

Любое вещество
в окружающем нас мире
содержит йод —
пусть подчас
и в ничтожных количествах.
Все пронизано йодом:
твердая земля, горные породы,
и даже самые чистые кристаллы
горного хрусталя.
Эта книга откроет вам —
сказочные целебные
свойства йода.

ISBN 588801166-5



9 785888 011669

синий ЙОД



*традиции и методы применения
в лечебной практике*

синий ЙОД

традиции и методы
применения
в лечебной практике



Издательство

Издательство «Тимошка» СПб 2000

Оформление обложки:
Е. В. Конькова, О. Г. Рязанова

Филиппова И. А. Синий Йод.

Традиции и методы применения в
лечебной практике. —

СПб.: Изд. «Тимошка», 2000. — 224 с. —
(Кладовая солнца).

Поистине космическую роль йода в появлении, развитии и сохранении жизни на Земле не может взять на себя никакой другой элемент. Недостаток йода в организме может привести к целому ряду серьезнейших заболеваний. Как избежать этого, а также как правильно использовать лечебные препараты на основе йода вы узнаете из этой книги.

Для широкого круга читателей.

ISBN 5-88801-166-5.

© Издательство «Тимошка», 2000
© Филиппова И. А., 2000

Предисловие

Одно из самых жгучих воспоминаний детства — близкое знакомство с йодом при обработке коленок, содранных локтей и больших царапин. Мамы и бабушки обычно не жалеют этого дешевого и надежного средства и льют его обильно, с гарантией, не особо доверяя советам медиков: «Осторожно обработать края раны, не затрагивая саму раневую поверхность», преследуя сразу две цели: выработать рефлекс на излишнюю резвость и не допустить к ране ни малейшего микроба. При чем считается, что чем обильнее залить рану, тем надежнее. Это уже чисто русская особенность. Удержу мы ни в чем не знаем, даже в приеме лекарств.

Когда-то я была знакома с одним мужчиной, который начинал лечиться за-долго до болезни. Он старательно извлекал из прессы информацию о времени прихода гриппа, готовился к нему по своей программе: сначала проводил чесночную терапию, а затем для верности принимал антибиотики. Убедить его в том, что это не способствует повышению иммунитета, было невозможно. «Я же и в прошлом году не заболел, да и в позапрошлом переболел совсем ничего, легче всех», — это был его основной аргумент. А другой мой знакомый — юрист крупной петербургской газеты — смотрел на меня с сожалением и откровенно заявлял: «Вы, голубушка, бред пишете. Какая народная медицина, какие травы, какие яичные скорлупки в век электроники и развитой медицины? Чем я лечусь? Да уж не вашими советами, а антибиотиками. Простуда — тетрациклин, ангина — что-нибудь повэф-

фективнее. И детей тоже этим лечу. Как видите, здоров».

Да, действительно, они здоровы. Допускаю, что и дети их не страдают серьезными заболеваниями. Но неужели никого не настораживает, что у нас рождаются все более слабые малыши? Главврач одного из родильных домов Петербурга в ужасе мне говорила: «Считается, что сейчас бич — наркотики. Да, страшно. Такого количества рожениц-наркоманок раньше не было — 5—6 в неделю, рожденные дети начинают жизнь с “ломки”. Но я считаю, что страшнее другое: у нас сейчас нет здоровых детей, с первых дней жизни — невропатология, сниженный иммунитет, незрелость систем организма. Треть мамаш вообще не может кормить ребенка грудью, у половины молоко приходит на месяц-два. Каждая восьмая женщина бесплодна. И это не последствия экологии, как принято утверждать,

точно такое же положение в любом самом захолустном уголке, куда не проникли дымы промышленных труб. Это — антибиотики».

Почему опасны
антибиотики?



У меня заболел малыш: высокая температура, которую очень сложно сбить, рвота. Вирусная инфекция. Наш педиатр, человек грамотный и не чуждый новым веяниям, сказал: «Будем ждать. Организм должен сам справиться. Не хочется назначать антибиотики, сами знаете, что это такое и какие могут быть последствия». Ждем: инфекция опускается все ниже, малыш слабеет. «Давайте попробуем новый антибиотик — макропен, он сладкий, детишки пьют его без отвращения». Читаю инструкцию и прихожу в ужас: побочные действия — аллергическая сыпь, понос, одышка. На свой страх и риск я отказалась. К счастью, все обошлось.

К сожалению, очень часто врачи вынуждены назначать детям антибиотики, ведь альтернативы нет, нет препаратов с таким же противомикробным действием и без побочных результатов. Создают новые антибиотики, и сегодня их известно более двух тысяч.

Пенициллин

В 1940 году острая нехватка медикаментов, вызванная почти полной блокадой Британских островов немецкими подводными лодками, заставила врачей вспомнить о работах Флеминга, который в 1929 году обнаружил антибактериальные свойства плесени из рода *Penicillium*. Чейн и Флори в 1940 году выделили кристаллический пенициллин. В США сразу же организовали его промышленное изготовление. Так началась новая эра в медицине, эра блестящих достижений и горьких разочарований. Успех пенициллина был беспре-

цедентным. Человечество, казалось, торжествовало великую победу над инфекциями и смертью.

Сколько жизней во время войны спас этот антибиотик! Пенициллин полностью подавлял большинство стафилококков, стрептококков, пневмококков, гонококков, дифтерийную и столбнячную палочки, палочку сибирской язвы, газовой гангрены, бледную спирохету и много других патогенных микробов. Казалось, был, наконец, получен всемогущий противомикробный препарат, та «магическая пуля», о которой мечтал великий Эрлих.

Однако микробы, как и все живое в природе, чтобы существовать, вынуждены постоянно приспосабливаться к изменениям среды. Появление антибиотика в сфере обитания микроба резко меняет химический состав среды, к которой микроб должен приспособиться. Огромный опыт клинического применения антибиотиков и

сульфаниламидов показывает, что рано или поздно, и скорее рано, чем поздно, микробы приспособляются даже к самым активным компонентам окружающей среды, в том числе и ко всем антибиотикам и сульфаниламидам. Это общебиологическая закономерность.

Приспособляемость микроорганизмов удивительна и поистине безгранична. Есть микробы, которые могут жить в сильных ядах, например солях цианистой кислоты, встречаются и такие, которые живут в недрах атомного реактора. И ничего! Переносят радиацию отлично. Так что же удивительного в том, что микробы приспособляются к антибиотикам? Удивительнее тот фанатизм, с которым химики стараются найти универсальный антибиотик, к которому микробы сохраняли бы постоянную чувствительность. Но вновь получаемые синтетические пенициллины обладают той же токсичностью, что и

прежние, и так же создают устойчивые формы микробов. А аллергии на эти антибиотики растут с геометрической прогрессией. Перед врачами и химиками встает задача создания безаллергенных антибиотиков. Но таких антибиотиков химики пока не разработали. Как сказал один из знаменитых медиков: «Какие радужные надежды возлагались на пенициллин в борьбе с болезнями, которые вызывают стафилококки! Теперь же история пеницилина звучит, как повесть о потерянном рае».

Стрептомицин и тетрациклин

У моего знакомого врача был собственный рецепт лечения: при начинающейся простуде — четыре таблетки тетрациклина, спустя четыре часа — еще три, вечером — две. «Простуду как рукой снимает», — утверждал он. К счастью, по такой методике лечился только он сам.

не назначая ее своим пациентам. Но однажды он решил подлечить соседского мальчика, который заболел перед полугодовой контрольной. Реакция наступила как раз во время этого ответственного урока: на лице ребенка начали расплываться уродливые красные волдыри, кожа под волосами вспухла и выглядела красной отечной подушкой, глаза превратились в крохотные щелочки. А он молчал, боясь привлечь к себе внимание, и только дрожащими распухшими руками ощупывал обезображенное лицо.

Аллергия на лекарственные препараты — хорошо всем известная крапивница. Вероятно, она и названа так потому, что тело жжет, как крапивой, и волдыри те же — крапивные. Мальчика из школы отправили в больницу, поскольку опасались отека легких. Быстрого лечения простуды не получилось. На всю жизнь ребенок «заработал» аллергию на все ле-

карства — организм шутить не любит. Кого винить? Врача, который свято верит в антибиотики? Маму, которая привыкла доверять медицине и была абсолютно уверена, что вреда такое лечение не принесет? Аптеку, в которой без рецепта продаются антибиотики? Или медицину, которая выпускает в производство токсичные препараты?

Стрептомицин был получен ученым Ваксманом и его сотрудниками в 1943 году и оказался активным против возбудителей туберкулеза. Поразительный эффект был достигнут при лечении больных с тяжелой формой туберкулезного менингита, до той поры неизлечимого. Смертность от менингита снизилась на 50—70%. Однако, применение при лечении туберкулеза стрептомицина в больших дозах и в течение длительного периода позволило быстро выявить токсичность препарата. Уже в 1945 году Хишпоу и Фельдман сообщили,

что наиболее тяжелые осложнения при приеме стрептомицина — поражение черепно-мозговых нервов и связанные с этим нарушения вестибулярного и слухового аппаратов, часто приводящие к полной потере слуха. Кроме того, описаны и многие другие тяжелые поражения нервной системы — энцефалиты, психозы, невриты. Нетоксичные виды стрептомицина пока не созданы.

Препараты группы тетрациклинов также токсичны. И это доказано в замечательной работе двух соавторов Х. Х. Пландельса и А. М. Харитоновой. Они доказали несомненное влияние тетрациклинов на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, подтвердив это гистологическим анализом. И даже при введении тетрациклинов внутримышечно повреждения были лишь чуть меньше. Следовательно, тетрациклины действуют непосредственно через кровь на слизистые организма. Основные и

очень частые поражения организма при приеме тетрациклина таковы: язвенный стоматит, сопровождающийся жжением и сухостью во рту; у некоторых больных после 4—7 дней приема препарата развивается синдром с явлениями колита, болезненными дефекациями, слизью и кровью в испражнениях. В основе этих реакций — токсическое действие тетрациклиновых антибиотиков на слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта, а также повышенная чувствительность и усиленное размножение дрожжевых грибков, спровоцированное этим антибиотиком.

Аспирин

Нет такого человека, который ни разу не принимал бы аспирин — отечественный или иностранный аспирин-упса. Лет десять назад оздоровительные журналы пели оды и хвалебные гимны этому «уникальному лекарству»: и температуру он сни-

жует, и при простуде необходим. Доходило даже до того, что рекомендовали каждый день принимать по таблеточке аспирина для разжижения крови при склонности к варикозной болезни. Я специально пролистывала толстые журналы на медицинские темы, стараясь выловить информацию об опасности аспирина для организма (кстати, абсолютно доказанной еще тогда, в далеких пятидесятых), — и ничего не нашла. Поэтому люди и не знают, насколько этот препарат опасен и далеко не безвреден для организма.

У крыс и мышей, которым с шестого дня беременности давали с пищей аспирин в количестве 600—1200 мкг/кг, наблюдалась высокая, почти стопроцентная смертность внутриутробных плодов. А введение аспирина мышам на восьмом-десятом дне беременности приводило к расщеплению губы, твердого неба, микроцефалии.

Недавно я услышала совет своего лечащего врача-гинеколога: «Чтобы вены не вы-

ступали и не начался варикоз, попринимайте аспиринчик. Помогает». Врач ничего не знает о последствиях применения аспирина? Или не хочет знать? А ведь аспирин часто является причиной и астматического компонента у детей, и бронхиальной астмы у взрослых. Иногда бурный астматический приступ в течение нескольких минут развивается даже после приема небольших доз аспирина.

А привычка домохозяйек при консервировании овощей класть в банки по таблетке аспирина, чтобы те не взорвались? Еще в семидесятые годы в лабораториях Института Питания аспирин проверяли на токсичность, и был сделан безапелляционный вывод: препарат токсичен! Оказывается, в пищеварительном тракте аспирин почти не разрушается, а аккумулируется во внутренних органах, и его концентрация в конечном итоге может оказаться неподконтрольной организму.

Создается парадоксальная ситуация: токсичность антибиотиков не подлежит сомнению, и, тем не менее, они широко применяются в медицине!

Больше полувека медицина откровенно подрывает генофонд населения. Еще в пятидесятые годы многие ученые-медики открыто заявили, что медицина зашла в тупик, что нужны новые разработки. Замечательный ученый Владимир Онуфриевич Мохнач в то время проводил исследование йодполимеров — препаратов, которые по своим свойствам близки к антибиотикам и могут их заменить. Кроме того, они абсолютно безвредны.

Сегодня медицина использует очень мало препаратов на основе йода, хотя именно они считаются наиболее удачными. Вот наиболее употребляемые:

Йод — оказывает противомикробное действие; участвуя в синтезе тироксина, влияет на функцию щитовидной железы, усиливает

процессы диссимиляции, благоприятно действует на липидный и белковый обмен. Его принимают наружно в виде 5- и 10%-ного спиртового раствора как антисептическое, раздражающее и отвлекающее средство, а также внутрь по 0,02 г при атеросклерозе, хронических воспалительных процессах в дыхательных путях, при третичном сифилисе, гипертиреозе, эндемическом зобе, хронических отравлениях ртутью и свинцом;

йодонат — водный раствор комплекса поверхностно-активного вещества с йодом, содержит около 3% йода; обладает высокой бактерицидной активностью в отношении золотистого стафилококка, протей, синегнойной палочки; применяется как антисептик для обеззараживания кожи операционного поля;

йодопирин — смесь комплекса поливинилпирролидон-йода с йодидом калия; антисептическое средство; обладает бактерицидной активностью в отношении золотистого стафилококка, протей; приме-

няется в качестве кожного антисептика в комплексном лечении гнойных ран; используется в стационарных условиях;

йодоформ — трийодметан; применяется как антисептическое средство при лечении инфицированных ран и язв в виде присыпок, мазей;

йодинол — содержит 0,1 г йода, 0,3 г калия йодида, 0,9 г поливинилового спирта, до 100 мл дистиллированной воды. Это антисептический препарат йода с удлиненным действием; применяется при хроническом тонзиллите для промывания лакун и миндалин, при гнойных отитах для закапывания, при атрофических ринитах, трофических и варикозных язвах, гнойных ранах и ожогах.

Об *амилойодине* даже не упоминается. А ведь это очень перспективный препарат, который не имеет никаких противопоказаний и побочных действий. В народе его окрестили «синим йодом».

Йод



Йод был открыт в 1812 году французским химиком Б. Кутуа путем обработки серной кислотой золы морских водорослей. Об этом он сообщил своим друзьям Дезорму и Клеману, которые в 1813 году во Французской академии сделали доклад об открытии нового элемента.

Вскоре йод был подробно изучен английским химиком Г. Дэви и французским ученым Ж. Гей-Люссаком. Они установили, что по своим химическим свойствам йод сходен с хлором. Гей-Люссак дал новому элементу название «йод» за фиолетовый цвет его паров (jodes — по-гречески «фиолетовый»).

Свойства йода как микробиоэлемента были хорошо известны людям за тысячи

лет до открытия этого химического элемента. Еще Гиппократ указывал на целебные свойства морских водорослей при зубе. В китайском кодексе 1567 года до нашей эры содержатся рекомендации по применению морских водорослей при лечении зубной болезни.

В XIII веке нашей эры в Европе испанец Касамида открыл целебные свойства порошкообразной золы морской губки, которую он с успехом применял при лечении зоба.

500 лет назад в Китае и Японии жителям было приказано употреблять в пищу морскую капусту с целью сохранения здоровья. Нельзя не признать очень разумным этот указ, так как капуста содержит почти все химические элементы морской воды, важнейшим из которых является йод. Поэтому морской капустой тогда, как и теперь, с успехом лечили зоб, цингу, подагру, атеросклероз.

Применение природных продуктов, содержащих йод, таких как кресс-салат и белая водяная кувшинка, продолжалось до открытия йода Куртуа в 1812 году. Было сделано открытие: содержание йода в растениях зависит не от вида растений, а от места их произрастания.

Уже через 8 лет после этого Штрауб и Каунде ввели йод в клиническую практику при лечении зоба.

Лечебный успех йода произвел сильное впечатление. Йод начали применять без разумных на то оснований при лечении многих заболеваний. Больные носили кристаллы йода в ладанках, так как верили в его божественные лечебные свойства.

Неоправданное и неправильное применение йода, в ряде случаев со смертельными исходами, дискредитировало препарат. Так, в 1829 году Бертон применил пары кристаллического йода для ле-

чения туберкулеза легких. Вдыхание паров йода вызывало отек легких с явлениями некроза легочной ткани, что приводило к быстрой и мучительной смерти больных.

Всеобщее восхищение йодом сменилось резко отрицательным к нему отношением. Он был надолго забыт и в медицинской практике не применялся.

Однако спустя какое-то время врачи вновь вспомнили открытие Штрауба и Кунде и вернулись к лечению зоба посредством йодных препаратов. Для этих целей медиками обычно используется йодистый калий, препарат не самый удачный, так как организм не слишком охотно его перерабатывает. А вот йодистый крахмал намного легче — он абсолютно нетоксичен и не вызывает аллергических реакций.

Водные и спиртовые растворы йода стали применяться достаточно широко.

Николай Иванович Пирогов в 1865—1866 годах использовал йодную настойку при обработке ран. Затем в 1904 году русский военный врач Н. М. Филончиков с успехом обрабатывал глубокие раны 1%-ным водным раствором йода.

Широко применял 5%-ную йодную настойку в 1909 году И. И. Греков для многократной обработки запущенных инфицированных ран: «Вреда для больных от йода мы не видели, с применением йода в хирургии мы обрели уверенность при операциях». Впервые Греков обратил внимание на комплексное биологическое действие йода, так как при обработке флегмон и инфильтратов воспалительного характера происходило их частичное рассасывание или размягчение и отмечалось отграничение инфильтратов от здоровых тканей.

Водные и спиртовые растворы йода широко применялись во время Великой

Отечественной войны. Медики отмечали в своих научных трудах: «Единственным антисептическим средством, применяющимся на протяжении всей войны, был йод, введенный в медицинскую практику около полутора веков назад». А Мохнач делает вывод: «Это, конечно, самое широкое, строгое и трудное испытание лечебного и профилактического действия йода, а также самая высокая оценка его антисептических свойств».

При действии йода погибает почти вся известная микробная флора, несмотря на то, что живучесть и приспособляемость микроорганизмов поразительны.

Спиртовые настойки йода могут использоваться только для обработки кожных покровов или слизистых оболочек. О приеме внутрь эффективных доз йода не может быть и речи из-за его токсичности. Как сильнейший окислитель, йод повреждает или разрушает живые клетки.

Кроме того, он связывается с белками крови и образует необратимые соединения. Максимальная доза йода — 15 капель 5%-ной настойки.

