

ГОМЕОПАТИЯ

и фитотерапия

1 (41) 2013

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ И ГОМЕОПАТИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ГОМЕОПАТИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ»

Главный редактор – доктор медицинских наук С.П. Песонина

СОДЕРЖАНИЕ

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ <i>С.П.Песонина</i> Пути совершенствования обучения гомеопатии на факультете повышения квалификации3	<i>О.Б.Ковалева</i> Гомеопатическое лечение больных с синдромом раздраженного кишечника.....29
<i>Л.П.Гуцол, Н.Г.Гойда</i> Анализ мнения студентов о качестве и формах обучения гомеопатии в медицинском вузе 4	<i>С.А.Сивцева, С.П.Песонина</i> Цефалгический синдром в практике врача гомеопата.....35
ТЕОРИЯ ГОМЕОПАТИИ <i>А.А.Черных</i> Взгляды Карла Ясперса на психосоматические взаимосвязи и конституциональные типы. Попытка адаптации для гомеопатической практики 10	<i>Э.Д.Колосовский</i> Особенности течения парапсориаза и возможности его лечения гомеопатическими препаратами.....39
<i>З.Г.Габович</i> Ещё раз о заповеди «Не навреди!»..... 16	<i>И.А.Алексеева</i> Сочетанное применение препарата Цель Т и гомеопатических монопрепаратов при деформирующем остеоартрозе голеностопных и коленных суставов43
ПРАКТИЧЕСКАЯ ГОМЕОПАТИЯ <i>Л.Ю.Долинина</i> Концепция синергетического подхода к лечению и профилактики острых респираторных вирусных инфекций гомеопатическими средствами.....28	<i>Франк Майер</i> Гепатодорон® – многоцелевое «типичное средство» антропософской медицины.....45
	ФИТОТЕРАПИЯ <i>Е.Е.Лесиовская, С.В.Марченко, Д.А.Иванова</i> Фитопрепараты в стандартах лечения острых респираторных заболеваний.....49
	<i>Л.Ю. Долинина</i> Геммотерапия – новый метод фитотерапии.....52

Главный редактор

доктор медицинских наук
С.П. Песонина

Редколлегия:

Л.Ю. Долинина
О.Б. Ковалева
Е.Ю.Щеникова

Ответственный за выпуск

Л.Ю. Долинина

Учредитель – Санкт–Петербургская общественная
организация «Гомеопатическая ассоциация»

Свидетельство о регистрации средства массовой
информации № П 0297
от 22.12.1999 г.

Адрес редакции:

192171 С.–Петербург, ул. Полярников, 15

Контактные телефоны: (812) 560–00–77;
тел/факс (812) 560–00–12; E–mail: ch@lek.ru,

© Санкт–Петербургская общественная организация
«Гомеопатическая ассоциация», Санкт–Петербург,
2013

Условия приема публикаций:

1. В публикации должны быть представлены результаты научных исследований, клинических наблюдений, гомеопатической фармации и т.д. в соответствии с предъявляемыми требованиями.

2. Рукописи статей не рецензируются и не возвращаются. Ответственность за содержание статей несут авторы. Мнение редакции может не совпадать мнением авторов.

3. Редакция оставляет за собой право выбора статей для публикации без объяснения причины отказа автору. При прочих равных условиях приоритет публикации в журнале принадлежит членам С.–Петербургской гомеопатической ассоциации.

4. Публикация должна быть отпечатана на компьютере и сохранена в формате rtf. Шрифт Times, 12 pt, одинарный интервал, поля 2,5 см, формат листа А4. Объем публикации не более 5 страниц. Черно–белые иллюстрации принимаются в формате jpg. Публикация цветных иллюстраций возможна только после согласования с редакцией.

5. Материалы публикаций принимаются в электронном виде на дискете или по электронной почте (E–mail: ch@lek.ru) с пометкой «Статья в журнал».

6. После публикации материалов редакция журнала «Гомеопатия и фитотерапия» получает исключительные права на распространение материалов на различных видах носителей (в том числе и электронных) и публикации этих материалов в России.

Требования к оформлению статьи:

Фамилия и инициалы автора(ов)

Государство, населенный пункт

Наименование учреждения в котором выполнена работа.

В тексте должны быть отражена актуальность проблемы, цели, задачи работы, полученные результаты, их обсуждение и выводы.

Список литературы не должен превышать 10 источников.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

С.П. Песонина

Санкт-Петербург, Россия

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОБУЧЕНИЯ ГОМЕОПАТИИ НА ФАКУЛЬТЕТЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Предстоящие реформы в отечественном здравоохранении, направленные на повышение эффективности медицинских услуг и личной ответственности врача, финансирование оказываемых услуг за счёт системы страхования и личных средств пациентов, изменяет многие сегодняшние представления и практические модели предоставления медицинских услуг, в том числе и гомеопатических. Возрастает юридическая ответственность врача, что требует нового осмысления компетентности врача и качества услуг. Многие практикующие специалисты уже столкнулись с реальностью и осознали происходящие изменения вследствие реформ на собственном опыте.

Одним из направлений решения данной проблемы является совершенствование обучения как студентов в медицинском ВУЗе, так и врачей на курсах повышения квалификации.

До недавнего времени определённой проблемой в преподавании гомеопатии было отсутствие методологических разработок. Вопросы вызывало практически всё: количество часов, необходимых для первичного повышения квалификации врачей, количество часов, необходимых для тематического повышения квалификации, структура планов циклов, их тематика и т. д. Отсутствовала преемственность поколений: среди врачей гомеопатов было много блестящих практиков и практически не было профессиональных преподавателей, а среди профессионально подготовленных преподавателей не было гомеопатов с большим стажем лечебной работы по данному направлению.

Однако, более чем 15-летний опыт преподавания гомеопатии принёс свои результаты. Мы стали опытнее. Выяснилось, что в вопросах методологии преподавания гомеопатия ничем не отличается от других дисциплин в высшей школе. Планы курсов повышения квалификации строятся по общепринятым правилам.

Основные части программы включают в себя: вводную часть, основные положения гомеопатии, теоретические основы предмета, гомеопатическую фармацию, фармакодинамику гомеопатических лекарственных препаратов, клиническую гомеопатию.

Из форм обучения традиционными остаются лекции, семинары, практические занятия.

Важным моментом в преподавании гомеопатии является определение содержания и структуры всего учебного процесса. Если этого нет, то набор разрозненной информации может войти в конфликт с практикой, которая не всегда укладывается в рамки обучающей школы.

Принятие единой программы обучения ещё не является гарантией того, что преподавание будет унифицировано, так как содержание программы – это не просто перечень излагаемого материала. Оно включает также и характер изложения, уровень и глубину знаний преподавателей, степень научности, степень приближенности к реальным запросам практики.

Основой курса обучения гомеопатии должен стать фундамент знаний – это, прежде всего, принципы гомеопатии и изучение патогенезов лекарств, на которых будет строиться дальнейшее обучение

Гомеопатия – дисциплина сугубо клиническая, поэтому особым вниманием слушателей пользуются лекции, семинары и практические занятия, посвященные вопросам использования гомеопатического метода при конкретных нозологических формах заболеваний. Лекционный

материал опирается на базовые знания, но интерпретация их даёт практический выход только в том случае, если он основан на личном опыте лектора. Большое внимание уделяется клиническим разборам и анализу случаев из практического багажа врачей-преподавателей.

С другой стороны необходимо постоянно совершенствовать уровень преподавания. Чтобы сделать обучение более эффективным преподаватель должен быть открыт для новых идей, направлений, как в самом методе, так и в области преподавания. Это важно в первую очередь для тех преподавателей, которые хотят повысить престиж гомеопатии, способствовать ее популяризации.

На циклы по гомеопатии, как правило, приходят врачи различных специальностей, с различным опытом работы и с различным уровнем знаний по гомеопатии. Их объединяет общая мотивация на обучение, поэтому вопросы дисциплины уходят на задний план и являются не актуальными.

Каждый цикл вносит свои коррективы, зависящие от специальностей врачей, опыта работы как в медицине в целом, так и в гомеопатии.

Для более эффективной работы необходимо тщательное планирование предстоящего цикла, с учетом слушателей конкретного курса.

Первое занятие посвящено знакомству слушателей с преподавателями и слушателей между собой, так как им предстоит длительное общение. Во время знакомства мы выявляем оценку интересов участников, их ожидания, уровень подготовки, выясняем основную клиническую специальность, определяем основные цели, например, получить или углубить знания и навыки в области гомеопатии, усовершенствовать свою практическую деятельность и повысить эффективность лечения, поменять работу.

В конце обучения проводится контроль знаний путём тестирования и собеседования, анкетирование по качеству и усовершенствования учебного процесса.

Обмен мнениями между преподавателями и слушателями является обязательной частью каждого цикла, что способствует свободному обмену идеями и повышению эффективности педагогического процесса.

Важным моментом является то, что на этом этапе процесс обучения не заканчивается. Для этих целей еженедельно проводятся клинические разборы пациентов, ежемесячно заседания гомеопатической секции научного терапевтического общества им. С.П. Боткина и ежегодные конференции с международным участием.

Только форма непрерывного обучения в сочетании с практикой способствует накоплению профессионального опыта и мастерства врача, использующего метод гомеопатии.

Л.П.Гуцол, Н.Г.Гойда
Винница, Киев, Украина

АНАЛИЗ МНЕНИЯ СТУДЕНТОВ О КАЧЕСТВЕ И ФОРМАХ ОБУЧЕНИЯ ГОМЕОПАТИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Актуальность темы. Любая система социально-экономической деятельности общества через определенный промежуток времени нуждается в принятии мер по ее совершенствованию, то есть в реформировании. Здравоохранение является той социально-экономической сферой, которая детерминирует главнейшую ценность общества – здоровье человека [1,5]. Падение эффективности деятельности здравоохранения представляет прямую угрозу для жизни общества. С этой точки зрения одной из целевых установок текущей реформы здравоохранения в Украине должно стать решение задачи повышения эффективности системы семейной медицины, а также доступности специализированной медицинской помощи населению [1].

В то же время, в современных условиях резко возрастают объективные и субъективные потребности в обучении большого числа людей. Главной сегодняшней задачей, по мнению одного из крупнейших теоретиков и практиков образования взрослых, американского ученого М.Ноулза, стало «производство компетентных людей – таких людей, которые были бы способны применять свои знания в изменяющихся условиях, и ... чья основная компетенция заключалась бы в умении включиться в постоянное самообучение на протяжении всей своей жизни» [8].

Отсюда, концепция развития высшего медицинского образования также должна быть ориентирована на постоянное совершенствование и создание такой модели подготовки специалистов здравоохранения, которая бы обеспечивала гарантированный уровень качественной медицинской помощи населению. Реализация этой концепции подразумевает, в первую очередь, обеспечение выпускников медицинского вуза необходимым объемом теоретических знаний, практических умений и навыков, владеющих различными современными технологиями оказания медицинской помощи и формирование у них мотивации к самообучению и непрерывному профессиональному совершенствованию [2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11].

Применение в современной врачебной практике аллопатических лекарственных средств нередко приводит к развитию побочных эффектов (аллергических, токсических), иногда достаточно тяжелых, фатальных. В связи с чем актуальным является все более широкое использование современным врачом таких методов лечения, которые позволяют врачу соблюдать принцип «Не навреди». Одним из таких методов, испытанных многими поколениями врачей разных стран мира в течение более чем двух веков, является гомеопатия, в арсенале которой используются препараты, содержащие малые дозы природных лекарственных средств минерального, растительного, животного происхождения [7].

Высокая эффективность метода гомеопатии и отсутствие побочных действий на организм человека даже при необходимости длительного курса лечения, оригинальный целостный (холистический) подход в лечении, достаточный ассортимент гомеопатических лекарственных средств в аптеках обеспечивают гомеопатии достаточно перспективное место в современной системе здравоохранения [7, 9, 10, 11].

В Винницком национальном медицинском университете им.Н.И. Пирогова (г. Винница, Украина) преподавание гомеопатии проводится с 2006 г. в соответствии с Программой учебной дисциплины «Основы гомеопатии» для студентов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации, утвержденной Министерством здравоохранения Украины (Киев, 2008) [7].

Поскольку в доступной литературе мы не обнаружили данных относительно мнения студентов медицинских вузов о качестве, необходимости и формах обучения гомеопатии на додипломном этапе, нам показалось целесообразным провести такое медико–социологическое исследование, целью которого стал бы анализ отношения студентов медицинского вуза к уровню преподаванию дисциплины «Основы гомеопатии» как метода профилактики и лечения заболеваний, результаты которого позволили бы разработать рекомендации по оптимизации учебного процесса.

Задачи исследования:

1. Охарактеризовать объект исследования в разрезе пола, возраста, курсов обучения, планирования будущей врачебной специальности.
2. Определить мнение респондентов о необходимости и пользе преподавания гомеопатии в университете для их лечебно–профилактической работы после окончания вуза.
3. Выявить оптимальную, с точки зрения студентов форму изучения гомеопатии в медицинском университете, оценить его качество и детализировать причины, снижающие этот показатель.

Методы исследования.

Для проведения данного медико–социологического исследования была разработана программа, которая включала этапы определения объекта и предмета исследования, определение генеральной совокупности и формирование репрезентативной выборки, разработку инструмента исследования (анкеты) [6], его апробацию и коррекцию, сбор, обработку и анализ данных, оценку результатов исследования.

Дизайн исследования характеризовался следующими параметрами:

- объектом исследования являлись студенты 4, 5, 6 курсов медицинского факультета №1 и медицинского факультета №2;
- место сбора данных – Винницкий национальный медицинский университет им Н.И.Пирогова (Украина, г.Винница);
- инструмент сбора данных – анкета;
- период сбора данных – октябрь–ноябрь 2012 г.;
- метод сбора данных – безвозвратный выборочный анонимный письменный опрос (каждый респондент заполнял анкету лишь один раз).

Получено 447 анкет, из которых отобрано и обработано 440 качественно заполненных анкет.

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ анкет, полученных в ходе исследования, показал, что 134 студента учились на 4 курсе ($30,5\% \pm 2,2\%$), 158 – на 5 курсе ($35,9\% \pm 2,3\%$), 148 – на 6 курсе ($33,6\% \pm 2,3\%$). При этом по полу респонденты разделились следующим образом: 129 мужчин и 311 женщин, т.е. мужчин было в 2,41 раза меньше, чем женщин ($p < 0,05$).

Наибольшее количество респондентов было в возрасте 21–22 года – $53,0\% \pm 2,4\%$, а $27,7\% \pm 2,1\%$ опрошенных было в возрасте 19–20 лет, $13,2\% \pm 1,6\%$ – в возрасте 23–24 года и $3,4\% \pm 0,9\%$ – в возрасте 25 лет и старше (Таблица 1).

Таблица 1

Распределение выборочной совокупности по полу, возрасту, курсу обучения

Показатель	Количество студентов	Относительная частота, %
Пол		
Мужчины	129	29,3
Женщины	311	70,7
Вся совокупность	440	100,0
Возраст		
Не указано	12	2,7
19–20	122	27,7
21–22	233	53,0
23–24	58	13,2
25 и больше	15	3,4
Вся совокупность	440	100,0
Курс		
4–й	134	30,5
5–й	158	35,9
6–й	148	33,6
Вся совокупность	440	100,0

Анкетирование показало, что 15,5% респондентов планировали после окончания университета работать в качестве педиатра, 11,4% – хирурга, 10,2% – акушер–гинеколога, 11,6% – семейного врача, 9,1% – терапевта, 5,5% – офтальмолога, 6,1% – невропатолога.

Исследование вопроса относительно того, считают ли респонденты полезным для своей будущей лечебно–профилактической работы получение знаний по гомеопатии показало, что 2/3 респондентов положительно ответили на данный вопрос и только $29,5\% \pm 2,2\%$ полагают такие знания ненужными. Наиболее частой причиной (в $34,3\% \pm 2,3\%$ случаев) необходимости овладения знаниями по гомеопатии респонденты называли побочные эффекты традиционной фармакотерапии, в $24,8\% \pm 2,1\%$ случаев такой причиной была недостаточная эффективность традиционной фармакотерапии, в $17,0\% \pm 1,8\%$ случаев – возникновение аллергических реакций, а в $14,1\% \pm 1,7\%$ случаев – развитие токсических эффектов при применении традиционных лекарственных средств.

Рассмотрение данного аспекта в разрезе принадлежности респондентов к тому или иному курсу обучения выявило, что $84,3\% \pm 3,1\%$ студентов 4 курса, $60,8\% \pm 3,9\%$ студентов

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

5 курса и $68,2\% \pm 3,8\%$ студентов 6 курса считают знания по гомеопатии полезными для своей будущей лечебно–профилактической работы.

В общем, студенты оценили качество обучения гомеопатии в университете как отличное в $14,5\% \pm 1,7\%$ случаев, хорошее – в $46,4\% \pm 2,4\%$ случаев, удовлетворительное – в $21,8\% \pm 2,0\%$ случаев, неудовлетворительное – только в $4,8\% \pm 1,0\%$ случаев. $12,3\% \pm 1,6\%$ студентов затруднились ответить на этот вопрос (Рис.1).

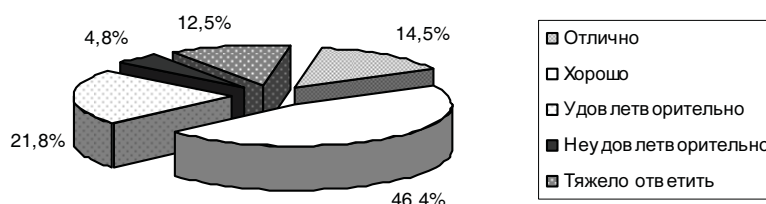


Рис.1. Оценка качества обучения гомеопатии в медицинском университете

В разрезе курсов обучения, студенты 4 курса достоверно чаще ставили оценку «хорошо» ($57,5\% \pm 4,3\%$) и достоверно реже – оценку «удовлетворительно» ($14,9\% \pm 3,1\%$) по сравнению со студентами 5 курса ($43,7\% \pm 3,9\%$ и $26,6\% \pm 3,5\%$, соответственно). Достоверно реже оценили на «хорошо» качество обучения студенты 6 курса по сравнению со студентами 4 курса ($39,2\% \pm 4,0\%$ против $57,5\% \pm 4,3\%$, соответственно) и достоверно чаще шестикурсники оценили качество обучения гомеопатии в университете на «неудовлетворительно» по сравнению с студентами 4 курса ($8,1\% \pm 2,2\%$ и $2,2\% \pm 1,3\%$, соответственно, $p < 0,05$). Выявлен наибольший процент студентов, которые затруднялись оценить качество обучения гомеопатии на 6 курсе по сравнению с таковыми на 4 и 5 курсах: $19,6\% \pm 3,3\%$ против $7,5\% \pm 2,3\%$ и $9,5\% \pm 2,3\%$, соответственно).

Детальное изучение причин, снижающих качество обучения гомеопатии показало, что по мнению студентов снижение качества обучения гомеопатии чаще всего было обусловлено такими факторами как недостаточное количество клинических разборов больных ($30,0\% \pm 2,2\%$), отсутствие учебников по гомеопатии ($21,8\% \pm 2,0\%$), недостаточный объем лекционного курса ($11,6\% \pm 1,5\%$), недостаточный объем практических занятий ($11,8\% \pm 1,5\%$). Низкий уровень обучения гомеопатии отметили лишь $3,0\% \pm 0,8\%$ студентов, а около 1/3 респондентов ($26,6\% \pm 2,1\%$) все полностью устраивало в преподавании гомеопатии.

В целом повторяя ситуацию по причинам снижения качества обучения гомеопатии в университете студенты 4 курса достоверно реже назвали такую причину, как малый объем практических занятий (в $3,7\% \pm 1,6\%$ случаев) по сравнению с указанием на эту причину студентов 5 и 6 курсов ($15,2\% \pm 2,9\%$ и $15,5\% \pm 3,0\%$, соответственно). Отсутствие учебников в этой связи назвали $5,2\% \pm 1,9\%$ студентов 4 курса, $19,6\% \pm 3,2\%$ студентов 5 курса и $39,2\% \pm 4,0\%$ студентов 6 курса.

На вопрос, нужно ли преподавать гомеопатию в университете подавляющее большинство студентов ($73,4\% \pm 2,1\%$) ответило утвердительно (Рис. 2).

$15,5\% \pm 1,7\%$ студентов затруднились ответить на этот вопрос. Отрицали необходимость преподавания гомеопатии в университете $11,1\% \pm 1,5\%$ респондентов, объяснив этот факт тем, что они не знают, что такое гомеопатия ($0,2\%$), что в аптеках отсутствуют гомеопатические препараты ($0,2\%$), что гомеопатические препараты дорогие ($0,5\% \pm 0,3\%$), что консультации гомеопата дорогие ($0,7\%$), что гомеопатические препараты вызывают побочные эффекты ($1,1\% \pm 0,5\%$), что у респондентов отсутствует опыт применения гомеопатических препаратов ($1,8\% \pm 0,6\%$), а также тем, что применение гомеопатических препаратов неэффективно ($2,7\% \pm 0,8\%$).

Среди студентов 4, 5 и 6 курсов были уверены в необходимости преподавания гомеопатии в университете соответственно $79,9\% \pm 3,5\%$, $70,3\% \pm 3,6\%$ и $70,9\% \pm 3,7\%$. Основными причинами уверенности в ненужности преподавания гомеопатии в университете студенты всех включенных в исследование курсов (4, 5, и 6) называли опыт лечения гомеопатическими препаратами без эффекта ($2,2\% \pm 1,3\%$, $2,5\% \pm 1,2\%$ и $3,4\% \pm 1,5\%$, соответственно) и

отсутствие личного опыта применения гомеопатических препаратов ($0,7\% \pm 0,7\%$, $2,5\% \pm 1,2\%$ и $2,0\% \pm 1,2\%$, соответственно).

В исследовании было установлено, что подавляющее большинство студентов полагает, что преподавание гомеопатии должно осуществляться на 4 курсе ($49,5\% \pm 2,4\%$ респондентов).

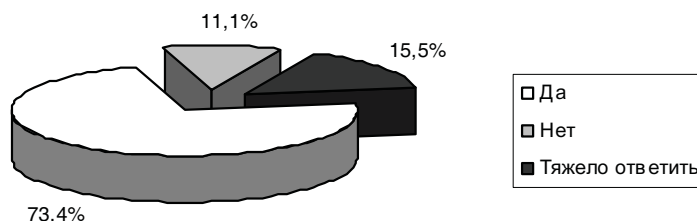


Рис. 2. Мнение студентов-медиков о необходимости преподавания гомеопатии в медицинском университете

Рассмотрение данного вопроса в разрезе принадлежности анкетированных студентов к тому или иному курсу обучения показало, что студенты 6 курса достоверно чаще по сравнению с респондентами 4 курса настаивают на необходимости преподавания гомеопатии на пятом курсе ($29,7\% \pm 3,8\%$), $19,6\% \pm 3,3\%$ из них отмечало необходимость преподавания гомеопатии на 6 курсе, $16,9\% \pm 3,1\%$ – на 3 курсе университета и $8,1\% \pm 2,2\%$ указали на необходимость преподавания этой дисциплины врачам-интернам. Также на необходимости преподавания гомеопатии на 5 курсе настаивали студенты 5 курса университета в $17,1\% \pm 3,0\%$ случаев.

При уточнении оптимальной формы обучения гомеопатии в университете мнение респондентов разделилось следующим образом: $28,4\% \pm 2,1\%$ респондентов отмечали факультативные занятия или отдельный курс, $25,2\% \pm 2,1\%$ – обязательный отдельный курс гомеопатии, $12,7\% \pm 1,6\%$ – курс в рамках кафедр, $7,3\% \pm 1,2\%$ – курс по выбору.

Анализ ответов на вопрос о том, нужно ли преподавать гомеопатию на циклах специализации и тематического усовершенствования врачей показал, что $51,6\% \pm 2,4\%$ всех опрошенных студентов дали утвердительный ответ (Рис.3).

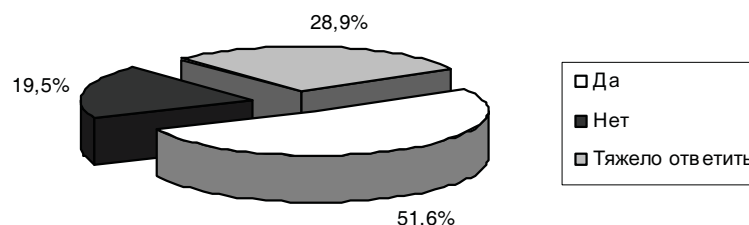


Рис. 3. Мнение студентов-медиков о необходимости преподавания гомеопатии на курсах усовершенствования врачей

При этом в разрезе курсов достоверных различий по этому показателю не было обнаружено. Лишь студенты 5 курса достоверно чаще полагали ненужным преподавание курса гомеопатии на этапе последипломного обучения ($25,9\% \pm 3,5\%$) по сравнению со студентами 4 и 6 курсов обучения ($13,4\% \pm 2,9\%$ и $18,2\% \pm 3,2\%$ соответственно).

Проведенное медико-социологическое исследование, направленное на изучение мнения студентов медицинского университета о пользе, качестве и оптимальных формах обучения гомеопатии позволило сделать следующие

Выводы:

1. Результаты проведенного анализа анкетирования (440 респондентов) студентов Винницкого национального медицинского университета им.Н.И.Пирогова показали, что достоверное большинство респондентов считает полезными и необходимыми знания, приобретенные во время изучения курса гомеопатии для своей будущей лечебно-профилактической работы.

2. 60,9%±2,3% опрошенных студентов считают качество обучения гомеопатии в университете отличным и хорошим.

3. Среди факторов, которые снижают качество преподавания гомеопатии в университете, респонденты отмечают недостаточное количество клинических разборов больных (30,0%±2,2%), отсутствие учебников по гомеопатии (21,8%±2,0%), недостаточный объем лекционного курса (11,6%±1,5%), недостаточный объем практических занятий (11,8%±1,5%).

4. Таким образом, несмотря на то, что в целом студенты дали достаточно высокую оценку процесса преподавания дисциплины «Основы гомеопатии» в Винницком национальном медицинском университете им.Н.И.Пирогова, в перспективе при разработке учебных программ по данной дисциплине, вероятно, целесообразно увеличить объем лекционного курса и объем практических занятий с целью оптимизации структуры программы и учебных планов.

