

# ГОМЕОПАТИЯ

## и фитотерапия

2 (48) 2016

### 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, О.Ф. Федрунова</i> Положение гомеопатии в России на современном этапе развития здравоохранения.....3	<i>В.Г.Чалков, О.В.Чалкова</i> Применение антигомотоксических препаратов в комплексном лечении больных с тяжелой черепно-мозговой травмой в остром периоде .....28
ТЕОРИЯ ГОМЕОПАТИИ <i>Б.А. Мирский</i> Quo vadis, homöopathie?—Per aspera ad astra... Куда идет гомеопатия? Через трудности к звездам... .....6	<i>Л.В. Сазонова</i> Фолликулинум .....35 <i>Э.Д. Колосовский</i> Предполагаемая природа аутизма. Возможности гомеопатии.....37
ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ГОМЕОПАТИИ <i>З.Г. Габович</i> О препаратах тройных солей бария (продолжение)..... 11	ФИТОТЕРАПИЯ <i>К.В. Сивак, К.И. Стосман, Е.Е.Лесиовская, Т.Н. Саватеева-Любимова</i> Терапевтическая эффективность Канефрона Н в комплексной терапии аутоиммунного гломерулонефрита Хейманна в эксперименте.....39
ПРАКТИЧЕСКАЯ ГОМЕОПАТИЯ <i>А.Г. Быстров, Ю.А. Быстрова</i> Особенности лечения пациентов с парафунк- циями жевательных мышц с использованием гомеопатических лекарственных средств (продолжение).....22	

**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 О297  
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,  
2016

**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 пт, 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, О.Ф. Федрунова  
Санкт-Петербург, Томск, Россия*

## ПОЛОЖЕНИЕ ГОМЕОПАТИИ В РОССИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Гомеопатия приобрела широкое распространение во всем мире, особенно в экономически развитых странах. Услугами гомеопатических учреждений пользуются 63% населения в Германии, 56% в Бельгии, 40% в Голландии, 32% во Франции; гомеопатические лекарственные средства в своей практике используют 40% врачей в Великобритании, 32% во Франции, 25% в Германии. В Великобритании, Франции, Германии, Австрии и Бельгии гомеопатия имеет государственный статус. По оценке экспертов, рынок природных гомеопатических средств, не имеющих побочных эффектов, будет неуклонно расширяться; уже сейчас во Франции 63% всех безрецептурных препаратов – это гомеопатические средства.

Россия была в числе первых стран, воспринявших учение основоположника гомеопатии С. Ганемана (1821). Начало 90-х годов стало ренессансом не только для развития новых политических решений, это время стало очередным периодом бурного развития гомеопатии. Действующим в настоящее время приказом Минздравмедпрома России № 335 от 29.11.95 г. “Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении” разрешено использование метода гомеопатии в практическом здравоохранении и утверждены нормативная документация, регламентирующая деятельность врача, использующего метод гомеопатии, положение о враче, использующем гомеопатический метод, а также требования к заполнению медицинской карты амбулаторного больного врачом, использующим гомеопатический метод. В приказе №270 от 01.07. 96 г Министерство дало официальное определение гомеопатии. Постепенно расширяя сферу своего влияния, гомеопатия получила в России значительное распространение и признание среди врачей и пациентов.

В отдельных регионах расширилась сеть гомеопатических кабинетов и аптек, созданы общественные организации, ассоциации и научно-практические объединения, осуществляющие научную, организационно-методическую и клиническую деятельность, проводится подготовка кадров и международное сотрудничество.

Вопреки широкому распространению в России и за рубежом научных исследований клинического и экспериментального характера, посвященных научной проверке и обоснованию положений гомеопатии, на большинстве территорий нашей страны существуют колоссальный пробел в организации гомеопатической службы.

Процессы реформирования здравоохранения и образования, происходящие в последние годы, замедлили дальнейшее становление гомеопатии, в первую очередь в связи с отсутствием развития законодательной базы в области практического применения гомеопатии.

Наглядное представление особого положения гомеопатического метода в современном российском здравоохранении можно получить из таблицы представленной ниже (табл. №1).

