

# «Трудный» пациент

описание, диагностика,  
рекомендации

Москва  
2018

## *Содержание*

Введение .....	3
Функциональные расстройства в цифрах .....	5
Общие рекомендации при работе с пациентами с функциональными нарушениями .....	7
Тревожный пациент .....	9
Пациент с ипохондрией .....	13
Раздраженный пациент и конфликтный пациент .....	17

## ***Авторы:***

***Алексеев А.А.*** – клинический психолог

***Лепилкина Т.А.*** – к.п.н., клинический психолог, научный сотрудник  
лаборатории психофармакологии ФГБНУ НЦПЗ

***Рупчев Г.Е.*** – к.п.н., клинический психолог, научный сотрудник  
лаборатории психофармакологии ФГБНУ НЦПЗ

***Морозова М.А.*** – д.м.н., психиатр, заведующая лабораторией  
психофармакологии ФГБНУ НЦПЗ

# Введение

В своей практике каждый врач периодически сталкивается с пациентами, которых принято называть «трудными». Больные с функциональными соматическими нарушениями, чьи телесные симптомы тесно переплетены с эмоциональным неблагополучием, составляют значительную долю таких больных.

Надежные и продуктивные отношения между врачом и пациентом («терапевтический альянс», если заимствовать термин из лексикона психотерапевтов) имеют огромное значение при лечении пациентов с функциональными расстройствами. И именно этот компонент зачастую вызывает у врача наибольшие затруднения при ведении таких пациентов. Пациенты с функциональной патологией часто выражают недовольство предоставленной медицинской помощью, жалуются на то, что лечащий врач не уделяет им достаточно внимания, считают, что имеющиеся у них нарушения не воспринимают всерьез. В это время и сам врач при работе с такими пациентами может испытывать широкий спектр негативных переживаний и эмоций – неудовлетворенность, чувство бессилия, напряжение, раздражение, а иногда и злость.

Данная брошюра содержит ряд рекомендаций при работе с «трудными» пациентами, которые, как мы надеемся, могут оказаться полезны в повседневной врачебной практике.

# Функциональные расстройства в цифрах



Функциональные симптомы представляют собой очень распространенное явление. Распространенность функциональных нарушений в первичной медицинской сети составляет от 20 до 50% случаев обращения пациентов.

Иными словами функциональным расстройством страдает, по крайней мере, каждый пятый пациент.

На приеме у врачей отдельных специальностей пациенты с симптомами, не объясняемыми органическими причинами, встречаются еще чаще. По отдельным направлениям они могут составлять даже более половины от всех обратившихся.

## *Функциональные симптомы отмечаются у:*

**31%** пациентов ревматологов;

**42%** пациентов кардиологов;

**50%** пациентов гастроэнтерологов;

**54%** пациентов гинекологов;

**55%** пациентов неврологов.

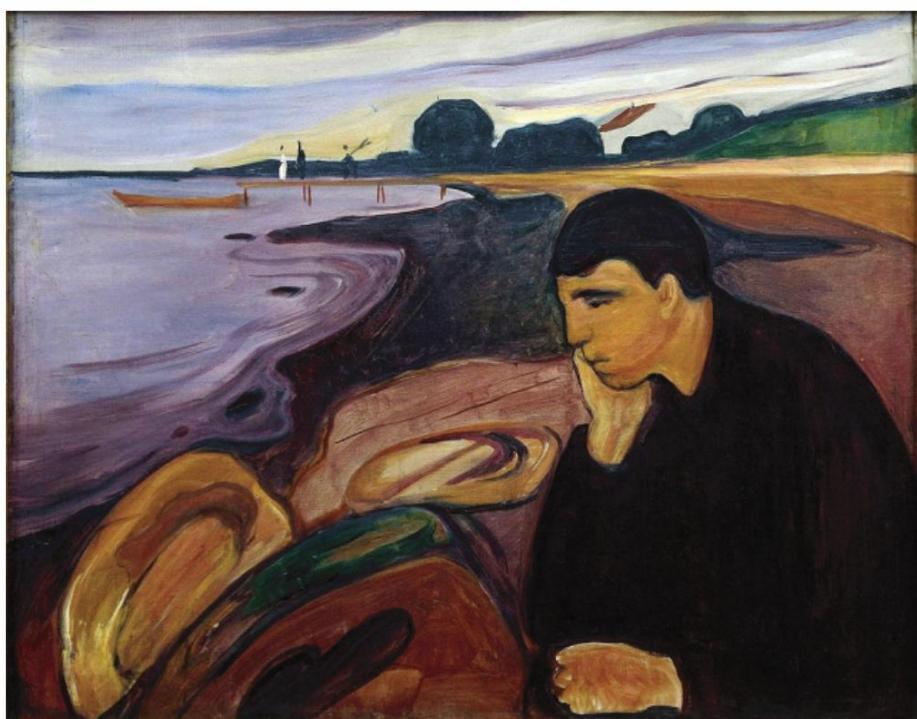
Пациенты с проблемами психосоматического круга в среднем значительно чаще обращаются за медицинской помощью.