5. Потребность большего количества учебников по «Основам гомеопатии» должна служить мотивацией для издания/переиздания качественной учебной литературы и своевременного ее поступления в библиотечный фонд высшего медицинского учебного заведения.

В целом следует отметить, что данное медико-социологическое исследование позволило обнаружить благосклонное отношение преобладающего большинства студентов-медиков к гомеопатии как к альтернативному методу лечения и профилактики заболеваний. Результаты исследования наводят на мысль о том, что в процессе изучения курса гомеопатии в медицинском вузе студенты, несмотря на указанные ими недостатки обучения, получили достаточный объем теоретических знаний и практических навыков, поскольку ответы студентов показывают, что в результате обучения у них была сформирована мотивация к применению метода гомеопатии в своей будущей лечебно-профилактической работе с целью повышения ее эффективности. Также обнаружено стремление студентов-медиков к дальнейшему профессиональному совершенствованию в области гомеопатии (51,6%±2,4% всех опрошенных студентов считают необходимым преподавание гомеопатии на этапе последилового обучения врачей), что, на наш взгляд, будет способствовать улучшению качества медицинской помощи населению.

Список литературы:

1. Агарков В.И., Гребняк Н.П., Грищенко С.В., Дорохова Е.Т., Северин Г.К. О реформировании здравоохранения Украины // Вопросы здравоохранения Донбасса. Сборник научно-педагогических статей. – Выпуск 24. – Донецк. – 2011. – С. 3–12.
2. Громовик Б.П. Неперервна фармацевтична освіта в Україні: науково-методичні аспекти управління економічної підготовки: монографія / Б.П.Громовик, А.В.Горілик. – Львів: Видавництво «Растр-7». – 2012. – 166 с.
3. Гуцол Л.П., Козименко Т.М. Словник гомеопатичних термінів як важлива складова викладання курсу «Основи гомеопатії» // Фітотерапія. Науково-практичний часопис. – 2009. – №4. – С. 44–47.
4. Данькина И.А., Джеломанова С.А., Агабабов Р.М., Чистяков А.А. Компетентностная модель подготовки специалиста-медика // Вопросы здравоохранения Донбасса. Сборник научно-педагогических статей. – Выпуск 24. – Донецк. – 2011. – С. 93–96.
5. Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М. Проблема якості в охороні здоров'я: Монографія. – Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА – 2002. – 384 с.
6. Організація соціологічних опитувань пацієнтів/їх представників і медичного персоналу в закладах охорони здоров'я. Методичні рекомендації / Укладачі: Горачук В.В., Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г., Криштопа Б.П., Матюха Л.Ф., Орлова Н.М., Карета О.О. – Київ. – 2012. – 21 с.
7. Основи гомеопатії. Програма навчальної дисципліни (курс за вибором) для студентів вищих медичних навчальних закладів ІІІ–ІV рівнів акредитації. – Київ. – 2008. – 16 с.
8. Песонина С.П., Трегубова Е.С. Концептуальне проблеми методології підготовки спеціалістів по традиційній медицині і гомеопатії. – СПб.: СПбГМА. – 2007. – 144с.
9. Чернобровий В.М., Палій І.Г., Гуцол Л.П. Викладання курсу «Основи гомеопатії» за схемою кредитно-модульної системи у Вінницькому національному медичному університеті ім.М.І.Пирогова // Стан та напрями удосконалення науково-методичного забезпечення підготовки фахівців за напрямом «здоров'я людини». Матеріали круглого столу. – Хмельницький, 2009. – С. 141–153.
10. Hutsol Larissa, Hutsol Eleanor. Der Homoeopathiekurs an der Nationalen Vinnnytsia Medizinf// Homoeopathie in Osterreich. – 2009. – №4. – S. 27–29.
11. Hutsol Larissa. Vinnnytsia Pirogov Memorial National Medical University (Ukraine): the contribution into the homoeopathy development //The Homoeopathic Heritage International. – № 3. – 2010. – P. 22–23.

ТЕОРИЯ ГОМЕОПАТИИ

А.А. Черных

Санкт-Петербург, Россия

ВЗГЛЯДЫ КАРЛА ЯСПЕРСА НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ И КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ТИПЫ. ПОПЫТКА АДАПТАЦИИ ДЛЯ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Постановка проблемы

«Доктор, а какой у меня конституциональный тип?». Что вы чувствуете, когда слышите такой вопрос, уважаемый коллега? Лично я чувствую при этом сильный диссонанс. Сопротивление к зреющему у меня плану лечения.

Уже знаю, что сейчас последуют рассудочные возражения в духе: «я не могу быть пульсатиллой, потому что у меня нет того–то и того–то, зато есть это, а этого нет у пульсатиллы, я об этом прочтала в «Cosmo» несколько месяцев назад». А я собирался назначить, к примеру, ту же Пульсатиллу, но не потому, что считал ее конституциональным препаратом, а просто потому, что она соответствовала актуальному симптомокомплексу. Конечно, такое можно услышать от пациента с узким кругозором, да и не очень хорошим воспитанием, но нередко бывает, что такой человек обладает хорошей памятью и производительным умом, однако сопоставляет факты, совершенно незаслуженно придав им свойство конкретности, очевидности. Такой способ мышления может быть высоко продуктивным для некоторых видов практической деятельности, что способствует развитию большой самоуверенности у его носителя. К сожалению, такие операционные схемы неприменимы при анализе сложных объектов. Бывает досадно, когда прямое узнавание не принимается достоверным, а непротиворечивое сопоставление фактов невозможно. У врача может сложиться прямой план действий, с идущей из глубин уверенностью, что он приведет к желаемым результатам. И вот выясняется, что невозможно перейти к реализации этого плана, поскольку у пациента навязчивое рационализирование. Чтобы выходить из таких ситуаций мы должны быть на голову выше пациента в общефилософской подготовке, в умении опровергать гносеологические заблуждения пациента.

Возможно, эта статья вооружит читателя необходимыми формулировками, чтобы подправить позицию пациента, который в ущерб себе смещает акценты с решения своей насущной соматической проблемы (речь не идет о поверхностном взгляде, «кистреблении симптомов») на абстрактную задачу идентификации своего конституционального типа и поиск того единственного лекарства, которое его, наконец, окончательно вылечит.

Но если человек не специалист, откуда у него такая информация? Увы, эти заблуждения идут из нашей же профессиональной гомеопатической среды. Активно пропагандируется мнение, что самое главное – определить конституциональный тип. То самое, единственное лекарство, которое коренным образом изменит организм и самое бытие. Это можно даже рассматривать как вариант симптома «желание быть загипнотизированным».

Вот выдержка из письма одного из читателей моего сайта (не врача):

«В эфффективности гомеопатии не сомневаюсь (много раз проверено на себе и собственной практике). Но у гомеопатии, как вида терапии, на мой взгляд, пока есть две большие «проблемы»:

– во–первых, это крайне сложный путь выбора лекарства <конечно, трудно лечить, если ты не врач>, особенно в классической (идеальной?) гомеопатии – и, как результат, сложные, хронические случаи оказываются посильными только гениальным гомеопатам;

– во-вторых, в настоящее время нет пока аппаратуры объективного контроля, которая бы позволяла отслеживать те более чем «нанопроцессы», которые, несомненно, должны происходить в организме в случае той или иной степени «точного попадания» гомеопатических препаратов (появление такой аппаратуры сразу бы свело на нет все обвинения гомеопатии в «ненаучности» – и, возможно, это уже вопрос недалекого будущего. Но хотелось бы поскорее).

А до тех пор есть надежда на более точный выбор лекарства через конституциональный тип. У меня создалось впечатление, что Филип Бейли нарисовал очень рельефные портреты основных типов с наиболее доходчивой стороны»

Это весьма типичное отношение к нашей дисциплине.

Между тем, у авторов серьезных руководств, начиная от Ганемана нет упоения возможностями конституционального подхода. Например Г. Кёлер в своем учебнике «Гомеопатия», перечисляя методы «быстрого подбора лекарства» указывает в частности на конституциональный подход: *«Обсуждая короткий путь поиска лекарства я хочу остановиться на аспектах диагноза по лекарственным типам. Этот путь короткий, но опасный. Он доступен врачу с тренированным глазом, хорошей зрительной памятью и наблюдательностью. Однако опасность огульного деления людей на лекарственные типы велика. Ведь предстоит лечить не тип, а больного человека с совокупностью его симптомов, которые нужно оценить и по которым надо подобрать медикамент».*

Из дальнейшего изложения станет еще более ясно, в чем «опасность».

Чтобы не создавать путаницы и сохранить преемственность с междисциплинарными учениями о конституции, следует различать конституциональные типы в собственном смысле слова, как крупные пласты, которые соответствуют большинству представителей человеческого рода, обоим полам и разным расам, и гомеопатические лекарственные типы, соответствующие названиям препаратов. Конституциональные типы в собственном смысле слова: карбонический – пикнический/гиперпластический, фосфорический – лептосоматический/гипопластический, флюорический – диспластический, сульфурический – пропорциональный. (Это довольно точные соответствия из классификаций конституциональных типов Антуана Небеля и Кречмера – Конрада). Может быть, это не самые тривиальные обозначения антропологических конституций, почему указаны именно эти, станет ясно из дальнейшего изложения. Гомеопатические лекарственные типы, по сути, тоже являются конституциями, и все предлагаемые ниже теоретические рассуждения справедливы по отношению к ним в полной мере.

Последний год прошел у меня под знаком углубленного изучения руководства Карла Ясперса «Общая психопатология», где я наткнулся на глубокий философский анализ подходов и проблем, связанных с построением конституциологии. К. Ясперс работал над этой книгой всю первую половину 20-го века, она выдержала ряд изданий с 1913 до 1959 годов. Каждое издание было существенно переработано. Будет грубейшим заблуждением, полагать, что все изложенное в этой работе имеет отношение только к психиатрическим проблемам. Психопатология действительно явилась отправным пунктом, но в виду неразрывной связи психического и соматического выводы автора справедливы также для случаев психиатрической нормы, когда у пациента имеются соматические проблемы, имеющие пограничную окраску, характерологическую, или связанную с глубинными психологическими предпосылками. Идея «деллюзии» хорошо укоренившаяся в гомеопатии, это один из способов обозначить такие глубинные предпосылки.

Я не нашел другого способа донести до читателя этот подход, кроме как привести перечень пространных цитат. Цитаты, заключенные в кавычки и набранные другим шрифтом и курсивом, без указаний каждый раз автора, являются выдержками из последнего издания этой работы. Выделение полужирным шрифтом внутри цитат сделано мною, с целью подчеркнуть необходимые акценты. Актуальность данной статьи я вижу в том, чтобы укрепить гомеопатию, постоянно испытывающую критику официозных и поверхностно мыслящих ученых. Да, исчерпывающей точности нет в гомеопатии, но ее нет и в других науках. Угроза исходит и изнутри, когда некоторые наши специалисты декларируют во-первых, принципиальную возможность однозначно определить гомеопатический лекарственный тип и, во-вторых

слишком большие лечебные возможности от такого определения. А именно такое «знание» с особой охотой подхватывается общественностью. Корни этого явления тоже вскрыты Карлом Ясперсом: «...мы обезопасим от обоснованной критики не только то, что мы видим, но и то, как мы это формулируем, не только наши интуиции, но и методы исследования, которые руководствуются нашими интуициями. Никакой неумный подражатель не сможет запустить в действие механизм ложного знания, дабы с его помощью поскорее и с наименьшими усилиями разложить по полочкам всех людей. Кроме того, мы сможем отвести предрассудок, согласно которому конституции как таковой не существует, а есть лишь специфически обусловленное воздействие эндокринных желез на тело в целом: на самом деле конституция существует не как объективный факт, а как необходимая идея. Наблюдения над «человеческим», осуществленные без этой идеи, непременно будут бедными и ограниченными».

Неразрывная связь психического и соматического

Поскольку базисом данной статьи является руководство по психопатологии необходимо в очередной раз акцентировать внимание на связи и единстве психического и соматического в недрах человеческого существа. Это прояснит, почему именно психические симптомы имеют для врача гомеопата столь высокий приоритет в лечении соматических заболеваний.

Целый ряд симптомокомплексов можно рассматривать как нарушение схемы тела.

Предоставим слово К. Ясперсу:

«Вообще говоря, мы должны отчетливо представлять себе, что соматические рамки, начиная с раннего детства, играют значительную роль в формировании самосознания и поведения человека. В течение всей жизни мысли человека о себе и своей внешности подвержены воздействию того, какой у этого человека рост, насколько он физически развит, красив или уродлив – при том, что все эти обстоятельства изначально не имеют ничего общего со сферой психического. Личность человека моделирует себя согласно тому, каковы конфигурации его тела; психическое развитие осуществляется при помощи тела и в постоянном взаимодействии с ним, так что соматические конфигурации и психическая жизнь взаимодействуют даже несмотря на свою изначальноную отчужденность друг от друга.»

«Психическую конституцию можно кратко охарактеризовать одной фразой: это целостность, переживаемая индивидом как нечто, неотделимое от его соматической субстанции. Представляется, что она находится в тесной связи с такими понятиями, как квант психической энергии, подверженность психических функций диссоциации, возбудимость, утомляемость, сопротивляемость, типы реакций, а также непереносимость алкоголя, идиосинкразия, соматически укорененное самосознание, основное витальное настроение и, наконец, физиогномический Habitus тела, способ движения и представления собственного «Я», скорость движений и событий внутренней жизни.»

«В соматической патологии конституция означает целостность соматической жизни индивида или типа во всем ее своеобразии и в той мере, в какой она представляет собой нечто долговременное. Все соматические функции связаны друг с другом; идея конституции состоит в бесконечной целостности этих взаимосвязей – целостности, которая обуславливает каждую функцию в отдельности и которая, в свой черед, зависит от любой отдельно взятой функции. ... Идея конституции как особого рода целостности нерушима; завершив анализ той или иной из числа отдельных функций, мы неизбежно вновь и вновь возвращаемся к этой идее.»

«Единство соматического и психического. Единое не принадлежит только сфере соматического или только сфере психического. Оно проявляется в обеих этих формах; это не сома и не психея, а сама жизнь. Единое коренится в бессознательном и оттуда распространяет свое влияние на все соматические функции и психические состояния.»

Но это единство никогда не существует для нас как целое. Когда соматопсихическое единство дается нам в опыте – например, когда мы, понимая, воспринимаем мимику и физиогномию другого человека, непосредственно осознаем наше собственное наличное бытие, наши влечения и проявления, ощущаем причинно-следственную природу соматопсихических круговоротов, – это всегда частное единство, принадлежащее данному, и именно данному опыту, а не высшее, всеобъемлющее единство тела и души. По мере умножения нашего знания мы переходим от неизбежного разделения на тело и душу к разделению неопределенного

и не поддающегося определению соматопсихического единства на специфические, частные модусы этого единства.

Полноценного понимания мы достигнем только при условии, что будем иметь в виду всю совокупность отношений личности и психоза к телосложению, психическим функциям и соматическим функциям. Мы никогда не сможем дать эндогенным психозам биологически справедливую оценку, рассматривая их как изолированные, втиснутые в узкие рамки клинической систематики нозологические единицы, взятые вне зависимости от их естественного генетического контекста».

В свете этого не могу не заметить, что и в рамках частных медицинских дисциплин, особенно в ревматологии и в эндокринологии «втискивание» в рамки нозологической единицы не настолько оправдано, насколько это делается в учреждениях здравоохранения. Диагнозы хороши как способ общения между коллегами и как некие сознательно упрощенные категории медицинской статистики, необходимой для управления здравоохранением.

«...большой прогресс был достигнут в изучении внутренней секреции и ее воздействия на множество событий соматической и психической жизни. Но если морфологически видимый habitus может быть однозначно объяснен аномалиями внутренней секреции, это значит, что нам уже нет смысла говорить о конституции, содержащей в своих недоступных пониманию основах всю бесконечную целостность сомато-психической жизни. К аномалиям, обусловленным расстройствами внутренней секреции, относятся, в частности, акромегалия (гипофиз), микседема (щитовидная железа), евнухоидизм (половые железы).

Все эти исследования представляют частный интерес. Кречмер был первым психиатром, почувствовавшим проблему во всей ее масштабности и глубине и, таким образом, придавшим исследованиям импульс, который не утратил своей действенности вплоть до сего дня. Проявив независимость и смелость, он воскресил старое учение о темпераментах во всем его объеме, сообщил ему современную форму и наглядно показал его превосходство над значительно более ограниченными теориями недавнего прошлого. С точки зрения основ психопатологии важно понять позитивную значимость, смысл и пределы его исследований, равно как и, возможно, его ошибки».

Мы сможем осуществить переход от рассуждения Ясперса о конституции, которые применялись для психиатрии, к нашему пониманию гомеопатического конституционального типа, если расширим понятие психоза. Слово «психоз» невозможно использовать для характеристики психического состояния пациента с хроническим соматическим заболеванием, находящегося в области психиатрической нормы. Целесообразно ввести предварительную рабочую концепцию, смысл которой в том, что сущность психического состояния хронического больного и сущность психоза общая, хотя внешние проявления, направленность и степень выраженности качественно различаются. Это избирательная психическая дезадаптация соматического больного. В общем случае ее корни лежат на недоступной пониманию глубине, хотя с помощью специальных техник (а иногда и спонтанно) вскрывается анамнестический пласт, порождающий те или иные симптомокомплексы. В любом случае, предрасположенность к дезадаптации такого рода залегает глубже. Этот расширенный термин определяет как саму картину психического состояния, подлежащую лечению, так и возможность соматической патологии как компенсации психоза. Например, у подростков с делинквентными тенденциями нередко встречаются осложненные формы угревой болезни. Получается, что как бы деструктивная психическая энергия преобразуется в гной и таким образом выводится из организма. Если бы этого не происходило, то могло бы случиться полное разрушение личности, т.е. психоз в узком смысле слова. Не поэтому ли Калиум броматум, Анакардиум ориентале, препараты, в патогенезе которых можно усмотреть картины вполне развернутого психоза, являются рутинно назначаемыми препаратами при угревой болезни. А так мы наблюдаем у пациента отчетливую акцентуацию характера, поведение с отклонениями, что является явной психосоциальной дезадаптацией, но никак не психозом в узком смысле, которых выделено всего три: шизотимия, циклотимия и (с оговорками) эпилепсия. (Психозы в результате интоксикаций или органических заболеваний или повреждениях мозга здесь не рассматриваются.) Стоит задуматься о том, что при ревматических болезнях воспалительная составляющая сберегает психику пациента от истинной депрессии в

психиатрическом смысле этого слова. Может быть, это объясняет почему одним из частых побочных эффектов нестероидных противовоспалительных средств является депрессия. Мы убираем плацдарм, на котором психическая энергия может менее опасно для личности проявлять себя в виде боли и воспаления.

Об этом же у Ясперса: «Фон Вайцзеккер (v. Weizsacker. Artziiche Fragen. - Leipzig, 1934, S. 31) пишет: «С нашей стороны было бы правильнее форсировать исследования, направленные на разгадку все еще непонятных для нас явлений духовной сферы, нежели удивленно глазеть на „чудеса» стигматизации, истерии и гипноза как на некие исключения из правил. Рассматриваемые как исключения, они освобождают нас от того, чтобы предполагать наличие чего-то аналогичного также и в патологических симптомах». Фон Вайцзеккер стремится найти психологически понятный элемент в любых болезнях. Но верно ли, что все - в том числе и тяжелые органические - соматические болезни насквозь пронизаны элементами из сферы психического? Если бы это удалось убедительно показать, открылись бы не просто новые сферы знания о человеке, но и принципиально новый путь к познанию того, что происходит в сфере физического. Но возможность этого вызывает у меня сомнение - хотя я и предполагаю, что граница здесь достаточно зыбка. Так или иначе, подобная постановка вопроса кажется оправданной.

Болезнь может быть постигнута как особый, присущий именно данной личности способ существования (именно так дело обстоит у невротиков). В конечном счете такой особый способ существования формируется экзистенцией; биологические события, модифицируясь во времени поведением человека, складываются в его биографию».

«Мы понимаем «соскальзывание» в психоз или соматическую болезнь исходя из соответствующего содержания. Это похоже на бегство в болезнь, осуществляемое ради того, чтобы ускользнуть от действительности и, в особенности, от ответственности за свои поступки. То, что должно быть внутренне пережито, переработано, интегрировано в целостный контекст психической жизни, замещается соматической болезнью (за которую человек вроде бы не несет никакой ответственности) или исполнением желаний в рамках психоза (что создает мнимую реальность, которая не просто заслоняет, но и маскирует эмпирическую действительность). Благодаря «бегству в психоз» человеку удается в собственных переживаниях добиться мнимой реализации того, в чем эмпирическая реальность ему отказала. Но такое переживание обычно содержит в себе элемент двусмысленности. При психозе все страхи и потребности человека, равно как и все его надежды и желания выступают как нечто, реализованное в виде пестрой череды бредоподобных идей и галлюцинаций».

«Психоз имеет некоторый смысл — причем это может относиться либо к психозу как целому, либо к отдельным его деталям. Он служит для защиты, он предохраняет, он позволяет ускользнуть от действительности, он исполняет желания. Его источник — это ставший невыносимым конфликт с реальностью. Но значение подобного понимания не следует преувеличивать. Во-первых, механизм трансформации сам по себе не может быть понят в принципе. Во-вторых, количество реально имеющих место аномальных явлений почти всегда больше того, которое может быть объединено в рамках целостного, доступного пониманию контекста. В-третьих, даже в тех случаях, когда травматическое переживание играет роль причинного фактора, бывает трудно оценить действительную меру его значимости с этой точки зрения».

Вот еще один пласт явлений, характеризующийся взаимными переплетениями психической и соматической сфер. Среди наших пациентов такие явления весьма нередки. У Ясперса это названо «первичными бредовыми переживаниями». В приводимой ниже цитате можно усмотреть описание панических атак и анозогнозии. Здесь же можно усмотреть корни свойственного большинству населения стремления к конкретности, пусть даже ложной.

«...У больных обнаруживаются некоторые первичные ощущения, чувства, настроения, состояния сознания. Больным страшно, их охватывает подозрительность. Все приобретает новый смысл. Окружающее каким-то образом — хотя и незначительно — меняется; восприятие само по себе остается прежним, но возникает какое-то изменение, из-за которого все окутывается слабым, но всепроникающим, неопределенным, внушающим ужас свечением. Жилье, которое прежде ощущалось как нейтральное или дружественное пространство, те-

перь пропитывается какой-то неуловимой атмосферой («настроением», *Stimmung*). В воздухе чувствуется присутствие чего-то такого, в чем больной не может дать себе отчета; он испытывает какое-то подозрительное, неприятное, жуткое напряжение. Использование слова «настроение» (*Stimmung*) могло бы навести на мысль о психастенических настроениях и чувствах и, таким образом, стать источником путаницы: но в связи с этим бредовым настроением (*Wahnstimmung*) мы всегда обнаруживаем нечто, пусть совершенно неопределенное, но «объективное»: зародыши объективной значимости и смысла. Это общее бредовое настроение, при всей неопределенности своего содержания, должно быть невыносимо. Больные, очевидно, испытывают под его гнетом страшные мучения; дойти до какой-либо определенной идеи — это для них то же, что освободиться от невыносимого груза. Больные чувствуют себя так, словно они «утратили власть над вещами; они ощущают страшную неуверенность, которая заставляет их инстинктивно искать опоры. Обретение опоры приносит с собой уверенность в своих силах и комфорт; это возможно только как результат формирования идеи (при прочих равных условиях то же относится и к здоровым людям). При депрессии, страхе или чувстве беспомощности внезапное ясное — пусть даже ложное — сознание реальности немедленно оказывает успокаивающее воздействие. Суждения становятся более трезвыми; чувства, возбужденные возникшей ситуацией, теряют силу. С другой стороны, нет страха хуже, чем перед неизвестной опасностью» (Hagen).

Такой пациент обычно приходит на прием с незначительной соматической жалобой. Довольно быстро выясняется что у пациента тревога, так как он чувствует нарастающую симптоматику психического расстройства. А потом уже становится очевидным «первичное бредовое переживание». Иногда удается выявить наличие некой подсознательной структуры; я наблюдал, что в анамнезе у таких людей можно обнаружить аборты, которые одно время делались под кетаминовыми наркозами. Выйдя из такого наркоза, человек иногда описывает сверхреалистичные устрашающие видения. Возможно, они бывают гораздо чаще, чем это способна определить статистика. В тех случаях, когда пациент не вспоминает ничего подобного, мы можем допустить, что это было на подпороговом уровне, переживания имели место, но не проникли в сознание, удерживаются в ближнем подсознании, создавая ощущение смутной тревоги. Возможно также, это бывает и при наркозах другими препаратами, считающимися лишенными таких эффектов. Разумеется, такие переживания могут возникать в напряженной жизненной ситуации и даже случаться спонтанно (точнее — в таких случаях не удастся выявить провоцирующих обстоятельств.)

Обсуждая динамику протекания психических заболеваний и аномальных состояний сознания Карл Ясперс останавливается на характеристике таких явлений как «периоды», «фазы» и «припадки».

«Фазы — это изменения психической жизни, наступающие эндогенно или вызываемые какими-либо случайными, неадекватными стимулами. Фазы могут длиться неделями, месяцами и даже годами, но всегда заканчиваются; по истечении фазы восстанавливается предшествовавшее ей состояние. Припадки — это очень короткие фазы. Фазы периодичны, если, помимо эндогенного происхождения, они отвечают следующему условию: отдельные фазы отделены друг от друга регулярными промежутками времени и выказывают отчетливое сходство друг с другом.»

Известно немало случаев, когда у одного и того же индивида бывает множество совершенно непохожих друг на друга припадков и фаз. В случаях, когда все эти припадки и фазы могут быть обоснованно приписаны некоей единой основе (то есть определенного рода предрасположенности или болезненному процессу) — основе, различные проявления которой суть всего лишь модификации, обусловленные различиями на уровне внешних, преходящих обстоятельств, — мы говорим об эквивалентах. Понятие «эквивалентности» было введено Замтом в связи с фазами и припадками при эпилепсии, а затем распространено на другие разновидности фаз и припадков — например, на расстройства настроения и расстройства, обусловленные аффективными причинами (психореактивные состояния). В качестве эквивалентов (в особенности при эпилепсии) мы можем рассматривать также такие чисто соматические припадки (*petits maux*, мигрени и т. п.), которые, как предполагается, служат «замещению» настоящих эпилептических припадков.

