



Константин Сухов

КЛИНИЧЕСКАЯ ГИРУДОТЕРАПИЯ: ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Книга 2. Приставочные и постприставочные
процессы. Гирудиоз

Константин В. Сухов
Клиническая гирудотерапия:
практическое руководство.
Книга 2 Приставочные
и постприставочные
процессы. Гирудиноз

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=36317725

*Клиническая гирудотерапия: практическое руководство. Книга
2. Приставочные и постприставочные процессы. Гирудиноз.: Т/О
“НЕФОРМАТ” Издат-во Accent Graphics Communications; Ottawa; 2018
ISBN 978-1-77192-411-5*

Аннотация

Представленная вашему вниманию второй том книги является дальнейшим развитием нашего проекта по распространению профессиональных знаний о гирудотерапии среди медицинского сообщества и населения разных стран мира. Основой этой книги послужили наши ранние многочисленные работы, в том числе и наш альбом – Сухов К.В., Чистов А.В., Ржищев С.А. «Лечение медицинскими пиявками» (2010), написанный на русском языке, в которых впервые за всю историю гирудотерапии

были представлены наглядные и систематизированные материалы наших многолетних клинических наблюдений.

Содержание

| | |
|---|----|
| Глава 1 | 6 |
| 1.1. Представление о «неприятностях» при гирудотерапии в историческом аспекте | 6 |
| 1.2. Наше представление о «неприятностях» гирудотерапии: приставочные и постприставочные процессы | 13 |
| Глава 2 | 17 |
| 2.1. Приставочная боль | 18 |
| 2.2. Приставочный синдром | 19 |
| 2.3. Приставочная аллергическая реакция (гиперчувствительность) немедленного типа | 22 |
| 2.4. Тактика ведения пациента при приставочных процессах | 33 |
| Конец ознакомительного фрагмента. | 36 |

Константин Сухов
Клиническая
гирудотерапия:
практическое руководство.
Книга 2. Приставочные
и постприставочные
процессы. Гирудиноз

*«Подлинная истина людям недоступна, удел всех
и каждого – [только] субъективное мнение»
Ксенофан Колофонский (около 570–475 гг. до н. э.)*

Глава 1

Клинические «неприятности» в гирудотерапии

1.1. Представление о «неприятностях» при гирудотерапии в историческом аспекте

При изучении тысячелетней истории лечебного применения медицинских пиявок мы не встретили каких-либо свидетельств опасных или угрожающих жизни пациента случаев, связанных с их использованием. Другое дело, что многие авторы упоминают о развитии у пациентов кожного зуда, покраснения кожи, локальной отечности и повышения температуры кожных покровов в области приставок пиявок. Этот комплекс симптомов нередко расценивается некоторыми врачами как явления «рожистого воспаления» или «подобно рожистому воспалению». Упоминаются и вызывающие беспокойство длительные кровотечения из ранок от укусов пиявок, общие проявления, клинически схожие с местными и общими аллергическими реакциями, локальные кожные воспалительные проявления. Все эти явления, мож-

но характеризовать как «неприятности», поскольку они действительно достаточно неприятны как для пациента, так и для доктора, но носят временный характер и не представляют собой явной угрозы жизни пациента.

В 2011 нами году были выпущены две монографии, в которых впервые был дан подробный анализ большинства известных и описанных различными авторами «неприятностей» при гирудотерапии [Сухов К.В., 2011 а, 2011 б].

Согласно нашему исследованию, основные клинические «неприятности», описанные в истории гирудотерапии, были связаны с проникновением *пиявок непосредственно внутрь организма* (в естественные полости – носоглотку, дыхательные пути, пищевод и др.) или с *насильственным снятием* присосавшихся пиявок (как правило, грубого отрыва их от места приставки).

Другая группа «неприятностей» беспокоила пациентов со стороны кожных покровов после приставок пиявок и включала в себя развитие кожного зуда, воспаления и нагноения в местах укусов пиявок [Bonnet S., 1826; Moquin-Tandon С.Н.В.А., 1827, 1846]. О беловатых пятнах, иногда долго остающихся у пациентов на местах укусов пиявок, также сообщал А. Воскресенский (1859).