В течение года на каждого такого пациента приходится 4.9 обращения в первичную медицинскую сеть и 8.1 обращений к специалистам, в то время как на пациента без соматизации приходится 3.4 обращения в первичную медицинскую сеть и 3.9 визита к специалистам. Психосоматические пациенты также чаще обращаются и за экстренной медицинской помощью (1.3 обращений против 0.5).

Характерной особенностью пациентов с функциональными расстройствами является высокая распространенность у них психоэмоциональных проблем.

У пациентов с функциональными симптомами отмечается более высокий общий уровень психологического дистресса и большая склонность испытывать негативные эмоциональные переживания. Частота психотравм у таких пациентов выше в **2,7** раза. У них также гораздо чаще отмечаются расстройства настроения. Распространенность депрессии среди таких пациентов составляет от **10** до **20%**.

Также у пациентов с функциональными нарушениями чаще встречаются тревожные расстройства. Их распространенность составляет от **15** до **25%**. Кроме того, у них обнаруживается повышенный уровень эмоциональных переживаний дисфорического спектра (недовольство, раздражительность).



«Меланхолия» (Эдвард Мунк. 1894-1896)

# **Общие рекомендации при работе с пациентами с функциональными нарушениями**

1. Информируйте пациента о заболевании. Сообщите о том, что его нарушения носят функциональный характер и что по крайней мере часть имеющихся симптомов близко связана с психологическим напряжением, стрессом и эмоциональной жизнью. Понимание того, что функциональное расстройство представляет собой вполне «законный» в медицине диагноз, и что сами эти расстройства не уникальны, а наблюдаются у многих людей, упрощает принятие пациентом своего диагноза.
2. Соотносите предлагаемые объяснения с уровнем понимания пациента. Помните о том, что пациенты, склонные к формированию функциональных расстройств, зачастую имеют дефицит в способности адекватно проживать эмоциональные состояния, бессознательно защищаются от признания некоторых чувств и их значения в своей жизни.
3. Избегайте взаимодействия, в результате которого пациент может почувствовать стыд и вину за свое состояние. Тот факт, что способность пациента перерабатывать события эмоциональной жизни имеет большое значение в формировании функциональных симптомов, не означает, что он сам «виноват» в своем заболевании. Осознание человеком этой связи – непростой процесс и может занять какое-то время.
4. При сборе анамнеза обращайте внимание на обстоятельства жизни пациента, в которых возник симптом, например, происходит ли что-то значимое в настоящее время у него на работе, в семье, в отношениях с близкими людьми. Это поможет пациенту начать осознавать связь между выраженностью функциональных симптомов и эмоциональным фоном.
5. Объясняя пациенту, что его симптомы не несут угрозы жизни и здоровью в целом, избегайте формулировок, отрицающих наличие у него расстройства. Пациент может почувствовать, что его обвиняют в преувеличении страдания или сообщают, что его проблемы не очень значимы. Реакцией на это может быть прерывание терапии, сомнения в компетенции врача, появление новых жалоб, усиление попыток привлечь к себе внимание и другое.

