

---

# ЦЕЛИТОН

---



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ УСТРОЙСТВА-  
АППЛИКАТОРА МАГНИТОСТИМУЛИРУЮЩЕГО «ЦЕЛИТОН»

*Развитие современной медицины характеризуется взаимопроникновением систем, методов и идей традиционной восточной медицины и современных физиологических подходов к изучению механизмов взаимосвязи организма человека с окружающей средой. Особенность современного мира состоит в сосуществовании восточного и европейского направлений, основанных на разных принципах. Западная медицина перенимает опыт восточной, а восточная – западной. Специалисты обоих направлений проводят совместные программы, исследования, что позволяет систематизировать и объединять различные методы лечения. Это путь новой медицины.*

*Данная книга содержит все аспекты практического применения такого комбинированного метода лечения с использованием магнотостимулирующего устройства-аппликатора «ЦЕЛИТОН» в лечении широкого круга заболеваний. В общей части изложены механизмы лечебного действия акупунктуры, рефлексотерапии и магнитотерапии, а также взаимодействие этих лечебных факторов между собой и их комплексное влияние на заболевания и на весь организм в целом. В специальной части даны показания и противопоказания к использованию аппликатора, описание конкретных заболеваний.*

*Изложенные в книге материалы рассмотрены с позиций многовековых знаний по акупунктуре. Также представлена рефлексотерапия и магнитотерапия с позиций современного уровня естествознания и достижений молекулярной биологии, биофизики и физиологии, благодаря которым осуществляется высокая направленность действия лечебных факторов на соответствующий орган, соответствие формы энергии используемого фактора природе живой клетки, малое количество энергии, используемой для достижения конкретного лечебного эффекта, быстрое развитие лечебного эффекта. В книге отражены современные тенденции в развитии физиотерапии, связанные с повышением эффективности лечения и удобством в использовании, что полностью реализовано в магнотостимулирующем устройстве-аппликаторе «ЦЕЛИТОН».*

*В книге также даны рекомендации по комплексному лечению заболеваний с учетом остроты процесса и стадии заболевания. Книга предназначена физиотерапевтам, узким специалистам, врачам общей практики и может быть рекомендована широкому кругу читателей.*

## **ВВЕДЕНИЕ**

В современной медицине трудно найти заболевание, при котором использование физиотерапевтических средств не было бы полезным и не содействовало бы скорейшему выздоровлению. При неотложных состояниях и при острых формах заболеваний лекарственная терапия незаменима. В борьбе с хроническими заболеваниями медикаментозная медицина не так успешна и способность к выздоровлению в большей степени зависит от потенциальных возможностей организма больного. Физические факторы не только способствуют лечению основного заболевания, но и активизируют защитные силы организма. Физиотерапия входит в комплекс лечения больных с заболеваниями различных органов и систем организма человека, применяется на разных этапах лечения болезней.

Сегодня, когда современная медицина переживает сложные времена, вновь значительно возрос интерес медиков и пациентов к физическим методам лечения. При их использовании существенно расширяется диапазон методов целенаправленного воздействия, и сокращаются сроки лечения различных заболеваний, не возникают аллергия и лекарственная болезнь. При сочетании физического фактора и внутреннего приема лекарственного вещества в результате их взаимодействия наблюдается повышение чувствительности организма к обоим воздействиям. Действие физического фактора способствует лучшему проникновению медикамента в ткани, увеличению его концентрации в больном органе и удержанию его там в течение длительного времени. В результате усиливается действие используемых лекарственных веществ, что позволяет снизить их дозу, не наблюдаются лекарственных зависимостей, отсутствуют токсические побочные реакции, свойственные медикаментозному лечению со стороны желудка, печени, почек, кишечника и других органов и тканей.

Преимуществами физических методов лечения являются адекватность воздействия физиологии человека, ввиду генетической близости многих факторов к природным, а также отсутствие токсических и аллергических побочных эффектов, присущих методам лекарственной терапии. Ведь использование сложных сочетаний и комбинаций фармакологических препаратов, характерных для современных схем лечения большинства заболеваний, значительно увеличивает вероятность развития нежелательных эффектов, которые зачастую наносят не меньший ущерб здоровью пациента, чем основное заболевание. Для физиотерапевтических методов лечения нет возрастных ограничений, они, как правило, безболезненны и приятны по ощущениям, оказывают мягкое расслабляющее действие, вызывая положительные эмоции. Эти методы позволяют осуществлять воздействие через покровы тела без их разрушения, а, значит, отсутствует опасность переноса инфекционного возбудителя. При этом энергия действующего физического фактора поглощается рецепторами, располагающимися в кожных покровах и слизистых оболочках. Эти рецепторы передают импульсную активность в центральную нервную систему, вызывая изменения функционального состояния нервных центров, регулирующих важные жизненные процессы. Поступающие в головной мозг импульсы направляются в структуры, которые прямо или косвенно связаны с патологическим процессом. В этих структурах формируются ответные импульсы, которые направляются к различным органам и системам, в том числе и к эндокринным органам, что приводит к мобилизации энергетических резервов организма, необходимых для восстановления его равновесия в условиях болезни. Прямое благоприятное действие физические факторы оказывают на психическое и эмоциональное состояние больного, так как происходит уменьшение болевого синдрома за счет активизации противоболевой системы, как на уровне тканей, так и на уровне центральной нервной системы.

В противоположность медикаментозной, физическая терапия оказывает своё лечебное

воздействие через собственные функциональные системы организма путём активации их компенсаторных механизмов. Физические факторы стимулируют механизмы самоочищения организма от токсических веществ, естественную сопротивляемость и специфический иммунитет, оказывают тренирующее действие на ферментативные системы, разрушающие медиаторы аллергии. Благодаря этому, физические факторы оказывают общеукрепляющее, иммуностимулирующее, противоаллергическое, очищающее ткани действия, а также стимулируют местное кровообращение, функции периферической и центральной нервной системы. Применение физических факторов позволяет снизить дозировки лекарственной терапии, а во многих случаях отказаться от приёма избыточных лекарственных препаратов, купировать развившиеся осложнения фармакотерапии и предотвратить их развитие.

При всем многообразии лечебных физических факторов в их действии на организм больного выявляется много общего, присущего всем им, как сложным физико-химическим раздражителям внешней среды. Причина этого кроется в единых закономерностях формирования реакций организма на воздействие физических факторов, направленных на поддержание постоянства его внутренней среды. Это постоянство необходимо для нормального функционирования всех систем организма, в том числе нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной систем и опорно-двигательного аппарата. На всякое изменение внешней и внутренней среды живой организм отвечает общей приспособительной реакцией, развивающейся по рефлекторному механизму с участием как всех отделов нервной системы, так и многих биологически активных компонентов организма (гормоны, медиаторы, продукты обмена). Такие реакции направлены на сохранение или восстановление равновесия в организме, устранение вызванных болезнью сдвигов, ликвидацию или уменьшение выраженности патологических процессов.

Во многих случаях даже в течение длительного времени после начала болезни может не проявляться клинически вследствие разворачивания организмом компенсаторно-

приспособительных реакций, препятствующих разрушительному действию патогенного фактора. Поэтому важно начать лечение при первых же симптомах заболевания. Однако если Вам удалось справиться с симптомами в короткие сроки, это не должно прерывать курс лечения. При благоприятном течении болезни нормализация нарушенных функций и исчезновение клинических признаков наступают раньше, чем полностью восстанавливается структура поврежденных тканей. Это объясняется тем, что нормализация функции поврежденного органа и улучшение самочувствия больного обуславливаются, прежде всего, быстрым разворачиванием внутриклеточных регенераторных и гиперпластических (восстановительных) процессов, в то время как тканевые изменения завершаются значительно позже.

Изучение процессов восстановления показало, что обратному развитию подвергаются вначале некоторые виды дистрофий, отек ткани, затем происходит рассасывание воспалительного экссудата, заживление разрушенных структур и, наконец, в течение длительного времени может происходить постепенное исчезновение даже склеротических изменений. Период наступившего клинического внешнего благополучия при продолжающейся ликвидации структурных изменений органов и тканей представляет собой бессимптомный послеклинический период болезни. Таким образом, если в бессимптомном доклиническом периоде внимание должно быть сосредоточено на выявлении нарастающих изменений при еще хорошем самочувствии больного, то в бессимптомном послеклиническом периоде нужно убедиться в действительном окончании болезни, не прекращая наблюдения до полного завершения восстановительных процессов, иначе болезнь может перейти в хроническую форму.

Одним из путей повышения эффективности физиотерапевтических методов лечения является комплексное применение лечебных физических факторов. Кроме того, необходимо соблюдать принцип изменчивости воздействия. Он вытекает из способности организма приспосабливаться к повторяющимся однотипным воздействиям, в том числе и физиотерапев-

тическим. Практически данный принцип можно осуществить путём изменения частоты проведения процедур, увеличения или снижения силы и направленности воздействия, а также одновременного включения в общий лечебный комплекс нескольких физических факторов. Так, при сочетанном применении постоянной магнитотерапии и акупунктуры с рефлексотерапией, лечебные эффекты каждого метода усиливаются и становятся более выраженными, поэтому «ЦЕЛИТОНУ» удастся оказывать лечебное воздействие на весь организм в целом.

## **ЛЕЧЕБНЫЕ ФАКТОРЫ**

### **ПОСТОЯННОЕ МАГНИТНОЕ ПОЛЕ**

В основе физиологического и лечебного действия магнитных полей лежат физические законы магнетизма. Магнитное поле вызывает наведение электрических токов в проводниках, пересекающих его силовые линии. Жидкие среды организма обладают высокой электропроводностью. Именно в них происходит наведение электрических токов под действием внешних магнитных полей. Слабые электрические токи, возникающие под действием постоянного магнитного поля в движущихся биологических жидкостях, пересекающих магнитные силовые линии (кровь в кровеносных сосудах), во многом определяют лечебный эффект магнитных полей.

Другим важным физическим явлением, объясняющим биологическое действие и лечебную эффективность магнитных полей, является магнитомеханический эффект Лоренца. Сущность его состоит в возникновении механических сил взаимодействия (притяжения или отталкивания) между магнитным полем и движущимся электрическим зарядом, пересекающим его силовые линии. В зависимости от направления движения электрического заряда он либо вытягивается, либо выталкивается из магнитного поля. Магнитомеханическое взаимодействие возникает вследствие наличия у движущегося электрического заряда собственного магнитного поля.