**Сравнительная таблица положения в системе охраны здоровья граждан  
и здравоохранения академической (официальной) медицины, народной,  
традиционной медицины, гомеопатии, гомотоксикологии**

	<b>Академическая (официальная) медицина</b>	<b>Народная, традиционная медицина</b>	<b>Гомеопатия, гомотоксикология</b>
Участие в соблюдении основных принципов в области охраны здоровья	да	да	да
Участие в системе здравоохранения	да	Не всегда, так как существуют организационно правовые разночтения	Не всегда, так как существуют организационно правовые разночтения
Участие в ОМС	да	нет	нет
Участие в ДМС	да	нет	Нет/да
Бюджетное финансирование	да	нет	нет
Использование методов доказательной медицины	да	нет	да
Наличие диплома о высшем медицинском образовании (лечебное дело стоматология, педиатрия, провизор)	да	нет	да
Протоколы лечения	да	нет	да
Стандарты лечения	да	нет	нет
Исследования в ведущих медицинских учреждениях	да	да	да
Наличие в перечне общероссийского классификатора занятий ОК. –2014	да	нет	нет
Послевузовская подготовка врачей	да	нет	да
Послевузовская подготовка провизоров и фармацевтов	да	нет	да
Применение лекарственных препаратов, внесенный в реестр лекарственных средств	да	нет	да
Развитие резистентности к препаратам	да	нет	нет
Наличие частоты побочных действий у препаратов	высокая	низкая	Практически отсутствует
Заинтересованность врачей	да	да	да
Заинтересованность пациентов	да	да	да
Ведомственные целевые программы Министерства здравоохранения Российской Федерации по содействию развитию малого и среднего предпринимательства в здравоохранении	да	нет	нет
Программы государственного образования пациентов	да	нет	нет
Изучение сравнительных объемов потребления препаратов	да	нет	нет
Изучение расчета потребности органами здравоохранения	да	нет	нет
Изучение статистики органами государственного здравоохранения	да	нет	нет
Исследование рынка	да	нет	да

## ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

До настоящего времени роль и место гомеопатического лечения в системе общественного здравоохранения окончательно не определены. Не разработаны законодательные и нормативно-методические документы, регламентирующие деятельность врачей-гомеопатов, не обозначена врачебная специальность и вид специализированной медицинской помощи. Актуальным является обоснование и создание организационно-правовой и функциональной структуры гомеопатической службы. Отсутствуют единые подходы и стратегия интеграции гомеопатии в общественное здравоохранение

Несмотря на организационные и финансовые проблемы сегодняшнего здравоохранения России, необходимо сформировать условия для доступности гомеопатической помощи. В целях укрепления законодательной базы гомеопатии МЗ РФ целесообразно подготовить и издать в развитие Приказа №335 новый приказ "О мерах по дальнейшему развитию гомеопатии", предусматривающий следующие положения:

- выделение гомеопатии как самостоятельной клинической специальности (субспециальности) и вида специализированной медицинской помощи;
  - включение гомеопатического лечения в систему обязательного медицинского страхования;
  - развитие инфраструктуры гомеопатической помощи населению;
  - с целью обеспечения равной доступности лечебной и лекарственной помощи гомеопатического профиля населению всех субъектов РФ, включая сельскую местность, разработать и утвердить комплексную программу по поддержке создания гомеопатических медицинских центров различных форм собственности;
  - для этих целей обеспечить предоставление государственных или муниципальных преференций в виде выделения помещений из федерального, муниципального, областного фонда;
  - предоставления льготных кредитов, субсидий для организации и развития гомеопатических учреждений разных форм собственности;
  - обеспечение возможности использования гомеопатического метода в деятельности амбулаторно-поликлинических, стационарных, реабилитационных и санаторных ЛПУ;
  - ввести преподавание основ гомеопатии студентам старших курсов в вузах в качестве обязательного и элективного курса;
  - утвердить программу последипломного усовершенствования врачей в области гомеопатии;
  - включить использование гомеопатии в программы охраны здоровья населения, оздоровления детей в детских учреждениях и лиц пожилого возраста;
  - ввести должность главного специалиста по гомеопатии в городских, областных департаментах (министерствах) здравоохранения с целью организационно-методической поддержки внедрения гомеопатии в профилактический, лечебный, реабилитационный этапы терапии.
- Для оптимизации лекарственного обеспечения населения гомеопатическими препаратами необходимо:
- разработать Российскую гомеопатическую фармакопею;
  - создать условия для проведения клинических испытаний гомеопатических лекарственных средств с применением методов доказательной медицины;
  - обеспечить производство гомеопатических монопрепаратов промышленными отечественными фармацевтическими предприятиями и производственными аптеками при гомеопатических центрах в каждом субъекте РФ;
  - упростить прохождение регистрации ГЛС в Фармакологическом комитете аналогично принятой в европейских странах процедуре.