6. Используйте развернутые объяснения, а не только ответы на вопросы пациента. Это вызывает у пациента большее доверие и позволит ему сформировать у себя более целостное представление о своем расстройстве.

7. Стремитесь сформировать устойчивый формат отношений. При ведении пациента с хроническими функциональными нарушениями рекомендуется иметь план визитов. Это предотвратит и избыточные посещения (например, тревожных или ипохондричных пациентов), и преждевременное «выпадение» пациентов из курации.

8. Обозначьте свою заинтересованность в состоянии пациента и понимание испытываемого им дискомфорта. Пациенты с функциональными расстройствами имеют большую, чем другие больные, потребность в сочувствии и сострадании. Хотя функциональная патология не является угрожающей жизни, она причиняет реальное и ощутимое страдание пациенту и снижает его качество жизни.

# Тревожный пациент

**Тревога** представляет собой переживание неопределенного, смутного беспокойства по поводу будущих событий. Изначально она имеет важное адаптивное значение: предупреждает человека о возможной опасности, ситуации, которой следует избегать или в которой необходимо предпринять те или иные действия.

В психологии различают ситуативную тревогу – естественную и эволюционно необходимую реакцию, и личностную тревожность – характерологическую особенность, закрепившийся эмоциональный и поведенческий стереотип реагирования и проживания жизненных ситуаций. Частая, стойкая, мало привязанная к объективным жизненным событиям и отчетливо дезадаптирующая тревога может являться проявлением одного из расстройств тревожного спектра (например, генерализованного тревожного расстройства).

Интенсивная тревога, как правило, сопровождается соматическими проявлениями, прежде всего вегетативной гиперреактивностью. Симптомы тревоги включают потливость, тахикардию, учащенное поверхностное дыхание, повышение артериального давления АД, эпигастральный дискомфорт, мышечное напряжение, сухость во рту, головокружение, нечеткость зрения и другие.

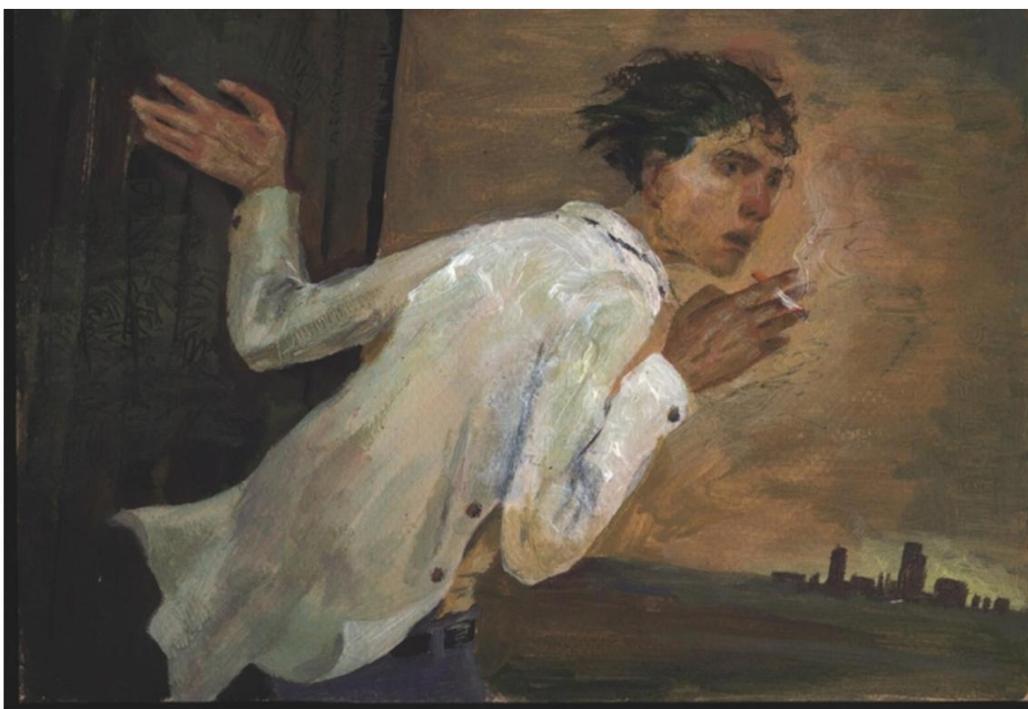
Внутренняя жизнь тревожного пациента наполнена многократным повторением, «прокручиванием» пугающих сюжетов, т.н. «катастрофических сценариев». Например, пациент может рисовать себе картины возможных несчастных случаев, социальных неудач или смертельно опасных болезней.