Это физическое явление реализуется на уровне живого организма за счет возникновения механических сил, вызывающих структурно-функциональные изменения на всех уровнях (атомарный, молекулярный, субклеточный, клеточный, тканевый), где протекают элементарные биоэлектрические процессы. Под действием внешних магнитных полей происходит из-



менение конфигурации электронных облаков неспаренных валентных электронов, имеющих нескомпенсированный магнитный момент. Это приводит к изменению физико-химических свойств атомов и молекул.

В биологических макромолекулах, где имеются такие атомы, возникают конформационные сдвиги, могущие стать причиной повышения или снижения специфической активности, присущей этим макромолекулам. Происходит повышение специфической активности целого ряда ферментов в клетках и тканях, ответственных за процессы жизнедеятельности, изменение чувствительности рецепторов и биологически активных медиаторов.

Магнитомеханический эффект реализуется на уровне электрически активных клеток и тканей: нейронов и нервных волокон, структур центральной и периферической нервной систем, регулирующих состояние мочеполовой системы. Под действием внешних магнитных полей возникают обратимые структурные изменения мембран нервных и мышечных клеток как материальных носителей слабых биотоков деполяризации и реполяризации, являющихся источником биомагнитных полей. Это сопровождается изменением мембранной проницаемости, направления и скорости течения многих биохимических реакций, катализируемых ферментами, фиксированными на клеточной мембране. Происходят отчетливые изменения в деятельности нейронов коры головного мозга и подкорковых ядер (гипоталамус, таламус), с дисфункцией которых связывают развитие некоторых половых дисфункций. Изменения со стороны ретикулярной формации носят преимущественно тормозной характер, сопровождающийся торможением активности нейронов, подавлением адренергической (способствующей выделению адреналина) активности центральной нервной системы и стимуляцией парасимпатических отделов гипоталамуса. Все это ведет к нормализации нервной регуляции в органах и тканях.

В механизме физиологического и лечебного действия магнитных полей участвует так называемый эффект «омагничивания воды». Считается, что магнитные поля вызывают изме-

нения физико-химических свойств воды как сложного квазикристалла (изменяется ее оптическая плотность, способствующая действию красного монохроматического излучения, а также изменяется электропроводность воды, ее информативная конформация). В результате улучшается реология крови (снижается вязкость, то есть имеет место «разжижение» крови). В наибольшей степени подвержена этим изменениям внутриклеточная вода, а также молекулы воды гидратационных оболочек сложных органических макромолекул, что имеет большое значение для регуляции различных внутриклеточных биохимических процессов.

Все это объясняет давно замеченные благоприятные эффекты постоянного магнитного поля на течение различных патологических процессов. Это поле обладает трофикостимулирующим, сосудорасширяющим, противоотечным, противовоспалительным, десенсибилизирующим и болеутоляющим действиями.

Противоотечное действие постоянного магнитного поля обязано своим происхождением активации работы мембранного калий-натриевого насоса клеток, эффекту «омагничивания» воды, расширению периферического сосудистого русла, в том числе и емкостных сосудов.

Постоянное магнитное поле оказывает умеренное, но стойкое противовоспалительное, противоаллергическое и «разжижающее» кровь действия. Это обусловлено салицилатоподобным (препараты из группы аспирина) вмешательством в синтез простагландинов, повышением содержания гепарина (понижает свертываемость) в крови и тканях, торможением выброса гистамина (медиатор аллергии) из тучных клеток и базофилов вследствие стабилизации их мембран. Эти эффекты магнитного поля развиваются постепенно, но длительно сохраняются после завершения курса лечения.

Немаловажным является благоприятное воздействие постоянного магнитного поля на местное и общее кровообращение. Снятие спазмов мелких резистивных сосудов и прекапиллярных сфинктеров, а также повышение содержания гепарина в крови и снижение адгезивно-

сти (слипчивости) тромбоцитов приводит к значительному улучшению местной гемодинамики – один из важнейших компонентов в эффективном лечении нарушенного кровоснабжения тканей (так как отсутствует склонность к образованию тромбов). Также, в результате, отмечается усиление микроциркуляции, повышение доставки кислорода и питательных веществ к тканям.

Магнитное поле лечебного модуля активно влияет на биофизику взаимодействия биологических тканей, органов и систем организма, повышает оптическую «прозрачность» биологических тканей. Воздействуя на разные макромолекулярные, субклеточные и клеточные структуры, магнитное поле вызывает постепенно развивающиеся, но выраженные и длительно сохраняющиеся изменения трофики, местного кровообращения и микроциркуляции, биосинтеза медиаторов воспаления и аллергии. Магнитные поля изменяют конформацию и структуру фосфолипидов и белков клеточных мембран. Также ПМП реактивирует функцию мембранных каналов ионной проницаемости, влияют на макромолекулы, составляющие цитоплазму клеток, снижают чувствительность артерий и артериол к сосудосуживающим влияниям.

Таким образом, постоянное магнитное поле (ПМП) – эффективный лечебный физический фактор, применяемый как самостоятельно, так и в сочетании с другими факторами. ПМП оказывает биологическое и лечебное действия за счет изменения течения естественных электрофизиологических процессов в организме и состояния электрически активных клеток, тканевых структур, органов и систем организма.

Так как постоянное магнитное поле вызывает ориентационную перестройку жидкокристаллических структур биологических тканей и внутриклеточных структур, увеличивается скорость химических реакций и повышается проницаемость мембран клеток для антибиотиков и других лекарственных веществ. Под действием постоянного магнитного поля увеличивается электропроводность тканей, снижается порог электрического раздражения нервных и мышечных со-

судистых структур. Это также обуславливает повышение чувствительности к другим факторам воздействия. При сочетанном применении магнитного поля и акупунктуры с рефлексотерапией происходит взаимное усиление биологических и лечебных эффектов обоих факторов.

### **ЛЕЧЕБНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПОСТОЯННОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ**

- 1) сосудорасширяющий;
- 2) противоотечный;
- 3) обезболивающий;
- 4) противовоспалительный;
- 5) трофостимулирующий;
- 6) репаративно-восстановительный;
- 7) противоаллергический;
- 8) стимуляция микроциркуляции крови;
- 9) снижение вязкости крови;
- 10) санация тканей.

### **АКУПУНКТУРА И РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ**

За последние годы интерес к рефлексотерапии и акупунктуре значительно вырос, что вполне оправдано. Успехи современной западной медицины неоспоримы, но в настоящее время происходит разочарование в лекарственной терапии, нередко приводящей к аллергическим реакциям, снижению иммунитета, нарушению обмена веществ и другим отрицательным последствиям в организме. Сочетание методов и идей традиционной восточной медицины и со-

временных физико-химических подходов европейской медицины позволяют преодолеть эти противоречия.

Познавая зависимость между человеком и природой, их взаимную обусловленность, древние китайские врачи предположили, что они живут по одним и тем же законам. Болезнь древними рассматривалась как процесс, возникающий в результате нарушения нормальных взаимоотношений и взаимосвязей, как в самом организме, так и между организмом человека и окружающей его средой, что всегда выражается в нарушении равновесия нормального и гармоничного течения их энергий. В организме нет изолированных подсистем, все они «пригнаны» одна к другой и действуют согласованно. В болезненный процесс неизбежно вовлекается весь организм человека, и изменение функции и деятельности одного органа обязательно влечет за собой изменение функций всех других органов и систем. Цель древней восточной медицины состоит в том, чтобы привести течение энергий к согласию и гармонии, что можно достичь правильной работой с акупунктурными точками.

Наиболее полная медицинская научная система диагностики и лечения заболеваний была создана в древнем Китае. Примерно четыре тысячелетия назад народными лекарями была найдена четкая взаимосвязь поверхности тела человека с внутренними органами. Было замечено, что кожа по-разному реагирует на различные состояния организма. Опыт многих поколений врачей собирался несколько тысяч лет и послужил ценнейшим материалом для многочисленных трудов, записанных на одном из самых древнейших языков мира.

Однако и современная европейская медицина активно использует научно обоснованные методы рефлексотерапии, воздействующие на биологически активные зоны человека. Таким образом, развитие современной медицины характеризуется взаимопроникновением систем, методов и идей традиционной восточной медицины и современных физиологических подходов к изучению механизмов взаимосвязи организма человека с окружающей средой. Со-

четание этих направлений позволяет, используя самые современные технологии, выявлять и систематизировать китайские методы лечения, повышая общее качество лечения. В результате, в современных условиях стали широко применяться методы рефлексотерапии, которые используют известные способы физиотерапевтического воздействия на организм человека (электрический ток низкой частоты, магнитное поле и др.). Врачи многих стран Азии, Европы и Америки все чаще используют аппаратную акупунктуру.

Одной из основ патофизиологических представлений врачей с древнейших времен был постулат об отражении патологических изменений во внутренних органах на поверхности тела человека, то есть заболевание, возникшее в какой-либо части тела, обязательно сказывается на всем организме и на его коже. На данном принципе и основывается применение акупунктуры и рефлексотерапии. Необходимо отметить, что рефлексотерапия с ее воздействием на биологически активные зоны (БАЗ) является симптоматическим методом, при котором лечение направлено, прежде всего, на нормализацию нарушенных функций заболевшего органа; при этом главным является обеспечение нервно-рефлекторной нормализации процессов в организме и стимуляция защитных сил.

Акупунктура представляет собой метод лечения заболеваний с использованием биологически активных точек (БАТ). Она, как немедикаментозный метод лечения, особенно показана больным с проявлениями аллергии или непереносимости лекарственных средств, используется для снижения фармакологической нагрузки на организм. Акупунктура нормализует функции нервной системы (как центральной, так и вегетативной): отмечается успокоение, нормализация тонуса и функций органов, обмена веществ (в том числе нормализация веса тела), повышение сопротивляемости организма к инфекционным и другим заболеваниям, а также приведение в норму функций других систем. Акупунктура является методом, не имеющим прямых противопоказаний.

