефективних навичок та умінь народної та нетрадиційної медицини. Це якраз саме те, що відрізняє наш медичний інститут від існуючих. Новітня тенденція в підготовці лікаря сьогодні є ознакою національної самосвідомості. На цьому шляху доцільно повернутися до народних витоків і згадати саме народні оздоровчі традиції. Ось чому в нашому інституті, який готує лікарів за фахами "Лікувальна справа" (термін навчання — 6 років) та "Стоматологія" (термін навчання — 5 років), велика увага приділяється вивченню таких дисциплін з циклу "Народна та нетрадиційна медицина" як "Фітотерапія", "Фармакогнозія", "Гомеопатія", "Мануальна терапія", "Рефлексотерапія", "Іридологія" та інші. Окремі лекції викладаються відомими вченими в цій галузі. Крім того, в нашому інституті реалізується концепція щодо формування особистості майбутнього лікаря, у якого все повинно бути гармонійним — від мислення до зовнішності. Особлива увага приділяється викладанню таких курсів як "Культура спілкування", "Культура розумової праці", "Етика поведінки", "Езотерика" та ін. Все це сприятиме тому, що випускник нашого навчального закладу зможе стати конкурентноздатним на ринку праці в умовах ринкової економіки.

Для навчання студентів (а їх сьогодні у нас на медичному та стоматологічному факультетах, фельдшерському та медсестринському відділеннях та у філії в Полтаві навчається понад 1,5 тисячі) створені всі необхідні умови:

фундаментальні кафедри мають власні навчальні бази; клінічні кафедри розташовані на базах таких провідних НДІ як оториноларингології, онкології, нейрохірургії, травматології і ортопедії, та в кращих медичних закладах і поліклініках;

понад 300 висококваліфікованих викладачів, серед яких багато відомих вчених, здійснюють підготовку наших студентів. В інституті взагалі кожний п'ятий викладач — доктор наук, а кожний третій — кандидат наук;

в інституті функціонує бібліотека, фонд якої більш як 30 тисяч примірників, є читальні зали;

працюють поглиблені курси з дисциплін народної та нетрадиційної медицини для тих, хто вже отримав вищу медичну освіту або навчається на 5-6 курсах вищих медичних навчальних закладів;

інститут надає студенту можливість побачити різні країни світу, вивчати їхню культуру і мову, заробляти кошти за кордоном для оплати навчання;

в інституті функціонує єдина структура ступеневої підготовки спеціалітів, яка включає навчальні підрозділи I рівня акредитації (підготовка медичних сестер і фельдшерів), II рівня акредитації (підготовка медсестер-бакалаврів) і III рівня акредитації (підготовка лікарів за спеціальностями "Лікувальна справа" та "Стоматологія").

Лікувальна робота в медичному інституті здійснюється фахівцями 26 клінічних кафедр, матеріальна база яких відповідає сучасним вимогам. Загалом клінічна база інституту складає більш як 1,5 тисячі ліжок, близько 60 кабінетів для амбулаторного прийому пацієнтів. Тільки за минулий 1996/97 навчальний рік проведено консультування та надана лікувальна допомога понад 21000 хворих.

В нашому інституті навчаються іноземні студенти з багатьох країн світу. Ведеться інтенсивна робота по встановленню тісних міжнародних зв'язків з зарубіжними колегами. Вже сьогодні медінститут плідно співпрацює з міжнародними інституціями і підтримує наукові зв'язки з Барселонським університетом, Бельгійським товариством хіропактів, Віденським університетом, Манчестерським університетом, Міжнародною асоціацією ВУЗів, Міжнародною гомеопатичною лігою, Чеським Товариством мануальних терапевтів, Університетом Сетон-Холл (США), з департаментом традиційної медицини ВООЗ та іншими.

Подальший розвиток міжнародних зв'язків — це перспективний напрямок діяльності, спрямований на підвищення наукового потенціалу нашого інституту.

У нас проводиться плідна наукова робота, основними плановими напрямками якої є:

- вивчення та впровадження в практику охорони здоров'я ефективних методів народної та нетрадиційної медицини;

- удосконалення методів лікування та профілактики основних захворювань терапевтичної, хірургічної та стоматологічної патології;

- медико-біологічні проблеми наслідків аварії на ЧАЕС;

- філософські, психологічні та соціально-політичні проблеми охорони здоров'я в сучасних умовах.

Створені комплексні міжкафедральні наукові програми по вивченню механізмів дії найбільш ефективних засобів фітотерапії. Науковцями інституту запропоновані такі препарати як йоддицерін, поліфітол, дозволені Міністерством охорони здоров'я до використання в медичній практиці. Вченими інституту отримано 8 патентів України, видано 13 монографій, надруковано понад 300 наукових праць. По наслідкам закінчених наукових робіт проведено 4 науково-практичні конференції, підготовлено до захисту 4 та виконуються 9 докторських дисертацій, 11 кандидатських.

Плідно працюють наукове студентське товариство та студентські наукові гуртки кафедр, щорічно проводяться студентські наукові конференції та видаються збірки наукових студентських робіт. Значна увага приділяється матеріально-технічному забезпеченню навчального процесу та його комп'ютеризації.

Інститут входить до навчальних комплексів з державними вищими медичними закладами освіти (Київська медична Академія післядипломної освіти, Полтавська медична стоматологічна академія), що сприяє організації післядип-

ломної освіти (інтернатури, магістратури, аспірантури) для наших випускників.

Впровадженні такі нові технології навчання (відповідно рівню вимог до спеціаліста-лікаря зі знанням народної та нетрадиційної медицини) як рейтингова система контролю якості знань студентів; модульно-циклова система організації навчання на передостанніх курсах та система ротації циклів на останньому році навчання; впроваджені елементи навчальних програм закордонних вищих медичних навчальних закладів (США, Канада, Австрія) в наші навчальні програми з метою наближення змісту і форм освіти до зразків міжнародних стандартів. Створені системи контролю тестування студентів.

Навчальні програми наскрізно інтегровані з урахуванням викладання дисциплін з циклу "Народна та нетрадиційна медицина".

Таким чином, організація навчального процесу в інституті спрямована на досягнення конкретної мети: підготовка лікаря із знанням народної та нетрадиційної медицини з урахуванням кращих зразків досвіду як української вищої школи, так і закордонних.

НАРОДНА ТА НЕТРАДИЦІЙНА МЕДИЦИНА: ДЖЕРЕЛА І РОЗВИТОК

В.В. Поканевич
к.м.н., заслужений лікар України,
генеральний директор УАНМ, президент
Медичного інституту УАНМ

Відносно народної медицини, що іде до нас з глибин народної мудрості, існує чимало різних точок зору, непорозуміння, а часом і пліток. Хто вона нині? Повноправна складова сучасної системи охорони здоров'я чи Попелюшка, на яку й звертати увагу не випадає?

Про походження народної медицини, її роль і місце в науці та практиці охорони здоров'я — бесіда з генеральним директором Української асоціації народної медицини Валерієм Володимировичем Поканевичем.

КОР.: Протягом тривалого часу медицину для нас уособлювали люди в білих халатах — лікарі й медсестри, які мали відповідну освіту. Потім травники, екстрасенси, костоправи зайняли у лікарській свідомості не містичну, а медичну нішу. Отже, чим вона є, народна медицина?

В.П.: Народна, тобто традиційна медицина, як визначили експерти ВООЗ в 1977 році: "...це загальна сума всіх знань та навичок, незалежно від того, чи можуть вони бути раціонально пояснені чи ні, які використовуються в діагностиці, профілактиці й усуненні фізич-

них, психічних і соціальних порушень та дисбалансів і спираються виключно на практичний досвід та спостереження, які передаються з покоління в покоління в усній та письмовій формі".

До цього відносяться різні методи — від простих домашніх прийомів лікування до таких складних і розгорнутих систем, як Аюрведа і китайська медицина.

КОР.: Тобто традиційна медицина — це те, що було колись і не встигло загубитись у глибині століть. Але ж сучасна людина відрізняється від колисьної...

В.П.: І народна медицина не стоїть на місці. Історію народної медицини, на наш погляд, можна умовно розділити на три періоди.

Перший період починається з глибокої давнини, з часів, коли з'явилася людина розумна, і закінчується, коли почала розвиватися класична, наукова європейська медицина, пов'язана з іменами таких класиків наукової медицини, як Гален, Парацельс та інші.

Таким чином, з традиційної медицини народжується наукова класична медицина, яка стає могутньою гілкою і починає розвиватися своїм шляхом, час від часу беручи з народної медицини певні методи і науково їх обґрунтовуючи.

Надалі класична наукова медицина стає офіційною для європейських держав і існує паралельно з традиційною. Це і є другий період в історії традиційної медицини. В цей період, особливо в останні століття, народна традиційна медицина зазнає утисків з боку класичної наукової медицини, яку взято на озброєння державою, покарано багато знахарів, в тому числі фізично знищено. Загублено тисячі раціональних ме-

тодів медичної допомоги, що були частиною народної мудрості і культури.

Слід зауважити, що водночас традиційна медицина очищалася від іраціонального, містичного, непотрібного. На жаль, системи, яка б дозволила відокремити зерна від половини і залишити тільки те, що дійсно могло б допомогти людині в медичному плані, не існувало.

Погляди культурного суспільства і наукового співтовариства на народну, традиційну медицину поступово починають змінюватися тільки в середині 20-го сторіччя.

Відпрацьовується цивілізований підхід до цієї проблеми.

Цим закінчується другий період в історії традиційної медицини і починається третій.

Розробку системи наукового обґрунтування і впровадження методів традиційної медицини в систему охорони здоров'я, її інтеграції в офіційну медицину взяла на себе ВООЗ. В ній було створено спеціальний відділ традиційної медицини, який сьогодні очолює китайка д-р Занг. Цей відділ займається розробкою реалістичного підходу до традиційної медицини з метою покращення заходів охорони здоров'я; оцінкою традиційної медицини з точки зору сучасної науки з метою посилення ефективності практики та зведення нанівесу негативних явищ; об'єднання цінних знань і досвіду традиційної та західної медицини.

КОР.: Скажіть, будь ласка, ким є батько медицини Гіпократ — представником традиційної чи офіційної медицини?

В.П.: Гіпократ був яскравим представником традиційної, або народної медицини. І водночас в його діяльності була присутня загальноприйнята наукова методологія.

КОР.: Як розвивалася традиційна медицина в Україні?

В.П.: На жаль, в часи тоталітарного режиму в Радянському Союзі народна медицина взагалі була поза законом. Коли на

неї звертали увагу, то здебільшого для того, щоб знижувати. Практично вона опинилася в глобальному підпіллі, хоча до її послуг інкогніто зверталися навіть ідеологи радянського суспільства. Тільки з початком перебудови з'явилася тенденція до її легалізації. Велика роль у цій справі належить Міністерству охорони здоров'я України, і тодішньому міністру охорони здоров'я Ю. Спіженку, і нинішньому міністру А. Сердюку, який в той час був першим заступником міністра.

Саме за їх ініціативою і підтримкою в 1991 році було створено структуру, яка мала на меті організувати вивчення, розробку, адаптацію і впровадження методів народної та нетрадиційної медицини в практику охорони здоров'я України — Українську асоціацію народної медицини.

За роки існування асоціації, тобто з 1991 року, атестацію-експертизу пройшли біля 2200 чоловік, тобто було виявлено, хто з цілителів може реально допомогти хворим.

Курси підвищення кваліфікації в асоціації пройшли більш 1700 чоловік. Працює медичний інститут, де навчається біля 1500 студентів. Біля 5000 пацієнтів отримали допомогу методами народної та нетрадиційної медицини. Проводиться науково-дослідна робота з напрямків: фітотерапії, мануальної терапії, іридології, рефлексотерапії, біоенергоінформотерапії і експертизи.

Взагалі, слід зазначити, що за останні роки в Україні значно зросла увага офіційної медицини до народних та нетрадиційних методів лікування, діагностики та профілактики захворювань. Так, за повідомленням з управління охорони здоров'я, на різних лікарських посадах в структурі охорони здоров'я України працюють фахівці, що володіють багатьма різними методами народної та нетрадиційної медицини (гомеопатія, фітотерапія, мануальна терапія, іридодіагностика, рефлексотерапія, біоенергетика та інші), в середньому на 10 тисяч населення — 1,4 фахівця.

КОР.: Чи користується традиційна медицина попитом за кордоном і де саме?

В.П.: Даваймо почнемо з Китаю, адже, класична європейська медична наука прийшла в Китай тільки в середині XIX сторіччя. Лікарі, які практикували народну медицину, і лікарі, які дотримувалися європейської медицини, не підтримували контактів між собою. В 1949 році в Китаї налічувалося приблизно 12000 лікарів європейської орієнтації та 50000 тих, хто практикували народну медицину. Останні обслуговували сільське населення, яке складало 80%. Проте, сьогодні в Китаї державою взято на озброєння з однаковими правами дві системи — європейської і китайської медицини, які доповнюють одна одну.

Щодо Європи та США — звернемось до даних світової статистики: так, 75% населення Великобританії згодні отримувати допомогу від народних лікарів. По даним ВООЗ, 75% усіх хворих потребують лікування з використанням методів народної медицини. Аналіз розповсюдження традиційної медицини в країнах західної Європи та США показує, що 20-50% населення використовують ці методи. Кожний 3-й

громадянин США хоча би раз на рік користується порадами представників традиційної медицини.

Існують національні особливості, які визначають популярність окремих методів народної медицини в країнах Європи. Так, гомеопатія більш популярна в Бельгії і Франції в порівнянні з Великобританією, в Голандії захоплюються хілерством, тоді як у Франції дуже популярний масаж, а в Данії — рефлексотерапія.

Принципи інтеграції народної медицини в офіційну в основному викладені на нараді експертів ВООЗ в 1977 році. Серед них:

- офіційне визнання осіб, практикуючих народну медицину і залучення їх до медичних програм;
- перепідготовка осіб, практикуючих народну медицину для відповідного використання їх в системах медико-санітарної допомоги;
- ознайомлення професійного персоналу охорони здоров'я та студентів, які вивчають сучасні системи медицини, з принципами народної медицини, що буде допомагати зв'язку і взаємопорозумінню між представниками цих двох систем медицини;
- просвіта населення, яка має на меті вселити віру в народну медицину та впевнити його в тому, що не потрібно розглядати допомогу, яку вона надає, як другорядну;
- каталогізація всіх лікарських рослин даної країни чи регіону і розповсюдження зібраної таким чином інформації;
- збереження форм та назв в прописках народної медицини, коли методи народної медицини буде прийнято до використання в системах медико-санітарної допомоги, проведення відповідних наукових досліджень систем народної медицини;
- удосконалення системи зворотнього зв'язку на основі підвищення відповідальності за обмін інформацією в системі лікар-цілитель-пацієнт.

КОР.: Якщо традиційна та офіційна медицина будуть єдиним організмом, певне, існуватимуть цілком офіційні лікарі - знавці традиційної медицини?

В.П.: Вони вже існують! Одним із найважливіших питань в проблемі інтеграції є введення спеціальності лікаря, який безпосередньо впроваджував би методи народної та нетрадиційної медицини в практику охорони здоров'я.

Отже, фактично ця спеціальність існує, Але мова йде про формальну сторону питання. У світі до цього різне ставлення. В міжнародній класифікації спеціальностей є кілька назв: від хілера до натуропата.

В деяких країнах світу законодавчо регламентується ліцензування подібних спеціалістів. В США, наприклад, закон про ліцензування натуропатів прийнятий у 8-ми штатах. Проти цього, як правило, асоціації офіційних лікарів та промислові комплекси, які виробляють хімічні медичні лікувальні засоби і бояться конкуренції.

Подібна ситуація створюється і в Україні. Значна частина офіційних лікарів, не маючи достатньої інформації, впевнена, що не тільки не може бути подібної спеціальності, а що народної та нетрадиційної медицини взагалі не існує. І не хочуть бачити той факт, що сотні тисяч людей лікуються

цими методами, а тисячі спеціалістів їх впроваджують.

В Україні права громадянства здобула поки що тільки рефлексотерапія. На наш погляд, введення спеціальності гомеопат, фітотерапевт, біоенерготерапевт, мануальний терапевт та інші є сьогодні необхідністю. Але в ситуації, яка склалася, найдоцільнішим є введення спеціальності, яка б об'єднала всі ці напрямки на основі спеціальності лікар загальної практики — сімейний лікар та суми знань з питань народної та нетрадиційної медицини, або натуропатії, як називають це в США.

Певна неузгодженість в термінології існує. Адже ми називаємо, (і не тільки ми, але й на рівні ВООЗ), методи народної та нетрадиційної медицини неофіційними. В той же час, коли вони одержать наукове обґрунтування і будуть взяті на озброєння державою, то перейдуть в розряд офіційних. Тут, на наш погляд, найкраще підійшов би термін — натуропатія.

Підготовча робота по спеціалізації народної та нетрадиційної медицини ведеться вже протягом декількох років. Більше року назад цю проблему було розглянуто в комісії Верховної Ради з питань охорони здоров'я материнства та дитинства. Були висунуті пропозиції Міністерства охорони здоров'я України щодо введення цієї спеціальності. Але тодішній міністр п.Короленко відмовив, мотивуючи недоцільністю, що на наш погляд, значно загальмувало рух України в ряду цивілізованих держав по впровадженню методів народної та нетрадиційної медицини в практику систем охорони здоров'я. В минулому учбовому році колектив провідних фахівців Української асоціації народної медицини та Медичного інституту підготував пакет документів з обґрунтуванням необхідності введення нової лікарської спеціальності "Народна та нетрадиційна медицина". В результаті розгляду документів був підготовлений наказ Міністерства охорони здоров'я України № 190 від 3 липня цього року про доповнення номенклатури лікарських спеціальностей пунктом "37. Народна та нетрадиційна медицина" і наказ № 191 від того ж числа про доповнення переліку лікарських посад пунктом "135. Лікар народної та нетрадиційної медицини".

КОР.: Яке ж місце має посідати лікар з народної та нетрадиційної медицини в системі лікування хворого?

В.П.: Для впровадження методів народної медицини необхідно створити відповідні організаційні структури, основою яких можуть бути як поліклінічні, так і стаціонарні відділення загальнотерапевтичного профілю, де лікувальний процес має проводити лікар-терапевт загальної практики, який має теоретичну і практичну підготовку з основ народної та нетрадиційної медицини.

Основне його завдання — спостереження за перебігом хвороби з оцінкою зміни стану хворого за допомогою клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження.

Лікар-терапевт визначає можливі методи народної медицини, які найбільш доцільні в конкретному випадку і призначає консультації спеціалістів.

Спеціаліст з відповідного напрямку народної та нетрадиційної медицини разом з лікарем, що веде хворого, визначає обсяг лікувальних заходів.

Лікар-терапевт організує лікувальний процес, а спеціаліст з народної та нетрадиційної медицини безпосередньо відповідає за проведення лікування своїми методами.

В разі призначення кількох методів лікування лікар, що веде хворого, і спеціаліст з

народної та нетрадиційної медицини і інші консультанти узгоджують між собою найдоцільніший обсяг лікувальних заходів.

Прикладом може бути клініка, яка організується в Вашингтоні Бастерським медичним університетом, з яким ми співпрацюємо і який надав нам копії всіх документів по заснуванню цієї структури.

Мета клініки — провести інтеграцію натуральної медицини з загальноприйнятою

медициною задля підвищення якості надання медичної допомоги.

Провідні спеціалісти клініки — натуропат, нутріціолог, консультант з питань способу життя, голкотерапевт, лікар загальної практики, адміністратор.

Отже, як бачимо, веління нинішнього часу — інтеграція традиційної медицини з офіційною; значну роль в цій благородній справі відіграє Українська асоціація народної медицини.

Колектив Української асоціації народної медицини та Медичного інституту Української асоціації народної медицини щиро вітає



доктора медичних наук, професора, Завідуючу кафедрою рефлексотерапії Київської медичної академії післядипломної освіти, Завідуючу кафедрою рефлексотерапії Медичного інституту Української асоціації народної медицини, Заслуженого діяча науки та техніки України, лауреата державної премії України, Засновницю української школи рефлексотерапії
Євгенію Леонідівну Малерет

З обранням її членом-кореспондентом Академії медичних наук України і бажаємо їй нових творчих досягнень

Заслуженою лікарю України, почесною матір'ю товариства мануальних терапевтів України
Миколу Андрійовича Касяна
з 60-річним ювілеєм!
Бажаємо великих творчих успіхів, щастя, здоров'я на довгі роки.



Це рубрика наукового обґрунтування народної та нетрадиційної медицини. Тут публікуватимуться суто наукові теоретичні, експериментальні та клінічні матеріали.

ОСОБЕННОСТИ РАДУЖНОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.А. Сядро

к.б.н., зав. курсом ириодиагностики
Медицинского института УАНМ
г. Киев

В структуре онкозаболеваний у женщин болезни молочной железы занимают второе место. Учитывая высокий уровень метастазирования рака молочной железы, важное значение в распознавании опухолей имеют современные методы исследования (маммография, компьютерная томография, термография и др.). Однако одной из актуальнейших задач является разработка и внедрение в практику экспресс-диагностических методов, которые могли бы обеспечить доклиническое распознавание заболеваний молочной железы в процессе проведения массовых профилактических и диспансерных осмотров женщин. В этом плане особый интерес представляет метод ириодологического обследования, позволяющего определить направление превентивных мер и тактику дальнейшего обследования современными методами с последующими терапевтическими мероприятиями на стадиях доклинического проявления заболевания молочной железы.

Целью данной работы явилось изучение ириодологической характеристики больных, страдающих злокачественными и доброкачественными заболеваниями молочной железы и создание критериев диагностики названных патологий.

Клинико-ириодологические исследования заболеваний молочной железы проводились на базе Украинского научно-исследовательского института онкологии и радиологии МЗУ. Всего обследовано 187 женщин в возрасте от 16 до 60 лет. Первую группу пациентов составили больные со злокачественными опухолями молочной железы (27 человек), вторую - с доброкачественными (139 человек), третью - практически здоровые (21 человек). Использовались методы ириодомикроскопии и иридографии, позволяющие провести как визуальное исследование радужных оболочек, так и создать цветную слайдотеку для проведения углубленного анализа их состояния. С этой целью на щелевой лампе типа "Карл Цейс" (Германия) проводили осмотр и фотографирование радужных оболочек. Анализ состояния радужек проводили по полученным цветным слайдам с помощью двух аппаратов марки "Светязь", проецируя оба глаза одновременно на экран. Последний устанавливался на расстоянии 1,5 м от диапроекторов. Увеличением в 36 раз достигали диаметра радужных оболочек до 45 см, что создавало оптимальную четкость изображения общих и факальных знаков. При анализе ириодологических данных учитывали общие и локальные структурные,

токсико-дистрофические и рефлекторные изменения радужек.

Проекция молочной железы рассматривалась на обоих радужных оболочках справа в секторе 8.40-9.00 и слева - 3.00-3.20 часа в цилиарном поясе несколько ближе к автономному кольцу.

Проведенные исследования общего состояния радужных оболочек показали, что в целом светлый вариант радужек отмечен у 75-40%, темный - у 16-8% случаев среди больных и практически здоровых лиц. Степень плотности радужных структур у больных и здоровых пациентов не отличалась в процентном отношении. Исходя из функционально-физиологических позиций, насчитывающих 16 классификационных единиц, среди которых 10 принято считать наиболее верифицированными [1-3], было установлено, что при злокачественных и доброкачественных заболеваниях молочной железы наиболее часто регистрировался нейрогенный тип радужных оболочек (29,62±8,81%, 24,76±3,62% при 4,76±4,64% в контроле соответственно).

Сопоставляя данные о состоянии автономного кольца отмечено, что дислокация его фигуры по типу неравномерно-зубчатого, суженного и истонченного вариантов при злокачественных опухолях молочной железы имели место в 33,34±9,04% случаев, при доброкачественных - в 35,26±4,05%, тогда как у лиц, не страдающих заболеваниями молочной железы, патологические формы автономного кольца наблюдались у 4,77±4,64% случаев. Дополнением патологии автономного кольца явилось присутствие феномена локального выбухания или втяжения его, которые имели место при злокачественных и доброкачественных формах заболеваний молочных желез почти в одинаковом проценте случаев, достоверно отличных от контрольной группы пациентов (92,58±5,37% и 97,12±1,41% при 57,13±10,79% в контрольной группе соответственно (рис. 1 А, Б).