Более подробное описание этой группы «неприятностей» встречаем в работах позднего периода. Так, Г.Г. Щеголев и М.С. Федорова (1955, с. 56–60), относили эти «неприятности» к *осложнениям* после применения медицинских пия-

вок, указывая на их редкость и невыясненность причин. Авторы полагали, что эти осложнения «возникают прежде всего и главным образом вследствие плохого ухода за ранами после укусов пиявок, а также, возможно, из-за применения недоброкачественных пиявок».

Ю. Каменев и О. Каменев (2006) отмечают, что осложнения от пиявок при правильной и умелой постановке случаются очень редко и в основном только *у людей с повышенной чувствительностью и раздражительностью кожи (?)*. Они считают, что «случаи долгого незаживления ранок, сопровождающиеся инфекционно-воспалительными проявлениями, являются из-за плохого ухода за ранками и зависят от общего состояния организма пациента» и «местный и общий кожный зуд, отечность и краснота кожи, крапивница и другие аллергические реакции вообще особого лечения не требуют».

Следует заметить, что более подробное описание возможных *осложнений* при гирудотерапии встречаем у авторов, далеких от реальной клинической практики [Геращенко Л.Л., Никонов Г.И., 2008, с. 219–20]: «-кровотечение более 24 часов; – абсцедирование; – флегмоны; – рожистое воспаление; – пиодермия; – образование трофической язвы на месте приставки пиявок; – анафилактический шок; – отек Квинке; – дебют геморрагического васкулита; – генерализованный кожный зуд с воспалительными проявлениями: отек, гиперемия, инфильтрация на обширных участках в течение

нескольких суток; – региональный лимфаденит с субфебрильной температурой; – инфильтрацию в месте укусов с субфебрильной температурой или без нее в течение нескольких суток».

С одной стороны, перечислено все как бы правильно, но с другой стороны, как-то удивительно было узнать, что все эти осложнения имеют всего три причины: «несоблюдение рекомендаций по постановке пиявок, непрофессиональный врач или применение дикой пиявки» (?!!). Я думаю, что коллеги, изучающие геморрагический васкулит или отек Квинке, будут сильно удивлены такому объяснению их этиологии.

И самое главное, мы были этим просто потрясены, «сильные и длительные кровотечения гирудотерапевты обычно не относят к осложнениям»!!! Авторы, являясь «непрофессиональными врачами» (пользуясь терминологией авторов), самое опасное для жизни человека осложнение – сильное и длительное кровотечение – не считают осложнением! Тем не менее берут на себя смелость публиковать книгу «Лечение пиявками в домашних условиях» [Геращенко Л.Л., Никонов Г.И., 2008]! Вот это действительно пример вопиющего непрофессионализма...

Описывая собственный опыт, С.Ф. Ужевская (2001) рассуждает эти состояния как *обострения* и указывает, что при лечении 89 пациентов у 20 % они встречались и проявлялись в виде обильных кровотечений, аллергических реакций, выраженных в отечности, покраснениях, зуде, обостре-

ниях хронических процессов.

В.А. Савинов все описанные выше проявления относит к *побочным явлениям гирудотерапии*, связывает причины их возникновения у пациента с явлением «панкреатопатии» (?) и указывает частоту встречаемости до 15 % от общего количества пациентов [Савинов В.А. с соавт., 2004, с. 153–5].

Одним из первых на клинические «неприятности» гирудотерапии обратил внимание Ю.Я. Каменев (2001), объясняя их *естественной индивидуальной реакцией организма*, предлагая понятие – «постагрессивный синдром». В это понятие автор включает боль при укусах пиявок, кровотечение и «другие местные реакции: зуд, отечность тканей в месте бывших их укусов, лимфангоит, лимфаденит регионарных лимфатических узлов, воспалительные или язвенно-некротические процессы». Автор объясняет «постагрессивный синдром» как «комплекс ответных специфических и неспецифических системных реакций на повреждение, производимое пиявкой-агрессором, и воздействие ее биологически активных соединений секрета слюнных желез, степень которых обусловлены резистентностью, состоянием гомеостаза и реактивности организма индивидуума». К сожалению, это объяснение ничего не объясняет и является, с нашей точки зрения, лишь длинной и цветистой фразой...