Акупунктурная точка – это небольшой ограниченный участок кожи и подкожной клетчатки, в котором имеются комплексы взаимосвязанных структур сосудов микроциркуляторного русла, нервов, клеток соединительной ткани, благодаря чему создается депо биологически активных веществ, оказывающих соответствующее влияние на нервные терминалы и внутренние органы.

Акупунктурные точки и рефлексогенные зоны кожной поверхности обладают особыми биофизическими свойствами.

Акупунктура и рефлексотерапия позволяют перераспределять жизненную энергию, приводя ее в сбалансированное состояние, неизмеримо увеличивают физические и интеллектуальные возможности человека, воздействуют на биологически активные зоны и точки человека, приводя органы и системы в оптимальное состояние. В Китае, а также в других странах Востока и Запада, этот метод используют при лечении практически всех заболеваний, а также в целях их профилактики.

Важным достижением акупунктуры и рефлексотерапии в лечебной практике является сокращение объема медикаментозной терапии, а, следовательно, уменьшение побочных действий на организм, включая аллергию, что достигается за счет сравнительно недорогих и нетрудоемких средств физического воздействия.

Благодаря выраженному лечебному эффекту, эти методы получили всеобщее мировое признание. Высокая экономичность, сравнительно быстрый эффект от применения, сокращение расходов на медикаменты делают акупунктуру и рефлексотерапию незаменимыми и весьма ценными при лечении многих форм патологии, а также для профилактики различных заболеваний.

Таким образом, устройство-аппликатор «ЦЕЛИТОН» обладает биологическими эффектами как акупунктуры, так и магнитного поля, в частности. Данные физические факторы оказывают

активное физиологическое воздействие как на сегментарные зоны Захарьина-Геда, согласно анатомо-функциональной структуре спинного мозга, так и на биологически активные зоны и области проекции внутренних органов, традиционно выделяемые в современной медицине и широко используемые при физиотерапевтическом лечении большого круга заболеваний. Также, при воздействии непосредственно на область заболевания магнитное поле является наиболее распространенным физическим фактором, применяемым в настоящее время большинством врачей-физиотерапевтов.

При раздражении магнитным полем акупунктурных точек происходит усиление обмена веществ, выделение биологически активных веществ (медиаторы гормонов), которые служат гуморальным звеном рефлекторных дуг вегетативной нервной системы, регулирующей состояние организма. И, наоборот, рефлекторные действия изменяют возбудимость нейронов мозга, стимулируют синтез биологически активных веществ, благодаря чему блокируются болевые ощущения, устраняется состояние длительного торможения и возбуждения различных центров головного мозга, управляющих функциями организма.

Магнитопунктура оказывает стимулирующее действие на организм, нормализуя кровоток в капиллярах, что, в свою очередь, улучшает тканевое дыхание и способствует выведению шлаков из организма, оказывает влияние на проницаемость клеточных мембран, что нормализует точное равновесие между клеткой и межклеточным веществом.

Таким образом, магнитопунктура является тем методом рефлекторного воздействия, который имеет скорее, информативное, чем энергетическое значение, так как стимулирует защитные силы организма на борьбу с болезнью. Поэтому она полностью соответствует тем требованиям, которые предъявляет традиционная китайская медицина к методам и средствам лечения, а именно: не замещать или подавлять работу различных организменных структур, а тонко и деликатно стимулировать их самостоятельное функционирование.



При лечении болевых синдромов эффект этого метода связан с восстановлением динамического равновесия между процессами возбуждения и торможения в структурах центральной нервной системы под влиянием вызванных сигналов с активных точек.

Установлено, что при стимуляции активных точек высвобождаются гуморальные факторы, повышающие толерантность (устойчивость) организма к боли, причем высвобождение гуморальных факторов происходит не в области активной точки, которая стимулируется электрическим током, а, в основном, в структурах центральной нервной системы. Поэтому магнитопунктурная аналгезия – это реальность, обусловленная выбором акупунктурных точек, биологически активных зон и природой тока. Получить аналгезию можно при правильном выборе его параметров, времени воздействия, а также с учетом особенностей полученных диагностических данных.

Специфика метода магнитопунктуры с позиции китайской медицины заключается в том, что он позволяет активно лечить патологические синдромы при заболеваниях нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной и опорно-двигательной систем. Основное действие метода – «двигать кровь», что очень важно в комплексном лечении большинства хронических заболеваний, при которых из-за длительного нахождения в организме болезнетворной энергии ослабевают собственные защитные силы, а это, в конечном итоге, приводит к «болезням застоя».

Метод магнитопунктуры выдержал испытание временем и, с появлением современных приборов электростимуляции, стал широко применяться при лечении многих заболеваний, занял достойное место в современной медицинской науке и практике, стал пользоваться заслуженным уважением среди пациентов, оценивших эффективность, простоту и доступность данного метода.

Создателям устройства-аппликатора «ЦЕЛИТОН» удалось подобрать оптимальный эквивалент воздействия на акупунктурные точки. Проведение регулирования осуществляется на

основе копирования волн, соответствующих различным ощущениям, которые могут формироваться в человеческом организме при лечебном воздействии.

Магнитоакупунктура, действуя на активные точки, биологически активные зоны или больные места, улучшает циркуляцию крови, работу внутренних органов, устраняет отеки, воспаления. Этот метод индуцирует увеличение содержания морфинов в крови, чем достигается обезболивающий эффект. Кроме того, «ЦЕЛИТОН» стимулирует нервы и мышцы, может вызвать мышечное сокращение; помогает снять общую усталость, значительно улучшает состояние человека при разных хронических болезнях, регулирует давление, помогает при бессоннице, нервном стрессе, а также при многих других патологических состояниях.

Слияние эффектов постоянного магнитного поля и точечного массажа с локализацией применения в области биологически активных зон, патологических очагов и тысячелетних знаний по акупунктуре с ее биологически активными точками составляют уникальность аппликатора «ЦЕЛИТОН». Именно благодаря сочетанию принципов восточной и западной медицины «ЦЕЛИТОН» оказывает уникальное лечебное действие и применяется в лечении широкого круга заболеваний.

## **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ «ЦЕЛИТОНА»**

### **ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ:**

- нейроциркуляторная дистония (в т.ч. гипотония);
- гипертоническая болезнь I–II ст.;
- ишемическая болезнь сердца;
- стенокардия I–III функциональных классов;
- варикозная болезнь.

### **ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА:**

- ринит, гайморит, фарингит;
- ангина;
- бронхит;
- бронхиальная астма;
- хроническая обструктивная болезнь легких;
- пневмония в стадии реконвалесценции.

### **ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА:**

- гастрит;
- язвенная болезнь;
- заболевания 12-перстной кишки, дисбактериоз кишечника, колит;
- холецистит, желчнокаменная болезнь, гепатит, цирроз;
- панкреатит;
- запор.

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ И ПОЛОВОЙ СИСТЕМ:**

- уретрит;
- пиелонефрит;
- цистит;
- мочекаменная болезнь;
- простатит;
- аденома предстательной железы;
- импотенция, фригидность;
- воспаление женских половых органов, миома, эрозия шейки матки;
- нарушения цикла.

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА:**

- артроз;
- подагра;
- остеохондроз;
- артрит, полиартрит;
- межпозвоноковая грыжа, пяточная шпора, бурсит.

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:**

- стрессовые состояния, неврозы, умственные переутомления;
- невралгии, головные боли, утомляемость;
- нарушения сна, хроническая усталость, неврастения;
- радикулит, болевые синдромы, невропатии.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ:**

- псориаз, нейродермит, экзема;
- дерматит;
- герпес.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ:**

- сахарный диабет;
- заболевания щитовидной железы.

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:**

- геморрой;
- вывихи, ушибы, гематомы;
- трофические язвы.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ:**

- зубная боль;
- пародонтоз.

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ «ЦЕЛИТОНА»**

- острые инфекционные заболевания и лихорадочные состояния неясной этиологии;
- нарушение свертываемости крови;
- системные заболевания крови;
- острые нарушения мозгового и коронарного кровообращения;
- беременность;
- психические заболевания в стадии обострения, эпилепсия;
- наличие у пациента имплантированного электрокардиостимулятора;
- состояние острого психического возбуждения, алкогольного или наркотического опьянения;
- индивидуальная непереносимость.

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

### **НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНΙΑ**

**Нейроциркуляторная дистония** – заболевание структурно-функциональной природы с сердечно-сосудистыми, дыхательными и нервно-вегетативными расстройствами, сопровождающееся развитием астении, низкой устойчивостью к стрессам и физическим нагрузкам, но без развития сердечной недостаточности как такового заболевания. Нейроциркуляторная дистония является особой формой невроза высших сосудодвигательных центров с нарушением деятельности периферических аппаратов, противостоящих спазмам сосудов и вторичным изменением функции надпочечников.

В зависимости от преобладающего характера этих изменений развивается дистония по гипотоническому или гипертоническому типу, а также, зачастую, по смешанному типу, когда состояния гипотонии и гипертонии перемежаются. В основе изменения артериального давления лежит уменьшение или увеличение сопротивления сосудов (спазм или релаксация) и повышение или снижение сердечного выброса (минутного объема кровотока). Эти изменения развиваются под влиянием длительного психоэмоционального напряжения, психической травмы, закрытой травмы головного мозга, нарушения питания, инфекции, перегревания, ионизирующих и неионизирующих излучений, некоторых химических соединений, физического перенапряжения (спорт).

Чаще всего больных беспокоят головные боли, головокружения, снижение работоспособности, раздражительность, дискомфорт в области сердца, иногда одышка, потемнение в глазах при быстрой перемене положения тела, длительном стоянии и продолжительной работе,

при согнутом положении тела, потливость, отрыжка, изжога, неустойчивый стул. Кисти и стопы холодные на ощупь и влажные, пульс учащен или реже обычного (норма – 60–80 ударов в минуту), дыхание больше или меньше 18–20 экскурсий в минуту.

Течение нейроциркуляторной дистонии разнообразно: быстро проходящая, стойкая, характерная «метеозависимость», ухудшение самочувствия под влиянием различных погодных условий, плохая переносимость жары или холода, иногда жалобы на давящие боли в сердце, одышку, особенно в возрасте старше 40 лет (когда эти приступы не снимаются приемом нитроглицерина и других нитратов).