В случаях, когда такие различия не обусловлены причинами физиологического порядка (так, во время физической работы алкоголь действует слабее, чем во время отдыха), их причину следует искать в колебаниях общей диспозиции психики – диспозиции, составляющей непосредственную основу нашей сознательной душевной жизни. **Незначительные колебания диспозиции не являются предметом психиатрии и не подлежат лечению;** но существуют переходные формы, которые ведут от них к действительно тяжелым заболеваниям, проявляющимся в виде одной или нескольких фаз и давно и широко известным, особенно в области аффективной жизни. Поскольку речь идет о фазах, окончательный прогноз всегда благоприятен. Известны случаи, когда болезнь (меланхолия) длилась до десяти лет и все же заканчивалась излечением. Правда, аффективные расстройства, маниакальные и депрессивные состояния – это наиболее удивительные из всех «фазных» болезней; но у нас нет оснований полагать, будто аффективные изменения, которые сопровождают почти все фазы, – это единственный по-настоящему существенный момент последних. Известны фазы, при которых доминируют всякого рода навязчивые явления; фазы могут заключаться и в **простой ретардации (торможении) без выраженной депрессии, или в соматических жалобах без сколько-нибудь заметных изменений на уровне психики, или, наконец, в психастенически-невротических состояниях либо аффективных состояниях, которые не удается однозначно локализовать в рамках оппозиции «удовольствие – неудовольствие».**

Хотя термин «циркулярное расстройство» применяется главным образом по отношению к маниакально-депрессивным психозам, **фазы и периоды служат обычными формами проявления не только расстройств этого типа, но и большинства других заболеваний».**

Такая динамика, это с чем мы систематически сталкиваемся и в общей терапии. При гомеопатическом осмыслении процесса лечения, когда внимание врача сосредоточено в равной мере как на соматических жалобах, так и на психическом состоянии, это явление определяется очень явственно.

Теперь, когда единство соматических проявлений и психической жизни нами рассмотрено, мы можем перейти к тому, чем являются конституции в глазах психопатолога, понимая, что это в равной степени относится и к соматической сфере.

(Продолжение следует)

З.Г. Габович

Таллинн, Эстония

ЕЩЁ РАЗ О ЗАПОВЕДИ «НЕ НАВРЕДИ!»

По данным Всемирной организации здравоохранения за последние два десятилетия наблюдается экспансивный рост грибковых (кандидоз) и вирусных заболеваний (гепатит, герпес, СПИД), трихомоноз (простейшие) и хламидиоз. Вызвано это тем, пишет Дж. Витулкас, что в цивилизованных странах люди, во-первых, совершенно бесконтрольно злоупотребляют антибиотиками, которые принимают *энтерально*. Это приводит к нарушению нормального экологического равновесия кишечной флоры, увеличению (более чем в два раза) аллергических реакций, появились уже «болезни цивилизации». Второй, не менее важной причиной, являются всевозможные вакцинации.

«Из-за ошибочного образа мыслей в наше время почти невозможно найти практически здоровых людей», – писал Л. Ванье в 1926 г. И сейчас, почти через столетие очень популярен афоризм: «Нет здоровых людей, есть плохо обследованные пациенты».

Во всех странах резко возрос интерес к Гомеопатии. *НО* настоящих специалистов совсем немного. Это кропотливая работа, требующая большого объёма знаний и солидного врачебного опыта. Спрос растёт, поэтому и рождается большое количество предложений... от коммерсантов. Человек, который хоть что-то умеет делать хорошо – печь пироги, например, или «*тачать сапоги*» (как в известной басне), ни за что не станет делать то, в чём он ничего не смыслит. Но дилетанту безразлично, *что* именно делать *плохо*. Можно фильм снимать, или изваять что-то грандиозное, или заняться политикой. Не случайно сейчас так популярно выражение «воинствующий дилетантизм». «*Но беда, коль...*» у него появляется желание полечить. Люди самых разных профессий, но **без** медицинского образования, создают «лечебные центры», придают им видимость солидного учреждения, обзаводятся компьютерными программами. Они рекламируют, что у них имеется любая, и даже компьютерная диагностика. Верно, *Гиппократ* говорил, что правильный диагноз – это половина лечения. А дальше что? Ведь сама по себе кардиограмма, например, стенокардию или инфаркт не лечит. Коммерсанты дерзко заявляют, что «лечат все болезни» и предлагают большой выбор *услуг* – особый массаж, или специальные клизмы, или новейшие мази (с антибиотиками и гормонами), или витамины с минеральными добавками, или пищевые добавки, или ... гомеопатия. Какие проблемы? Для них всё это – просто разные варианты их «деятельности», их бизнеса.

Но становится совсем грустно, когда «центры» организуют дилетанты-врачи, которые считают, что ликвидировать хроническую болезнь очень просто, достаточно заглянуть в умную книгу и выбрать *одну из* рекомендуемых схем лечения. Они не понимают, что во всех справочниках опытные мастера предлагают специалистам лишь «*информацию к размышлению*». Мы неоднократно наблюдали серьёзные последствия такого «лечения». Так, например, после проведения дорогой компьютерной диагностики, пациенту выдали на руки большой список обнаруженных у него микроорганизмов. Затем выбрали *один* микроб, объяснив, что он смертельно опасен именно для него, запугали последствиями и предложили дорогое, но «самое эффективное лечение», с использованием импортной аппаратуры, которое «вытащит из него этого паразита». И назначали они ему... особые клизмы (сифонные), 10 процедур. А когда после третьего «сеанса» у молодого человека случился обморок, ему сказали: «По-видимому, Вы не наш клиент». Но вернуть ему деньги категорически отказались. Когда же он попросил, раз уж случилось такое «несовпадение», записать его на приём к руководителю их центра, ему ответили – такая консультация возможна, но предупредили, что стоить она будет *очень* дорого.

Поскольку гомеопатия пользуется большим спросом, некоторые из особо «продвинутых» бизнесменов, начинают сами готовить «гомеопатические лекарства» – *суперновые* и *сверхэффективные*, естественно! Мы кое-что об этом слышали, но считали очередными слухами, глупыми и беспочвенными. И тут «подфартило» – нам в клинику поступило *очень* выгодное для нас предложение. Энергичный человек лет сорока рассказал, что они с женой уже пару лет успешно занимаются «похудательной программой». Используют для этого «созданный ими самими новый гомеопатический препарат, который сжигает жир». Мы все трое сразу насторожились, поскольку само по себе такое словосочетание уже является полной бессмыслицей и абракадаброй. После получасового «допроса с пристрастием» нам удалось выяснить следующее: он по профессии программист, 1,5 года назад приехал из «дальнего зарубежья» в Эстонию. Теперь собирается открыть здесь свою фирму и предлагает нам сотрудничество. Когда-то он прочитал статью о свойствах известного лекарства (умышленно его не называю), но особенно его заинтересовало «побочное» действие – снижение веса, а объяснялось это тем, по словам автора статьи, что происходит «сжигание жира». Нет, специальные лабораторные исследования, могущие подтвердить или опровергнуть сей постулат, не проводились; автор умер, а других работ на эту тему не обнаружено. Они с женой чрезвычайно вдохновились прекрасной идеей и вскоре «придумали» – раз они не имеют права использовать *это* так, как рекомендовано медиками, они сделают нечто совсем новое и оригинальное. О гомеопатии наш гость имел настолько смутное (мягко говоря) представление, что совершенно не понимал, о чём мы его спрашиваем, например: «В какой потенции они сделали препарат?» Пришлось объяснить ему, что же такое *потенция*,

после чего он вздохнул с облегчением. Нет, сами они не потенцировали, просто нашли человека (имя он пока назвать не может), который «готовил препарат». У них уже «20 хороших случаев похудения», добавил он с гордостью. Минут через пятнадцать, задав ещё десяток вопросов, мы уразумели, в конце концов, в чём же состоит придуманный ими «уникальный метод». Они покупают в аптеке лекарство, известное всем гинекологам (гормон, выделенный из плаценты), одна ампула которого вводится женщине внутримышечно раз в месяц. В ампуле 120 мг вещества, поэтому они «придумали»: *сделать* 120 гранул «чего-то совсем нового». Назначали они «элементарно»: тридцать дней ежедневно утром следует принимать по 4 крупинки. Таким образом, как они «точно просчитали», доза препарата равномерно распределялась в течение месяца. После многократных уточнений, мы поняли, наконец, что же они «этакое изготовили» – *информационная копия* лекарства в соотношении 1:1 была перенесена на гомеопатическую крупку с помощью трансфера. *НО...* аппарат так устроен, что переносит *всю информацию* исходного вещества на *каждую* крупинку! Следовательно, под видом «нового гомеопатического препарата» они продавали доверчивым людям обыкновенное лекарство, аллопатическое, превысив в **30** раз (!), как минимум, рассчитанную на месяц дозу гормонального средства. Совершенно ошарашенный, он лепетал, что не знал всего *этого*, однако, «незнание закона не освобождает от ответственности». Окончательно «добили» его ещё несколько наших вопросов: «Понимает ли он, что значит *побочное* действие лекарства? Имеет ли он представление, какие тяжёлые последствия могут быть результатом неправильного гормонального лечения? Слышал ли о том, что мужчинам и женщинам назначаются разные гормоны? Что ему известно об отдалённых результатах?» Ничего *этого* ему не было известно; он не только не имел об *этом* совершенно никакого представления, но даже и не задумывался над *этими* проблемами. Воистину, «не ведают, что творят». Да, он «вроде бы слышал», что любое лекарство должно быть лицензировано, что должен быть получен сертификат и разрешение на его использование. Но они ведь не занимались *лечением*, – искренне недоумевал он, – а «всего лишь выдавали крупинки для похудения и объясняли, как их принимать». Мы растолковали ему, что продавая нечто сомнительное, да ещё под названием «гомеопатический препарат», они с женой рискуют понести уголовную ответственность за *мошенничество* и могут быть подвергнуты очень суровому наказанию. Но это, как говорится, их личная проблема. Весь ужас итогов их «деятельности» – дискредитация Гомеопатии. Если хотя бы один из их клиентов пожалуется на какое-то *ухудшение* самочувствия, никто не будет разбираться, в чём причина или выяснять, связано ли хоть что-то с теми самыми «крупинками», просто чиновники, наконец, получают в руки «неопровержимые свидетельства». А мы ни когда не докажем, что *это* была **не** гомеопатия, ни когда мы не отмоемся от грязных инсинуаций и мерзких обвинений во вредительстве, в нанесении ущерба здоровью людей или в шарлатанстве. К сожалению, вышесказанное не является ни «моим мрачным прогнозом», ни «нагнетанием кошмара». Такое уже случалось неоднократно...

А в конце марта 2013 г. в приемную врача-гомеопата в Таллинне явились с проверкой три представителя Департамент лекарств. Из акта департамента следует, что «в кабинете было до 500 упаковок гомеопатических средств, в отношении которых не было информации на эстонском языке». А то, что доктор окончила Тартуский Университет, несколько лет обучалась у Дж.Витулкаса в Греции, что она имеет диплом Международной Академии Классической Гомеопатии, что монопрепараты покупает в гомеопатической аптеке в Париже, проверяющих нисколько не интересовало. Они «обязали немедленно прекратить применять и выписывать дефектные и не имеющих разрешения на продажу гомеопатические средства»; срочно «всё сдать в Департамент уничтожения вредных отходов» и в десятидневный срок «предъявить им акт об утилизации». Выйдя из кабинета, они сняли с двери табличку «врач-гомеопат», отрезали «врач», порвали и выбросили. Правда, «гомеопат» прикрепили обратно ...

Много лет назад в «Театре на Таганке» я видела спектакль по пьесе Б.Брехта «Галилей». Трагический образ гения создал В.Высоцкий. Он играл так потрясающе, что и через тридцать лет я отчётливо помню даже его интонации, а многие сцены до сих пор стоят перед глазами. Галилей построил первый телескоп, увидел горы на Луне, четыре спутника Юпитера, пятна на Солнце и многое другое. В кульминационной сцене спектакля к нему является комиссия из

пяти инквизиторов, чтобы выяснить, чем он занимается и не еретик ли он. Галилей подробно объясняет им устройство простого прибора, предлагает посмотреть в телескоп и самим в этом убедиться. Но они даже не подходят к прибору, а садятся поодаль в круг и открывают длинную *научную* дискуссию, возможно ли то, о чём им здесь толкуют. Совсем не слушая и даже не замечая возражений ученого, они приходят к выводу, что этого быть не может! Вынеся свой вердикт, они встают и начинают «неторопливо и с достоинством» медленно удаляться. Вслед им Высоцкий (*Галилей*) в отчаянии кричит так, что закладывает уши: « Так посмотрите же!». На это главный инквизитор не останавливаясь, вполборота, презрительно бросает через плечо: « Зачем же смотреть, когда и так известно, что там ничего нет».

Ничего нельзя доказать человеку, который не желает вас слушать. Можно представить неопровержимые факты, но заставить *поверить* в них невозможно, если он этого не хочет или если разум его закрыт. Древняя английская мудрость гласит: «Можно подвести лошадь к водопою, возможно даже загнать животное в воду, но заставить его пить нельзя».

Вот уже двести лет вся специальная литература посвящена тому, чтобы показать и объяснить правила Гомеопатии, которые полностью соответствуют законам Вселенной. Каждая из монографий, за редчайшим исключением, – это “итоговый документ” врачей, которые пережили разочарование в аллопатической медицине, прошли долгий и мучительный путь переосмысления общепринятых правил, заученных “научно доказанных” догм, прочно вдушенных классическим преподаванием в мединститутах.

У гомеопатов есть богатый двухвековой опыт борьбы за выживание, пока что уничтожить их никак не удаётся. Возражения противников гомеопатии и сто лет назад, и сейчас, носили и носят довольно однообразный характер. В 1928 г. московские врачи–гомеопаты *Т.Я. Дункель* и *В.Н. Дункель* опубликовали работу, в которой четко и ясно изложили основные принципы Гомеопатии и преимущества гомеотерапии. Это был ответ официальному мнению авторитетов академической школы в медицине. «Существует обычай у противников гомеопатической терапии, – пишут они, – называть *закон подобия* догмой, а гомеотерапевтов – догматиками. С такой же необоснованностью можно назвать догмой закон кратных отношений, а догматиком Менделеева. Ведь догма есть утверждение реальности явления, недоступного восприятию наших органов чувств. Закон подобия представляет собою индуктивный вывод из фактов исключительно доступных анализу наших органов восприятия. Понимаем ли мы или не понимаем, желаем или не желаем, мы не в силах изменить порядок явлений, указываемый законом Архимеда. То же самое приложимо и к закону Галилея, на котором зиждется механика, и к закону тяготения Ньютона, лежащего в основе астрономии, и к закону подобия, давшему возможность от эмпирического хаоса в терапии перейти к терапии позитивно–научной. В течение более чем ста лет реальность индуктивного вывода Ганеманна... неизменно подтверждается, как сознательной практикой его последователей, так и бессознательной практикой его противников». В дальнейшем идея “подобия” постепенно уступает место идее « противоположности», в особенности под влиянием школы Галена, приобретает особый вес, начиная со второго века нашего летоисчисления. Только через тысячу двести лет мы опять встречаем признание правильности идеи подобия уже у многочисленных авторов, из которых в особенности известен Парацельс... Та же идея встречается у философов Монтеня и Декарта, и у натуралиста Линнея... Но господствующая сейчас практика представляет полнейший хаос и смешение всевозможных медицинских систем. Призыв Ганеманна лечить болезни посредством подобно действующих средств казался им абсурдным. Однако из виду было упущено, что этот принцип во все времена уже практиковался в медицине. Идея не нова и не принадлежит Ганеманну, мы находим ее в колыбели исторической медицины, в книгах Гиппократов. И Демокрит, живший в 470 г. до нашей эры, пишет: « Подобное требует подобного». Теофраст Лесбосский в 371 году до Р.Х. окончательно отказался от лозунга « *Contraria contrariis*» и утверждал, что подобное излечивается только подобным».

Современные школы и даже Академии *классической* гомеопатии основное внимание уделяют изучению патогенезов препаратов и обучению работы с различными Реперториумами и компьютерными программами, учат правильному пониманию важности тех или иных симптомов. *НО ...* ранжирование симптомов может быть только субъективным. Никто не спорит, что с этого должно начинаться любое « гомеопатическое образование», но жаль,

если оно на этом и заканчивается. Об этом писал **сто** лет назад *Д.Т.Кент* – «Гомеопатия в том виде, в котором она преподаётся в колледжах в настоящее время, – это просто попытка втиснуть гомеопатию в рамки официальной аллопатической медицины, используя принятые в аллопатии названия болезней и назначая по аллопатическим диагнозам гомеопатические лекарства».

Многие учебники по гомеопатии построены по нозологическому принципу – есть глава о заболеваниях сердца, непременно описываются болезни лёгких, кишечника, суставов и т.д. Начинаящим гомеопатам так понятнее и комфортнее, мы все через это проходили.

Известно, что в музыкальных школах все сначала разучивают гаммы. Но только один из них играет концерт П.И.Чайковского на международном конкурсе, несколько сот музыкантов работают концертмейстерами, а тысячи – всю жизнь играют «Собачий вальс», либо никогда больше не подходят к роялю. Так и подавляющее большинство врачей, к сожалению, «застревают» на этапе посимптомной терапии и назначают гомеопатические препараты, но по такому знакомому и понятному им аллопатическому принципу.

С.Ганеманн – «Во все времена врачи старой школы... думали преодолеть и, если возможно, подавить лекарствами **единственный** из множества болезненных симптомов. Эти **однобокие** мероприятия, именуемые **симптоматическим лечением**, справедливо заслужили всеобщее презрение, т.к. не только не позволяли достичь каких-либо полезных результатов, но и приносили много вреда. Единичный симптом в такой же степени является всем заболеванием, в какой нога – человеком» (Прим.4 к §7).

Сознание любого врача цепляется за привычное и стандартное правило: раз у пациента имеется болезненный симптом, то должна быть и конкретная *схема* лечения этой болезни. Результатом такого непонимания и являются готовые комплекты лекарств, рекомендуемые в гомеопатических аптеках, т.е. опять всем одинаковые лекарства *от...* болезни (имярек). Конечно же, для пациентов использовать любые гомеопатические прописи гораздо безопаснее, чем подавлять симптомы синтетическими *медикаментами* ... Хорошо ещё, если рекомендуется какой-то набор, состоящий из смеси препаратов в низких потенциях, как лечебные средства немецкой фирмы *Heel* или московской «*Эдас*». В гомеопатических аптеках Киева, например, предлагают готовые «коктейли» из 3–5 препаратов, в тысячной потенции, которые «можно использовать даже и без консультации врача»; принимать их рекомендуют от трёх до пяти раз в день (!), в течение двух–трёх (!!!) недель. В аптеках Москвы практически то же самое, с той лишь разницей, что в наборе – препараты в двухсотой потенции, и принимать их рекомендуют два раза в неделю.

Л. Ванье – Настоящий гомеопат не может быть бездумным раздатчиком подходящих готовых формул. Такая специализация является только коммерческим предприятием. Мы присутствуем при возникновении всё новых и новых комплексных средств, появление которых объясняется только жадностью изготовителей и распространителей. Плохо осведомлённые и лишённые критического чувства врачи невольно стали зазывалами. Врачебный меркантилизм существует с давних пор, но гомеопатический – это новый факт. Он приводит к отрицанию истинной гомеопатии, которая теперь «заражена паразитами». Мы испытываем последствия заражения, столь вредного для великой и красивой идеи, которая доминирует в нашем призвании... и оно покушается на научную и социальную жизнь всех гомеопатов. Никогда не следует забывать, что болезнь – *индивидуальное состояние*, которому соответствует *индивидуальное* лекарство. Каждый больной болеет по-своему, каждый больной нуждается в своём лекарстве.

На то, чтобы до конца понять и *принять* такую простую и логичную истину, необходимо очень много и долго работать. Метод Р.Фолля я осваивала в Москве (1990г.) в течение месяца и тогда же прослушала двухнедельный курс лекций по гомеопатии. После занятий регулярно заходила в гомеопатическую аптеку и покупала те препараты, о которых шла речь сегодня. Дома не только перечитывала лекцию, но и сразу же училась тестировать их на собственном аппарате. Перед отъездом домой я составила солидный список и поехала в знакомую аптеку, чтобы закупить препараты. Ведь в Таллинне *никогда* не было ни таких аптек, ни гомеопатов. Нужно было с чего-то начинать, а какие у меня могут быть потребности, я представляла смутно. Когда вместе с заведующей аптекой мы дошли по списку до препарата *Lachesis*, она

сказала, что такого препарата нет, и добавила, что животные препараты вообще запрещены. Видимо мое изумление было так велико, что она шепотом успокоила меня: « Не огорчайтесь так. Вы очень выручили нас как оптовый покупатель, а своим солидным заказом поможете нам выбраться из финансового кризиса. Поэтому мы сделаем Вам препарат, он у нас есть, конечно же, только никому не говорите, где взяли его. В квитанции и товарном чеке мы напишем другое название. Иначе у нас могут быть неприятности».

В это время в Москве уже несколько лет работал Гомеопатический Центр, объединивший не только поликлинику и аптеку, но и учебное отделение, на котором регулярно проводились курсы по гомеопатии. Лекции там читали опытные специалисты, врачам выдавались удостоверения. А у фармацевтов, тем не менее, «могут быть неприятности»... Как выяснилось, страхи не были беспочвенными, запрет действительно существовал. Печально знаменита сессия ВАСХНИЛ (1948 год), на которой генетику и кибернетику предали анафеме, назвав их «продажными девками империализма». Тысячи специалистов были арестованы и провели многие годы в лагерях и тюрьмах. Некоторые, не видя выхода, покончили с собой. Как считают ученые, в этих областях науки Советский Союз отстал н а в с е г д а. Об этом трагическом периоде нашей истории многое уже известно, написаны книги, сняты фильмы. Но сейчас мало кто помнит, что была и третья «сестра по несчастью» – г о м е о п а т и я. Почти через пятьдесят лет её, правда, реабилитировали и восстановили в правах, но во всём мире, даже в Англии, где вся королевская семья лечится у врачей–гомеопатов уже более полутора столетий – гомеопатия не обеспечена страховой медициной, т.е. не является *официальной*.

Правда, *тогда* (с конца сороковых годов) гомеопатов не арестовывали, не уничтожали морально и физически, но даже само слово *гомеопатия* прослыло почти непристойным, а заниматься *этим* считалось неприличным. Репрессии не коснулись только легендарного *Демьяна Владимировича Попова*. Созданная им в Киеве школа классической гомеопатии работала высокими потенциями, как и весь Запад, и гомеопатическая аптека готовила любые препараты в высоких разведениях. А гомеопаты Москвы и Ленинграда пользовались, в основном, низкими потенциями. При этом во многих городах, не только в Москве или Ленинграде, существовали аптеки, в которых имелся большой выбор готовых гомеопатических лекарств, и где можно было заказать, обязательно по рецепту, какие–то специальные препараты и получить их спустя несколько дней. Кто–то же это выписывал и назначал, но фамилию врача, его адрес и условия приёма сообщали только знакомым, шепотом, почти как государственную тайну. Рассказывают, что даже во времена гонений многие партийные бонзы успешно лечились у гомеопатов. Однажды известных специалистов пригласили в Минздрав. Высокое начальство *милостиво* разрешили им применять препараты растительного происхождения, а вот прочие вызывают у них сомнения – ведь **яды**?! А вдруг это идеологическая диверсия? Врачи пытались объяснить чиновникам от медицины, что ничего страшного нет, да и идеологии никакой нет. Просто препараты особым образом готовятся, в основном из растений, и назначается малыми и сверхмалыми дозами. Это почти как лечебный чай, никто же не запрещал фитотерапию. Тогда начальство предложило составить список наиболее употребляемых средств, и обещало подумать, что можно сделать, чем помочь. Посоветовавшись, врачи представили список из 50 совершенно необходимых гомеопатических препаратов животного и минерального происхождения. Через месяц вышел приказ Минздрава СССР, запрещающий аптекам... готовить и продавать именно *эти* препараты.

Наступила эра энергоинформационных технологий. Мы живём уже в XXI веке, когда даже маленькие дети постоянно играют в компьютерные игры. *НО*...научно–технический прогресс века XX коснулся медицины только в области инструментального и лабораторного обследования *физического* тела человека. Всё ещё бытует примитивное представление, что человек – это в с е г о л и ш ь сложный механизм, состоящий из таких *деталей*, как физические органы, химические вещества, различные жидкости, которые подчиняются *физическим* законам гидродинамики, отдельные ткани, великое множество разнообразнейших клеток. В эпоху квантовой физики и высоких технологий, переворота в мировоззрении врачей так и не произошло. Потому что ортодоксальная медицина совершенно не в состоянии взять в толк, что человек *не* является набором из органов, которые «нужно полечить», причём, колено отдельно, глаз отдельно, почку отдельно... Человек, говоря современным языком,

это сложнейшая энергоинформационная система, которая обладает мощной саморегуляцией с большим запасом прочности; каждая из его систем жизнеобеспечения многократно дублирована. В каждом из нас как бы «заложен» «супербиокомпьютер» с огромным банком данных, где хранится невероятно большой объём информации. И неважно, как эту память называют – наследственной, генетической, кармической... или миазмом. Важно понимание того, что это «имеет место быть».