Человек подспудно чувствует себя игрушкой в руках судьбы, неспособным противостоять обстоятельствам, воспринимает себя слабым и уязвимым.

Ввиду своей очевидной значимости вопросы сохранения здоровья способны вызывать тревогу практически у любого человека. В то же время избыточная тревога или тревога, как личностная черта, могут негативно сказываться на способности пациентаправляться с различными ситуациями, а также значительно усложнять коммуникацию с таким пациентом. В следующем разделе будут приведены характерные признаки, позволяющие диагностировать патологический уровень тревоги.

## *Возможные проявления тревоги*

1. Поведенческие проявления: неуверенное выражение лица; суетливость и неусидчивость либо скованность и избыточное напряжение; речь ускоренная или затрудненная, запинающаяся; мелкий трепет пальцев;
2. Трудности сосредоточения: пациент сбивчив в выражении жалоб, невнимательно слушает и может переспрашивать уже обсужденное, перепроверяет, правильно ли он понял сказанное;
3. Сомнения и опасения по поводу своего состояния, лекарственной терапии, ее эффектов и побочных действий, опасности заболевания и т.д.;
4. Чрезмерная зависимость от врача (врач как «последняя соломинка»);
5. Преувеличение жалоб и их опасности, «раздувание из мухи слона».



«Тревога» (Олег Пэ, 2010)

## **Вопросы для выявления тревоги**

1. Часто ли Вы беспокоитесь?

2. Влияет ли чувство тревоги на сон и аппетит?

3. Склонны ли Вы сгущать краски или беспокоитесь по пустякам?

4. Улучшается ли Ваше самочувствие, когда Вы понимаете, что опасения преувеличены?

5. Можете ли Вы заниматься своими повседневными делами, если испытываете тревогу?

6. Свойственно ли Вам представлять, как будут развиваться события, перебирать возможные негативные варианты?

7. Изменили ли Вы свои привычки в связи неприятными ситуациями, вызывающими страх и тревогу?

8. Легко ли Вам отвлечься от тревожных мыслей?

## **При работе с тревожным пациентом рекомендуется**

1. Открыто продемонстрировать свою заинтересованность в состоянии пациента и его излечении. Переживающий тревогу человек испытывает большую потребность в поддержке. Ее наличие способно снизить чувство тревоги;
2. Сообщить о связи тревоги и физического самочувствия. Неопределенность пугает. Лучшее понимание причин физиологических проявлений способно снизить тревогу и улучшить физическое состояние;
3. Проинформировать о том, что представляет собой функциональное расстройство. Обозначить, что функциональные расстройства не являются чем-то необычным, а представляют собой частое явление, с которым современная медицина может и умеет работать;
4. Давать разъяснения относительно плана лечения, смысла проводимых процедур, назначаемой терапии, ходе лечения;
5. Научить пациента, как вести себя в потенциально тревожащей его ситуации (например, «если возникнут побочные эффекты, снизьте дозировку вдвое»; «если будет беспокоить желудок, запишитесь ко мне на прием» и т.д.);
6. Избегать ятрогенных («Ваше заболевание ПОКА функциональное»), а также неопределенных высказываний. С задачей напугать себя эти пациенты отлично справляются и сами.