В живом организме молекулы йода включены в высокополимерные комплексы и в такой форме являются физиологической частью организма. На основании многолетнего изучения различных соединений молекулярного йода с биологически-активными высокополимерными комплексами В. О. Мохнач установил, что молекулярный йод в комплексных соединениях с крахмалом обладает антимикробным, противовирусным и антимикотическим действием.

Исследования проводились в пятидесятые годы в Ленинграде: в больнице имени С. П. Боткина, в Ленинградском институте антибиотиков, на кафедре микробиологии Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института, в

отделе споровых растений Ботанического института имени В. Л. Комарова.

Почему йод считают одним из важнейших элементов, ответственных за жизнь на Земле?

Исследования французского химика Шатена показали, что йод в небольшом количестве содержится почти во всех природных телах планеты — в воде, почвах, минералах, растениях, животных.

Йод является крайне редким элементом, но, несмотря на это, присутствует всюду.

«Нет ничего в окружающем нас мире, где тончайшие методы анализа в конце концов не открыли бы несколько атомов йода. Все пронизано йодом: твердая земля, горные породы, и даже самые чистые кристаллы прозрачного горного хрусталя или исландского шпата содержат в себе довольно много атомов йода». Именно

поэтому А. Е. Ферсман назвал йод «элементом со сказочными свойствами».

Доказано ли научно, что йод способствует усиленному росту и долголетию?

Существуют гипотезы, которые пока нельзя ни опровергнуть, ни доказать. Наблюдения ученых над флорой и фауной прибрежных районов убедительно показывают, что йод способен творить чудеса. Например, в среде, насыщенной йодом, наблюдаются совершенно необычные формы жизни животных и растений. Так, например, позвоночные, обитающие в океане, имеют рекордный вес и высокую продолжительность жизни. Блювал (голубой кит) — самое крупное животное нашей планеты: его длина 30 метров, а вес — 150 тонн. Взрослый кит питается морским планктоном, содержащим йод, и крилем.

Долголетием и огромным весом отличаются морские черепахи и другие представители фауны моря. В прибрежной зоне префектуры Гифу, что находится на Японских островах, в пруду обитает карп-долгожитель, ему 250 лет. К возрасту карпа ученые относились с недоверием, считая это выдумкой или легендой. Но профессор М. Хиро из города Нагоя исследовал срезы чешуи карпа и подтвердил его возраст.

В Королевском саду океанского острова Тонга на 192-м году скончалась «знатная» черепаха, которая была подарена королю этих островов в 1777 году Джеймсом Куком. Крокодилы и черепахи живут по два-три столетия. В то же время их собратья ящерицы, живущие в среде, не насыщенной йодом, отличаются по размерам и по возрасту. Максимальный возраст ящерицы — два-три десятилетия.

Аналогичные явления наблюдаются и в растительном мире. В приморских областях высота хлебных злаков достигает 2,5 м, дикорастущие травы — 3—4 м. Вдоль тихоокеанского побережья Калифорнии произрастают исполинские секвойи, или мамонтовы деревья. Диаметр их стволов равен 10 м и более, а высота — 140—160 м. Средний возраст секвойи — 4,5 тысячи лет. А самые старые из них достигают возраста 6—9 тысячи лет.

Первое упоминание о секвойе датировано ноябрем 1969 года. Испанец Крапси, сообщая об открытии залива Сан-Франциско в Калифорнии, описал толстые, огромной высоты деревья, растущие на склонах Сьерра-Невады: «Это невероятные гиганты. В окружности они имеют по 30, даже по 40 м. Ствол такого дерева не обхватят ни 5, ни 10, ни даже 20 человек с вытянутыми руками». Но

тогда ему никто не поверил, и его донесение вскоре было забыто.

Дальнейшие известия о фантастических деревьях появились только в 1848 году. Английский путешественник и ботаник В. Лебб был потрясен, увидев гигантские деревья Санта-Крус, южнее Сан-Франциско. Он насчитал свыше 90 невероятно толстых и мощных деревьев высотой более 100 м.

Однако европейские ученые неохотно верили полученным сообщениям и продолжали сомневаться в существовании мамонтовых деревьев. В 1875 году на выставке в городе Филадельфии был показан отрезок ствола одного такого дерева диаметром 10 м.

Американские газеты заявили, что это обман, так как таких огромных деревьев не бывает. Даже вещественный экспонат — отрезок ствола — не поколебал мнения консерваторов.

Лес, открытый Леббом, растет и поныне. Его называли мамонтовым лесом, а деревья, растущие в нем, — секвойями.

«Единственным необходимым условием для произрастания этих исполинских деревьев является морской туман, содержащий пары йода», — утверждает В. О. Мохнач. Граница морского тумана на тихоокеанском побережье распространяется на 30—35 км в глубь материка — это как раз и есть та прибрежная зона, в которой произрастают секвойи.

При изучении содержания йода в морских растениях и животных обращает на себя внимание их способность поглощать из морской воды йод в большом количестве и прочно его удерживать. Йод, содержащийся в животных и растительных организмах, является необходимым биологическим компонентом для их жизнедеятельности.

Ученые сразу же наткнулись на удивительные примеры, которые показывают,

насколько йод необходим живым организмам. Например, сравнивались коровы остфризской породы, разводимые в приморских районах и районах, удаленных от моря и, следовательно, содержащих мало йода. Так вот, приморские коровы достигали веса 750—800 кг, молока от них получали около 10 тысяч л в год, кроме того, они отличались и завидной плодовитостью. Коровы той же породы, но живущие в глубине материка, высокими показателями явно не отличаются: вес 300—400 кг, надой в 10 (!) раз меньше. К тому же молодняк этого скота хил, страдает желудочно-кишечными заболеваниями, дающими высокую смертность. Во взрослом состоянии этот скот подвержен различным заболеваниям, то есть йодная недостаточность дает себя знать в полной мере.

Для чего нужен йод в организме?

В. О. Мохнач охарактеризовал зна-

чение йода как микроэлемента следующими словами: «Интересно представить себе, как изменилась бы наша жизнь (если вообще было бы возможно ее существование) в том случае, если бы некоторые элементы стали неустойчивыми. Так, например, одним из элементов, для которого существует один только устойчивый изотоп, является йод. Этот элемент входит в состав тироксина — гормона щитовидной железы, являющегося жизненно необходимым для регуляции роста организма и скорости процессов обмена веществ. Трудно даже представить, какую форму приняла бы жизнь позвоночного животного, если бы в природе отсутствовал этот элемент». Действительно, поистине космическую роль йода в появлении, развитии и сохранении жизни на Земле не мог и не может взять на себя никакой другой элемент.

Организм, а особенно организм человеческого, настолько идеально сотворен и сбалансирован, что диву даешься. Регенерация тканей — чем не чудо? Хотя мы к этому относимся абсолютно спокойно. Привыкли. А откуда организм знает, где произошло повреждение, и как он отдает приказы на восстановление? К малейшей царапинке тут же устремляются клетки-бойцы, чтобы обезвредить пришельцев-микробов, а затем здоровые клетки начинают делиться, делиться и делиться, чтобы «залатать» крепостные стены организма. Только строительный материал подавай.

К чему может привести недостаток йода в организме?

Этот недостаток может привести к целому ряду серьезнейших заболеваний, среди которых — эндемический зоб — нарушение функции щитовидной железы. А функция этой железы — выброс в

кровь тироксина и трийодтиронина — гормонов, содержащих йод. Физиологические функции, регулируемые этими гормонами, очень многообразны. Они контролируют функционирование всех систем организма, скорость метаболизма, теплообразование, рост и развитие, жировой и углеводный, а также белковый обмен, обмен витаминов, жирных кислот, холестерина, превращение каротина в витамин А, водный и электролитный обмен.

Из этого перечня функций понятно, какую огромную роль играют они в организме, и почему нарушение функции щитовидной железы приводит к тяжелейшим расстройствам или даже к гибели организма.

Первое исследование 28 больных кретинизмом в горном районе Эквадора было проведено медиком Даджем. У 23 человек был зоб, иногда огромных размеров. Все больные были низкорослыми (115—145 см)

и умственно отсталыми. Больше половины из них не могли справиться с заданиями, выполняемыми нормальным двухлетним ребенком. У 27 были нарушения речи и слуха, а у 17 — полная потеря слуха, у 23 — нарушена координация движений. Все больные обладали прыгающей походкой, и никто из них не мог двигаться друг за другом.

Это реальное описание клинической картины эндемического кретинизма, которое появляется только в связи с эндемическим зобом. Считается, что оно возникает в результате отсутствия гормона щитовидной железы в критический период созревания плода. В более легких случаях это зоб, диспепсия, токсикозы беременности, недостаток молока у кормящих матерей, гормональные недостаточности, атеросклероз.

По всей России, а также по всему бывшему Союзу: в Белоруссии, Закар-

патье, Забайкалье, на Кавказе, Урале; Алтае, в Прикарпатье, на Дальнем Востоке, в среднеазиатских республиках, Карпатских горах, в Татарии, Московской, Ивановской, Калининской, Новгородской, Новосибирской, Тюменской областях — при хронической йодной недостаточности практически у всех жителей увеличена щитовидка, и практически у всех постоянное состояние усталости, частых депрессий, раздражительности. Все это проявления ненормальной работы щитовидной железы.

*Петербург — город приморский.
Почему же Ленинградская область считается неблагоприятной, то есть наличие недостатка йода в почве и воде?*

Вблизи моря содержание йода неизмеримо больше и в почве, и в воде, и в воздухе, но такое высокое содержание йода сохраняется на узкой (не больше

5—7 км) прибрежной полосе. Чем дальше вглубь, тем меньше содержание йода.

Объясняется это и тем, что в Ленинградской области обычно выпадает много атмосферных осадков, а следовательно, велика заболоченность почвы, количество йода в таких почвах крайне мало. Но даже по области велика амплитуда колебаний содержания йода, например, в воде и молоке.

Город	Содержание йода	
	в воде (мкг/л)	в молоке (мкг/100 г)
Приозерск (150 км от Балтийского моря)	0,5—1,3	0,1—0,4
Санкт-Петербург (в прибрежной полосе)	1,2—2,3	0,1—0,4
Петродворец (на берегу моря)	2,5	0,1—0,4

И это, кстати, очень низкие показания, намного ниже, чем в других областях, например, на Украине или в Крыму, находящихся в непосредственной близости от Черного и Азовского морей. Содержание йода в продуктах также очень разнится.

Продукт	Содержание йода (мг%)	
	Крым	Санкт-Петербург
Картофель	98,3	4,9
Свинина	62,0	16,7
Рожь	30,6	8,3
Горох	11,5	4,0
Овес	23,7	20,0
Яйца	106,8	38,7

Недостаток йода в нашей области никогда не был секретом: медики всегда говорили, что щитовидка увеличена у каждого второго жителя Ленинградской об-

ласти — и у взрослых, и у детей. Следовательно, нарушена функция железы.

Как восполнить недостаток йода в организме?

Нужно есть продукты моря: креветки, крабов, лангустов, рыбу, морскую капусту. В молоке, злаковых, фруктах или овощах йод может содержаться в достаточной мере, но его может в них и не быть. Все зависит от того, в какой местности выращивались растения или паслись коровы. Если в почвах и воде — недостаток йода, значит, эти продукты также не будут насыщены йодом.

В приморской полосе и злаки, и овощи, и фрукты буквально напоены йодом. Вот почему отдых в Крыму целебен не только из-за жаркого солнышка, он пополняет йодом запасы организма.

Йод — настолько капризный мик-

роэлемент, что даже в пределах одного вида (например, водоросли) он бесконечно варьируется. Так, например, по наблюдениям ученых, в популярной водоросли ламинарии (*Laminaria japonica*) вблизи Владивостока содержится около 0,2% йода (в сухом веществе), в Татарском проливе — 0,3%. В филофоре (*Phyllophora gibbens*) вблизи Севастополя содержится 0,1% йода, а в открытом море — 0,3%. Содержание йода меняется не только по мере удаления вида от берега моря, но зависит также от глубины места его обитания. Разным вертикальным зонам соответствует различное содержание йода: чем глубже живут водоросли, тем больше йода они содержат. У водорослей, выросших у берегов Калифорнии, только на глубине 10 м содержание йода увеличивается в 10 раз, а в Баренцевом море на больших глубинах может увеличиваться и в 400 раз.

Насыщение йодом организма может производиться несколькими путями.

1. *Употребление йодсодержащих продуктов.* Йод в этом случае усваивается полностью. Но эта рекомендация для многих просто невыполнима или из-за дороговизны морепродуктов, или из-за их отсутствия. К тому же жителям Петербурга и области необходимо потреблять достаточно большой объем морепродуктов, чтобы хотя бы частично насытить организм. Например, каждый день желательно съедать по банке морской капусты и по 200 г креветок. И так в течение года.

Наиболее доступна, пожалуй, морская капуста. Она продается везде, да и цена ее невысока. Заставить себя полюбить морскую капусту достаточно просто — нужно научиться ее правильно готовить. К своеобразному вкусу привыкаешь очень быстро, а запах можно заглушить специями.

Галина Шаталова предлагает использовать морскую капусту в соусе, которым можно заправлять любые блюда:

1 стакан сушеной морской капусты
2,5 стакана кипятка
3 столовых ложки семян кориандра
1 столовая ложка семян тмина
5—6 зерен душистого горошка
2—3 бутона гвоздики
10—12 среднего размера головок репчатого лука
100—150 г подсолнечного или кукурузного масла

Сушеную морскую капусту удобнее всего из аптечного пакета высыпать в литровую банку, залить крутым кипятком, накрыть салфеткой и в течение нескольких часов дать набухнуть. Перемолоть все пряности, смешанные вместе, в кофемолке. Пряную муку всыпать в

набухшую капусту и тщательно перемешать. Головки лука очистить и нашинковать как можно мельче. Если вы любите чеснок, можно добавить 4—5 зубчиков. Лук тщательно вмешать в соус, добавить растительное масло по вкусу. Вымесить ложкой, как бы вбивая воздух в соус. На следующий день соус готов. Он может храниться в холодильнике в течение 10—15 дней, но каждый раз при употреблении его можно видоизменять. Выложите порцию, которую вы хотите израсходовать, в салатную вазочку или просто в глубокую тарелку и смешайте со стаканом мелко нашинкованной зелени.

За границей очень популярны кресс-салат и белая водяная кувшинка, о способах приготовления которых мало знают наши соотечественники. Из обычных фруктов и овощей наиболее «полны» йодом виноград, чеснок, редис,

Таблица 1. Содержание важнейших элементов в продуктах

Продукт	Железо	Медь	Кобальт	Йод	Фтор	Марганец	Цинк
Абрикосы	650	140	2	1	11	220	82
Апельсины	300	67	1	2	17	130	200
Баклажаны	600	135	1	2	—	210	290
Виноград	600	80	2	8	12	90	91
Вишня	500	100	1	2	13	80	150
Горошек	700	75	2	5	10	675	318
зеленый							
Груши	450	120	10	1	10	165	190
Дыня	1000	47	—	2	20	135	90
Земляника (садовая)	1200	125	4	1	18	200	97

Продолжение таблицы 1

Продукт	Железо	Медь	Кобальт	Йод	Фтор	Марганец	Цинк
Капуста (бело- чанная)	625	75	6	3	10	170	400
Картофель	900	140	5	5	30	170	360
Крыжов- ник	850	130	—	1	12	45	90
Лук (перо)	1000	92	7	—	—	—	300
Морковь	700	80	2	5	55	200	400
Огурцы	600	100	—	3	17	180	215
Перец сладкий	750	100	—	3	7	160	440
Персики	610	50	—	2	22	140	100

Помидоры	900	110	6	6	20	140	200
Редис	1000	150	3	8	30	150	200
Салат	600	120	4	8	28	300	270
Свекла	1400	140	2	7	20	660	425
Сливы	550	87	1	4	2	110	110
Смородина черная	1300	130	—	1	17	180	130
Тыква	800	180	1	1	16	40	240
Фундук	3000	1125	12	0,2	17	4200	2440
Чеснок	1500	130	9	9	—	810	1025
Яблоки	630	110	—	2	8	47	150

свекла. Впрочем, более подробно о том, какой овощ или фрукт содержит йод, можно узнать из таблицы.

2. Прием рыбьего жира. Употребление морской рыбы еще не дает гарантии того, что там достаточно йода. К тому же нужно полностью перейти на рыбную диету, чтобы насытить йодом организм. Даже для большого любителя рыбы это слишком. А в рыбьем жире йода достаточно большое количество, потому что его содержание зависит не от вида рыбы, а от ее жирности. Йод скапливается в рыбьей жировой прослойке, и употребление рыбьего жира будет полезно насыщением и витамином D, и йодом.

Понятие «жирная рыба» относится далеко не к каждой даже хорошо откормленной рыбешке. Например, маленькая и худенькая рыбка хамса, пойманная осенью

в Керченском проливе, содержит до 28% жира, а огромная треска — не больше 3%. Самые тощие представители рыбьего царства: минтай, бычки, камбала, треска, судак, хек, щука, карась, окунь. В них содержится всего 3% жира (а в филе судака — даже меньше 1%), и поэтому они — идеальный продукт для диетического питания. А вот в белорыбице и в любимых гурманами угрях и миногах — больше 30%! В середине прошлого столетия миногу использовали вместо... салных свечей. Замороженная минога с пеньковым фитилем с успехом заменяла лучину в избах крестьян. Рыбий жир почти на 95% усваивается организмом.

Американцы провели серьезные исследования рыбьего жира и убеждены, что он не только помогает в накоплении жира, но и предотвращает многие болезни, не позволяет организму стареть раньше времени.

Большая часть положительных свойств рыбы приписывается высокому содержанию уникального жира — жирных кислот типа омега-3. Эти кислоты, кроме всего прочего, помогают снизить образование похожих на гормоны веществ под названием простагландины, которые могут вызывать воспалительные процессы, разрушать артерии и суставы, быть причиной рака и общего нарушения функционирования клеток. Один из способов, с помощью которого кислоты омега-3 это делают, — замещение большого количества вредных кислот омега-6, которые находятся в кукурузном и подсолнечном масле и являются готовыми фабриками окисления для свободных радикалов.

Если в вашем организме слишком много кислот омега-6 и слишком мало кислот омега-3, жиры типа омега-6 преобладают и управляют деятельностью клеток, вызывая большие разрушения. Многие

специалисты считают, что болезни выходят из-под контроля, потому что обычно мы едим в среднем в 10 раз больше разрушительных жиров омега-6, чем жиров омега-3. Исследования на животных показали, что жирные кислоты омега-3 помогают повысить активность антиоксидантного фермента, а кислоты омега-6 снижают ее.

Рыбий жир последовательно уменьшает размеры опухолей у животных, их количество и тенденцию распространяться, то есть является полной противоположностью кукурузному маслу.