Анализ токсико-дистрофических изменений радужных оболочек показал, что синдром токсической лучистости доминировал у пациентов, страдающих злокачественными заболеваниями молочной железы (59,25±9,46%), несколько меньше у лиц с доброкачественным течением процесса (30,93±3,91%) и достоверно меньшего числа у лиц с отсутствием изучаемых патологий (9,52±6,94%). Следует отметить, что светлый вариант токсической лучистости характерен для злокачественных заболеваний, а темный - для доброкачественных. В целом отсутствие этого феномена регис-

трировалось всего у 11,11±6,02% случаев при злокачественных формах заболеваний молочной железы, у 33,82±4,01% - при доброкачественных и у 66,66±10,26% - при отсутствии патологии (рис. 1, В).

Следующим выраженным токсико-дистрофическим признаком оказался лимфатический розарий, который в виде единичного белого варианта имел место на радужных оболочках глаз больных со злокачественными формами патологии молочной железы в 48,14±9,61% случаев, при 19,00±8,56% - в контрольной группе пациентов (рис. 1, Г).

Особого внимания заслуживает присутствие на радужках пигментных пятен, таких как пигменты типа "презентного табака" 2-го и 1-го типа, "медвежьей шкуры" и темных пигментов. Установлено, что перечисленные ириодознаки имели место на радужках больных злокачественными формами в 95% случаев, доброкачественными - в 38%, а у практически здоровых лиц всего в 16% (рис. 1, Д). При этом следует отметить, что темные пигменты регистрировались в 33,39±9,09% случаев при злокачественных патологиях, в 25,89±3,71% - при доброкачественных и всего лишь у 4,76±4,64% случаев у лиц без патологии в молочных железах. Пигменты типа "медвежьей шкуры" были выявлены у 7,40±2,69% только при злокачественных формах заболеваний. Характерно и то, что пигменты типа "презентного табака" 2-го типа доминировали при злокачественных образованиях в молочных железах (23,70±2,69%), в то время как среди лиц с доброкачественным течением этот симптом при-

существовал у незначительного количества пациентов (3,59±1,59%) и совсем не регистрировался у лиц, не страдающих заболеваниями молочной железы.

Изучение патологических ириодознаков в проекционной зоне молочной железы показало, что изучаемые патологии сопровождалась в большинстве случаев структурными, рефлекторными, хроматическими изменениями, а также локальным патологическим состоянием автономного кольца и изменениями стромы (см. табл).

Среди структурных ириодознаков наиболее выраженными они оказались в виде знаков дефекта вещества и лакун, рефлекторные изменения - в виде васкуляризованных и поперечных знаков. Выраженными симптомами оказались и пигментные шпалы (37,03±9,29%, 31,65±3,93% и 4,76±4,64% - при отсутствии патологии). Состояние автономного кольца в виде локальной стертости отчетливо просматривалось в 59,25±9,46% и в 22,22±7,97% случаев - при локальном свечении его в основном у лиц со злокачественным течением заболевания. Стромальные изменения проекционной зоны молочной железы оказались также характерными при изучаемых патологиях, особенно в виде феномена стертости, который полностью отсутствовал на радужках практически здоровых лиц.

В настоящее время мы не располагаем сведениями о наличии ириодологических критериев оценки опухолевых заболеваний молочной железы.

Однако полученные данные представляют, по нашему мнению, определенный интерес. Так, в ириодиаг-

ностике большое внимание уделяется характеристике автономного кольца, поскольку представляет собой проекцию автономной нервной системы на радужную оболочку. Эта зона имеет большое диагностическое значение, так как является индикатором всех висцеральных систем и служит основным ориентиром для топической диагностики [3]. Установленные нами закономерности в изменении частоты патологических форм автономного кольца, особенно в виде феномена стертости или свечения в проекции молочной железы делает возможным внесение оценки состояния его в комплекс характерных ириодологических критериев опухолевой патологии молочной железы.

Выявление токсической лучистости у большинства обследуемых пациентов является свидетельством снижения их адаптационно-защитных возможностей, что подтверждается работами других иридологов [3,4,5].

Наличие лимфатического розария у большого числа пациентов со злокачественным течением опухолевого процесса в молочной железе свидетельствует об отягощенности основного заболевания недостаточностью лимфатической системы и низкой иммунной сопротивляемости организма. Это следует учитывать, поскольку установлено, что лимфатический розарий обнаруживается в 3 раза чаще при неопластических процессах, чем при неопухолевых заболеваниях [3].

Лакуны являются генотипическими знаками, указывающими на заболевание определенного органа и свидетельствуют о воспалительном процессе или функциональной слабости орга-

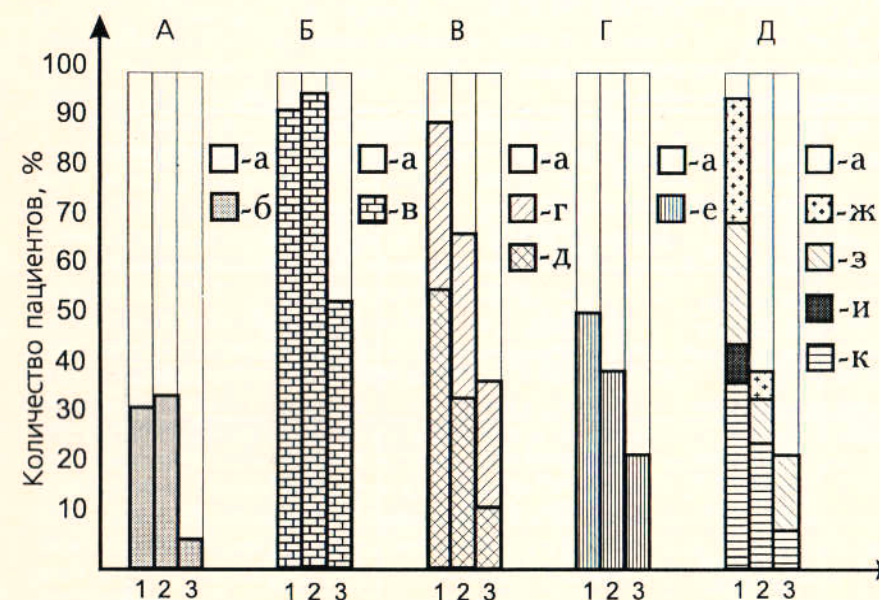


Рис. 1. Ириодологические особенности радужных оболочек глаз у лиц с заболеваниями молочной железы: 1 - злокачественные, 2 - доброкачественные, 3 - практически здоровые. А - дислокация фигуры автономного кольца: а - норма, б - патология. Б - феномен локального выбухания и втяжения автономного кольца: а - присутствует, б - отсутствует. В - синдром токсической лучистости: а - отсутствует, б - присутствует. в - токсическая лучистость темная, г - токсическая лучистость светлая. Г - синдром лимфатического розария: а - отсутствует, б - присутствует. е - наличие единичных форм лимфатического розария. Д - синдром пигментных пятен: а - отсутствует, б - присутствует. ж - пигмент типа "презентного табака" 2-го типа, з - пигмент типа "презентного табака" 1-го типа, и - пигмент типа "медвежьей шкуры", к - темные пигменты.

на [3]. Более грубыми иридологическими знаками органов являются грубые дефекты мезодермальной стромы — знаки дефекта вещества, которые свидетельствуют о серьезных деструктивных изменениях и могут рассматриваться как возможный признак конституциональной предрасположенности к возникновению опухолей [6]. В условиях нашего эксперимента выявленный высокий процент лакун, знаков дефекта вещества и симптома разволокнения стромы в проекционной зоне молочной железы указывает на необходимость более углубленных обследований лиц, имеющих эти знаки. И хотя эти знаки в большинстве случаев генотипичны, однако под воздействием неблагоприятных факторов заболевание молочной железы может реализоваться прежде всего у лиц, имеющих "конституциональную предрасположенность" к опухолям. В отдельных случаях следует уделять особое внимание сочетанию этих знаков с рефлекторными (васкуляризованные и поперечные), которые указывают на функциональную слабость органа и часто сопровождают органы при онкологических процессах [2].

Более детальным клиническим обследованием должны подвергаться пациенты в случаях выявления на их радужках темных пигментов, пигментных пятен типа "презентного табака" 2-го типа, пигмента "медвежьей шкуры" и пигментных шлаков, особенно в самой проекции молочной железы. Это обусловлено тем, что по мнению некоторых исследователей присутствие пигментных пятен является признаком предраковых состояний [7], а также наличие их на радужках указывает на слабость защитных сил организма. Другие иридологи расценива-

ют пятна как проявление патологии того или иного органа в соответствии с локализацией на радужной оболочке. Пятна типа "презентного табака" 2-го и 1-го типа могут указывать на андрогенные, эндокринные, невротические и другие нарушения в организме [8]. Обнаружение пигмента "медвежьей шкуры" может указывать на опухолевый процесс в органах малого таза [9]. По мнению зарубежных иридологов, темные пигменты свидетельствуют о злокачественном процессе, особенно, если пятно окружено белой полосой. Однако украинскими иридологами эта точка зрения не подтверждена, несмотря на большой клинический опыт в онкологической практике [5, 10, 11].

Из измененных локальных структурных характеристик следует обращать внимание на стертость стромы в проекции молочной железы, наблюдавшееся у обследуемого контингента. Это обусловлено тем, что структурные знаки являются наиболее значительными иридознаками, они указывают на органические поражения, могут наследоваться, и поэтому достоверное повышение их количества у лиц с неопластом в молочных железах особенно настораживает.

Таким образом обнаруженные иридосимптомы общего и локального характера у лиц со злокачественными и доброкачественными заболеваниями молочной железы могут быть использованы при проведении профилактических и диспансерных осмотров женщин с целью ранней диагностики возможного онкологического заболевания молочной железы. При этом следует помнить, что метод иридологии не является универсальным, его нужно использовать в качестве дополнительного метода определения патологического очага в организ-

ме. Этим методом выявляются "сигнальные знаки" в виде совокупности иридологических характеристик и симптомов, которые для окончательной постановки диагноза требуют классических методов обследования. Кроме этого, в настоящее время становится очевидным, что повышение эффективности и надежности иридодиагностики предполагает новые интегративные подходы, требующие использования идей и методов современной компьютерной техники и создания иридодиагностических программ. Это позволит глубже оценивать разные сдвиги в организме, выявлять на ранних стадиях не только патологические процессы, но и влияние вредных факторов окружающей среды и разрабатывать профилактические и лечебные мероприятия на строго научной основе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Deck I. Grundlagen der Irisdiagnostik. — Ettlingen: Deck, 1965. — 68 S.
2. Deck I. Differenzierung der Iriszeichen (Differential diagnosis): Lehrbuch 2. — Ettlingen: Deck, 1980. — 344 S.
3. Вельховер Е.С. Клиническая иридология. — Москва: Орбита, 1992. — 431 с.
4. Bourdiol R.I. L'iriscopie in "Le guide de la nature" // Cercle Europeen du Livre. — Paris, 1974. — p. 157-174.
5. Потебня Г.П., Лисовенко Г.С., Кривенко Б.В. Клиническая и экспериментальная иридология. — Киев: Наукова думка, 1995. — 262 с.
6. Deck I. Illustrierte Zeichenlehre. Anhang zum Lehrbuch: Grundlagen der Irisdiagnostik. — Ettlingen der Irisdiagnostik. — Ettlingen: Deck, 1987. — 376 S.
7. Schumann E. Augendiagnose. — Berlin: Hermann Bauer Verl., 1961. — 82 S.
8. Bourdiol R.I. Traite d'irido-diagnostik. — Paris: Maisonneuve, 1975. — 227 p.
9. Bourdiol R.I. Iriscopie medical. — Paris: SCDAT, 1969. — Vol. 16. — 25p.
10. Кривенко Б.В., Потебня Г.П., Лисовенко Г.С., Сядро Т.А. Нетрадиционные методы диагностики и терапии. — Киев: Наукова думка, 1990. — 357 с.
11. Кривенко Б.В., Лисовенко Г.С., Потебня Г.П., Сядро Т.А. Иридодиагностика: Справочник. — Киев: Укр. сов. энцикл., 1991. — 139 с.

Патологические иридознаки в проекционной зоне молочной железы у лиц со злокачественными и доброкачественными заболеваниями (%)

Иридологические знаки	Заболевания молочной железы		
	злокачественные	доброкачественные	отсутствие патологии
СТРУКТУРНЫЕ			
знаки дефекта вещества	33,33±9,09*	19,42±3,36*	9,52±2,07
лакуны	25,92±8,42*	29,49±3,59*	9,52±2,07
симптом разволокнения	40,74±9,46*	36,69±4,07*	19,04±8,56
РЕФЛЕКТОРНЫЕ			
светлые знаки	51,85±9,61	58,27±4,19	38,00±10,59
васкуляризованные знаки	58,85±9,61*	38,84±4,12*	14,28±7,57
поперечные знаки	44,44±9,55*	46,75±4,22*	9,52±6,54
ХРОМАТИЧЕСКИЕ			
пигментный песок, шлаки	37,03±9,29*	31,65±3,93*	4,76±4,64
СОСТОЯНИЕ АВТОНОМНОГО КОЛЬЦА			
стертость	59,25±9,46*	24,46±3,65*	4,76±4,64
свечение	22,22±7,97*	7,91±9,28	4,76±4,64
феномен локального выбухания	18,51±7,54	14,38±2,48	9,52±2,07
СОСТОЯНИЕ СТРОМЫ			
просветление	37,03±9,29*	20,86±3,44*	14,28±7,64
потемнение	18,51±7,52*	28,77±3,83*	4,76±4,66
стертость	11,11±6,05*	5,03±1,85*	-

Примечания: * — различия с показателями пациентов, у которых отсутствует патология, статистически значимы

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА "ESID-2" ДЛЯ ИРИДОДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

А. Н. Продеус

к.т.н., вед.н.с. НПО "Славутич"
г.Киев

1. Назначение программы

Компьютерная программа "ESID-2" предназначена для иридодиагностических исследований, заключающихся в доклиническом распознавании наследственных и приобретенных заболеваний, основанном на оценке адаптационно-трофических изменений радужки глаза. Компьютерная программа "ESID-2" может быть использована в практической деятельности иридолога (общая и частная иридодиагностика), при обучении и тренинге начинающих и малоопытных иридологов, а также при проведении научных иридологических исследований.

Цель разработки программы "ESID-2" заключается в совершенствовании иридодиагностического метода, направленного на быстрое и достоверное определение конституциональных особенностей человека, уровня сопротивления организма, уровня иммунной защиты и местоположения патологических очагов.

Известны аналогичные разработки в этом направлении:

- компьютерная программа автоматизированной системы для иридодиагностических исследований, разработанная в 1985г. в лаборатории профессора Е.С.Вельховера Университета дружбы народов им. П.Лумумбы (Россия) [1];
- компьютерная программа программно-аппаратного комплекса "ИРИС", разработанная в 1990-92гг. на базе IBM-совместимых компьютеров в этой же лаборатории (в содружестве с Московским НПО "Комета") и предназначенная для проведения научных исследований и практической иридодиагностики [1];
- компьютерные программы комплексов аппаратуры для иридодиагностики "Ирис" и "Ирис-ТМ", разработанные в конце 80-х, начале 90-х годов в Киевском НПО "Квант" с участием В. В. Кривенко — руководителя специализированной лаборатории нетрадиционных методов диагностики и терапии Института проблем онкологии им. Р.Е.Кавецкого АН Украины [2];

- компьютерная программа "АРМ иридолога", разработанная в конце 80-х, начале 90-х годов в тамбовской Фирме "Арника монтана" (Россия);

- компьютерная программа автора монографии "Иридодиагностика с компьютером" М. С. Абрамова, разработанная в конце 80-х годов (Узбекистан) [1];

- компьютерная программа "ESID", разработанная в 1989-91 гг. в Киевском НПО "Славутич" под научным руководством А.Н.Продеуса.

Отличительными, по сравнению с аналогами, особенностями компьютерной программы "ESID-2" являются:

- программа предназначена для функционирования в среде Windows, что более соответствует современному уровню информационных технологий;

- программа может эксплуатироваться как автономно, на одном компьютере, так и в локальной компьютерной сети, в комплексе с другими компьютерными программами медицинского назначения, что более соответствует современному уровню информационных технологий и существенно расширяет сферу возможного применения программы "ESID-2";

- имеется возможность ввода в компьютер цветного изображения радужки (с использованием щелевой лампы, видеокамеры и специального устройства ввода), с последующим архивированием на гибких и жестких магнитных носителях полученных цветных изображений, что существенно облегчает работу практического иридолога при постановке диагноза и при контроле за ходом лечения;

- организация процедуры формирования заключения иридолога позволяет удовлетворить требованиям иридолога практически любой квалификации, — от опытного до начинающего иридолога, — обеспечивая возможность постоянного контроля за процессом автоматизированного формирования заключения иридолога;

- при анализе топических иридознаков обеспечена возможность использования вербально-графических меню в виде отображаемых на мониторе различных схем проекционных зон радужки глаза — форма такого отображения максимально приближена к приводимым в литературе схемам проекционных зон;

- обеспечена значительная гибкость действий иридолога, который в процессе обследования пациента может легко изменять очередность процедур анализа изображений радужек глаз, а также быстро переходить от общей диагностики к частной.

2. Применение программы

Компьютерная программа "ESID-2" может использоваться при массовых профилактических осмотрах и при глубоких индивидуальных обследованиях: в кабинетах иридодиагностики поликлиник, государственных и коммерческих медицинских центрах, здравпунктах предприятий и организаций, медицинских учебных заведениях и научно-исследовательских институтах.

Использование программы "ESID-2" обеспечивает:

- высокую достоверность и малое время диагностики;
- высокую комфортность условий обследования (малую утомляемость врача и пациента);
- возможность функционирования как автономно, на отдельном компьютере, так и в комплексе с другими программами медицинского назначения, эксплуатируемыми на других компьютерах, объединенных в локальную компьютерную сеть.

3. Описание задачи

Метод иридодиагностики основан на визуальной оценке и анализе адаптационно-трофических изменений радужки глаза и связан с отражательной (сигнальной) функцией

нервной системы. Иридодиагностику отличает высокая информативность, раннее обнаружение многих патологических процессов, быстрота получения результатов, возможность визуализации в одном поле зрения органических и системных взаимоотношений в организме в целом, объективность и достаточная точность метода, простота и безвредность исследования. В силу перечисленных свойств метод иридодиагностики является одним из основных методов доклинического распознавания наследственных и приобретенных заболеваний, позволяя, в принципе, блокировать не только патологию, но и потенциальную возможность ее возникновения.

Компьютерная программа "ESID-2" позволяет решить следующие задачи обработки исходных иридологических данных:

- занесение и архивирование в интерактивном режиме данных о пациенте;
- ввод в память компьютера цветных изображений радужных оболочек глаз и его отображение на экранах компьютера и вспомогательного монитора в 256 цветовых градациях;
- запись результатов обследования в базу данных (архив) на жестком магнитном диске;
- просмотр, сортировку, удаление архивных записей;
- сравнение текущих цветных изображений радужных оболочек глаз пациентов с архивными с целью наблюдения за динамикой патологических процессов;
- автоматизированное формирование карты осмотра и заключения иридолога, с последующим выводом их на печать;
- корректировку имеющихся электронных справочников иридолога либо создание новых справочников;
- вывод и архивирование результатов обработки.

Для работы компьютерной программы "ESID-2" необходим IBM AT-совместимый компьютер с ОЗУ не менее 4 Мб, с видеосистемой, обеспечивающей режим разрешения 800х600 (пикселей) x 256 (цветов), и с установленной русифицированной операционной системой Windows версии не ниже 3.0.

На заключительном этапе обработки информации используются алгоритмы информационно-справочного поиска и полуавтоматического текстового редактирования, реализующие моделирование логики иридолога в процессе общей и частной диагностики. Диагностический алгоритм при этом фактически сводится к одной из модификаций хорошо известного табличного алгоритма диагностики [1], согласно которому каждому иридологическому признаку поставлены в соответствие наименования соответствующих патологий.

При разработке компьютерной программы "ESID-2" в качестве критерия качества диагностической системы принята ее полезность для практических иридологов. При этом требование полезности не только включает в себя частные требования высокой достоверности и малого времени диагностики, пригодности для массовых профилактических осмотров и глубоких индивидуальных обследований, но и означает расстановку следующих приоритетов: для опытного врача-иридолога важнее быстрота формирования заключения, тогда как для малоопытного — возможность быстрого поиска в памяти компьютера надежной информации о патологиях, соответствующих наблюдаемым иридопризнакам.

В силу комплексного характера используемого критерия качества, механизм поиска справочной информации хотя и использует элементы байесовской стратегии, однако эти элементы выражены в незначительной степени: возможность отображения числового значения условной вероятности $P(x(i); y(j))$ (вероятности появления признака $x(i)$ при патологии $y(j)$) предусмотрена при обратном направлении поиска информации ("заболевание — признак"), тогда как при

прямом направлении поиска ("признак — заболевание") производится лишь подсчет количества признаков, "проголосовавших" за данное заболевание, с последующим внутрисистемным (для каждой из систем организма человека) упорядочением (по числу "голосов") заболеваний.

Такой подход обусловлен прежде всего практической направленностью программы "ESID-2", в соответствии с которой кодированно-числовой форме заключения предпосылается вербальная форма — это удобно как иридологу, так и пациенту. Что касается возможных при этом потерь в точности выводов, таковые можно сделать практически несущественными, предусмотрев несколько вербальных градаций выраженности заболеваний. В "ESID-2" таких градаций две: "имеется склонность (тенденция) к ..." и "имеются признаки...". Как показывает практика эксплуатации программы "ESID-2", такого количества градаций достаточно, чтобы избежать гипердиагностики и добиться приемлемой (для метода иридодиагностики) точности формулировок заключения.

Алгоритм общей иридодиагностики с использованием компьютерной программы "ESID-2" реализуется в несколько этапов:

- 1) оценка конституционального состояния организма по методике Е. С. Вельхова или В. В. Кривенко;
- 2) полуавтоматическое формирование фрагментов текста заключения иридолога путем ввода в компьютер наименований наблюдаемых иридологических признаков;
- 3) редактирование текста заключения с использованием простых информационно-справочных систем ("электронных справочников") и средств текстового редактирования, присутствующих в среде Windows, по результатам сбора анамнестических данных (в процессе диалога с пациентом).

Алгоритм частной иридодиагностики с использованием компьютерной программы "ESID-2" реализуется путем информационно-справочного поиска иридологических признаков, соответствующих выдвигаемой гипотезе о наличии конкретного заболевания, и отличается от алгоритма общей иридодиагностики отсутствием этапа 1), а также более интенсивной эксплуатацией программы на этапе 2) (с предварительным оцениванием количества иридологических признаков, "проголосовавших" за данное заболевание).

Распечатка результатов функционирования программы "ESID-2" осуществляется в графическом режиме на любом лазерном или матричном принтере.

Компьютерная программа "ESID-2" разработана на языке программирования Visual C++, объем программы 1.1 Мб.

4. Входные и выходные данные

Входные и выходные данные компьютерной программы "ESID-2" согласуются по номенклатуре и форме представления с типовыми требованиями учреждений здравоохранения, при этом применяются общепринятые термины, соответствующие Международному классификатору болезней МКБ-9 и научно-практической литературе по иридологии.

Исходными данными задачи иридодиагностики являются графические цветные изображения радужек глаз, отображаемые на мониторе при условии укомплектованности автоматизированного рабочего места иридолога техническими средствами ввода в компьютер видеосигналов с изображениями радужной оболочки (такими могут быть, например, видеокамера, устройство ввода видеосигналов в компьютер и др.).

В отсутствие таких технических средств исходными данными задачи иридодиагностики являются цветные изображения радужек глаз, наблюдаемые иридологом визуально с помощью щелевой лампы либо диапроектора (при анализе слайдов).

Кроме того, исходными данными являются анкетные данные о пациенте (Ф.И.О., пол, возраст, адрес и т.п.).

Исходные данные сначала накапливаются в оперативной памяти компьютера, а затем архивируются на твердом магнитном носителе ("винчестере").