***Пациентам с выраженной дезадаптацией по причине тревожности показана консультация врача-психиатра.***

## Пациент с ипохондрией

**Ипохондрия** – это расстройство, при котором пациент чрезмерно озабочен своим физическим здоровьем и подозревает у себя наличие соматических заболеваний. Тяжесть ипохондрических расстройств может варьировать от умеренной фоновой обеспокоенности здоровьем, которую можно рассматривать в рамках личностных особенностей пациента, до глубокой и некорректируемой уверенности в наличии смертельного заболевания, достигающей степени бредовой убежденности, например, при шизофреническом психозе. Интенсивность ипохондрических переживаний также может усиливаться на фоне психологического стресса и почти проходить в более благоприятных обстоятельствах.

Человеку с ипохондрией привычнее игнорировать психологическую составляющую эмоционального конфликта, смещающая внимание в область соматического неблагополучия.

Такой паттерн может сформироваться у человека, который в детстве много болел, длительно находился в больницах, или тяжело и долго болели его значимые близкие родственники. В родительской семье такие пациенты, как правило, не получили достаточного опыта психического проживания эмоциональных состояний и сложных чувств. Например, внимание матери только к физическим и физиологическим проявлениям ребенка; избыток беспокойства о соматическом здоровье в сочетании с игнорированием психологических затруднений; отвержение ребенка за «плохие» эмоции, такие как злость, отвращение, печаль и другие причины.

Таким образом, ипохондрия представляет собой своеобразную защиту от внутренних конфликтов, психической уязвимости, в связи с этим такой пациент бессознательно не заинтересован в том, чтобы избавиться от соматических симптомов.

## Возможные проявления ипохондрии



*Мнимый больной (Оноре Домье, ок. 1860–1862)*

1. Пациент приносит с собой много медицинской документации – результаты обследований, анализов, заключения других специалистов;
2. Говорит о состоянии не в терминах ощущений (болит, тошнит, крутит), а в терминах медицинских диагнозов (квалификации состояния), предлагает «свой» диагноз;
3. Много знает о своем заболевании из различных источников (Интернета, специальной медицинской и популярной литературы), использует медицинскую лексику, в беседе с врачом излишне подробно описывает свои симптомы;
4. Возможны вычурные описания жалоб (например, «у меня зажат пищевод», «мозг распирает череп» и т.п.);
5. С недоверием относится к результатам объективных обследований, не подтверждающих наличие органических расстройств;
6. Фиксирован на своем физическом состоянии;
7. Обычные и нормальные ощущения интерпретирует как аномальные и связанные с болезнью (например, перистальтику кишечника, учащение сердцебиения при физической нагрузке);
8. Скрупулезно выполняет медицинские предписания, но почти всегда недоволен результатом лечения.

## **Вопросы для выявления ипохондрии**

1. Думает ли Вы, что врачи не смогли диагностировать правильно Ваше заболевание или недооценивают его тяжесть?
2. Прислушиваетесь ли Вы часто к ощущениям в теле?
3. Достаточно ли внимательно врачи относятся к Вашим жалобам, симптомам, результатам обследований?
4. Обнаруживаете ли Вы у себя часто новые симптомы?
5. Есть ли у Вас какие-то способы для уменьшения симптома/предотвращения развития заболевания? Например, специальная диета, неуклонной следование рекомендациям по здоровому образу жизни, специальная гимнастика или распорядок дня?
6. Изменяется ли Ваша обеспокоенность здоровьем в зависимости от других событий в Вашей жизни (например, увеличивается во время стресса, конфликтов на работе или в семье; уменьшается в период отпуска)?

## **При работе с ипохондричным пациентом рекомендуется**

1. Избегать прямых указаний на ошибочность убеждений пациента, по крайней мере, на начальных этапах лечения. С большой вероятностью это вызовет недоверие, пассивное сопротивление, недовольство или приведет к прямой конфронтации;
2. Не отказывать пациенту в проведении объективных обследований, которые хотя бы в некоторой степени обоснованы, не указывать ему прямо на «бессмысленность» этой активности. Быть с пациентом «заодно» в установлении причин его неблагополучия;
3. Не пытаться подчеркнуть свою правоту в том, что проделанные исследования бессмысленны при получении ожидаемого отрицательного результата;
4. По возможности наводить пациента на мысль о том, что беспокойство о соматических проблемах может быть отражением стресса и переживания тревог повседневной жизни. Рассказать пациенту о связи между волнением о физическом здоровье и возможным внутренним напряжением.