Уже несколько лет я говорю своим пациентам, что великий С.Ганеманн создал гомеопатию более двухсот лет назад, когда *электричество* ещё не было открыто. Сейчас же я им разъясняю «компьютерным языком»: чтобы излечить любую болезнь, необходимо нормализовать энергетический баланс сложнейшего человеческого организма в целом, обеспечить все органы и ткани необходимым и достаточным количеством энергии. Максимально подобный гомеопатический препарат в оптимальной потенции как бы «стирает из памяти внутреннего супербиокомпьютера» информацию обо всём том негативном (страхи, комплексы, обиды, унижения), что препятствует нормальной циркуляции жизненной энергии, т.е. удаляет «энергетический тромб», заблокировавший циркуляцию энергии. Именно дисбаланс, в конце концов, и приводит к заболеванию. Гомеопатический препарат, тем самым, в состоянии уменьшить дисбаланс и восстановить гармонию. Но за двести лет ни подтвердить, ни опровергнуть *это* не смогли ни сторонники, ни противники гомеопатии. Потому что гомеопатия работает на уровне *информационном*, а все современные исследования, даже с использованием самой новейшей и сложнейшей аппаратуры, проводятся на уровне *физическом*. Как правило, я высказываю предположение, что, скорее всего только с помощью нанотехнологии можно будет разъяснить принцип работы гомеопатии. И добавляю с надеждой, что хотелось бы дожить до того времени, когда такое событие, наконец, свершится...

В декабре 2012 г. вышла статья под броским заголовком: «Российские учёные открыли ранее неизвестное явление природы». Об этом рассказал на заседании президиума Российской академии наук руководитель исследовательского коллектива академик А.Коновалов. «Открытие, даже не предсказанное теоретически, уже признанное сенсационным, обещает настоящий переворот в фармакологии и медицине. При ничтожных концентрациях вещества могут быть созданы эффективные лекарственные препараты. А ведь, чем меньше доза, тем меньше побочных эффектов, которые значительно усложняют жизнь пациентам, борющимся со смертельно опасной болезнью». Как выяснили учёные, это происходит в силу того, что в высокоразбавленных растворах образуются наноразмерные молекулярные ансамбли, названные авторами работ «наноассоциатами». При этом необходимыми условиями их образования являются наличие естественного внешнего электромагнитного поля, что в свою очередь, может оказаться одним из каналов влияния электромагнитных полей на живые организмы, – подчеркнул академик. «Именно изменённая структура растворённого вещества является причиной образования наноассоциатов, а они диктуют «погоду» в этих растворах. А вот какая она – мы пока не знаем. Это вызов физикам, биологам, биохимикам. Размер наноассоциатов варьируется в зависимости от степени разбавления растворов не линейно и не монотонно: от нескольких десятков до нескольких сотен нанометров, вплоть до 10–20 моля (единицы количества вещества) на 1 литр. Но именно при таких ничтожных концентрациях некоторые растворы получают такие физико-химические и, что особенно важно, биологические свойства, которых в соответствии с существующими научными воззрениями не должно быть!» Учёный подчеркнул, что с точки зрения методической и статистической чистота экспериментов обеспечена: «У специалистов к экспериментам претензий нет». А поскольку его даже теоретически не предсказывали, то «предстоит существенная трансформация наших представлений о природе», – подытожил Александр Коновалов.

В первую минуту мне показалось, что мечта моя начала сбываться. Однако сразу возникло множество вопросов. О каком сенсационном открытии идёт речь? О том, что «лекарственные вещества могут быть эффективными в сверхмалых дозах»? Так об этом известно уже более 200 лет! И называется это коротко и ясно – Гомеопатия. Разве «товарищи учёные» ничего об этом не слышали? Заявлено, «что в высокоразбавленных растворах образуются

наноразмерные молекулярные ансамбли, названные авторами работ «наноассоциатами». Можно, конечно, и так называть гомеопатический препарат, но *зачем?* Ведь *суть* лекарства от этого не изменится. Можно, конечно, давно и хорошо известному лекарственному средству давать новое суперсовременное и высоконучное название. Это вопрос терминологии, или за этим стоит что-то более серьёзное? Ответ на эти вопросы я получила месяц спустя. В конце января 2013г. в Москве состоялась очередная гомеопатическая конференция. На ней обсуждали «сенсационную новость», а потом была горячая полемика, я тоже приняла участие в прениях. Много для нас встало на свои места. Возникает один, как минимум, естественный вопрос: «Из чего будут готовиться, и по какому принципу будут назначаться эти самые *наноассоциаты?*» Вопрос наивен, конечно, да и ответ совсем прост, на него многократно уже отвечали и сто, и двести лет назад. Принцип, само собой, останется прежний – аллопатический, разумеется.

Парошфуко в XV веке сказал: «Есть два способа выдвинуться: сделать что-то значительное самому или принизить коллег. Второй способ проще и доступнее».

Мало что изменилось за пять веков, но в наше время сделать это (т.е. принизить) можно гораздо быстрее и масштабнее. Как говорили древние, история повторяется дважды: первый раз как трагедия, второй раз – как фарс. Если тогда, в 1948 г. в СССР во всех областях науки и культуры царил идеология, когда малограмотные партийные начальники поучали ученых, писателей, композиторов или крестьян, *что и как* надо делать, наставляли их, как нужно писать музыку, или когда сеять яровые, то теперь свои законы в сем, без исключения, диктует бизнес. Деньги сейчас решают всё, к сожалению.

На исследования в области *нанотехнологии* государство уже выделило огромные бюджетные средства. А если учёные обещают ещё и «настоящий переворот в фармакологии и медицине», то на это, естественно, потребуются не менее серьёзные финансовые вливания. Известно, что любые медикаменты, после их создания, должны пройти клинические испытания, прежде чем получить разрешение Фармкомитета на их использование. На это необходимо потратить какое-то время, обычно процесс этот затягивается надолго. Однако сейчас всё происходит совсем по другим правилам. Уже появились обезболивающие (!) *нанопластыри*. Пациентка Таллиннского «Центра боли» с гордостью сообщила, что «добыла их в России». На вопрос доктора: «Помогает?», женщина смутилась и сказала, что пока нет, но надо подождать, «ведь это же *нано!*» В этом нет ничего удивительного, поскольку на разных телевизионных каналах нам так много раз рассказывали про *нанотехнологию*, про колоссальные возможности, которые сулит её использование. Никто из нас в этом и не сомневается, **но** те же каналы почему-то вдруг стали рекламировать ... «**наноноски**». Уместно напомнить, что в середине XIX века, когда только приступили к промышленной добыче нефти, в самом начале предприимчивые и расторопные дельцы разливали нефть по флакончикам и успешно продавали, громко крича, что найдено природное лекарство «от всех болезней».

Современные всесильные медицинские чиновники уже несколько лет по всему миру внедряют в клиническую практику самые различные методы компьютерной диагностики, да и сами они постоянно пользуются всеми благами цивилизации. Но при этом у них не возникает даже желания понять хоть что-то, что как-то не согласуется с их «общепринятыми» (два тысячелетия назад!) и господствующими до сих пор догмами аллопатии. Тем более что в этом их активно поддерживают богатейшие фармацевтические концерны.

Как говорят, последние две тысячи лет «медицина преследует человека с его симптомами», а медикаментов в настоящее время уже выпускается более ста тысяч. Теперь к ним присоединяться ещё и *суперновые* «эффективные лекарственные препараты». Они, правда, пока ещё не созданы, но уже объявлены сенсационными. Выскажу парадоксальную и даже крамольную мысль: в первые может быть, у гомеопатов появилась робкая *надежда* на мощного союзника, пусть даже временного, который не столько поддержит нас, сколько серьёзно «попортит кровь» нанотехнологам. У фармацевтических концернов с их миллиардным бизнесом есть не только финансы, но и богатый опыт проведения «агрессивных» рекламных компаний. Полагаю, что предстоит «кровавопролитная» борьба финансовых титанов – никто не захочет уступить гигантский рынок сбыта.

По старой классификации эмоций, писал *П.С.Ортега*, страх – это одно из трёх фундаментальных чувств человека – наряду с *любовью* и *ненавистью*, а каждая из разновидностей страха «окрашена» одним или несколькими миазмами. В своей работе он анализирует оттенки преобладающих миазмов.

Д. Шерр считает, что *тревога* – это хроническое состояние страха, она подавляет выработку антидиуретического гормона; скопившись, она проявляется периодически, волнами, что и находит отражение в симптоматике климактерического синдрома.

В последние годы мы являемся свидетелями того, как повсеместно и методично нагнетается страх. Создаётся впечатление, что запугивание стало государственной политикой. Все СМИ в Америке и Англии, в Испании и Германии, в Италии и Франции постоянно говорят о терактах, вывешивается даже определённый ЦВЕТ, соответствующий степени опасности. А в конце февраля 2006 г. уже и МЧС России выпустило инструкцию, «чтобы теперь каждый знал, чего ему *сегодня* нужно бояться», – как с пафосом прокомментировал журналист. Мне же кажется, что это высказывание достойно того, чтобы поместить его в очень популярную когда-то рубрику: «Нарочно не придумаешь!»

Что же происходит и кому это выгодно? На эти вопросы попытался дать ответ *Владимир Познер*, который в начале марта 2006 г. собрал несколько крупных специалистов в различных медицинских областях. В то время ежедневно и почти непрерывно сообщали о грядущей эпидемии очередного страшного гриппа. Учёные в телестудии были единодушны – вся эта шумиха поднята исключительно в коммерческих целях, мощная рекламная компания развернута теми фармацевтическими концернами, которые производят различные вакцины. Их изготовление – дело дорогостоящее, а концернам нужна сверхприбыль, поэтому и реклама крайне агрессивна. Известно, что на приготовление любой вакцины требуется минимум полгода. Но известно и то, что вирусы гриппа, например, мутируют постоянно, изменяя свою генетическую структуру с невероятной скоростью. Итог подвёл академик-микробиолог: к тому времени, когда очередную «новую» вакцину приготовят, *такого* вируса в природе *не будет*, а будет существовать уже совсем другой штамм вируса, т.е. вакцина никак не сможет защитить человека от эпидемии. Следовательно, к тому времени, когда произведут, наконец, нужный *товар*, благодаря рекламе «клиент созреет», дойдёт до нужной кондиции, и на грани истерии будет скупать всё подряд и по любой цене. Можно добавить, что такие фирмы с большим успехом, как бы *заодно*, ликвидируют ещё и «залежалую продукцию». Они настоятельно рекомендуют непременно сделать вакцинацию «профилактически», а для этого можно воспользоваться вакциной «обычного гриппа». Но ведь они предлагают нам вакцину от *прошлого* (или ещё более древнего) гриппа, а это весьма скверно, потому что, как говорил известный герой, «осетрина не может быть *второй* свежести».

Дж. Витулкас – В настоящее время уже общепризнанно, что именно прививки являются одной из главных причин появления новых инкурабельных хронических болезней и аутоиммунных заболеваний (астма), а медикаментозная аллергия вышла на третье место. Это же относится к появившимся в последние годы инкурабельным формам туберкулеза – как результат проведения поголовного вакцинирования (*BCG*) всех новорожденных. Резкое увеличение заболеваемости некоторыми хроническими болезнями (ревматоидный артрит, рассеянный склероз, рак) в Европе и Америке, могли быть вызваны определённой вакцинацией. Она глубоко расстраивает организм ещё до того, как сможет защитить его от какой-нибудь конкретной болезни. Вакцинация сокрушает иммунную систему, хотя главная её цель – «заставить» организм производить антитела для защиты от будущих атак какой-нибудь конкретной инфекционной болезни.

На одном из частных каналов телевидения Эстонии была создана интересная передача «Суд присяжных». Каждый месяц в прямом эфире в течение часа обсуждается какая-то одна тема. В студии собираются известные журналисты, деятели культуры, экономисты, чиновники высокого ранга и «независимые эксперты». Я была приятно удивлена, когда меня пригласили одним из таких экспертов на передачу, посвящённую прививкам. Передача началась с вопроса ведущего, обращенного к чиновнику из Департамента медицины и главному инфекционисту: «Что нам делать? Ведь первая партия долгожданной вакцины поступит в Эстонию только месяца через два, но в небольшом количестве. Её не хватит даже для тех,

кто включен в первую «группу риска». Остальные вакцины придут значительно позже». Разгорелась жаркая дискуссия. Я уже знала, что у меня будет не более 5 минут эфирного времени, поэтому тщательно подготовилась, и когда мне дали микрофон, очень коротко изложила то, о чём сказано выше. В конце передачи ведущий даже нарушил регламент и снова обратился ко мне с вопросом: «Так Вы *не* советуете делать прививки?» Я ответила, что совсем не вправе подавать какие-то советы, просто даю зрителям *информацию*, чтобы каждый мог самостоятельно принять решение, что же ему следует делать.

После той передачи в новостях стали значительно реже говорить про ужасы эпидемии, постепенно уменьшилась напористая агрессивность рекламной компании. А месяца через три все официальные СМИ опять начали ежедневно призывать население быть сознательными, настоятельно советовали не отказываться от прививок, а сделать их незамедлительно. Снова пугали эпидемией, сообщали о том, что государство потратило огромные средства на вакцины, а использовано всего лишь 1/3 закупленных доз. Срок их действия заканчивается, а производители вакцин никакой товар обратно не принимают. Потом всё внезапно стихло. Какое-то время спустя, разразился международный скандал. Оказалось, что маленькому государству Эстония «всучили» недостаточно апробированную, или плохо очищенную, или «сырую» вакцину, что и послужило поводом для подачи иска в международный Европейский суд с требованием о возмещении ущерба. Когда через полгода меня снова пригласили принять участие в очередной передаче (о семейных врачах), я искренне поразились: «Я была уверена, что меня к вам больше никогда не позовут». На что журналистка отреагировала весьма эмоционально: «Ну, что Вы! Это ведь именно после Вашего выступления наши сотрудники провели журналистское расследование и выяснили про обман с вакцинами. Рейтинг нашей передачи поднялся. Зрители буквально завалили нас письмами с благодарностью за то, что мы уберегли их от ненужной прививки».

Р.Шанкаран пишет: «Ганеманн не рекомендовал нам *регистрацию* симптомов, а призывал «понять **состояние сознания**» у пациента ... С 2002 года у меня *новая концепция*, другой подход к пониманию источника заболевания. Постепенно я пришел к пониманию того, что переживание делюзии является выражением гораздо более глубокого, основообразующего ощущения, которое индивидуально для каждого человека, оно охватывает и разум, и тело. Это очень глубокий уровень, переживание его можно «чувствовать нутром». Оно глубже, чем специфически человеческое переживание, так как оно не ограничивается человеческим разумом. Ощущение, из которого возникает *делюзия*, кажется голосом чего-то внутри нас. Оно управляет частью нашей жизни и окрашивает наши переживания. Можно провести аналогию с двумя голосами, одновременно поющими внутри нас совершенно разные песни. Одна мелодия – человеческая, она вполне естественна, и звучит обычно в повседневной жизни. Другая мелодия тоже звучит внутри нас, она имеет собственную энергию; и хотя мелодию тоже красивая, она просто неуместна в человеке. Она нисходит до уровня фона, но слышится в словах и метафорах, которые мы используем. Она обнаруживает себя в ощущениях, которые мы испытываем, наряду с жестами, которые мы используем, чтобы показать эти внутренние чувства и ощущения – они характеризуют нас. У каждого из нас внутри проигрывает *песня*, которая общая, одинаковая для всех, кто относится к человеческому роду. У больного человека начинает громче (явственнее) звучать ещё одна *песня*, которая относится к другому источнику *энергии* (животного, растения или минерала). Большую часть жизни мы стараемся приглушить, подавить эту вторую песню, потому что в нашем человеческом обществе мы не можем позволить себе её огласить и в открытую дать ей полную свободу. Только при определённых обстоятельствах можно услышать отдельные ноты той песни. Сама по себе она может быть замечательной, но она не на своём месте, она мешает собственной «мелодии» этого человека. Когда эти две «песни» звучат не в резонансе, то возникает *с о с т о я н и е*, которое и является *болезнью*. Эти два голоса поют вместе (какая какофония!), а конфликт, сопровождаемый сумбуром и дисгармонией, начинается, когда другая песня не получает выражения и становится настолько интенсивной, что её невозможно выразить по-человечески. Такую дисгармонию можно назвать конфликтом или стрессом, а та часть, которая не может быть выражена, откладывается и кристаллизуется в физическую или психическую патологию. Чтобы искоренить их – нам придётся дойти до

самого глубокого уровня сознания. Болезнь – это «песня» чего-то другого (животного, минарала или растения). Можно сказать, что другая песня, нечеловеческая мелодия в человеке лучше всего слышна на языке болезни – в том как он выражает свои жалобы, как точно описывает свои ощущения... Язык болезни можно понять по тому, как человек воспринимает свою ситуацию, по его реакции, как и какие слова он использует для описания. Нам надо сделать всё, чтобы увидеть (в жестах пациента, например) главную *энергию* источника, *дух* которого управляет всеми нашими поступками, изменяет нашу жизнь. Необходимо понять самый глубокий уровень – это энергия, а она «представляет собой движущую силу всего материального мира». И тогда можно выйти на сердцевину случая, а не заниматься ликвидацией отдельных симптомов. Должен быть не внешний взгляд на какое-то насекомое, например, или на его поведение, а понимание внутреннего мира этих насекомых, важна их *энергия*, и тогда мы увидим, что *это* будет отражено и в симптомах пациента, и представлено рубриками Реперториума. То, что мы считали болезнью со всеми её признаками и симптомами – психическими и физическими, общими и специфическими, – всё это происходит из одного основного нарушения – *basic delusion (BD)*. И находится данное нарушение не в голове, и не в теле, а гораздо глубже. Оно может быть личным и глобальным одновременно, поэтому делюзия не ограничивается временем и местом; она возникает не из мыслительного процесса и не из эмоций, таких как страх, тревога, ненависть и радость. Эмоции являются лишь выражением делюзии, а не её источником. Делюзия не интеллектуальна, она рождается на гораздо более глубоком уровне. Психическое состояние является лишь одной из сторон уровня витального ощущения. Нервная система соединяет разум и тело, и испытанные на этом уровне ощущения находятся на общем уровне. И здоровье, и болезнь локализуются на одном и том же уровне. Местные особенности и модальности, общие и психические симптомы указывают на центральное нарушение. Психика и тело говорят на одном языке, они выражают одно нарушение. Нарушение локализуется не в психике, не в теле, а на более глубоком уровне, на уровне жизненной силы».

З.Габович – Трудно выразить словами ту радость, которую испытала я, услышав *это* из уст бесконечно уважаемого и чтимого мэтра. Известно, что «истина одна, но пути к ней разные». Мой восторг был вызван тем, что все эти годы мы шли своей, не совсем стандартной и очень трудной дорогой, причём выбор собственного пути «случился» у нас уже более 15 лет назад. И только теперь подтвердилось, что мы, оказывается, не только самостоятельно двигались в правильном направлении, но и пришли к пониманию той самой истины.

Животные подчиняются законам природы, они живут инстинктами, которые управляют их поведением; а там, где инстинкты, там нет места эмоциям. Только человек обладает разумом и правом выбора. Любой человек уникален и неповторим, каждый является личностью и может делать выбор в соответствии со своим идеалом морали. У каждого есть своё «Я», свои индивидуальные психические и физические отличия. И личностью его делают только ему присущие эмоции и интеллект. Человеческое существо обладает *волей*, которая выражается его мыслями, поступками, манерой поведения, т.е. индивидуальными особенностями. Эта воля реализуется *нервной системой*, которая регулирует деятельность всех органов и систем человеческого организма, управляет всеми его жизненными функциями.

Страсти, влечения, инстинкты у нас у всех общие со всеми другими людьми; отличаемся мы друг от друга только тем, как *управляем* своими эмоциями, т.е. как мы справляемся со своими всевозможными страхами. Страх – одно из важнейших проявлений астральной энергии. При этом мало кто понимает, что страхи никогда не могут изменить жизненную ситуацию, в которой человек оказался, они лишь ограничивают возможности человека преодолеть препятствие и уменьшают его шансы справиться с проблемой. Жизнь – это движение энергии, а страх замедляет, тормозит или полностью блокирует циркуляцию, и поэтому движение замедляется (*Псора*), тонкая энергия застаивается, как в болоте (*Сикоз*). Скопившаяся в душе и в теле застоявшаяся негативная энергия превращается в энергию ненависти, гнева или злобы (*Сифилитический миазм*). Самым разрушающим человеческий организм фактором являются стрессы, порождаемые современной цивилизацией, которые в первую очередь разрушают именно нервную систему. Согласно антропософской

медицине, все болезни – это результат дисгармонии между *верхним* (ментальное тело и Я) и *нижним* человеком (физический уровень, обмен веществ). *Конфликт* между душевными устремлениями человека и его материальными потребностями символизирует «разлом фигуры», а проходит эта разделительная линия через диафрагму, между чакрами *анаката* (любовь) и *манипура* (власть, подавление). При усилении и углублении дисбаланса нарастает напряжение в центре – как при попытке сильно, «на разрыв» растянуть эспандер. И возникают болезни, в первую очередь в тех органах, что расположены в непосредственной близости от диафрагмы: в ы ш е находятся лёгкие и сердце (ритмическая система), а н и ж е – печень, кишечник, почки, селезёнка. Но более всего это касается поджелудочной железы, где сосредоточена энергия личности или *самости* (*Я сам*). Каждый раз, когда мы пытаемся неразумно вмешиваться во внутреннюю экологию организма человека путём сокрушительной атаки на его микроорганизмы, например мы, неизменно «выигрываем сражение, но проигрываем войну». Мы непоправимо нарушаем природный баланс, и «поле боя достаётся мародёрам». *Патогенез* (история заболевания) превращается в *танатогенез* (историю гибели) при отчаянных попытках организма выстоять и выжить. Чтобы задержать, остановить стремительное «скатывание в яму болезни», организм включает свои защитные механизмы. И только после *истощения* резервов компенсации появляются те видимые изменения, которые могут быть выявлены современными диагностическими методами исследования (рентгенография, ультразвук или компьютерная томография).

(Продолжение следует)

ПРАКТИЧЕСКАЯ ГОМЕОПАТИЯ

Л.Ю.Долинина

Санкт-Петербург, Россия

КОНЦЕПЦИЯ СИНЕРГЕТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ГОМЕОПАТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются актуальной проблемой в практике врача любой специальности. С одной стороны это связано с особенностями эпидемического вирусного процесса, характеризующегося полиэтиологичностью и разнообразием клинической картины, а также убиквитарностью и полиморфизмом вирусов. С другой стороны, обусловлено так называемым основным фоном развития ОРВИ, под которым понимают мультиморбидность пациентов (наличие нескольких основных хронических заболеваний, в том числе у детей), дисбаланс иммунного статуса, несостоятельность дренажной системы организма.

В многочисленных литературных источниках подчеркивается, что снижение уровня заболеваемости ОРВИ можно добиться только при выполнении целого комплекса мероприятий, среди которых важное место занимают рациональный режим дня, полноценная диета, санация очагов хронической инфекции, регулярные занятия спортом, а также применение специфических и неспецифических средств иммунопрофилактики.

Учитывая вышесказанное, наиболее актуальным направлением в лечении и профилактике ОРВИ оказывается синергетический подход с использованием в общем натуральных, и в частности, гомеопатических, средств. В основе синергетики заложено понятие самоорганизации материи. В случае медицины, речь идет о способности живого организма к самоорганизации. Известно, что гомеопатические средства, как никакие другие, способствуют самоорганизации и саморегуляции организма, выполняя также при этом функции неспецифической иммунопрофилактики.

Синергетический подход к лечению и профилактике ОРВИ гомеопатическими средствами является комплексным или клиническим подходом, учитывающим особенности эпидемического вирусного процесса и состояние дезорганизации организма современного пациента.

Согласно данной концепции профилактика ОРВИ должна включать здоровый образ жизни (регулярное и правильное питание, нормированная физическая нагрузка, соблюдение режима труда и отдыха), конституциональное гомеопатическое лечение, периодическое проведение (как правило, два раза в год) дезинтоксикационной терапии с использованием гомеопатических или антигемотоксических средств и этиологическую профилактику в период повышенной эпидемической опасности. В качестве этиологической профилактики в контексте синергетического подхода можно предложить гомеопатический препарат канадской компании "HomeoScan Inc" *Натуркоксинум*, представляющий собой утки барбарийской печени и сердца экстракт (*Anas barbariae, hepatis et cordis extractum*) в 200К. Для профилактики используется достаточно удобная схема приема – 1 доза 1 раз в неделю в течение всего эпидемического периода.

Лечение ОРВИ должно быть обоснованным и актуальным, направленным на скорейшее выздоровление пациента, с сохранением высокого качества жизни и предотвращение осложнений ОРВИ и ухудшения течения основных заболеваний. Данные задачи могут быть достигнуты только своевременным использованием гомеопатических средств с учетом синергетической концепции. Эта концепция подразумевает применение гомеопатических

препаратов, исходя из потребности организма в данный конкретный момент. В начале и разгаре заболевания, в первую очередь, как правило, требуются этиологические (например, Натуркоксинум по 1 дозе 2–3 раза в день) и патогенетические (Aconitum napellus, Gelsemium sempervirens, Atropa belladonna, Bryonia alba, Apis mellifica, Mercurius sibilis и др.) гомеопатические монопрепараты. В качестве этиопатогенетических средств возможно также использование комплексных гомеопатических препаратов, ярким примером которого является гомеопатический комплекс французской компании «Ленинг» Л52. Достаточно классический состав данного средства, представленный в десятичных разведениях, обеспечивает его эффективность как в самом начале ОРВИ (Eupatorium perfoliatum D3, Aconitum napellus D4, Gelsemium sempervirens D6, Atropa belladonna D4), так и в разгаре интоксикационного синдрома, сопровождающегося кашлем (Bryonia alba D3, Arnica montana D4, China rubra D4, Drosera rotundifolia D3, Polygala senega D3, Eucalyptus globules D1).

С учетом частого поражения слизистых оболочек верхних дыхательных путей (острый ринит, синусит) и для профилактики осложнений ОРВИ возможно использование местных натуральных средств, обладающих противовоспалительным, противоотечным и восстанавливающим мукоцилиарный клиренс средств. Соответствующим данным требованиям препаратом является *Физиомер* (Goemar, Франция). Он представляет собой натуральную морскую воду, взятую из залива Мон Сен–Мишель (Франция), преобразованную и очищенную электродиализом, что позволяет сохранять в готовом продукте весь ассортимент необходимых микроэлементов и активных веществ, не входя в противоречие с концепцией натуротерапии.

На этапе реконвалесценции актуальны дренажная и конституциональная терапия.