После сбора исходных данных компьютерная программа "ESID-2" предоставляет пользователю возможность визуально проанализировать эти данные, а затем произвести их обработку в соответствии с описанными выше этапами общей или частной иридодиагностики.

Результирующими данными является текстовый документ, именуемый "Заключением иридолога" и содержащий:

- 1) общий диагноз в виде перечня заболеваний и патологий, выявленных иридологом (с помощью программы "ESID-2") по результатам анализа изображений радужек глаз;
- 2) аргументацию иридодиагностики в виде перечня наблюдавшихся иридопризнаков;
- 3) рекомендации иридолога.

Метод обработки исходных данных с целью получения результирующих данных состоит в быстром поиске, с использованием информационно-справочных систем, наименований заболеваний и патологий, соответствующих содержащимся в исходных данных иридологическим признакам, с последующим автоматическим либо полуавтоматическим переносом этих наименований в текст "Заключения иридолога".

5. Методика эксплуатации

Управление программой основано на типичных для операционной среды Windows технических приемах и осуществляется преимущественно с помощью манипулятора "мышь" (ММ), за исключением случаев текстового ввода и редактирования с клавиатуры. Выбор пунктов основного меню или меню нижних уровней (подменю), организованных в виде полей или изображений кнопок с соответствующими пиктограммами, производится путем совмещения курсора ММ с необходимой надписью или пиктограммой и нажатием левой клавиши ММ. Методика эксплуатации программы "ESID-2" состоит в следующем:

- 1) производится ввод изображения радужки глаза в компьютер (при наличии соответствующих технических средств ввода) — эта операция производится с помощью ММ и графической панели с кнопками, отображенными на мониторе; в результате этих действий на экране монитора отобразится графическое цветное изображение радужки глаза, которое можно записать в базу данных (БД), пользуясь ММ и той же графической панелью с кнопками;
- 2) производится визуальный анализ изображений радужных оболочек глаз (при отсутствии технических средств ввода видеосигналов в компьютер такой анализ производится с помощью щелевой лампы или диапроектора);

3) при массовом экспресс-осмотре производится конституциональная оценка уровня здоровья пациента: с помощью ММ и вербального меню конституциональных иридологических признаков (таких меню два — по Вельхову и по Кривенко) иридолог задает перечень наблюдаемых на изображении радужки глаза признаков — в результате этих действий автоматически формируется раздел "Заключения иридолога", именуемый "Конституциональный осмотр";

4) при глубоком индивидуальном обследовании пациента автоматизированное формирование заключения иридолога производится с использованием двух информационно-справочных систем — условно назовем их ИСС-1 и ИСС-2. При использовании ИСС-1 иридолог с помощью ММ и вербального меню иридологических признаков задает перечень наблюдаемых на изображении радужки глаза иридологических признаков — в результате этих действий автоматически формируются такие разделы: "Заключение иридолога" как "Карта осмотра" и "Полный осмотр", содержащие перечни наблюдаемых признаков и соответствующих им заболеваний, соответственно; при использовании ИСС-2 иридолог с помощью ММ и вербального меню заболеваний и патологий задает перечень заболеваний и патологий, соответствующих наблюдаемым на изображении радужки глаза иридологическим признакам — в результате этих действий уточняется содержание раздела "Заключение иридолога", именуемого "Полный осмотр"; кроме того, использование ИСС-2 позволяет иридологу быстро сформировать раздел "Заключения иридолога", именуемый "Рекомендации иридолога" — в текст заключительного документа при этом переносятся заранее заготовленные шаблоны фраз типовых рекомендаций иридолога;

5) осуществляются окончательное редактирование и распечатка "Заключения иридолога" на матричном или струйном принтере — эту операцию иридолог производит также с помощью ММ и графической панели кнопок; текстовое редактирование распечатываемого документа осуществляется с использованием типовых средств такого редактирования среды Windows.

Все действия пользователя компьютерной программы "ESID-2" должны выполняться с учетом рекомендаций руководства пользователя этой программы и стандартных правил эксплуатации программных продуктов в средах Windows и MS-DOS.

Литература

1. Абрамов М.С. Иридодиагностика с компьютером. — Ташкент: Изд-во им. Ибн Сины, 1991. — 194с.
2. Кривенко В.В., Лисовенко Г.С., Потебня Г.П., Сядро Т.А. Иридодиагностика: Справочник. — К.: Украинская Советская Энциклопедия им. М.П.Бажана, 1991. — 133с.

Научно-производственная фирма "Мета".
Тел. (0482) 52-92-60 — Одесса
(044) 433-98-35 — Киев

Разрешено МЗ Украины
ТУ У № 19058812-001-97

КРЕМ ЧАГА

Крем Чага благотворно влияет на все типы кожи. В его состав входят исключительно природные компоненты: вытяжка из березового гриба, экстракт из цветков календулы.

Крем разглаживает морщины, устраняет различные пятна, высыпания, а также способствует рассасыванию рубцов, шрамов, различных уплотнений. Обладает бактерицидными свойствами, способствует быстрому заживлению ран, термических и химических ожогов и других повреждений кожи. При регулярном длительном применении крема устраняются папилломы.

ДИНАМІКА КЛІНІЧНИХ, НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНИХ, ГОРМОНАЛЬНИХ, СПЕРМАТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ ІНТЕРОРЕЦЕПТИВНО- ПСИХОГЕННОЮ СТАТЕВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ПІД ВПЛИВОМ ГОЛКОРЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ

І.І.Горпинченко,
д.м.н., проф., головний сексопатолог і
андролог МОЗ України
Л.П.Імшинецька,
д.м.н.
Ю.М.Гурженко,
к.м.н.

Інститут урології та нефрології
АМН України
м.Київ

Актуальність роботи обумовлена збільшенням частоти статевих розладів у чоловіків у зв'язку з ускладненням екологічної ситуації та недостатньою ефективністю існуючих методів лікування [1,2,3,4,5].

Програма і методика дослідження та лікування

В клініці сексопатології та андрології Інституту урології та нефрології АМН України обстежено та проліковано 2 групи хворих: 1 — комплексне лікування з використанням традиційних методів та голкорексфлексотерапії (70 хворих); 2 — хворі одержували медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування (50 хворих).

Діагностика статевих розладів проводилась на основі даних анамнезу, об'єктивного та лабораторного обстеження [6], вивчено індивідуальні особливості хворих, міжособисті відносини в сім'ї, типи відношення до хвороби, стан автономної нервової системи (вегетативний статус та індекс), характер бульбо-кавернозного рефлексу [6], стан кровотоку в судинах статевих органів [6], вміст статевих гормонів (тестостерону, 17-кетостероїдів (17-КС), загальних естрогенів) у крові [6], проведено дослідження еякуляту та кавернозного кровотоку [6].

Рефлексодіагностика. В репрезентативних точках $P_{9, C_7, MC_7, IG_4, TR_5, GI_4, RP_3, F_3, R_3, V_{64}, VB_{40}, E_{42}$ вимірюють величину електричного струму за допомогою різноманітних приладів (Еліта-електроніка 4М, Рефлекс-3-01, ПЕП-1, Тонус тощо). Ми користуємося комп'ютерною діагностичною програмою Ріодораку. В основі методики лежить оцінка функціонального стану внутрішніх органів по даних вимірювання шкіряного опору в репрезентативних точках 12 меридіанів [6,9,10,11,12].

Результати дослідження

1. Загальна характеристика клінічного матеріалу.

Вік обстежених та пролікованих нами хворих складав від 18 до 62 років. Інтерорецептивною статевою дисфункцією частіше хворіють чоловіки в віці від 31 до 50 років (53 пацієнти, що складає 75,7%).

Основну масу обстежених нами хворих складали сімейні чоловіки — 58 пацієнтів — 82,6%. Розведених було 6 — 8,6%; не перебувало у шлюбі — 6 — 8,6%.

2. Психічний статус та структура особистості обстежених.

Вивчено психічний стан у 68 хворих клінічної групи. У 59 (86,9%) хворих виявились астено-невротичні та психоемоційні розлади. Неврастенічний симптомокомплекс з високою невротизацією психічної діяльності виявлено у 12 (17,7%) із 68 хворих. Ведучим

являється невроз очікування невдачі перед статевою близькістю — у 47 (69,1%) хворих. Іпохондрична симптоматика виявлена у 49 (72,0%). У 12 (17,6%) спостерігався розвиток особистості по невротичному типу. З анамнезу виявляється загострення психастенічних рис та педантичності у 7 (10,3%), поява комплексу неповноцінності, зв'язано з сексуальною сферою, тривожне очікування невдачі перед інтимною близькістю у 4 (5,9%) хворих.

При аналізуванні міжособистих взаємовідносин легкі компенсовані подружні дисгармонії виявлені у 25 (36,8%), виражені — у 12 (17,6%). Загроза розпаду сім'ї у зв'язку зі статевим розладом чоловіка мала місце у 9 (13,2%), фактичне розлучення — у 4 (5,2%).

Як свідчать результати обстеження, у більшості хворих (59 чоловік, 86,8%), статевий розлад розвивається на основі психотравми та супроводжується невротичною симптоматикою, астено-невротичними та психоемоційними розладами. Велику роль відіграють уроджені та набуті на протязі життя психопатологічні особливості особистості, а також несприятливі сімейно-побутові фактори.

3. Динаміка психічного стану хворих.

У результаті психотерапевтичного лікування зниження невротичної симптоматики спостерігалось у 59 (86,8%) із 68 хворих. При психотерапії подружжя напруженість у взаєминах знизилась у 30 (44,1%) хворих.

Отже, у 59 (86,8%) із 68 хворих, які страждають інтерорецептивно-психогенною статевою дисфункцією, спостерігається невротична симптоматика. При психотерапевтичному лікуванні зниження невротичної симптоматики спостерігається у 59 (86,8%) із 68 пацієнтів.

4. Оцінка вегетативного статусу та вегетативного індексу.

Для об'єктивної оцінки впливу на вегетативну нервову систему було проведено обстеження за допомогою опитників вегетативного індексу та вегетативного статусу 26 хворих.

В результаті проведеного дослідження було виявлено вегетативні порушення першого ступеня у 23 пацієнтів, вегетативних порушень другого та третього ступеня не виявлено.

Вегетативний індекс у хворих становив до лікування $19,3 \pm 1,4$, а після терапії — $15,4 \pm 1,2$. Вірогідні відмінності між показниками до та після лікування $p < 0,01$.

При аналізі анкет вегетативного статусу спостерігалось деяке підвищення тону симпатичної нервової системи у 16 хворих (61,5%), що несприятливо впливає на феномен ерекції, який забезпечується парасимпатичною нервовою системою. Пере-

важання тону парасимпатичної нервової системи виявлено у 8 пацієнтів (30,8%). У двох пацієнтів виявлено рівновагу тону симпатичної та парасимпатичної нервової систем. Після лікування переважання тону симпатичної нервової системи виявлено у 9 хворих (34,6%), парасимпатичної — у 5 (19,2%), не виявлено переваги у 13 хворих (50%).

5. Оцінка кавернозного кровотоку.

За допомогою методу рефалографії (РФГ) було проведено рефалографічне обстеження кавернозного кровотоку у 40 чоловіків I групи. В динаміці обстежено 19 хворих.

Із 19 обстежених в динаміці пацієнтів покращання показників кавернозної гемодинаміки зафіксовано у 14 (73,7%). Зміни не спостерігались у 2 (10,5%), погіршення показників відмічено у 3 (15,8%) хворих.

Після лікування показники РФГ достовірно не змінилися, хоча деяка тенденція до покращання кавернозного кровотоку відмічена.

6. Оцінка роботи спинальних статевих центрів.

Оцінка роботи спинальних статевих центрів проводилась за допомогою методу стимуляційної міографії бульбо-кавернозного рефлексу, зокрема його латентного періоду. Обстежено 28 хворих I групи та 39 пацієнтів II групи.

У хворих як I, так і II груп до лікування відмічалось статистично достовірне зменшення латентного періоду, що виражає рівень спинальної регуляції статевої функції: у хворих I групи з $38,5 \pm 0,32$ мс до $37,1 \pm 0,23$ мс ($p < 0,05$), а у пацієнтів II групи — з $38,7 \pm 0,46$ до $37,8 \pm 0,33$ мс ($p < 0,05$) при нормі $36,3 \pm 0,16$ мс.

Після проведеного лікування в обох групах латентний період БКР достовірно змінювався, але нормалізація збудливості спинномозкових центрів в клінічній групі хворих достовірно вища, ніж у контрольній.

7. Екскреція статевих гормонів.

З метою вивчення змін в гормональному забезпеченні організму було вивчено рівень тестостерону (Т), 17-КС та естрогенів сечі у 60 хворих, з них — 32 хво-

рих I групи, 7 хворих II групи та 21 здоровий чоловік без статевих порушень. В динаміці обстежено 12 хворих. Результати аналізу див. в таблиці 1.

Таблиця 2 свідчить про зниження середніх показників рівня екскреції зі сечею чоловічого статевого гормону тестостерону та його метаболіту 17-КС. Через 3 тижні комплексного лікування з використанням голкорексфлексотерапії виявлена тенденція до покращання процесу синтезу тестостерону.

Аналіз рівня екскретованих загальних естрогенів свідчить про підвищення естрогенної активності у хворих до лікування та різке зниження андрогенно-естрогенного балансу (за даними коефіцієнтів Т/естрогени загальні та 17/естрогени загальні відповідно в 2 та 3 рази в порівнянні з нормою). Через 3 тижні комплексного лікування рівень естрогенів знижується, не досягаючи норми; андрогенно-естрогенний баланс має тенденцію до підвищення, що свідчить про спрямованість до покращання ендокринної функції у даній категорії хворих.

Таблиця 2.

Кількісні та якісні сперматоматологічні показники

Показники	Групи хворих	до лікування	після лікування
		M± m	M± m
Кількісні сперматологічні показники			
1. Об'єм еякуляту (мл)	I II норма	3,3 ± 0,2 3,0 ± 0,3 2,9 ± 0,3	4,8 ± 0,6** 4,1 ± 0,5**
2.pH еякуляту	I II норма	7,4 ± 0,2 7,6 ± 0,4 7,2-7,6	7,6 ± 0,3& 7,7 ± 0,4&
3.Час розрідження (хв)	I II норма	26,5 ± 1,3 26,4 ± 1,2 26,2 ± 3,0	21,8 ± 1,2 22,7 ± 1,7
4.Концентрація сперматозоїдів(млн/мл)	I II норма	36,5 ± 2,8 39,1 ± 3,9 64,4 ± 5,5	48,0 ± 2,4* 45,0 ± 1,9*
5.Загальна кількість сперматозоїдів в еякуляті (млн)	I II норма	124,0 ± 12,2 112,8 ± 11,5 >80-100	178,2 ± 11,7** 156,3 ± 14,9**
Якісні сперматологічні показники			
1.Рухливість активнорухливі %	I II норма	32,6 ± 2,9 32,6 ± 3,4 >40-60	53,2 ± 3,1** 44,6 ± 3,3
2.Рухливість слабкорухливі %	I II	12,3 ± 2,1 12,0 ± 2,4	14,1 ± 1,8 11,7 ± 1,2
3.Рухливість нерухомі %	I II	76,2 ± 3,4 74,4 ± 3,5	46,8 ± 3,6* 52,4 ± 3,8**
4.Мертві %	I II норма	42,2 ± 2,7 44,3 ± 3,1 <20-30	31,5 ± 2,2** 35,3 ± 1,9**
5.Патологічні форми, всього %	I II норма	62,2 ± 2,8 60,7 ± 3,4 <40	41,3 ± 1,8* 46,7 ± 2,3**
6.Патологія головки %	I II	26,6 ± 1,4 31,8 ± 2,8	16,6 ± 1,7** 21,4 ± 1,8**
7.Патологія шийки %	I II	9,1 ± 0,3 12,0 ± 0,6	5,3 ± 0,2** 7,6 ± 0,4**
8.Патологія хвоста %	I II	10,2 ± 1,4 12,4 ± 2,5	8,5 ± 1,2& 11,2 ± 1,8&
9.Змішана патологія %	I II	8,1 ± 1,3 6,8 ± 1,9	9,2 ± 1,3& 7,4 ± 1,1&
10.Лейкоцити еякуляту в п/зору	I II норма	16,9 ± 1,6 22,3 ± 1,8 <10	9,6 ± 1,3** 11,2 ± 1,1**
11.Еритроцити еякуляту в п/зору	I II	8,7 ± 1,3 4,6 ± 0,4	2,0 ± 0,0* 1,8 ± 0,1**

ПРИМІТКА: Вірогідні відмінності між показниками до та після лікування: ** — $p < 0,05$; * — $p < 0,01$; & — $p > 0,05$.

8. Сперматологічні показники.

З метою вивчення впливу комплексного лікування, яке включає голкорексфлексотерапію було проведено дослідження показників сперматогенезу в динаміці у пацієнтів I (28 хворих) та II (31 хворий) груп (див. таблицю 2).

На основі одержаних даних, ми в обох групах виявили подібні відхилення статистично достовірні відносно норми ($p < 0,05$). Різниця між показниками I та II груп недостатньо вірна ($p > 0,05$). Виявлена до лікування астенопіотератонекрозо-оспермія характерна для хронічного запального процесу в передміхуровій залозі.

Після курсу комплексного лікування як з використанням голкорексфлексотерапії, так і без неї спостерігалось покращання більшості показників спермограми, зокрема підвищився

Таблиця 1.

Динаміка гормональних показників.

Показники	Групи хворих	до лікування		після лікування	
		M ± m	n	M ± m	n
1. Т сечі (нмоль/доба)	I II норма	$269,8 \pm 4,27^*$ $182,2 \pm 16,12^*$ $361,9 \pm 36,1$	32 7 10	$300,5 \pm 8,4^{**}$ $245,4 \pm 10,8^{**}$	12 7
2. 17-КС (мкмоль/доба)	I II норма	$27,3 \pm 1,2^*$ $24,9 \pm 2,85$ $51,3 \pm 2,1$	32 7 21	$31,9 \pm 1,3$ $29,6 \pm 1,0^{**}$	12 7
3. Загальні естрогени сечі (нмоль/доба)	I II норма	$86,1 \pm 1,23^{**}$ $68,5 \pm 5,82$ $51,0 \pm 1,7$	29 7 10	$77,8 \pm 3,3^{**}$ $71,5 \pm 5,1$	11 7
4. Т/естр. заг.	I норма	$3,1 \pm 0,04^{**}$ $7,1 \pm 0,02$		$3,8 \pm 0,04$	
5. 17-КС/естр. заг.	I норма	$0,3 \pm 0,001^{**}$ $1,0 \pm 0,002$		$0,4 \pm 0,001^{**}$	

ПРИМІТКА: Вірогідні відмінності між показниками: * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$.

Таблиця 3.
Концентрація фруктози та лимонної кислоти в еякуляті.

Показники	Групи хворих	до лікування	після лікування
		M±m	M±m
1. Фруктоза (ммоль/л)	I	12,47 ± 1,27**	14,86 ± 1,35**
	II норма	13,27 ± 2,03**	14,44 ± 1,47
2. Лимонна кислота (ммоль/л)	I	24,24 ± 2,45**	29,64 ± 2,23**
	II норма	19,92 ± 2,57**	25,88 ± 2,49**
		30,00 ± 3,90	

ПРИМІТКА: Вірогідні відмінності між показниками до лікування від даних норми:

** — p < 0,05.

Вірогідні відмінності між показниками до та після лікування: ** — p < 0,05.

об'єм еякуляту, кількість сперматозоїдів в 1 мл еякуляту, загальна їх кількість, рухливість, кількість живих сперматозоїдів, зменшилась кількість лейкоцитів, еритроцитів, число патологічних їх форм.

Але у хворих I групи, які в комплексі терапії одержували голкорексотерапію, спостерігалось більш виражене покращання показників спермограми.

Для оцінки стану біохімічних процесів в передміхуровій залозі було проведено дослідження концентрації фруктози та лимонної кислоти в еякуляті у хворих I та II груп до та після лікування (див. таблицю 3).

У хворих I групи, які в комплексі терапії одержували голкорексотерапію, спостерігалось більш виражене покращання концентрації фруктози та лимонної кислоти.

9. Результати комп'ютерної діагностики РІОДРАКУ.

Застосування комп'ютерної рефлексологічної діагностики Накатані дало можливість одержати наступні результати. Середнє значення ріодораку для фізіологічного коридору у чоловіків з інтерорецептивно-психогенною статевою дисфункцією виявилось 52 % (45 — 59 %).

В стані недостатності знаходилися ручні меридіани: товстого кишечника (GI), тонкого кишечника (IG), трьох порожнин тулуба (TR). Так, значення ріодораку для меридіану TR нижче фізіологічного коридору на 21 %; для меридіану GI — на 20 %; для меридіану IG — на 21,5 %. В стані надмірності знаходилися ножні меридіани: підшлункової залози (RP), печінки (F), нирок (R). Значення ріодораку для меридіану RP вище — 7 фізіологічного коридору на 17 %, для меридіану F — на 27 % і для меридіану R — на 23 %. Характерних відмінностей у значеннях

у хворих з різними видами інтерорецептивної статевої дисфункції не простежувалося, оскільки у всіх хворих статева дисфункція поєднувалась з хронічним простатитом чи уретропростатитом.

10. Динаміка клінічних показників у процесі лікування.

Метод голкорексотерапії було використано в комплексному лікуванні 70 хворих на інтерорецептивну статевою дисфункцію.

Інтерорецептивно-психогенна статева дисфункція характеризується зниженням адекватних (94,3%) ерекцій, прискоренням еякуляції (72,7%). Для цієї форми статевого розладу нехарактерно: стертість оргазму (5,8%), зниження спонтанних ерекцій (12,4%), послаблення статевого потягу (12,8%). В таблиці 4 наведено дані про частоту порушення фаз статевої функції чоловіків в динаміці I та II групи.

Виявилося, що всі складові копулятивного циклу достовірно підвищують

ся, як після отримання комплексного лікування з використанням методу голкорексотерапії, так і після лікування за допомогою медикаментозних препаратів та фізіотерапії.

Але I група хворих, яка одержувала голкорексотерапію після лікування, мала кращі показники, що особливо наочно демонструється підвищенням відсотку хворих у яких повністю або частково нормалізувались адекватні ерекції у порівнянні з II групою. Відповідно: 27,1% та 14%; 50,0% та 42,0%. Така ж картина спостерігається з порушеннями еякуляції.

Дане спостереження пояснюється впливом голкорексотерапії на центральну нервову систему пацієнтів. У хворих, які одержували голкорексотерапію седативний ефект лікування спостерігався вже на 2-3 сеансі лікування, а в II групі пацієнтів цього ж ефекту можливо було досягти тільки на 8-10 день лікування.

Голкорексотерапія має також виражену анальгезуючу дію, що можна наочно довести, проаналізувавши больові відчуття хворих. Больовий синдром перестав турбувати хворих I групи у 57 випадках з 70, що складає 81,4%. А у хворих II групи: у 24 випадках з 50, що складає 48%. Відмінності статистично достовірні (p < 0,01).

Суб'єктивне поліпшення підтверджується і об'єктивними показниками. Дослідження передміхурової залози за допомогою ультразвукового дослідження показало достовірне зменшення кількості наявних затвердінь у про-

статі. В I групі хворих затвердіння в передміхуровій залозі спостерігалось до лікування в 44,5% випадків, а після терапії — в 12,6% (p < 0,05). В II групі — відповідно 38,6% та 11,4% (p < 0,05).

Розміри залози не зазнали особливих змін, про що свідчить як ректальне пальцеве, так і ультразвукове дослідження.

Знизилась і кількість лейкоцитів у першій порції сечі, секреті передміхурової залози та уретральних виділеннях (див. таблицю 5).

Найбільш патогномічним показником для діагностики простатиту являлась підвищена кількість лейкоцитів у секреті передміхурової залози. Після лікування він був знижений майже до норми.

Група хворих, яка отримувала голкорексотерапію після лікування мала кращі показники, що особливо наочно демонструється підвищенням відсотку хворих, у яких повністю або частково нормалізувались адекватні ерекції, нормалізувалась еякуляція в більшому відсотку випадків у порівнянні з II групою. Значно зменшилась інтенсивність алгічного синдрому, зменшилась вираженість запального процесу в передміхуровій залозі, поліпшилась його ендокринна функція, нормалізувався вегетативний статус та індекс. Виявлено сприятливий вплив голкорексотерапії на показники спермограми хворих.