Чтобы ввести в организм достаточное количество рыбьего жира, ешьте рыбу. Рыба с наибольшим содержанием жирных кислот омега-3 — это макрель, анчоусы, свежая и консервированная сельдь, свежий и консервированный лосось, консервированные сардины, свежий тунец. Умеренное количество жира

содержится в палтусе, белом тунце, полосатом окуне, корюшке, устрицах, меч-рыбе, радужной форели. Ешьте сардины, консервированные в воде или в собственном соку, а также рыбу без добавления большого количества жира, например, майонеза, сливочного масла или сметанного соуса. Такие продукты перегружают клетки вредными жирами, что приводит к большим повреждениям, а также лишает рыбу части ее пользы. Глубокая жарка также не рекомендуется.

Особенно избегайте употреблять в пищу жирные кислоты омега-6, которые содержатся в кукурузном и подсолнечном маслах. Они нейтрализуют полезный эффект, который оказывают рыбные продукты на клетки, потому что являются источниками свободных радикалов.

Помните также, что употребление в пищу большого количества жирной рыбы

усиливает любое кровотечение и может понизить иммунитет. Не налегайте на жирную рыбу или капсулы рыбьего жира, если вы принимаете антикоагулянты или какие-либо лекарства, разжижающие кровь. Если вы едите рыбу каждый день, непременно принимайте капсулы витамина E (200—400 МЕ в день), чтобы обеспечить оптимальное функционирование иммунной системы.

Доктор Александр Лиф, профессор по профилактической медицине в школе общественного здоровья при Гарвардском университете, утверждает, что предпочтительнее есть рыбу, но можно также принимать до 1 г (1000 мг) рыбьего жира омега-3 ежедневно в капсулах. Если вы принимаете капсулы рыбьего жира, не забудьте употреблять витамин E, который необходим организму, чтобы поддерживать иммунную систему. Большие дозы рыбьего жира

можно вводить в организм только под наблюдением врача.

Вы можете получать жизненно важные жиры омега-3 из некоторых растительных продуктов. Особенно высоким содержанием отличается масло из пророщенной пшеницы, грецкие орехи и соевые бобы, портулак (дикая зелень, которую можно найти в некоторых магазинах здорового питания) и льняное масло.

Растительные жиры омега-3 — это альтернатива рыбьему жиру, особенно если вы вегетарианец, но они менее биологически активны, чем омега-3 в рыбьем жире.

Жирные кислоты омега-3

в растительной пище

Продукт	Среднее содержание (г/100 г)
Масло из пророщенной пшеницы	6,9

Орехи серые калифорнийские	8,7
Масло из грецких орехов	10,4
Льняное масло	53,3

Не забывайте, что есть жирную рыбу нельзя тем, кто страдает от болезней печени или поджелудочной железы. А вот для язвенников — это хороший вариант: рыба усваивается намного лучше, чем постная телятина или даже диетическая птица.

Чтобы насытить себя йодом, лучше всего есть морскую вяленую рыбу или свежепросоленную — при тепловой обработке йод разрушается.

3. Прием йодсодержащих продуктов. Эти продукты йодируются искусственно. Обычно советуют применять йодированную соль, но пользы такая соль практически не приносит.

...да, когда всерьез задумались над проблемой нехватки йода в организме, медики разработали программу по введению йода в продукты питания. Появилась первая йодированная соль, которая продавалась в магазинах и рекомендовалась исключительно всем. Но во всем мире отказались от ее производства, потому что уже через три месяца употребления такой соли потери йода организмом составляют 60—100%, а через полгода даже следов йода не остается. Если учесть, что соль очень долго хранится на складах, затем в магазинах, а потом и дома, потому что, как вы понимаете, использовать ее сразу крайне затруднительно, то эффективность ее приема сводится к нулю. Кроме того, неприятный горький вкус йодированной соли отпугнет кого угодно: дети не едят пищу, приготовленную с такой солью, у беременных она

вызывает тошноту. К тому же йодированная соль подвергается резким термическим воздействиям, что, конечно, сводит на нет поступление йода в организм.

Пытались вводить йод в кондитерские изделия, используя для этого морскую капусту. Однако вкус изделия значительно менялся, и далеко не в лучшую сторону, а незначительная добавка не играла никакой роли.

За рубежом пытались йодировать растительное масло — масло, полученное из семян мака, которое медленно освобождает йодид. Кларк и Винников в 1960 году применяли его для инъекций людям с эндемическим зобом в Папуа и Новой Гвинее. Из 61 больного с огромным зобом у 60 человек зоб уменьшился через 3 месяца.

Введение йодированного масла за один год снизило распространенность зоба

раза. Однако введение препарата путем внутримышечных инъекций очень дорого и достаточно долго. Поэтому со временем от него отказались.

В СССР пытались внедрить разработанный В. О. Мохначом метод йодирования пищевых продуктов путем введения в него «синего йода», то есть йодистого крахмала.

Первые продукты, выпущенные Донецкой кондитерской фабрикой и обогащенные йодом, — мармелад с фруктовыми добавками, пастила, зефир и драже. Вкус этих продуктов оставался неизменным, они долго хранились в упакованном виде и не теряли своих свойств, к тому же их очень любили дети. Продукция пользовалась спросом и продавалась в течение 3—4 лет, потом этот процесс посчитали затяжным и не оправдывающим затрат и отказались от него. Хотя йодирование, наоборот, уде-

шевляло продукт за счет того, что часть сахара заменялась крахмалом — более дешевым продуктом. Приводились даже цифры реальной экономии: на каждой тонне драже с йодистым крахмалом сберегалось 52 рубля 71 копейка, зефира — 172 рубля 69 копеек, пастилы — 242 рубля 38 копеек. Это должно было вызвать заинтересованность предприятий. Должно было, но не вызвало.

Объяснить этот феномен не под силу обычному человеку, не знающему законы советской экономики. Метод не получил распространения, а медики не стали настаивать. Все было забыто. И действительно больно читать следующие строки: «История борьбы человека с йодной недостаточностью заключает немало парадоксов. Тысячи лет назад люди успешно пользовались продуктами моря, содержащими неизвестное вещество, которое обладало профилак-

болезня неизвестного происхождения. В течение тысяч лет неизвестное лечили неизвестным. Несмотря на то, что теперь известны и причина болезни, и лекарство, которым можно ее лечить, число больных йодной недостаточностью на Земле продолжает расти и превысило 200 миллионов, так как до последнего времени не было той лекарственной формы йода, которая могла бы обеспечить этим элементом нуждающихся в нем людей. Наш метод йодирования пищевых продуктов йодистым крахмалом высокоэффективен и общедоступен для борьбы с йодной недостаточностью».

Открытие было, исследования проводились, внедрение показало высокую экономичность и надежность. И что в результате? Ничего. Все забыто. И только целители кое-где на свой страх и риск возрождают давно забытый метод.

Французский врач по имени Люголь составил раствор, содержащий 5% элементарного йода в 10%-ном растворе йодистого калия. Раствор Люголя свободно продается в аптеках и в основном используется для смазывания горла при ангинах и фарингитах.

Но именно этот препарат можно использовать для приема внутрь, потому что он менее токсичен, чем обыкновенная йодная настойка. Раствор Люголя в целях профилактики следует принимать по 1 капле один раз в сутки во вторник и пятницу за 20 минут до основной еды. Эту капельку можно капнуть на кусочек хлеба или печенья и запить чашкой чая или кофе.

Количество капель рассчитывают в зависимости от веса тела:

1 капля — до 65 кг,

2 капли — более 65 кг.

Профилактический курс обычно продолжается в течение месяца. Желательно проводить его осенью или весной, когда резервы организма исчерпываются.

И все-таки самый лучший способ — это «энергетический» напиток. Кроме насыщения организма йодом, он выполняет и ряд других функций, которые берет на себя яблочный уксус.

1 стакан теплой воды

1 чайная ложка меда

1 чайная ложка яблочного уксуса

1 капля Люголя

Все тщательно перемешать до растворения меда, выпивать небольшими глотками во время еды. Напиток очень приятный на вкус и чем-то напоминает чайный гриб.

5. Применение йодсодержащих препаратов. Самый известный и распространенный препарат йода — SSKI, кото-

рый содержит 30 мг йода в одной капле. В профилактических целях необходимо принимать по одной капле раз в неделю. Не забывайте, что суточная потребность человека в йоде составляет 150—200 мкг.

6. Применение «синего йода». Приготовить йод с вкусовыми добавками — с сахаром и лимонной кислотой. Это вкусный напиток, и дети никогда не откажутся от ароматного сладкого и интенсивно синего препарата, который приятен и на глаз, и на вкус.

Принимать его необходимо в целях профилактики, то есть когда нет и намека на увеличение щитовидной железы, 2 раза в неделю: по одной чайной ложке один раз в сутки по вторникам и пятницам до еды, запивая любым соком, чаем или просто водой. При весе выше 65 кг дозу можно увеличить до двух чайных ложек.

Курс профилактики — не больше месяца, желательно осенью или весной. Если же в это время начинается эпидемия гриппа, нужно помочь организму поставить преграду на пути болезней и принимать «синий йод» той же дозой, но три раза в неделю, например, в понедельник, среду и пятницу.

И главное: нужно всегда помнить — болезнь легче предупредить, чем вылечить.

Йод-
высокополимеры



Термин «йодвысокополимеры» был введен В. О. Мохначом, который доказал, что после включения в молекулу высокополимера (в этом случае крахмала) йод теряет токсические и раздражающие свойства, но полностью сохраняет свою активность как микроэлемент и антисептик. Он клинически апробировал амилойдин («синий йод») и йодиол и доказал, что у них такие же антибактериальные свойства, что и у известных антибиотиков, но они не имеют противопоказаний к применению и целого букета побочных действий. Ученый был уверен, что будущее — за йодвысокополимерами.

Владимир Онуфриевич Мохнач оставил несколько солидных монографий по исследованию йодвысокополимеров. Однако он не считает себя первооткрывателем «синего йода»: «В 1942 году, работая на Крайнем Севере в условиях, полностью исключавших возможность ознакомления с нашей и зарубежной литературой, я вновь открыл (в восьмой раз!) антибактериальные свойства йодистого крахмала и применил его, как я полагал, впервые, при бактериальной дизентерии».

Но оказывается, еще в начале века, в 1904 году, свойствами синего йода заинтересовался русский врач И. С. Колба-

сенко. Он тоже был уверен, что открыл этот препарат, хотя это произошло в седьмой раз! Метод получения йодистого крахмала, предложенный Колбасенко, заключался в следующем: «Одна весовая часть металлического йода или десять частей Tinct. iodi разбавляются крепким спиртом или эфиром в таком количестве, чтобы полученная жидкость могла образовать с 30—60 частями картофельного или иного крахмала равномерно перемешанную густую кашу, которую расстилают на тарелке и дают спирту или эфиру улетучиться. Полученная масса легко, даже без растирания, рассыпается в порошок». Колбасенко тоже применял этот порошок для лечения дизентерии, но с касторовым маслом, чтобы предохранить йодистый крахмал от разложения.

Еще раньше свойствами синего йода занимался знаменитый хирург и ученый Н. И. Пирогов, который давал пациентам

смель из йода и крахмала при расстрой-
вах желудка и изнуряющих поносах. Йо-
дированный крахмал упоминается и в ме-
дицинской зарубежной литературе
XIX века. Еще в 1820 году Штрауб пред-
ложил ввести йод в лечебную практику
при зубной болезни. А Каунде работал
над соединениями йода при лечении вос-
палительных процессов горла. Однако
каждое новое «открытие» синего йода по-
степенно забывалось, чтобы заинтриговать
своими необыкновенными свойствами сле-
дующего «первооткрывателя».

Как приготовить «синий йод»

«Синий йод» — это и есть йодиро-
ванный крахмал, или амилоидин, как на-
звал его исследователь В. О. Мохнач.

В некоторых газетах оздоровитель-
ного толка из номера в номер публико-
вался неправильный рецепт приготовле-
ния «синего йода». Я специально здесь

его привожу, чтобы читатели запомнили,
как **не надо** готовить этот препарат.

• Разведите в 50 мл теплой воды
1 чайную ложку 5%-ного спиртового рас-
твора йода и одну чайную ложку с горкой
картофельного крахмала. Раствор поставь-
те на слабый огонь и заварите, доливая
крутым кипятком — 200 мл. Доведите
до кипения. Получится 250 мл синего
йода.

В этой смеси йода как такового уже
нет, остался только след в виде синего
цвета, чудом удержавшийся при нагре-
вании. Йод теряет свои свойства при на-
гревании! Это десятки раз исследовано
и доказано. Именно эта его способ-
ность не дала возможность йодировать
продукты, подвергающиеся тепловой
обработке. Поэтому так и не смогли
йодировать «синим йодом» хлеб, кон-
сервы, макаронны и т. п., то есть про-
дукты, которые готовятся при интенсив-

ном нагревании. Драже, пастила, зефир тепловой обработки не требуют.

Этот так называемый «синий йод» абсолютно безвреден (чем может быть опасен чуть подсиненный кисель?), но и пользы он не принесет.

Настоящий же рецепт был приведен В. О. Мохначом и многократно им апробирован.

• В 50 мл теплой воды развести 10 г картофельного крахмала (1 чайную ложку с верхом), размешать, добавить 10 г сахарного песка (1 чайную ложку) и 0,4 г лимонной кислоты (буквально несколько кристалликов). В это время вскипятить 150 мл воды и в кипяток влить полученный раствор крахмала, то есть заварить его. И только после охлаждения полученной смеси влить 1 чайную ложку 5%-ного спиртового раствора йода. Готовый раствор должен иметь интенсивный синий цвет.

лочной среде разлагается и теряет свои свойства, необходимо добавлять лимонную кислоту, которая вместе с сахаром улучшает вкус лекарства. Такой препарат очень устойчив: он может храниться в закрытом сосуде при комнатной температуре в течение многих месяцев, не теряя своих лечебных свойств.

«Синий йод» как лечебное средство

Заболевания

желудочно-кишечного тракта

Лечебный эффект препарата В. О. Мохнач впервые апробировал на себе при заболевании тяжелой формой *бактериальной дизентерии* в 1942 году. Единственным лекарством был йодистый крахмал, который больной принимал по 1500 мл в сутки. Несмотря на крайне неблагоприят-

ятные условия, он быстро выздоровел. После этого врач применял йодистый крахмал для лечения больных с выраженной клинической картиной дизентерии на фоне общей дистрофии. У больных были типичные жалобы: слабость, недомогание, боли в животе, частый жидкий стул с кровью, периодические ложные позывы. Общее состояние больных оценивалось как тяжелое или средней тяжести, отмечались бледность кожных покровов и слизистых оболочек, истощение, частый пульс слабого наполнения и напряжения, язык обложен, живот втянут, сигмовидная кишка прощупывается в виде плотного тяжа, болезненна при пальпации. Стул до 15—20 раз в сутки, со слизью и кровью. Больные были обезвожены, быстро слабели и умирали.

За период 1942—1950 годов В. О. Мохнач вылечил более 1000 человек, давая им йодистый крахмал внутрь в больших

дозах — не менее 1500 мл в сутки. Улучшение наблюдалось на 5—6-й день, к концу второй недели полностью восстанавливался стул и наступало выздоровление.

В 1956 году в клинике инфекционных заболеваний ЛСГМИ проводилось лечение группы больных из 101 человека. Из них 76 человек имели острую форму дизентерии, 5 — обострение хронической дизентерии, остальные 20 человек страдали колитами и энтероколитами различной этиологии. Вскоре после начала лечения амилоидом (йодистым крахмалом) у больных наблюдалось улучшение общего самочувствия, уменьшение болей в животе. Температура у 32 больных из 33 снизилась до нормы в течение первых суток с начала лечения. Полная нормализация стула у 60% наступила в первые 1—5 дней после начала лечения, у остальных — на 6—12-й день. На курс

ходовали в среднем 7 суточных доз (суточная доза равна 500 г препарата в приведенной выше прописи). Средняя продолжительность пребывания больных на больничной койке была несколько ниже, чем при лечении антибиотиками и сульфаниламидами. У большинства больных бактериальное очищение кишечника наступало в течение первых 5 дней от начала лечения, у остальных — в течение 10 дней.

Для иллюстрации результатов лечения йодистым крахмалом приведу несколько выписок из историй болезни:

Больной П., 41 год, поступил в клинику 8 сентября 1956 года на 6-й день болезни. Стул жидкий со слизью. Сигмовидная кишка спастически сокращена. При ректороманоскопии обнаружены явления эрозивно-геморрагического

сосуды, трещины). Бактериологически диагноз подтвержден выделением из кала палочек Зонне. Проведено лечение амилоидином (также 500 мл). Посев кала на 5-й день лечения дал отрицательный результат. Стул нормализовался на 6-й день лечения. Выписан 22 октября 1956 года после повторно отрицательных посевов. За период с июля 1956 по апрель 1957 года не было ни единого случая рецидива.

Больной Н., 46 лет, поступил в клинику с жалобами на частый стул с кровью, боли в подвздошной области, общую слабость, недомогание. В посевах кала обнаружены дизентерийные бактерии (Флекснер С), устойчивые по отношению ко всем антибиотикам. Из анамнеза выяснено, что больной за месяц до поступления в клинику на про-

тяжени 21 дня находился в другой инфекционной больнице по поводу дизентерии, где проводилось лечение левомицетином и фталазолом. Был выписан по выздоровлении. При ректороманоскопии на протяжении 14 см слизистая оболочка отечна, гипертрофирована. На стенках слизь. На высоте 6—8 см язва размером 0,4 на 0,2 см. Больному сразу при поступлении в клинику был дан амлойодин в количестве 2000 мл в сутки (учитывая тяжесть и длительное течение болезни) перорально. В связи с имеющимся язвенным поражением толстого кишечника вводится йодиол в виде клизм по 50 мл ежедневно в течение 7 дней. Состояние больного быстро улучшалось. Посевы кала на 3-, 5-, 8-, 10-, 13-, 15-й дни с момента поступления — отрицательные. Ректороманоскопия на 18-й день:

патологических изменений не обнаружено. Больной выписан на 19-й день. Осмотр через 6 месяцев: клинически здоров, посев кала отрицательный.

Комбинированное лечение (йодиол и амлойодин) в тяжелых случаях приводит к быстрому разрешению дизентерийного процесса, прекращению выделений бактерий и сокращению сроков восстановления слизистой оболочки толстого кишечника.

Такое же комбинированное лечение рекомендовал В. О. Мохнач и при лечении *стафилококковых колитов* у детей, трудно поддающихся лечению. Лечение необходимо начинать как можно раньше, чтобы достичь полного выздоровления.

Применение амлойодина целесообразно для лечения *язв желудка и двенадцатиперстной кишки*, а также во

всех случаях желудочно-кишечных заболеваний, как бактериальных, так и аллергических. Препарат необходимо применять как можно раньше с начала заболевания, внутрь и в больших дозах. Внутреннее применение «синего йода» в огромных количествах при лечении острых и хронических кишечных инфекций не только совершенно безопасно, но и не вызывает никаких побочных явлений.