Таким образом, синергетический подход к лечению и профилактике ОРВИ гомеопатическими средствами обуславливает эффективность метода, как с учетом эпидемиологических характеристик острых респираторных вирусных инфекций, так и функционально–организмических особенностей организма современных пациентов.

О.Б.Ковалева

Санкт–Петербург, Россия

ГОМЕОПАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

В 1988 г. в Риме Международная группа врачей по изучению функциональной патологии желудочно–кишечного тракта (ЖКТ) впервые официально утвердила термин «синдром раздраженного кишечника», дала его определение и разработала критерии постановки диагноза.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является биопсихосоциальным функциональным расстройством кишечника, в основе которого лежит взаимодействие двух основных механизмов: психосоциального воздействия и нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника.

Примерно 15–20% взрослого населения Земли (около 22 млн) страдают от СРК, две трети из них – женщины. Средний возраст заболевших составляет 30–40 лет. Риск приобрести СРК выше у жителей больших городов.

Диагностические критерии синдрома раздраженной кишки (Римским критерии III):

1. Критериями включения являются рецидивирующие боли в животе или дискомфорт по крайней мере 3 дня в месяц за последние 3 месяца, связанные с двумя или более из следующих ниже признаков:

2. •улучшение после дефекации
- начало связано с изменением частоты стула
- начало связано с изменением формы стула

Дополнительными симптомами являются:

- патологическая частота стула (<3 раз в неделю или > 3 раз в день)
- патологическая форма стула (комковатый/твердый стул или жидкий/водянистый стул)
- натуживание при дефекации
- императивный позыв или чувство неполного опорожнения, выделение слизи и вздутие

Отдельные типичные СРК симптомы (не совокупность критериев) широко распространены у «здорового населения».

Существует несколько клинических классификаций СРК.

Классификация СРК по преобладающему симптому:

1. СРК с преобладанием кишечной дисфункции;
2. СРК с преобладанием боли;
3. СРК с преобладанием вздутия.

В зависимости от формы стула выделяют 4 типа СРК:

1. СРК с запором
2. СРК с диареей
3. СРК смешанного типа
4. СРК неклассифицированный

Существует классификация, основанная на пусковом факторе:

1. Стресс-индуцированные СРК;
2. Постинфекционный СРК;
3. СРК индуцированный пищей.

Патогенез СРК индивидуален у каждого пациента. На развитие и течение заболевания влияют особенности личности больного, психотравмирующие ситуации, ранее перенесенные инфекционные заболевания ЖКТ, дисгормональные нарушения, физическая травма, особенности режима питания.

Общепризнано, что в основе СРК лежит нарушение взаимодействия в системе «головной мозг – кишка», приводящее к нарушению нервной и гуморальной регуляции двигательной функции кишечника и развитию висцеральной гиперчувствительности рецепторов как тонкой, так и толстой кишки к различным стимулам, включая лекарственные препараты, стресс, и даже еду. Научные исследования выявили биохимические и минимальные патоморфологические изменения, которые позволяют объяснить возникновение симптомов СРК. У пациентов выявлено повышенное количество энтерохромаффинных клеток в слизистой оболочке кишки, нарушен цитокиновый баланс с увеличением выработки провоспалительных цитокинов и уменьшение противовоспалительных цитокинов, изменено содержание нейротрансмиттеров в синапсах проводящих путей передачи болевого импульса. Периферические раздражители вызывают перевозбуждение большего количества, чем в норме спинальных нейронов с последующим формированием болевых ощущений. В дальнейшем в возникновении симптоматики у больных СРК большое значение имеет следовая память, когда при обычном наполнении кишки возникает боль. Вторым ведущим патогенетическим фактором развития СРК может быть нарушение процесса нисходящего (т.е. обусловленного влиянием коры головного мозга) подавления восприятия боли. У таких людей болевой порог в 3 раза меньше, чем у здоровых лиц. Болевые ощущения могут вторично приводить к возникновению других изменений функции кишечника.

Психологические факторы играют существенную роль в персистенции симптомов и влияют на эмоциональную оценку их тяжести. Около 10% больных из числа, обратившихся к врачу считают себя неизлечимо больными. Тяжелые формы СРК наблюдаются у лиц, перенесших фатальные жизненные потрясения: такие как физические и сексуальные домогательства, потеря родителей в раннем возрасте, развод родителей в анамнезе.

Постинфекционный СРК развивается в 10–15% после перенесенного бактериального гастроэнтерита (*Campylobacter jejuni*, *Salmonella*, *Shigella*).

Симптомы СРК часто обнаруживаются у женщин, страдающих дисменореей, причем выраженность и периодичность возникновения клинических проявлений СРК обычно коррелируют с течением гинекологических расстройств.

Клинические симптомы СРК. Абдоминальная боль является ведущим симптомом раздраженного кишечника. Характерно появление боли сразу после еды, что сопровождается вздутием живота, усилением перистальтики, урчанием, диареей или урежением стула. Боли стихают после дефекации и прохождения газов и, как правило, не беспокоят по ночам.

Нарушения стула проявляются запором, диареей или чередованием этих симптомов. Типична утренняя диарея, возникающая после завтрака и в первую половину дня, и отсутствие диареи по ночам. Около половины больных отмечают примесь слизи в кале. Диарея может быть связана с приемом пищи (гастроколитический рефлекс), усиливается на фоне стресса, переутомления. У больных с запорами часто отсутствуют позывы на дефекацию.

У всех больных с СРК наблюдаются вегетативные нарушения с преобладанием парасимпатикотонии. Нередко основным жалобам сопутствуют симптомы «верхней диспепсии» (чувство тяжести и переполнения в подложечной области, тошнота, отрыжка, изжога), анорексия, признаки дискинезии билиарного тракта. Кроме того, больного может беспокоить ощущение «кома» при глотании, парестезии, неудовлетворенность вдохом, расстройства мочеиспускания, головные боли, общая слабость, сонливость, бессонница, фибромиалгический синдром, боли в пояснице, груди, гинекологические расстройства, сексуальная дисфункция. У 30% больных в психическом статусе выявляются депрессия, синдром тревоги, фобии, истерия, панические атаки, ипохондрия.

Дифференциальная диагностика. Клинические симптомы СРК неспецифичны и нередко имеют место и при многих других заболеваниях. В первую очередь необходимо исключить органические заболевания кишечника, такие как колоректальный рак, полипоз, дивертикулез, ишемический колит, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, кишечные инфекции, паразитарные инвазии, туберкулез, аномалии развития. Нейроэндокринные опухоли ЖКТ (гастриномы, карциноидный синдром) на первых стадиях могут протекать под маской диарейной или болевой формы синдрома раздраженного кишечника. Симптомами тревоги являются видимая или скрытая кровь в кале, немотивированное похудание, лихорадка, боль или понос по ночам, прогрессирование симптомов заболевания, гепатоспленомегалия, изменения в анализе крови (повышение СОЭ, лейкоцитоз, анемия, изменение биохимических показателей), дебют СРК у лиц старше 60 лет, а так же, наличие рака толстой кишки или воспалительных заболеваний кишечника у родственников. В этих случаях обследование больных должно включать общий клинический и биохимический анализ крови, копрограмму, посев кала на бактериальную флору (сальмонеллы, шигеллы, иерсинии и др.), а также ректоскопию и колоноскопию с биопсией. По показаниям проводится ультразвуковое, магниторезонансное исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии.

Кроме того, СРК дифференцируют с дисфункциями, вызванными алиментарными погрешностями (жирная пища, алкогольные напитки, кофе, газообразующие продукты и напитки, обильная еда, изменения привычного питания), побочным действием лекарств (слабительные, антибиотики, препараты калия, железа, желчных кислот, калия, мезопростол и др.). При наличии диареи необходимо проводить дифференциальную диагностику с целиакией, псевдомембранозным колитом, болезнью Уиппла. Анализ жалоб и дополнительные исследования позволяют исключить гинекологические заболевания (эндометриоз, спаечную болезнь), эндокринные заболевания (тиреотоксикоз, сахарный диабет с автономной диабетической энтеропатией).

Прогноз заболевания для жизни благоприятный. Однако, у больных с СРК качество жизни в отношении питания, сна, отдыха, сексуальной активности, семейного и социального положения значительно снижено.

Лечение больных СРК должно быть максимально индивидуализировано в связи с многообразием этиопатогенетических факторов. Больному рекомендуют исключить в питании кофеин, лактозу, фруктозу, сорбитол, уксус, алкоголь, перец, копчености, а также продукты,

вызывающие чрезмерное газообразование. Больным с запорами рекомендуют придерживаться растительной диеты. Медикаментозная терапия включает применение спазмолитиков, пробиотиков, пребиотиков, антибиотиков, антидиарейных препаратов. Для коррекции психосоматических и вегетативных дисфункций используют медикаменты (антидепрессанты, анксиолитики), занятия с психотерапевтом.

Гомеопатическое лечение СРК. Как правило, за помощью к гомеопату пациенты приходят после неоднократных консультаций у других специалистов со словами: «Мне никто не может помочь. Я хочу знать, что со мной?». Нередко это пациенты считают себя тяжело больными, хотя результаты клиничко-инструментальных исследований свидетельствуют об отсутствии существенной патологии.

Тактика гомеопатического лечения в каждом конкретном случае индивидуальна. В гомеопатической Материи медика большое число средств одновременно имеют в патогенезе симптомы и запора и диареи. Поэтому один и тот же препарат будет эффективен и при различных дизмоторных нарушениях при соответствующем «конституциональном» подобии.

Известно, что, люди определенной гомеопатической конституции входят в «группу риска» по развитию СРК, например, тип *Argentum nitricum*, *Arsenicum album*, *Gelsemium*, *Lycoperidium*, *Nux Vomica*, *Magnesium carbonicum*, *Thuja* и др. При высокой степени подобия лекарство назначается в возрастающих разведениях в соответствии с остротой клинических проявлений. Назначение конституционального препарата обеспечивает устойчивую положительную динамику в состоянии здоровья. Однако, в повседневной практике врач, обследуя пациента, выявляет несколько совокупностей симптомов, присущих патогенезам различных лекарств. В этом случае возможно чередование нескольких препаратов в разные дни недели.

Если пациент четко связывает начало заболевания с определенными событиями, точно описывает свои душевные страдания, возможен этиологический подход в выборе препарата. И это не всегда конституциональное средство, а так называемое ситуационное. Постоянное эмоциональное напряжение в сочетании с выраженной деловой активностью – *Nux vomica*. Препарат затаенного горя – *Ignatia*, *Natrum muriaticum*. Невроз ожидания – *Gelsemium*, *Argentum nitricum*. Подавленный гнев, вызванный оскорблением, унижением – *Staphisagria*. Пережитый страх – *Orium*. Синдром эмоционального выгорания – *Sepia*, *Acidum phosphoricum*.

В лечении выраженного болевого синдрома нередко полезны следующие препараты: *Citrullus colocynthis* (спазмы вызванные гневом режущие, скручивающие, раздражающие). Ухудшение: холод. Улучшение: сгибание пополам, давление, тепло.

Veratrum album – Сильнейшие колики от которых живот и ноги скручивает узлом. Понос и рвота с упадком сил. Парасимпатикотония – коллапс, холодный пот на лбу, зябкость, слабость, бледность, цианоз. Ухудшение: ночью и в сырую, холодную погоду. Улучшение: от ходьбы и тепла

Magnesium phosphoricum – Кишечная колика с метеоризмом у раздражительных и чрезвычайно чувствительных женщин. Боли внезапно начинаются и внезапно проходят. Сопутствующие жалобы: спазмы пищевода, судорожная икота, дисменорея, сжимающие боли в области сердца, аритмия, тики лицевой мускулатуры, невралгии. Боли уменьшаются от сгибания.

Cuprum metallicum – Спастические боли с ухудшением состояния от холода, и улучшение от тепла.

Plumbum metallicum – Мучительные колики на фоне спастического запора. Характерный симптом – втянутый живот.

В случае СРК с преобладанием запоров рекомендуются средства, регулирующие желчеотделение: *Chelidonium*, *Carduus marianus*, *Taraxacum*, *Berberis*.

У больных с постинфекционным СРК, у пациентов с СРК на фоне обострения органической патологии ЖКТ целесообразно на первом этапе лечения назначать органотропные средства в низких разведениях. Практика показывает быстрое купирование симптомов СРК при назначении антигомотоксического препарата – Мукоза композитум. Данное средство содержит не только классические гомеопатические средства, но и гомеопатизи-

рованные органолепраты: слизистые оболочки тонкой и толстой кишки, поджелудочной железы и др.

В лечении пациенток с СРК на фоне дисменореи могут быть полезными *Pulsatilla*, *Aletris farinosa*, *Gratiola*, *Sepia*, *Lachesis*, *Platina*, *Cyclomen*, *Lilium tigrinum*. Лекарства применяются в средних и высоких разведениях.

Ниже приводится краткая характеристика некоторых лекарственных средств, в патогенезе которых имеются симптомы СРК.

Argentum nitricum. Лекарство показано излишне торопливым, тревожным больным с непреодолимой тягой к сладкому. Пациент с чрезмерной фантазией в условиях ограниченной информации «накручивает» себя, создает в своем воображении негативный сценарий развития событий. Страх высоты и опозданий. Постоянное эмоциональное напряжение отражается на функции желудочно-кишечного тракта в виде метеоризма, отрыжки воздухом и болей в животе колющего или спастического характера, склонность к хроническим поносам. Сладкое усиливает диспепсию. В анамнезе нередко – хронический гастритом, язвенная болезнь.

Arsenicum album. Утренние поносы и жгучие боли в животе в результате длительной тревоги, страха, сильных эмоций («после игры с высокими ставкам») у людей чрезвычайно педантичных, консервативных, осторожных во всех делах. Отличительные черты – любовь к порядку, экономность до скупости, подозрительность. Больным присущи тревожно-фобические расстройства, депрессия. Страх смерти и одиночества. Канцерофобия является причиной непрерывной череды медицинских исследований. СРК нередко сочетается с язвенной болезнью, хроническим гастродуоденитом. Характерна выраженная зябкость, астения, жажда с желанием холодной воды небольшими порциями. Усиление симптомов в 1–2 часа ночи. Уменьшение болей от тепла.

Bryonia alba. Колющие боли в животе вследствие гнева в сочетании с запором. Запор с объемным твердым стулом без позывов на низ. Желание сразу выпить большое количество холодной воды. При боли не переносит теплых процедур или жаркого помещения, хотя многие болевые ощущения возникают под влиянием холода.

Gelsemium. Диарея от испуга, плохих новостей, негодования, возбуждения у людей со слабым типом нервной деятельности. Безболезненная диарея с внезапно извергающимся стулом. Сильное жжение в области пупка или пронизывающие боли перед поносом, ослабевают после дефекации. Тип гельземин – тревожный, чувствительный, легко подвержен стрессам. Перед важным событием у пациента возникают различные варианты вегетативных реакций – дрожь, слабость, диарея, острые позывы на мочеиспускание. Депрессия, чередующаяся с вызывающими понос состояниями, или начинается с подавления поноса. Выраженная метеозависимость с ухудшением в сырую погоду, перед грозой.

Aletris farinosa. Нервная диспепсия у женщин с нарушением менструального цикла. Газовые колики. Паретическое состояние прямой кишки (забита каловыми массами). Стул обильный, твердый, выходит с сильными болями. Боли с облегчением от тепла. Обморочные состояния с головокружением. Обильная пенная слюна. Отвращение к еде.

Anacardium orientale. Боли в животе и запоры у людей, одержимых противоречивыми желаниями, крайне нерешительных. Они беспокоятся о разных делах, но не могут ни на что решиться, и это беспокойство с раздражением служат причиной появления приступов болей. Запоры с ощущением твердой затычки в области прямой кишки, сильное урчание в животе. Часто ощущаются настоятельные позывы к дефекации, но отхождение стула затруднено, хотя стул совершенно мягкий. Характерный симптом – при усилиях позывы на дефекацию. Отличительная черта пациентов *Anacardium*, – они склонны ругаться и сквернословить. Пациенты зябкие. Периодически беспокоят внезапные приступы обильного слюнотечения. Обостренная чувствительность к запахам. Нередко в анамнезе у этих больных язвенная болезнь, дерматит. Характерно, что все жалобы облегчаются от еды.

Lycopodium clavatum. Характерна утренняя диарея, метеоризм (средние и нижние отделы живота), урчание сразу после еды. Приступ боли провоцирует физическое напряжение, психическая нагрузка, холод и еда. Боли в животе уменьшаются от поглаживания. Чередование поноса и запора. Возможны трудности при опорожнении кишки несмотря на мягкий

стул. Сильный голод, но из-за чувства полно едят мало. Пациента *Lycoperidium* отличает глубокая неуверенность в себе, трусость, тщательно скрываемая за авторитарным стилем поведения. Желание доминировать, особенно среди людей, которые зависят от него. Интеллектуал. Постоянно боится, что не выдержит напряжения, «сломается». Всегда озабочен. Страх за здоровье, карьеру, конфликтов, общественного осуждения, обязательств, рака. Желтоватые пятна на коже, землистый цвет лица. Ранняя седина, морщины. Зябкие. Любят сладкое, шоколад. Ухудшение с 16 до 20 часов.

Chamomilla recutita. У пациентов Хамомилла нередко функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (гастралгия, кишечная колика, метеоризм, диарея, тошнота, рвота). Сжимающие боли в области пупка, газовые колики после приступа гнева с односторонней гиперемией лица и горячим потом. Ощущение онемения болезненных зон. Боли уменьшаются от тепла и после отхождения кишечных газов, дефекации. Пациентки гневливые, раздражительные, грубые, с неадекватной бурной реакцией на боль, склонные к истерическим реакциям. Часто не знает, чего хочет («плохое настроение», «все не по душе»). Характерны болезненные менструации.

Moschus. Вздутие живота и спастические боли в сочетании с невротической одышкой и функциональной кардиалгией, сердцебиение. Пациенты со «слабой» нервной системой, ипохондрией и периодами психического возбуждения. Ухудшение состояния перед сменой погоды, после умственного перенапряжения.

Platina. Боли в пупочной области, пронизывающие насквозь до самой спины. Ощущение давления и тяжести, распространяющееся вниз до таза. Брожение, сильный метеоризм; сжатие, «волчий» голод; постоянная тошнота с тревогой и слабостью. Склонны к запорам с резами в прямой кишке. Отсутствие аппетита с отвращением к пище, или булимия. Запоры усиливаются при смене воды и питания, во время путешествий. Женщина этого типа с надменна, склонна к театральному проявлению своих ощущений. Свойственны черты истерического невроза – боли судорожного характера, с чувством щекотания, похолодания и онемения. Сухой нервный кашель с одышкой, истерическое удушье, «клубок». В других случаях *Platina* показана женщинам с деллюзией, что ее недооценивают окружающие. Развивается состояние психастении – неуверенность в себе, нерешительность, тревожная мнительность, высокая сенситивностью в сочетании с эмоциональной холодностью, трудностью контактов. Ей свойственна гиперсексуальность, склонность к гинекологическим заболеваниям. Менструации преждевременные, обильные, темными сгустками, со спазмами.

Thuja. Вздутие живота с коликами; боли после еды. Нередко спастические боли локализируются в левом подреберье – синдром «селезеночного угла». Хронический понос после завтрака. Запор с сильными болями в прямой кишке, от которых дефекация прекращается. Диспепсия усиливается от лука и злоупотребления чаем, сильных эмоций. Тревожно-мнительная акцентуация характера со склонностью к навязчивым фобиям, повышенной впечатлительности. Ощущение постороннего тела в животе, хрупкости костей и т. д. «Навязчивые идеи», будто кто-то другой находится рядом. Доброкачественные новообразования, бородавки, полипы, воспалительные заболевания в урогенитальной сфере, хронические катары дыхательных путей, ревматические болезни. Ухудшение от холодного сырого воздуха; после завтрака; от вакцинации.

Lachesis показан при нервной диспепсии на фоне климакса. Запор с мучительными непродуктивными позывами, с ощущение сужения заднего прохода. Дефекация затруднена несмотря на мягкий стул. Живот вздут газами, болезненно чувствительный к давлению одежды. Тревога, беспокойство, учащенное сердцебиение, приливы жара, кровотечения, боли в макушке головы, обморочные состояния. Пациентке свойственна выраженная болтливость, ревность и подозрительность. Отвратительное настроение по утрам. Прилив эмоциональных и интеллектуальных сил к ночи. Все страдания ослабевают при появлении выделений, в том числе диареи.

Nux moschata. Лекарство показано истеричным женщинам с обильными месячными в анамнезе, которые вдруг внезапно прекратились. Живот раздут газами с ощущением, что буквально готов лопнуть, гастрокардиальный синдром. Запор, дефекация затруднена, несмотря на мягкий стул. Запоры чередуются с диареей. Сухостью во рту без жажды. Слюна

густая, как комок ваты. Икота и сильное желание острой пищи. Характерны чередующиеся крайности в настроении (от смеха к слезам). Выраженная сонливость, ощущение замешательства, как во сне, ослабление памяти.

Nux Vomica часто показана жителям больших городов. Боли в животе и нарушения дефекации провоцируются напряженным ритмом жизни. Диарея утром после завтрака. Запор с постоянными, но неэффективными позывами на дефекацию, коликами; выходит небольшое количество стула — это только временно уменьшает быстро возобновляющиеся позывы. «Овечий» кал. Диарея чередуется с запором. Спазм или острые боли в животе, хуже от гнева, после еды, от тесной одежды, от холода; лучше от тепла, теплых аппликаций или напитков, после дефекации. Нередко беспокоит изжога, отрыжка. Пациент типа *Nux Vomica* амбициозный трудоголик, раздражительный, агрессивный, нетерпеливый. Он азартный и честлюбивый. Вся его жизнь вращается вокруг работы и его достижений. Цель жизни — успех, должен выигрывать во всех делах. Пациенты страдают бессонницей, просыпаются в 3–4 часа и не могут уснуть из-за мыслей о работе. Утром дурное настроение, заторможенность. Нервное напряжение провоцирует артериальную гипертензию, спазмы и контрактуры скелетных мышц. В анамнезе — хронический гастродуоденит, ГЭРБ, холецистит, геморрой. Страстное желание любых стимуляторов (пряностей, алкоголя, кофе, табака). Зябкий, хуже от холода и от холодного, сухого ветра, лучше от теплых аппликаций.

Opium. Запоры или диарея возникающие на почве испуга. Спастическая задержка кала в тонкой кишке с сильнейшей коликой. Упорные запоры без желания дефекации. Круглые, твердые черные комья кала. Каловые массы показываются из ануса и тут же втягиваются обратно. Мучительные боли в прямой кишке, точно ее раздавливают на части. Чередование запора и поноса.

Перечисленные средства могут использоваться как в виде монотерапии, так и в различных комбинациях в зависимости от степени подобия.

С.А.Сивцева, С.П.Песонина

Санкт-Петербург, Россия

ЦЕФАЛГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ГОМЕОПАТА

Лечение головной боли всегда была сложной задачей для практикующего врача. И зачастую, эти пациенты оказываются один на один с этой проблемой, применяя всевозможные новоизобретения фармацевтической промышленности, особенно уделяя внимание нестероидным противовоспалительным средствам. При этом те в свою очередь уже достаточно скоро перестают оказывать должное действие, а наоборот, приводят к тому, что головная боль становится хронической, приобретая черты лекарственной болезни накопления. Социальная значимость такого рода проблем немаловажна и требует поиска, глубокого понимания и выбора адекватного метода лечения.

В клинических лекциях 1889 года врач Г.А.Захарьин писал: «Может быть, нет болезненного явления, более частого и имеющего столь многочисленные и разнообразные причины, как неприятные ощущения в голове — боль, тяжесть...».

Обращения к врачу неврологу и другим специалистам с жалобами на головную боль является достаточно распространенной проблемой, требующей, как определенных затрат при обследовании и лечении таких пациентов, так и участия самого пациента в профилактике наступления болевого приступа и в процессе лечения с правильным пониманием происходящего. Большинство таких состояний протекают длительно, начиная с детского и подросткового возраста. У многих пациентов развивается неприятие методов официальной

медицины и недоверие к врачам. Поэтому, нередко они, либо лечатся самостоятельно, либо ищут альтернативные методы лечения.

Головная боль – это универсальная проблема врачебной практики, отражающая чаще всего не проблемы самой головы, а неблагополучие всего организма.

Головная боль подразделяется на первичную головную боль (отсутствие изменений после тщательного обследования), в основе которой лежит дисфункция синергических систем и вторичную головную боль, вследствие заболеваний, травм и интоксикаций, как самого организма, так и головы.

Вещество головного мозга чувствительностью не обладает. Болевой синдром может быть вызван раздражением болевых рецепторов твердой мозговой оболочки, раздражением болевых рецепторов артерий основания мозга, ветвей сонной артерии, болевых рецепторов венозных синусов, раздражением черепных нервов и верхнешейных корешков, раздражением болевых рецепторов мышц основания черепа и шейных мышц.

Классификация.

По патогенетическим механизмам возникновения и развития приступа первичная головная боль подразделяется на:

1. Головная боль напряжения – спазм сосудов и напряжение оболочек.
2. Мигрень – дилатация сосудов, нарушение оттока, венозный застой.
3. Кластерная головная боль – мигренозная невралгия Гарриса, тригеминальная вегетативная невралгия, провоцируется приемом алкоголя, группируется в «пучки». В основе – расширение сосудов и гипоксия.
4. Пароксизмальная гемикрания и хроническая гемикрания – в основе расширение сосудов. Хронического или приступообразного характера, в одной половине головы. Провоцируется приемом алкоголя.