### ***ЛЕЧЕНИЕ***

Лечение должно быть комплексным: регулирование труда и отдыха, психотерапевтическое воздействие, лечебная физкультура, дифференциальная медикаментозная терапия, включающая препараты, воздействующие на центральную и вегетативную нервные системы, тонус сосудов, работу сердца. Эффективным при данном заболевании является применение магнитостимулирующего аппликатора «ЦЕЛИТОН», который оказывает комплексное взаимосвязанное действие на указанные системы и органы, нормализуя состояние и работу организма как единого целого.

## **ГИПЕРТОНИЯ**

**Гипертония** – это стабильное повышение артериального давления вследствие нарушения деятельности систем, регулирующих уровень нормального артериального давления. Ведущая роль в развитии гипертонии принадлежит генетической предрасположенности, затрагивающей различные звенья систем регуляции артериального давления, то есть имеют место де-



фекты различных генов, отвечающих за состояние симпатической и парасимпатической систем, натрий-выделительной функции почек, тонуса сосудов и так далее.

В большинстве случаев эти дефекты достаточно долго компенсируются другими (полноценными) системами регуляции артериального давления. Длительность компенсации зависит как от степени генетических нарушений, так и от воздействия факторов внешней среды и образа жизни. Важнейшими из них являются избыточное потребление соли, ожирение, стресс, сахарный диабет, малоподвижный образ жизни, прием пероральных противозачаточных средств.

По мере прогрессирования заболевания развиваются структурные изменения и нарушение функции различных органов и систем. В первую очередь это относится к так называемым «органам-мишеням»: сердцу, сосудам головного мозга и сетчатке глаз, почкам и периферическим сосудам.

**Артериальная гипертония** может быть как первичным, так и вторичным заболеванием, развивающимся на фоне заболеваний почек, применения пероральных противозачаточных средств, заболеваний надпочечников. Гипертония может быть как следствием заболевания почек, так и фактором, нарушающим их функцию. Наиболее ранним маркером нарушения функции почек является появление белка в моче (микроальбуминурия). В дальнейшем происходит постепенное снижение почечной фильтрации и развитие почечной недостаточности.

Артериальная гипертония приводит к изменениям в сосудах, и, в первую очередь, это относится к сосудам глазного дна. Вначале наблюдается сужение и очаговый спазм артериол, затем могут появляться кровоизлияния, отек соска зрительного нерва. Кроме этого, страдают и сосуды нижних конечностей, в которых развиваются атеросклеротические изменения.

### **Категории нормального артериального давления (АД):**

- 1) Оптимальное АД – уровень АД менее 120/80 мм рт. ст., обеспечивающий минимальный риск развития сердечно–сосудистых осложнений.
  - 2) Нормальное АД – уровень АД менее 130/85 мм рт. ст.
  - 3) Высокое нормальное АД – уровень АД, при котором в эпидемиологических исследованиях установлено повышение риска развития сердечно–сосудистых осложнений.
- Артериальная гипертензия (гипертония) – стойкое повышение АД более 140/90 мм рт ст.

### **Степени повышения АД:**

- первая: АД 140–159 / 90–99 мм рт. ст.
- вторая: АД 160–179 / 100–109 мм рт. ст.
- третья: АД свыше 180/110 мм рт. ст.

### ***ЛЕЧЕНИЕ***

**Лечение гипертонии складывается из двух основных этапов: немедикаментозное лечение и медикаментозная терапия.**

Немедикаментозное лечение должно быть рекомендовано всем пациентам, независимо от тяжести гипертонии и необходимости применения лекарственных средств.

К немедикаментозным мерам, эффективность которых доказана в отношении снижения артериального давления и риска сердечно-сосудистых осложнений, относятся:

- отказ от курения;
- снижение избыточной массы тела;
- уменьшение потребления поваренной соли (сокращение потребления соли с 10 г до 4,5 г в день снижает уровень АД на 4–6 мм рт. ст.);

- уменьшение потребления алкоголя (не более 20–30 граммов чистого этанола в день для мужчин и 10–20 граммов для женщин);
- комплексная модификация диеты (увеличение потребления фруктов и овощей, продуктов, богатых калием, магнием, кальцием, рыбы и морепродуктов, ограничение животных жиров);
- увеличение физической активности (быстрая ходьба пешком, плавание в течение 30–45 минут 3–4 раза в неделю).

Также к немедикаментозным методам необходимо отнести лечение гипертонической болезни I–II стадии с помощью магнитостимулирующего аппликатора «ЦЕЛИТОН», который эффективно активирует через акупунктурные точки и биологически активные зоны механизмы, регулирующие уровень нормального артериального давления, восстанавливая взаимосвязь и целостность систем регуляции тонуса сосудов.

Медикаментозная же терапия показана больным, у которых немедикаментозные меры не привели к нормализации артериального давления, а также лицам, принадлежащим к определенным группам риска (ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, ожирение и т. д.).

## ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Это важнейшая группа заболеваний сердца первично вызывается недостаточностью коронарного (сердечного) кровообращения, поэтому ее можно объединить термином **«коронарная недостаточность»**, широко распространенным в практике. Распространение ее столь велико, а течение настолько опасно для здоровья и жизни, что именно эта болезнь, наряду со злокачественными новообразованиями, служит объектом наибольших усилий врачей и ученых в смысле ее природы и выработки мер борьбы с ней. Частота данной формы зависит от пола,

возраста, а также от профессиональных условий и других социальных факторов. У 50% мужчин 20–29 лет отмечается атеросклероз коронарных артерий. В возрасте 50–59 лет ишемическая болезнь сердца встречается в 19,5 % случаев, в том числе инфаркт миокарда – в 7,4%, стенокардия – в 11,5%. У мужчин в возрасте старше 60 лет инфаркт миокарда наблюдается в 3–4 раза чаще, чем у женщин. Если рассмотреть эти данные в зависимости от характера работы, то среди рабочих, лиц физического труда, инфаркт миокарда выявлялся более чем в два раза реже, чем у служащих, занятых умственной работой. Особенно часто инфаркт миокарда встречался среди научных работников. В более развитых странах мира инфаркт миокарда наблюдается чаще, нежели в менее развитых в отношении уклада современной жизни. Эту разницу объясняют различиями в условиях питания, степени нервного напряжения, которые играют важную роль в развитии коронарной болезни.

У 90–95% больных ишемической болезнью сердца находят атеросклероз коронарных артерий, что связано с повышением общего холестерина в крови и высоким уровнем липопротеинов низкой плотности. Кроме нарушения обмена липидов, значимая роль принадлежит нарушению целостности эндотелия (покров внутренней оболочки) сосудов и факторам свертываемости крови. Атеросклеротическая бляшка формируется постепенно, проходя несколько этапов в своем развитии. На начальных этапах отложения липидов просвет сосуда существенно не изменяется. По мере накопления липидов в бляшке возникают разрывы ее фиброзного (соединительнотканного) покрова, нарушается целостность эндотелия, что приводит к отложению тромбоцитарных агрегатов. На этом процесс может либо остановиться, либо послужить толчком к образованию тромба. Пристеночный тромб вновь покрывается эндотелием, бляшка стабилизируется, но степень стеноза (сужения) артерии увеличивается, а, соответственно, нарастают проявления ишемической болезни сердца. Однако в последнее время среди пищевых веществ подчеркивается значение не столько холестерина, сколько

нейтрального (обычно животного) жира, содержащего насыщенные жирные кислоты. В то же время питание растительными маслами, содержащими ненасыщенные жирные кислоты, уменьшает тенденцию к развитию болезни.

### **ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение ишемической болезни включает в себя общие рекомендации, диетотерапию, медикаментозную терапию. При хронических коронарных ишемических синдромах эффективно применение магнитостимулирующего аппликатора «ЦЕЛИТОН», который позволяет добиться всестороннего лечебного эффекта, мобилизуя резервы всего организма в целом, и снизить уровень медикаментозной нагрузки по мере достижения улучшения самочувствия и параметров работы сердца (согласно данным электрокардиограммы).

#### **Общие рекомендации:**

- прекращение курения;
- достижение идеальной массы тела;
- физические тренировки;
- гиполипидемическая диета;
- коррекция имеющихся нарушений липидного обмена (прием липидснижающих препаратов: статины, фибраты, никотиновая кислота и др.);
- контроль артериального давления на уровне не более 130/85 мм рт. ст.;
- контроль уровня глюкозы крови у пациентов с сахарным диабетом.

#### **Диетотерапия:**

– **рекомендуются:** фрукты, овощи, нежирное мясо (говядина, телятина; индейка, курица без кожи); рыба – вся «белая», кета, семга, горбуша; яичный белок (омлет), яйцо всмятку (два

раза в неделю); хлеб грубого помола, каши, отруби; молоко, кефир, сыры с низким содержанием жиров; заменить половину жиров растительными маслами.

– **не рекомендуются:** жирные сорта мяса – свинина, баранина, жирная говядина; крепкие бульоны, мозги, печень, почки, сало, паштеты; кожа и темное мясо птицы; сметана, сливки, сливочное масло, яичный желток, майонез; сдоба, торты, пирожные с кремом, шоколад; жирные сорта сыров, в том числе плавленных; из рыбы – осетрина, палтус, севрюга, икра; кофе, какао.

## СТЕНОКАРДИЯ

**Стенокардия** – это клинический синдром, проявляющийся рецидивирующими ощущениями дискомфорта в грудной клетке, обусловленными недостаточным кровоснабжением миокарда (ишемией). Основной причиной развития стенокардии является атеросклероз коронарных артерий. К другим причинам, которые встречаются значительно реже, относятся врожденные аномалии коронарных артерий, спазм коронарных артерий, тромбоэмболии, сердечные пороки, изменения миокарда, артериальная гипертензия.

**Ишемия** (кислородное голодание вследствие недостаточного кровоснабжения) миокарда (сердечной мышцы) возникает, когда потребность миокарда в кислороде превышает возможности коронарных (сердечных) артерий по его доставке. Это несоответствие может быть обусловлено сужением просвета коронарных артерий (атеросклероз, спазм, тромб и др.), а также увеличением потребности миокарда в кислороде, которое значительно возрастает при тахикардии, артериальной гипертензии, физической и психической нагрузке.