Поліпшення статевої функції можна пояснити психогенним впливом,

Таблиця 5.
Кількість лейкоцитів в екскретах.

	Показники	Групи хворих	до лікування	після лікування
			M±m	M±m
1	В 1 порції сечі	I	18,3 ± 1,6	5,6 ± 1,2**
		II	16,7 ± 3,4	3,4 ± 1,1**
2	В секреті передміхурової залози	I	64,3 ± 6,9	18,6 ± 2,2**
		II	54,7 ± 3,7	12,7 ± 1,9**
3	В уретральних виділеннях	I	19,6 ± 2,7	2,8 ± 0,7**
		II	12,8 ± 3,2	4,7 ± 0,9**

ПРИМІТКА: Вірогідні відмінності між показниками до та після лікування:

** p < 0,05.

підвищенням рівня андрогенів, покращанням функції передміхурової залози, корекцією вегетативних порушень.

Висновки

1. Під впливом голкорексотерапії в комплексному лікуванні інтерорецептивно-психогенної статевої дисфункції у 98% хворих покращується психоневрологічний статус, у 73,3% — відмічається тенденція до нормалізації кавернозного кровотоку. У 45% хворих з гіперсимпатикотонією нормалізувалась рівновага між парасимпатичною та симпатичною автономною нервовою системою.

2. Голкорексотерапія призводить до стимуляції гормональної та генеративної функції яєчок, що супроводжується у 80% хворих збільшенням екскреції тестостерону, 17-КС, зменшенням екскреції естрогенів, нормалізації андрогенно-естрогенного балансу, нормалізації морфофункціональних, біохі-

мічних та цитогенетичних показників спермограми.

3. У порівнянні з традиційними методами, які використовуються для лікування хворих інтерорецептивно-психогенною статевою дисфункцією, голкорексотерапія призводить до більш частого відновлення сексологічних проявів: спонтанні ерекції нормалізуються у 25%, адекватні ерекції — у 20%, еякуляція — у 29,8%. При використанні тільки традиційних методів ці параметри суттєво нижчі і складають відповідно: 12%, 12%, 8%.

4. Голкорексотерапія являється патогенетичним методом лікування інтерорецептивних статевої розладів, оскільки вона позитивно впливає на периферичні та центральні ланки регуляції статевої функції (психіку, вегетативну нервову систему, гормональну, репродуктивну систему, судинну систему статевого члена).

ЛІТЕРАТУРА

- Горпинченко І.І., Имшинецкая Л.П., Гурженко Ю.Н., Нетрадиционные методы лечения в сексopatологии и андрологии // Сексopatология и андрология: Лекции для врачей. - Киев, 1995. - Выпуск 2. - С. 58-71.
- Горпинченко І.І., Соколова М.Н., Использование психотерапии и ИРТ в комплексном лечении половых расстройств у мужчин, подвергшихся воздействию ионизирующей радиации // Вопросы клиники, лечения и профилактики сексуальных расстройств: Тез. докл. научно-практической конференции сексopatологов. - Нижний Новгород, 1993. - С. 71-73.
- Горпинченко І.І., Применение ИРТ в сексopatологии // Вопросы сексopatологии. - С. - Петербург, 1992. - С. 72-74.
- Имшинецкая Л.П., Гурженко Ю.Н., Приме-

нение микроволновой резонансной терапии при интерорецептивной половой дисфункции. - Сб. Народная и нетрадиционная медицина и пути ее развития. 1 украинская конференция. т. 2, с.115-116.

5. Имшинецкая Л.П., Гурженко Ю.Н. Компьютерная диагностика и микроволновая резонансная терапия при хроническом простатите. - Пленум Всеросс. Общества урологов, г.Пермь, 22-24 июня 1994г.: Тез. докл. - Пермь, 1994. - с.78-79

6. Клінічна сексологія і андрологія, під редакцією академіка Возіанова О.Ф., професора Горпинченка І.І. - "Здоров'я", 1996

7. Горпинченко І.І., Имшинецкая Л.П., Гурженко Ю.Н., Применение компьютерной диагностики и микроволновой резонансной терапии в клинике андрологии. - Праці VI міжрегіональної науково-

практичної конференції андрологів та сексopatологів. - Дніпропетровськ, 1995. - С. 50-54

8. Бабаян Н.Г. ИРТ в лечении сексуальных расстройств у мужчин // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами. - Харьков, 1990. - С. 295-296.

9. Дуринян Р.А. Иглотерапия в урологии. - Ташкент, 1984

10. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З., Лысенко В.П. Руководство по рефлексотерапии. - Киев, 1989. - 458 с.

11. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З., Лысенко В.П. Рефлексотерапия в комплексном лечении заболеваний нервной системы. - Киев, 1989. - 232 с.

12. Мачерет Е.Л., Коркушко А.О., Основы электро- и акупунктуры. - Киев-1993. - 392 с.

ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР «НАДЕЖДА»

ИЗБАВЛЕНИЕ
от алкогольной зависимости,
избыточного веса и табакокурения.

Метод уникален, не имеет аналогов как на Украине, так и за рубежом, защищен
государственными патентами

НАШ АДРЕС: 257008 Украина, г.Черкассы, 8, ул. Хоменко, 12
Лечебно-оздоровительный центр «Надежда»
ТЕЛЕФОНЫ: в Черкассах — (0472) 63-16-16, 63-37-72,
в Киеве — (044) 430-40-36

КИНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГОМЕОПАТИИ

А.Г. Козлов

д.м.н., заведующий кафедрой
нормальной физиологии
Медицинского института УАНМ
г. Киев

Гомеопатия постепенно становится все более популярной в Украине. В связи с этим появляется необходимость объяснения особенностей данного способа терапии. В этой статье мы остановимся на трех из них: 1) механизм действия препаратов, используемых по принципу — "подобное лечится подобным", 2) факт действия препаратов при очень больших разведениях, 3) парадоксальное возрастание эффективности гомеопатических препаратов при увеличении степени их разведения в растворах.

Что касается первого вопроса, то речь идет об использовании веществ — аналогов гомотоксинов, образующихся в процессе развития болезни. Объяснение этому феномену возможно, исходя из общих принципов функционирования биологических систем [4]. Согласно им, живая система может существовать лишь в случае наличия отрицательной обратной связи. При отклонении параметров функционирования от нормы сигнал об этом по данной связи поступает к системам регуляции (ЦНС, эндокринная система, иммунная система), которые возвращают эти параметры к норме. Чем интенсивнее сигнал обратной связи, тем активнее включаются механизмы восстановления гомеостаза.

Сказанное относится и к болезни, формально являющейся внешним возмущением по отношению к организ-

му. Одной из форм указанной обратной связи в этом случае являются указанные гомотоксины. Увеличивая их концентрацию (не активируя при этом болезнь), можно активировать саморегуляцию организма, т.е. выздоровление. Именно так и происходит при введении в организм гомеопатических препаратов, аналогов этих токсинов. Другими словами, этот способ гомеопатии не связан с прямым влиянием гомеопатического агента на патогенный фактор. Препарат служит усилением саморегуляции организма.

Рассмотрим вопрос о парадоксальной эффективности сверхмалых доз (СМД) гомеопатических препаратов, когда эффекты наблюдаются при концентрациях, которые на 7-9 порядков ниже минимально наблюдаемых констант диссоциации (Кд) лиганд-рецепторных комплексов и поэтому не должны были бы давать отклик, хотя бы потому, что в данном случае в экспериментальном объеме (порядка миллилитра) может не быть ни одной молекулы вещества. Здесь может быть несколько объяснений.

1. Концентрирование действующего вещества-эффектора в определенных тканях и органах [6, 10]. При этом концентрация веществ возле клеток органа-мишени может оказаться на несколько порядков выше концентрации в растворе [10].

2. Наличие высокоэффективной системы усиления сигнала в каскаде реакций: собственно рецепция, передача сигнала на сопрягающий элемент (например, на G-белок мембраны), передача сигнала в систему образования вторичных мессенджеров (например, в аденилатциклазную систему) и т.д.

Наличие каскадных реакций приводит к созданию "рецепторного резерва" [6]. Суть этого явления состоит в следующем. — В условиях наличия системы усиления сигнала для достижения эффекта достаточно, чтобы препарат связался лишь с незначительной частью рецепторов от общего их числа на клетке. За счет этого эффективная концентрация действующего вещества может быть на несколько порядков ниже константы диссоциации Кд.

3. Для многих рецепторов экспериментально доказана необходимость латеральной диффузии в плоскости мембраны [1,8]. Без такой транслокации фактически невозможно взаимодействие комплекса "агонист-рецептор" с внутриклеточной ферментативной системой реализации сигнала. Возможно, что гомеопатический эффект связан и с воздействием на фосфолипидное окружение рецептора.

4. Хорошо известно, что в процессе повреждения ткани развивается явление парабиоза. Одним из этапов этого явления есть парадоксальная фаза, когда эффективными являются именно малые воздействия.

Очевидно, что в организме указанные процессы могут идти параллельно: концентрирование препарата в области рецепторов, мощное каскадное усиление в процессе его действия + воздействие через фосфолипидное микроокружение, резкое повышение чувствительности поврежденной болезнью ткани.

Еще одним каналом действия СМД служит вода, насыщенность которой — одна из главных особенностей живого [3]. Речь идет о таких понятиях, как "активированная" вода, "память молекул" [5, 7].

По-видимому, подобное "запоминание" за счет структуризации воды имеет место и при введении в раствор гуморального регуляторного агента — в данном случае гомеотерапевтического препарата.

Последний вопрос, который мы хотим обсудить — парадоксальное усиление реакции организма на гомеопатический препарат по мере его разбавления, в то время как должно быть наоборот — уменьшение реакции.

Сразу отметим, что, во-первых, это не закономерность для данных препаратов и такое действие отмечается не всегда, а, во-вторых, подобные явления есть и при действии негемопатических средств [6].

Каковы же причины такой необычной фармакодинамики? И здесь возможно несколько объяснений. 1. "Гипотеза взаимокompенсации". Известно, что одно и то же действующее вещество может активировать две и более эффекторные системы. Вполне вероятно [9], что эти эффекты могут быть противоположными по проявлению. Следовательно, при высоких концентрациях препарата активируются оба процесса, которые взаимокompенсируются. На кривой "концентрация — эффект" возникает так называемая "мертвая зона". При разбавлении препарата вероятность активировать сразу обоих "противников" меньше и "мертвая зона" заканчивается — появляется эффект.

2. Хорошо известно, что при увеличении дозы действующего агента нередко развивается привыкание рецепторной системы — десенситизация (т.е. дословно "обесчувствование") [1,2]. В его основе много явлений, главными среди которых является фосфорилирование молекул рецепторов и их интернализация (уход с поверхности клетки в цитоплазму). Если же концен-

трация действующего вещества уменьшается, чувствительность рецепторной системы восстанавливается. Развивается обратное явление, восстановление чувствительности — "ресенситизация". По нашему мнению, появление эффекта при высоких степенях разбавления гомеопатических средств — ее пример.

Таким образом, привлечение данных из области физиологии, биофизики, биохимии и классической фармакологии вполне может объяснить некоторые особенности гомеопатии.

Список литературы

1. Козлов А.Г. Адренергическая регуляция: молекулярные механизмы. — К.: Техніка, 1993. — 160. с.
2. Козлов А.Г. Десенситизация как механизм саморегуляции адренореактивности клетки. // Фармац. журнал. — 1995. — N 3. — С. 6269.
3. Курик М.В. Биоэнергетическая информация: свойства воды. // Информационная и негэнтропийная терапия. — 1995. — N 2. — С. 2-5.
4. Новосельцев В.Н. Теория управления и биосистемы. Анализ сохранительных свойств. — М.: Наука, 1978. — 320 с.
5. Пеккель В.А., Киркель А.З. Необычное ингибирование активности моноаминоксидазы, индуцированное хлоргидрином. // Биохимия. — 1988. — Т. 53. — N 7. — С. 1224-1229.
6. Сазанов Л.А., Зайцев С.В. Действие сверхмалых доз биологически активных веществ: общие закономерности, особенности и возможные механизмы. // Биохимия. — 1992. — Т. 57. — N 10. — С. 1443-1455.
7. Удинцев С.Н., Шахов В.П. и др. Влияние малых концентраций растворов адаптогенов на функциональную активность клеток костного мозга мышей in vitro. // Биофизика. — 1991. — Т. 36. — N 1. — С. 105108.
8. Chang H.M., Reitstetter R. et al. Attenuation of channel kinetics and conductance by cholesterol: An interpretation using structural stress. // J. Membrane Biol. — 1995. — Vol. 143. — N 1. — P. 51-63.
9. Faith R.E., Liang H.J. et al. Neuro-immunomodulation with enkephalins — enhancement of human natural killer cell activity in vitro. // Clin. immunol. immunopathology. — 1984. — Vol. 31. — N 4 — P. 412-418.
10. Gilles R. et al. Extracellular phosphoproteins are involved in sexual-differentiation. // Hoppe-Zeyler Z. for physiologische chemie. — 1984. — Vol. 365. — N 9. — P. 990.

**Почему Вам
выгодно РАБОТАТЬ
именно с нами ?**

Поэтому, что:

- ✓ Мы имеем лицензию Министерства Здравоохранения Украины на проведение курсов.
- ✓ Программа обучения утверждена МЗ Украины.
- ✓ Курсы проводят ведущие специалисты (профессора и доценты) Медицинского института Украинской Ассоциации народной медицины и других медицинских учреждений.
- ✓ После обучения курсанты имеют возможность получить бесплатные консультации у преподавателей.
- ✓ По окончании курсов желающие применять полученные знания на практике получают направление на экспертно-аттестационную комиссию Ассоциации.

УАНМ является единственной юридически правомочной организацией Украины, которая проводит клиническую экспертизу специалистов народной и нетрадиционной медицины с последующим лицензированием.

252004 г. Киев ул. Л. Толстого, 9
тел.: (044) 224 25 84



Украинская
Ассоциация
**НАРОДНОЙ
МЕДИЦИНЫ**

проводит
КУРСЫ

и приглашает врачей и медсестер освоить уникальные методы народной и нетрадиционной медицины

Для медиков с высшим медицинским образованием:

- РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ И СУ-ДЖОК АКУПАНКТУРА
- МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
- ГОМЕОПАТИЯ
- ЛЕЧЕБНЫЙ МАССАЖ

Для всех желающих:

- МАССАЖ
- ФИТОТЕРАПИЯ
- БИОЭНЕРГОИНФОРМОТЕРАПИЯ
- ИРИДОДИАГНОСТИКА
- КОСМЕТОЛОГИЯ
- ГОМЕОПАТИЯ В БЫТУ
- МЕДИЦИНСКАЯ АСТРОЛОГИЯ
- ЛЕЧЕБНОЕ ГОЛОДАНИЕ
- ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ

- ✓ **Срок обучения 2-4 недели.**
- ✓ **На курсы проводится предварительная запись.**
- ✓ **Форма оплаты — любая.**
- ✓ **По окончании обучения выдается сертификат установленного образца на украинском и английском языках, который действителен как на территории Украины так и за рубежом.**
- ✓ **Один раз в квартал проводятся семинары по перечисленным выше направлениям.**

Ця рубрика інформує читачів про досвід роботи і окремих фахівців, і цілих установ, що практикують методи народної та нетрадиційної медицини. Редакція публікуватиме матеріали з усіх куточків України та інших країн, де працюють кабінети, центри, відділення народної та нетрадиційної медицини.

РАЗВИТИЕ И ВНЕДРЕНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В УКРАИНЕ

Е.Л.Мачерет

д.м.н., член-корр. АМН Украины,
зав.кафедрой рефлексотерапии
КМАПО
г.Киев

Современная медицина достигла больших успехов. Однако все более углубляющаяся дифференциация медицинских специальностей, технизация и депсихологизация медицины, угроза возрастающей непереносимости больными многих синтетических лекарственных препаратов ставят большие перепоны на пути врачевания и вынуждают искать какой-то выход, из трудного положения. Это побуждает к тому, чтобы оглянуться назад и поискать там еще не реализованные возможности. И невольно взор обращается на Восток.

Общеукрепляющее и стимулирующее действие рефлексотерапии известно было в древности. Уже тогда для оздоровления и достижения долголетия в традиционной китайской медицине широко применялось регулярное прижигание 36-ой точки меридиана желудка, которую называли точкой долголетия либо точкой от ста болезней. В настоящее время известно, что для развития и поддержания адаптационных реакций организма используют различные биостимуляторы, дозированные физические нагрузки, охлажденную воду, электромагнитные поля и другие воздействия.

Особенностью рефлексотерапии (РТ) является возможность направленно изменять иммунобиологические защитные свойства организма как местного, так и общего характера, нормализовать подвижность нервных процессов, состояния гипоталамо-гипофизарных систем, то есть повышать адаптационные возможности организма.

При этом отмечается стимуляция реактивности основных функциональных систем, их адаптационно-трофической роли, а также активация обменных процессов. Главными факторами, способствующими проявлению лечебного эффекта РТ, можно считать активацию иммунной системы.

В этом нас убеждает не только история метода, насчитывающая тысячелетия, но и современный опыт и новейшие научные разработки.

До 1977 года в Украине насчитывалось всего 50 человек, владеющих методом акупунктуры. С 1977 года в Киевском институте усовершенствования врачей на кафедре неврологии и рефлексотерапии проводится подготовка специалистов по освоению методов рефлексотерапии. За истекший период подготовлено свыше 10 тыс. врачей.

С 1994 года утверждена новая программа обучение специалистов по рефлексотерапии, а также программа проведения предаттестационных циклов в связи с тем, что 09.06.93 г. был издан приказ № 130 МЗ Украины об утверждении 24-ой специальности — рефлексотерапии.

29.12.1994 г. МЗ Украины был издан приказ № 318 об усовершенствовании рефлексотерапевтической службы в Украине, в котором утверждено положение о кабинете рефлексотерапии, положение о враче кабинета рефлексотерапии, в котором говорится, что на должность врача-рефлексотерапевта назначается врач, который прошел специализацию по рефлексотерапии по программе, утвержденной МЗ Украины, и получил разрешение на использование методов рефлексотерапии в практической медицине, положение об организации кабинетов рефлексотерапии в областных и городских больницах, а также в центральных и районных поликлиниках. Определена нагрузка врача-рефлексотерапевта (18 больных за рабочий день).

В настоящее время в Украине функционирует 5 кафедр рефлексотерапии: Киевская медицинская академия последипломного образования, Харьковский институт усовершенствования врачей, Днепропетровская государственная академия, факультет усовершенствования врачей (ФУВ); Крымский медицинский институт, ФУВ; Донецкий государственный университет, ФУВ.

В настоящее время в Украине функционирует около 6 тыс. кабинетов РТ, большинство из которых оснащены аппаратами для акупунктурной диагностики и лечения.

В этих кабинетах ежегодно получают лечение свыше 500 тыс. человек, из них приблизительно 20% гастроэнтерологических больных, 35% — неврологических, 15% — кардиологических и др.

По нозологическим единицам наибольший удельный вес при лечении занимают болевые синдромы вертеброгенного генеза — 25%, болезни сердечно-сосудистой системы — 19%, болезни органов дыхания — 18%, неврозы — 17%, болезни суставов — 16%. Продолжает расширяться сфера применения РТ в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, а именно гипертонической болезни I-II ст., ишемической болезни сердца и стенокардии.

С 1980 г. функционирует Украинский научно-методический центр рефлексотерапии и лазеротерапии в г.Киеве на базе кафедры рефлексотерапии КМАПО.

Активно ведутся научные разработки по проблемам рефлексотерапии в НИИ онкологии МЗ Украины, Киевском НИИ нейрохирургии, ЛОР институте, институте ортопедии и Украинской ассоциации народной медицины, в Медицинском институте УАНМ на кафедре рефлексотерапии, а также в ряде медицинских учреждений Харькова, Днепропетровска, Одессы и др.

Под руководством член-кор. АМН Украины Мачерет Е.Л. широко проводятся научные исследования по выяснению механизмов действия рефлексотерапии и обоснованию принципов ее применения. Детально изучаются реакции различных отделов нервной системы в ответ на рефлексотерапию, взаимосвязь акупунктурных зон с определенными нервными структурами, прослежены изменения функционального состояния основных звеньев нервной системы, включая биоэлектрическую активность мозга, церебральную и периферическую реактивность и вегетативное обеспечение функций, нервно-мышечную передачу, мембранные процессы в нервной клетке.

Проведены исследования по изучению влияния рефлексотерапии на состояние ряда показателей высшей нервной деятельности, некоторых внутренних органов и функций. На основе установленных закономерностей разработаны комплексные подходы по применению рефлексотерапии при лечении многих заболеваний. Предложены новые комбинированные методы лечения болевых синдромов и функциональных расстройств.

Целый ряд разработок связан с диагностикой и лечением методами рефлексотерапии сосудистых заболеваний.

Широкую известность приобрели работы по сочетанному применению рефлексотерапии и биотрона при гипертонической болезни. Значительное место в проводимых исследованиях занимают вопросы использования перспективных физических факторов для воздействия на акупунктурные зоны, в частности низкоинтенсивного лазерного излучения. На основе ла-

зеропунктуры предложен способ лечения вегето-сосудистой дистонии.

Экспериментальные и клинические данные свидетельствуют об изменении энергетической активности клеточных мембран, активации ядерного аппарата, системы ДНК-РНК-белок, биосинтетических процессов, об увеличении поглощения тканями кислорода, активации окислительно-восстановительных процессов, увеличении образования макрофагов, биоэнергетического потенциала клетки. На фоне стимуляции функций ядерного аппарата повышается митотическая активность клетки, активизируются процессы размножения, а также внутри- и внеклеточной физиологической и репаративной регенерации. Кроме того, и непосредственно лазерное излучение и продукты, возникающие в результате протекания описанных выше эффектов, оказывают воздействие на нервные окончания и непосредственно на нервную систему в целом. Поэтому клиницисту необходимо учитывать, что в организме возникают ответные нервно-рефлекторные и нервно-гуморальные реакции, активизируется симпат-адреналовая система, увеличивается концентрация адаптивных гормонов, т.е. возникает комплекс адаптационных и компенсаторных реакций в целостном организме, направленный на восстановление гомеостаза, т.е. под действием лазерного излучения происходят изменения, которые реализуются на всех уровнях организации живой материи: субклеточном, клеточном, тканевом, органном, системном и организменном.

Установлено, что воздействие лазерного излучения на организм проявляется различно и может выражаться в активации его функций (при адекватной величине воздействия), а также в отсутствии сколько-нибудь существенных изменений (при неадекватной малой величине воздействия) специфических ответных реакций биологического объекта.

Учитывая ярко выраженную соматогенетическую направленность действия лазеропунктуры, а также отсутствие нарушения целостности кожных покровов, целесообразно включать этот метод в комплексы мероприятий, направленных на устранение последствий радиационного поражения, а также для стимуляции эндогенной радиорезистентности. Для повышения иммунобиологических защитных

свойств общего и местного характера и фоновой радиорезистентности организма осуществляется стимуляция акупунктурных зон, связанных с гипоталамусом, щитовидной и паращитовидными железами, тимусом, надпочечниками, костным мозгом, вегетативными ганглиями и др.

Таким образом, наш клинический опыт по использованию методов рефлексотерапии в практике позволяет отметить его высокую эффективность и безвредность. Дальнейшее распространение метода будет сочетаться с его дальнейшим совершенствованием и с поиском вариантов оптимального сочетания с другими видами лечения.

Большая серия проведенных нами исследований подтвердила возможность сочетания рефлексотерапии с другими методами лечения. Так, при лечении невралгии тройничного нерва высокие результаты достигаются национальным сочетанием классической акупунктуры и финлепсина (кербапазепина).

Является перспективным подбор медикаментозных средств в таких дозировках, которые в случае использования рефлексотерапии усиливали бы ее действие. В качестве примера можно привести сочетание анальгина и электропунктуры при болевых синдромах, или (по нашим данным) сочетание адаптогенов (пироген) с рефлексотерапией после перенесенных неврологических инфекционных заболеваний и др.