Резюме:

Трудности внедрения методов гомеопатии при высокой потребности населения, связаны с отсутствием четкой позиции этого метода в системе оказания медицинской помощи, неоднозначной трактовкой положений законодательства и отсутствием государственных программ поддержки.

## ТЕОРИЯ ГОМЕОПАТИИ

**Б.А. Мирский**

Москва, Россия

### QUO VADIS, HOMŌCOPATHIE?-PER ASPERA AD ASTRA... КУДА ИДЕТ ГОМЕОПАТИЯ? ЧЕРЕЗ ТРУДНОСТИ К ЗВЕЗДАМ...

Дорогие коллеги, я стал заниматься гомеопатией 20 лет назад, и первым моим желанием было выяснить возможность ее применения при острых заболеваниях. Понимая, что самым полным отражением принципов подобия будет использование частей больного организма, я назначал разведения крови и мочи; при длительности заболевания от 1 до 12 часов обострение происходило сразу и выздоровление в течение 3 часов. Лечение нозодами хронических больных приводило к тому, что Герхард Келер описал как «просмотр кинофильма о болезни в обратном направлении» и в поочередном появлении прошедших симптомов. Изучая особенности гомеопатической терапии, можно прийти к выводу, что гомеопатическая терапия действует не одномоментно, а во времени, и в связи с этим я хотел бы пригласить вас, уважаемые коллеги, от повседневных трудностей и забот подняться к звездам и вспомнить нашего астрофизика Н.А.Козырева. Наблюдая звездное небо, он установил, что любую звезду можно обнаружить не только в момент наблюдения, но и в ее прошлом и в будущем местонахождении, что означает, что все виды времени, прошлое, настоящее и будущее являются одновременными. Эти выводы в дальнейшем были подтверждены его последователями, которые установили возможность обнаружения будущих событий и даже обратного течения времени. Представить себе обратное течение времени трудно, но неоспоримо, что и мы и мир вокруг нас существуем и движемся в пространстве – времени. На Земле движение это, видимо ритмично – волнообразно, синхронно с циклом день–ночь и возвратно–поступательно, шаг вперед – шаг назад.

Если одновременность времени существует у звезд, то она должна существовать и у людей. И в таком случае жизнь человека от зачатия до смерти схематически может выглядеть так (рис.1):

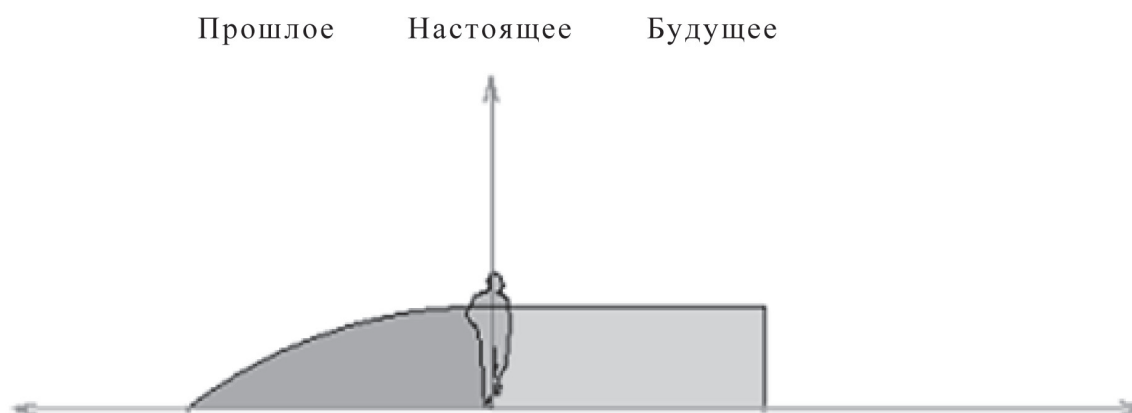


Рисунок 1.

Модель запрограммированной природой здоровой жизни здорового человека.

Но в течение жизни постоянно возникают различные стрессы и острые заболевания, образующие волновые процессы, направленные в прошлое и в будущее, и когда две волны встречаются, может происходить их резонансное усиление в виде внезапного нового стресса или заболевания.

Ниже представлена модель нездоровой жизни больного человека со взаимодействием «волн времени» (рис.2).