## Раздраженный и конфликтный пациент

**Раздражение** – это эмоциональное переживание недовольства ситуацией, сопровождающееся желанием ее устраниить. Это естественная реакция в ответ на не устраивающую внешнюю или внутреннюю ситуацию, одна из базовых эмоций человека (слабая форма злости). Если тревога эволюционно связана с реакцией бегства из потенциально опасной или конфликтной ситуации, то раздражение – с реакцией борьбы, противостояния.

С раздражением как эмоциональной реакцией в своей жизни сталкивается каждый человек. В мягких и социально приемлемых формах эмоция раздражения является необходимой, представляя собой естественный эмоциональный фон для отстаивания человеком своих интересов и позиций. Но раздражительность как личностная черта свидетельствует о хроническом психологическом неблагополучии.



«Аллегория гнева» (Виллем ван Мирис, 1683)

Можно сказать, что раздраженный человек испытывает постоянное, фоновое и легко актуализирующееся в социальных ситуациях чувство глубокой личной уязвленности, неполноценности, отверженности, необходимости всегда бороться за свои права и блага во враждебном мире. Чаще всего эти переживания пациент не осознает, а «видит» только несправедливое или пренебрежительное к себе отношение.

Сложность в гармоничном проживании и интеграции чувств раздражения, недовольства, злости обусловлена также и тем, что, поскольку эти эмоции связаны с конфликтным поведением, противостоянием, а иногда и деструктивными тенденциями, общество в виде социальных требований, нормативов поведения, налагает ограничения на их выражение.

У значительной части пациентов с функциональными нарушениями раздражение является ядром их психоэмоциональных проблем. Раздражительность может быть явно проявленной в поведении, и тогда перед нами конфликтный и сложный во взаимодействии человек. Либо она может быть подавленной и полностью не осознаваемой. Такое эмоциональное состояние называется латентной дисфорией.

Хотя недовольство составляет фон эмоциональной жизни пациента с латентной дисфорией, оно не проявляется в поведении яркими вспышками раздражения и конфликтностью. Наоборот, в качестве психологической защиты такие люди могут усиливать противоположное поведение и демонстрировать чрезмерную уступчивость и даже услужливость.

Внутреннее недовольство и раздражение пациентов с латентной дисфорией можно заметить по косвенным признакам: *тяжелые, недовольные вздохи, высказывания о несправедливости окружающих и попытки обозначить себя жертвой, провоцирование чувства вины, сарказм и другое.*

## **Возможные проявления скрытого раздражения**

1. Часто критикует других людей (в том числе ранее посещенных специалистов), нередко в скрытой форме (ирония, сарказм);
2. Характерно чувство недооцененности, обидчивость. Часто затрагивает тему несправедливости (по отношению лично к нему или жизни вообще);
3. Во взаимодействии с врачом ведет себя слишком покладисто: услужлив, предупредителен, может быть избыточно благодарен, «приторно» вежлив и т.п.;
4. Демонстрирует в поведении избыточное напряжение, угрюмость, нетерпеливость;
5. Может саботировать рекомендации и назначения врача;
6. Гиперчувствителен к проявлениям неодобрения со стороны врача.

## **Вопросы для выявления скрытого раздражения**

1. Знакомо ли Вам чувство раздражения, негодования?

2. Как Вы относитесь к другим людям?

3. Позволяете ли Вы себе проявлять раздражение или злость на других людей – близких, коллег, друзей?

4. Довольны ли Вы ранее проведенным лечением/обследованиями (если они были)?

5. Как складываются Ваши отношения с другими людьми (коллегами по работе, родственниками) в повседневной жизни?