При лечении церебро-васкулярной патологии заслуживает внимания комбинирование акупунктуры и кавинтона, оказывающего преимущественное влияние на церебральную гемодинамику. С первого дня лечения назначаются необходимые медикаментозные средства в среднетерапевтической дозировке, кавинтон (15 мг в сутки) в течение 25 дней, рефлексотерапия — ежедневно, в среднем 10 сеансов.

К концу курса рефлексотерапии дозировки лекарственных средств, за исключением кавинтона, постепенно снижаются в среднем в 2 раза, после чего больные на 14 суток помещаются в биотрон, где продолжается снижение дозировок используемых препаратов до возможного. Однако значительное место должно принадлежать сочетанию лазеропунктуры с акупунктурой, как единому методу, являющемуся наиболее перспективным.

ЭЛЕКТРОПУНКТУРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЧАКР ПРИ ПОМОЩИ AGNIS BAT 02 — ИНДИКАТОРА СОСТОЯНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧЕК

Н.А. Кривенко
В.В. Кривенко,
к.м.н.

*Институт экспериментальной
патологии, онкологии и
радиологии НАН Украины
г. Киев*

Энергетические центры человеческого тела или **чакры** "включены" в оболочку спинного мозга, так как он является основным органом, преобразующим космический энергетический поток в организме живого существа. Энергия в них перерабатывается на основе определенных резонансных частот, обусловленных пульсационными параметрами энергетических оболочек органов, контролируемых определенной чакрой.

Первая чакра — Муладхара — расположена на уровне промежности, вторая Свадхистана — на уровне лобка, третья — Манипура — в области солнечного сплетения, четвертая — Анахата — на уровне сердца, пятая — Вишудха — на уровне щитовидной желе-

зы, шестая — Аджна на межбровье, седьмая — Сахасрара — на темени.

В настоящее время еще нет достаточно простых и доступных методов, позволяющих судить о состоянии чакр не интуитивно и не при помощи сложного метода фотографирования в специальных условиях. Поэтому мы решили попробовать применить для этой цели прибор AGNIS BAT 02 для индикатора состояния биологически активных точек (Вильнюс, 1995, Министерство здравоохранения Литвы). Прибор используется для экспресс-диагностики состояния здоровья человека и функционального состояния его систем и органов, отслеживания реакции организма на методы лечения и лекарства. Прибор прошел многолетнюю проверку с обобщением громадного статистического материала и дает возможность исследователю разработать согласно своим знаниям и опыту новую методику.

Прибор позволяет определить в условных цифровых единицах активность той или иной чакры и в дальнейшем вывести средние показатели, соответствующие работе чакр в норме и патологии.

Условия измерения чакр были следующими:

1. Исследование проводилось утром, натощак.
2. В этот день не принимались лекарства, не проводилось никаких процедур, пациент избегал эмоциональных нагрузок.
3. Пациент лежал на спине и отдыхал не менее 15 минут до исследования. Во избежание искажения результатов исключалось касание пациента к исследователю и токопроводящим предметам.

4. При необходимости повторное измерение проводилось не менее чем через 15 минут.

Было обследовано 165 человек. Из них 75 мужчин и 90 женщин в возрасте от 27 до 49 лет. Исследования проводились согласно приведенной методике в летнее (июнь-июль) и зимнее (январь-февраль) время с целью выяснения действия сезонных условий на показатели деятельности чакр. Обследованию подвергались практически здоровые люди, не представляющие сколько-нибудь серьезных жалоб на состояние своего здоровья. В результате проведенных исследований был установлен так называемый "физиологический коридор" для электропунктурных показателей (ЭП) (табл. 1).

Исследования, проведенные у женщин, показали незначительные отклонения на 1-2 единицы в ту или другую сторону, не выходящие за пределы "физиологического коридора".

Исследования, проведенные у больных с различными заболеваниями позволили наблюдать выраженное изменение в работе чакр в зависимости от энергетического состояния организма, как в сторону увеличения ЭП, так и в сторону его уменьшения.

Проведенные исследования являются первичными и требуют дальнейшей корректировки и доработки. Но уже сейчас ясно, что с помощью аппарата AGNIS BAT 02 можно с достаточной достоверностью судить о работе чакр на основании объективных показателей. В дальнейшем проведе соответствующие исследования, можно будет установить, как сильно изменяется энергетический потенциал чакр при том или ином заболевании.

Таблица 1. Колебания электропунктурных показателей работы чакр у мужчин в зависимости от сезона года. Показатели прибора AGNIS BAT 02

Чакры	Показатели ЭП в условных единицах	
	зима	лето
1 — 4	40,0 ± 0,6	53,0 ± 0,5
5	48,0 ± 0,7	65,0 ± 0,8
6	60,0 ± 0,75	69,0 ± 0,6
7	78,0 ± 0,5	92,0 ± 0,1

Публикацію оглядів передбачено задля поглиблення медичних знань народних цілителів. Провідні вчені та лікарі-практики запропонують вам знайомство з тим, як офіційна медицина розглядає ту чи іншу медичну проблему.

ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ

Г.Г. Симоненко

*к.м.н., Інститут фізіотерії та
пульмонології АМН України
м.Київ*

Останнім часом відмічається неукліне зростання захворювань системи органів дихання. Бронхо-легенева патологія складає 42-50% від загальної захворюваності населення та посідає перше місце (40-41%) у структурі захворювань з тимчасовою втратою працездатності (1-5). Хвороби органів дихання у промислово розвинених країнах стійко займають третє місце серед чинників інвалідності та смертності (6,7).

Захворюваність неспецифічними захворюваннями легень (НЗЛ) в Україні за 1992 рік становила 21303,2 на 100 тис., смертність — 73,9 на 100 тис. населення відповідно, інвалідність — 35,5%, в тому числі 28,2% серед працездатного населення (5).

Вельми важливу проблему пульмонології являє собою хронічний бронхіт (ХБ), питома вага якого при масових обстеженнях населення складає 65-90% від усього числа хронічних неспецифічних захворювань легень (8-10). Серед країн світу ця хвороба найпоширеніша в Англії, де налічується близько 10 млн. хворих. В країнах СНД доля ХБ в структурі хронічних неспецифічних захворювань легень (ХНЗЛ) серед дорослого міського населення дорівнює 32,6% (6, 11).

ХБ — дифузне, звичайно прогресуюче (необоротне) ураження бронхіального дерева, обумовлене тривалим подразненням (або) запаленням слизової оболонки бронхів, що супроводжується гіперсекрецією слизу та порушенням очисної функції бронхів. Захворювання проявляється постійним або періодично виникаючим кашлем з (або без) виділенням харкотиння, а при ураженні легень та дистальних бронхів — задишкою, не пов'язаною з іншими бронхо-легеневими процесами або ураженням інших органів та систем, що часто призводить до порушення бронхіальної прохідності та розвитку легенево-серцевої недостатності (12, 13).

Н.Р.Палесев та співавтори (1985) підкреслили наступні важливі особливості ХБ, що визначають цю нозологічну форму для клініциста: 1) дифузний характер ураження бронхіального дерева; 2) хронічний перебіг захворювання з періодами загострень та ремісій; 3) перевагу серед клінічних симптомів кашлю, виділення харкотиння та задишки (14, 15).

За останні десятиріччя відмічено швидке зростання захворюваності на ХБ, що пов'язано з урбанізацією, забрудненням атмосфери, недостатнім лікуванням гострих форм захворювань та рядом інших чинників (8-10, 16). В Україні за період 1986-1991 років (на 100 000 населення) захворюваність на ХБ збільшилася з 174 до 191, хворобливість зросла з 1742 до 2284, смертність — з 40 до 46 (17).

Прогностично найбільш небезпечним є обструктивний варіант ХБ (25-30%), оскільки внаслідок порушення бронхіальної прохідності він призводить до значних змін бронхо-легеневої та серцево-судинної системи, що нерідко є причиною передчасної інвалідизації та смертності працездатного населення (10, 18). За даними Ю.В.Лещукович та співавторів (1987) питома вага інвалідів, що страждають хронічним обструктивним бронхітом (ХОБ), складає 52,3% хворих з інвалідністю, пов'язаною з ХНЗЛ.

В нинішніх кризових соціально-економічних умовах, що характеризуються неухилим погіршенням добробуту населення, незадовільним забезпеченням галузі охорони здоров'я ліками, вакцинами, медичною апаратурою, обладнанням тощо, виникає багато проблем з лікуванням хворих на ХОБ (5).

Велика кількість чинників, що викликають дане захворювання та призводять до

різноманітних функціональних та морфологічних змін серцево-судинної системи, системи дихання та інших систем організму, обумовлює складність лікування хворих хронічним бронхітом (19-23).

Етіопатогенетичні препарати, що є на сьогоднішній день, не завжди дозволяють одержати стійку ремісію захворювання та запобігти подальшому прогресуванню процесу. Не дивлячись на застосування в комплексній терапії ХБ таких високоефективних засобів, як антибіотики та сульфанілами, кортикостероїди, бронхо- і муколітики, у 40% пацієнтів ХБ прогресує (24-26). Ремісії при цьому можуть бути короточасними, а у частини хворих (1,2% населення колишнього СРСР) хвороба набуває "квоної" течії, що швидко призводить до інвалідизації (27, 28).

Ряд закордонних дослідників вказують на так званий "гермесисний" — стимулюючий імунну систему — ефект малих доз радіації, що може сприяти виникненню гіперчутливих реакцій. Це дуже актуально у зв'язку з Чорнобильською катастрофою (29, 30).

У колишньому СРСР, звісно, залежно від забруднення оточуючого середовища, розповсюдженість алергічних захворювань становила від 1,3% до 15,2% (29,31-33).

У зв'язку зі зростанням алергічних проявів та побочною дією медикаментозної терапії застосування тих чи інших лікарських засобів буває ускладнено (24-26).

Все це викликає необхідність пошуку і застосування при даному захворюванні нових засобів, що підвищують її ефективність та нівелюють негативний вплив медикаментозної терапії на хворого.

В останні десятиріччя з'явилися нові концепції лікування хворих на хронічні неспецифічні захворювання легень, в основу яких положені важливі відкриття в галузі фізики, біології, медицини; що підтверджують і пояснюють дію надзвичайно малих доз го-меопатичних ліків (34-40).

Лікування хворих на ХБ, особливо обструктивної форми, являє складну та поки що не повністю розв'язану задачу, складність якої зростає внаслідок пізнього звертання хворих за медичною допомогою (13, 41, 42).

Терапія ХБ є комплексна, патогенетична, безперервна та строго індивідуалізована. Лікування ХБ потрібно починати з усунення та корекції чинників захворювання: професійних шкідливостей, паління, вогнищ хронічної інфекції, тощо (9, 17, 41, 43).

Показанням до госпіталізації більшість авторів вважає загострення захворювання з підсиленням порушень дихання, не дивлячись на активне лікування в амбулаторних умовах (11, 43, 44).

В цей період особлива увага приділяється впливу на інфекцію та запалювальний процес. Антибактеріальні препарати підбирають з урахуванням індивідуальної чутливості мікрофлори. Звичайно, при загостренні хронічного бронхіту з виділенням гнійного харкотиння призначають антибіотики, що мають високу активність у відношенні пневмококів та гемофільної палички. При обструктивному синдромі більшість авторів вважає не показаним застосування антибіотиків пеніцилінового ряду (20, 42, 45, 46). Антибіотики вводять парентерально, внутрішньо, або в аерозолі (є складність визначення доз препарату). Крім антибіотиків широко застосовують сульфанілами, особливо пролонгованої дії: бісептол, нітроксолін, препарати нітрофуранового ряду (6, 43, 45).

Застосування антибактеріальних препаратів при хронічному бронхіті нерідко викликає алергічні реакції і може погіршити виділення харкотиння: зниження його інфікованості супроводжується зменшенням муколітичної дії бактеріальних ензимів. Тому антибактеріальну терапію проводять разом із засобами поліпшення бронхіального дренажу (20, 46).

За останні роки винайдено, що антибіотики негативно впливають на неспецифічні захисні сили організму, Т-клітинний імунітет, пригнічують утворення антитіл. На думку авторів, це здійснюється внаслідок зменшення антигенного стимулювання. З метою корекції вторинних імунodefіцитних становищ та зниженої неспецифічної резистентності організму більшість авторів пропонують застосування імуномодуляторів, таких як левамизол, тімалін, кемантан, Т-активін та інші (47-50).

Антигістамінні препарати призначаються з метою гіпосенсибілізації, але деякі автори вважають, що вони зменшують кількість харкотиння та роблять його більш в'язким (20).

Широке розповсюдження в лікуванні хронічного бронхіту одержали різні методи ендобронхіальної санації та інгаляційної терапії. Інгаляції — соляно-лужні, з антибіотиками, фітонцидами та інші. Масляні інгаляції показані при атрофічних ендобронхітах (43, 45, 47, 51, 52).

Кращою при ХОБ вважається ендобронхіальна санація внаслідок того, що при значній обструкції бронхів внутрішньолегеневе розподілення аерозолів порушується і він може не потрапити у ті відділи бронхіального дерева, на які повинен впливати. До недоліків аерозолітерапії слід віднести можливість рефлекторного бронхоспазму при підвищеній реактивності бронхів (53).

При гнійно-обструктивному бронхіті застосовують мікротрахеостомію (20).

Відходженню харкотиння сприяє постуральний дренаж, протипоказаний при кровохарканні, пневмотораксі та вираженому бронхоспазмі (26, 54).

Поліпшенню бронхіальної прохідності допомагають бронхорозширюючі засоби, що підбирають індивідуально, з урахуванням функціональних критеріїв її ефективності та добових ритмів бронхіальної обструкції. Звичайно комбінують медикаменти трьох груп: препарати теофіліну пролонгованої дії (еуфілін — інгібітор фосфодіестерази — спазмолітик, стимулює центр дихання), М-холіноблокатори (особливо при емфізематозному типі бронхіальної обструкції) та адреноміметики (ефедрин або b-адреностимулятори). Препарати теофіліну та адреноміметики також підвищують активність війкового епітелію та мукоциліарний кліренс (20, 42, 55). Бронхолітична та відхаркуюча дія притаманна солутану.

Глюкокортикоїди ефективні лише у 10-30% хворих (при значному зворотньому компоненті бронхіальної обструкції, еозинофілії) (56, 57).

Ряд авторів пропонує застосовувати неспецифічні протизапальні препарати: хлористий кальцій, аспірин, похідні піразолону (амідопирин), пропіонової кислоти (бруфен), 4-амінохіноліна (делагіл, плаквеніл) (6, 11).

З метою покращання бронхіального дренажу хворому призначається достатньо тепле питво, інгаляції фізіологічним розчином, засоби, що стимулюють харкотиння — прямої та рефлекторної дії; муколітики (цистеїн, бромгексин, амброксол, мукодин, гепарин). До відхаркуючих засобів прямої дії відносяться

йодистий калій та натрій, хлористий амоній, нашатирно-анисові краплі, відвар трави чебрецю, пертусин, терпінгідрат (при виділенні бронхами викликають гіперемію слизової оболонки та підвищують секрецію слизових залоз). До відхаркуючих засобів рефлекторної дії відносять настій корню іпекакуани, відвар корню китятка, дев'ясила, алтеї, синюхи лазоревої, солодки, трави термопсису, листу мати-й-мачухи. Ненаркотичні протикашльові препарати (тусупрек, лібексін та ін.) призначаються при сухому, дратівливому кашлі (6, 11, 45).

Вітаміни, біогенні стимулятори (аскорбінова кислота, галаскорбін, ретинол, вітасол, алое, пантокрин, настійка женьшеню). Можливе застосування засобів, що стимулюють регенерацію — пентоксилу та метілпурацилу (6, 13, 45).

З метою корекції порушень у сурфактантній системі легенів відмічений позитивний ефект застосування бензоналу, глюкокортикоїдів, амброксолу (58).

При виразній недостатності дихання, для корекції гіпоксії, пропонується тривала малопотічна оксигенотерапія. Для запобігання гіперкапнії, що може виникнути, застосовують менший процент кисню у киснево-повітряній суміші (20, 44).

Для лікування легеневої гіпертензії пропонують периферійні вазодилататори. Зменшуючи тиск в легеневій артерії, ці засоби можуть, однак, зняти вазоконстрикцію у легано вентильованих зонах та посилити гіпоксемію, зменшити ударний об'єм серця та системне АД. У зв'язку з цим застосування периферійних вазодилататорів потребує індивідуальної оцінки їх впливу на гемодинаміку та газообмін (14, 59, 45, 60).

Дозу антагоністів кальцію підбирають індивідуально, з урахуванням гемодинамічних ефектів у стані спокою та при фізичному навантаженні (13, 45, 61).

Серцеві глікозиди здатні поліпшити скоротливу функцію міокарду, але при постійній артеріальній гіпоксемії ризик ускладнень при застосуванні цих препаратів потребує постійного спостереження (21, 55).

При розвиненні правшолуночкової недостатності доцільне застосування сечогінних засобів і перш за все — вершпірону. Салуретики вчиняють втрату електролітів та, за даними Р.М.Mathur et al. (1984), клінічний ефект салуретиків, як і серцевих глікозидів, відмічається тільки при супутній лівшолуночкової недостатності.

При підвищенні в'язкості крові (еритроцитозі та підвищеному показнику гематокристу) показані кровопускання на фоні лікування гепарином (14, 59-61).

Однак, застосування одних лише медикаментозних методів лікування ХБ себе не виправдовувало. В зв'язку зі зростаючою сенсibiliзацією населення та іншими небажачинними наслідками лікарської терапії виникає необхідність у розробці немедикаментозних засобів лікування хворих на ХБ (26, 62, 63). Є повідомлення про успішне застосування ультрафіолетового опромінення, ультразвуку, гальванічного току, низькочастотного магнітного поля, електромагнітного опромінення надвисокої частоти (64-69) різних комплексів лікувальної гімнастики та масажу (24, 26, 70), голкорелексотерапії (63, 71, 72) та внутрішньорганного електрофорезу (73). Лікувальна гімнастика є найважливішим компонентом лікування хворих хронічним бронхітом. Дозування навантажень індивідуалізують відповідно рівню фізичної підготовки та з урахуванням форми та фази захворювання. Серед вправ головними є ті, що

забезпечують глибоке вдихання та повільне видихання (20, 41).

Фізіотерапевтичні процедури призначаються з метою покращання бронхіального дренажу та поліпшення дихання (24).

Для лікування загострення пропонується НВЧ, мікрохвильова терапія (дециметровими хвилями) на зону коріння легенів, індуктотермія на міжлопаткову зону. Для зниження секреторної функції слизової оболонки бронхів при великій кількості харкотиння НВЧ чергують з електрофорезом хлористого кальцію, при сухому кашлі показаний електрофорез йоду (41).

При невеликій активності загострення та в період ремісії застосовують короткохвильове УФ-опромінення (24).

У теплу пору року призначають хвойні, кисневі ванни, циркулярні та віяльні душ, ручні ванни, сугрівні циркулярні компреси, вогні обтирання (загальні та грудної клітини) з поступовим зниженням температури води від 30 до 15°C на протязі 1-2 місяців (11, 41).

Аеріотерапія від'ємними газовими або водними іонами зменшує запальні явища у слизовій оболонці бронхів та явища бронхоспазму (11).

Загальноукріплююча терапія передбачає періодичне призначення вітамінів, достатньо енергійну дієту (2600-3000 ккал), що містить 120,0 г. білку, з них не менш 50% тваринного походження (6, 41, 43, 44).

Широке застосування знайшло лазерне випромінювання в медицині (66, 68, 74). О.Я. Дзюбик (1990) вважає, що випромінювання гелій-неонового лазера, внутрішньосудинне лазерне опромінення крові в залежності від дози може як стимулювати, так і пригнічувати показники імунологічної реактивності. Безперервне міліметрове опромінення низької ефективності, електростимуляція знаходять значне місце в терапії хворих на ХОБ.

На санаторно-курортне лікування направляють хворих в період ремісії захворювання, з недостатністю дихання до III ступеню, без недостатності кровообігу в теплу суху пору року на кліматичні курорти південного узбережжя Криму, середньогір'я (Кисловодськ, Тіверда) або в місцеві спеціалізовані санаторії. Лікувальна дія морського повітря обумовлена наявністю у ньому великої кількості мінеральних солей, водяної пари та озону, що сприяють ліквідації кашлю та виділенню харкотиння. Сухе гірське повітря також сприяє зменшенню запалення слизової оболонки органів дихання (6, 41).

Профілактика ХОБ полягає також у своєчасній санації вогнищ інфекції (11). На думку авторів, застосування даних немедикаментозних методів суттєво підвищує ефективність лікувальних заходів. Однак, не дивлячись на наявні досягнення в цій області, як в нашій країні, так і за кордоном продовжується пошук нових, ще більш ефективних методів лікування, що дозволяють суттєво знизити дози, або навіть замінити лікарські препарати. Останні декілька десятиріч ознаменувались рядом важливих відкриттів у фізиці, що сприяло утворенню нових засобів (34, 66, 67, 71, 75). Ці дослідження з успіхом були апробовані в медицині та, хоча механізми біологічної дії гомеопатичної терапії ще повністю не з'ясовані, вони вже благополучно пройшли стадію експери-

ментальних досліджень. Нинішній етап характеризується активним застосуванням гомеопатичних засобів у клінічній практиці, але багато питань методичного плану, характеру впливу на клінічний перебіг, імунологічну систему та морфологію епітелію бронхів залишаються поки що не дослідженими.

Гомеопатичний метод лікування.

Як метод лікування гомеопатія була запропонована і розроблена професором Лейпцигського університету Христіаном Фридріхом-Самуелем Ганеманом. Вперше принцип подоби — основний принцип гомеопатії — був докладений С.Ганеманом у 1796 році та розвинений їм в основній праці "Органон лікарського мистецтва" у 1810 році. Суть цього принципу полягає в тому, що "болезни всего вернее, быстрее, безопаснее и успешнее вылечиваются теми лекарствами, которые в известных условиях способны вызывать в здоровом организме в высшей степени подобную болезнь" (35, 76-78).

Для запобігання загострень захворювання, що викликали у чутливих людей великі дози речовин, С.Ганеман зменшував дозу ліків і відмітив їх глибокий регулюючий вплив на хворий організм (76, 77).

Як відомо, розведення більше, ніж у 10²⁴ разів виходять за межі діапазону, що міг би допустити існування хоча б однієї молекули речовини в розчині. В теперешній час дослідження властивостей цих розчинів проводять фізики, біологи, імунологи, медики, ботаніки та зоологи всього світу (79-82).

Ж.Бенвеніст (1988) виявив дегрануляцію клітин крові, що була викликана антісироваткою IgE в концентрації 10⁻¹²⁰. Дані про можливий вплив речовин на організм людей реєструються в *Materia medica* і беруться з даних токсикології (судова медицина, професійна та випадкова отруєння), фармакології (основні та побічні дії ліків), ветеринарії, спостережень за гомеопатичним лікуванням. Але основним джерелом даних є спостереження за впливом речовин в гомеопатичному розведенні на чутливу, відносно здорову людину (77, 83).

В гомеопатії немає побічних дій ліків: кожна проява впливу гомеопатичного засобу враховується і застосовується для діагностики і призначення вірного лікування (77, 84-86).

Все те, що сучасні фармакологи розцінюють, як побічні ознаки дії препарату — є симптоми впливу великої, терапевтичної дози. В гомеопатії застосовуються малі дози і враховуються всі властивості засобу, які потрібно "вписати" в особистість пацієнта.

Сировиною для виготовлення гомеопатичних ліків є мінерали, хімічні речовини, рослини, тварини та їх секрети, фізіологічні та патологічні секрети і тканини людей (78, 87, 88).

Найбільш поширені є десятинна та сотенна шкали розведення, за якими готуються гомеопатичні засоби при обов'язковому струшуванні кожної потенції 100 разів. В якості розчинника застосовується 96% спирт та дистильована вода. За останніми дослідженнями показано, що струшування активізує водну фракцію розчинника і збільшує лікарську силу гомеопатичного засобу (34, 36, 87, 83, 89).

Гомеопатичні ліки здавна застосовуються при будь-якій патології людини (88, 90-94). Для вірного призначення ліків необхідно враховувати конституцію — всю сукупність ознак і особливостей пацієнта (78, 94-98).

Кожний гомеопатичний засіб відповідає певному типу людини, з її спадковістю,

комплексом патології, типом реагування, прихильностями та зовнішнім виглядом.