К заболеваниям и синдромам, сопровождающимся вторичной головной болью относят:

1. Цереброваскулярные заболевания (острые и хронические).
2. Синдром внутричерепной гипертензии (утренние головные боли, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, не приносящей облегчение):
 - объемное образование (опухоль, очаг абсцесса, внутричерепная гематома),
 - гидроцефалия,
 - хроническая венозная недостаточность мозгового кровообращения («венозный застой»).
3. Головные боли при гипоксии.
4. Цервикогенная головная боль или цервикокраниалгия. Чаще в шейно–затылочной области, иногда – в теменно–височной. Шейный симпатический синдром (Шейная мигрень, Синдром Баре–Лью).
5. Мигреноподобная головная боль и вегетативные нарушения в виде симптома Горнера (птоз, миоз, энофтальм) + гипергидроз лица.
6. Невралгия затылочного и тройничного нерва.
7. Боли при краниовертебральных аномалиях и опухолях краниовертебрального стыка (ухудшение лежания, вертикально лучше).
8. Боль при обострении синуситов.
9. При синдроме поражения височно–нижнечелюстного сустава.
10. Закрываютугольная глаукома.
11. Головная боль при патологии рефракции и неправильном подборе очков (сопровождается инъекцией склер, усиливается к вечеру и после перенапряжения (работа за компьютером, вождение в темноте и при плохой погоде)).
12. Посттравматическая головная боль .
13. На фоне острых и хронических инфекционных заболеваний.
14. Интоксикации и метаболические расстройства. Медикаментозная.

Диагностический стандарт обследования пациента с головной болью включает:

1. Тщательный сбор анамнеза и осмотр пациента.
2. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови: липидограмма, коагулограмма, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, мочевиная кислота, креатинин, электролиты, острофазовые белки.

3. Рентгенография шейного отдела позвоночника.
4. УЗДГ сосудов головного мозга и шеи.
5. ЭЭГ (при наличии эпизодов потери сознания с судорогами и без них, последствия черепно-мозговой травмы не раньше чем через 3–6 месяцев).
6. Компьютерная томография головного мозга (при отсутствии возможности проведения МРТ, подозрении на синуситы, травматические и дегенеративные изменения).
7. МРТ головного мозга (при стойком выраженном болевом синдроме, появившимся недавно; изменении характера головных болей; отрицательной динамике в состоянии больного; появлении очаговой симптоматики; у детей; впервые возникшие головные боли).
8. Динамическое наблюдение за артериальным давлением.
9. Осмотр офтальмолога (глазное дно, общий осмотр).

Лечение.

Комплексный подход к лечению направлен, прежде всего, на профилактику наступления болевого приступа, уменьшение частоты и выраженности головных болей, улучшение качества жизни пациента.

1. ЛФК (адекватные физические нагрузки, с акцентом на шейный отдел позвоночника).
2. Режим труда и отдыха (нормальная продолжительность сна; ограничение больших нагрузок, в том числе сменная работа и работа в ночное время, особенно требующая большой концентрации внимания; ежедневные прогулки и т. п.).
3. Диета (по возможности стараться избегать продукты, провоцирующие болевой приступ: темный шоколад, твердые сыры, копчености; алкоголь, особенно газированные и шипучие напитки).
4. Остеопатическое лечение. Поскольку в возникновении головной боли, усугублении её и прогрессировании часто имеют значение проблемы нарушений костных, мышечных, связочных и фасциальных соотношений в области головы, краниовертебрального стыка, шейного отдела и на отдалении (проблемы желудочно-кишечного тракта, малого таза и т. п.), то участие остеопата в лечении пациента с головной болью является очень важным компонентом комплексного подхода.
5. Гомеопатическое лечение.

Следует отметить, что в начале приступа мигренозной головной боли нужно приложить все средства для предупреждения его развития, и, если он, все же не разовьется, благодаря усилиям пациента и Вашим, то это уже будет маленькой победой (горячие ножные и ручные ванны, приложить лоб к холодному стеклу, физические упражнения и т. д.).

В гомеопатической *Materia Medica* практически нет лекарственного патогенеза, который бы не содержал информацию о головной боли, и, около трети из них содержат симптомы мигренозных пароксизмов. Часть описанных препаратов может и не содержать конкретного симптома, но, может быть назначена по совокупности признаков.

В центре лечения боли (Анталгическом центре), конечно, такого рода пациентов встречается немало, и у нас уже накоплен свой опыт по лечению разного вида головных болей.

Случай 1.

Пациентка 58 лет, обратилась к неврологу с жалобами на периодически возникающие приступы головной боли в области правого глаза, пучком, кинжального суицидального характера, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, не приносящей облегчение, свето- и звукобоязнью. Продолжительность приступов – 1–1,5 часа до 3-х приступов в день на протяжении 1 месяца, потом – спокойный период до 2–3 месяцев. Впервые головные боли такого характера появились через 3 месяца после экстирпации матки по поводу миомы. До момента операции у пациентки были обильные месячные продолжительностью 4–5 дней через 21 день. Анемии никогда не наблюдалось. Обращала на себя внимание напряженная домашняя ситуация у пациентки, постоянные конфликты с мужем, который страдает алкоголизмом. Так же из анамнеза выяснилось, что многие проблемы со здоровьем появились после смерти отца. Пациентка повышенного питания, кожные покровы гидрофильные, выраженная гиперемия лица, склонность к гипертензии. В неврологическом статусе – рассеянная неврологическая симптоматика. При обследовании – значимых изменений не выявлено. Диагноз: Тригеминальная невралгия Гарриса. Первоначально пациентке были назначены Ирис и Натриум му-

риатиком, учитывая характер приступов, подобно «вспышке» со зрительными ощущениями и ситуацию конфликта с мужем и потерю отца. Было получено улучшение в виде уменьшения частоты приступов. На некоторое время назначался Калий броматум. Длительная ремиссия наступила после назначения Сангвинарии (красное сосудистое лицо, чувство биения, прилива крови к лицу, боли в области правого глаза, боль из затылка, усталость, боль возникла на фоне искусственного климакса).

Случай 2.

Пациентка 65 лет яркой внешности, темноволосая, крупная, степенная и величавая. Обратилась к врачу гомеопату, чтобы «просто поговорить», поделится своими взглядами и мыслями, показать своё творчество. Обозначила, что лечиться не будет ни в коем случае, несмотря на выраженные головные боли, иногда повышение АД. Отметила, что «очень чувствительна ко всем лекарственным препаратам и скорее выдаст все побочные эффекты, чем какой-либо нужный результат. Поэтому таблеток вообще не принимает и врачам не особо верит». Любит и сладкое и солёное. Плохо переносит голод. По утрам – выраженная слабость, трудно начинать день. Было рекомендовано обследование, назначен Фосфор 30. Повторно обратилась через месяц. Отметила уменьшение головных болей и возвращение особенных болей в животе, как во время беременности, возникающих сразу после приёма очередной дозы препарата. Обследовалась. Выявлен выраженный гипотиреоз (ТТГ 33) признаки значимого остеохондроза шейного отдела позвоночника. В целом была более благожелательно настроена. С учётом выраженного гипотиреоза и жалоб на слабость, фолликулита по задней поверхности плеч, жалоб на увеличение веса на 20 кг за 3 года, был назначен Графит. Рекомендована консультация эндокринолога и остеопата. На следующем приёме пациентка показала заключение эндокринолога. Сказала, что принимать эутирокс не будет, так как попытка когда-то уже была, и на этом фоне возникла тахикардия, кардиологом препарат был отменен. После месячного приёма Графита повторила анализы. ТТГ значимо не изменился, однако резко уменьшилось количество антител. Слабость также уменьшилась. В этих условиях приём графита назначен чаще, ещё на 3 месяца. Пациентка стала ходить к остеопату, осталась очень довольна. В данном случае, назначение Фосфора было рекомендовано с учётом модальностей, внешнего вида и «определённой программы на уничтожение», свойственной Фосфору, которая проявлялась в демонстративности своих недугов и отрицании помощи. Графит выбран с учётом превалирующего гипотиреоза. В целом – улучшение и уменьшение выраженности и кратности головных болей.

Случай 3.

Пациент 18 лет с выраженными головными болями, снижением умственной и физической активности на фоне головных болей и общей астений. Головные боли обострились после поступления в Педиатрическую Академию. Беспокоили ранее в подростковом возрасте. Попытки лечения аллопатически, БАДами и остеопатом – без значительного эффекта. Непродолжительный эффект наблюдался после остеопатического лечения. На МРТ – многочисленные кисты. Объективно – астеническое телосложение, речь заторможенная, ощущение сонливости. Учёба в мединституте тяготит своими нагрузками. Стрии на спине. Отмечает жажду. Усилен венозный рисунок. Общая ассиметричность. Крыловидные лопатки, плоскостопие, рассеянная неврологическая симптоматика. В анамнезе – проблемная беременность у мамы вследствие чего родовая травма у пациента. Первоначально были назначены Ацидум флюорикум, Апис. Потом назначались Кортекс и Кальций флюорикум. На приступы – Апис в высоких разведениях. Получен стойкий эффект. Головные боли не чаще 1 раза в полгода. Снимаются Аписом 200. Поменял ВУЗ. Учится в Технологическом институте, учёба нравится.

Примеры лечения головной боли с помощью гомеопатических монопрепаратов, ещё раз позволяют внимательно отнестись к необходимости индивидуального подбора средств в каждом случае, и получению результатов только с учётом всех особенностей данной ситуации. Однако следует отметить, что наличие симптома гидроцефалии по результатам обследования и характеру головных болей, даёт основание для назначения Аписа, чаще в высоких разведениях на определённый период и для снятия приступов. А наличие гипотиреоза – Графита.

При лечении пациентов с хроническим цефалгическим синдромом эффективным является сочетание гомеопатии и остеопатии.

Список литературы:

1. Берике В. Гомеопатическое лекарствоведение. – СПб: «Центр гомеопатии». – 2004.
2. Неврология // Под ред. Самуэльса. – Москва: «Практика». – 1997.
3. Одинак М.М., Дыскин Д.С. Клиническая диагностика в неврологии. – СПб: «СпецЛит». – 2007.
4. Фарингтон Э. А. Клиническая Материя medica. – СПб: «Центр гомеопатии». – СПб 2011.
5. Фатак С.Р. Краткий гомеопатический Реперторий и Материя medica. – Новосибирск.
6. Штигеле А. Гомеопатическое лекарствоведение. – СПб.: «Центр гомеопатии». – 2009.
7. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. Справочник практикующего врача. – Москва: «Медпресс-информ». – 2004.

Э.Д. Колосовский

Санкт–Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАРАПСОРИАЗА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ ГОМЕОПАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Под термином «парапсориазы» Л. Брок (1902) объединил группу малоизученных заболеваний кожи с наличием у них общих признаков. Из этой группы были выделены три формы парапсориазов: каплевидный, бляшечный и лихеноидный. Однако, он не исключал самостоятельности каждой из этих клинических форм.

В настоящее время в термин «парапсориаз» включены три отдельные нозологии – лихеноидный, мелкобляшечный и крупнобляшечный парапсориаз, при этом под термином «мелкобляшечный парапсориаз» понимают доброкачественный хронический поверхностный дерматит, а термин «крупнобляшечный парапсориаз» рассматривают как поражения кожи со временем в 10–30% наблюдений прогрессирующее в Т–клеточную лимфому.

Лихеноидный парапсориаз встречается в виде двух клинических форм: лихеноидный парапсориаз острый и вариолиформный, лихеноидный парапсориаз хронический.

Бляшечный парапсориаз. Изучению этиологии и патогенеза бляшечного парапсориаза посвящено много публикаций, но, к сожалению, ученые до сих пор не пришли к единому мнению. Большое значение в его возникновении придают перенесенным инфекционным и сопутствующим заболеваниям (пневмония, инфекционный гепатит, хронических тонзиллит). О.К. Шапошников и И.М. Рознатовский рассматривали бляшечный парапсориаз как реакцию кожи на хроническую эндогенную интоксикацию, этиологически связанную с заболеваниями желудочно–кишечного тракта. В патогенезе данной реакции они отводили определенную роль вегетативной нервной системе и витаминной недостаточности.

Некоторые авторы предполагают, что данный дерматоз развивается на фоне психических травм, при этом выявили изменение клеточного и некоторых показателей гуморального иммунитета. Однако, причинная роль этих изменений в возникновении болезни не нашли подтверждения (Рознатовский И.М., Домасева Т.В., 1978г.).

В настоящее время бляшечный парапсориаз принято подразделять на мелкобляшечный и крупнобляшечный, при этом всегда обнаруживают отношение каждого из них к лимфомам кожи.

Раньше считалось, что мелкобляшечный парапсориаз никогда не трансформируется в лимфому кожи, однако появившиеся в последнее время работы свидетельствуют об обратном. С. Veruier et all 2007г. описали переход мелкобляшечного парапсориаза в Т–клеточную лимфому кожи на основании наличия клональности у этих больных в сочетании с утратой Mu 7 (CD 13) как раннего прогностического маркера эволюции парапсориаза в грибовидный микоз.

Мнения дерматологов по поводу крупнобляшечного парапсориаза расходятся. Одни авторы утверждают, что крупнобляшечный парапсориаз изначально выступает в качестве пойкилодермической формы мономорфноклеточной лимфомы с медленной опухолевой прогрессией (Рознатовский И.М. 1980г.) Другие считают, что крупнобляшечный парапсориаз, являясь самостоятельным хроническим дерматозом, часто трансформируется в лимфому кожи, особенно при наличии признаков пойкилодермии (Lamber W.C. 1980).

Мелкобляшечный парапсориаз чаще возникает у мужчин среднего и пожилого возраста (40–60 лет). Женщины болеют редко. Первоначальная локализация высыпаний – внутренняя поверхность предплечий, плеч, бедер. Реже высыпания появляются на боковых поверхностях туловища. Обычно обнаруживаются отдельные пятна, папулы, бляшки, которые могут существовать долгое время, как ограниченная форма заболевания. В некоторых наблюдениях происходит медленное и часто незаметное для больного прогрессирование высыпаний. При распространенных формах сыпь локализуется на передней и задней поверхности конечностей, на туловище, реже в эпигастральной области или на поясице. Высыпания всегда симметричны, кожа волосистой части головы, лица, ладоней и подошв в процесс не вовлекается.

Высыпания всегда мономорфны и представлены пятнами или слегка инфильтрированными бляшками. Пятна или бляшки могут быть округлыми, овальными или полосовидными. Размеры их могут варьировать, но чаще округлые элементы 1–2 см в диаметре, удлинненно-овальные 4–5 см при ширине 1–2 см. Цвет их также неодинаков. Наиболее характерным является желтовато-розовый и желтовато-коричневый цвет при более спокойном течении и розовый или ярко розовый в период обострения.

Сформировавшись в типичных местах и достигнув определенной величины элементы существуют месяцы и годы, причем отмечается усиление процесса зимой, а летом он часто разрешается.

Субъективные ощущения отсутствуют, крайне редко больных может беспокоить кратковременный легкий зуд.

Крупнобляшечный парапсориаз. Заболевание возникает чаще у мужчин, хотя у женщин он также встречается.

Вначале высыпания могут появиться на тех же местах, что и при мелкобляшечном парапсориазе, то есть на внутренних поверхностях верхних конечностях и бедер. Однако, нередко, первоначальной локализацией бывает туловище, особенно область живота и боковые поверхности. Высыпания чаще возникают в виде незначительно инфильтрированных бляшек размером от 3–4 до 7–10 см в диаметре, реже в виде нечетких пятен. Бляшки имеют красновато-коричневатую или насыщенно розовую окраску, иногда с желтоватым оттенком, нечеткие границы, округлые и неправильные очертания и шероховатую поверхность. Процесс распространения высыпаний может длиться несколько лет, но никогда не встречаются поражения на волосистой части головы, ладонях и подошвах. Со временем бляшки становятся более инфильтрированными и приобретают застойный оттенок. На некоторых возникает атрофия эпидермиса и сморщивание по типу папиросной бумаги. У 10–30% больных происходит трансформация заболевания в лимфому кожи, при этом с момента постановки диагноза крупнобляшечного парапсориаза может пройти 10 лет и более. Достаточно часто развитию лимфомы предшествует появление сосудистой атрофической пойкилодермии в виде сетчатой гипо или гипер пигментации, телеангиэктаций и атрофии кожи. Такой крупнобляшечный парапсориаз носит название атрофического и многие авторы относят его к ранней стадии грибовидного микоза. Трансформация в Т-клеточную лимфому обычно происходит при развитии явлений пойкилодермии у больных крупнобляшечным парапсориазом. Однако, предугадать, какие случаи будут прогрессировать в лимфому кожи, невозможно.

Лихеноидный парапсориаз. Это заболевание включает две формы: парапсориаз лихеноидный острый, описанный В. Мухой (1916 г.) и Р. Хаберманом (1925 г.) и парапсориаз лихеноидный хронический, названный так Юлиусвергером в 1899г.

Не существует единого мнения в вопросе отношения лихеноидного парапсориаза к лимфомам кожи. В тяжелых случаях лимфома развивается через несколько лет после

установленного диагноза лихеноидного парапсориаза. Существует две основных группы злокачественных лимфом, ассоциированных с лихеноидным парапсориазом: грибовидный микоз СД 30+ анапластическая крупноклеточная лимфома, причем злокачественная трансформация не может быть предсказана на основании клинических данных и гистологических исследований.

Существует также и другая точка зрения, что лихеноидный парапсориаз – изначально лимфома кожи (Mugro C et all 2002). Авторы приводят в качестве доказательства Т-клеточную клональность при иммуногенотипировании и исчезновении клеточных антигенов СД 5 и СД 7, свидетельствующих о наличии аномального фенотипа.

Многие исследователи пытались выявить этиологический фактор данного заболевания. В его развитии определенную роль играют вирусные агенты: аденовирусы, пара миксовирусы, вирус Энстайна–Барр, стрептококковая инфекция, а также грипп, ангина и токсоплазмоз.

В многочисленных наблюдениях отмечена повышенная ломкость сосудов при всех формах лихеноидного парапсориаза. Имеется тесная связь между клиническими изменениями и степенью патологических поражений сосудистой стенки.

Парапсориаз лихеноидный острый Мухи–Хабермана развивается в любом возрасте, а язвенно–некротический вариант с лихорадкой часто встречается у детей и подростков.

Развивается всегда остро. Появлению сыпи иногда предшествует продромальный период в виде повышения температуры тела до 37–38 градусов и общей слабости. Клиническая картина отличается истинным и ложным полиморфизмом высыпаний. Они появляются внезапно в виде оспенноподобных пустул и отежных розоватых папул 5–10 мм в диаметре, в центре которых образуется пузырек с геморрагическим содержимым. Высыпания распространены, занимают значительные участки кожного покрова на туловище и конечностях, в том числе и на лице, кистях, стопах, иногда на волосистой части головы. Редко поражаются слизистые оболочки рта и половых органов, где появляются беловатые, резко очерченные папулы. Полостные элементы довольно быстро трансформируются в буровато–черные некротические корочки. После отторжения корочек и рассасывания узелков на их месте остаются пигментации оспенноподобные (штампованные) рубчики.

Заболевание протекает циклически, а появление свежих высыпаний может сопровождаться жжением и болью. В результате одновременного возникновения и эволюции сыпи клиническая картина выглядит достаточно пестро.

По данным некоторых авторов возможна трансформация в лимфому кожи.

Язвенно–некротическая болезнь с лихорадкой Мухи–Хабермана протекает более остро, иногда молниеносно, у взрослых нередко заканчиваясь летально (Cozzio A et all 2004).

В клинической картине присутствуют признаки острого лихеноидного парапсориаза, но преобладают язвенно–некротические элементы. На поверхности высыпаний быстро формируются струпы при отторжении которых образуются рубцы.

Для этой формы характерны высокая температура тела (до 39–40 гр.), лимфоденопатия, поражения суставов, абдоминальные боли, резко ухудшается общее состояние. Могут присоединяться энтериты и интерстициальные пневмонии. Смерть часто наступает от тромбоза сосудов, приводящих к гангренизации внутренних органов.

Парапсориаз лихеноидный хронический. Встречается в молодом возрасте чаще у мужчин, но могут болеть дети и пожилые люди. Первые высыпания появляются в весенне – осенний и зимний период, что позволяет предположить определенную роль переохлаждения и обострения очагов хронической инфекции.

Заболевание характеризуется появлением лентикулярных папул, располагающихся на коже боковых поверхностей туловища, конечностей, крестца и верхней части спины, ладоней и подошв. Лицо и волосистая часть головы обычно не поражаются.

Папулы имеют вначале светло–розовую, а в последующем – красновато–синюшную или бурю окраску, округлые очертания, полусферическую форму, плотноватую консистенцию и гладкую поверхность. При поскабливании папул появляется незначительное отрубевидное шелушение (симптом скрытого шелушения), а при более интенсивном поскабливании элементов образуются точечные кровоизлияния (симптомы пурпуры). Спустя несколько дней на поверхности папул появляются плотно прикрепленные в центре и несколько отстающие

по периферии сероватые чешуйки, которые легко снимаются целиком не ломаясь (симптом «облатки»).

После полного разрешения папулы на ее месте остается белесоватая чешуйка, плотно сидящая в центре и отслаивающаяся по периферии, напоминающая коллоидную пленку (симптом коллоидной пленки). На месте разрешившихся элементов могут оставаться гиперпигментации или лейкодерма. Заболевание протекает без субъективных ощущений и нарушений общего состояния. Течение длительное, с улучшением в летний период и рецидивами в холодное время года. Описаны как спонтанное излечение после многолетнего течения заболевания, так и переход в лимфому кожи.

Мелкобляшечный парапсориаз дифференцируют от розового лишая, вторичного сифилиса, токсикодермии и себорейной экземы.

Дифференциальный диагноз крупнобляшечного парапсориаза следует проводить с полиморфноклеточной (грибовидный микоз) и мономорфноклеточной лимфомой кожи.

Лихеноидный парапсориаз следует дифференцировать от ветряной оспы, лимфоидного папулеза, папулонекротического ангиита и папулонекротического туберкулеза.

Парапсориаз лихеноидный хронический дифференцируют от псориаза и вторичного сифилиса.

При постановке окончательного диагноза всех разновидностей парапсориазов помогают гистологические исследования и серологические тесты.

При мелкобляшечном парапсориазе больные должны быть тщательно обследованы с целью выявления очагов хронической инфекции и заболеваний желудочно-кишечного тракта. Затем следует начинать лечение.

Поиск лекарств на основе совокупности симптомов, включая столь важные кожные феномены могут облегчить следующие рекомендации. Морфология кожного заболевания это очевидная зеркальная картина внутренних болезненных нарушений. Кожные симптомы при выборе лекарств имеют более высокий ранг, чем прочие локальные или патогномичные симптомы (Келер Г. 2000г.)

При обнаружении нарушения деятельности печени и желчного пузыря у больных мелкобляшечным парапсориазом с шероховатой, сухой шелушащейся кожей можно использовать Берберис 3,6,12 или Хелидониум 6,12,30. В случае наличия у пациента плотного шелушения и гиперемии кожи вокруг элементов рекомендуется Рус 6,12,30, Графит 6,12,30 либо Силиция 6,12. Если у больных с данной формой парапсориаза обнаруживаются симптомы поражения почек, то назначается Туя 3,6,12 и либо Ацидум нитрикум 6,12.

При лечении крупнобляшечного парапсориаза надо обращать внимание на общее состояние больного, а также на возможность трансформации данной клинической формы в полиморфно-клеточную (грибовидный микоз) либо в мономорфно-клеточную лимфому кожи.

Если у пациента имеются красно-коричневые или насыщенно розовые бляшки можно назначить Арсеник 6,12,30, либо Клематис 6,12,30. При диагностировании у больного хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта рекомендуется Карбо вегетабилис 3,6,12, а также Стафизагрия 3,6,12. Когда заболевание протекает длительно, и бляшки приобретают застойный оттенок и становятся более инфильтрованными, эффективно использование Алюмина 6,12,30 или Ацидум флюорикум 6,12,30.

Пациенты с острым лихеноидным парапсориазом Мухи-Хабермана попадают на прием к гомеопату чрезвычайно редко и при установлении такого диагноза больного лучше направить в стационар. Но если создается сложная ситуация, то для лечения такого пациента можно использовать Акониит 3,6, Кантарис 3,6, Апис 3,6, либо Сульфур йодатум 6,12,30.

В возникновении парапсориаза лихеноидного хронического определенная роль отводится переохлаждению и обострению очагов хронической инфекции. В зависимости от клинической картины на первом этапе лечения можно применять Фосфор 6,12,30, Белладонна 6,12,30 или Арника 3,6,12. В дальнейшем, после разрешения папул и появления белесоватых чешуек на их месте используется Гиосциамус 6,12,30 или Секале 6,12. Если состояние пациента ухудшается в связи с наступлением осенне-зимнего периода рекомендуется Гельземиум 6,12, Калиум бихромикум 6,12 либо Пульсатилла 6,12,30.

В качестве местного лечения в зависимости от клинической картины можно применять мази: Цинк–Рицини, Флеминга или Календула.

Из аллопатических мазей рекомендуются: Оливковое масло 1%, Дегтярная или 2% Нафталановая мази.

При правильно назначенном лечении можно получить хороший клинический эффект.

Список литературы:

1. Келер Г. Гомеопатия. – М. – 2000. – 608 с.
2. Кент Дж.Т. Реперторий гомеопатических препаратов. – М. – 2007. – 1280 с.
3. Клиническая дерматология / Под ред. Скрипкина Ю.К. и Бутова М.Т. Т.2. – М. – 2009. – С. 351–370.

И.А. Алексеева,
Санкт–Петербург, Россия

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЦЕЛЬ Т И ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ МОНОПРЕПАРАТОВ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ ГОЛЕНОСТОПНЫХ И КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Лечение остеоартроза является актуальной проблемой современной медицины. Актуальными остаются также проблемы реабилитации пациентов после проведенного лечения, так как в большинстве случаев процесс становится хроническим.

Наиболее часто для лечения данной патологии используются нестероидные противовоспалительные препараты и глюкокортикоиды, длительный прием которых (как того требует схема лечения), вызывает осложнения и имеет побочные эффекты.

Известно, что при остеоартрозе число хондроцитов и коллагеновых волокон уменьшается. В результате происходит снижение содержания мукополисахаридов. Хрящ теряет воду, начинает рассыхаться, в нем образуются трещины, развивается полная атрофия с разрушением хряща и обнажением суставных поверхностей костей, как следствие происходит сужение суставной щели. Разрушению хряща способствует повышение содержания лизосомальных ферментов, выделяемых при распаде хондроцитов. При хронизации процесса суставная щель заполняется соединительной тканью, что приводит к постепенному ограничению подвижности сустава и в дальнейшем к образованию экзостозов.