Стенокардия характеризуется болью за грудиной, которая носит сжимающий или давящий характер, возникает чаще всего после физической или психоэмоциональной нагрузки и длит-

ся от 1 до 15 минут. Боль может иррадиировать (отдавать) в левое плечо, верхние конечности, в спину, шею, челюсти. Она проходит в покое или после приема нитроглицерина. Кроме типичного болевого приступа, стенокардия может обнаруживаться появлением удушья или нехватки воздуха, которое также проходит в покое или после приема нитроглицерина.

### **ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение стенокардии включает общие рекомендации:

- прекращение курения;
- достижение идеальной массы тела;
- физические тренировки;
- гиполипидемическая диета;
- коррекция имеющихся нарушений липидного обмена (прием липидснижающих препаратов: статины, фибраты, никотиновая кислота и др.);
- контроль артериального давления на уровне не более 130/85 мм рт. ст.;
- контроль уровня глюкозы крови у пациентов с сахарным диабетом.

Применение в лечении стабильной стенокардии I–III функциональных классов магнито-стимулирующего аппликатора «ЦЕЛИТОН» на фоне медикаментозной терапии позволяет добиться всестороннего лечебного эффекта, мобилизуя резервы всего организма в целом, и снизить уровень медикаментозной нагрузки по мере достижения улучшения самочувствия и параметров работы сердца (согласно данным электрокардиограммы).

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА**

### **Р И Н И Т**

**Ринит – это острое и хроническое воспаление носовой полости.**

**Острый ринит** (острый насморк) в определенной степени условно делится на простудный и инфекционный (истинный) ринит. Последний встречается, как правило, при аденовирусной инфекции, гриппе, парагриппе, риновирусной инфекции, менингококковой инфекции, кори, скарлатине, дифтерии, гонорее.

**Различают 3 стадии острого ринита:**

1-я стадия – сухая; она характеризуется ощущением сухости и напряжения в носу, заложенностью носа, набухлостью слизистой оболочки.

2-я стадия – влажная; чувство заложенности носа нарастает, носовое дыхание резко нарушено, часто отсутствует, появляются обильные слизистые выделения из носа.

3-я стадия – нагноения; в этой стадии уменьшается набухлость слизистой оболочки, носовое дыхание улучшается, выделения становятся слизисто-гнойными, вначале в большом количестве, затем постепенно уменьшаются и наступает выздоровление. В общем процесс длится 7–8 дней.

Не всегда острый ринит заканчивается так благополучно, он может вызывать осложнения: нисходящее воспаление глотки, гортани, трахеи и даже пневмонию, а также синуситы, отиты, воспаление слезных желез, кожи преддверия носа.

Несмотря на возможные осложнения, острый ринит у взрослого человека не считается



очень серьезным заболеванием. Этого никак нельзя сказать об остром рините у маленьких детей, особенно у грудных, для них он является тяжелым заболеванием. Дело в том, что грудные дети не могут сосать, если у них отсутствует носовое дыхание. Кроме того, при ротовом дыхании ребенок заглатывает ртом воздух – аэрофагия, что вызывает вздутие живота, подъем диафрагмы, усиливающий затруднение дыхания.

**Хронический ринит** встречается довольно часто и в структуре всех заболеваний оториноларингологии занимает третье место после тонзиллитов и отитов.

**Хронический ринит принято делить следующим образом:**

**1. Катаральный ринит.**

**2. Гипертрофический ринит:**

- а) ограниченный;
- б) диффузный (распространенный).

**3. Атрофический ринит:**

- а) простой – ограниченный, диффузный;
- б) зловонный насморк, или озена.

**4. Вазомоторный ринит:**

- а) аллергическая форма;
- б) нейровегетативная форма.

Причины возникновения хронического ринита довольно многообразны. Это прежде всего инфекция, часто повторяющиеся острые риниты, заболевания околоносовых пазух, воздействие неблагоприятных метеорологических факторов, пыли, паров, газов, пыльцы различных растений, длительные застойные явления в слизистой носа при алкоголизме, хронических

заболеваниях сердца, сосудов, почек. В основе развития **вазомоторного ринита** лежат измененная реактивность организма, функциональные сдвиги в эндокринной, центральной и вегетативной нервных системах.

При **хроническом катаральном рините** свойственны жалобы на постоянные выделения из носа слизистого или слизисто-гнойного характера, попеременную заложенность то одной, то другой половины носа, появление затрудненного носового дыхания в горизонтальном положении тела, исчезающего с переменой положения или при физической нагрузке.

При **хроническом гипертрофическом рините** характерным является постоянное и обычно резко выраженное затруднение носового дыхания. В связи с длительно нарушенным носовым дыханием могут появляться головная боль, снижения обоняния, слуха, закрытая гнусавость.

При **простом атрофическом рините** характерны жалобы на сухость в носу, образование корок на слизистой оболочке, периодическое небольшое кровотечение из носа.

**Озена** характеризуется резкой атрофией не только слизистой оболочки, но и костного скелета полости носа; наличием в носу толстых корок со специфическим, крайне неприятным запахом; отсутствием обоняния (заболевание вызывается микроорганизмом – клебсиеллой озены).

Для **вазомоторного ринита** характерна триада симптомов: затрудненное носовое дыхание, обильные слизистые или серозные выделения из носа, приступы чиханья. Длительное отсутствие носового дыхания, обильное истечение слизи из носа нарушают сон, приводят к головной боли, отрицательно влияют на трудоспособность.

### ***ЛЕЧЕНИЕ***

Лечение при гипертрофическом рините хирургическое. При атрофическом рините исполь-

зуют капли, мази с размягчающими, дезинфицирующими свойствами. Лечение озоны проводится только под наблюдением ЛОР-врача во избежание развития осложнений. Лечение вазомоторного ринита включает назначение противоаллергических, сосудистых, нейротропных, сосудосуживающих препаратов, физиотерапию.

Применение магнитостимулирующего аппликатора «ЦЕЛИТОН» в лечении ринита оказывает всестороннее воздействие на механизмы развития заболевания и приводит к полноценному и стойкому лечебному эффекту.

## АНГИНА

**Тонзиллярная (миндальная) патология** является общемедицинской проблемой, она вышла за пределы оториноларингологии: разработка ее живо интересует терапевтов, педиатров, инфекционистов и ревматологов. Актуальность и социальная значимость данной проблемы определяется высоким и все более возрастающим уровнем заболеваемости ангиной (острым тонзиллитом) и хроническим тонзиллитом, особенно среди детей и взрослых наиболее трудоспособного возраста. Ангина по заболеваемости занимает одно из первых мест, хроническим тонзиллитом болеет 15,8% населения. Мало того, тонзиллиты могут вызывать тяжелые осложнения, привести к возникновению и ухудшению течения многих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой системы, дающих наиболее высокую общую смертность. Тонзиллиты играют определенную роль в развитии коллагеновых болезней (заболевания соединительной ткани – например, ревматические болезни).

**Тонзиллит** – это, прежде всего, инфекционное заболевание, причиной которого, чаще всего, является бета-гемолитический стрептококк группы А, значительно реже – стафилококк и другие микроорганизмы. Однако для возникновения тонзиллита необходимо изменение защитной реактивности организма. Поэтому определенное значение в реализации инфекции

имеют общая интоксикация, общее или местное охлаждение организма, нерациональное питание, неблагоприятные условия труда и быта, другие факторы.

**Тонзиллиты подразделяют на острые (ангины) и хронические.** Наиболее распространен хронический неспецифический тонзиллит, постепенно прогрессирующий от компенсированной формы к декомпенсированной, когда практически показана тонзилэктомия (удаление миндалин), поскольку тогда миндалины уже являются лишь очагом хронической инфекции и не несут защитной функции.

**Катаральная ангина** характеризуется преимущественно поверхностным поражением миндалин, которые оказываются несколько припухшими, сильно покрасневшими. Больные отмечают общую слабость, головную боль, боль в горле при глотании, иногда боль в суставах (при развитии иммунных осложнений). Температура обычно незначительно повышена, в части случаев имеют место ознобы. Катаральная ангина нередко предшествует более глубоким поражениям миндалин – лакунарной и фолликулярной ангинам. Длится катаральная ангина обычно 1–2 дня, после чего или переходит в другую форму (лакунарную, фолликулярную), или проходит. Катаральную ангину не следует смешивать с острым фарингитом, который сопутствует ОРЗ и характеризуется разлитым покраснением всей слизистой оболочки глотки, в том числе и небных миндалин.

**Лакунарная ангина** характеризуется наличием на фоне припухшей и покрасневшей свободной поверхности миндалин отдельных беловатых налетов, располагающихся в устьях лакун миндалин, иногда сливающихся и покрывающих значительную часть поверхности миндалин. Налеты не распространяются за пределы миндалин и легко снимаются, чем отличаются от пленок при дифтерии.

**Фолликулярная ангина** характеризуется преимущественным поражением в толще миндалин, в частности их фолликулярного аппарата. На фоне покрасневших и припухших минда-

лин видны множественные беловато-желтоватые, нечетко отграниченные, величиной с просяное зерно, точки, представляющие собой нагноившиеся фолликулы. Свободная поверхность миндалин приобретает вид «звездного неба». В дальнейшем гнойнички, постепенно увеличиваясь, могут вскрываться в полость глотки.

По сравнению с катаральной, лакунарная и фолликулярная ангины являются значительно более тяжелыми заболеваниями. Они обычно начинаются внезапным ознобом и сопровождаются высокой температурой (до 39–40 градусов), общей слабостью, головной болью, болью в горле, суставах и мышцах. Нередки жалобы на боль в области сердца, отсутствие аппетита, задержку стула. Зачелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. При обследовании в крови повышается количество лейкоцитов и их юных форм, в моче часто появляются белок и клетки крови.

### ***ЛЕЧЕНИЕ***

Больные катаральной, лакунарной или фолликулярной ангиной обычно подлежат лечению на дому. При тяжелом течении заболевания или развитии осложнений лечение проводят в инфекционном стационаре.