С нашей точки зрения, и само понятие «постагрессивный синдром» является некорректным, так как слово «агрессор» трактуется как «нападающая сторона, захватчик» [На-

дель-Чернинская М.А., Чернинский И.П., 1997]. Согласно действующим биологическим представлениям, медицинские пиявки – гематофаги, то есть живые существа, которые для обеспечения своей жизнедеятельности потребляют только один вид пищи – кровь. Мы думаем, что медицинские пиявки не планируют в процессе приставки захватить и как-то использовать наше тело, а рассматривают нас, наряду с другими теплокровными и рыбами, всего лишь как источник пищи – необходимый для поддержания своей жизни...

Мы считаем, что, занимаясь лечением медицинскими пиявками, мы вступаем с ними в двустороннее сотрудничество – заключаем с пиявками соглашение, в котором мы кормим их своей кровью, а пиявки выполняет сложную работу по коррекции нашей внутренней среды! И отношения между договаривающимися сторонами должны быть корректными и уважительными.

Более профессиональное, на наш взгляд, клиническое представление было предложено О.Ю. Каменевым и В.Н. Май (2001), которое они назвали «синдром приставочной реакции» и который «включает в себя ряд проявлений, развивающихся в процессе гирудотерапии со стороны кожи (в местах приставки пиявок), лимфатической системы и всего организма. Он имеет следующие клинические признаки:

- зуд, гиперемия, отечность, локальное повышение температуры в местах укусов пиявок;
- реакция со стороны лимфатической системы в виде уве-

личения регионарных и отдаленных лимфатических узлов;

- общие реакции в виде повышения температуры тела, миалгий, ухудшения общего самочувствия».

В последующем О.Ю. Каменев и А.Ю. Барановский (2008, с. 130–1) «приставочную реакцию» описывают уже как «синдромакомплекс, развивающийся в процессе гирудотерапии и включающий следующие проявления: – зуд, гиперемию, отечность, локальное повышение температуры в местах укусов пиявок; – реакцию со стороны лимфатической системы в виде увеличения регионарных и отдаленных лимфатических узлов; – общие реакции в виде повышения температуры тела, миалгий, ухудшения общего самочувствия».

1.2. Наше представление о «неприятностях» гирудотерапии: приставочные и постприставочные процессы

Мы считаем, что для анализа изложенного исторического спектра мнений и представлений о «неприятностях» гирудотерапии необходимо разделить все эти описанные клинические проявления на простые составляющие.

Начнем с простейшего – с клинических понятий симптома и синдрома. *Симптом* (греч. σῦμπτωμα – случай, совпадение, признак) – один отдельный признак, частное проявление какого-либо заболевания, патологического состояния или нарушения какого-либо процесса жизнедеятельности, одна отдельная конкретная жалоба больного [Англо-русский словарь, 2003, с. 607; Современный словарь, 2000, с. 557–8.]

Синдром (греч. σὺνδρορὸν, σὺνδρορο – наравне, в согласии) – сочетание признаков (симптомов), имеющих общий механизм возникновения и характеризующих определенное болезненное состояние организма. Совокупность часто встречающихся вместе при нескольких определенных заболеваниях симптомов называется синдромом (при общности их патогенеза), симптоматикой или симптомокомплексом [Англо-русский словарь, 2003, с. 609; Современный словарь,

2000, с. 558].

Учитывая вышесказанное, такие клинические проявления, как зуд, гиперемия, гипертермия, отечность, отдельно сами по себе являются неспецифическими патологическими реакциями, то есть отдельными и самостоятельными *симптомами* – каждый из них имеет свой механизм развития и разрешения. Поскольку все описываемые и обсуждаемые в этой книге явления связаны с приставками медицинских пиявок, то все эти явления следует разделить на несколько временных отрезков или периодов.

Первый период – *предприставочный* – продолжается до момента приставки пиявок.

Второй период – *приставочный* – продолжается от момента присасывания пиявки до момента ее самостоятельного отпадения или принудительного снятия с кожной поверхности.

Третий период – *постприставочный* – наступает после того, как пиявки самостоятельно отпали или были принудительно сняты с покровов пациента.