Антигомотоксический препарат, применяемый для лечения остеоартроза, Цель Т, обладает выраженным хондропротективным, хондростимулирующим, регенерирующим эффектом, оказывает анальгезирующее и противовоспалительное действие, нормализует нарушение обмена веществ в хряще, синовиальной мембране и синовиальной жидкости, способствует восстановлению пораженной костной ткани и надкостницы, укрепляет связки и соединительную ткань.

Цель Т способен ингибировать лейкоцитэластазу, которая представляет угрозу суставному хрящу, богатому протеогликанам.

Краткие показания для отдельных компонентов препарата:

Cortilago suis

Стимулирующая терапия при поражениях хрящевых структур суставов.

Funiculus umbilicalis suis

Поражения соединительной ткани, нарушение кровоснабжения.

Embrio suis

Стимулирует кровообращение.

Placenta suis

Способствует кровоснабжению.

Rhus toxicodendron

Ревматические боли в костях, надкостнице, суставах, связках и мышцах.

Arnica montana

Различные кровотечения, миалгия после перенапряжения, заболевания артериальной и венозной системы.

Solanum dulcamara

Воспаление суставов, вызванное холодом и влагой.

Symphytum

Поражения костей и надкостницы.

Sanguinaria canadensis

Ревматоидные поражения мышц, мягких тканей, суставов.

Sulfur

Ревматические заболевания, бессонница, нервные расстройства, состояния слабости, депрессии.

Acidum silicicum

Общая слабость и поражения соединительной ткани, святочного аппарата.

Nadidum

Стимуляция конечного окисления в дыхательной цепи, катализатор для окислительно-восстановительных процессов в цепи молочная кислота – пировиноградная кислота, имеющих огромное значение для процессов обмена веществ в суставах.

Coenzymum A

Трансацетилизация.

Acidum alpha-liponicum

Воздействует на обменные процессы, способствует превращению пировиноградной кислоты в активированную уксусную кислоту.

Natrium oxalaceticum

Воздействует на цикл лимонной кислоты и окислительно-восстановительные системы, чувствительность к холоду и влаге.

Фармакологически активные компоненты Цель Т позволяют считать данный препарат одним из основных средств при хронических заболеваниях суставов.

Клинический случай №1.

Пациентка К., 48 лет, обратилась с жалобами на боли в ногах, с ухудшением во влажную погоду, прогрессирующее ограничение подвижности суставов, апатию, слабость, ощущение замирания в области сердца, сухость во рту, боли в области эпигастриальной области, появившиеся после приема аллопатических препаратов, нарушение стула, ощущение безысходности от неэффективности применяемых методов лечения.

Объективно: пациентка передвигается при помощи костыля, боль в ногах в покое и при движении, ограничение подвижности коленных и голеностопных суставов примерно на 30 градусов, выраженные костные наросты на пальцах ног, невозможность ступить на ногу полностью, отек и покраснение суставов. Выраженная сердечная недостаточность (одышка, тахикардия, цианоз, повышенная потливость даже при незначительной физической нагрузке). Пациентка отмечает утреннюю скованность суставов, ухудшение клинических анализов крови, несмотря на проводимое амбулаторное и регулярное лечение в профильном санатории. После проведенного обследования по методу Р.Фолля назначены препараты: Цель Т в инъекциях по 1 ампуле внутримышечно через день, втирание мази Цель Т 2 раза в день в области болезненных суставов, Лахезис 6, Аконит 6 (доза и кратность приема подобраны по методу Р.Фолля). Протестированы препараты, применяемые ранее пациенткой. Из большого количества препаратов оставлено 2 эффективных: панангин и рибоксин. Контрольная консультация через 4 недели. При повторном посещении пациентка отмечает значительное улучшение эмоционального состояния, уменьшение боли при движении, ощущение что костные наросты стали мягче и не причиняют боль как раньше, улучшение аппетита, при передвижении по дому обходится без костыля, уменьшение потливости, сухости во рту,

прекратились ощущения замирания в области сердца. Собирается на дачу покататься на лыжах, соскучилась по движению. Рекомендовано продолжить лечение препаратом Цель Т в таблетках, Лахезис и Акониит в 12 потенции. Повторная консультация через 8 недель, перед которой назначено клиническое обследование. Через 8 недель пациентка пришла на прием без костыля, поднялась в кабинет на 3 этаж без остановки. Чувствует себя практически здоровой, отмечает увеличение подвижности суставов, уменьшение костных наростов и боли при движении, отсутствие симптомов сердечной недостаточности, нормализация функций желудочно-кишечного тракта. Результаты обследования показали: ЭКГ- компенсированные изменения в миокарде, в клиническом анализе крови – нормализация лейкоцитарной формулы, снижение СОЭ с 60 до 20 мм/с. Биохимические показатели крови в норме. В настоящее время (через год после первичной консультации) пациентка чувствует себя хорошо, обострений не было, ведет активный образ жизни.

Клинический случай №2.

Пациент С., 56 лет. Жалобы на боли в коленных суставах в течение 3 лет, ограничение подвижности суставов, утреннюю скованность, значительное ухудшение общего состояния, несмотря на проводимое лечение. При обследовании была выявлена эрозия и язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Назначены: конституциональный препарат Хамомилла в постепенно возрастающих потенциях с 6 по 30, Цель Т (таблетки), Кардуус марианус 6. Через 6 месяцев после начала лечения пациент чувствует себя хорошо, первоначальные жалобы исчезли. В настоящее время продолжает принимать Цель Т (таблетки) прерывистым курсом 2 недели в месяц, Хамомилла 30 1 раз в месяц.

Франк Майер

Нюрнберг, Германия

ГЕПАТОДОРОН® – МНОГОЦЕЛЕВОЕ «ТИПИЧНОЕ СРЕДСТВО» АНТРОПОСОФСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Гепатодорон – это центральное лекарственное средство антропософской медицины. Речь идет о композиции из высушенных листьев лесной земляники (*Fragaria vesca*) и винограда (*Vitis vinifera*). Гепатодорон в таблетках относится к так называемым „лекарственным средствам для типичных болезней“ (также он называется «типичное средство»). Его название означает – «дар для печени». «Лекарственные средства для типичных болезней» входят в группу лекарств, указания к которым давал Рудольф Штайнер врачу из г.Касселя Людвигу Ноллю в 1920 и 1921 гг., то есть в годы основания антропософской медицины. Особенностью этих типичных средств, часто применяющихся с профилактической целью, является достаточно широкая сфера показаний к применению (более широкая, чем можно ожидать при сравнении с аллопатическими концепциями терапии). В особенности это касается препарата Гепатодорон, который рассматривается как базисное средство антропософской медицины, предназначенное для стимуляции, усиления и регуляции связанного с печенью обмена веществ. Как писал Штайнер, это средство необходимо применять «при нарушениях функции печени любого вида». Оно будет оказывать «регулирующее воздействие на нарушения функции печени в общем».

Препарат состоит из высушенных листьев лесной земляники (*Fragaria vesca*) и винограда (*Vitis vinifera*). Листья являются источником созидательного обмена веществ в растении, выражающегося, прежде всего, в построении углеводов. Эта способность проявляется особым образом в листьях винограда, синтезирующих глюкозу, идентичную по своему составу с глюкозой организма человека. Как полярный процесс развивает земляника в дифферен-

цированном облике растения, сильном аромате и алом цвете плодов особое отношение к сознательным процессам, действующим в обмене веществ разрушающим образом. Эта полярность лесной земляники и винограда соответствует полярности насыщенной, богатой питательными веществами крови в портальной вене (процессы построения, восстановление) и действующей интегративно, несущей информацию артериальной крови в печени (процессы разрушения, окисление). Правильное соотношение обоих потоков, и соответственно процессов построения–разрушения в обмене веществ, определяет здоровье печени.

Значение печени

После расщепления в желудочно–кишечном тракте составные части нашей пищи устремляются вместе с венозной кровью в печень и там ресинтезируются. Почти все вещества, из которых состоит наш организм, образуются в печени. Один этот факт делает понятным фундаментальное значение функции здоровой печени. Печень не только предоставляет в распоряжение организма вещества, образовавшиеся в процессе жизнедеятельности, но и участвует в распределении белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов, а также в регуляции кислотно–щелочного баланса. Вместе с тем печень является не только строителем нашего организма, к ее обязанностям относится также и «ведение хозяйства». Она как в структурном, так и в функциональном плане является носителем жизненных процессов в организме. Гарантией ее надежного функционирования является высокая витальность, благодаря которой она может встречать и выравнивать внешние и внутренние отрицательные воздействия на организм. Если она перегружена такими воздействиями, то препарат Гепатодорон может помочь восстановить ее равновесие. Витальность печени проявляется также в ее способности к регенерации. Если, например, клетки поперечнополосатой мускулатуры (межреберной мускулатуры) обновляются только примерно каждые 15 лет, а большинство нейронов в головном мозге вообще не обновляются, то вся ткань печени обновляется каждые 300–500 дней. Грубо говоря, приблизительно каждый год у нас вырастает новая печень – что при среднем весе органа 2000 грамм представляет собой значительное вегетативное достижение. Способность к столь активной регенерации у здорового человека сохраняется до глубокой старости. Ритмичное принятие, отделение, новообразование и выделение разнообразных веществ, согласование этих процессов с потребностью и возможностями организма, управление потоками жидкости: венозной и артериальной крови, желчи и лимфы, неизменное обновление собственной паренхимы, все эти огромные и сложные достижения печени превышают способность представления. Кажущаяся на первый взгляд простой, композиция из двух широко известных лекарственных растений, представленная в форме Гепатодорона, и способствующая поддержанию печени в бесконечном разнообразии ее функций, которая при заболеваниях может помочь организму вернуть равновесие, меня, по–прежнему, очень впечатляет. К тому же я получил удивительный опыт, что лечение при помощи Гепатодорона во многих случаях может исцелить совершенно и без участия других специфических мер, если средство применяется стабильно и регулярно в течение нескольких недель или месяцев.

Показания

Уже отдельные неспецифичные симптомы, такие как быстрая утомляемость, нарушения сна, перепады настроения, головная боль, снижение аппетита или метеоризм могут указывать на нарушения функции печени и быть поводом для терапии препаратом Гепатодорон. Если печень в результате негативного воздействия окружающей среды, ядов пищевых продуктов, стрессов или других заболеваний подвергается особым перегрузкам, то можно назначить профилактический прием Гепатодорона, чтобы защитить и укрепить печень. Таким образом, Гепатодорон применяется как базисное средство практически при всех заболеваниях печени и заболеваниях протекающих с участием печени.

Хронобиологическая точка зрения

В ходе терапии Гепатодороном можно учитывать также и фактор времени. Недостаточное или чрезмерное питание при одновременном недостатке движения очень часто перегружают печень в зимние месяцы и способствуют развитию состояния изможденности или «весенней усталости». Курсовое применение Гепатодорона в марте и апреле лицами, которые весной особенно подвержены «хронобиологическому стрессу», существенно улучшает качество

жизни. В результате курса лечения Гепатодороном значительно улучшается сопротивляемость «весенней усталости» и другим типичным сезонным недугам, таким как, нарушение кровообращения, сна, колебания настроения, склонность к инфекциям и аллергиям, экземам и головным болям.

Учет циркадного ритма печени дает дополнительные анамнестические данные и возможности для терапии. Печень набухает и снова уменьшается в 24-х часовом ритме. В высшей точке фазы образования веществ, ночью в районе 2–3 часов, печень увеличивается на 15–20%. Поэтому хронобиологические аспекты необходимо учитывать при ежедневной дозировке препарата Гепатодорон. Предписание для принятия препарата – 2 раза в день по 2 таблетки (которые нужно тщательно прожевать и затем запить водой) вечером и непосредственно перед сном, соответствует циркадному ритму печени, и было оценено как эффективное при многих патологических состояниях.

Клинический случай 1

У пациентки, 1954 года рождения, в 1994 году, в возрасте 40 лет, появились боли в спине и в суставах. Был поставлен диагноз: системная красная волчанка тяжелого течения с вовлечением почек, панцитопения. По поводу этого аутоиммунного заболевания пациентке проводилось систематическое лечение циклофосфамидом (Cyclophosphamid) и глюкокортикостероидами до 1997 года. В 1997 году иммуносупрессивная терапия была заменена на хлорокин (Chloroquin) и стероиды, и эта терапия проводилась до 2001 года. После того как клинически и серологически не было выявлено воспалительной активности, стала возможной отмена иммуносупрессивных средств. Последствиями терапии было тяжелое поражение сетчатки с нарушением зрения.

Осенью/зимой 2004 года в возрасте 50 лет эта пациентка астенического типа, с лабильной вегетативной нервной системой обратилась ко мне. Она чувствовала себя уставшей и лишенной энергии. У нее была депрессия, она страдала от нарушения сна и была чрезвычайно озабочена тем, что ее аутоиммунное заболевание может вновь проявиться. В ходе лабораторной диагностики было установлено значительное повышение прежде нормальной трансаминазы. Наблюдалось следующее повышение: ГГТП – 106 ед./л., АСТ – 41 ед./л, АЛТ – 73 ед./л. Не было никаких оснований предполагать чрезмерное употребление алкоголя, ошибки в питании или другие пищевые токсические причины. УЗИ брюшной полости без особенностей, диагностика на вирусы гепатита показала отрицательный результат. Но было отмечено значительное увеличение антинуклеарных антител до 1: 2560, что подтверждало опасения пациентки. В сентябре 2003 г. содержание этих антител было 1:320. Из-за побочных эффектов предшествующего лечения хлорохином (Chloroquin) пациентка не была готова к повторному лечению иммуносупрессивными средствами и спросила меня о возможностях дополнительного лечения. По ее желанию я сразу же назначил лечение Гепатодороном в дозировке 2 таблетки 2 раза в день, вечером и перед сном. Уже по истечении 8 недель лечения (31.01.2005) я установил полную нормализацию уровня трансаминаз (ГГТП 35 ед./л, АСТ 32 ед./л, АЛТ 34 ед./л). Также снизилось количество антинуклеарных антител. Пациентка освободилась от недугов и страха и чувствовала себя значительно окрепшей. С того времени терапия Гепатодороном проводится несколько раз в год шестинедельным курсом, по преимуществу весной и осенью при регулярном лабораторном контроле и консультациях.

Клинический случай 2

В июне 2005 года ко мне обратилась пациентка 1942 года рождения в возрасте 62 лет по поводу устойчивой к терапии экземы на тыльной стороне кисти правой руки, вблизи радиальной складки сустава кисти. Речь шла о круглой, примерно 3см диаметром красноватой, шелушащейся сыпи, которую врачи-дерматологи на протяжении полугода безуспешно лечили кремами и мазями. Пациентка была не очень подвижной, флегматичной, немного депрессивной, с избыточным весом и со склонностью к застою лимфы и отекам. Вялость обмена веществ проявлялась также и в латентном сахарном диабете. При проведении пульсовой диагностики проявились указания на функциональную слабость печени и системы желчного пузыря. УЗИ показало, как я и ожидал, жировую печень. Повышение трансаминаз подтвердило также наличие безалкогольной жировой дистрофии печени (ГГТП 136 ед./л., АЛТ 77 ед./л). Для стимулирования восстановительной деятельности печени был назначен

Гепатодорон 1×2 таблетки поздно вечером. Через три месяца спустя увидел, что экзема полностью исчезла. Параллельно с лечением кожи было выявлено значительное снижение трансаминаз (ГГТП 51, АЛТ 37 ед./л). Общее состояние пациентки значительно улучшилось. Она выглядела более подвижной и менее подавленной. Эта тенденция продолжалась дальше, пока не наступила полная нормализация уровня трансаминаз (ГГТП 34,6, АЛТ 26,5 ед./л). Такое течение типично для заболеваний кожи, которые можно рассматривать как симптомы и указание на смещение процессов обмена веществ на неправильное место, а именно на периферию организма. При таком системном нарушении нельзя ожидать успехов от локальной терапии. Многое здесь зависело от того, чтобы стимулировать нарушенную функцию печени в обоих направлениях, в выделительном и восстановительном.

Функции печени

Необходимо выделить детоксикационную способность печени, а также ее защитную функцию, которые она выполняет различными способами, являясь «сторожем» нашего организма. Известен First-Pass-Effect, который состоит в том, что многие яды (а также и медикаменты), которые попадают в печень через кишечник и воротную вену, химически расщепляются, превращаются (чаще всего соединяясь с глюкуроновой кислотой) и выводятся еще до того, как они найдут потенциальное место действия в организме. Кроме того, печень поставляет для кишечника антитела (в особенности IgA) и в состоянии в результате фагоцитоза «переварить» в купферовских клетках возбудителей болезни и отмершие составные частички собственных и чужих клеток. Особое значение имеет способность печени выводить яды и поддерживать иммунную систему при токсических нагрузках и ослабленной защите, которые проявляются, например, после химио- и антибиотикотерапии. Поэтому поддержка печени Гепатодороном рекомендуется практически всегда как сопроводительная терапия при онкологических заболеваниях, в особенности в комбинации с традиционным лечением опухоли, а также до и после операций под общим наркозом, при плохом заживлении послеоперационных ран, при больших ранах и ожогах. В рамках иммуномодулирующей санации кишечника, например, после курса антибиотиками, лечение Гепатодороном также является полезным дополнением.

ФИТОТЕРАПИЯ

Е.Е. Лесиовская, С.В. Марченко, Д.А. Иванова

Санкт-Петербург, Россия

ФИТОПРЕПАРАТЫ В СТАНДАРТАХ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) — инфекционно-воспалительные заболевания с преимущественным поражением слизистых оболочек верхних дыхательных путей. В 98% случаев возбудители — вирусы, поэтому наиболее часто встречаются острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ). По МКБ 10 острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и не уточненной локализации J06; грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа J10.

Лечение не осложнённых ОРЗ/ОРВИ проводят, в основном, в домашних условиях. Во время периода лихорадки необходимо соблюдать постельный режим с постепенным его расширением по мере улучшения состояния больного. Диета включает легко усваиваемые продукты, богатые аминокислотами и витаминами, большое количество жидкости (2–3 л/сут при отсутствии противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой, мочевыводящей системы), в том числе щелочные минеральные воды и соки. При применении морсов из клюквы и брусники, способствующих выведению уратов и оксалатов, для повышения их растворимости в моче необходимо назначить щелочные минеральные воды.

Базисная терапия ОРЗ нацелена прежде всего на уничтожение патогенных возбудителей. Необходимо назначение специфических противовирусных средств и адекватной терапии антибактериальными и другими препаратами для предупреждения осложнений (Стандарты..., 1999; Шулутко, Макаренко, 2009). Однако традиционно чаще в лечении ОРВИ используют симптоматические средства: антигистаминные и сосудосуживающие препараты, нестероидные, а иногда стероидные противовоспалительные средства. Противовирусные и иммуномодулирующие препараты применяют существенно реже, а восстановлению защитных барьеров носоглотки практически не уделяется должного внимания (Дидковский, Дворецкий, 1990; Claudet, Fries, 1997).

Симптоматическая терапия устраняет лишь внешние признаки заболевания (восстанавливается носовое дыхание, исчезают выделения из носа и головная боль, снижается повышенная температура тела), не влияя на возбудителя заболевания и не повышая защитных сил организма. Кроме того, применяемые для устранения симптомов препараты вызывают побочные эффекты и часто нарушают местный иммунитет.

Сосудосуживающие средства, относящиеся к α -адреномиметикам при местном применении вызывают сужение артерий слизистой оболочки носа, уменьшают отёк, гиперемию и экссудацию. Однако даже при однократном их использовании на 2–3 ч нарушается кровоснабжение слизистой оболочки, что приводит к уменьшению образования защитной слизи. Это способствует проникновению возбудителей в придаточные пазухи носа и евстахиевы трубы. При регулярном применении препаратов этой группы развивается атрофия реснитчатого эпителия, нарушается мукоцилиарный клиренс, что может привести к хроническому инфекционно-воспалительному процессу.

Антигистаминные препараты способствуют уменьшению интенсивности воспалительного процесса, но не влияют на его причину, а также при частом применении вызывают аллергические реакции и раздражение слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Глюкокортикоиды применяют как противовоспалительные, противоотёчные и противоал-

лергические средства. Однако, они угнетают процессы пролиферации, снижают местный и общий иммунитет, могут оказать резорбтивное действие. Комбинированные препараты глюкокортикоидов с антибиотиками, могут вызвать дисбактериоз полости носа, что может привести к развитию суперинфекций.

Жаропонижающие средства показаны лишь при плохо переносимой больным температурой тела выше 38 °С. Следует учитывать, что повышение температуры тела при инфекционных заболеваниях связано с выбросом интерферонов и имеет защитный характер, а применение жаропонижающих препаратов (например, индометацина, ибупрофена, метамизола) может оказать иммунодепрессивное действие и вызвать разнообразные побочные эффекты. Следует избегать назначения препаратов, содержащих ацетилсалициловую кислоту, при лечении детей с вирусными заболеваниями (например, гриппом), так как возможно развитие синдрома Рея с летальным исходом.

Фитотерапия ОРЗ/ОРВИ разработана достаточно хорошо (Пастушенков, Лесиовская, 1994; Крылов, Марченко, 2000; Лесиовская и др., 2001; Лесиовская, Пастушенков, 2003). Фитопрепараты могут быть с успехом применены по всем стандартным направлениями терапии (Таблица 1).

Таблица №1

Место фитопрепаратов в стандартах лечения ОРЗ/ОРВИ

Направление терапии	Базисная фармакотерапия	Фитотерапия
Этиотропная терапия		
Противовирусная	Противовирусные препараты: амантадин, ремантадин, рибавирин и др.	Противовирусные растения: аир болотный, душица обыкновенная, лапчатка прямостоячая, лук, малина обыкновенная (листья), Melissa лекарственная, можжевельник обыкновенный, осина обыкновенная, пихта сибирская, остролодочник (виды), тимьян обыкновенный и ползучий, тополь черный, шалфей лекарственный, чабер садовый, чеснок, эвкалипт шариковый и др. Фитопрепараты с противовирусным эффектом: алпизарин, тонзилгон и др.
Противомикробная	При подозрении на осложнение ОРВИ – антибиотикопенициллины, макролиды и др.	Противомикробные растения с противопаразитарным и противогрибковым действием: астрагал повислоцветковый, багульник болотный, береза (виды), брусника обыкновенная, бузина черная, душица обыкновенная, зверобой продырявленный, имбирь аптечный, исландский мох, калина красная, кипрей узколистный, лопух большой, осина обыкновенная, полынь (виды), репешок аптечный, синюха голубая, солодка голая, тимьян (виды), тысячелистник обыкновенный, эвкалипт (виды) и др.
Восстановление защитных барьеров верхних дыхательных путей	Сосудосуживающие препараты от насморка	Местно противовирусные и противомикробные растения (см. выше) и иммуномодуляторы, секретолитики (см. ниже)
Патогенетическая терапия		
Иммуномодулирующая	Амиксин, арбидол, интерферон человеческий лейкоцитарный, циклоферон и др.	Индукторы интерферона (каланхое перистое, мать-и-мачеха, подорожники, репешок обыкновенный, цетрария исландская и др.), препараты классических адаптогенов, тонзилгон, препараты эхинацеи. Активаторы фагоцитарной функции макрофагов и микрофагов (арника горная, астрагал шерстистоцветковый, вербена лекарственная*, володушка золотистая, крапива двудомная, Melissa лекарственная и др.), тонзилгон. Источники кремнийорганических кислот, стимулирующих выработку интерлейкина I (горец птичий, крапива двудомная, медуница лекарственная, пырей ползучий*, репешок аптечный, хвощ полевой, хмель обыкновенный и др.), тонзилгон. Стимуляторы местного иммунитета, содержащие и концентрирующие цинк

Направление терапии	Базисная фармакотерапия	Фитотерапия
Симптоматическая терапия		
Жаропонижающая	Парацетамол, НПВС, ацетилсалициловая кислота (противопоказана детям до 16 лет из-за риска синдрома Рея)	Цветки липы сердцевидной, василька синего, ромашки аптечной, листья берёзы (виды), мать-и-мачехи, малины обыкновенной, трава тысячелистника обыкновенного, фиалки трёхцветной, череды трехраздельной и мн.др.
Местные средства для облегчения носового дыхания	Сосудосуживающие средства от насморка	Вытяжки из растений в сочетании с физиологическим раствором натрия хлорида: промывание носа, полоскание рта и горла, ингаляция эфирными маслами
Отхаркивающие и секретолитические препараты	Ацетилцистеин, бромгексин, галавент, лазолван и мн.др.	Алтей лекарственный, бузина черная, донник лекарственный, душица обыкновенная, исландский мох, иссоп, коровяк гус-тоцветковый, лаванда горная, липа сердцевидная, медуница лекарственная, Melissa лекарственная, подорожник ланцетовидный, синюха голубая, эвкалипт, виды и мн.др. растения; бронхипрет, бронхикум, геделикс, синупрет, тонзилгон и мн.др.
Витамины	Аскорбиновая кислота, поливитамины	Брусника, клюква, крапива двудомная, лимон, облепиха, первоцвет весенний, рябинная обыкновенная, шиповник, виды и мн. др.

При склонности к простудным заболеваниям или при хронических заболеваниях ЛОР-органов, а также у часто болеющих детей целесообразно осуществлять профилактический прием внутрь фитопрепаратов или настоев лекарственных растительных сборов и проводить промывание носа и полоскание горла постоянно, делая перерыв только на летние месяцы. Примерная схема такой профилактики представлена в таблице 2.