Т.Д.Попова (1994) зауважує, що вплив гомеопатичних ліків, у тому числі на пульмонологічних хворих, може реєструватися як від одного прийому, так і при тривалому вживанні, залежно від пацієнта з його патологією та обраного засобу.

Класичним є призначення однієї дози препарату і подальше спостереження. Слідуюче вживання засобу призначається, коли помічено завершення дії попереднього.

Наш інтерес викликав досвід ряду авторів стосовно застосування гомеопатичних ліків в пульмонологічній практиці (77, 84, 87, 94, 99, 100).

На думку В.Г.Глаза (1989), який узагальнив 30-річний досвід лікування бронхолегеневих захворювань неспецифічної етіології у дітей гомеопатичними засобами, арсенал гомеопатичних ліків для терапії бронхітів значно ширший, ніж перелік традиційних ліків; причому їх застосування не дає ускладнень, що має місце при антибіотико- та хіміотерапії.

Ці проблеми набувають особливого значення у зв'язку з Чорнобильською катастрофою (101).

На думку Г.Кьюлера (1989), диференціація за клінічними діагнозами має підпорядковане значення, оскільки ліки впливають на слизову оболонку всіх відділів дихальних шляхів. Пріоритетним для гомеопатичного вибору ліків є симптом, його особливості і зв'язок з іншими ознаками.

Останнім часом поширюються спроби поєднати гомеопатію з лікуванням традиційними препаратами (90, 102, 88).

Фармацевтична фірма "Heel" (Німеччина) пропонує для лікування бронхітів композиції гомеопатичних засобів, поділяючи їх на три групи: для бронхітів, бронхітів з астмою та бронхітів спазматичних (88).

В.Г.Глаз (1989) визначає 39 препаратів, що були застосовані при вологому кашлі та 30 — при сухому.

Найбільш широко пропонуються слідуючі засоби: Aconitum, Ammonium carbonicum, Anisum stellatum, Antimonium arsenicosum, Antimonium tartaricum, Ambra grisea, Argentum nitricum, Arsenicum album, Belladonna, Bryonia, Cantaris, Carbo vegetabilis, Causticum, Coccus casti, Cuprum acetatum, Drosera, Ephedra vulgaris, Eupatorium perfoliatum, Hepar sulfur, Hyoscyamus, Ipecacuanha, Kalium carbonicum, Kalium bichromicum, Kreosotum, Laurocerasus, Lachesis, Lobelia inflata, Medorrhinum, Mercurius solubilis, Mucosa compositum, Natrium sulfuricum, Nux vomica, Phosphorus, Pulsatilla, Senega, Silicea, Spongia, Sulfur, Vincetoxinum (88, 93, 98-100).

Гомеопатичні ліки можливо застосовувати у комплексному лікуванні з традиційними засобами, що відкриває їм широку дорогу для впровадження у сучасну практику лікарів (84, 88, 103).

Все докладене вище обумовлює актуальність теми дослідження, яке було проведене в Інституті фізіатрії і пульмонології ім.Ф.Г.Яновського АМН України, головною метою якого було вивчення ефективності комплексного лікування хворих на ХОБ з індивідуальним застосуванням гомеопатичних засобів (104).

Гомеопатичні ліки призначались з першого дня вступу хворого до стаціонару на протязі 14-16 днів поряд з традиційними антибактеріальними та бронхорозширюючими засобами. При зменшенні активності запального процесу залишався, по можливості, тільки один гомеопатичний препарат.

Гомеопатичні засоби призначались хворим за вимогами класичної школи гомеопатії та власними спостереженнями режиму вживання в умовах стаціонару. Одночасно застосовувався один гомеопатичний препарат, за впливом якого проводилось щоденне спостереження. Якщо в процесі лікування виявлялися нові дані, що потребували призначення іншого гомеопатичного засобу — препарат був замінений на інший. Найбільш доцільним в умовах комплексного лікування в стаціонарі було визнано перше вживання один раз на добу. Разова доза — 3 гранули. Подальша частота вживання хворим препаратом залежала від його реакції та гостроти запального процесу в бронхах. При виразному загостренні (з клінічними та бронхологічними даними) та помірній реакції препарат призначався по 3 гранули 2-5 разів на добу, в іншому разі — 1-2 рази за 2 доби. У зв'язку з тим, що на ознаки основного захворювання значний вплив чинили традиційні ліки, велике значення у спостереженні мали супутні ознаки та психологічні симптоми. Для поліпшення спостереження за дією гомеопатичного препарату, ми намагались уникнути поліпрогмазії.

Після виписки з стаціонару ми залишали підібраний препарат для подальшого вживання з частотою від 3 до 1 разу на тиждень на протязі року.

Найбільш широко нами застосовувались слідуючі препарати: Arsenicum album, Belladonna, Bryonia, Ignatia, Kalium carbonicum, Lycopodium, Natrium muriaticum, Pulsatilla, Sulfur в розведенні 200 CH.

Arsenicum album призначався хворим при задишці, відчутті спертості у грудях, сухому кашлі, серцебитті та виразному неспокої. Хворі скаржались на сухість в роті з бажанням теплої пиття, дратуючі рідкі виділення з носу, поліпшення стану від тепла, погіршення в період від 1 до 3 годин ночі, при змінах температури оточуючого середовища, педантичний характер.

Belladonna застосовувалась при різкому, сухому, спазматичному, роздираючому кашлі з біллю в гортані, з нічними загостреннями, виділенням мізерного харкотиння. Приступу кашлю завершуються чханням. Кашель викликає відчуття дряпання в горлі та відчуття печії в гортані, посилюється при торканні до шиї, глибокому диханні, розмові, після пробудження та ввечері, біля 24 годин. Кашель зменшується у стані спокою та від теплої пиття. Він супроводжується мимовільним сечовиділенням, болями в нижній частині живота, грудній клітці, шиї, хребті, відсутністю харкотиння, мідріазом, гіперемією зів'язи, ін'єцируванням склер, різким підвищенням температури тіла. Можливе марення, головний біль.

Bryonia alba призначали при сухому кашлі, що підсилюється у русі, в приміщенні, стихає у стані спокою. Колючий біль у грудях, особливо з правого боку. Сильний головний біль від кашлю. Задишка. В легенях хрипи, перкуторно — скорочення легеневого звуку. Спрага, сухість в роті. Дратливість. Патологія печінки. Закріп.

Ignatia атама призначалась у випадках сухого надсадного кашлю, переважно вранці та ввечері, що супроводжується відчуттям лоскотання пером у горлі. Чим більше пацієнт кашляє, тим більше йому цього хочеться. Кашель з'являється раптово під впливом емоційного переживання. Підсилюється в горизонтальному стані та від гарячого пиття. Хрипи в легенях відсутні. Точкові болі, в тому числі — головні. Парадоксальність

ознак: погіршення від слабкої взаємодії і поліпшення — від сильної.

Kalium carbonicum призначили при відчуттях спертості у грудях. Важке дихання, що переходить в приступ задухи. Хрипи, свист в грудній клітці. Накопичення слизу в носоглотці, бронхах. Виникнення та підсилення приступів задухи о 2-3 годині ночі. Колючий біль у правій половині грудної клітки. Хрипота, відчуття перешкоди в горлі. Чханья.

Lusorodum ми застосовували, коли з'ясовували, що у хворого є (або був) хронічний синусит, тонзиліт, фарингіт, нежить. Відмічалася розширення крил носу при диханні, постійне покашлювання, печіння між лопатками, венозний застій в нижніх кінцівках, здуття живота, закріп, сечокам'яна хвороба. Сильний голод. Дратівливість. Погіршення стану між 16 та 20 годинами, вранці. Краще стан на свіжому повітрі, у русі.

Natrium muriaticum ми застосовували, коли хворий скаржився на рецидивуючий герпес; хронічну нежить, що супроводжується кашлем, особливо взимку. Кашель спазматичний, лоскотувачий, з тягучим харкотинням, біллю в грудній клітці, підсилюється вранці. Часті приступи серцебиття, депресія, безсоння. Періодично з'являється головний біль.

Pulsatilla призначалася при кашлі, що турбував переважно в ранкові часи, з легким відходженням харкотиння жовтого кольору. Ввечері та вночі кашель стає спастичним та сухим. Відмічається підсилення його у теплом приміщенні. Конституціонально: легка мінливість симптомів, м'який характер, схильність до плачу.

Sulfur: кашель сухий, підсилюється ввечері та вночі. Вранці можливе відходження значної кількості харкотиння, кашель стає вологим. Відчуття лоскотання в горлі, болі у грудях при кашлі, задишка з можливим блюванням. Хрипи в легенях. Підсилення кашлю в горизонтальному стані та у холодний, вологий сезон. Зловонна нежить, постійне чханья. Турбує зуд шкіри з відчуттям печіння після чесання. Пітливість, печія, геморой.

Проведені дослідження дозволили зробити наступні висновки:

1. Гомеопатичні препарати у комплексному лікуванні позитивно впливають на клінічну симптоматику та перебіг ХОБ, що проявляється у скороченні досягнення ремісії (на 7,2 днів), збільшенні періоду ремісії в середньому до 5,8 місяців і порідшання частоти загострень (до 1,9 разів на рік).

2. Гомеопатичні ліки в комплексному лікуванні мають імуномодулюючі властивості, що характеризуються у хворих на ХОБ переважним впливом на Т-систему і систему фагоцитозу та проявляється у стійкій нормалізації показників Е-РУЛ (38,8±0,7)%, РБТЛ з ФГА (66,5±1,4)%, НСТ-теста (63,4±4,7)% і ПФ (67,7±3,3)%.

3. Гомеопатичні засоби в комплексному лікуванні позитивно впливають на місцевий імунітет, що характеризується нормалізацією клітинного змсту БА3: АМ до (87,8±1,8)%; НГ до (6,8±1,6)%; ЛФ до (3,9±0,4)%; є до (1,5±0,4)%; достовірним поліпшенням функціонального стану АМ (адгезивна здатність до (63,2±2,5)%; ПФ до (45,9±2,2)%; НСТ-тест до (31,5±2,1)%) і нормалізацією рівню SlgA (2,1±0,2)%.

4. Гомеопатичні засоби в комплексному лікуванні позитивно впливають на регенераторні процеси у слизовій оболонці бронхів, що характеризується нормалізацією співвідношення клітинних елементів та зниженням активності дистрофічних процесів у кліти-

нах війкового епітелію (Клітини війкового епітелію (81,5±1,6)%; дистрофія (18,0±4,1)%; проліферація (8,6±1,8)%; норма (70,5±4,0)%).

5. Гомеопатичні препарати в комплексному лікуванні позитивно впливають на сурфактантну систему легенів, що сприяє нормалізації поверхневого натягу (67,2±1,1) мН/м та рН (6,9±0,1) конденсату пари повітря, що видихалося.

6. При ХОБ доцільним є довгий період вживання гомеопатичних ліків, який сприяє досягненню стійкої ремісії.

За часи нашої роботи ми визначили ряд практичних рекомендацій щодо гомеопатичного лікування хворих на ХБ в умовах стаціонару:

1. Призначення гомеопатичних засобів проводиться за суто індивідуальними ознаками.

2. Рекомендовано призначати один гомеопатичний засіб з першого дня вступу хворого до стаціонару.

3. На протязі першої доби проводиться спостереження за однією дозою (3 гранули) препарату. Можлива суто індивідуальна реакція на вживання хворими одного і того ж препарату.

4. В разі значного підсилення вираженості ознак, що можливе при застосуванні гомеопатичних засобів, слідуюча доза препарату признається при стиханні загострення і дає — 1 раз на 2 дні. При помірній реакції — з частотою 1-3 рази на день.

5. Фібрильна температура, нападовидний кашель, виражені задишка та хрипи в легенях потребують, як правило, призначення засобу 1-5 разів на добу.

6. Якщо на протязі 3-4 днів не підтвердження правильності вибору препарату, його потрібно замінити на інший.

7. Бажано враховувати ендоскопічну картину в призначенні гомеопатичних ліків при ХБ: а) так, при ендобронхіті І ступеню запалення препарат признається 1-2 рази на 2 доби;

б) ендобронхіт ІІ ступеню запалення засобу хворим (2-5 разів на добу);

в) гнійний характер вмісту бронхів орієнтує нас на призначення гомеопатичних ліків, в патогенезі яких відмічене підвищене продукування гною;

г) при ознаках атрофії слизової оболонки ми помітили виразний ефект від вживання гомеопатичних препаратів кіслот.

Таким чином, хронічний бронхіт являє собою важливу медичну і соціальну проблему, сучасні етіопатогенетичні препарати, природні та фізіотерапевтичні засоби є недостатньо ефективними і від багатьох з них можуть бути різноманітні ускладнення, в тому числі супутньої патології. Гомеопатичні препарати, застосовані як суто індивідуальні засоби за законом подібності враховують всі властивості особистості, що лікується. Можливість застосовувати малі дози ліків поруч з традиційними препаратами, нешкідливість та висока ефективність гомеопатичних засобів, комплексність лікувальної дії і загальнооздоровчий вплив їх на організм людини відкриває гомеопатичному методу широку дорогу у сучасну терапевтичну практику.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александрова Н.И., Поляков В.В. Современные представления о методике клинико-эпидемиологического исследования по выявлению ХНЗЛ // Эпидемиология НЗЛ, реабилитация и диспансеризация больных — работников народного хозяйства. - Саратов, 1988. - С. 34-38.

2. Богданов Р.А., Цюра И.Г., Тыщевский В.И. Неспецифические заболевания легких у работающих на промышленных предприятиях и в сельском хозяйстве. - Л., 1985. - С. 5-10.

3. Казанбиев Н.К., Магомедов А.З. Антибактериальные препараты в комплексном лечении хронических неспецифических заболеваний легких // Сов. мед. - 1987. - N10. - С. 44-48.

4. Молостин С.А. Улучшение культурных растений и химический мутагенез. - М.: Наука, 1982. - С. 244-246.

5. Фещенко Ю.И. Актуальні питання фізотерапії та пульмонології в Україні // Український пульмонологічний журнал. - 1993. - N1. - С. 8-10.

6. Мяков И.И., Назар П.С. Хронический бронхит. - К.: Здоров'я, 1991. - 155 с.

7. Lauber B. Häufigkeit und sozialmedizinische Bedeutung chronischer obstruktiver Atemwegserkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland // Pneumologie. - 1989. - Bd.43. - N.1. - S.10-19.

8. Кокосов А.Н., Молотков В.Н., Иванюта О.М. Хронические заболевания легких. - К.: Здоров'я, 1986. - С. 25-49.

9. Путов Н.В. Хронический бронхит: спорные и нерешенные вопросы // Пульмонология: Всесоюз. межвед. сб. - М., 1991. - N1. - С. 9-15.

10. Сильвестров В.П. Проблемы пульмонологии и научно-технический прогресс // Тер. архив. - 1986. - N4. - С. 3-8.

11. Палеев М.Р., Царькова Л.Н., Борохов А.И. Хронические неспецифические заболевания легких. - М.: Медицина, 1985. - 240 с.

12. Кокосов А.Н., Александрова Н.И., Степанова Н.Г. Хронический бронхит: механизмы развития, принципы лечения и профилактики // Клиническая медицина. - 1991. - N2. - С. 96-99.

13. Федосеев Г.Б., Герасин В.А. Хронический бронхит. // Руководство по пульмонологии / Под ред. Н.В.Путова, Г.Б.Федосеева. - Л.: Медицина, 1978. - С. 337-364.

14. Данилов И.Н., Макаревич А.Э. Механизмы гемореологических нарушений и их роль в прогрессировании хронического обструктивного бронхита // Терапевт. арх. - 1985. - N3. - С. 19-21.

15. Путов Н.В., Федосеев Г.Б., Богданов Н.А. и др. Основы первичной и вторичной профилактики неспецифических заболеваний легких // Терапевт. архив. - 1984. - N1. - С. 32-36.

16. Lenfant C. Chronic obstructive bronchopathies // Eds. P.Erour, W.W.Holland. - London, 1984. - 328 p.

17. Фещенко Ю.И., Мельник В.М. Вплив паління тютюну на органи дихання // Український пульмонологічний журнал. - 1993. - N2. - С. 36-38.

18. Чучалин А.Г. Актуальные вопросы пульмонологии // Сб. трудов 2 Моск.мед.ин-та — Москва, 1988. - С. 3-5.

19. Кокосов А.Н. Хронический бронхит, Этапы развития, перспективы профилактики // Терапевт. арх. - 1986. - N6. - С. 80-83.

20. Палеев М.Р., Ильченко В.А. Хронический бронхит // Болезни органов дыхания / Под ред. Н.Р.Палеева. - М.: Медицина, 1990. - T.III. - С. 5-102.

21. Попов Д.В. Что такое гомеопатия? // Наука и общество. - 1969. - N11. - С. 13.

22. Bignon I. Bronchite chronique et emphyseme. Mechanismes, clinic, treatment. - Paris, 1982. - 386 p.

23. Burney P.Y., Holland W.W. Epidemiology of respiratory disease in the U.K. // Med.int. - 1986. - V.3. - N 34. - P.159-162.

24. Зильбер Е.А. Респираторная физиотерапия хронических обструктивных заболеваний легких / Немедикаментозные методы в лечении и реабилитации больных неспецифическими заболеваниями легких. - Л., 1989. - С. 15-21.

25. Клячкин Л.М., Булавин В.В., Щегольков А.М. Немедикаментозное лечение неспецифических заболеваний легких // Острые и хронические заболевания органов дыхания. - Рязань, 1986. - Ч.1. - С. 141-143.

26. Кокосов А.Н., Стрельцова Э.В. Лечебная физкультура в реабилитации больных с заболеваниями легких. - Л.: Медицина, 1987. - 143 с.

27. Тыщевский В.И., Кардаш К. Социально-гигиеническое значение хронического бронхита // Клиника и лечение хронического бронхита. - 1989. - С. 6-7.

28. Guillaies P. Bronchite chronique. Actualites therapeutiques // Quest. Med. - 1987. - V.40, N7. - P.227-229.

29. Doubal S., Horsky J. Stimulace ucinky malých davek mutageny na organismus // Cas.Lec.Gesk. - 1989. - V.128, N.5. - P.146-148.

30. Sagan L.A. On radiation, paradigms, and hormesis // Science. - 1989. - V.245, N.4918. - P.574-612.

31. Пухлик Б.М., Бондарчук О.Б., Корицька І.В. та ін. Розповсюдженість алергічних захворювань. // Український пульмонологічний журнал. - 1993. - N1. - С. 11.

32. Смирнова Г.И., Смирнов Г.Е. Влияние экологических факторов на формирование респираторных заболеваний и аллергодерматозов у детей. - М.: ВНИМИ, 1991. - 68 с.

33. Чернушенко Е.Ф., Когосова Л.С. Иммунология и иммунопатология заболеваний легких. - Киев: Здоров'я, 1981. - 208 с.

34. Антонченко В.Я., Ильин В.В., Полова Т.Д. Физика водных растворов и гомеопатия // Украинский гомеопатический журнал. - 1992. - N1. - С. 13-18.

35. Бор Ж. Два века гомеопатии — итоги и перспективы // Украинский гомеопатический журнал. - 1992, N1. - С. 2-11.

36. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организмов. - Ростов-на-Дону, 1979. - 65 с.

37. Кравков Н.П. Основы фармакологии. - М.: Л., 1933. - 235 с.

38. Уманский Л.Д. Воздействие на мозг крыс низких концентраций алкалоидсодержащего вещества Ignatia amara, введенного перорально // Журн. высш. нервн. деятельности. - 1989. - N1. - С. 148-152.

39. Benyeniste J. Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against // Nature. - 1988. - V.333, N.6176. - P.816-818.

40. Coulter H. Homeopathic Science and Modern Medicine Arts. - California: North Atlantic Books, 1981. - 170 p.

41. Болезни органов дыхания: Руководство для врачей: В 4 т. / Под ред. Н.Р.Палеева. Т.4. Частная пульмонология. - М.: Медицина, 1990. - 528 с.

42. Путов Н.В. Федосеев Г.Б. Руководство по пульмонологии. - Л.: Медицина, 1984. - 455 с.

43. Данилов И.Н., Макаревич А.Э. Хронический бронхит: Эпидемиология, патогенез, клиника и лечение. - Минск: Беларусь, 1989. - 206 с.

44. Алешиков В.Ф., Бельский А.И. Лечение и профилактика хронического бронхита // Здоровоохранение Белоруссии. - 1984. - N10. - С. 65-67.

45. Дубилей В.В., Кокосов А.Н., Холодный М.Д. Лекарственная терапия в пульмонологии. - Ростов-на-Дону, 1980. - 165 с.

46. Использование эндобронхиальных и функциональных методов исследования в диагностике острой пневмонии, хронического бронхита, туберкулеза, саркоидоза / Шевченко Р.Н., Гомоляко И.В., Шлак О.И. и др. // Методические рекомендации — МЗУ, К., 1987. - 20 с.

47. Гавриленко Т.И., Скорин С.А., Лопаева Л.Т., Савченко В.М. Особенности действия лизоцима и карбенициллина на клинико-иммунологический статус больных хроническим бронхитом // Врачебное дело. - 1992. - N8. - С. 42-45.

48. Гудз И.М. Иммунологическое обоснование эффективности сочетанного применения антибиотиков и иммуномодуляторов в клинической практике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Киев, 1988. - 19 с.

49. Иммунодиагностика болезней легких / Гергерт В.Я., Озерова Л.В., Романова Р.Ю. и др. // Сб. трудов института / ЦНИИТ. - 1983. - T.37. - С. 46-49.

50. Кынина Е.С. Иммунотропная активность антибиотиков и их комбинаций с иммуномодуляторами в эксперименте: Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. - М., 1989. - 20 с.

51. Примушко Н.А. Эффективность ингаляционной формы продигозана в комплексной терапии больных хроническим обструктивным бронхитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Украинский НИИ фтизиатрии и пульмонологии. - Киев, 1992. - 24 с.

52. Щербак Э.Г., Раствунова Г.А. Влияние продигозана и лизоцима в условиях иммуно-

депрессии // Антибиотики. - М., 1984. - T.29, N11. - С. 840-844.

53. Bleim J. Theorie und praxis der inhalationstherapie // Prakt. Arzt. - 1985. - Bd.39, N. 511. - S.127-129.

54. Полова Т.Д. Гомеопатия. - Киев: УРЭ, 1980. - T.3. - 88 с. 55.

55. Справочник по пульмонологии / Под ред. Н.В.Путова, Г.Б.Федосеева, А.Г.Хоменко. - Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1988. - 224 с.

56. Заварзина Г.А. Изучение химического состава липопротеидов поверхностно-активного вещества легких — сурфактанта: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Симферополь, 1975. - 26 с.

57. Паращак А.В., Волосянко Б.М., Крупновицкая И.Г., Бигар П.В. Лечение больных хроническим бронхитом с помощью левamisола и преднизолона // Пульмонология: Респ. межвед. сб. Киев: Здоров'я, 1987. - Вып.8. - С. 98-101.

58. Паневская Г.Н., Нестеров Е.Н. Состояние сурфактанта легких и возможности его коррекции при острых и хронических неспецифических заболеваниях легких // I Всесоюзный конгресс по болезням органов дыхания: Тез. докл. - Киев, 1990. - С. 451.

59. Гельфер Л.Ф., Крюков Н.Н. Газообмен, микроциркуляция и кинины крови у больных ХНЗЛ // Терапевт. арх. - 1986. - N4. - С. 69-72.

60. Макаревич А.Э. Изменения реологических свойств крови и их коррекция у больных хроническим обструктивным бронхитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Минск, 1983. - 28 с.

61. Куприянов В.В., Караганов Я.А., Козлов В.М. Микроциркуляторное русло. - М.: Медицина, 1975. - 204 с.

62. Зернов А.А., Стенина М.А., Бирюков А.В. Современное представление о влиянии кортикостероидов на функционирование иммунной системы // Тер. архив. - 1988. - N8. - С. 132-136.

63. Келер Г. Гомеопатия: Пер. с нем. - М.: Медицина, 1989. - 592 с.

64. Атабаров Б.А., Бойко З.Ф. К механизму лечебного действия монохроматического красного света низкой интенсивности // Вопр. курортологии. - 1980. - N6. - С. 5-9.

65. Гуков Б.А. Сократительная слабость диафрагмы и ее коррекция у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Л., 1988. - 21 с.