Исходя из этого, все явления, развивающиеся у пациента в период непосредственной приставки пиявок на кожные покровы пациента, называются *приставочными* – это боль от укусов пиявок, аллергические реакции (гиперчувствительность немедленного типа) и комплекс реакций (симптомов), возникающий вокруг места приставки пиявки (отек, покраснение и повышение температуры кожных покровов области отека, зуд на месте приставки). Все эти явления могут быть

объединены в одно понятие

– *приставочные процессы гирудотерапии.*

Все явления, развивающиеся у пациента уже после приставки пиявок, называются *постприставочными* – это кровотечение из ранок от укусов, инфицирование поврежденных укусом кожных покровов, отдаленные кожные изменения (рубцовые и иные) на местах укусов пиявками, комплекс реакций (симптомов), возникающий вокруг места приставки пиявки (отек, покраснение и повышение температуры кожных покровов области отека, зуд на месте приставки). Все эти явления могут быть объединены в одно понятие

– *постприставочный процесс гирудотерапии.*

Приставочные процессы в гирудотерапии – это весь комплекс клинических явлений, возникающих у пациентов непосредственно во время сеанса приставки медицинских пиявок. Среди приставочных процессов выделяем: *приставочную боль, приставочный синдром и приставочную аллергическую реакцию (гиперчувствительность) немедленного типа.*

Постприставочные процессы в гирудотерапии – это весь комплекс клинических явлений, возникающих у пациентов сразу после сеанса приставки медицинских пиявок или спустя некоторое время после него. Среди постприставочных проявлений предлагаем выделить: *постприставочное кровотечение, постприставочный синдром, постприставочное инфицирование и постприставочные изменения*

со стороны кожных покровов.

В обоих процессах – приставочном и постприставочном – мы отмечаем наличие одного и того же клинического комплекса реакций, возникающего вокруг места приставки пиявки (отек, покраснение, повышение температуры, кожный зуд). Считаем, что эти реакции (симптомы) настолько клинически тесно переплетены между собой, что разделить их невозможно. По нашему мнению, эти местные реакции, или симптомы, тесно связаны между собой не только клинически, но и общим механизмом развития, поэтому их можно объединить в единый клинический *синдром*. Поэтому различаем два разных клинических синдрома в зависимости от периода их проявления – **приставочный синдром** и **постприставочный синдром**.

Глава 2

Приставочные процессы в гирудотерапии

Приставочные процессы в гирудотерапии – это весь комплекс клинических явлений, возникающих у пациентов непосредственно во время сеанса приставки медицинских пиявок. Среди приставочных процессов выделяем: *приставочную боль, приставочный синдром и приставочную аллергическую реакцию (гиперчувствительность) немедленного типа.*

2.1. Приставочная боль

Характеризуется умеренными болевыми ощущениями, возникающими в момент укуса медицинской пиявки и связанными с нарушением целостности кожного покрова на месте приставки. Приставочная боль может периодически ощущаться и в течение всего периода приставки, что связано, по-видимому, с периодическим *подкусыванием* пиявкой во время акта кормления. Приставочную боль можно сравнить с короткими колющими, похожими на воздействие слабыми электрическими разрядами, пронизывающими место укуса снаружи внутрь ощущениями. Спустя короткое время болевые ощущения исчезают, что связано с обезболивающим действием выделяемого секрета слюны пиявки.

2.2. Приставочный синдром

Данный клинический синдром развивается у пациента во время непосредственной приставки пиявок. Он проявляется в виде легкой гиперемии (покраснения), умеренной отечности и легкого зуда кожного покрова непосредственно на месте приставки пиявки и вокруг него (рис. 2.01). Этот синдром мы считаем ответной реакцией тканей места приставки на нарушение целостности кожного покрова пациента и введения в них секрета слюнных желез, выделяемого пиявкой во время приставки. Следует отметить, что приставочный синдром относится к разряду легких «неприятностей», и обычно большинство пациентов на него даже внимания не обращают. Как правило, какой-либо специальной коррекции он не требует.



a



b

Рис. 2.01. Приставочный синдром: а – пациентка 37 лет (фото 29.01.2014 17:35); б – пациентка, 44-х лет (фото 09.03.2016 18:28)

2.3. Приставочная аллергическая реакция (гиперчувствительность) немедленного типа

Эта комплексная иммунная реакция организма, бурно развивающаяся при лечении медицинскими пиявками, наблюдается чрезвычайно редко. Она проявляется развитием непосредственно во время приставки у пациента следующих симптомов, как правило, удаленных от места приставки и имеющих генерализованный характер: зуд и покраснение ладонных поверхностей, развитие покраснений и высыпаний (крапивница) на кожных покровах шеи, спины и живота, возникновение ощущений онемения кончика языка и губ.