**Пациент со скрытым раздражением будет отрицать раздражение, злость на других людей, но будет описывать отношение к нему окружающих в негативном ключе.**

## **При работе с раздраженным пациентом рекомендуется**

1. Проявлять спокойное и доброжелательное отношение к пациенту, давать понять, что вы заинтересованы помочь;
2. Не отклоняться от рабочего формата отношений «врач-пациент», соблюдать границы. Не позволяйте себя эмоционально вовлечь в позицию «спасителя», «последней надежды», «светила» или «сообщника», которые предлагает своим взаимодействием пациент. Нейтральность позволит предотвратить развитие эмоционально заряженных ситуаций в отношении с пациентом;
3. Избегать прямых указаний на раздражительность пациента. Если сам пациент не описывает свои переживания как раздражение, вероятно, он его не осознает. Можно использовать более нейтральные понятия «эмоциональное напряжение» и «стресс».

*Раздражительность пациента не всегда носит скрытый характер.*

*Случается, что недовольство пациентов проявляется в открытой форме и оказывается направлено на врача и медицинский персонал. Это приводит к возникновению конфликтов, т. е. противоречий, когда сила аргументов начинает подменяться аргументами силы. Уже возникший конфликт никогда не бывает приятен для человека, которого пытаются в него вовлечь.*

*Поэтому любые рекомендации по поведению в конфликтной ситуации представляют собой способ разрешить ее с меньшими издержками для своего эмоционального состояния.*

# **Рекомендации при взаимодействии с конфликтным пациентом**



«Конфликт» (Луи (барон) Атален)

1. Постарайтесь обратить внимание не на то, КАК говорит пациент, но на то, ЧТО он говорит. Хотя истинной (пусть и неосознаваемой) целью конфликтного поведения часто бывает выплеск негативных эмоций, а не разрешение конкретной ситуации, постарайтесь прислушаться к той проблеме, которую пациент излагает в независимости от формы его изложения. Возможно, ситуация имеет простое решение и может быть легко исчерпана;
2. Не принимайте эмоциональные высказывания пациента на свой счет. В большинстве случаев раздражение пациента имеет своим источником не действия врача, а хронические проблемы в отношениях в жизни самого пациента. Та или иная ситуация в процессе лечения может просто выступать удобным поводом для выражения накопившегося у пациента недовольства;
3. Не поддавайтесь на провокации;
4. Отстаивая свою позицию, не проявляйте высокомерия;
5. Придерживайтесь одного предмета обсуждения. В конфликтной ситуации люди зачастую стараются высказать все, что у них «накипело» и сбиваются с исходной темы. Но невозможно решать все проблемы одновременно;
6. Сохраняйте уверенность и не прибегайте к агрессии.



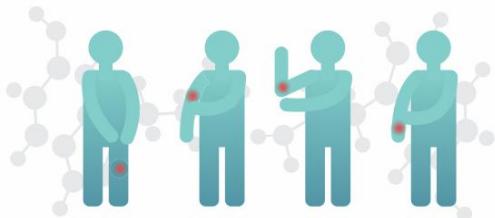
**Стандарт здоровья** - линейка натуральных средств  
в помощь при повседневных симптомах



*Скоро в новом дизайне!*

По всем вопросам пишите нам на [info@standartzdorovia.ru](mailto:info@standartzdorovia.ru)

[www.standartzdorovia.ru](http://www.standartzdorovia.ru)



## Когда нужно облегчить боль:



- Суставы
- Мышцы
- Спина
- Голова

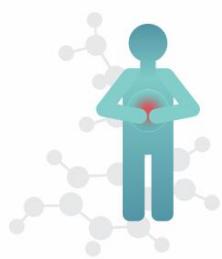


- **Гарпагозид** (из гарпагофитума) – противовоспалительный и анальгетический эффекты
- **N-бутилфталоид** (из экстракта сельдерея) – противовоспалительный и антиоксидантный эффекты, улучшает кровообращение в местах воспалений



ОТ ПРИРОДЫ К НАУКЕ - ОТ НАУКИ К ЧЕЛОВЕКУ

АРТРО-МИО



## Когда беспокоит желудок и кишечник:



- Боль
- Тяжесть
- Жжение в желудке
- Вздутие живота
- Регулярный прием НПВС

- **Ментол** (из масла мяты перечной) – оказывает антиспазматическое и противоболевое действие
- **Гингерол** (из масла имбиря) – нормализует моторику ЖКТ, снижает газообразование, облегчает тошноту, боль и чувство тяжести в желудке
- **D-лимонен** (из масла мяты перечной) – облегчает изжогу, защищает слизистую желудка от агрессивного воздействия, в том числе и лекарственного