В. О. Мохнач считал возможным использовать йодвысокополимеры даже для лечения *холеры*. В лабораторных условиях холерные вибрионы погибали при действии йодиола и амилойдина. При лечении холеры, а также для ее предупреждения единственным надежным методом является своевременное применение больших доз амилойдина — до 3000 мл в сутки или йодиола — до 1000 мл.

Глазные заболевания

В. О. Мохнач апробировал свой препарат и в офтальмологии. Правда, упоминания непосредственно о лечении конъюнктивита в монографии нет. Но говорится о том, что в Военно-медицинской академии в Ленинграде на кафедре офтальмологии применяли амилоидин для *санации конъюнктивального мешка* при последующих операциях на глазном яблоке. Делалось это для того, чтобы патогенная микрофлора из конъюнктивального мешка (белый и золотистый стафилококки, пневмококки и бактерии ксероза, сарцины и др.) не попала непосредственно в раневую поверхность глаза. Раньше для этой цели в качестве дезинфектантов применялись карболовая, салициловая и борная кислоты, сулема, альбуцид, пенициллин, аспирин, но амилоидин оказался намного эффективнее.

Для этой цели применялся следующий раствор амилойдина:

йод кристаллический — 0,1

йодистый калий — 0,3

крахмал растворимый (амилодекстрин) — 1,0

дистиллированная вода — 100 мл

Всего было обследовано 69 больных по следующей методике. При поступлении больных в стационар производили бактериологическое и бактериоскопическое исследование конъюнктивального мешка. После этого назначали раствор йодистого крахмала по 1—2 капли 2—3 раза в день. Закапывание амилойдина не оказывало никакого раздражающего действия на слизистую оболочку глаз, больные его хорошо переносили. Микробной флоры конъюнктивального мешка более чем в половине случаев не обнаруживали уже на следующий день. Через двое суток после начала применения йодистого

крахмала микробной флоры уже не обнаруживали в 63 случаях из 69. Только у двух больных исчезновение флоры из конъюнктивального мешка было отмечено в сроки, превышающие трое суток.

Профилактика офтальмобленорей у новорожденных. Действие йодистого крахмала как антибактериального препарата по отношению к гонококку Нейссера было проверено в государственном контрольном институте медицинских и биологических препаратов в Москве. Экспериментально было установлено, что йодистый крахмал, как 1%-ный, так и при разведении в соотношении 1 : 5 при экспозиции в 1 минуту обладает высокобактерицидным свойством по отношению к гонококку.

В клинических условиях 0,85%-ный раствор препарата пипеткой закапывался в конъюнктивальные мешки тотчас после рождения ребенка. Предварительно глаза

протирались сухим стерильным тампоном. Затем через 2—3 часа йодистый крахмал закапывался повторно. Этот раствор йодистого крахмала не вызывает раздражения слизистой оболочки и является надежным средством профилактики офтальмобленорей.

На кафедре акушерства и гинекологии Первого ленинградского медицинского института имени И. П. Павлова йодистый крахмал применялся для профилактики этого заболевания у 4500 новорожденных детей. Ни одного случая заболевания офтальмобленореей среди этих детей не было, хотя у 10 матерей этой группы детей диагностировалась гонорея.

Гражданка Ч., 28 лет, поступила в роддом 26 февраля 1965 года с начавшейся родовой деятельностью при беременности 36—37 недель. В 1961 году болела воспалением придатков матки,

лечилась амбулаторно. Венерические заболевания у себя отрицает. Клинических проявлений острой гонореи за время наблюдения в женской консультации и во время пребывания в стационаре отмечено не было. 27 февраля родился живой недоношенный мальчик без дефектов развития. На третий день мазки, взятые у роженицы, показали наличие гонококков Нейссера. Родильницу лечили антибиотиками и сульфаниламидами. Новорожденному с целью профилактики офтальмобленорей по обычной методике закапывали в оба глаза раствор йодистого крахмала. За время пребывания в стационаре у ребенка не наблюдали каких-либо изменений как в общем состоянии, так и со стороны слизистой оболочки глаз. Мать и ребенок выписаны на 9-й день после родов в удовлетворительном состоянии.

домах Ленинграда показали высокую эффективность йодистого крахмала, однако медицинский бюрократизм и тогда был силен — Ленинградский городской отдел здравоохранения запретил применение йодполимеров для профилактики офтальмобленреи. Врачи-специалисты родильных домов выражали по этому поводу решительный протест, указывая, что при профилактике азотнокислым серебром по методу Креде «проскоки» гонококков наблюдали чаще. Тем не менее, метод не был запрещен. Однако никакие убеждения не помогли, и нелогичный приказ так и остался в силе.

Стоматиты

С этим заболеванием детей сталкивается чуть ли не каждая мать. Стоит малышу начать ползать, и он забирается в любые углы, любую вещь норовит попро-

дезинфицируешь. Счастье, что не попадаете зловредных микробов, а если все-таки подхватит?

Наработки по применению «синего йода» в лечение стоматитов были серьезные: в Волгоградском медицинском институте группа ученых занималась этой проблемой и провела в больнице клинические испытания, результаты которых были впечатляющими.

Каждого ребенка подвергли клиническому и лабораторному обследованию, чтобы как можно полнее изучить основное заболевание и фон, на котором развивался стоматит. Всего под наблюдением находилось 86 детей в возрасте от полугода до десяти лет, причем они были разделены по группам в зависимости от характера заболеваний: 56 детей — острый афтозный стоматит, 17 — медикаментозный стоматит, 13 — острый язвенный стоматит.

Местное лечение проводилось по единой схеме: в полости рта применяли йодистый крахмал — детям до двух лет в виде орошения слизистой полости рта, от двух лет и старше — в виде аппликаций. Лечение проводили ежедневно. Первую обработку делали в поликлинике, последующие 2—3 дня — дома.

При тяжелой форме болезни (температура 38—40 градусов, лимфатические узлы увеличены и болезненны, обширные поражения слизистой) состояние больных стабилизировалось на 2—5-й день лечения. При средней тяжести болезни (температура в пределах 37,5—38,5 градусов, лимфоузлы слегка увеличены и болезненны, на слизистой — эрозии, афты, язвочки) улучшение наблюдалось уже на 2—3-й день. При легкой форме (температура не превышает 37,6 градусов, на слизистой оболочке полости рта единичные язвочки) нормализация температуры

произошла на следующий день. Полное выздоровление наступило на 2—3-й день. То есть уже через неделю все дети, даже с самыми тяжелыми поражениями слизистой, были абсолютно здоровы.

Для сравнения взяли результаты лечения детей с острыми стоматитами, которым назначались антибиотики. В этом случае выздоровление затягивалось до 10 дней.

Врачи сделали однозначный вывод: препарат нужен, и его следует активно применять при лечении стоматитов в детских поликлиниках и больницах. Но, увы, широкого распространения «синий йод» не получил. Может быть, потому, что таблетку антибиотика дать намного проще, а йодистый крахмал нужно готовить, а затем еще и обрабатывать полость рта. У наших врачей и медсестер на это никогда не хватало ни времени, ни желания.

Кандидоз

«Кандида альбиканс» (*Candida Albicans*) — такое звучное название получили совсем непривлекательные дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Живут они практически повсеместно: и в окружающем мире, и в теле животного или человека, пышно произрастают на овощах, фруктах, на кондитерских изделиях, особенно когда они поражены плесенью.

Съешь такое немытое яблочко, пусть даже на вид оно будет вне всяких подозрений, — и, пожалуйста, стоматит или, как часто называют его в народе, молочница. Но это не только и не столько «болезнь грязных рук». Скорее это показатель степени здоровья всего организма. Ведь грибы эти живут в человеке постоянно, но болезнь вызывают только при благоприятных условиях. Такие условия складываются, когда организм ослаблен тяжелыми

недугами, которые лечатся антибиотиками, гормонами, иммунодепрессантами, если вы страдаете хроническими заболеваниями, если вам приходится проходить курсы химиотерапии или облучения. К сожалению, постоянные стрессы, неполноценное питание, экологические проблемы окружающего мира с каждым годом становятся все более активными факторами, снижающими защитные силы человеческого организма. Они также способствуют развитию заболеваний, вызванных грибом *Candida*.

Грибки *Candida* живут на слизистых оболочках носоглотки, кишечника и половых органов человека. Если они проявили свою болезнетворную активность во рту или в носовой полости, то к заболеванию применимо название «молочница». Если же воспаление возникло в других местах организма, то говорят о «кандидозе», или «кандидомикозе».

Это заболевание относится к разряду инфекционных, и поэтому оно требует серьезного лечения. То, как с ним справиться, должен советовать врач. Ведь не будете же вы самостоятельно, на свой страх и риск, лечить гепатит, корь или ветрянку? Кандидоз — не менее сложное заболевание, которое требует четко выверенного и достаточно длительного лечения.

Возбудители болезни — дрожжеподобные грибы — поражают у женщин слизистую оболочку влагалища, шейку матки, нередко наружные половые органы и вызывают кольпит, цервицит или вульвит соответственно. Но грибами рода *Candida* могут поражаться и кожа, и носоглотка, и желудочно-кишечный тракт, и вся мочеполовая система. И поражения эти могут возникнуть не только у женщин, но и у мужчин, и даже у детей — грибам все равно, где и у кого расти, лишь бы условия

были благоприятны. В самых тяжелых случаях возможно общее поражение организма через заражение грибами кровяного русла, и тогда речь идет о кандидозном сепсисе.

Род *Candida* очень велик и разнообразен, но чаще всего причиной болезни являются грибы *Candida albicans*, реже — грибы *Torulopsis*. Иногда оба возбудителя действуют одновременно.

Грибы *Candida* относятся к условно-патогенным возбудителям. То есть они могут жить на слизистой поверхности рта, кишечника, половых органов человека и не вызывать заболевания. Например, эти грибы находят у 3—5% практически здоровых женщин. До какого-то времени организм успешно сопротивляется их активному размножению. Но если вы переохладились, перенесли тяжелое заболевание или обострение хронического недуга, то гри-

бы *Candida* наверняка воспользовались благоприятным моментом, вызвав еще одно, совсем не нужное вам воспаление.

Дрожжеподобные грибы могут попадать к человеку самыми разными и самыми обычными путями. Прежде всего, при непосредственном контакте с больными и носителями. Носителем становятся в первые часы жизни, так как ребенок может получить грибы *Candida* в процессе родов от матери.

Не исключен и воздушно-капельный путь заражения. Поцелуй может одарить вас молочницей. Грибы могут передаваться и через инфицированные предметы — чашку, носовой платок, нательное и постельное белье. К сожалению, их можно подцепить и в общественном туалете, и в общественной бане. Так что призывы «лучше мойте руки после посещения туалета» и «чистите зубы дважды в день» — не просто слова. Таким простым спосо-

бом можно избавить себя от массы неприятностей.

Если говорить о кандидозе половых органов, то на первом месте среди способов заражения стоят половые контакты с больным или носителем. У женщин, в силу физиологического строения организма, грибы *Candida* часто попадают в половые органы из кишечника.

Но помните, что кандидоз, как правило, возникает и тяжело протекает у людей, страдающих хроническими заболеваниями, такими как диабет, туберкулез, заболевания органов пищеварения. Часто он развивается у людей с нарушением гормонального фона, в условиях авитаминоза, в организме, ослабленном как болезнями, так и неправильным образом жизни, переутомлением.

Длительное применение гормональных противозачаточных средств также повышает риск заболевания кандидозом. Дол-

гий прием антибиотиков, иммунодепрессантов, гормональных препаратов для лечения хронических заболеваний может привести к дисбактериозу, который тоже способствует росту количества грибов *Candida* в организме и их агрессивности.

Грибы *Candida* могут вызывать кандидоз как наружных покровов, так и внутренних органов. В складках кожи у тучных людей и у детей образуются язвочки, которые гноятся, зудят, являются источником заражения окружающих людей. Такие же язвы могут появляться около рта, глаз, заднего прохода и половых органов, вокруг пупка, ушей и носа. Гнойники могут возникать и под ногтями. Это не только косметические неудобства, но и боль, большая нагрузка на ослабленный организм.

При заболевании внутренних органов грибы *Candida* могут вызвать бронхиты и пневмонии, плевропневмонии, очень похожие на туберкулез, ларингиты, риниты и

отиты. Может страдать и желудочно-кишечный тракт, где из-за грибов *Candida* возникают гастриты, энтериты и колиты. Эти грибы могут быть причиной таких сердечных заболеваний, как миокардит и эндокардит, а также пиелонефрит, цистит, эндометрит и масса других болезней. И каждая из них не только надолго (иногда навсегда) поражает тот или иной орган, но и вызывает осложнения, соответствующие каждой из этих болезней.

Медицине известны случаи поражения грибами *Candida* мышц и костей, центральной нервной системы. В последнем случае они становятся причиной менингита и энцефалита.

Кандидозом могут болеть как взрослые, так и дети. Но все-таки чаще всего он поражает женщин. Беременность сопровождается гормональными изменениями в организме, что тоже способствует развитию воспаления. Поэтому женщинам

и особенно беременным, следует очень внимательно относиться к появлению белей и зуда половых органов.

Бели могут быть жидкими, с примесью творожисто-крошковых включений. А могут быть и густыми, мазеподобными, зеленовато-белого цвета. При значительном поражении увеличивается количество выделений и появляется неприятный кисловатый запах.

Зуд бывает как постоянным, так и беспокоящим только во второй половине дня, вечером и ночью. Как правило, зуд усиливается после длительной ходьбы и во время менструаций. Особенно сильным зуд бывает при поражении наружных половых органов.

К сожалению, внешнее проявление кандидоза половых органов ограничивается только этим. Причем очень часто заболевание протекает не в острой, а в скрытой, стертой форме. Тогда эти симп-

томы могут быть едва выражены. У мужчин грибы *Candida* часто становятся причиной уретрита, который в большинстве случаев протекает в скрытой, бессимптомной форме.

Вы можете практически ничего не чувствовать, а воспаление тем временем будет распространяться по организму. В результате кандидоз может продолжаться месяцы и даже годы. Лечение не всегда дает стойкие результаты: после курса терапии возможны рецидивы заболевания, особенно если в организме остались другие очаги инфекции.

Учитывая, что симптомы кандидоза сходны с симптомами многих других половых инфекций, и помня, что это заболевание может проходить и вовсе бессимптомно, имейте в виду, что верный и точный диагноз может поставить только врач. При помощи зеркал он может установить, есть ли у женщины серовато-белые нал-

ты на пораженной слизистой оболочке, насколько покраснела слизистая, есть ли отеки. При необходимости врач может прибегнуть к помощи кольпоскопии.

Однако этого бывает недостаточно для постановки диагноза. Точный диагноз можно поставить, только используя специальные методы исследования. Самое распространенное — микроскопическое исследование налетов, которые снимают с пораженных слизистых оболочек. Иногда полученный материал высеивают на питательную среду и анализируют свойства выросшей культуры грибов. Если ни один из примененных методов однозначного результата не дал, прибегают к сложному гистологическому исследованию. И только получив надежные результаты анализов, врач может назначить лекарственные препараты и комплексное лечение.

Грибы *Candida* очень живучи, просто так, «травками», их не выгнать. Поэтому

приходится прибегать к помощи все тех же антибиотиков. Особенно это касается кандидозных воспалений половых органов.

До недавнего времени наиболее эффективными средствами лечения генитального кандидоза считались такие противогрибковые антибиотики, как *леворин* и *нистатин*. Леворин применяют в виде таблеток, содержащих 250 000 ЕД препарата. После спринцевания таблетку леворина вводят во влагалище 1—2 раза в день в течение 7—10 дней. Частота и длительность лечения зависят от распространенности процесса, но в любом случае курс лечения необходимо повторить через 2 недели, чтобы снизить вероятность рецидивов заболевания, которые, к сожалению, случаются достаточно часто.

Нистатин применяется в виде свеч, содержащих 250 000 или 500 000 ЕД лекарственного вещества. Свечи вводят в

задний свод влагалища 1—2 раза в день в течение 10—14 дней.

Кроме нистатина и леворина иногда назначают 1%-ную мазь «Клотримазол». Ею смазывают слизистые оболочки. Применяют «Клотримазол» и в таблетках по 0,1 г для интравагинального использования. Таблетку вводят 1 раз в день на ночь в задний свод влагалища, а кремом смазывают наружные половые органы. Этим же кремом обрабатывают мочеиспускательный канал ежедневно в течение 5—6 дней.

К сожалению, эти средства, хоть и помогают избавиться от грибов *Candida*, могут оказывать и неблагоприятное воздействие на организм в целом. Возможны изменения в формуле крови, иногда снижается половое влечение, понижается вкусовая чувствительность. Однако со временем грибы приспосабливаются к этим лекарственным препаратам, и воспаление начинается снова. Но с новым воспале-

нием бороться гораздо труднее, поскольку уже испробованные средства на мутантов не действуют. Проконтролировать эффективность лечения, вовремя заменить лекарства, обнаружить новый очаг поражения может только врач. Поэтому в течение всего процесса лечения необходимо регулярно наблюдать у специалиста.

Не так давно появилось новое лекарственное средство под названием *Гино-Певарил* производства «Силаг» (Швеция). Это лекарство достаточно эффективно уничтожает грибы *Candida* у женщин, так как препарат быстро растворяется, равномерно распределяется по стенкам влагалища. При растворении образуется однородный гель. Активное вещество из геля выделяется медленно: процесс лекарственного воздействия длится в течение 3—5 дней после разового приема препарата. Кроме того, восстанавливается естествен-

ный жировой барьер слизистой. Врачу легко подобрать необходимую индивидуальную дозу Гино-Певарила, а больному удобнее им пользоваться. Свечи Гино-Певарила обычно применяют в течение трех дней по 150 мг. Чтобы излечение было полным, и вероятность повторного заболевания была сведена до минимума, следует повторить такой же трехдневный курс с интервалом в 7 дней.

Еще один известный современный антигрибковый препарат — *Пимафуцин*. Его обычно назначают по 0,025 г 2 раза в день в течение 10 дней или же используют в виде крема, который также вводится во влагалище 2 раза в день в течение десяти дней подряд.

Если кандидоз беспокоит уже не первый раз, чтобы исключить повторную инфекцию из нижнего отдела желудочно-кишечного тракта и уничтожить все возможные очаги инфекции, одновременно с

введением вагинальных таблеток используют кишечно-растворимые таблетки Пимафуцина по 0,1 г 4 раза в день в течение 5 дней.

Есть лекарственные препараты, которые действуют на грибы *Candida* не при непосредственном контакте с пораженными участками, а при приеме внутрь. Например, *Дифлюкам* (или флюканазол), изготовленный фирмой «Пфайзер» (США). Эти таблетки хорошо всасываются в кровь из желудочно-кишечного тракта и сохраняют свою активность в течение 3—4 дней. Одна таблетка Дифлюкама (150 мг) активно борется с грибами *Candida* все это время. Иногда хватает однократного приема. Если произошел рецидив, то через 7 дней после первой принимают еще одну таблетку Дифлюкама. Но надо учитывать общее состояние здоровья больного, наличие у него хронических заболеваний, потому что возможны по-

бочные действия. Так что без врачебной рекомендации эту таблетку принимать не стоит.

