

# **ОПЫТ РЕШЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И МЕТОДИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЙ ЛИМФОЛОГИИ И ЭНДОЭКОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭРЛ**

**Л.П. Свиридкина**

**ФУМР РУДН, г. Москва**

Эндоэкологическая реабилитация по Ленину (ЭРЛ) находит все большее применение в клинической и профилактической медицине. Было бы неверным воспринимать ее только как один из лечебно-оздоровительных методов. По существу, это доведенное до клинической реализации новое мировоззрение, предоставившее врачу методы воздействия на уровне ближайшей среды обитания клеток.

При обучении врачей методологии ЭРЛ постоянно приходится сталкиваться с явлением недопонимания некоторыми клиницистами ее сути. Термин «эндоэкологическая реабилитация» впервые был введен для обозначения нормализации гомеостаза на клеточно-организменном уровне путем использования комплекса методов, обеспечивающих управление интерстициальным гуморальным транспортом (ИГТ) и лимфатическим дренажем (ЛД). После первоначального неприятия столь характерного для консервативной медицины, этим термином стали широко пользоваться для обозначения любых мероприятий, направленных на оздоровление. Выход из положения был найден на Первой международной конференции по проблеме эндоэкологической реабилитации (Буэнос-Айрес, 1994), постановившей присвоить эндоэкологической реабилитации на клеточно-организменном уровне имя ее автора, профессора Ю.М. Ленина.

Эндоэкологическая реабилитация по Ленину (ЭРЛ) - это система последовательных лечебно-оздоровительных воздействий, обязательным элементом которых является цито- и лимфосанация, осуществляемая посредством нормализации или усиления ИГТ и ЛД тканей. ЭРЛ включает в себя и детоксикационные мероприятия других в основном усиливающих функции органов элиминации. Однако именно воздействия, направленные на ИГТ и тканей, позволяющие осуществить на клеточном уровне, и дали название всей системе. Поэтому при анализе данных литературы практические врачи сформировать четкое представление, реабилитации идет речь в каждом конкретном случае.

ЭРЛ не является застывшей схемой. Важно соблюдение основных принципов, в то время как конкретные мероприятия, их и последовательность подключения могут меняться в зависимости от поставленных врачом. Принципиальный для здравоохранения шаг сделан астраханским ученым и организатором медицины В.Н. Бучиным, впервые создавшим модель ЭРЛ, работающую на всех уровнях лечения, профилактики и оздоровления, и показавшим эффективность профилактики и оздоровления, и показавшим эффективность этой модели.

Необходимо остановиться на некоторых часто возникающих у практического врача вопросах использования ЭРЛ. Она может быть применена:

1. как один из элементов патогенетической терапии любого заболевания внутренних органов на самых разных стадиях его развития в сочетании с общепринятой медикаментозной и другой терапией;

2. при подготовке пациентов к плановым операционным, медикаментозным и другим (например лучевая терапия) вмешательствам;
3. как система детоксикации с профилактической и оздоровительной целью у так называемых практически здоровых лиц, особенно в зонах экологического неблагополучия.

Известно, что каждый патологический процесс протекает на уровне соединительной ткани и сопровождается нарушением ИГТ и ЛДТ с последующим накоплением в околоклеточном пространстве метаболитов. Поэтому влияние на эти звенья патогенеза является обязательным условием рациональной терапии заболеваний любой этиологии. При назначении ЭРЛ больным с острыми и хроническими заболеваниями индивидуальный подход к пациенту, основанный на адекватной оценке его состояния, играет особую роль.

Однако воздействия, включаемые в систему ЭРЛ, будут отличаться в зависимости от их индивидуальной переносимости, сочетания с общепринятой терапией, нозологической формы заболевания и стадии его развития. Так, физиотерапевтические методики стимуляции ИГТ и ЛДТ будут различными у пациентов с разной локализацией патологического очага, фазой заболевания, его тяжестью и готовностью лимфатической системы к выполнению своих детоксицирующей и барьерной функции. В противном случае при инфекционном процессе недостаточное насыщение очага поражения и лимфатической системы антибактериальными препаратами может привести к диссеминации инфекции, а резкая стимуляция ЛДТ при массивных некрозах тканей на фоне несостоятельности функций лимфатической системы чревата развитием токсического шока, вызванного поступлением большого количества метаболитов из лимфы в кровь. Следовательно, клиницист, использующий систему ЭРЛ в патогенетической терапии самых разных заболеваний, должен владеть методами управления функциями лимфатической системы и своевременно подключать к лечению лимфотропную антибиотикотерапию, интранодулярную антиферментную или иммунотерапию, лаваж лимфатической системы и др. При использовании для стимуляции ИГТ и ЛДТ лекарственных растений необходимо учитывать аллергический анамнез пациента.