66. Дзюблик А.Я. Принципы и эффективность немедикаментозных методов лечения больных хроническим бронхитом: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - Киев, 1990. - 37 с.

67. Никитин А.В., Карпухина Е.П. Влияние эндоваскулярной лазеротерапии на клиническое течение и механизмы антиоксидантной защиты у больных бронхиальной астмой // Лікарська справа. - N4. - С. 73-76.

68. Хромов Б.М. Лазеры в экспериментальной хирургии. - Л., 1973. - 191 с.

69. Экспериментальное обоснование электрической стимуляции диафрагмы в борьбе с острой дыхательной недостаточностью / А.А.Приймак, А.Д.Бенцианов, А.Б.Садаев и др. // Диагностика и лечение дыхательной недостаточности: Сб. науч. тр. - М., 1982. - С. 121-129.

70. Кузнецов Л.О. Иммуностимулирующая терапия хронических неспецифических заболеваний легких (обзор) // Терапевт. арх. 1989. - N10. - С. 125-130.

71. Дзюблик А.Я., Юхно Н.И., Бурлак С.И. Применение иглоукалестотерапии и лазеротерапии у больных хроническим обструктивным бронхитом, протекающим на фоне неактивных туберкулезных изменений // Пульмонология: Респ. межвед. сборник МЗ УССР. - Киев: Здоров'я, 1987, вып.8. - С. 70-72.

72. Пяткина Л.И., Бутенко Г.Е. Аурикуло-рефлексотерапия в комплексном лечении хронического обструктивного бронхита // Пульмонология. - Киев, 1985. - Вып.7. - С. 67-69.

73. Применение внутриорганного электрофореза в комплексном лечении больных хроническим бронхитом / М.Е.Плюйко, Т.П.Скосярь, Л.В.Гончарова и др. // Врачебное дело. - 1987. - N4. - С. 9-10.

74. Кулупсаев Е.С. Применение внутрисосудистого лазерного облучения крови в комплексном лечении острого гнойного перитонита (экспериментальное исследование): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Алма-Ата, 1989. - 19 с.

75. Применение внутриорганного электрофореза в комплексном лечении больных хроническим бронхитом / М.Е.Плюйко, Т.П.Скосярь, Л.В.Гончарова и др. // Врачебное дело. - 1987. - N4. - С. 9-10.

76. Ганеман С. Органон врачебного искусства или основная теория гомеопатического лечения доктора Самуила Ганемана. - М., 1835. - 461 с.

77. Клиническая иммунология и аллергология. В 3 т. T.1 / Под ред. Л.Иегера. - М.: Медицина, 1990. - С. 59-60.

78. Попов Д.В. Гомеопатия лікує // Знання та праця. - 1965. - N108. - С. 10.

79. Попов Д.В., Полова Т.Д., Попов А.В. Киевская гомеопатическая школа: Сб. статей и докладов. - К., 1994. - 157 с.

80. Полова Т.Д. Materia medica. Гомеопатические лекарства: Справочник. - М.: Academia, 1992. - 192 с.

81. Штигеле А. Гомеопатическое лекарствоведение. - Москва: Терра, 1994. - 430 с.

82. Tarbell John A. Homeopathy simplified. Bombay: Taraporevala, 1988. - 372 с.

83. Юз Р. Домашний лечебник по гомеопатии. - Симферополь: Таврида, 1995. - 362 с.

84. Глаз В.Г. Лечение бронхолегочных заболеваний неспецифической этиологии у детей гомеопатическими средствами. - М.: Медицина, 1989. - 233 с.

85. Papan M.P., Jane Heimlich Family Homeopathic Medicine. - New Delhi-Bombay: Orient Paperbacks, 1983. - 181 p.

86. Полова Т.Д. Очерки о гомеопатии. - Киев: Наукова думка, 1988. - 191 с.

87. Шаретт Ж. Практическое гомеопатическое лекарствоведение: Руководство: Пер. с фр. - К.: УРЕ, 1990. - 205 с.

88. Routine Therapy — Heel. Biologische Heilmittel Heel GmbH, 7570 Baden-Baden, - 1992. - 203 p.

89. Швабе В. Гомеопатические лекарственные средства. - Москва, 1967. - 373 с.

90. Николаев В.М. Диагностика та лікування невротичних та соматогенних невротоподібних розладів з використанням методів гомеопатії: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / НДІ загальної та судової психіатрії. - К., 1994. - 16 с.

91. Полова Т.Д. От арники до яда кобры. - Москва: Текст. - 1995. - 315 с.

92. Нэш Е.Б. Ведущие симптомы в гомеопатии. - Харьков: Прогресс, ЛТД, 1993. - 224 с.

93. Нэш Е.Б. Руководство по терапевтической гомеопатии. - Москва: Атлас, 1994. - 357 с.

94. Шторх Г. Гомеопатические лекарства для практики: Пер. с нем. - К.:Здоров'я, 1992. - 92 с.

95. Boerice W. Pocket manual of Homeopathic Medicines. - New-Delhi: B.Jain Publishers LTD., 1985. - 1042 p.

Кожен цілитель має чітко усвідомлювати, якими саме документами, адміністративними та юридичними нормами регламентовано його діяльність. Без цього у справі народної та нетрадиційної медицини пануватиме анархія. Аби запобігти цьому, ми вирішили друкувати першоджерела. Отже, наша інформація виключно «з перших рук».

Затверджено наказом
Міністерства охорони здоров'я України
від 25 червня 1993 р. № 146

Зареєстровано
в Міністерстві юстиції України
10 січня 1994 р. за № 3/212

ПОЛОЖЕННЯ про атестацію та експертизу осіб, які виявили бажання займатися медичною діяльністю у галузі народної та нетрадиційної медицини

Народна та нетрадиційна медицини — це сума всіх знань та практичних методів, як зрозумілих, так і незрозумілих, що застосовуються для діагностики, запобігання і ліквідації порушень фізичної, психічної та соціальної рівноваги та побудованих виключно на практичному досвіді та спостереженнях, які передаються з покоління в покоління, як у усній, так і в письмовій формі. Головна мета організації та проведення атестаційно-експертної роботи — захист людини, як особи, від недостатньо обґрунтованих методів лікування і некваліфікованого його проведення.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. До атестації та експертизи допускаються особи, які виявили бажання займатися медичною діяльністю у галузі народної та нетрадиційної медицини і подали заяву до атестаційно-експертної комісії Української асоціації народної медицини (надалі — атестаційно-експертна комісія). До заяви додається довідка про стан здоров'я. Заява має бути розглянута атестаційно-експертною комісією і особа допущена до атестації та експертизи протягом 10 днів з дня її подачі.

1.2. Атестаційно-експертна комісія складається з непарної кількості осіб (не менше 5) і є постійно діючою. Її персональний склад затверджується наказом Української асоціації народної медицини. Очолює атестаційно-експертну комісію голова.

1.3. Експертна оцінка діагностичних та лікувальних здібностей особи, яка виявила бажання займатися діяльністю у галузі народної та нетрадиційної медицини, проводиться протягом 15 днів і складається з двох етапів:

- атестація особи (теоретичний етап);
- експертиза особи (клінічний етап).

1.4. На кожну особу, яка виявила бажання займатися діяльністю у галузі народної та нетрадиційної медицини, заводиться атестаційно-експертна карта (додаток 1), де зазначається:

- анкетні дані особи;
- результати проходження теоретичного та клінічного етапів експертизи.

2. ПРАКТИЧНІ МЕТОДИ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ В НАРОДНІЙ ТА НЕТРАДИЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ

2.1. Практичні методи, що застосовуються у народній та нетрадиційній медицині, класифікуються таким чином:

2.1.1. Методи, які мають справжню і доведену практикою цінність і застосування яких належить заохочувати для збагачення світової медицини.

2.1.2. Методи, цінність яких є сумнівною і невідомою, тобто такою, що вимагає підтвердження.

Методи, котрі відомі як небезпечні і шкідливі, і застосування яких повинно бути припинено. Ці методи вимагають всебічного вивчення і аналізу в контексті того культурного середовища, в якому вони застосовуються.

3. ВИМОГИ ДО ОСІБ БЕЗ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ, ЯКІ ВИЯВИЛИ БАЖАННЯ ЗАЙМАТИСЬ МЕДИЧНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ У ГАЛУЗІ НАРОДНОЇ ТА НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

3.1. Враховуючи різноманітність напрямків народної та нетрадиційної медицини, до осіб без спеціальної освіти, які виявили бажання займатися медичною діяльністю у цій галузі, встановлюються загальні та спеціальні вимоги.

3.2. Загальні вимоги до осіб без спеціальної освіти, які виявили бажання займатися медичною діяльністю у галузі народної та нетрадиційної медицини, передбачають певний обсяг медичних знань і медичного вміння.

3.2.1. Загальні вимоги до медичних знань:

- основні питання нормальної і патологічної фізіології, нормальної і патологічної анатомії, взаємозв'язок функціональних систем організму та рівні їх регуляції;
- клінічна картина, діагностика, синдроми гострих порушень функцій систем і органів;
- питання асептики і антисептики;
- питання деонтології.

3.2.2. Загальні вимоги до медичного вміння:

- оцінити тяжкість стану хворого, вжити необхідних заходів для виведення хворого з цього стану, визначити обсяг і послідовність реанімаційних заходів, надати необхідну термінову допомогу;
- вжити необхідних протиепідемічних заходів при виявленні інфекційного захворювання.

3.3. Спеціальні вимоги до осіб, які виявили бажання займатися медичною діяльністю у галузі народної та нетрадиційної медицини:

3.3.1. Для осіб, які мають бажання практикувати біоенергоінформаційні методи:

- а) діагностика і лікувальний вплив за Джуною Давіташвілі;
- вміння виявити несприятливі зони у хворого;
- вміння дати характеристику змінам стану ураженого органу;
- вміння використовувати методичні прийоми по визначенню часу впливу і перевірка якості роботи після лікування;

б) діагностика по аури:

- вміння виявити несприятливі зони у хворого;
- складання картини світлового сприйняття ураженого органу, його словесний опис або малюнок і порівняння одержаного діагнозу з іншими видами діагностики;

в) діагностика і лікувальний вплив за дистанційним методом по фантому та тактильному сприйняттю:

- вміння виявити несприятливі зони у хворого;
- вміння дати характеристику змінам стану ураженого органу;
- вміння дистанційно лікувально впливати на хворого.

3.3.2. Для осіб, які мають бажання займатися діяльністю у галузі народної та нетрадиційної медицини з використанням у своїй практиці лікарських рослин:

- знання основного переліку науково апробованих лікарських рослин;
- знання і вміння обробки лікарських рослин (методи сортування, сушіння, миття, різання і зберігання);
- знання диференційно-фармакогностичних ознак лікарських рослин; вміння добирати найраціональніше поєднання в зборі з урахуванням захворювання та індивідуальності хворого.

3.3.3. Для осіб, які мають бажання займатися діяльністю в інших напрямках народної та нетрадиційної медицини:

- знання систем народної та нетрадиційної медицини, процедур, методик;
- знання лікарських засобів;
- знання оздоровчих, санітарно-просвітних і профілактичних заходів;
- знання метафізичних уявлень, космології, астрології, парапсихології, гіпнозу, релігійних заклинань, медитації, тощо, як основ знань для наукових досліджень з напрямків народної та нетрадиційної медицини.

4. ТЕСТУВАННЯ РІВНЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ У ГАЛУЗІ МЕДИЧНИХ ЗНАНЬ І МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ОСОБОЮ, ЯКА ВИЯВИЛА БАЖАННЯ ЗАЙМАТИСЬ МЕДИЧНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ У ГАЛУЗІ НАРОДНОЇ ТА НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ (теоретичний етап експертизи)

4.1. Для об'єктивного висновку щодо професійної придатності особи, яка атестується, членами атестаційно-експертної комісії проводиться з нею співбесіда із загальних питань та питань народної та нетрадиційної медицини.

Тематика співбесіди визначається членами атестаційно-експертної комісії.

4.2. З метою визначення рівня теоретичної підготовки особи, яка атестується, у галузі медичних знань і методів лікування, що використовуються нею в практичній діяльності, після співбесіди проводиться її тестування.

Тести складаються спеціалістами Української асоціації народної медицини і затверджуються наказом по асоціації.

При тестуванні оцінюються:

- професійне уміння (уміння ставити і вирішувати проблеми);
- практичне уміння (навики);
- професійна поведінка, установки;
- знання принципів методу, який використовується, особою, яка атестується.

Результат тестового контролю визначається процентним відношенням числа правильних відповідей до загального числа запитань (тестів).

Нормативним є результат, що дорівнює 70 відсоткам.

Визначення обсягу і оцінка професійних умінь здійснюється на підставі тестів у вигляді ситуаційних завдань.

Основна мета ситуаційних завдань — перевірка умінь особи, яка атестується, застосовувати свої знання для вирішення проблем, імітуючих реальні життєві ситуації. В цих випадках оцінюється правильність вирішення і процес прийняття рішення (його економічність, час, витрачений на вирішення).

4.3. Результати тестування оцінюються за критеріями, розробленими на основі методичних рекомендацій Центрального інституту удосконалення лікарів під редакцією професора Г.Н.Касаткіна (Москва, 1986 р.).

4.4. У разі незадовільного результату (менше 70 відсотків правильних відповідей) особа, яка атестується, не допускається до проходження клінічного етапу експертизи.

Повторне тестування може бути проведене лише після засвоєння особою, яка атестується, необхідного обсягу медичних знань після навчання на курсах з основ медичних знань.

4.5. Результати проходження теоретичного етапу експертизи особою, яка атестується, заносяться до атестаційної картки, яка є складовою частиною атестаційно-експертної карти.

У наступному номері нашого бюлетню буде надруковано закінчення Положення про атестацію та експертизу осіб, які виявили бажання займатися медичною діяльністю у галузі народної та нетрадиційної медицини та додатки до нього.

Власне, його можна назвати блоком «що? де? коли?». Ми будемо інформувати читачів про основні конференції, семінари, курси з проблем народної та нетрадиційної медицини. Також запропонуємо стислі відомості про перебіг подій в нашій галузі. Але наша рубрика стане повною тільки тоді, коли Ви, наш читачу, надішлете до неї відомості про ті події, що мають відбутися у Вас.

БІБЛІОТЕКА

Публикации по теме

“Манипулятивная терапия” в фондах Государственной научной медицинской библиотеки

Б-68394 Актуальные вопросы мануальной терапии: Обзор /А.К.Рязанцев, А.Б.Саморуков, и др. - М., 1990 - 65, [1]с. - (Медицина и здравоохранение. Сер.: Обзоры по важнейшим проблемам здравоохранения и медицины: Обзор информ. /НПО “Союзмединформ”, Вып.3).- Библиогр. с. 50-65.

Алехин А.И. Мануальная терапия в комплексном лечении больных со вторичным остеохондрозом после перенесенного туберкулезного спондилита //Проблемы туберкулеза.- 1989 - N7.- С. 45-48. Рез.англ. Библиогр.: 8 назв.

Б-72134. Бабина Л.М. и др. Опыт применения мануальной терапии у детей перенесших краниоцервикальную травму // Мануальная терапия в артровертеброневрологии: Тез...- Новокузнецк, 1990. - С.221-223.

Б-70694 Бабоша В.А. и др. Мануальная терапия в комплексном лечении корешковых расстройств при травме таза // Профилактика осложнений при травмах и заб-ях опорно-двигательного аппарата. Тез...- К., 1991. - С.91-92.

Б-72759 Барвинченко А.А. Атлас мануальной медицины.- М: Воениздат, 1992.-191 с.: ил.- Библиогр.: с. 189-190.

Б-72134 Баркова Л.Л. Дифференцированное использование методик мануальной терапии при лечении неврологических проявлений шейного остеохондроза // Мануальная терапия в артровертеброневрологии: Тез...- Новокузнецк, 1990. - с.95-97.

Б-73277 Буланов Л.А. Мануальная терапия и самопомощь при заболеваниях позвоночника и суставов: Практическое пособие // Кн. для больных и здоровых.- Кишинев: Инконком, 1993. - 254с: ил. + 1 плакат: Строение позвоночника.

Б-3959 Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия - Рига, 1991.-340, [4] с.: ил. - Библиогр.: с. 342

Б-69524 Вецлер М.В. Использование позы коленно - ладонного упора для разрешения функциональных блоков в позвоночном двигательном сегменте грудного и поясничного отделов позвоночника с помощью активных движений // Невропатология практического врача : Тез...- Пермь, 1991.- с.22-23.

Б-72209 Ганчук В.Д. и др. Мануальная терапия в комплексном лечении, больных поясничным остеохондрозом в условиях дорожной больницы №2 // Актуальные вопросы диагностики и лечения на этапе курортной реабилитации. - К., 1993. -с.61-63.

Б-72134 Гойденко В.С. и др. Опыт преподавания мануальной терапии в системе последипломного образования врачей. : Тез.- Новокузнецк, 1990.- с.39-40.

Б-72134 Гордиенко А.В. Гордиенко Л.В. Эффективность применения различных методов мануальной терапии при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника в условиях поликлиники ЦРБ // Ман. тер. В артровертеброневрологии: Тез...- Новокузнецк, 1990.- с.238-239.

Б-72134. Дюрнанова И. Техника мануальной терапии с точки количественной термографии // Мануальная тер. в артровертеброневрологии: Тез...- Новокузнецк, 1990-с.59-61

Динамика интервала Q-T ЭКГ у больных с шейным остеохондрозом при применении мануальной терапии // Терапевт. арх.-1990-т.62,N11.-с.114-117. Библиогр.24 названия.

Б-72134 Джансегиров Т.М. Организация работы кабинета мануальной терапии в условиях областной консультативной поликлиники // Ман. тер. в артровертеброневрологии: тез...- Новокузнецк, 1990.-с. 239-241

Б-67959 Забаровский В.К. О механизмах действия мануальной терапии // Периферическая. нервная с-ма /Белорус. НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии.- 1990.- Вып. 13.- с.85 - 93. Библиогр. 10 назв.

Б-72235 Клименко А.В. Осложнения при использовании методов мануальной терапии // Тез. 53-й науч. конф. Запорож. ин-та усовершенств. врачей - Запорожье, 1993- с.69-70.

Б-70694 Крисман Ю.Р. и др. Мануальная терапия в комплексном лечении остеохондроза позвоночника // Профилактика осложнений при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата: Тез...-К., 1991.- с.92-93.

Левченко Е.В., Калинин Э.В. Мануальная терапия при начальных проявлениях недостаточности кровообращения в вертебрально-базиллярной системе // Здравоохранение Кыргызстана. - 1992.- N1.: янв.- февр. - с.6-9.

А-2925 Лиев А.А. Мануальная терапия миофасциальных болевых синдромов // Постизометрическая релаксация.- Днепропетровск, 1993.- 140, [1]с.: ил.

Б-67959 Лихачев С.Л., Борисенко А.В. Два подхода к мануальной терапии вестибулярной дисфункции у больных с рефлекторными синдромами шейного остеохондроза // Периферич.

нерв. с-ма /Белорус. НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии - 1990.- Вып.13.-с.93-100

Б-71840 Мануальная терапия : метод. руководства для врачей и студентов мед. ВУЗ-ов /Ставроп. гос. мед. института им. Н. Тестемизану. Кафедра неврологии и нейрохирургии; Сост.: П.П. Сташук и др. - Кишинев, 1992. - 72, [2]с.: ил. - Библиогр.: с.74

Б-70373 Мануальная терапия болевых контрактур в комплексе лечения заболеваний и повреждений тазобедренного сустава : Метод. рекоменд. / Казан. фил. Всесоюз. Кург. науч. центра “Восстановит-ая травматология и ортопедия”; Ю.А. Плансейчук.- Казань, 1991.-14с.

Б-72134 Мануальная терапия в артровертеброневрологии: Тез. докл. конф. (13-16 марта 1990г.) /МЗ СССР, Новокузнец. ин-т усоверш. врачей; Редкол.: О.Г.Коган (отв. ред.) и др.- Новокузнецк, 1990.- 262с.

Б-70248 Мануальная терапия в лечении больных с абдоминалгиями /Г.С. Марчук и др. // II Киевская междунар. науч.-практ. конф. изобретателей.- К., 1991.- Ч.3. - с.92-93.

Б-73667 Мануальная терапия отдельных заболеваний.- М., 1993.- 19с. (Заоч. шк. повышения квалификации врачей. Альтернативная медицина).

Мануальная терапия пекталгического синдрома /Р.Г. Есин, Э.Р. Аблаева и др. // Казан. мед. журн.- 1993.- т.74, N3. - с. 218.

Б-68828 Мануальная терапия, психотерапия, здоровый образ жизни: Реф. дайджест сб./ Киев гор. правл. союза НИО СССР, хозрасчет. центр науч. техн. услуг. “Информэкспресс”, Киев. Науч. информ. И посредн. центр” ИМЭКС - К., 1991.- (Ваше здоровье. Сер.7). Янв.- Февр. 1991.- 46с. / Март-апрель 1991.-51с.

Б-70756 Марчук Г.С. Применение мануальной терапии в спортивной медицине // III Киев. междунар. науч.-практич. конф. изобретателей.- К., 1991.- Ч.2. - с.95-96.

Б-67876 Место мануальной терапии в оптимизации санаторно-курортного лечения больных с псевдовисцеральной симптоматикой при вертеброгенной патологии /В.В. Марфинец и др. // Актуальные вопросы санаторно-курортного лечения: Материалы ...- Ужгород, 1990.- с.160-613.

Р-34951 Норец И.П. Неврологические и патобиомеханические аспекты патологии крестцово-подвздошного сочленения и эффективность мануаль-

ной терапии: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.131 МЗ РСФСР, Новосибир. мед. ин-т. - Новосибирск, 1989.- 23с. - Библиогр.: с.12-23

О механизмах постизометрической релаксации скелетных мышц как методе реабилитации/ Н.И. Хвисюк и др. // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1990.- N3- с. 54-56.

Осложнения мануальной терапии при вертеброгенных болевых синдромах /Н.Л. Крылов и др. // Воен.- мед. журн. - 1990.- N 6. - с.40-42.

Б-70694 Практические аспекты применения метода мануальной терапии в комплексном лечении остеохондроза позвоночного столба /Я.Е. Яцкевич и др. // Профилактика осложнений при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата : Тез...- К., 1991.- с.99-100.

Р-39508 Придаткевич И.А. Динамика змін поперекових хребтових рухових сегментів мануальній терапії та прогнозуванні її результатів: Автореф. дис... канд. мед. наук: ортопедії. - К., 1993.- 22 с. Бібліогр.: с.21-22.

Б-71394 Придаткевич И.А., Продан О.И. Нові аспекти мануальної терапії дегенеративно - дистрофічних захворювань хребта // IV Конгрес світової федерації Українських лікарських товариств. Тези. - К., 1992.- с. 294-295.

Б-70694 Продан А.И., Придаткевич И.А. Анализ осложнений мануальной терапии при спондилоартрозе поясничного отдела позвоночника // Профилактика осложнений при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата: Тез...- К., 1991. - с. 95-96.

Продолжительность курсов мануальной терапии вертеброгенной неврологической и соматической патологии /Е.Н. Панасюк и др. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсанова: - 1993. - Т.93 вып. 4. - с. 42-65. - Рез. англ. - Библиогр.: с. 45.

Б-72418 Проскурин В.В. Мануальная терапия висцеральных проявлений остеохондроза позвоночника - М.: Изд-во Гос. ун-та дружбы народов, 1993.- 151с.: ил. - Библиогр.: с. 146-147.

Саморуков А.Е., Рязанцев А.К. Комплексное лечение с применением мануальной терапии и бальнеотерапии больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза //Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры.- 1990.- N1.- с.27-29.

Саморуков А.Е. Перспективы развития мануальной терапии в СССР // Вопр. курортологии, физиотерапии и

лечеб. физ. культуры.- 1990.- N4.- с.65-67.

Б-70694 Танцюра В.П. Наш взгляд на учреждение новой науки // Профилактика осложнений при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата: Тез...- К., 1991.- с.96-97.

Умеров Е.Х. Клиническое течение сдавления субдуральной гематомой корешков конского хвоста после мануальной терапии // Воен. мед. журн.- 1992.-N10.- с. 66.