Наблюдения, опыт и советы врача необходимы еще и потому, что лечение кандидоза, применение антибиотиков и антигрибковых препаратов могут вызвать дефицит витаминов в организме. Поэтому лечение должно быть комплексным: используются не только лекарственные, но и витаминные препараты, больному необходима усиленная витаминная диета. Больной кандидозом часто нуждается в специальных общеукрепляющих средствах и обезболивающих препаратах типа димедрола и ему подобных.

Лечение кандидоза «синим йодом». Методика В. О. Мохнача в пятидесятые годы должна была совершить переворот: она показала, что грибки молочницы к йодинолу не привыкают. Однако медицина пошла по пути создания новых и но-

вых антибиотиков. Вылечиться от кандидоза практически невозможно — гинекологи и сегодня на вопрос, чем лечить это заболевание, философски отвечают: поднимайте иммунитет. Так что на данном этапе самое действенное средство — это лечение по методике Мохнача.

Мохнач В. О. предлагает следующие дозы:

для лечения кандидоза слизистой рта — йодистый крахмал в количестве 50 мл на прием 3 раза в день и 30 мл на орошение полости рта;

при вагинальном кандидозе — спринцевания 50 мл йодинола и прием йодистого крахмала по 50 мл 3 раза в день (это способствует уничтожению грибов в пищеварительном тракте).

Состояние больных быстро улучшается, так как грибковые разрастания отторгаются. При этом под действием йодистого крахмала эрозированная поверх-

ность слизистой оболочки полностью восстанавливается, глотание становится безболезненным. Больные начинают есть и пить.

Лечебный эффект «синего йода» при кандидозных поражениях слизистой оболочки намного выше, чем у таких препаратов, как фурацилин, нистатин, перекись водорода и др.

Химические ожоги гортани

Внедрить лечение йодвысокополимерами отравление уксусной эссенцией пытались в Институте скорой помощи. Раньше эта проблема — проблема самоубийц (как, впрочем, и сейчас) — была актуальна. Но сейчас обычно травятся большими дозами снотворного. В пятидесятых годах такие лекарства найти в аптеке было сложно, да и в состоянии аффекта вряд ли станешь так тщательно готовить свое самоубийство. Хватали то, что нахо-

дится под рукой. Раньше это была всем известная уксусная эссенция, в крайнем случае, нашатырный спирт.

Врачи считают, что из всех препаратов уксусная эссенция является наиболее опасным ядом, так как прием 80—100 мл вызывает тяжелейшее отравление организма с поражением сердечно-сосудистой и выделительной систем. Кроме того, даже разведенная уксусная эссенция вызывает ужасающее слюноотделение: количество выделяемой слюны может достигнуть 10—14 л, а вместе с ней из организма уходят необходимые микроэлементы и жидкость. Осложняется такое отравление развитием специфической уксусной пневмонии с тотальным поражением легкого.

Препаратов, попадающих под руку самоубийцам или желающим опохмелиться любой ценой, достаточно много: нашатырный спирт, хлорофос, 5%-ный раствор йода, марганцовокислый калий, скипидар, соля-

ная, серная кислоты, едкая щелочь, каустическая сода. Химические поражения полости рта и пищевода при отравлении ими не намного легче. Лечение в этих случаях достаточно мучительное и малоэффективное. Еще в XVIII веке лечение химических ожогов сводилось к нейтрализации яда, поступившего в организм при проглатывании. Химический же ожог не лечился. Такое положение существует и до настоящего времени. Больных сразу же после травмы направляют в терапевтические и токсикологические отделения. К ларингологу больной поступает довольно значительное время спустя для этапа бужирования, которое «является лечением мучительным, отягощающим физическое и психическое состояние больных, и нередко сопровождается смертельными исходами». Бужирование — это введение бужа, обычно сделанного из шелка или полиэтилена, реже из брюшины рогатого скота,

для того чтобы механически расширить просвет пищевода. Мохнач считает, что инструментальное бужирование — опасное, механическое, «одностороннее» вмешательство извне, так как при его применении биологические защитные функции организма и пищевода не включаются.

Создание искусственного пищевода — тоже, как оказалось, не выход из проблемы. Ю. Ю. Джанелидзе в свое время говорил, что «старый пищевод бывает лучше, чем вновь созданный, потребовавший много труда и терпения как от врача, так и от больного». Он считал эту операцию крайне опасной, сложной и, к сожалению, часто безрезультатной.

Широкое распространение в последние годы получило лечение гормональными препаратами. Но наряду с положительным действием они вызывают и нежелательные последствия, так как кортикостероиды угнетают функцию лимфати-

ческой ткани, селезенки, замедляют заживление ран и вызывают усиление вирусных и грибковых инфекций.

Предложенный Мохначом метод лечения йодвысокополимерами химических ожогов сразу же дал великолепные результаты.

Больной К., 35 лет, решил покончить жизнь самоубийством. Он выпил 200 мл неизвестной прозрачной жидкости без запаха и запил ее уксусной эссенцией в количестве 50 мл. Сразу же почувствовал резкую боль и жжение в полости рта и за грудиной. Была многократная рвота с кровью.

В стационар доставлен через три часа после ожога с выраженными явлениями общего отравления и химического ожога пищевода средней тяжести. Со стороны слизистой оболочки полости рта, глотки и гортани отмечался

выраженный отек. В области корня языка, язычной поверхности надгортанника отек носил плотный студенистый характер. Надгортанник в виде большой серой муфты полностью прикрывал вход в гортань. Голос сиплый, дыхание не нарушено. Обильное слюноотделение, рвота с кровью. Данные рентгенологического исследования: в карманах глотки значительная задержка контрастной массы. Надгортанник утолщен. Контрастная масса свободно проходит по пищеводу. Складки слизистой оболочки неравномерно утолщены за счет выраженного отека. Отмечается выраженный стойкий спазм пищевода.

Больной ежедневно получал внутрь 500 мл йодиола в сочетании с физиологическим бужированием и довольно быстро поправлялся. Дозы йодиола были уменьшены. К концу второй недели больной получал 250—300 мл йо-

динола, так как его состояние улучшилось. Болезненность при глотании исчезла. Слизистая зева полностью очистилась от налетов. Глотка и гортань, вход в пищевод — также в пределах нормы.

Внезапно без видимых причин состояние больного ухудшилось, появилась рвота после приема пищи, боли в эпигастрии, температура повысилась до 38 градусов. При введении трубки в пищевод отмечена отечность слизистой оболочки, просвет пищевода отсутствует. Выраженный спазм пищевода на всем протяжении. На глубине 38 см выделилась гнойная жидкость. Стенка пищевода грязно-серой окраски, с кровоточащей поверхностью, с разможенной тканью. На основании полученных данных был диагностирован некроз нижних отделов пищевода с гнойным распадом.

По-видимому, не было непосредственного контакта йодиола с обожженной поверхностью пищевода, и наиболее пораженные участки орошались йодиолом недостаточно. Сразу же был применен амилоидин в больших дозах — 2000 мл в сутки. Одноразовая доза составляла 100 мл. Больной легко проглатывал скользкий желеобразный препарат. «Синий йод» благодаря своей эластичности полностью заполнял просвет пищевода, вызывая его перистальтические сокращения на всем протяжении.

Спустя 3 дня с момента осложнения состояние больного улучшилось, жалобы исчезли, глотание стало свободным и безболезненным. На 21-й день после ожога была сделана рентгенограмма: складки пищевода выражены на всем протяжении, отечность их сохраняется лишь в нижних отделах. Проподимость пищевода свободна.

Больной все еще продолжал получать амилоидин. Количество йодистого крахмала было уменьшено с 25-го дня после ожога до 1000 мл. С 30-го дня доза была уменьшена до 500 мл. На 35-й день замечено прохождение пищи любой консистенции. Больной прибавил в весе 8 кг. Доза амилоидина сокращена до 200 мл.

На 45-й день больной был выписан из стационара. Осмотрен через год, жалоб не предъявляет, глотание свободно и безболезненно.

Применение йодиола и амилоидина позволило вылечивать не только больных со средней тяжестью химических ожогов, но и практически безнадежных. В. О. Мохнач приводит историю болезни больной с крайне тяжелой степенью ожога пищевода. Такие больные практически не имели шанса выжить.

Больная Б., 48 лет. Отравление уксусной эссенцией при попытке самоубийства. Поступила в стационар 20-й больницы Ленинграда только на третий день с момента ожога в крайне тяжелом состоянии.

При осмотре на оболочке полости рта, глотки, черпаловидных хрящей отмечались черные некротические образования, при отторжении которых появлялись кровоточащие язвы. От больной исходил резкий запах гниения. Общее состояние было оценено как безнадежное.

Больная обезвожена, вес тела — 46 кг. Тоны сердца еле прослушивались, артериальное давление 60/40 мм рт. ст. У больной был понос, в выделениях — куски слизистой оболочки кишечника. Отек тела, доходящий до груди. При таком состоянии было решено впервые приме-

нить раствор йодиола в больших дозах внутрь и в виде кишечных клизм. Больная ежедневно получала до 2000 мл йодиола. Состояние ее медленно улучшалось. Дозы йодиола снижались. Больная была выписана через 45 дней в хорошем состоянии.

В этом случае, отмечает В. О. Мохнач, применив йодиол и физиологическое бужирование, не знали, каким будет результат лечения. Состояние больной было безнадежное, и это обстоятельство позволило смело отказаться от обычных методов и применить йодвысокополимеры. Выздоровление больной нельзя приписать только действию йодиола.

Применение йодистого крахмала при химических ожогах легкой степени способствует более быстрому заживлению и препятствует отеку гортани, чем чреват любой ожог.

Что необходимо предпринять, если человек по ошибке выпил какое-то количество ядовитой жидкости? 50% ожогов легкой степени вызваны приемом сравнительно небольших количеств нашатырного спирта (25—30 мл), уксусной эссенции (не более 40 мл), когда больные остаются в полном сознании и правильно оценивают происходящее. Как правило, такие больные поступают в стационар в минимальные сроки после травмы. При осмотре у них наблюдается повреждение только эпителиального слоя — отечность, поверхностные налеты и незначительные эрозии. Отравление организма отсутствует, общее состояние больных не страдает, боли при глотании небольшие и часто исчезают спустя 3—5 дней после травмы.

До приезда скорой помощи такой больной должен сам оказать себе первую помощь. Обязательно выпить до 1 л мо-

лока, или проглотить не менее 5 сырых яиц, или выпить стакан растительного масла. Если же под рукой их нет, выпить 1,5 л теплой воды и вызвать рвоту. Если в доме есть йодистый крахмал, принять сразу же 200 мл.

Как правило, такие больные не задерживаются в стационаре больше недели.

Больной К. поступил в стационар после того, как случайно выпил 30 мл нашатырного спирта. Дома он сразу выпил 1 л молока, вызвав обильную рвоту, затем проглотил 5 сырых яиц, после чего опятьпил сырое молоко. Скорая помощь приехала через 45 минут. Дома было сделано промывание желудка и введены сердечные средства. Доставлен в стационар через 1 час 20 минут в удовлетворительном состоянии. В ЛОР-отделение больной поступил

с явлениями отека слизистой оболочки рта, глотки и гортани. Лечение проводилось йодиолом.

При средней степени химического ожога пищевода больные обычно в сознании, взволнованы, активны, подробно рассказывают о происшедшем, до поступления в стационар уже оказали себе первую помощь, благодаря чему уменьшается общая интоксикация организма. Химический ожог слизистой оболочки носит довольно тяжелый характер, но сохраняются неповрежденные участки. Имеется выраженный отек. Глотание болезненно, выделяются слюна и слизь с кровью, частая рвота.

В это время необходимо обильное орошение пищевода йодиолом, иначе может произойти развитие гнойной инфекции, нарастание слабости, повышение температуры.

Больной поступил в ЛОР-отделение через 4 часа после того, как выпил с суицидной целью 60 мл нашатырного спирта. Дома применялась неотложная помощь.

При поступлении отмечен резкий отек слизистой оболочки мягкого неба, надгортанника, черпаловидных хрящей. Обильное слюноотделение, рвота с примесью крови, глотание болезненно. Больной с трудом мог сделать несколько глотков йодиола, после чего наступала рвота. В течение первых суток применялись обезболивающие средства и 600 мл йодиола. На вторые сутки глотание стало менее болезненным. Йодиол давался в большом количестве — до 800 мл в сутки. На 5—6-й день после исчезновения боли при глотании больной охотно и много ел.

К восьмому дню больной считал себя

здоровым и был выписан на 21-й день после проведения курса лечения йодиолом.

У больных с тяжелой и крайне тяжелой степенью ожога пищевода жалоб почти нет. Они подавлены, угнетены, сонливы, температура тела ниже нормальной, кожные покровы холодные, влажные, артериальное давление низкое. Больные без сознания или в полусознательном состоянии, вялые, на окружающую обстановку не реагируют. В первые часы с момента ожога отмечается резкое набухание слизистой пищевода с отеком тканей и образованием массивных налетов, после отторжения которых остаются глубокие изъязвления. Если больной не погибает в первые сутки, то состояние его остается крайне тяжелым долгое время, выздоровление наступает крайне медленно.

Больной О., 18 лет, после ссоры с любимой девушкой выпил 100 мл нашатырного спирта. Первая помощь не проводилась. При поступлении общее состояние тяжелое, больной в сознании, но вялый, заторможенный, артериальное давление 70/50 мм рт. ст. На слизистой оболочке яркие пятна и отек, язык красный, опечен, не помещается во рту, видны отпечатки зубов, в области корня языка эрозированная поверхность. Слизистая оболочка полости рта резко отечна, серой окраски. Осиплость голоса, дыхание прерывистое, почти постоянная рвота с кровью.

Провели дезинтоксикацию организма, сердечную терапию и орошение пищевода раствором йодиола. Спустя 6 часов при рвоте выделялся йодиол без примеси крови. Состояние оставалось тяжелым в течение трех суток. Больному разъяснили

опасность и тяжесть его состояния и объяснили необходимость частого дробного питания с постоянным орошением пищевода йодиолом.

Состояние больного постепенно приходило в норму. Но все же он довольно длительное время отмечал резкую боль и затруднение в прохождении пищи. Доза йодиола была увеличена до 800 мл в сутки.

Пища давалась более плотной консистенции. Больной находился в стационаре 35 дней. Был выписан в хорошем состоянии с полной проходимостью пищевода.

Врачи утверждают, что в состоянии легкой и средней тяжести химических ожогов при помощи амилйодина и йодиола в случае, когда недоступна медицинская помощь, можно не допустить гнойной инфекции, и больной будет вне опасности.

Важно только оказать неотложную помощь — очистить желудок, принять сердечные лекарства и йодвысокополимеры.

Лечение животных

В. О. Мохнач приводит экспериментальные данные применения амилойдина в одном из совхозов для лечения гастроэнтеритов инфекционной этиологии. Йодистый крахмал был испытан на 370 поросятах 3—6-месячного возраста, которым внутрь давали этот препарат по 250—560 мл. У 310 свиней поносы полностью исчезали за 3 дня, у 56 животных с наиболее тяжелой формой заболевания курс лечения продолжался до 6 дней. За это время свиньи не только восстанавливались, но и набирали вес — до 270 г в день.

Высокий лечебный эффект йодистого крахмала наблюдается и при лечении токсической диспепсии у поросят-сосунков.

В этом случае «синий йод» назначается внутрь в дозе по 10—15 мл на поросенка 4—5 раз в сутки. Обычно профузные поносы, общее угнетение, интоксикация исчезают через 2, реже через 3 дня с начала лечения. Поросята становятся живыми, активными. В тяжелых случаях заболевания с развивающейся анемией и периодическими судорогами частота приема йодистого крахмала увеличивается. Кормление происходит через бутылочку, в которой «синий йод» подслащивают и разбавляют молоком. Поросята обычно с удовольствием пьют вкусное лекарство. Курс лечения проводится на протяжении 4—5 дней, при этом прием йодистого крахмала сокращается до двух раз в сутки. Точно так же проводится лечение диспепсии и у телят, только дозы увеличиваются до 30—50 мл на прием. «Синий йод» помогает практически всем животным.

Одна из составляющих йодиола — спирт. Это способствует более надежному хранению препарата и повышает его дезинтоксикационные способности. Окраска у препарата — интенсивно синяя.

Поливиниловый спирт — синтетический полимер — дает с раствором йода-йодида такую же цветную реакцию, как и природный высокополимер — крахмал.

Изобретен он был, по скромным сведениям из литературы, Штаудингером в 1927 году — это считает ученый-химик Галлей. Однако в записях самого Штаудингера указано, что первое упоминание о цветной реакции в соединении поливи-

нилового спирта и йода дано Фреем и Штарком.

Всесторонне изучил препарат и проделал огромную работу по его внедрению именно В. О. Мохнач: «Всеобъемлющий спектр антибактериального действия, характерный для йода — великолепного антисептика: антивирусный и фунгицидный эффект, регенеративное действие, свойства превосходного консерванта тканей организма, возможность использования в качестве асептического и антисептического протектора при ожогах и других повреждениях тканей, свойства йода как микроэлемента, наконец, полная нетоксичность при различных методах его применения, простота получения и дешевизна. И весь этот комплекс замечательных свойств относится к одному-единственному препарату — йодиолу, открытому мной продукту взаимодействия нерасщеплен-

ной цепи поливинилового спирта с йодом-йодидом.

Такое сочетание ценных свойств в одном химическом препарате представляет собой уникальный факт в истории химиотерапии. На это изобретение Комитет по делам изобретений и открытий при Совете Министров СССР выдал авторское свидетельство от 23 апреля 1960 года на мое имя на 1) способ получения йодиола и 2) применение йодиола как лечебного препарата антисептического действия».

Способ получения йодиола

Йодиол можно получить двумя способами.

Способ первый

В сосуд из стекла, нержавеющей стали либо эмалированный, емкостью в 1 л помещают 9 г поливинилового спирта, нали-

вают 700—800 мл воды и оставляют на 0,5—3 часа для набухания полимера с целью повышения его растворимости. Если применяются хорошо растворимые образцы поливинилового спирта, фазу набухания можно пропустить и сразу начинать нагревание раствора. Затем сосуд нагревают в течение 0,5—3 часов при 90—100 °С до получения прозрачного раствора, после чего охлаждают. После охлаждения раствора до комнатной температуры в сосуд доливают 100—150 мл водного раствора, содержащего 1 г кристаллического йода и 3 г йодистого калия, после чего объем доливают водой до 1 л. Раствор при этом окрашивается в темно-синий цвет. Полученный таким способом раствор представляет собой прозрачную интенсивно синюю жидкость с $pH = 6,45$.