Таблица №2

Примерная схема фитопрофилактики ОРЗ/ОРВИ в течение года

Направление фитотерапии	1–2–й месяцы	3–4–й месяцы	5–6–й месяцы	7–8–й месяцы	9–10–й месяцы	11–12–й месяцы
Поддержание функций нервной и эндокринной систем	2–4 курса по 2 недели препаратов классических адаптогенов + по показаниям седативные фитопрепараты		Витамино-минеральные комплексы, или соковые программы, или употребление свежих овощей и фруктов + по показаниям седативные фитопрепараты		2–4 курса по 2 недели препаратов классических адаптогенов + по показаниям седативные фитопрепараты	
Восстановление и поддержание противомикробного иммунитета	Исландский мох и чабрец (чередовать по неделе)	Тонзилгон 1–2 курса по 2–4 недели	Осина и калина (чередовать по неделе)	Тонзилгон 1–2 курса по 2–4 недели	Репешок и девясил (чередовать по неделе)	Имбирь и фиалка (чередовать по неделе)
Восстановление и поддержание защитных барьеров верхних дыхательных путей	Исландский мох, чабрец, шалфей	Кора дуба, тысячелистник, зверобой	Осина, калина, ромашка	Грецкий орех, мать-мачеха, спорыш	Репешок аптечный, девясил, календула	Имбирь, фиалка, череда

При раннем начале и правильном выборе средств фитотерапия обеспечивает быстрое и надежное выздоровление, предотвращает развитие осложнений ОРЗ. В тяжелых случаях она повышает эффективность и безопасность базисной фармакотерапии. В частности, растительные средства могут расширить спектр действия противовирусных препаратов, антибиотиков и синтетических антибактериальных препаратов и при этом защитить аутомикрофлору, печень и почки от их токсических воздействий. Влияние фитопрепаратов

на иммунную систему обеспечивает повышение активности как неспецифических, так и специфических механизмов противоинфекционной защиты. Так, например, тонзилгон индуцирует образование интерферонов и интерлейкина 1, активизирует фагоцитоз, восстанавливает продукцию иммуноглобулинов А, М и G. Он восстанавливает и поддерживает на оптимальном уровне абсолютные и относительные значения Т-лимфоцитов (супрессоров и хелперов). У препарата доказаны противовоспалительный и жаропонижающий эффекты (Дергачев, 2001; Смирнова, 2001).

Фитопрепараты потенцируют жаропонижающее, обезболивающее и противовоспалительное действие средств синтетического происхождения, а также являются источниками витаминов и микроэлементов, столь необходимых при лечении простудных заболеваний. Восстановление мукоцилиарного транспорта и защитных барьеров верхних дыхательных путей в настоящее время достижимо только с помощью фитотерапевтического подхода. Таким образом, назрела необходимость более широкого включения фитопрепаратов стандарты лечения острых респираторных заболеваний.

Список литературы:

1. Дергачев В.С. Лечение препаратом Тонзилгон Н больных хроническим компенсированным тонзиллитом // Оториноларингология – 2001. – 34 (22). – С. 59–61.
2. Дидковский Н.А., Дворецкий Л.И. Наследственные факторы и местная защита при неспецифических заболеваниях легких. – М.: Медицина, 1990. – 223 с.
3. Крылов А.А., Марченко В.А. Руководство по фитотерапии. СПб.: Питер, 2000. – 416 с.
4. Лесиовская Е.Е., Пастушенков Л.В., Переплеткина У.Г., Хассельхорст О. Фитотерапия в комплексном лечении острых респираторных заболеваний // Aqua Vitae – 2001. – №4. – 48–52.
5. Лесиовская Е.Е., Пастушенков Л.В. Острые респираторные заболевания // Фармакотерапия с основами фитотерапии под ред. Лесиовской Е.Е., Пастушенкова Л.В. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – С. 15–211.
6. Пастушенков Л.В., Лесиовская Е.Е. Фармакотерапия с основами фитотерапии. СПб., 1994. – Часть 1. – 159 с.
7. Смирнова Г.И. Опыт применения Синупрета и Тонзилгона Н для профилактики и лечения острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей // Детский доктор. – 2001. – № 4. – С. 25–29.
8. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких (взрослое население) / Ред. Чучалин А.Г., М., 1999. – № 300. – 48 с.
9. Шулутко Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. 5-е изд. – СПб.: ООО «Медкнига ЭЛБИ-СПб»; Ренкор, 2009. – 699 с.
10. Claudet I., Fries F. Danger of nasal vasoconstrictors in infants. Apropos of a case // Arch Pediatr. – 1997 Jun, 4:6, 538–41.

Л.Ю. Долинина

Санкт-Петербург, Россия

ГЕММОТЕРАПИЯ – НОВЫЙ МЕТОД ФИТОТЕРАПИИ

Геммотерапия или меристематерапия (фитоэмбриотерапия) – направление в области фитотерапии, в котором используются молодые, меристемные (недифференцированные) клетки различных растений

Термин «геммотерапия» берет свое начало от латинского слова «гемма» – почка, жемчужина. Первые сведения об использовании почек или меристемных тканей растений относятся к III–I тысячелетиям до нашей эры. Документально подтверждено использование почек растений в медицинских целях в Древнем Египте и Индии. В дальнейшем к этому методу терапии обращались Гален (II в. н.э.) и Парацельс (XVI в.). Но настоящее развитие геммотерапия получила только в середине 20 века, благодаря врачам-гомеопатам, обратившим свое внимание на исключительность и особенность средств, приготовленных

из зародышевых частей растений. В 60-е годы 20 века бельгийский врач-гомеопат Поль Генри (1918–1988) впервые систематизировал и экспериментально обосновал применение препаратов из меристемных тканей растений. Поль Генри назвал этот метод «фитозембриотерапия». В дальнейшем клинические и экспериментальные исследования П. Генри продолжили другие европейские, в основном французские (М. Тето, О. Джулиан, Д. Ришар, Г. Нетъен) и итальянские (Ф. Питера) ученые. Были предложены разные термины для названия метода, например, «геммотерапия» (Макс Тето) или «терапия стволовыми клетками растений» (Доминик Ришар), которые стали использоваться, чаще, чем термин «фитозембриотерапия».

В настоящее время во многих странах Европы и США геммотерапия является официально признанным направлением фитотерапии. Во Франции производство геммоэкстрактов в 1965 году внесено во Французскую Фармакопею. В России с 2011 года геммотерапия представлена геммоэкстрактами производства немецко-румынского совместного предприятия «PlantExtrakt», которое помимо геммотерапевтической продукции выпускает свыше 200 наименований матричных настоек для изготовления гомеопатических препаратов, более 3000 гомеопатических и более 20 фитопрепаратов.

Концепция геммотерапии основана на нескольких принципах:

1. Жизнь – это динамизм клеток. Для исцеления организма необходимы клетки в потенциальной, делящейся фазе, способные стимулировать ткани к регенерации.

2. Жизнь животных в большой степени зависит от растений. Растительная ткань способна восстанавливать морфологические изменения в организме и поддерживать жизнь животных.

3. В условиях прорастания растения накапливают максимальное количество антистрессовых веществ. Установлено, что основные механизмы стресс-реакции во всех живых организмах не являются видоспецифичными, то есть имеют много общего, поэтому антистрессовые вещества эмбриональных тканей растений оказывают восстановительное действие на клетки животного (человеческого) организма.

4. По сравнению со взрослыми растениями клетки меристемы содержат всю информацию о будущем растении (в отличие от различных частей этого растения) и являясь концентратом биологически активных веществ, не аккумулируют токсины в процессе роста.

Геммоэкстракты содержат ферменты, витамины, белки, аминокислоты, фитогормоны, факторы роста, специфические компоненты растений, которые в целом образуют фитоконкомплекс, определяющий специфический органотропизм препарата. Геммоэкстракты способствуют поддержанию и коррекции гуморального и клеточного гомеостаза, воздействуя на функциональном, метаболическом и органном уровнях.

Для производства геммоэкстрактов компании «PlantExtrakt» используются в свежем виде почки, ростки, кора, молодые корешки, сок и другие части растений, содержащие меристемные ткани, которые собираются во время развития, прорастания, то есть в момент максимальной концентрации активных компонентов, до периода полной дифференциации тканей.

«PlantExtrakt» производит геммоэкстракты стандартизированным методом в соответствии с действующими Французской и Европейской Фармакопеями. Обработка свежего очищенного и размельченного растительного субстрата происходит методом холодного экстрагирования (вымачивания свежего материала в смеси 96% спирта и 100% глицерина в течение 20–60 дней), гарантирующего экстрагирование всех активных веществ в неизменном виде. В дальнейшем полученный экстракт отделяют от субстанции и разводят в 10 раз (1DH) смесью 10% глицерина, 18% спирта и воды, выдерживают в течение двух суток и дважды фильтруют. Технология производства геммоэкстрактов соответствует требованиям Надлежащей Производственной Практики (GMP).

Как и гомеопатические препараты, геммоэкстракты назначаются за 30 минут до еды или через 1 час после еды, растворяя в небольшом количестве воды. Доза зависит от возраста. Детям до 5 лет – 1 капля на 1 кг массы тела. Детям после 5 лет и взрослым по 1–3 мл (или 25–75 капель) 2–3 раза в день в случае монотерапии геммоэкстрактами или суточная доза на прием каждого из геммоэкстрактов в случае их комбинации.

Многочисленные клинические и экспериментальные исследования подтвердили, что геммоэкстракты оказывают общее дезинтоксикационное, специфическое дренажное и иммуномодулирующее действие, способствуют поддержанию тканевого и клеточного гомеостаза. Эффективность геммотерапии показана как при хронических, так и острых состояниях. В настоящее время геммоэкстракты применяются в пульмонологии и аллергологии (Экстракт из почек Смородины черной, Экстракт из ростков Шиповника дикого, Экстракт из почек Граба, Экстракт из почек Калины гордовины), гастроэнтерологии (Экстракт из почек Клена полевого, Экстракт из почек Ясеня обыкновенного, Экстракт из ростков Олив, Экстракт из корня Ржи, Экстракт из почек Грецкого ореха, Экстракт из почек Инжира), кардиологии (Экстракт из ростков Олив, Экстракт сока Березы серебристой, Экстракт из ростков Розмарина), ревматологии (Экстракт из почек Ясеня обыкновенного, Экстракт из ростков Плюща, Экстракт из почек Винограда, Экстракт из ростков Секвойи гигантской) нефрологии (Экстракт из ростков Брусники, Экстракт из почек Бука европейского) и гинекологии (Экстракт из ростков Малины красной).

ПАМЯТИ АЛЕКСАНДРА ВИКТОРОВИЧА ИЩЕНКО

13 августа 2012 года в Петрозаводске на 53 году жизни от тяжелой болезни скончался один из ведущих гомеопатов Карелии Александр Викторович Ищенко.

Александр Викторович родился 5 октября 1959 года в Мурманской области. Закончил медицинский факультет Петрозаводского госуниверситета в 1983 году, работал врачом скорой медицинской помощи, рентгенологом. В 1992 году прослушал цикл лекций по гомеопатии и методу Р.Фолля на базе кафедры электропунктуры и гомеопатии ГИДУВа г. Москвы.

А.В.Ищенко одним из первых в Карелии начал практиковать гомеопатию с использованием приемов акупунктуры по методу Р. Фолля. Совместно со своим коллегой А.Н. Петровым он создал медицинский центр «Реал-мед», впоследствии ставшим базой для центра «Саникула», при котором долгое время действовала гомеопатическая аптека, единственная в Карелии. За 20 лет успешной практики А.В.Ищенко создал уникальные лечебные схемы, которые обеспечили ему стойкую популярность у пациентов. Он умел убеждать, поддерживать надежду и создавать веру в исцеление, как у своих пациентов, так и коллег. Свои теоретические и практические взгляды в области гомеопатии Александр Викторович неоднократно излагал на заседаниях Карельского отделения Российского Гомеопатического Общества. Неоднократно он выступал в рамках научно-практической конференции «Актуальные вопросы гомеопатии», которая ежегодно проходит в Санкт-Петербурге. В последнее время А.В.Ищенко уделял много внимания созданию своей книги-альбому с использованием фотографий и рисунков, посвященной наиболее ярким конституциональным типам в гомеопатии. Мечтал создать в Петрозаводске собственную производственную гомеопатическую аптеку, для чего начал получать фармацевтическое образование.

К сожалению, скоропостижная смерть не дала осуществиться его смелым планам.

Коллеги и пациенты глубоко скорбят о безвременно ушедшем талантливым враче.

*В.К. Логвина,
Председатель Карельского отделения
Российского Гомеопатического Общества*

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ГОМЕОПАТИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ

ГОМЕОПАТИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ НАУЧНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ИМЕНИ С.П. БОТКИНА

В 2013 году прошло 4 заседания гомеопатической секции научного терапевтического общества им. С.П.Боткина, организованных Санкт-Петербургской гомеопатической ассоциацией. Ниже приведены темы прошедших заседаний.

Заседание 4 февраля 2013 года

ПОВЕСТКА ДНЯ:

1. Д.м.н. С.П. Песонина «Итоги XXIII московской гомеопатической конференции «Развитие гомеопатического метода в современной медицине».
2. Случай из практики.
3. Разное.

Заседание 4 марта 2013 года

ПОВЕСТКА ДНЯ:

1. К.м.н. Л.Ю. Долинина «По материалам российско-французского семинара – февраль 2013 г.»
2. Случай из практики.
3. Разное.

Заседание 1 апреля 2013 года

ПОВЕСТКА ДНЯ:

1. К.м.н. А.А. Цыпкова «Возможности использования нозодов при проведении электропунктурных методов диагностики и терапии в сочетании с гомеопатическими препаратами».
2. Случай из практики.
3. Разное.

Заседание 3 июня 2013 года

ПОВЕСТКА ДНЯ:

1. С.В. Маркова «Опыт применения биорезонансной терапии».
2. Случай из практики.
3. Разное.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ГОМЕОПАТИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ

ГОМЕОПАТИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ НАУЧНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ИМЕНИ С.П.БОТКИНА

ПЛАН ЗАСЕДАНИЙ НА 4 КВАРТАЛ 2013 ГОДА.*

7 октября 2013 г.

ПОВЕСТКА ДНЯ

1. Д.м.н. С.П. Песонина «Итоги XXIII конференции «Актуальные вопросы гомеопатии».
2. Е.Ю. Щеникова «По материалам российско–французского семинара – июнь 2013».
3. Разное.

Место проведения: ул. Полярников, 6; учебный центр (вход с левого торца здания), начало в 17.30.

11 ноября 2013 г.

ПОВЕСТКА ДНЯ

1. К.м.н С.А. Сивцева «Гомеопатия в неврологии».
2. Случай из практики.
3. Разное.

Место проведения: ул. Полярников, 6; учебный центр (вход с левого торца здания), начало в 17.30.

2 декабря 2013 г.

ПОВЕСТКА ДНЯ

4. К.м.н С.Э. Шевелев «Гомеопатия в аллергологии».
5. Случай из практики.
6. Разное.

Место проведения: ул. Полярников, 6; учебный центр (вход с левого торца здания), начало в 17.30.

* в повестке дня возможны изменения

Контактное лицо: Щеникова Елена Юрьевна;
Тел.: 560–00–77 (12); 8–905–209–47–76

ЛИТЕРАТУРА ПО ГОМЕОПАТИИ ООО «ЦЕНТР ГОМЕОПАТИИ» г. Санкт–Петербурга

- | | |
|-----------------------------------|---|
| Аллен Дж. | «Хронические миазмы: Псора и Псевдопсора. Сикоз». |
| Архангельская Н.В. | «Ганеман и его гомеопатия». |
| Баракин С.В. | «Гомеопатическое лечение полипов, кист, опухолей». |
| Берике | «Гомеопатическое лекарствоведение» (Материя Медика). |
| Берике | «Реперториум». |
| Бескровный Р.П. | «Лекарственные растения в домашнем обиходе». |
| Беннингаузен К. | «Терапевтический карманный справочник. Реперториум». |
| Беннингаузен К. | «Взаимосвязи лечебных средств». |
| Бойхельт Г. | «Гомеопатические реакционные типы в слове и образе». |
| Вавилова М.Н. | «Гомеопатическая фармакодинамика» (2 тома). |
| Ванье Л. | «Гомеопатические средства при острых состояниях». |
| Васильев Ю.В. | «Гомеопатическая терапия в дерматологической практике». |
| Васильев Ю.В. и соавторы | «Гомеопатическая мезотерапия в дерматокосметологии». |
| Ганеман С. | «Органон врачебного искусства». |
| Ганеман С. | «Опыт нового принципа С.Ганемана». |
| Геринг К. | «Ведущие симптомы нашей Materia Medica» (Том 1–10). |
| Глаз В.Г. | «Л.Н. Толстой Война и мир. Образ Н. Ростовской. Комментарии гомеопата». |
| Глаз В.Г. | «Справочник гомеопатических средств при лечении невротических расстройств и головной боли». (2 тома). |
| Гранжорж Д. | «Точная гомеопатия. Дух лекарства». |
| Гранжорж Д. | «Дух гомеопатического лекарства. Что сказала болезнь». |
| Гранжорж Д. | «Гомеопатия – Путь жизни». |
| Гранжорж Д. | «Исцеление гомеопатией. Гомеопатия в острых случаях». |
| Гибсон Р. Миллер | «Совместимость гомеопатических препаратов с указанием приближенных доз». |
| Дельтомб М, Егершмидт Г. | «Краткая Материя Медика в педиатрии». |
| Долинина Л., Ковалева О. | «Советы врача–гомеопата молодым родителям». |
| Журнал «Гомеопатия и фитотерапия» | «Гомеопатия и фитотерапия» №1,2/2003, №1/2 2004, №1/2 2005, №1/2 2006, №1/2 2007, №1,2 2008, №1,2 2009, №1,2 2010, №1,2 2011, №1,2 2012. (ф. А4). |
| Зимин В.М. | «Профессиональный справочник фитотерапевта». |
| Кауль В.А. | «Гомеопатия в психиатрии» |
| Крылов А.А. и соавторы | «Введение в гомеопатию». |
| Крылов А.А. и соавторы | «Домашний гомеопатический лечебник». |
| Леру Патрисия | «Металлы в гомеопатии». |
| Леру Патрисия | «Млечный путь. Семейство лаковых». |
| Леру Патрисия | «Бабочки. Практический гид применения семейства бабочек в гомеопатии» |
| Леру Патрисия | «Актиниды. Элементы седьмого периода таблицы Д.Менделеева и их применение в гомеопатической практике». |
| Линде В.А. | «Гомеопатия в лечении предменструального синдрома». |
| Линде В.А. | «Пульсовая диагностика». |
| Линде В.А. | «Эндометриоз». |
| Линде В.А. и соавторы | «Угрожающий аборт в первом триместре беременности». |
| Лютынский Ю. | «Головная боль». |
| Нэж Е.Б. | «Руководство по терапевтической гомеопатии». |
| Поповский Пьер | «Гомеопатия и малая патология у новорожденных и грудных детей». |
| Песонина С.П. | «Гомеотерапия заболеваний сердечно–сосудистой системы». |
| Песонина С.П. и соавторы | «Избранные вопросы гомеопатической эндокринологии». |
| Песонина С.П. и соавторы | «Гомеопатическая терапия в аллергологии». |

Песонина С.П. и соавторы	«Гомеопатия и фитотерапия в кардиологии».
Песонина С.П. и соавторы	«История гомеопатии в России».
Песонина С.П. и соавторы	“Гомеопатические лекарственные средства для лечения заболевания почек и мочевыводящих путей”.
Песонина С.П. и соавторы	«Словарь терминов, используемых в гомеопатии».
Песонина С.П. и соавторы	«Гомеопатия в гастроэнтерологии»
Песонина С., Одинцева В.	«Электропунктурная диагностика по Р.Фоллю в практической медицине»
Песонина С. И соавторы	«Гирудотерапия»
Симеонова Н.К.	«Гомеопатия – Астрохимия».
Фаррингтон Э.А.	«Клиническая материя медика»
Черных А.А.	«Антигомтоксические препараты в клинике внутренних болезней».
Черных А.А.	«Универсальный реперториум»
Штигеле А.	«Гомеопатическое лекарствоведение»
Штигеле А.	«Клиническая гомеопатия»
Щеникова Е.Ю. и соавторы	«Гомеопатия в педиатрической практике».

Центр гомеопатии Санкт–Петербурга: 192171, Санкт–Петербург, ул.Поляриков, 15
 тел/факс: (812) 560–00–77, 560–00–12;
 e–mail: ch@lek.ru
<http://www.homeopathy.spb.ru>

Центр гомеопатии «Арника»: 194356, Санкт–Петербург, пр.Энгельса д.132/1
 тел/факс: (812) 591–60–61, 597–62–33
 e–mail: arnica@homeopathy.spb.ru



the nature of your health

ГЕММОТЕРАПИЯ или меристематерапия

Метод натуротерапии, основанный на аналого-биохимическом принципе дренажа и использующий водно-глицериново-спиртовые экстракты молодых, меристемных (недифференцированных) тканей растений.

Почки, ростки, кора, молодые корешки и побеги, сок и другие части растений, содержащие меристематические ткани, используются в свежем виде и собираются во время развития, в момент максимальной концентрации активных компонентов, до периода полной дифференциации.

Румыно-немецкое совместное предприятие «PlantExtrakt» производит геммоэкстракты стандартизированным методом в соответствии с Французской фармакопеей и Европейской фармакопеей путем последовательных этапов: вымачивания свежего материала в смеси спирта и глицерина в течение 21 дня, двойной фильтрации с интервалом в 48 часов и разведения в смеси 10% глицерина, 18% спирта и воды. Технология производства геммоэкстрактов соответствует требованиям Надлежащей производственной практики (GMP). Геммоэкстракты содержат ферменты, витамины, белки, аминокислоты, фитогормоны, факторы роста, специфические компоненты растений, которые в целом образуют фитокомплекс, определяющий специфический органотропизм препарата. Геммоэкстракты способствуют поддержанию и коррекции гуморального и клеточного гомеостаза, воздействуя на функциональном, метаболическом и органном уровнях.

Правила назначения геммоэкстрактов

Внутри за 30 минут до приема пищи, растворяя капли в небольшом количестве воды. Дозы могут различаться в зависимости от возраста (1 мл = 25 капель): взрослым – 1-3 мл (25–75 капель); детям – 1 капля / 1 кг массы тела. Кратность приема при монотерапии – 1-3 раза в день, в зависимости от интенсивности симптомов; при комбинации геммоэкстрактов – 1 суточная доза каждого из них перед различными приемами пищи.

Продолжительность лечения:

- при острых состояниях прием препаратов может быть продолжен в течение одной недели после исчезновения симптомов, с постепенным снижением ежедневной дозы и кратности приемов;
- в хронических случаях прием показан 3–6 месяцев, при необходимости может продолжаться в течение 1–2 лет.

«Центр гомеопатии «Арника» представляет продукцию совместной германо-румынской фирмы PlantExtrakt в РФ
194356, г.СПб., пр. Энгельса, д. 132/1;
тел.: (812) 591-60-61, (812) 597-62-33
e-mail: arnica@homeopathy.spb.ru
http://www.arnicas.ru

Геммоэкстракт

PlantExtrakt

Рекомендации к применению

Экстракт из сока серебристой березы (<i>береза серебристая</i>)	Дренажное средство на уровне почек, лимфодренажное средство (целлюлит).
Экстракт из почек бука (<i>бук европейский</i>)	Хронические заболевания почек и мочевыводящей системы.
Экстракт из ростков брусники (<i>брусничник</i>)	Нарушение кишечного транзита (запор, диарея), воспалительные заболевания мочевыводящих путей, нарушения кальциевого обмена.
Экстракт из почек винограда (<i>виноград культурный</i>)	Хронический тонзиллит, заболевания опорно-двигательной системы.
Экстракт из почек грецкого ореха (<i>грецкий орех</i>)	Дисфункция тонкого кишечника, хронический панкреатит, метеоризм, для восстановления бактериальной флоры, повышение сахара крови (гипергликемия).
Экстракт из почек граба (<i>граб обыкновенный</i>)	Хронические заболевания верхних дыхательных путей, спастический кашель, заболевания печени, тромбоцитопения.
Экстракт из почек нижира (<i>фиговое дерево</i>)	Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.
Экстракт из почек калины гордовины (<i>калина лантана</i>)	Заболевания дыхательной системы, в том числе бронхиальная астма и хронический обструктивный бронхит.
Экстракт из почек клена полевого (<i>клен полевой</i>)	Заболевания желчного пузыря, желчнокаменная болезнь, межреберная и лицевая невралгия, гиперхолестеринемия.
Экстракт из почек серебряной липы (<i>липа войлочная</i>)	Психозомоциональные нагрузки, раздражительность, нарушение сна.
Экстракт из ростков малины красной (<i>малина обыкновенная</i>)	Функциональные нарушения менструального цикла, предменструальный синдром, климактерический синдром.
Экстракт из ростков мамонтового дерева (<i>секвойя гигантская</i>)	Астено-невротический синдром, андро- и менопауза, заболевания предстательной железы и матки у пожилых людей.
Экстракт из ростков оливы (<i>олива европейская</i>)	Гиперхолестеринемия, гипергликемия, артериальная гипертензия.
Экстракт из ростков плюща (<i>виноград девичий</i>)	Суставной и болевой синдром при хроническом артрите, в том числе ревматоидном, деформирующем остеоартрозе.
Экстракт из корня ржи (<i>рожь посевная</i>)	Заболевания печени и желчного пузыря, кожные заболевания, в том числе псориаз.
Экстракт из ростков розмарина (<i>розмарин лекарственный</i>)	Нарушение памяти и концентрации внимания, пониженное артериальное давление, нарушение функции печени и желчного пузыря.
Экстракт из почек черной смородины (<i>смородина черная</i>)	Универсальное дренажное средство, воспалительный, в том числе аллергический, процесс любой локализации, иммуномодулятор.
Экстракт из почек черной шелковицы (<i>шелковица черная</i>)	Гипергликемия, сахарный диабет II типа, нарушение толерантности к глюкозе.
Экстракт из ростков шиповника (<i>шиповник собачий</i>)	Профилактика ОРВИ и гриппа.
Экстракт из почек ясеня обыкновенного (<i>ясень обыкновенный</i>)	Дренажное средство на уровне мочевыводящей системы и желчного пузыря, гиперхолестеринемия.

ПРИБРЕСТИ ГЕММОЭКСТРАКТЫ МОЖНО ПО АДРЕСАМ:

В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

- Центр гомеопатии «Арника», проспект Энгельса д.132/1, (812) 591-60-61
- Центр гомеопатии, улица Полярников д.15, (812) 560-00-77

В МОСКВЕ:

- Аптека «ФИТА», Дмиртовкое шоссе, 40/1, (499) 488-60-06, (499) 713-50-06
- Аптека «ЦВЕТЫ БАХА», улица Большая Садовая, 10, (495) 741-63-37, (495) 699-57-38

В КАЗАНИ:

- Казанский гомеопатический центр, ул. Достоевского д. 74А, (843) 236-04-13, (843) 236-94-99