ОТ ПРИРОДЫ К НАУКЕ - ОТ НАУКИ К ЧЕЛОВЕКУ

ГАСТРО



## Когда печени трудно:



- Алкогольная нагрузка
- Регулярное нарушение диеты
- Избыточный вес
- Лекарственная нагрузка



**Куркумин** (из куркумы) – обладает антиоксидантным и противовоспалительным действием, гепатопротективными свойствами, благоприятно влияет на эмоциональный фон

**Пиперин** (из чёрного перца) – в 2000 раз повышает усвоение куркумина организмом, обладает противовоспалительными и антиоксидантными свойствами

**Танирин Па** (из шалфея многокорневого) – препятствует образованию фиброза печени, обладает антиоксидантным действием

**Холин** (холина битарtrат) – оказывает прокогнитивный эффект, улучшает функциональное состояние печени



ОТ ПРИРОДЫ К НАУКЕ - ОТ НАУКИ К ЧЕЛОВЕКУ

ГЕПАТО Смарт



## Когда нервы мешают работать и учиться:



- Низкая работоспособность
- Быстрая утомляемость
- Нервозность



**Холин** (холина битарtrат) – улучшает концентрацию внимания, способствует процессам запоминания

**Кофеин** (из чёрного чая) – снижает чувство усталости и сонливость, улучшает концентрацию внимания

**L-теанин** (из зелёного чая) – уменьшает нервозность и напряжение, повышает работоспособность



ОТ ПРИРОДЫ К НАУКЕ - ОТ НАУКИ К ЧЕЛОВЕКУ

ТОНУС



## Когда нужна помощь сосудам:



- Повышенная вязкость крови
- Высокий холестерин



- **Наттогиназа** (из бобов натто) – нормализует вязкость крови и лимфы, снижает риск тромбообразования
- **Бета-ситостерин** (из красного дрожжевого риса) – снижает содержание общего холестерина в крови



ОТ ПРИРОДЫ К НАУКЕ - ОТ НАУКИ К ЧЕЛОВЕКУ

**КАРДИО Натто**



## Когда подташнивает:



- Чувство тошноты любого происхождения, в том числе и при укачивании

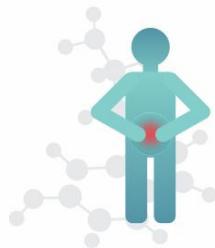


- **Гингерол** (из имбиря) – облегчает тошноту любого происхождения и сопутствующие ей симптомы (головокружение, слабость)



ОТ ПРИРОДЫ К НАУКЕ - ОТ НАУКИ К ЧЕЛОВЕКУ

**ВЕСТИБУЛО**



## Когда нужна помощь пищеварению:



- Пучит
- Несварение
- Тяжесть после еды



- **Бромелайн** (из ананаса) – способствует расщеплению жиров и белков, повышает активность пищеварительных ферментов
  - **Папаин** (из папайи) – способствует расщеплению белков, жиров и углеводов
  - **Амилаза** (из грибов) – расщепляет углеводы (полисахариды)
  - **Гингерол** (из имбиря) – нормализует моторику ЖКТ, снижает газообразование, облегчает тошноту, боль и чувство тяжести в желудке, усиливает действие пищеварительных ферментов
- **В отличие от ферментов животного происхождения, растительные ферменты работают на протяжении всего ЖКТ.**



ОТ ПРИРОДЫ К НАУКЕ - ОТ НАУКИ К ЧЕЛОВЕКУ

ФЕРМЕНТЫ Веган

Стандарт здоровья - натуральные аналоги химических лекарств



ОТ ПРИРОДЫ К НАУКЕ  
ОТ НАУКИ К ЧЕЛОВЕКУ