Единственный недостаток этого способа — присутствие катиона калия, кото-

рый оказывает хотя и незначительный, но все же нежелательный эффект на мышцу сердца.

Во втором способе изготовления калий отсутствует, и противомикробное действие препарата даже выше, чем обычного йодиола. В. О. Мохнач назвал полученный этим способом препарат йодиол-2.

Способ второй

В сосуд из стекла, нержавеющей стали либо эмалированный, емкостью в 1 л помещают 9 г поливинилового спирта, наливают 700—800 мл воды и оставляют на 1—6 часов для набухания полимера, чтобы повысить его растворимость. Если используются образцы хорошо растворимого поливинилового спирта, фазу набухания можно опустить. Затем сосуд нагревают до 90—100 °С в течение 0,5—3 часов до получения почти прозрачного раствора. После ох-

лаждения раствора почти до комнатной температуры в сосуд доливают 3 мл йодистоводородной кислоты (удельный вес 1,4) и доводят водой до объема 1 л. Раствор приобретает темно-синий цвет. Полученный раствор — прозрачная темно-синяя жидкость, устойчивая в течение неограниченного времени.

Йодиол — очень устойчивый препарат. В обычных условиях хранения в закупоренной стеклянной посуде (лучше нейтрального стекла) при температуре от плюс 3 до плюс 30 °С йодиол может храниться 3 года, но фактически этот срок можно значительно продлить.

Йодиол как лечебное средство

Йодиол разрешен Фармакологическим комитетом Министерства здравоохранения СССР для медицинского приме-

ния в качестве лекарственного средства антисептического действия при следующих заболеваниях:

хронический тонзиллит,
острая ангина,
отиты,
риниты,
гнойные хирургические заболевания,
термические и химические ожоги,
трофические язвы,

а также в качестве дезинфектанта в акушерской практике для обработки рук персонала.

Помимо этого узаконенного списка заболеваний, йодинол с успехом применяют в ряде научно-исследовательских институтов, клиник, больниц и других медицинских учреждений при многих заболеваниях, таких как:

тяжелые химические ожоги глотки и пищевода,

эмфиземы плевры, в том числе туберкулезные,

гнойные перитониты,
дизентерия,

«неспецифический язвенный колит»,
хроническая пневмония.

Специально проводились исследования возможной токсичности как йодианола, так и йодианола-2. Опыты были выполнены по общезвестным методикам на мышках, крысах, морских свинках, кроликах и кошках.

Проведенные исследования показали, что препарат не токсичен, не антигенен и не вызывает пирогенных реакций при введении его животным. Поэтому йодинол может быть применен в клинической практике местно, *внутрь, внутримышечно, внутривенно и внутриартериально* в дозах до 2—3 мл на 1 кг веса больного в сутки.

Глазные заболевания

В 1964 году в глазной клинике Гродненского медицинского института впервые был применен йодиол *при воспалительных процессах роговой оболочки и конъюнктивы, повреждениях и ожогах глазного яблока и придатков.* Применил этот метод В. Т. Парамей, который предварительно испытал его на кроликах и на себе, введя йодиол в виде капель в конъюнктивальную полость. Патологических изменений глаз это не вызывает. Вначале Парамей добавлял к йодиолу 0,1% дикаина, чтобы устранить ощущение легкого жжения, которое отмечали некоторые больные. Однако опыт показал, что обычный йодиол переносится очень хорошо без каких бы то ни было добавок.

Лечебный эффект йодиола был проанализирован у 55 больных. До его применения эти больные безуспешно лечи-

лись различными антибактериальными и противовоспалительными препаратами как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Иногда йодиол назначали после отмены таких препаратов, иногда — в тяжелых и ответственных случаях — он применялся как дополнение к ним. Большинству больных 2—3 капли йодиола вводили в конъюнктивальную полость 4 раза в день. У сложных больных, у которых наряду с роговицей воспалительный процесс поражал сосудистый тракт, а закапывание препарата в течение 5—6 дней не сопровождалось улучшением, к закапыванию добавляли электрофорез по Бургиньону.

В случаях ранения век и глазницы йодиолом орошали раневую поверхность и смачивали тампоны, вводимые в глубину раны.

При ожогах наряду с закапыванием препаратом смачивали ожоговую поверх-

ность раны. В очень тяжелых случаях ожога глаз и лица 3-й степени йодином наносили на ожоговую поверхность с помощью пульверизатора. Длительность лечения — 7—20 дней. Положительный терапевтический эффект применения йодинола получен при конъюнктивите, герпетическом, гнойном и люэтическом кератите, ранениях и ожогах глаз.

В последующие годы В. Т. Парамей продолжал наблюдение над действием йодинола при воспалительных процессах глаз как бактериального характера, так и вирусной этиологии. При бактериальном конъюнктивите уменьшение воспалительных явлений наступало на 3-й день, а выздоровление — на 5—7-й день с начала лечения. При вирусном конъюнктивите это происходило несколько позже.

Больная Р., 62 года, поступила в клинику по поводу старческой ката-

ракты обоих глаз. При поступлении был также диагностирован острый конъюнктивит правого глаза. Больной назначено закапывание йодинола. Спустя 2 дня явления конъюнктивита исчезли. Позже проведена экстракция катаракты с положительным эффектом.

Больной С., 33 года, получил прободное ранение роговицы при ремонте трактора. Роговица мутная из-за инфильтрации и отека, передняя камера заполнена гнойным экссудатом. Обнаружен гнойный экссудат и в стекловидном теле. Назначен йодинол в виде капель 5 раз в день и электрофорез. Йодинолотерапия сочеталась с приемом антибиотиков.

На 4-й день с начала лечения уменьшился отек век. К 18-му дню рассосался гнойный экссудат из передней камеры и стекловидного тела. Улуч-

шилось состояние радужной оболочки. Острота зрения повысилась от светощущения до счета пальцев перед глазом.

Результаты клинических работ В. Т. Парамея позволили ему сделать вывод, что «йодиол может быть рекомендован для пополнения арсенала антибактериальных средств, применяемых в офтальмологической практике».

Применение в стоматологии

В 1963 году в 10-й платной стоматологической поликлинике Ленинграда врачи-стоматологи начали применять йодиол при лечении осложнений после удаления зубов, принимая во внимание не только сильный антисептический эффект, но и противовоспалительное действие препарата. Тягостным осложнением после удаления зуба является альвеолит (воспаление лунки). Он мо-

жет явиться причиной остеомиелита челюсти.

Под наблюдением врачей находились 26 больных. Методика применения йодиола заключается в следующем. После первого осмотра больного под анестезией маленькой кюретажной ложкой очищают лунку от распавшегося сгустка и частиц пищи. Затем на лунку накладывают тампон, смоченный в йодиоле, и оставляют на 5—7 минут для полного орошения лунки. Больные отмечали уменьшение боли уже через 2—3 часа после посещения поликлиники, а через 6—8 часов боль совершенно прекращалась. При повторном посещении через двое суток отмечалось полное отсутствие воспалительных явлений и частичное зарастание лунки. Через 6—7 дней лунка полностью эпителизируется.

Больной М., 46 лет, обратился в хирургический кабинет по поводу аль-

веолита. Зуб — шестерка нижняя справа — удален 3 дня назад. Лунка свободна от сгустка, покрыта сероватым налетом, слизистая оболочка в окружности лунки отечна. Под анестезией произведены кюретаж, аппликация йодином. Через 2 дня проведена вторичная аппликация йодином. Через 6 дней — полная эпителизация лунки.

Больная Я., 54 года, обратилась в хирургический кабинет по поводу альвеолита. Зуб — четверка верхняя слева — удален 10 дней назад. Лунка свободна от сгустка, слизистая отечна, имеется поднадкостничный абсцесс по переходной складке слизистой оболочки преддверия рта. Под анестезией произведены вскрытие абсцесса, кюретаж лунки, аппликация лунки водным раствором йодиола. Назначено

УВЧ. Через 7 дней — полная эпителизация лунки.

Хронический тонзиллит

Ангина никогда не считалась безобидным заболеванием. Уже в глубокой древности врачи (правда, это были великие врачи) считали, что ангина каким-то образом связана с поражением других органов. Гиппократ правильно указал на связь между заболеванием горла и поражением суставов. Цельс описал отеки лица и ног, зависящие, по его мнению, от ангины, а также удаления миндалин в связи с их заболеванием. Острый хронический тонзиллит — очень сложная патология со многими неизвестными. Он часто связан с тяжелыми заболеваниями важных органов и систем — ревматизмом, нефритом, пиелитом, сепсисом, поражениями сердца и т. д.

Антибиотики и сульфаниламиды, как показывает клиническая практика, малоэффективны при лечении острого и хронического тонзиллита. Быстрое падение температуры и ослабление всех симптомов ангины в условиях пенициллинотерапии иногда маскируют общую картину болезни и создают ложное впечатление об уже начавшемся выздоровлении, в то время как основной процесс еще далек от ликвидации.

Йодиол для лечения больных хроническим тонзиллитом был впервые применен в 1958 году. Врачи к этому времени были уверены, что операция удаления миндалин проблему не решает: ангины повторяются, так как оставшаяся лимфоидная ткань может снова подвергнуться заболеванию.

Под наблюдением автора метода находилось 210 больных хроническим тонзиллитом, из которых 200 человек (ос-

новная группа) лечили исключительно йодиолом, а 10 (контрольная группа) — пенициллином.

До лечения йодиолом большинство больных подвергалось длительному и разнообразному консервативному лечению. Широко применяли антибиотики для промывания лакун, внутримышечных и местных инъекций, полоскания антисептиками, облучение зева кварцем и т. д. В основной группе у 108 человек наблюдали выраженные симптомы хронического тонзиллита с частыми (5—6 раз в году) ангинами. При объективном исследовании отмечены увеличенные разрыхленные миндалины с глубокими лакунами, казеозными пробками и жидким гноем. У 64 больных — абсцессы. У большинства больных — увеличение подчелюстных лимфатических узлов и длительная стойкая субфебрильная температура. Больные жаловались на общую слабость, быструю

утомляемость, вялость, недомогание, головные боли. Больных контрольной группы лечили многократными промываниями лакун миндалин пенициллином. После лечения у 6 больных отмечали повторные ангины, а у двух пришлось провести операцию по удалению миндалин. У основной группы результаты были впечатляющими.

Больной С., 9 лет, ежегодно 4—5 раз болен ангиной с повышением температуры до 39 градусов. Ангины протекают с шейными лимфаденитами. После каждой ангины — длительный субфебрилитет. Мама связывает болезнь с переохлаждением ребенка. Лечился всевозможными антибиотиками. От занятий физкультурой освобожден.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Миндалины увеличены,

разрыхлены, с глубокими лакунами. Подчелюстной и шейный лимфаденит. Диагноз: хронический тонзиллит. При промывании йодиолом получен жидкий гной. После трех промываний йодиолом миндалин уменьшились, промывная жидкость чистая. При контрольном осмотре через год ангины не болел, температура нормализовалась.

Больная К., 32 года, жалуется на частые ангины, недомогание, общую слабость, головные боли, быструю утомляемость, постоянный субфебрилитет. Длительное время лечилась консервативно, предложена операция по удалению миндалин.

При осмотре: миндалины разрыхлены, с глубокими лакунами. Диагноз: хронический тонзиллит. Температура — 37,2 градуса. Проведено пятикратное промывание йодиолом лакун миндалин.

Ангин в течение 2 лет нет. Больная считает себя здоровой.

Больная А., 48 лет, страдает частыми ангинами (3—4 раза в году) с повышением температуры до 39 градусов. Обострения заболевания возникают иногда даже при незначительных охлаждениях тела. Считает себя больной свыше 20 лет. Проводилось длительное и разнообразное консервативное лечение. Около 15 лет назад во время очередного обострения болезни появились боли и припухлость в области суставов рук и ног. Общее состояние больной значительно ухудшилось, наступили изменения со стороны крови. Больная с диагнозом ревматический полиартрит находилась под наблюдением терапевта. Проводилось многократное специальное санаторно-курортное лечение. В дальнейшем даже легкие

обострения болезни сопровождались болями в суставах той или иной интенсивности.

Терапевты многократно ставили вопрос об удалении миндалин, но ввиду повышенного артериального давления она не могла быть произведена. Жалобы на частые ангины, сопровождающиеся болями в суставах, быструю утомляемость, постоянное недомогание, общую слабость, вялость.

При осмотре: слизистая зева обычной окраски, миндалины не увеличены, в лакунах казеозные массы. Произведено пятикратное промывание йодинолом лакун обеих миндалин. При контрольных осмотрах через 1 и 2 года больная жалоб не предъявляла, ангины не болела, боли в суставах не возобновлялись, несмотря на то, что больная неоднократно подвергалась переохлаждению. Считает себя здоровой.

Методика лечения тонзиллита очень проста: промывание лакун миндалин йодинолом. Курс лечения состоял из 10 промываний, которые делали с промежутками в 2 дня. Лечение можно повторить через 2—4 месяца. Метод применим как для взрослых, так и для детей школьного возраста. Детям целесообразно смазывать миндалины йодинолом.

Гинекологические заболевания

Хламидиоз

Хламидиоз — очень распространенное заболевание, в шестидесятые годы оно диагностировалось в 20—40%, сейчас официально регистрируется 60—70%. То, что хламидии — это бактерии, и бактерии опасные, известно давно. И чем больше узнают о них врачи, тем большее количество заболеваний связывают именно с этими возбудителями, тем серьезнее относят-

ся к хламидийной инфекции. С хламидиями связаны не только заболевания половых органов и органов мочевыводящей системы, но и болезни глаз, суставов, респираторные заболевания и еще более серьезные болезни.

Хламидии, поселившись в организме и негативно воздействуя на него, могут быть причиной бесплодия, вызывать патологию беременности, болезни у новорожденных и малышей в первые месяцы и годы жизни.

Многочисленные медицинские наблюдения и исследования показали, что хламидиями заражена в среднем половина людей (и мужчин, и женщин), страдающих негемококковыми воспалительными заболеваниями мочеполовых органов. Но если учитывать, что за медицинской помощью обращаются лишь тогда, когда заболевания выражены активно и мешают спокойно жить, то можно быть уверен-

ным: больных хламидиозом значительно больше.

Хламидии очень хорошо приспособились к существованию в человеке. Они имеют две формы, одна из которых приспособлена к существованию в межклеточном пространстве, а другая — к жизни внутри клетки. В первой форме они очень малы, свободно проходят через любой бактериальный фильтр и проникают сквозь оболочку внутрь клетки, где за 2—3 дня образуют целую хламидийную колонию и почти полностью разрушают клетку-хозяина. Так эти бактерии вновь оказываются в межклеточном пространстве, и все повторяется сначала. Процесс расширяется в геометрической прогрессии.

Для человека опасна так называемая *C. trachomatis*. Медицине известны 15 ее вариантов. Одни из них являются возбудителями венерической лимфогранулемы,

так называемой четвертой венерической болезни, которая и протекает тяжело, и имеет массу крайне неприятных для человека последствий. Другие вызывают развитие гиперэндемической трахомы, при которой поражается и конъюнктура, и роговица глаз. Третьи становятся причиной хламидиоза органов мочеполовой системы и заболеваний глаз.

Хламидии поражают и мужчин, и женщин, и даже детей. У мужчин они чаще всего вызывают негонорейные уретриты (воспаления слизистой оболочки мочеиспускательного канала), эпидидимит (воспаление придатка яичка), орхоэпидидимит (воспаление самого яичка), проктит (воспаление прямой кишки). У женщин они становятся причиной кольпита (воспаления слизистой оболочки влагалища), цервицита (воспаления шейки матки), эрозий, уретрита, воспаления придатков, проктита. К сожалению, этот

длинный перечень хламидийного влияния можно продолжить.

Очень часто причиной конъюнктивита, отита и пневмонии у новорожденных детей является сама молодая мама — носитель хламидий. Во время родов при прохождении через инфицированные родовые пути дети заражаются хламидиями, которые и вызывают у новорожденных тяжелые болезни в первые же часы и дни их жизни. Заболевания новорожденных вынуждают врачей применять очень серьезные препараты для лечения. А это, в свою очередь, может привести к крайне неблагоприятным последствиям для развития и здоровья малыша.

Хламидии прекрасно чувствуют себя рядом с возбудителями таких венерических заболеваний, как гонорея и трихомоноз, сосуществуют с микоплазмами.

Медики заметили, что женщины, принимающие гормональные противозачаточ-

ные таблетки, меньше подвержены заболеванию хламидиозом. Это совсем не значит, что такие контрацептивы сами по себе оказывают лечебное действие. Просто при их приеме изменяется проницаемость клеток в женском организме, и хламидиям труднее проникнуть внутрь клетки, чтобы начать свое бесконечное размножение.

Хламидиоз опасен прежде всего широтой распространения и огромным количеством заболеваний, вызываемых хламидийными бактериями. Кроме уже названных уретрита, проктита, эпидидимита, кольпита, цервицита, сальпингита и других мужских и женских болезней мочеполовой системы, хламидии могут поражать и другие части организма человека. Например, при случайном попадании в глаза взрослого человека эти бактерии вызывают длительное воспаление — конъюнктивит. Хламидии же могут быть причиной фарингита, вос-

паления селезенки и печени, а также других не менее неприятных заболеваний. Возможно, именно хламидийная инфекция играет одну из первых ролей в возникновении многих заболеваний органов пищеварительного тракта и синдрома Рейтера, при котором одновременно поражаются суставы, мочевыводящие пути и глаза.

Хламидии отягощают воспалительные процессы в организме, имеющие другие причины возникновения. Гонорейные инфекции, заболевания, вызванные микоплазмами, эрозии шейки матки при наличии в организме еще и хламидийной инфекции протекают тяжело и лечатся гораздо труднее.

Хламидии передаются от больного или носителя к здоровому человеку при половых контактах. Причем, чем больше половых партнеров, тем большая вероятность заболеть хламидиозом.

60% хламидийных уретритов у мужчин возникают после случайных половых связей. Хламидийные цервициты у женщин, имеющих разных половых партнеров, возникают в 26 раз чаще, чем у верных жен. Хламидийная инфекция передается и при оральном, и при анальном сексе.

Больной человек или носитель сам может нечаянно занести инфекцию в глаза или рот. Так что известное правило о необходимости мыть руки после посещения туалета имеет самые веские основания.

Наконец, установлено, что хламидийное заражение может произойти внутриутробно — пока будущий ребенок, казалось бы, находится в полной безопасности у мамы в животике. Но чаще дети подхватывают инфекцию во время рождения при прохождении через инфицированные родовые пути молодой мамы.