Б-72415 Унмут С.А., Тараканов О.П. Практическое пособие по мануальной терапии: (Теория и основы диагностики) /Моск. мед. акад. им. И.М. Сеченова. Малое предприятие “РОМУЗ”.- М., 1992.- 139с.

Б-67959 Филиппович Н.Ф., Пономарев В.В. Изменение гемодинамики под влиянием мануальной терапии у больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза и артериальной гипертензией // Периферич. нервн. с-ма /Белорус. НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии. - 1990.- Вып. 13.- с. 138-143.

Б-69356 Фомберштейн К.Б. Рефлексотерапия в курортологии /Науч. ред. В.Г. Вогралик.- К.: Здоровья, 1991.- 189, [1] с.: ил.- Библиогр.: с. 185-187.

Б-72235 Харченко И.И., Клименко А.В. и др. Мануальная терапия в комплексном лечении вертеброгенной торакалгии // Тез. 53-й итог научн. конф. Запорож. ин-та усовершенствования врачей.- Запорожье, 1993.- с. 92-93.

Ченский А. Мануальная терапия: история развития // Врач.- 1991.- N 2. - с.36-38.

Б-66774 Черкасская Р.Г. Родин С.И. Применение приемов мануальной терапии профилактично-трудовой реабилитации лиц старшего возраста, подвергавшихся воздействию вибрации и функционального перенапряжения рук // Проф-но-трудовая реабилитация работников старш. возраста: Материалы...-К., 1990.- с.111-112.

Б-71951 Шалькевич В.Б. Влияние мануальной терапии на церебральную гемодинамику у больных с рефлекторными синдромами шейного остеохондроза // Периф. н. с.: сб. н. тр.- Минск, 1992.- Вып.14.- с.123-127.- Библиогр.: с.127

Шевага В.Н. и др. Ошибки при проведении мануальной терапии и их профилактики // Вопросы курорт., физиотер. и леч. физ. культуры.- 1990.- N4.- с.64-65.

АДРЕСА МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ МИРА, ПОДГОТАВЛИВАЮЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО МАНУАЛЬНОЙ (CHIROPRACTIC) МЕДИЦИНЕ

CLEVELAND COLLEGE OF CHIROPRACTIC

6401 Rockhill Rd.
Kansas City, MO 64131
816/333-8230

CLEVELAND COLLEGE OF CHIROPRACTIC OF LOS ANGELES

590 Vermont Ave.
Los Angeles, CA 90004
213/660-6166

FUNDATEA QUIROPRAXIA MEDICINA NATURAL

Pueyrredon 468 Piso 12
Capital, Argentina
54-1-87-6993

LIFE COLLEGE

1269 Barclay Circle
Marietta, GA 30060
800/358-9737

LIFE COLLEGE OF CHIROPRACTIC WEST

2005 Via Barret, PO Box 367
San Lorenzo, CA 94580
510/276-9013

LOGAN COLLEGE

1851 Schoettler Rd., PO Box 1065
Chesterfield MO 63006
314/227-2100

LOS ANGELES COLLEGE OF CHIROPRACTIC

16200 East Amber Valley Drive
Whittier, CA 90609
800/221-LACC

NATIONAL COLLEGE OF CHIROPRACTIC

200 East Roosevelt Rd.
Lombard, IL 60148
708/629-2000

NEW YORK CHIROPRACTIC COLLEGE

2360 State Route 89
Seneca Falls, NY 13148
800/234-NYCC

NORTHWESTERN COLLEGE OF CHIROPRACTIC

2501 West 84th St.
Bloomington, MN 55431
612/888-4777

PALMER COLLEGE OF CHIROPRACTIC

1000 Brady St.
Davenport, IA 52803
800/722-2586

PALMER COLLEGE OF CHIROPRACTIC WEST

890 Pomeroy Ave.
Santa Clara, CA 95051
800/442-4476

PARKER COLLEGE OF CHIROPRACTIC

2500 Walnut Hill Lane
Dallas TX 75229
800/GET-MYDC

PENNSYLVANIA COLLEGE OF STRAIGHT CHIROPRACTIC

200 Tournament Dr. Ste 100
Horsham, PA 19044
800/833-6080

RAPHAEL UNIVERSITY

2106 Swift
North Kansas City, MO 64116
816/472-6666

SHERMAN COLLEGE OF CHIROPRACTIC

PO Box 1452
Spartanburg, SC 29304
803/578-8770

SOUTHERN CALIFORNIA COLLEGE OF CHIROPRACTIC

8420 Beverly Rd.
Pico Rivera, CA 90660
800/45-CHIRO

TEXAS COLLEGE OF CHIROPRACTIC

5912 Spencer Hwy
Pasadena, TX 77505
713/487-1170

WESTERN STATES CHIROPRACTIC COLLEGE

2900 NE 132nd Ave.
Portland, OR 97230
503/256-3180

ЦЕНТРЫ МАНУАЛЬНОЙ (CHIROPRACTIC) МЕДИЦИНЫ

AMERICAN CHIROPRACTIC ASSOCIATION

1701 Clarendon Boulevard
Arlington, VA 22209
(703) 276-8800
AmerChiro@aol.com

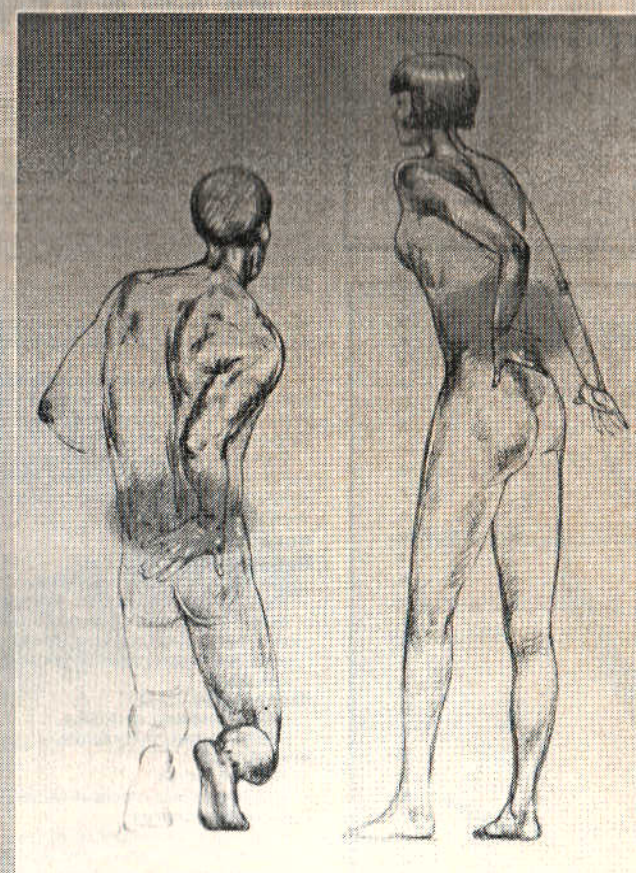
INTERNATIONAL CHIROPRACTORS ASSOCIATION

1110 North Glebe Road, Suite 1000
Arlington, VA 22201
(703) 528-5000

WORLD CHIROPRACTIC ALLIANCE

2950 North Dobson Road, Suite 1
Chandler, AZ 85224
(800) 347-1011

Сирдалуд® Тизанидин



Сирдалуд при БОЛЯХ в спине:

- быстро снимает мышечный спазм и уменьшает боль (3-7 дней);
- увеличивает подвижность;
- защищает слизистую желудка от повреждающего действия нестероидных противовоспалительных средств;
- не вызывает мышечную слабость.

NOVARTIS

Создан объединением концернов СИБА и САНДОЗ.

комплексный фитопрепарат

ПОЛИФИТОЛ-1

Препарат представляет собой прозрачную светло-коричневую жидкость с приятным запахом полыни и горьковатым вкусом, обладает желчегонным, спазмолитическим, противовоспалительным действием, усиливает секрецию желез желудочно-кишечного тракта, способствует выведению из организма радиоактивного цезия.

Многие инфекционные заболевания лечат наружными антисептическими средствами, например, гнойные раны и др.

Антисептики хороши тем, что не оказывают общего токсического действия на организм. К сожалению, почти все эти препараты не проникают глубоко в кожу, в слизистые, в ткани, где, преимущественно, и размножаются многие возбудители гнойных инфекций.

Заведующим кафедрой микробиологии Медицинского института УАНМ профессором Ларионовым Г. М. создана особая фармакологическая система, которая обеспечивает безопасный и точный транспорт антисептиков прямо в место размножения микроорганизмов. Антисептики высвобождаются только в очаге размножения возбудителей. Такие лекарственные формы выполняют роль «тройного коня», в котором временно «прячутся» противомикробные средства.

Среди этих препаратов имеются уже разрешенные Фармакологическим комитетом Министерства здравоохранения Украины для применения в медицинской практике, а промышленный выпуск препарата «Киллерин» планируется с начала 1997 г.

«Киллерин» применяется при гнойно-воспалительных процессах наружно в гинекологии, акушерстве, гнойной хирургии, стоматологии, дерматологии и в клинике инфекционных болезней. Препарат уничтожает возбудителей гнойной инфекции в тканях в течение 18-24 часов. Высокая эффективность подтверждена в течение 14 лет изучения на 36 тыс. больных в названных клиниках.

Контактный телефон:
(044) 560-88-24.

Кафедра микробиологии Киевского медицинского института УАНМ, проф. Ларионов Георгий Михайлович.

ТРОЙНОЙ КОНЬ

УКРАИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ

в соответствии с полномочиями Министерства здравоохранения Украины проводит аттестацию и экспертизу лиц, желающих получить лицензию на право медицинской практики с использованием методов народной и нетрадиционной медицины

Медицинский отдел УАНМ осуществляет консультацию, диагностику и лечение пациентов, используя методы народной и нетрадиционной медицины. Прием ведут специалисты следующих направлений:

- фитотерапия;
- гомеопатия;
- мануальная терапия;
- ароматерапия;
- Су-Джок терапия;
- массаж;
- биоэнергоинформотерапия.

РАБОТАЕТ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
АПТЕЧНЫЙ КИОСК

Время работы ежедневно
(кроме воскресенья)
с 9.00 до 18.00.

Почтовый адрес: 252004,
г. Киев, ул. Л. Толстого, 9.
Контактный телефон: 224 25 84.

Авторський фітоцентр Академіка

Української міжнародної академії оригінальних ідей
лікаря - фітотерапевта

Жовстухи Є.Є.

Фітоцентр — офіційна установа і працює за відповідними ліцензіями МОЗ України.

У фітоцентрі працюють висококваліфіковані фахівці, які надають консультації та допомогу хворим широким комплексом авторських препаратів з цілющих рослин.

Фітоцентр працює щоденно з 8 до 16 годин.

Вихідний день — неділя.

Адреса фітоцентру:

256000, Київська обл.,

м. Яготин, вул. Гирича, 18.

Тел. 5-44-33.

Дзвонити з 8 до 16 годин.

III Міжнародна конференція

“Інформотерапія: теоретичні аспекти і практичне застосування”

25 жовтня 1997 року

м. Коломия

Працюватимуть секції:

1. Теоретична та експериментальна інформотерапія.
2. Інформаційна і функціональна діагностика.
3. Інформо-фармакотерапія.
4. Інформо-фітотерапія.
5. Інформо-фізіотерапія.
6. Інформо-косметологія.
7. Валеологія та інформопротілактика.
8. Організація роботи кабінетів інформотерапії.
9. Підготовка лікарів-інформотерапевтів.

Украинская ассоциация народной медицины представляет Вашему вниманию

ЛИПИН

регистрационный номер 95/111/1

СОСТАВ:

Флаконы объемом 50 мл., в которых содержится 0,5 г стерильного лиофилизованного препарата для приготовления суспензии для парентерального и энтерального применения.

Препарат представляет собой лиофилизированный яичный фосфатидилхолин в виде светло-желтого порошка со свойственным запахом, который хорошо суспензируется в воде и кристаллоидных растворах с образованием липосом.

ДЕЙСТВИЕ:

Липин оказывает антигипоксическое действие, повышая скорость диффузии кислорода из легких в кровь и из крови в ткани, нормализует процессы тканевого дыхания.

Препарат обновляет функциональную активность эндотелиальных клеток, синтез и выделение эндотелиального фактора расслабления, улучшает микроциркуляцию и реологические показатели крови.

Липин ингибирует процессы перекисного окисления липидов в крови и тканях, проявляет мембранопротекторное действие, повышает неспецифический иммунитет.

ПОКАЗАНИЯ:

Пульмонология

- синдром острой и хронической дыхательной недостаточности любого генеза у взрослых и детей, в том числе у новорожденных с нарушениями регуляции дыхания, связанными с перенесенной перинатальной гипоксией и асфиксией при родах.

Кардиология

- острый инфаркт миокарда,
- нестабильная стенокардия.

Акушерство

- поздний гестоз,
- внутриутробная гипоксия плода.

Гастроэнтерология

- острый и хронический гепатиты,
- хронический некалькулезный холецистит,
- цирроз печени,
- неспецифический язвенный колит.

Фармакологический препарат **ЛИПИН** разработан учеными Института биохимии им. О.В. Палладина АН Украины, Института физиологии им. О.О. Богомольца АН Украины, Украинского НИИ фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского. Одесского медицинского института им. Н.И. Пирогова, Украинского государственного медицинского университета им. О.О. Богомольца, Института кардиологии им. академика М.Д. Стражеска.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ:

Харьковское предприятие по производству иммунобиологических и лечебных препаратов «Биолик»

АТ «Украинская ассоциация народной медицины» г. Киев

ТОВ «Натурфарм» г. Харьков

За более подробной информацией обращаться в УАНМ.

Громадська організація

“Дельта-інформ”

м. Харкова
проводить

9-денні щомісячні оздоровчі семінари
“Людина і її можливості”
на базі дитячого оздоровчого табору
“Лісова казка”.

що знаходиться в м.Каховці.

Дати проведення семінарів в 1997 р.:
17-25 жовтня, 14-22 листопада, 12-20 грудня.

Детальніше про семінар можна довідатися:
м.Каховка, тел. (05536) 3-7000; 3-6206; 4-1948.



ACADEMPRESS

Видавництво АКАДЕМПРЕС

видає

на замовлення наукову,
науково-популярну та
фахову літературу
накладом від 1000

примірників;

виготовляє

високоякісну кольорову
продукцію;

виконує

складні додрукарські
роботи;

розміщує

рекламу в наших
медичних виданнях.

Вашій увазі

пропонуються книги,

які ми маємо намір

видати наприкінці 1997

- на початку 1998

років.

Якщо ви бажаєте

зробити попереднє

замовлення на оптові

партії книжок,

замовити видання

додаткового накладу

або розмістити свою

рекламу на їхніх

сторінках, просимо вас

звертатись:

252024, Київ-24, а/с 744,

тел./факс (044) 224-85-63,

e-mail book@apress.kiev.ua

Тотчасмо до видання

Л.В. Ніколайчук, В.С. Попова

ФІТОКУЛІНАРІЯ

У книзі наведено описи близько 400 культивованих та дикорослих рослин, що зростають в Україні. Це й відомі лікарські рослини, й звичайні, всім знайомі городні, й ті, що ми часто-густо вважаємо некорисними бур'янами. Сотні рецептів смачних, корисних, зручних у приготуванні та дешевих страв, лікарських та косметичних рецептів.

Автори: Л.В. Ніколайчук — професор Брестського держуніверситету (Білорусь), лікар-ендокринолог, фітотерапевт, член міжнародної асоціації інформотерапевтів (МАИНТ), В.С. Попова — заступник генерального директора Української асоціації народної медицини, кандидат медичних наук, фахівець з питань фітотерапії та біоенергоінформотерапії.



Л.В. Ніколайчук, В.С. Попова

Фітокулінарія

Мова видання — російська

формат 70х90/16

тверда палітурка, офсетний папір

480 сторінок

10 грн

Н.К. Симеонова

Все о гомеопатии

У цій книзі, автор якої не лише досвідчений лікар-гомеопат, а й вчений-дослідник, читач знайде доступний виклад основ гомеопатії, методики гомеопатичного лікування та самолікування, а також обговорення наукових аспектів гомеопатії. Вперше в гомеопатичній літературі порушуються питання взаємовідносин гомеопатії з релігією та езотеричні аспекти гомеопатії. Автор — доцент Українського державного медичного університету імені О.О. Богомольця, кандидат медичних наук, Лауреат державної премії України в галузі науки, член Міжнародної Гомеопатичної Ліги.

Книга буде цікавою не тільки для лікарів-гомеопатів, але й для лікарів академічної школи, пацієнтів, що користуються гомеопатією та розмірковують над своїм лікуванням, а також для широкого кола читачів, що цікавляться можливостями нетрадиційної медицини.

Н.К. Симеонова

Все про гомеопатію

Мова видання — російська

формат 60х84/16

тверда палітурка, офсетний папір

400 сторінок

8 грн



УКРАИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ

в соответствии с полномочиями Министерства здравоохранения Украины проводит аттестацию и экспертизу лиц, желающих получить лицензию на право медицинской практики с использованием методов народной и нетрадиционной медицины

Медицинский отдел УАНМ осуществляет консультацию, диагностику и лечение пациентов, используя методы народной и нетрадиционной медицины. Прием ведут специалисты следующих направлений:

- фитотерапия;
- гомеопатия;
- мануальная терапия;
- ароматерапия;
- Су-Джок терапия;
- массаж;
- биоэнергоинформотерапия.

РАБОТАЕТ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
АПТЕЧНЫЙ КИОСК

Время работы ежедневно
(кроме воскресенья)
с 9.00 до 18.00.

Почтовый адрес: 252004,
г. Киев, ул. Л. Толстого, 9.
Контактный телефон: 224 25 84.

*Авторський фітоцентр
Академіка*

*Української міжнародної академії оригінальних ідей
лікаря - фітотерапевта*

Товстухи Є.Є.

Фітоцентр — офіційна установа і працює за відповідними ліцензіями МОЗ України.

У фітоцентрі працюють висококваліфіковані фахівці, які надають консультації та допомогу хворим широким комплексом авторських препаратів з цілющих рослин.

Фітоцентр працює щоденно з 8 до 16 годин.

Вихідний день — неділя.

Адреса фітоцентру:

256000, Київська обл.,

м. Яготин, вул. Гирича, 18.

Тел. 5-44-33.

Дзвонити з 8 до 16 годин.

III Міжнародна конференція

“Інформотерапія: теоретичні аспекти і практичне застосування”

25 жовтня 1997 року

м. Коломия

Працюватимуть секції:

1. Теоретична та експериментальна інформотерапія.
2. Інформаційна і функціональна діагностика.
3. Інформо-фармакотерапія.
4. Інформо-фітотерапія.
5. Інформо-фізіотерапія.
6. Інформо-косметологія.
7. Валеологія та інформопрфілактика.
8. Організація роботи кабінетів інформотерапії.
9. Підготовка лікарів-інформотерапевтів.

Украинская ассоциация народной медицины представляет Вашему

вниманию

ЛИПИН

регистрационный номер 95/111/1

СОСТАВ:

Флаконы объемом 50 мл., в которых содержится 0,5 г стерильного лиофилизованного препарата для приготовления суспензии для парентерального и энтерального применения. Препарат представляет собой лиофилизированный яичный фосфатидилхолин в виде светло-желтого порошка со свойственным запахом, который хорошо суспензируется в воде и кристаллоидных растворах с образованием липосом.

ДЕЙСТВИЕ:

Липин оказывает антигипоксическое действие, повышая скорость диффузии кислорода из легких в кровь и из крови в ткани, нормализует процессы тканевого дыхания.

Препарат обновляет функциональную активность эндотелиальных клеток, синтеза и выделение эндотелиального фактора расслабления, улучшает микроциркуляцию и реологические показатели крови.

Липин ингибирует процессы перекисного окисления липидов в крови и тканях, проявляет мембранопротекторное действие, повышает неспецифический иммунитет.

ПОКАЗАНИЯ:

Пульмонология

- синдром острой и хронической дыхательной недостаточности любого генеза у взрослых и детей, в том числе у новорожденных с нарушениями регуляции дыхания, связанными с перенесенной перинатальной гипоксией и асфиксией при родах.

Кардиология

- острый инфаркт миокарда,
- нестабильная стенокардия.

Акушерство

- поздний гестоз,
- внутриутробная гипоксия плода.

Гастроэнтерология

- острый и хронический гепатиты,
- хронический некалькулезный холецистит,
- цирроз печени,
- неспецифический язвенный колит.

Фармакологический препарат **ЛИПИН** разработан учеными Института биохимии им. О.В. Палладина АН Украины, Института физиологии им. О.О. Богомольца АН Украины, Украинского НИИ фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского, Одесского медицинского института им. Н. И. Пирогова, Украинского государственного медицинского университета им. О. О. Богомольца, Института кардиологии им. академика М.Д. Стражеска.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ:

Харьковское предприятие по производству иммунобиологических и лечебных препаратов «Биолик» АТ «Украинская ассоциация народной медицины» г. Киев

ТОВ «Натурфарм» г. Харьков

За более подробной информацией обращайтесь в УАНМ.

Громадська організація

“Дельта-інформ”

м. Харкова
проводить

9-денні щомісячні оздоровчі семінари
“Людина і її можливості”
на базі дитячого оздоровчого табору
“Лісова казка”,
що знаходиться в м.Каховці.

Дати проведення семінарів в 1997 р.
17-25 жовтня, 14-22 листопада, 12-20 грудня.

Детальніше про семінар можна довідатися.
м.Каховка, тел. (05536) 3-7000, 3-6206, 4-1948.

А
ACADEMPRESS

Видавництво АКАДЕМПРЕС

видає

на замовлення наукову,
науково-популярну та
фахову літературу
накладом від 1000
примірників;

виготовляє

високоякісну кольорову
продукцію;

виконує

складні додрукарські
роботи;

розміщує

рекламу в наших
медичних виданнях.

Вашій увазі
пропонуються книги,
які ми маємо намір
видати наприкінці 1997
— на початку 1998
років.

Якщо ви бажаєте
зробити попереднє
замовлення на оптові
партії книжок,
замовити видання
додаткового накладу
або розмістити свою
рекламу на їхніх
сторінках, просимо вас
звертатись:

252024, Київ-24, а/с 744,
тел./факс (044) 224-85-63,
e-mail book@apress.kiev.ua

**Товариство
видає**

Л.В. Ніколайчук, В.С. Попова

ФІТОКУЛІНАРІЯ

У книзі наведено описи близько 400 культивованих та дикорослих рослин, що зростають в Україні. Це й відомі лікарські рослини, й звичайні, всім знайомі городні, й ті, що ми часто-густо вважаємо некорисними бур'янами. Сотні рецептів смачних, корисних, зручних у приготуванні та дешевих страв, лікарських та косметичних рецептів.

Автори: Л.В. Ніколайчук — професор Брестського держуніверситету (Білорусь), лікар-ендокринолог, фітотерапевт, член міжнародної асоціації інформотерапевтів (МАИИТ), В.С. Попова — заступник генерального директора Української асоціації народної медицини, кандидат медичних наук, фахівець з питань фітотерапії та біоенергоінформотерапії.



Л.В. Ніколайчук, В.С. Попова
Фітокулінарія

Мова видання — російська
формат 70х90 / 16
тверда палітурка, офсетний папір
480 сторінок
10 грн

Н.К. Симеорова

Все о гомеопатии

У цій книзі, автор якої не лише досвідчений лікар-гомеопат, а й вчений-дослідник, читач знайде доступний виклад основ гомеопатії, методики гомеопатичного лікування та самолікування, а також обговорення наукових аспектів гомеопатії. Вперше в гомеопатичній літературі порушуються питання взаємовідносин гомеопатії з релігією та езотеричні аспекти гомеопатії. Автор — доцент Українського державного медичного університету імені О.О. Богомольця, кандидат медичних наук, Лауреат державної премії України в галузі науки, член Міжнародної Гомеопатичної Ліги.

Книга буде цікавою не тільки для лікарів-гомеопатів, але й для лікарів академічної школи, пацієнтів, що користуються гомеопатією та розмірковують над своїм лікуванням, а також для широкого кола читачів, що цікавляться можливостями нетрадиційної медицини.

Н.К. Симеорова

Все про гомеопатію

Мова видання — російська
формат 60х84 / 16
тверда палітурка, офсетний папір
400 сторінок
8 грн