В первые дни заболевания необходимо соблюдать постельный режим, по улучшению состояния – домашний или палатный. Изоляция больного может быть осуществлена путем отгораживания его постели ширмой или подвешенной простыней, больному выделяется отдельная посуда, полотенце, плевательница.

Проблема заключается в адаптации возбудителей к применяемым лекарственным препаратам, развитию аллергических реакций к ним. Поэтому применение магнитостимулирующего аппликатора «ЦЕЛИТОН», способствующего активации и взаимодействию всех си-

стем организма в целом, приводит к полноценному лечебному эффекту без возникновения побочных реакций.

### Б Р О Н Х И Т

**Острый бронхит** – острое воспаление слизистой оболочки бронхов. Заболевание очень распространено в холодное время года, особенно в период эпидемических вспышек респираторных (дыхательных) вирусных заболеваний и часто являющееся осложнением их течения. В развитии острых бронхитов играют роль вирусные и бактериальные инфекции, аллергия, токсические влияния, химическое воздействие, физические факторы (низкая температура или горячий воздух в цехе), радиация. Наиболее частой причиной острого бронхита является вирусная или вирусно-бактериальная инфекция, микоплазмы, хламидии. У больных острым бронхитом наряду с вирусной инфекцией обнаруживаются пневмококки, микоплазмы, гемофильная палочка. Острый аллергический бронхит, как правило, наблюдается у лиц, наследственно предрасположенных к аллергическим заболеваниям и имеющих внелегочные (например, кожные) проявления аллергии.

Острый бронхит чаще возникает после перенесенного ОРЗ или одновременно с ним. Поэтому картина острого бронхита складывается из симптомов вирусной интоксикации и симптомов трахеобронхита. Это познабливание, повышенная температура тела, мышечные боли, покраснение зева, явления фарингита, надсадный мучительный кашель, резкая загрудинная боль, связанная с поражением трахеи. Течение острого инфекционного бронхита обычно легкое. Постепенно, в течение 2–3 недель стихает и полностью прекращается сухой кашель, уменьшается количество мокроты. Однако в некоторых случаях (особенно у ослабленных больных) острый бронхит может осложняться пневмонией (воспалением легких).

Картина хронического бронхита в значительной степени зависит от наличия или отсутствия обструкции (сужения) бронхов и степени ее выраженности. У многих хронический бронхит протекает относительно благополучно. Кашель, который возникает у них по утрам, рассматривается как утренний «туалет бронхов» и оценивается больным как естественное следствие курения и воздействия неблагоприятных факторов внешней среды. Кашель сопровождается небольшим выделением мокроты слизистого характера и существенно не отражается на работоспособности и жизнедеятельности. Некоторое ухудшение состояния может наблюдаться на фоне переохлаждения или ОРЗ, что сопровождается усилением кашля и количества отделяемой мокроты.

У меньшей части больных (25–30%) хронический бронхит протекает неблагоприятно: появляется и прогрессирует одышка, снижается устойчивость к физической нагрузке, развивается эмфизема (расширение) легких, появляются и прогрессируют симптомы дыхательной и сердечной недостаточности. Такая неблагоприятная динамика присуща больным с хроническим обструктивным бронхитом, который развивается, как правило, при сочетании врожденных дефектов органов дыхания и воздействия факторов внешней среды (курение, загрязнение атмосферного воздуха и т. д.).

## **ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение острого бронхита или обострения хронического бронхита проводится, как правило, в домашних условиях и включает в себя борьбу с вирусной интоксикацией (обильное питье, потогонные и жаропонижающие средства: малина, мед, липовый цвет, различные соки), а также поддержание дренажной функции легких (теплые ингаляции). Рекомендуются горчично-масляные обертывания, горячие ножные ванны, прием внутрь до 8–10 раз

в сутки отхаркивающих средств (настоев малины, мать-и-мачехи, фиалки, сока редьки), ингаляции (чеснок, лук).

Так как основная масса острых бронхитов обусловлена вирусами, то назначение антибиотиков в большинстве случаев не требуется. Однако при затяжном течении и появлении гнойной мокроты, выраженном обострении хронического бронхита возникает необходимость в их назначении.

Применение магнитостимулирующего аппликатора «ЦЕЛИТОН» в лечении острого бронхита или обострения хронического бронхита позволяет добиться комплексного взаимодействия со стороны всех систем организма в целом, что обеспечивает полноценный эффект лечения и мобилизует скрытые резервы дыхательной и иммунной систем.

## БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

**Бронхиальная астма** – это заболевание, в основе которого лежит хроническое воспаление дыхательных путей, сопровождающееся изменением чувствительности и реактивности бронхов и проявляющееся приступами удушья, астматическим статусом или, при отсутствии таковых, симптомами дыхательного дискомфорта (приступообразный кашель, слышимые на расстоянии хрипы и одышка).

Клиническая реализация (появление симптомов) биологических дефектов у больных осуществляется под воздействием факторов внешней среды. Условно можно выделить основные из них: аллергены, инфекция, профессиональные факторы, неблагоприятные метеорологические условия, лекарственные препараты.

Среди наиболее значимых аллергенов выделяют:

– бытовые аллергены;



- кожные (эпидермальные);
- пыльцевые;
- лекарственные;
- пищевые;
- клещевые (инсектные) аллергены.

У некоторых больных может развиваться бронхоспазм, обусловленный аспирином и другими нестероидными противовоспалительными препаратами из этой группы.

В механизме развития бронхиальной астмы основное значение имеет генерализованное (распространенное, общее) воспаление, развивающееся в стенках бронхов в результате как иммунных (аллергических), так и неиммунных реакций.

## **ЛЕЧЕНИЕ**

### **Основные цели лечения бронхиальной астмы:**

- добиться установления контроля над симптомами бронхиальной астмы;
- предупредить обострение бронхиальной астмы;
- поддержать функциональное состояние органов дыхания на максимально близком к нормальным величинам;
- поддержать нормальный уровень физической активности больных, включая возможность выполнения физических нагрузок;
- устранить отрицательное влияние лекарств на больных;
- предотвратить развитие необратимой обструкции (уменьшения просвета бронхов);
- предотвратить смерть от бронхиальной астмы.

### **Элиминационные мероприятия и питание больных бронхиальной астмой**

Термин «элиминация» происходит от латинского *eliminar* – изгонять, исключать. Элиминация аллергена или группы аллергенов является обязательным условием при лечении больных бронхиальной астмой после выявления причинных аллергенов. Эти мероприятия предусматривают предотвращение возможного контакта с предполагаемыми аллергенами.

Применение в лечении бронхиальной астмы легкой и средней степени тяжести магнито-стимулирующего аппликатора «ЦЕЛИТОН» позволяет добиться комплексного взаимодействия со стороны всех систем организма в целом, что обеспечивает полноценный эффект лечения и мобилизует скрытые резервы дыхательной и иммунной систем.

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

### **Г А С Т Р И Т**

**Хронический гастрит** – это хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, проявляющееся нарушением физиологической регенерации (восстановления) и вследствие этого атрофией железистого эпителия, расстройством секреторной (деятельность желез), моторной (работа мускулатуры) и инкреторной (выработка местных гормонов) функции желудка. Среди взрослого населения России распространенность хронических гастритов составляет 2,5%.

#### **Выделяют несколько основных типов гастритов:**

1) Тип А составляет 15–18% среди всех гастритов и представляет собой заболевание аутоиммунной природы (свой иммунитет разрушает железистые клетки эпителия желудка) и имеет генетическое наследственное происхождение. Характерно раннее развитие атрофии эпителия с преимущественной локализацией процесса в дне и теле желудка.

2) Тип В составляет 70% среди всех гастритов, связан с внедрением *Helikobakter pylori* (НР), который, колонизируя слизистую оболочку антрального (верхнего) отдела желудка, вызывает в этом участке хроническое воспаление.

3) Тип С составляет 15% среди всех гастритов. Выделяют рефлюкс-гастриты, при которых повреждение слизистой желудка обусловлено забросом кишечного содержимого и желчи в результате дуоденогастрального рефлюкса.

4) Выделяют также гастриты, ассоциированные с постоянным приемом медикаментозных средств, главным образом нестероидных противовоспалительных препаратов (найз, ди-

клофенак, мовалис). Для них характерно первичное поражение антрального (верхнего) отдела с последующим вовлечением слизистой оболочки и других отделов желудка.

Хронический гастрит существенно не сказывается на общем состоянии больных. Среди местных проявлений заболевания ведущее значение имеет желудочная диспепсия (расстройство пищеварения), проявляющаяся тяжестью и давлением в области желудка после еды, отрыжкой, срыгиванием, тошнотой, неприятным привкусом во рту, особенно по утрам, жжением в желудке и изредка изжогой. Больные обычно плохо переносят острую, грубую, жареную, копченую пищу. Острая приступообразная боль не свойственна хроническому гастриту, ее появление должно вызывать сомнение в обоснованности диагноза гастрита.

**Кишечная диспепсия** проявляется урчанием и переливанием в животе, метеоризмом (вздутием), нарушением стула (понос, неустойчивый стул, запоры). Склонность к запорам, изжога, отрыжка кислым чаще отмечается у больных хроническим, связанным с НР антральным (в верхних отделах) гастритом с высокой желудочной секрецией (повышенной кислотностью). Метеоризм, урчание в животе, склонность к послаблению стула, периодическая диарея (понос) после приема молока и жиров характерны для больных, страдающих распространенным гастритом с секреторной недостаточностью (пониженной кислотностью).

### **ЛЕЧЕНИЕ**

В фазе обострения гастрита назначают диету № 1а, обеспечивающую функциональное, механическое, термическое и химическое щажение желудка. Показано дробное 5–6-разовое питание. Исключаются продукты и блюда, оказывающие сильное раздражающее действие на слизистую оболочку (соленья, копчености, маринады, острые приправы, жареное мясо, рыба). Рекомендуется ограничить употребление соли, крепкого чая и кофе, исключить алкогольные напитки. Из медикаментозных средств назначают вяжущие средства, фермен-

ты, антигистаминные препараты, спазмолитики, поливитамины. Для лечения гастрита, связанного с НР проводится эрадикационная терапия, как при язвенной болезни желудка (с использованием антибиотиков и блокаторов протонной помпы), применяются растворы серебра с их эффективными вяжущим и антибактериальным действиями.