К сожалению, есть и другой, бытовой путь заражения хламидиями детей и взрослых. Это может случиться, если ребенок пользуется теми же предметами туалета (полотенцем, например) или той же постелью, что и инфицированный человек. Таким же образом хламидии кочуют и от больного взрослого человека к здоровому. Так что у больного хламидиозом обязательно должно быть свое постельное и нательное белье, свои предметы туалета, которые необходимо обрабатывать сильными антисептиками, например раствором хлорида натрия. Правда, и он спасает не всегда. Надежнее всего кипятить и белье, и посуду: хламидии не выносят горячей воды, а при температуре 90—100 °С погибают в течение одной-двух минут.

Надо учитывать и то, что заболеть хламидиозом может любой человек, даже уже

переболевший им ранее, поскольку эффективный иммунитет к этой инфекции в человеческом организме не возникает. А вот повторное инфицирование и рецидивы инфекции в случае, когда было проведено неадекватное лечение, бывают, и очень часто.

Инкубационный период хламидиоза в организме человека длится 20—30 дней. В течение этого срока после заражения болезнетворными бактериями могут появиться воспаления в самых разных частях организма. Но где бы они ни возникли, подобные воспаления, как правило, затягиваются надолго и очень часто рецидивируют.

Специфических признаков у хламидиоза нет. Заболевший им человек переживает те же неприятные ощущения, что и при заражении другими микроорганизмами, такими как многочисленные кокки, трихомонады. В зависимости от того, где

именно локализовалось воспаление, будут варьироваться и симптомы. Только помните, что очень часто хламидиоз протекает в скрытых бессимптомных формах.

Хламидийный уретрит у мужчин чаще всего не вызывает никаких ощущений, или они очень слабо выражены. Небольшой зуд, незначительная боль в мочеиспускательном канале, учащенные позывы на мочеиспускание, выделения из уретры должны обеспокоить. При таких ощущениях, как бы незначительны они ни были, стоит показаться врачу. В острых, а иногда и в особо запущенных случаях в течение нескольких дней наблюдаются слизисто-гнойные выделения, моча становится мутной, болезненность ощущений возрастает. Но это бывает нечасто.

Хламидийный парауретрит также случается у мужчин и тоже редко вызывает какие-либо неприятные ощущения. Тем опаснее он для полового партнера.

Больной мужчина, даже не догадываясь об этом, передает инфекцию женщине и тем самым ставит под угрозу не только ее здоровье, но и здоровье будущего ребенка. Поэтому любые неприятные ощущения в нижней части живота, зуд половых органов, боли в паху, промежности, мошонке, в области крестца, как бы незначительны и непостоянны они ни были, должны стать поводом для обращения к врачу. Особенно если вы ведете активную половую жизнь и собираетесь иметь детей.

Хламидийные простатиты, эпидидимиты, везикулиты, а также другие заболевания мужчин, связанные с хламидийной инфекцией, иногда вызывают снижение потенции и не менее часто возникают одновременно или последовательно у одного и того же человека по мере распространения инфекции.

Хламидиозы органов мочеполовой системы у женщин тоже сопровожда-

рода устанавливается лишь при лабораторных анализах.

Подозрение на заражение хламидиями может возникнуть у вас и у лечащего врача в том случае, если у вашего полового партнера поставлен диагноз какого-то урогенитального воспаления, или такое воспаление было когда-либо в прошлом, а также при бесплодии.

Утвердительный диагноз хламидиоза можно поставить только на основании результатов специальных лабораторных исследований и только тогда, когда исключены трихомониаз и кандидоз. Правда, хламидии могут благополучно сосуществовать рядом с возбудителями этих и других болезней половых органов.

Только четко поставленный специалистом диагноз позволит проводить лечение, направленное именно на хламидии, а

не лечиться «вообще», устраняя симптомы, а не причину болезни.

Чем раньше установлен диагноз, тем более благоприятен прогноз результатов лечения. По поводу заболеваний половых органов женщины обращаются за врачебной помощью чаще мужчин. Но кому бы ни был поставлен диагноз хламидиоза, в лечении практически всегда нуждаются оба половых партнера.

Выбор, схема приема, дозы медикаментов зависят от индивидуальных особенностей больного человека, симптомов, которые есть именно у него, локализации воспаления и особенности течения того или иного заболевания.

Хламидии прекрасно могут затаиться на время лечения, приспособиться к тому или иному препарату, а по окончании курса терапии вызвать новое обострение. Поэтому процесс лечения долог и носит системный характер.

Необходимое условие для полного и эффективного лечения хламидиоза — тщательная профилактика дисбактериоза и связанного с ним кандидоза. Возникновение этих заболеваний обусловлено длительным приемом больших доз антибиотиков, из чего, собственно, и состоит лечение. Поэтому, кроме непосредственно противохламидийных препаратов, обычно назначают *нистатин* или *леворин*.

Что же касается лечения непосредственно хламидиоза, то разработаны разные методы. По одному из них лечение должно продолжаться в течение семи дней, по другому — меньше. Третий метод, напротив, предполагает продолжительные одно-двухмесячные курсы. Но ни один из этих методов не гарантирует стопроцентного излечения.

Для борьбы с хламидийной инфекцией чаще всего используют *тетрациклин* — по 500 мг 4 раза в день в

течение недели. Если инфекция проявляет себя особо сильно или, напротив, носит характер хронической, то курс лечения может быть увеличен.

При индивидуальной непереносимости тетрациклина используются *гидрохлорид метациклина*, *вибрамицин* и *морфоциклин*. Последнее средство применяется для внутривенных вливаний. Дозы, схемы приема, продолжительность курса лечения этими средствами определяются индивидуально в зависимости от широты и активности воспалительных процессов.

Для лечения больных хламидиозом, особенно беременных и кормящих женщин, а также детей используется *эритромицин*. При остром заболевании этот антибиотик принимают по 0,5 г каждые 6 часов в течение недели.

При хронических процессах и осложненных формах хламидиоза сочетают *лекарства-иммуномодуляторы*

(чаще всего диуцифон) и антибиотики типа эрициклина. В таком случае лечение начинается с приема иммуномодуляторов — по 0,1 г 3 раза в день. Затем, как правило, с четвертого дня, больным назначают антибиотики: сначала в больших дозах — по 1 г 3 раза в сутки в течение двух дней, потом — по 0,75 г 3 раза в сутки. Продолжительность такого лечения составляет обычно две недели. В этих же случаях может быть использована комбинация рифампицина и эритромицина.

Часто воспаления в организме вызывает хламидийно-гонорейная инфекция. Для ее лечения применяют гидрохлорид доксициклина: большую дозу сразу в первый прием, а затем доза постепенно снижается и время между приемами лекарства увеличивается. Одновременно внутрь принимают ферментный препарат. Курс такого лечения длится 8—10 дней.

Есть и новые препараты, которые позволяют сократить срок терапии, например, сумамед, или азитромицин, — антибиотик-макролид, бактериостатик. Таблетка сумамеда хорошо всасывается, быстро распространяется по различным тканям организма и медленно из них выводится. Поэтому ее можно принимать лишь один раз в сутки. Если хламидийная инфекция острая, то в первый день таблетки сумамеда принимают дважды, а затем переходят на разовый прием. Наибольший эффект дает прием сумамеда не менее чем за час до еды или через пару часов после нее. Тогда препарат попадет в ткани организма в максимальных количествах, а не выведется из него вместе с отходами пищеварения через кишечник.

Для лечения хламидийной инфекции доктора назначают и антибиотики группы фторхинолона: пefлоксацин, абактал, ци-

фран, ципробай, заноцин. Абактал при острых формах инфекции назначают по 400 мг дважды в день (8 г препарата на весь курс лечения), а ципробай — по 500 мг тоже дважды в день (10 г на курс).

Антибиотиков в распоряжении медиков достаточно. Но надо помнить, что кратковременный курс лечения не даст устойчивого выздоровления. Возможны рецидивы заболевания, повторное инфицирование. А длительный непрерывный курс антибиотиков вреден для организма. Конечно же, лучше не болеть вообще, но если уж несчастье случилось, то надо выбираться из опасного положения с минимальными потерями. Поэтому не стоит отказываться, если врач предложит так называемую «пульс-терапию», при которой очень интенсивный и достаточно короткий (7—10-дневный) цикл лечения повторяется после при-

близительно такого же интервала еще 2—3 раза.

Хламидийные эрозии шейки матки тоже начинают лечить антибактериальными препаратами. Если они не дают должного эффекта, то назначается так называемое «прижигание» (диатермокоагуляция поверхности эрозии и слизистой оболочки канала шейки матки). Часто такая эрозия (хламидийная или возникшая по другим причинам) почти никак не проявляет себя, не создает никаких неудобств в жизни женщины, и определяется это заболевание лишь на приеме у гинеколога. Не стоит обманывать себя, что «все и так пройдет», что раз эрозия не мешает жить, то и лечить ее не стоит. Эрозия — это серьезное заболевание, рассадник и источник инфекции в организме. Она может вызывать самые печальные последствия: бесплодие и массу заболеваний половых ор-

ганов, снижение защитных функций организма.

Лечение хламидиоза йодином. Впервые в гинекологии йодином был применен на кафедре акушерства и гинекологии 1-го ЛМИ имени академика И. П. Павлова. Методика лечения заключалась в следующем: предварительно при помощи физиологического раствора хлористого натрия из влагалища, уретры и шеечного канала удалялись слизь и гнойные выделения. После этого проводилась тщательная обработка йодином. Протирание йодином слизистых оболочек влагалища, уретры и шеечного канала производилось 2—3 раза в течение одной процедуры с последующим применением влагалищной ванночки из 15—20 мл раствора. Подобные процедуры повторялись ежедневно или через день, всего от 5 до 10 раз. Если трихомонады обнаруживали

в уретре или моче, йодинол вводился в мочевого пузыря.

Одновременно с лечением женщин проводились терапевтические процедуры и у их мужей с целью ликвидации трихомонадоносительства. Эти процедуры заключались в инстилляциях раствора йодиола ежедневно или через день в передний отдел уретры от 3 до 5 раз.

Экспериментальное лечение йодином проведено у 100 женщин, из них 44 женщины страдали трихомониазом от 6 месяцев до 18 лет, 32 — 1—6 месяцев, у 24 женщин заболевание было обнаружено незадолго до начала лечения. Уже после 2—3 процедур йодиномолотерапии самочувствие больных значительно улучшалось, клинические проявления болезни исчезали либо значительно уменьшались.

Чем раньше обращаются за врачебной помощью больные, тем эффективнее йодиномолотерапия. Стойкого выздоровле-

ния можно достигнуть более продолжительным лечением, чем предложено авторами этой схемы.

Больная Е., 52 года, домашняя хозяйка, взята на учет для проведения лечения йодиолом 11 ноября 1960 года. Жалобы на бели гнойного характера и периодически появляющийся зуд в области наружных половых органов. В течение четырех лет страдает мочеполовым трихомониазом. Неоднократно подвергалась лечению, но без стойкого эффекта.

При взятии на учет обнаружены явления трихомонадного кольпита (гиперемия слизистой оболочки влагалища и пенящиеся выделения зеленоватого цвета). В отделяемом из влагалища обнаружены трихомонады, степень чистоты IV, гонококк Нейсера не найден.

Лечение йодиолом проводилось ежедневно со дня взятия на учет. Всего было проведено 7 процедур. После окончания курса йодиолотерапии наступило клиническое излечение, и в отделяемом из влагалища трихомонад не обнаруживали. Однако через три недели больную вновь стали беспокоить небольшой зуд и гнойные бели, а при обследовании была установлена типичная картина трихомониаза с обнаружением паразитов в отделяемом из влагалища. Было проведено два более продолжительных курса ежедневного лечения йодиолом (по 10 процедур) с интервалом в 20 дней. Наступило стойкое излечение. При неоднократных контрольных осмотрах явлений трихомониаза не обнаружено.

Муж больной, несмотря на отсутствие у него клинических проявлений мочеполового трихомониаза, был подверг-

нут санации переднего отдела уретры раствором йодиола.

В результате этих исследований был сделан вывод: «На основании проведенных клинических наблюдений следует считать, что йодиол, наряду с активными антимикробными и фунгицидными свойствами, обладает губительным действием на влагалищную трихомонаду и поэтому может быть рекомендован для лечения трихомониаза мочеполовых органов». Возможно, что применение водно-глицеринового раствора йодиола вместо водного даст более высокий эффект и приведет к стойкому выздоровлению даже в хронических тяжелых случаях мочеполового трихомониаза.

Язвы и гнойные раны промежности

Как известно, во время родов нередко

имеют место повреждения шейки матки, стенок влагалища и промежности, которые могут быть причиной тяжелых инфекционных послеродовых заболеваний. Кроме того, заживление вторичным натяжением ран мягких родовых путей приводит к опущению и выпадению половых органов и ряду других осложнений.

Поэтому все обнаруженные повреждения подвергаются ушиванию. В некоторых случаях при плохом заживлении ушитых повреждений образуются язвы и гнойные раны, длительное существование которых может вызвать интоксикацию организма и распространение инфекции.

Для лечения применяют различные антибиотики, а местно — антисептики, ультрафиолетовые лучи.

Лечение язв и гнойных ран промежности йодиолом впервые было ап-

робировано на кафедре акушерства и гинекологии 1-го ЛМИ имени академика И. П. Павлова. Методика лечения довольна проста: в течение дня проводятся повторные орошения влагалища и раневых поверхностей йодином после предварительного очищения их от гнойного отделяемого.

Авторы метода подвергли йодинотерапии всего 68 женщин. Очищение ран от гнойных налетов и прекращение гнойных выделений происходило в течение первых 3—4 дней от начала лечения.

Первобеременная Ю., 21 год. Роды на 38-й неделе в ягодично-ножном предлежании. Нефропатия. Гематома влагалища и разрыв промежности второй степени. Температура тела в первые сутки после родов 37,7 градусов, затем нормальная. Швы на

промежности нагноились. Применение йодинола начато с 8-го дня после родов. На 12-й день после освежения краев раны промежности вторично наложены швы. Рана зажила первичным натяжением.

Повторнородящая М., 33 года. Поступила в клинику по поводу кольпита при беременности двойней. В течение четырех дней перед родами применялось орошение влагалища перекисью водорода. В родах был произведен разрез промежности по старому рубцу. Швы разошлись полностью. Йодинол применялся с 8-го дня после родов. Наложённые впоследствии вторичные швы зажили первичным натяжением.

Первородящая З., 35 лет. Эндометрит в родах, затяжное течение в родах. Разрыв шейки матки. Швы на

промежности зажили первичным натяжением, а на шейке разошлись. Температура до 37,4 градусов в течение первых 13 дней. Йодинол применили только с 10-го дня, а на 15-й день были наложены вторичные швы, которые зажили первичным натяжением.

Проведенные клинические испытания дали основание считать, что йодинол является эффективным средством для лечения язв и санации гнойных ран мягких родовых путей перед вторичным наложением швов.

Интересные результаты были получены и при применении йодинола в лечении *трещин сосков* после кормления младенцев. Препарат при помощи пипетки или тампона наносили на сосок (до полного высыхания) два раза в день. Всего было подвергнуто лечению 108 родильниц с

глубокими и поверхностными трещинами сосков. Водный раствор положительных результатов не дал. Применение водно-глицеринового раствора йодинола при наличии поверхностных трещин сосков купировало болезненность к концу 1—2-го дня. Заживление наступало на 2—3-й день. При глубоких кровоточащих трещинах сосков болезненность прекращалась к концу 2—3-го дня. Эпителизация начиналась на 4—5-й день.

Гнойные хирургические заболевания

Хирурги, в пятидесятых годах клинически испытывавшие йодинол, однозначно проголосовали за его применение. Результаты были поистине великолепными. Препарат, о котором всегда мечтали хирурги, должен иметь несколько уникальных качеств, практически не сочетающихся ни в одном препарате. Это:

1. Широкая бактериальная активность.

2. Хорошая растворимость препарата, чтобы он легко мог проникнуть в глубь тканей и проявлять свое действие даже в тяжело поврежденных, омертвевших тканях.

3. Устойчивость в присутствии крови.

4. Отсутствие раздражающего действия на рану.

5. Минимальная токсичность.

Йодинол обладает не только всем комплексом перечисленных свойств, но еще и другими, необыкновенно ценными свойствами: широкими антибактериальным, противовирусным и фунгицидным, а также не вызывает устойчивых форм микробов; хорошо растворим и глубоко проникает в ткани, особенно в водно-глицериновом растворе; не оказывает раздражающего действия на раны. Кроме того, на поверхности ран йодинол образует тончайшую полимерную пленку, которая эффективно

предохраняет поверхность раны от вторичной инфекции.

Поэтому применение йодинола при лечении *упорно незаживающих ран и язв*, где при посеве гноя был получен рост стафилококка и стрептококка, не чувствительных к антибиотикам, обладает наиболее устойчивым эффектом.

В клинике общей хирургии 1-го ЛМИ имени И. П. Павлова лечение йодинолом было особо эффективно при следующих заболеваниях: хроническом остеомиелите, поверхностных (подкожных) флегмонах, инфицированных ранах и ожогах, абсцессах мягких тканей различной локализации, острых парапроктитах, деструктивном панкреатите, остром гнойном мастите.

Общее число больных составило 350 человек. Препарат применяли для промывания ран и свищей, причем в глубокие раны вводили тампоны, смоченные йодинолом.

а на поверхностные язвы и раны накладывали повязки с йодиолом.

По характеру заболевания и локализации болезненного очага больные были разделены на две группы: 1) больные с различными гнойными язвами (хронический остеомиелит, а также острые гнойные процессы различной локализации) — 260 человек, 2) больные с трофическими и варикозными язвами нижних конечностей — 90 человек.

Особый интерес вызывали больные, страдающие *хроническим остеомиелитом костей нижних конечностей огнестрельного происхождения*. У 43 больных был широкий свищевой ход, поэтому производилось ежедневное промывание йодиолом с последующим введением на сутки тампона с этим же препаратом. Если узкий свищевой ход не позволял применять тампоны, больному делали ежедневное

промывание свища йодиолом с помощью резинового катетера, который вводился до пораженной кости. Этот метод лечения способствовал длительному (иногда свыше 20 лет!) закрытию незаживающих свищей в сравнительно короткие сроки — в пределах 30 дней.

Такие же успешные результаты были получены при *остром парапроктите, остром гнойном мастите, инфицированных ранах*. Применение йодиола в тампонах, а также накладывание повязки с йодиолом, если гнойная рана была поверхностной, приводили к более быстрому и успешному заживлению ран. Применение йодиола в таких случаях требует ежедневных перевязок.

При многократных посевах гноя из ран оказалось, что уже при 3—4-разовом применении йодиола стрептококк и кишечная палочка перестают высеваться из гноя. Более устойчивым оказался стафилококк,

но при длительном применении йодиола исчезал и этот устойчивый почти ко всем антисептикам возбудитель гнойной инфекции.

Прекрасные результаты были получены при лечении больных с *обширными трофическими язвами в области голени*, существовавших в течение 5—18 лет, и с *язвами на почве варикозного расширения вен*. Лечение этих больных представляет чрезвычайно трудную задачу.