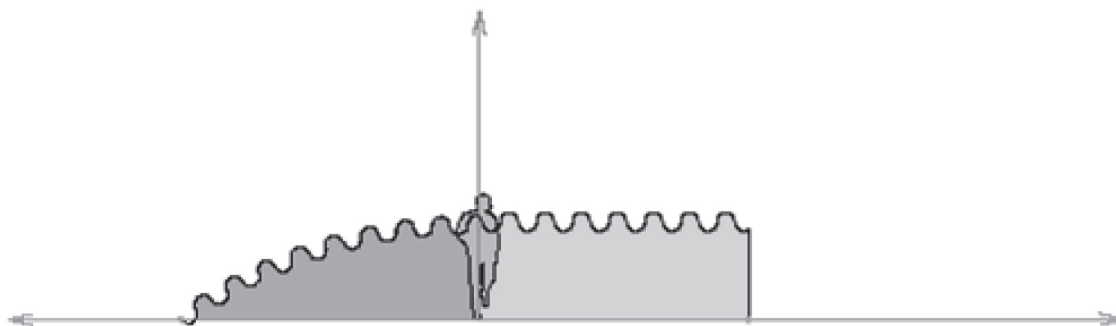


Рисунок 2.

Во время гомеопатического лечения препараты назначаются в соответствии с принципом подобия и в определенном ритме, в результате чего возникает резонанс с биоритмами организма и заболевания и происходит многократное увеличение амплитуд первичных волн, что выглядит как «гомеопатическое обострение». При лечении острого заболевания вторая фаза волны, возвращаясь обратно во времени, достигает «стадии здоровья» и организм выздоравливает естественным путем, только «плывя по волне» биоритма. При лечении длительного или хронического заболевания «гомеопатическая волна» движется в прошлое, по очереди встречая на своем пути прошлые стрессы и заболевания, и вызывает их резонансные усиления, которые также поочередно возвращаются в настоящее время в виде описанного Келером обратного движения кинофильма (рис.3).

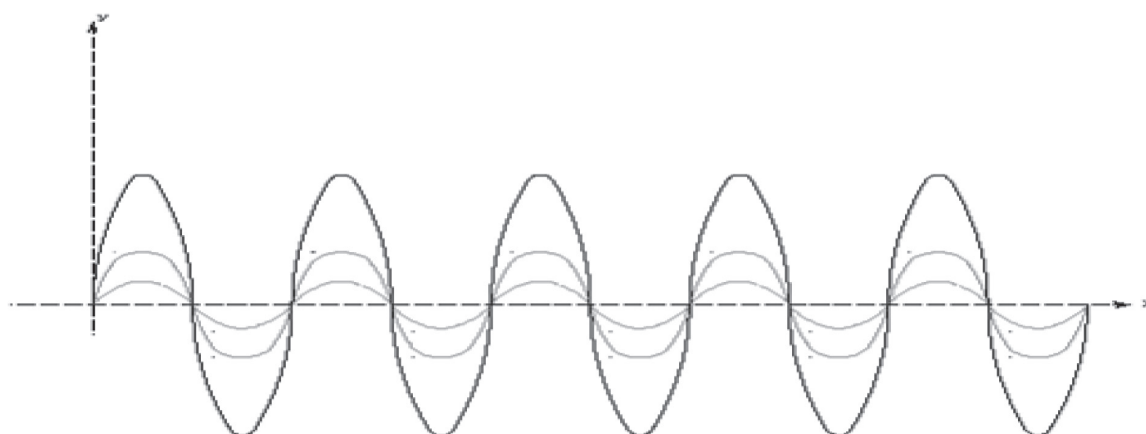


Рисунок 3.

Насколько реальна эта модель?

Двадцать лет назад я был приглашен на выставку новой медицинской аппаратуры, где познакомился с новым прибором – биорезонатором БИКОМ, и по предложению продавца прибора мне и знакомому медицинскому инженеру в течение 20 минут на этом приборе была выполнена программа укрепления здоровья. Когда я вернулся домой, у меня появились тошнота, головная боль, температура 40 градусов и АД повысилось до 180 и 100 (по-видимому, программа прибора была выполнена неправильно); приступ продолжался 2 часа. Я позвонил

медицинскому инженеру, оказалось, что такой же приступ был и у него. Но что интересно, в дальнейшем и у меня и у инженера этот приступ повторялся в течение месяца с интервалами в одну неделю, с постепенным уменьшением интервалов до 1–2-х дней.