Следует помнить, что у пациентов с иммунозависимыми заболеваниями можно ожидать развития аллергических реакций разной формы и степени выраженности даже в тех случаях, когда предварительный опрос не выявил у них какой-либо лекарственной непереносимости. У таких пациентов желательно с самого начала использовать монофитотерапию.

Много вопросов встает перед врачом и при выборе препаратов, влияющих на желчеобразование и желчеотток. Известно, что у пациентов с цитолитическим печеночным синдромом, желчекаменной болезнью, хроническим панкреатитом и в ряде других ситуаций использование средств, содержащих желчные кислоты, противопоказано. В этом случае препаратом выбора становится урзодезоксихолевая кислота, оказывающая положительное влияние на самые различные функции печени. Форма растительного средства, усиливающего холатонезависимую фазу образования желчи (масляная форма, спиртовая настойка, отвар или настой), зависит от исходного состояния кинетики желчевыводящих путей, а необходимость назначения ферментов в системе ЭРЛ и выбор конкретного препарата решается только после оценки состояния поджелудочной железы.

Часто вызывает затруднение выбор препарата для энтеросорбции. Требуется учета широкий диапазон факторов — от наличия язвенных поражений желудочно-кишечного тракта до психологической готовности пациента к приему того или иного средства. Необходимо помнить, что при нарушении эвакуации кишечного содержимого происходит десорбция концентрированных на энтеросорбентах токсинов и повышение их всасывания в кровь и кишечную лимфу. Поскольку после окончания энтеросорбции наблюдается значительное увеличение всасывающей способности кишечника, поэтому отмена энтеросорбента должна проводиться методом постепенного снижения дозы и кратности приема препарата. Иначе возможно развитие ранее наблюдавшейся (вероятно, вследствие плохого контакта аллергена со слизистой кишечника) пищевой аллергии. Возрастает опасность повышенного всасывания токсических веществ, нередко содержащихся в пищевых продуктах. Следовательно, на этом этапе ЭРЛ большое внимание необходимо уделять характеру питания пациента и коррекции доз принимаемых пероральных лекарственных препаратов.

Определенную помощь в предотвращении вышеописанных последствий энтеросорбции может оказать назначение после ее окончания биологически активных препаратов со свойствами естественных энтеросорбентов.

Применение ЭРЛ с профилактической и оздоровительной целью у пациентов какой-либо выраженной патологии ставит перед врачом примерно те же вопросы, которые были рассмотрены выше. На первый взгляд кажется, что проводить реабилитацию у такой группы пациентов значительно проще. Однако видимая легкость может таить в себе опасность неполной оценки врачом реальной картины здоровья пациента и недостатки контроля над его состоянием в ходе проводимой реабилитации. Поэтому врачам, работающим с этой группой пациентов, следует придерживаться трех основных правил.

1. Необходимо всесторонне оценить индивидуальные особенности состояния организма пациента на момент назначения ЭРЛ.
2. Чем больше эндоэкологическое загрязнение или патологический процесс, тем более осторожными должны быть воздействия врача.
3. При невозможности индивидуального постоянного врачебного контроля целесообразно использовать неполные, так называемые "щадящие" варианты ЭРЛ, применение которых дает минимальное количество осложнений.

Часто врачи, не прошедшие нашей школы, настоятельно просят дать им конкретные схемы реабилитации, так сказать, "на все случаи жизни". Ответ может быть только однозначным — таких схем нет и не должно быть в принципе. ЭРЛ — это новая методология, вооружившись которой врач подбирает средства и методы влияния на нарушенные ИГТ, ЛДТ и функции органов элиминации. Врач определяет последовательность их осуществления с учетом всех индивидуальных особенностей конкретного клинического случая.