Применение магнитостимулирующего аппликатора «ЦЕЛИТОН» в лечении гастрита позволяет задействовать все регулирующие системы организма в целом, что приводит к полноценному лечебному эффекту и способствует профилактике данных заболеваний.

## ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки** – это хроническое, циклически протекающее рецидивирующее заболевание, признаком которого является язвенный дефект, возникающий в результате нарушения между активностью кислотного фактора и защитными возможностями организма. Язвенная болезнь относится к наиболее распространенным заболеваниям: в промышленно-развитых странах ею страдает 6–10% всего взрослого населения. Мужчины болеют чаще женщин (соотношение 4:1), хотя в последнее время отмечено увеличение заболеваемости среди женщин.

Имеются данные о роли *Helikobakter pylori* (НР), открытого в 1983 году и обнаруживаемого при язве двенадцатиперстной кишки в 95% случаев, при язве желудка – в 60–70%. НР является важнейшим местным фактором язвообразования, но для развития язвенной болезни, помимо микробного внедрения, необходимо и наличие других факторов: генетических, психоэмоциональных, нервно-гуморальных, алиментарных (пищевых).

По локализации выделяют язву желудка, двенадцатиперстной кишки, других участков пищеварительного тракта. По фазе течения различают: обострение (рецидивирующая язва,

хронический активный гастрит, чаще – активный гастродуоденит, которые связаны с действием *Helikobakter pylori*); ремиссию (рубцовая деформация желудка, двенадцатиперстной кишки). Характерные осложнения: кровотечение, перфорация (язва насквозь через стенку желудка), пенетрация (язва с внедрением в окружающие ткани), стеноз (сужение желудка), малигнизация (перерождение язвы в опухоль).

Наиболее частые симптомы язвенной болезни – это боли, характер которых зависит от локализации язвы, глубины язвенного дефекта и индивидуальных особенностей организма.

### **ЛЕЧЕНИЕ**

Диетические рекомендации при обострении заболевания предусматривают необходимость щадить слизистую оболочку желудка от механических (грубая пища), термических (горячая или холодная пища) и химических повреждений. Вне обострения рекомендуется исключить острую пищу, маринады, копчености. Больному необходимо запретить курить. Применение магнитостимулирующего аппликатора «ЦЕЛИТОН» в лечении язвенной болезни позволяет задействовать все регулирующие системы организма в целом, что приводит к полноценному лечебному эффекту и способствует профилактике данных заболеваний.

## ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ И ПОЛОВОЙ СИСТЕМ

### ПИЕЛОНЕФРИТ

**Хронический пиелонефрит** – инфекционно-воспалительное заболевание почек с локализацией воспалительного процесса в межтубулярной ткани (интерстиции) и в верхних отделах мочевыводящих путей. Инфекция мочевых путей встречается в популяции с частотой около 3%. У мужчин хронический пиелонефрит чаще выявляется в пожилом возрасте на фоне аденомы предстательной железы.

В развитых странах в 80% случаев возбудителем является кишечная палочка, в 10–15% – стафилококки. В России кишечная палочка встречается в 20–30% случаев, энтерококки – в 20% случаев, протей – в 10%, синегнойная палочка – в 10%, стафилококки – в 7%, смешанная флора – в 40%. Пути проникновения инфекции в почку: восходящий урогенный (основной), гематогенный (через кровь) и лимфогенный (через лимфатические сосуды). К неперенным условиям развития хронического пиелонефрита, помимо инфекции, относится нарушение оттока мочи (уростаз) на любом уровне.

#### **К уростазу приводят:**

- мочекаменная болезнь;
- аденома предстательной железы;
- аномалии развития почек;
- опущение почек (нефроптоз);
- пузырно–мочеточниковый рефлюкс (обратный заброс мочи);

- опухоли;
- патология уретры.

### **Факторы риска развития пиелонефрита:**

- сахарный диабет (способствует росту бактерий);
- хронические интоксикации;
- злоупотребление анальгетиками;
- длительное использование противовоспалительных средств (НПВП);
- стероиды;
- контрацептивы.

При отсутствии обострения хронический пиелонефрит может протекать практически бессимптомно, и можно выявить лишь отдельные признаки болезни. При обострении на первый план нередко выступают интоксикационный, болевой и дизурический (нарушение мочеиспускания) синдромы. Больные часто отмечают умеренные боли или зябкость в поясничной области, возможны ознобы, подъемы температуры тела. Нередки расстройства мочеотделения и мочеиспускания, такие как полиурия (увеличение суточного диуреза), никтурия (преобладание ночного диуреза), дизурия (расстройство мочеиспускания), поллакиурия (учащенное мочеиспускание).

Профилактика хронического пиелонефрита сводится к устранению причин, способствующих его развитию, особенно анатомической обструкции (нарушения проходимости) мочевых путей. При латентном (скрытом) течении пиелонефрита, стойкой клинической ремиссии, компенсированной артериальной гипертензии и отсутствии рецидивирующей лейкоцитурии (увеличения количества лейкоцитов в крови) достаточно 3–4 анализов мочи и контрольных осмотров врача в год.



Для стабилизации процесса важно соблюдение режима. Противопоказаны значительные физические нагрузки, при повышении артериального давления рекомендуется ограничение соли, исключаются блюда с большим количеством экстрактивных веществ.

### **ЛЕЧЕНИЕ**

В настоящее время отмечается рост резистентности (устойчивости) микрофлоры мочи к антибиотикам в связи с изменением биологических свойств микроорганизмов и продукцией ими ферментов бета-лактамаз, разрушающих антибиотики. Известно, что 20–71% штаммов кишечных палочек, 58–100% клебсиелл, 10–20% синегнойных палочек, 28% протей, 80% стафилококков продуцируют бета-лактамазы. В результате, например, резистентность кишечной палочки к ампициллину наблюдается у 50% больных.

До выделения возбудителя обычно назначается эмпирически «стартовая» антибактериальная терапия, высокоактивная в отношении кишечной палочки, так как именно она вызывает большинство случаев пиелонефрита.

Легкие формы хронического пиелонефрита (отсутствие выраженной лихорадки и признаков общей интоксикации, преобладание симптомов цистита над симптомами почечного поражения) лечатся амбулаторно. Показаниями для лечения в стационаре являются выраженная общая интоксикация, резкое повышение артериального давления, появление признаков хронической почечной недостаточности (нарастание уровня креатинина и мочевины в крови) и упорная лейкоцитурия (повышение количества лейкоцитов в моче), не поддающаяся лечению в течение 1–2 недель. При среднетяжелом, тяжелом течении необходимы инъекции антибактериальных препаратов до нормализации температуры тела, после чего переходят на пероральный (внутрь) прием.

Для улучшения микроциркуляции, улучшения оттока мочи, стимуляции иммунитета и для противовоспалительной терапии в стадии ремиссии хронического пиелонефрита применяют лечение магнитостимулирующим аппликатором «ЦЕЛИТОН».

## Ц И С Т И Т

**Цистит** представляет собой инфекционно-воспалительный процесс в стенке мочевого пузыря (преимущественно в слизистой оболочке) и является одним из наиболее частых урологических заболеваний.

Возбудителем цистита обычно является кишечная палочка, стафилококк, протей, стрептококк. Помимо бактериальных возбудителей, в развитии цистита играют роль микоплазмы, вирусы, хламидии, трихомонады, грибы рода **Candida** (дрожжевые грибы).

У мужчин цистит бывает значительно реже, чем у женщин, инфицирование мочевого пузыря может наблюдаться при воспалительных процессах в предстательной железе, семенных пузырьках, придатках яичка и в мочеиспускательном канале, а также при аденоме предстательной железы, которая нередко сопровождается хронической задержкой мочи.

Цистит сопровождается самыми разнообразными патологические состояния мочевых путей и половых органов и может явиться первым клиническим проявлением пиелонефрита, мочекаменной болезни и других урологических заболеваний. Так, хронический цистит сам может стать причиной воспалительного процесса в почках. Этому способствуют недостаточность замыкательного аппарата мочеточников, их отверстий и возникающие при этом пузырно-уретральные и мочеточниково-почечные рефлюксы (обратный заброс мочи), создающие условия для проникновения инфекции в почки. Поступление инфицированной мочи из мочевого пузыря в мочеточники и почки способствует развитию в них гнойно-воспалительного процесса.

## **ЛЕЧЕНИЕ**

Больному хроническим циститом из пищи следует исключить острые, раздражающие блюда и пряности. Рекомендуется молочно-растительная диета, клюквенный морс, кисели. Для повышения диуреза с целью ускорения выведения продуктов воспаления из мочевого пузыря необходимо обильное питье (щелочные воды и соки до 2 литров в сутки). Хороший эффект дают мочегонные средства: медвежий ушки, полевой хвощ, почечный чай, толокнянка, спорыш, брусничный лист. Также при хроническом цистите рекомендуется санаторно-курортное лечение: Железноводск, Боржоми, Саирме и др.

При хроническом цистите, который в большинстве своем является вторичным, решающее значение в лечении имеет устранение причин, вызывающих и поддерживающих воспалительный процесс в мочевом пузыре.

При лечении неосложненного хронического цистита вне обострения используется лечение магнитостимулирующим аппликатором «ЦЕЛИТОН» для уменьшения воспаления, улучшения кровообращения в стенках мочевого пузыря и для восстановления его естественного тонуса.

## **УРЕТРИТ**

**Уретрит** – воспаление мочеиспускательного канала (уретры) разделяют на инфекционный и неинфекционный. Инфекционные уретриты наиболее часто (95–97% от всех уретритов) обусловлены возбудителями заболеваний, передающихся половым путем:

- хламидиями (40–60%);
- уреаплазмами и микоплазмами (10%);
- гонококками (5–25%);

- трихомонадами (5–25%);
- гарднереллами, грибами рода **Candida**, вирусом простого герпеса I и II (58%);
- вирусом папилломы человека типа 6 (остроконечная папиллома).