Подобный случай аллергической реакции немедленного типа в виде острой крапивницы в нашей практике был единственным, и нам удалось его зафиксировать.

Приводим наше клиническое наблюдение (рис. 2.02 – рис. 2.03). Пациентка, 55 лет, очередной курс, первый сеанс. Перерыв между курсами составил 2–3 месяца. Приставка по одной пиявки на межпальцевые промежутки (I–II) стоп, с обеих сторон.

Сеанс приставки протекал без особенностей, но на 45–47 минуте пациентку стал беспокоить появившийся умеренно выраженный зуд обеих ладонных поверхностей, их покрас-

нение и умеренный отек. Затем присоединились кожные высыпания.

На кожных покровах задней поверхности шеи и верхней части спины появились множественные мелкие (милиарные) папулы (papula) яркого розовато-красного цвета, безболезненные, выступающие над кожной поверхностью, сопровождающиеся кожным зудом (рис. 2.02 а, б). На передней брюшной стенке выступили беспорядочно расположенные множественные волдыри (urtica) бледно-розового цвета, с четкими границами, округлой неправильной формы, мягкой консистенции, слегка повышенной температуры, безболезненные, выступающие над кожной поверхностью, сопровождающиеся кожным зудом (рис. 2.02 с).



a



b



с

Рис. 2.02. Пациентка, 55 лет. Состояние спустя 2 часа от начала приставки, кожные покровы: а – задней поверхности шеи; б – верхней части спины; с – передней брюшной стенки (фото 23.03.2011 23:53–54)

Указанные проявления постепенно нарастали, и на 50–55 минуте приставки появилось покалывание и ощущение онемения губ и языка. Мы приняли решение прекратить дальнейшее проведение сеанса, пиявки были сняты на 55–60 минуте приставки. После снятия пиявок и однократного при-

ема внутрь 1 таблетки (10 мг) кларитина (Claritine) описанные явления держались еще около 20–30 минут, затем стали регрессировать в течение 1–1,5 часов, потом исчезли без следа (рис. 2.03).



а



b



с

*Рис. 2.03. Состояние спустя 11 часов после приставки:
кожные покровы чистые (фото 24.03.2011 09:01)*

Подобные кожные изменения (папулы, волдыри) характерны для кратковременного отека верхних отделов сосочкового слоя дермы (волдырь) или эпидермиса и/или поверхностных слоев дермы [Вульф К. с соавт., 2007, с. 27, 426; Пальцев М.А. с соавт., 2006, с. 22] и носят название *крапивницы*.

Крапивница (urticaria) развивается под влиянием целого ряда факторов: экзогенных (физические – температурные, механические, химические – лекарственные вещества, пищевые продукты, токсины) и эндогенных (патологические процессы во внутренних органах – патология пищеварительного тракта, нарушения нервной системы). Считается, что под влиянием перечисленных факторов в тканях происходит накопление биологически активных веществ и в первую очередь – гистамина. Основным местом выделения гистамина служат тучные клетки, откуда он высвобождается с помощью протеаз, активирующихся при реакции соединения антигена с фиксированными на тучных клетках антителами (реакция антиген-антитело). В свою очередь, гистамин повышает проницаемость сосудистых стенок, расширяет капилляры, следствием чего является отек сосочкового слоя дермы, обуславливающий появление папул и волдырей [Пальцев М.А. с соавт., 2006, с. 121]. Кожные проявления могут сливаться и вызывать обширные поражения. Тяжелой формой крапивницы – при присоединении поражения более глубоких слоев дермы – является острая гигантская крапивница, или

отек Квинке (oedema Quincke). В таких случаях требуется экстренная госпитализация пациента по жизненным показаниям.