Применение многих методов совершенно безуспешно или дорогостояще. Методика применения йодиола при лечении больных с длительно незаживающими язвами нижних конечностей очень проста. При поступлении больных с отделяемого язвы берут посев для определения возбудителя вторичной инфекции и его чувствительности к различным антибиотикам. После этого пораженную поверхность,

включая поверхность язвы, моют горячей водой с мылом и щеткой, вытирают стерильным полотенцем, а края язвы смазывают цинковой мазью. На поверхность язвы накладывают повязку из трех слоев марли, смоченной йодиолом, сухую салфетку, небольшое количество ваты и фиксируют обычным способом. перевязки вначале производят два раза в сутки (через 12 часов), причем снимают только два верхних слоя повязки, а нижний слой, состоящий из трех слоев марли, вновь орошают йодиолом. Через каждые 7 дней при наличии скудного гнойного отделяемого или через 3—5 дней, если имеется обильный гной, больным назначают общую или местную горячую ванну, а затем лечение вновь продолжают.

Результаты применения йодиола у упомянутых 90 больных таковы: у 59 больных язвы полностью зажили, у 26 лечение позволило подготовиться к

операции по пересадке кожи. И только у 5 больных отмечено улучшение течения болезни, но это были сверхтяжелые случаи: больные были старше 78 лет, причем с явлениями тяжелой дистрофии, инсульта и остаточными явлениями паралича нижних конечностей.

Больная С., 53 года, страдает трофическими язвами правой голени в течение 13 лет. В 1950 году оперирована по поводу варикозного расширения вен голени, однако зажившие после операции язвы вскоре образовались вновь. Предпринятое в различных стационарах лечение новокаиновыми блокадами, мазевыми повязками и кварцем эффекта не дало. В клинику больная поступила с наличием язв в нижней трети правой голени размером 20 x 15 x 1,5 и 2 x 2,5 см. Поверхность язв покрыта серовато-зеленым

гноем. При посеве отделяемого из раны получен рост синегнойной палочки и стрептококка.

Лечение проведено ежедневным двукратным орошением язв через повязку. Уже к концу первой недели язвы очистились от гнойного отделяемого, а через 2 недели появились островки эпителизации в центре и по краям язв. К 30-му дню пребывания в больнице язвенная поверхность полностью эпителизовалась, и больная была выписана домой.

Исключительный интерес представляют полученные в той же клинике результаты применения йодиола у больных с **облитерирующим атеросклерозом и начальными явлениями гангрены пальцев стопы**. Этим больным йодиол был введен как внутривенно, так и внутриартериально. Внутриартериальное введение йодиола начинали с 5 мл в сочетании с 20 м

40%-ной глюкозы, 1 мл 1%-ного раствора морфина и 20 мл 0,5%-ного раствора новокаина. Дозу йодиола постепенно повышали до 25—50 мл. Курс лечения состоял из 5—10 вливаний через день. Каждое вливание препарата в бедренную артерию вызывало молниеносную гиперемию кожи бедра и голени и чувство жжения в конечности. Эти явления проходили через 3—5 минут. У всех больных отмечалось уменьшение воспалительных процессов в области пальцев.

Интересные результаты применения йодиола при лечении хирургических заболеваний получил С. М. Шихман — хирург Правдинской районной больницы Калининградской области. Его методы применения йодиола были различными: перевязки, промывания свищей и гнойных полостей не реже одного раза в сутки, длительные капельные орошения и элек-

трофорез с йодиолом. На протяжении двух лет йодиол успешно был применен у 125 больных с различными гнойными процессами.

По данным хирурга, средний срок лечения 15 женщин, оперированных по поводу *острого мастита*, составил 14 дней и оказался в два раза меньше, чем антибиотиками. Он приводит выписку из истории болезни, где отмечает, что лечение йодиолом позволило спасти женщину от ампутации молочной железы.

Больная К., 28 лет, кормящая мать. Поступила 14 июля 1965 года в хирургическое отделение больницы. Больна 3 недели. Жалобы на резкие боли в левой молочной железе.

При объективном исследовании: состояние средней тяжести, бледна, истощена, температура нормальная.

Местно: левая молочная железа отечна, гиперемирована, в наружных ее отделах имеется рана 12 x 8 см с обильным гнойным отделяемым. Дно раны инфильтровано на глубину 1 см, на этом же протяжении — отслоение эпидермиса. В левой подмышечной области пакет болезненных лимфатических узлов.

Назначены пенициллин и стрептомицин в терапевтических дозах, ультрафиолетовое облучение, перевязки с мазью Вишневского, переливание крови, вливание солей, витаминов.

16 июля — состояние средней тяжести. Из гноя высеивается стрептококк, чувствительный к эритромицину. На протяжении следующих четырех суток состояние ухудшается. Высокая лихорадка. Рана расплывается, дно ее напоминает соты.

Много гноя. Больная дополнительно получает эритромицин и нистатин. Ежедневные перевязки с ксероформом и эритромицином.

21 июля — общее состояние тяжелое. Консилиум врачей решает еще сутки продолжать лечение, а при отсутствии улучшения ампутировать большую железу.

22 июля — замечено несущественное улучшение: рана стала менее отечной. Температура субфебрильная. Местно: процесс продолжает прогрессировать. Флегмона занимает уже всю молочную железу.

28 июля начаты двукратные ежедневные перевязки с йодиолом. Одновременно больная получает антибиотики.

2 августа — общее состояние удовлетворительное, рана хорошо очищается и эпителизируется.

7 августа — рана настолько очистилась, что отменены антибиотики и йодинол.

6 сентября — больная выписана домой в удовлетворительном состоянии. Рана зажила.

Шихман сделал вывод, что «йодинол является мощным антисептическим лечебным препаратом при гнойных хирургических процессах. Препарат показан при острых и хронических гнойных процессах, особенно при неэффективности и непереносимости антибиотиков».

Редкую иллюстрацию удивительных свойств йодинола приводит В. О. Мохнач по материалам 20-й объединенной больницы Московского района Ленинграда.

Больной М., 46 лет, поступил в ЛОР-отделение 12 мая 1970 года с

инородным телом в пищеводе. Утром при обивке мебели больной держал во рту гвозди и случайно проглотил один. Акт глотания совершенно невозможен. Движение шеи крайне болезненно.

Больной держал голову в странном напряженном положении, единственном, при котором не было острой боли.

На рентгенограмме на уровне 5—6 позвонка определяется инородное тело размером 1,5 x 0,6 см. Имелись все основания для эзофагоскопии и удаления инородного тела. При введении трубки произошел разрыв боковой стенки пищевода. После удаления трубки появилось обильное кровотечение. Состояние больного было оценено как крайне тяжелое. В течение двух часов температура тела поднялась до 39 градусов. Боли в об-

ласти шеи усилились, легкое прикосновение к коже шеи вызывало резкую боль.

Движения шеи вследствие крайней болезненности невозможны. Вдох и выдох вызывают резкую боль. У больного констатирован инструментальный разрыв пищевода.

Учитывая особую опасность положения, В. О. Мохнач применил внутрь в качестве дезинфектанта раствор йодиола. Результат применения был совершенно неожиданным.

Частое проглатывание препарата не вызвало никаких неприятных ощущений или осложнений. Больной вскоре почувствовал уменьшение боли при глотании.

На следующий день состояние больного настолько изменилось к лучшему, что он мог свободно проглатывать воду и молоко. Доза йоди-

нола была увеличена. Общее состояние больного быстро улучшалось. 14—15 мая температура снизилась до 37,6 градусов, на четвертые сутки стала нормальной. Необходимость в операции медиастомии, конечно, отпала. Инородное тело — гвоздь, по-видимому, выделился с калом.

Больной выписан в хорошем состоянии.

Ожоги

В свое время Ленинградский ожоговый центр применить йодиол при ожогах вежливо отказался. Директор центра аргументировал свой отказ тем, что перевязки обожженных сейчас делают под наркозом, поэтому йодиол как нетравматическое средство ему на данном этапе не нужен: «Научный анализ перевязок под наркозом будет продолжаться, но уже несомненно, что этот наркоз научно обоснован».

Действительно, основной проблемой при термических ожогах всегда было обезболивание обожженных.

Поль де Крюи, известный врач, писал: «Нет более ужасных мучений, чем боли при ожогах, причем боли в момент происшествия — безделица по сравнению с нечеловеческими муками при перевязке ран. Перевязки для обожженных в тысячу раз ужаснее первых страданий при ожоге. Это медленный страшный хирургический ритуал, который превращает лечение ожогов в сердце раздирающую средневековую пытку...»

А ведь каждый обожженный подвергается такой пытке и не один раз.

Мохнач утверждает, что применение наркоза снимает только боль и делает это за счет нелегкой многократной «химической травмы» сердца и других

жизненно важных органов, но тяжелая механическая травма тканей при удалении повязки, тоже неоднократная, остается. Больше того, повязку у наркотизированного больного удаляют быстрее, не так осторожно.

Применение йодиола вообще не требует смены повязок. Метод лечения — тот же, что и при обычных язвах.

После элементарной, не очень тщательной механической очистки ожоговой раны (ведь йодиол все затем тщательно простерилизует!) на ее поверхность накладывают повязку из 3—5 слоев марли, обильно смоченной йодиолом.

В дальнейшем обычно не требуется менять повязку, ее повторно орошают йодиолом до полного заживления ожоговой поверхности.

В редких случаях (обильное гнойное отделяемое и т. д.) повязку легко снимают и после обработки раны на чистую поверхность накладывают новую, пропитав ее йодином.

Алфавитный указатель



А

Аллергия 9, 13, 14, 28, 86

Альвеолит 146, 199, 206

Амиллоидин 22, 73, 76, 81, 83, 84—88,
121, 122, 131, 132

Ангина 4, 67, 140, 149—155

Антибиотик 4, 6, 7, 10—13, 15, 17, 20, 31,
73, 82, 83, 91, 95, 97, 102, 107, 112, 113, 145,
150—152, 172—176, 183, 189, 192, 197, 199,
200

Аспирин 17—19, 87

Атеросклероз 21, 26, 42, 195

Б

Бактериальная дизентерия 74, 79

Бактериальный конъюнктивит 144

В

Вагинальный кандидоз 113

Варикозное расширение вен 18, 19, 22,
190, 192, 194

Г

Гангрена 11, 195

Гастроэнтерит 132

Гипертиреоз 21

Грипп 4, 70

Д

Дизентерия 75, 80, 81—85, 141

Диспепсия 42, 133

Дифлюкам 111

З

Зоб 21, 26—28, 40—42, 63, 76

Й

Йодинол 22, 73, 84—86, 112, 113, 119,
121, 122, 124, 127, 128—131, 134—136,
138—148, 151, 153, 155, 156, 178—193, 195,
196, 197, 200, 202, 203, 205, 206

Йодонат 21

Йодопирин 21

Йодоформ 22

К

Кандидоз 96—98, 101—105, 107, 110,
112—114, 170

Кандидоз слизистой рта 113

Кандидомикоз 97

Катаракта 144, 145

Колит 17, 81, 85, 98, 103, 141, 159, 161,
180, 185

Кольпит 98, 159, 161, 180, 185

Конъюнктивит 87, 144, 145, 160, 161,
169

Конъюнктивальный мешок 87, 88, 89

Л

Леворин 107, 108, 172

М

Мастит 189, 191, 197

Молочница 96, 97, 100, 112

Н

Нашатырный спирт 115, 125, 126, 128,
130

Нистатин 107, 108, 114, 172, 199

О

Ожог 22, 114, 116, 118, 121—125, 127,
129, 131, 135, 140, 142—144, 189, 203—205

Ожог глазного яблока 142

Остеомиелит 147, 189, 190

Отит 22, 103, 140, 160, 169

Офтальмообленочья 89—92

П

Парапроктит 189, 191

Пенициллин 10—13, 87, 150—152, 198

Пневмония 102, 115, 141, 160, 169

Подагра 26

Простуда 4, 13, 14, 18

Протей 21

Р

Раны 3, 22, 29, 143, 144, 182—186, 188—
191, 195, 198—200, 204—206

Рыбий жир 55—57, 59, 60

С

Сифилис 21

Стафилококк 11, 13, 21, 85, 87, 189, 191

Стоматит 17, 92, 93, 95, 96

Стрептомицин 13, 15, 16, 198
Субфебрилитет 152, 153

Т

Тетрацилин 4, 13, 16, 17, 172, 173
Тиоксин 20, 39, 41
Тонзиллит 22, 140, 149—151, 153, 156
Трещины сосков 186, 187
Трийодтиронин 41
Трихомонадный кольпит 180

У

Уксусная эссенция 114, 115, 118, 123, 125

Ф

Фарингит 67, 161, 169

Х

Хламидиоз 156, 158, 159, 161, 162, 164—
173, 178

Хламедийный
везикулит 167
парауретрит 166, 168
сальпингит 161, 168
уретрит 105, 159, 161, 163, 166
эндометрит 103, 168, 185
Холера 86

Ц

Цервицит 98, 159, 161, 163
Цинга 26

Э

Эрозия 82, 83, 94, 113, 125, 130, 159, 162,
177

Я

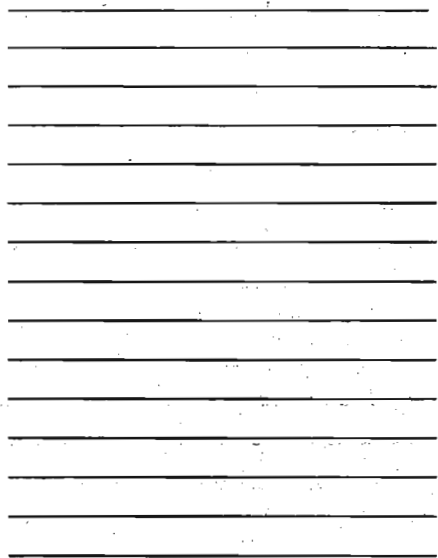
Язва желудка
и двенадцатиперстной кишки 85

Содержание

Предисловие	3
Почему опасны антибиотики?	7
Пенициллин	10
Стрептомицин и тетрациклин	13
Аспирин	17
Йод	23
Йодвысокополимеры	71
«СИНИЙ ЙОД»	74
Как приготовить «синий йод»	76
«Синий йод» как лечебное средство ...	79
Заболевания желудочно-кишечного тракта	79

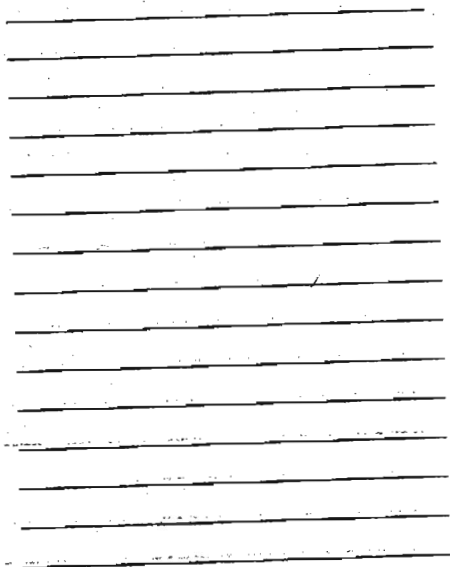
Глазные заболевания	87
Стоматиты	92
Кандидоз	96
Химические ожоги гортани	114
Лечение животных	132
ЙОДИНОЛ	134
Способ получения йодиола	136
Йодиол как лечебное средство ..	139
Глазные заболевания	142
Применение в стоматологии	146
Хронический тонзиллит	149
Гинекологические заболевания ...	156
Гнойные хирургические заболевания	187
Ожоги	203
Алфавитный указатель	207

ДЛЯ ЗАМЕТОК



218

ДЛЯ ЗАМЕТОК



219

ДЛЯ ЗАМЕТОК

A series of 18 horizontal lines for writing notes, arranged in a slightly downward-sloping pattern from top-left to bottom-right.

220

ДЛЯ ЗАМЕТОК

A series of 18 horizontal lines for writing notes, arranged in a slightly downward-sloping pattern from top-left to bottom-right.

221

Филиппова Ирина Александровна
СИНИЙ ЙОД

Редактор серии М. Н. Иванова
Ответственный за выпуск
Ю. А. Богданова
Компьютерная верстка
О. Г. Рязанова
Корректор
Н. А. Натарова

ЛП № 000003 от 27 июля 1998 г.

Подписано в печать 14.01.2000 г.
Формат 84x108¹/₆₄. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 3,5. Тираж 20 000 экз. Заказ № 148.

Издательство «Тимошка»,
196066, Санкт-Петербург, ул. Типанова, д. 4,
тел. (812) 293-1029.

Отпечатано с готовых диалозитивов в ГИПК
«Лениздат» (типография им. Володарского)
Министерства Российской Федерации
по делам печати, телерадиовещания и средств
массовых коммуникаций.
191023, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, 59.

ПЧЕЛИНАЯ ЭКЗОТИКА
ДЛЯ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ

НАТУРАЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

1. *Пчелиный хлеб* — незаменимое средство при инсультах (восстанавливает утраченные двигательные функции), инфарктах, заживляет язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, повышает активность иммунной системы, а также предотвращает простудные заболевания у детей.
Цена 1 упаковки — 120 руб.

2. *Личиночное молочко* — способствует рассасыванию доброкачественных опухолей, стимулирует функции яичников, помогает организму генерировать живые сперматозоиды при некоторых видах мужского бесплодия, способствует омоложению организма.
Цена 1 упаковки — 120 руб.

3. *Пчелиная живица на основе прополиса* — лечебное средство при гайморитах, незаживающих ранах, трофических язвах.
Цена 1 упаковки — 136 руб.

Подробную информацию о применении этих лекарственных средств вы можете найти в книге

«Здоровье на крыльях пчелы»

(С.-Петербург, «Тимошка», 1999 год, серия «Кладовая солнца»)

Принимаем заказы по телефонам:

(812) 293-10-29, (812) 448-91-84

**ОПТОВЫЕ ПАРТИИ КНИГ ИЗДАТЕЛЬСТВА
«ТИМОШКА» ВЫ МОЖЕТЕ ПРИОБРЕСТИ:**

- в Санкт-Петербурге:
тел. (812) 293-1029
- в Москве:
тел. (095) 973-0086
- в Екатеринбурге:
тел. (3432) 42-0775
- в Омске:
тел. (3812) 25-0414
- в Перми:
тел. (3422) 64-1226
- в Уфе:
тел. (3472) 22-0984
- в Киеве:
тел. (044) 417-1022
тел. (044) 418-8473 ООО «Орфей».
Оптовая и розничная торговля.
Украина, Киев, 6 пр. Красных
казаков, магазин «Орфей»
- в Новосибирске:
тел. (3832) 36-1026
43-3557
- в Челябинске:
тел. (3512) 66-3545
- в Ростове:
тел. (8632) 65-6164