Другие инфекционные уретриты обусловлены нисходящей уретрогенной инфекцией, исходящей из мочевого пузыря, почек, предстательной железы. Неинфекционные уретриты развиваются в результате воздействия физических, химических, механических раздражителей или вызываются аллергией, новообразованиями. Уретриты, вызванные хламидиями, трихомонадами, уреаплазмами, микоплазмами и гонококками называются специфическими, остальные уретриты – неспецифические.

### **ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение хронических неспецифических уретритов включает стимулирующую терапию, антибактериальную терапию и лечение магнитостимулирующим аппликатором «ЦЕЛИТОН» для улучшения микроциркуляции, улучшения оттока мочи, стимуляции иммунитета и для потенцирования противовоспалительной терапии.

## **ПРОСТАТИТ**

**Простатит** – воспалительное заболевание предстательной железы. Различают острый бактериальный простатит, хронический бактериальный простатит и небактериальный простатит, когда в результате имеющихся методов обследования определить возбудитель не удалось.

Возникновение бактериального простатита связывают с восходящей инфекцией мочеполовых путей и с забросом (рефлюксом) инфицированной мочи в протоки предстательной железы. Явление рефлюкса может наблюдаться во время любого повышения давления в уретре,

вне зависимости от его длительности. Наиболее частыми предрасполагающими факторами риска для развития простатита являются затруднение выхода мочи (обструкция) из мочевого пузыря в результате наличия сужения уретры, поствоспалительных рубцов уретры, камней или аденомы, а также недостаточное опорожнение мочевого пузыря в связи с другими причинами: цистит, диабетическая цистопатия, нарушение нервной регуляции мышечного тонуса стенок и сфинктера мочевого пузыря, травмы спинного мозга.

**Острый бактериальный простатит** – это наиболее очевидный для диагностики и лечения вариант простатита. Диагноз хронического бактериального простатита поставить сложнее, но он является наиболее частой причиной повторной мочевой инфекции у мужчин. Хотя при обоих патологических состояниях показана антибактериальная терапия, реально, к сожалению, ее получают менее 10–20% мужчин, у которых отмечается типичная симптоматика простатита. Подавляющее большинство больных мужчин образуют нечетко очерченную группу, которая плохо понята и не совсем верно очерчена врачами. Клинически у таких больных отмечается широкий спектр симптомов, включая боль и ощущение дискомфорта в нижних отделах спины, половых органах, яичках и прямой кишке. Эту картину часто сопровождают раздражительные и обструктивные (нарушающие проходимость) признаки, связанные с дисфункцией нижних отделов мочевых путей.

**Хронический простатит** примерно у 2/3 больных протекает бессимптомно. В других случаях отмечаются выделения из уретры по утрам, зуд, жжение, нити и хлопья в моче, произвольные учащенные позывы на мочеиспускание, боли в промежности и прямой кишке, отдающие в мошонку, половой член, поясницу. Также отмечаются расстройства половой функции, нарушения фертильности, невротические расстройства. Поскольку у больных хроническим простатитом имеется воспаление в протоках и семенных пузырьках яичек, то жалобы нередко бывают обусловлены этими сопутствующими поражениями. Хронический простатит может

осложняться нарушением оттока мочи в верхних мочевых путях, циститом, пиелонефритом, эпидидимитом (воспалением придатков яичка), появлением крови в сперме (гемоспермией), склеротическим сужением шейки мочевого пузыря, пояснично-крестцовым радикулитом и др.

### ***ЛЕЧЕНИЕ***

Лечение хронического простатита заключается в устранении возбудителя, восстановлении микроциркуляции и функции предстательной железы. Также необходимо избегать факторов, приводящих к развитию застойных явлений в простате, для чего рекомендуется:

- активный общий режим;
- лечебная физкультура;
- щадящее закаливание;
- профилактика переохлаждений;
- богатая витаминами пища;
- ограничение жидкости;
- исключение алкоголя.

В комплексном лечении курсом антибактериальной терапии, наряду с нормализацией функции кишечника и с устранением других причин, которые могут вызвать застойные явления в малом тазу, важное место отводится физическим методам лечения. Задачами физиотерапии являются: улучшение крово- и лимфообращения, активация тканевого обмена, ускорение рассасывания инфильтрата, устранение застойных явлений в самой предстательной железе, оказание противовоспалительного, противоотечного и обезболивающего действия, повышение сопротивляемости организма, восстановление функции простаты.

Для восстановления микроциркуляции и функции предстательной железы, уменьшения застойных явлений при хроническом простатите применяется лечебное воздействие магнитостимулирующего аппликатора «ЦЕЛИТОН», использование которого приводит также к всестороннему лечебному эффекту, обеспечивающему выполнение данных задач в комплексном лечении простатита, и активизации резервов всего организма в целом, способствуя максимальному восстановлению функции предстательной железы.

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

### **АРТРОЗ**

**Артроз** – медленно прогрессирующее заболевание суставов, характеризующееся износом суставного хряща и его разрушением с последующими изменениями подхрящевой кости и разрастанием мягких тканей внутри и вокруг пораженного сустава.

Артроз является самой распространенной болезнью суставов (60–70% среди других заболеваний суставов), его частота в популяции составляет 6,4%. Заболевание характерно для старших возрастных групп. Так, рентгенологические признаки артроза находят у 70–90% лиц старше 65 лет (из них жалобы предъявляют примерно 30%). Женщины болеют почти в 2 раза чаще мужчин.

По современным представлениям артроз является многофакторным заболеванием.

#### **Основными его причинами считаются:**

- чрезмерная механическая нагрузка хряща;
- снижение резистентности (устойчивости, сопротивляемости) хряща к обычной физиологической нагрузке.

#### **Факторами риска, способствующими развитию артроза, являются:**

- возраст;
- женский пол;
- наследственность;
- травма сустава в анамнезе;



- привычная перегрузка (например, профессиональная);
- ожирение;
- врожденная патология;
- предшествующее воспаление сустава (артрит);
- эндокринные нарушения.

В норме хрящ сустава состоит из клеток (хондроцитов), занимающих 1–10% его объема, и внеклеточного вещества (матрикса). Хондроциты обладают высокой синтетической активностью и вырабатывают все компоненты матрикса, основными из которых являются:

- 1) коллаген 2 типа;
- 2) сульфатированные гликозаминогликаны (хондроитинсульфат и др.);
- 3) гликопротеин.

Преобладание разрушения этих компонентов определенными звеньями иммунной системы и различными факторами, указанными выше, над процессами их восстановления ведет к разрушению хряща и формированию артроза. При воздействии неблагоприятных факторов наиболее ранними, как считается, и необратимыми проявлениями артроза являются «износ» коллагеновых волокон и разрушение коллагенового каркаса хряща.

## **ЛЕЧЕНИЕ**

Рекомендуется полноценное сбалансированное питание с достаточным количеством витаминов и минеральных солей (овощи, фрукты, ягоды в любом виде не менее 750 граммов в сутки). Снижение массы тела при ожирении. Кроме того, лечение артроза включает медикаментозное лечение, физиотерапию, лечебную физкультуру. Применение магнито-стимулирующего аппликатора «ЦЕЛИТОН» в комплексном лечении артроза способствует

обезболиванию, уменьшению воспалительных явлений, улучшению кровообращения в суставе, а также стимуляции восстановительных процессов в хрящевой ткани.

## ПОДАГРА

**Подагра** – заболевание, обусловленное **гиперурикемией** (повышенным содержанием мочевой кислоты во внеклеточных жидкостях организма), приводящее к отложению кристаллов мочекислото натрия (уратов) в тканях и проявляющееся:

- подагрическим артритом;
- тофусами (отложениями уратов в суставах, костной, хрящевой и мягких тканях);
- подагрической патологией почек (нефропатией).

Подагрой болеют преимущественно мужчины (95%) в возрасте старше 40 лет, она является самой частой причиной воспалительного артрита у мужчин этого возраста. Распространенность гиперуриемии в целом среди населения составляет 2–13,2%, подагры – 1,3–3,7%. Доля подагры среди других суставных болезней – около 8%.

Клинические (симптоматические) проявления подагры связаны с отложением в тканях кристаллов мочекислото натрия. Из-за низкой растворимости ураты легко выпадают в осадок при концентрации выше 0,42 ммоль/л. Кристаллизации их в крови не происходит, так как в крови содержатся вещества, увеличивающие растворимость уратов. Отложение кристаллов происходит главным образом в бессосудистых тканях (хряще) и в относительно слабо обеспеченных сосудами тканях (сухожилиях, связках), а также в мелких суставах и сильнее охлаждающихся местах (ушные раковины).

У некоторых больных приступ подагры бывает 1 раз в жизни, однако у 75% пациентов 2–й

приступ наблюдается в течение двух лет после первого. В межприступный период болей в суставах не отмечается. При тяжелом течении, особенно в отсутствие лечения, приступы подагры учащаются, увеличивается их продолжительность и развивается хронический полиартрит.

### ***ЛЕЧЕНИЕ***

Больным с подагрой **показана диета**, бедная пуринами, обильное (2–2,5 литра в сутки) щелочное (4 грамма соды на 1 литр воды) питье, ограничение жиров и отказ от алкоголя.

Из рациона следует исключить продукты, содержащие в 100 г больше 150 мг пуринов.

Лечение в период между приступами включает соблюдение диеты и прием средств, понижающих уровень мочевой кислоты в крови (аллопуринол и пробенецид).

В этот период эффективно применение магнитостимулирующего аппликатора «ЦЕЛИТОН», способствующего улучшению кровообращения в суставе, выведению солей уратов из тканей, уменьшению болей в суставе и стимуляции противовоспалительного процесса.

При успешном лечении приступы подагры прекращаются, а тофусы рассасываются.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	3
<b>ЛЕЧЕБНЫЕ ФАКТОРЫ</b> .....	8
ПОСТОЯННОЕ МАГНИТНОЕ ПОЛЕ .....	8
ЛЕЧЕБНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПОСТОЯННОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ .....	12
АКУПУНКТУРА И РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ .....	12
<b>ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ «ЦЕЛИТОНА»</b> .....	19
<b>ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ «ЦЕЛИТОНА»</b> .....	22
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ</b> .....	23
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ТИПА</b> .....	32
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА</b> .....	43
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ И ПОЛОВОЙ СИСТЕМ</b> .....	47
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА</b> .....	56