В доступной нам литературе описание конкретных случаев развития реакции гиперчувствительности у пациентов на приставку медицинских пиявок найдено не было. Но отдельные авторы сообщают, что подобные реакции возникали у их пациентов в процессе лечения. Так, например, О.Ю. Каменев и А.Ю. Барановский (2008, с. 136–7) упоминают, что за все годы практической гирудотерапии они «лишь 4 раза встретились с реакцией замедленного типа». Однократное развитие анафилактического шока за все время лечебной практики описывает В.А. Савинов с соавт. (2004, с. 156).

Невнятная информация о развитии аллергических реакций на неуточненные биологические виды пиявок встречается и в мировой медицинской литературе. В частности такая информация содержится в статье А. Ibrahim с соавт. (2003) из Малайзии, описывающей случай внутреннего гирудиноза у 9-летней девочки: «Сообщают о развитии аллергических

реакций на пиявки. У пациентов с аллергическими реакциями могут быть красные пятна на кожных покровах, кожный зуд по всему телу, отечность тела вдали от места укуса, периодическая слабость, спутанность сознания и головокружение. При более серьезной реакции у пациента может быть бронхоспазм, ведущий к развитию острой дыхательной недостаточности». Стоит заметить, что в Малайзии ме-

дицинские пиявки (*Hirudo medicinalis*) в природе не распространены, а вот ее ближайшие родственники (а их описано в биологии более чем 650 разновидностей) представлены достаточно широко.

2.4. Тактика ведения пациента при приставочных процессах

До начала лечения пациента медицинскими пиявками рекомендуем познакомить его с основными принципами лечения пиявками, объяснить сопутствующие лечению особенности – умеренность болевых ощущений при приставках пиявок, связанных с инвазивностью метода, возможность длительного кровотечения после приставки и т. д.

Желательно после устных объяснений «Информированное согласие пациента на применение медицинских пиявок» в двух экземплярах: один – пациенту, второй – вложить в его документацию. Рекомендуемый нами текст был опубликован ранее [Сухов К.В., 2009 а, с. 54–5], его отредактированный вариант смотрите в Приложении 1 к настоящему изданию.

Приставочная боль и приставочный синдром дополнительной коррекции не требуют.

При развитии аллергической реакции требуется немедленная приостановка сеанса приставки, принудительное снятие пиявок и назначение антиаллергических препаратов. Как правило, после снятия пиявок и приема 1–2 таблеток тавегила (Tab. Tavegil или Clemastine 1,0 mg), супрастина (Tab. Suprastin 25,0 mg) или кларитина (Tab. Claritine 10,0 mg) активность проявлений резко снижается, и в течение 1,5-2-х часов они полностью проходят. В случае дальнейшего ухуд-

шения состояния пациента необходима срочная специализированная медицинская помощь.

Внимание!

Крайняя степень аллергической реакции – это развитие анафилактического шока и отека Квинке. Первичная медицинская помощь в этом случае должна соответствовать неотложным действиям при анафилактическом шоке, изложенным в Приказе № 520 от 02.10.1989 г. Главного управления здравоохранения г. Москвы: «Анафилактический шок (лечение). Немедленно внутримышечно или подкожно ввести адреналин в начальной дозе 0,5 мл 0,1 %-ного раствора. Целесообразно введение 0,3–0,5 мл раствора адреналина в место инъекции препарата, вызвавшего аллергическую реакцию. Затем можно вводить раствор адреналина внутривенно в дозе от 0,25 до 0,5 мл в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия. Контролировать пульс, дыхание и артериальное давление. Желательно динамическое электрокардиографическое наблюдение.

По показаниям применяют искусственную вентиляцию легких с помощью дыхательных аппаратов. При выраженном бронхоспазме можно дополнительно ввести внутривенно 10 мл 2,4 %-ного раствора эуфиллина, а подкожно 1 мл 5 %-ного р-ра эфедрина. Для поддержания артериального давления применяют вазопрессоры: 1 мл 1 %-ного р-ра мезатона внутримышечно, внутривенно капельно 200 мг (5 мл)

дипамина (допмин) в 5 %-ном р-ре глюкозы. При возникновении сердечной недостаточности внутривенно вводят 0,5 мл 0,05 %-ного раствора строфантина в растворе глюкозы. <...> После купирования анафилактического шока больного немедленно госпитализировать в стационар».

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.