Судя по всему, это произошло в результате случайного создания аналога острого заболевания в виде как раз такой «волны во времени», запущенной из настоящего в будущее.

Но возможна ли «волна во времени» в обратном направлении?

Н.А.Козырев писал, что само время течет из будущего в прошлое.

Посмотрим на руку больной с гангреной пальцев (рис.4).



**Рисунок 4.**

В результате гомеопатического лечения на 4–5 пальцах некротические участки отторглись, а на 2–3-м восстановилась здоровая ткань (рис.5).

Однако невозможно влиять на жизненные процессы в умерших тканях, так как их там нет. Как гласит учебник патологической анатомии: «Смерть биологическая – необратимое прекращение всех жизненных процессов». То есть восстановление жизни в умерших тканях невозможно в принципе, и если это все же произошло, то ничем иным, кроме как обратным движением во времени это объяснить нельзя; если же материальное вещество может «возвращаться» во времени, то и движение нематериальных волновых процессов в прошлое вполне реально. «Физические свойства времени могут противодействовать обычному ходу процессов, ведущему к разрушению организованности, и поэтому быть началом, противодействующим смерти систем» (Н.А.Козырев, 1991).

Такое объяснение процесса жизни предполагает некоторые следствия, в частности, возможность излечения хронических заболеваний, а если мы обратимся к процессу старения, то не являются ли многие признаки старости результатом взаимодействия волн времени, и то, что нам кажется необратимым увяданием, на самом деле обратимо? Август Бир описал восстановление гомеопатическим методом у лысых мужчин выпавших волос, но зубы также частичное производное эктодермы и, значит, возможно восстановление этим методом также и выпавших зубов? С этой точки зрения сатирический стих «Если витамины – то здоровеньким помрешь» выражает реальность жизни.





Рисунок 5.

Изучая опыт гомеопатии, приходишь к выводу, что с помощью этого метода можно лечить любые заболевания, но используются ли эти возможности?

Если мы сами попробуем совершить путешествие в прошлое, то вспомним тысячи немецких солдат, подвергшихся ампутации конечностей в связи с гангреной после ранений и отморожений на фронтах 2-й Мировой войны, и гибель 130 мирных граждан, захваченных террористами в заложники в театральном центре в Москве 13 лет назад. Солдаты стали инвалидами, хотя Бир, Герлах и Штигеле доказали эффективность безоперационного лечения гангрены гомеопатическим методом, а заложники погибли в результате применения против террористов отравляющего газа, причем врачи объясняли, что не смогли помочь, так как спецслужбы отказались сообщить название примененного вещества; я думаю, что большинство гомеопатов скажут, что для излечения отравленного необязательно знать название яда, достаточно картины отравления, поэтому есть все основания считать, что при своевременном применении гомеопатического лечения пострадавшие были бы спасены.

Каждый врач, получая диплом, принимает на себя обязательство для спасения жизни и здоровья больного применить все возможные методы лечения, и если по каким-то причинам он этого не делает, то это – нарушение профессионального долга. Конечно, врачи могли не знать об эффективности гомеопатического лечения, но в юриспруденции, например, существует формула «незнание закона не освобождает от ответственности», тогда на ком в таких ситуациях лежит ответственность? На властях, на медицинской службе или на самом враче перед его совестью?

Жизнь показывает, что никакие успехи гомеопатии: ни излечение гангрены, ни излечение холеры и прочих заболеваний, не заставят общественное мнение признать гомеопатию равноправной наукой до тех пор, пока не будет раскрыт механизм ее действия, (а механизм этот, судя по всему, связан не с химическими, а с физическими процессами), поэтому мы должны сосредоточиться на этом.

На мой взгляд, из-за разных механизмов действия гомеопатических и аллопатических препаратов не существует принципиальных противопоказаний для одновременного при-

менения обоих методов, поэтому, в связи с эффективностью гомеопатии, в интересах всех людей надо ввести ее в общемедицинскую практику, проводить научные исследования в области гомеопатии, преподавать в системе медицинского образования, чтобы этим методом владел каждый врач.

Из вышесказанного следует, что любое заболевание является волновым процессом во времени и гомеопатическая терапия или основанная на ее принципах тактика, вступая в резонанс с этим процессом, может нейтрализовать волну любой патологии и излечить любое заболевание. Я думаю, в этом и состоит вклад Самуила Ганемана и Августа Бира в медицину 3-го тысячелетия.

#### *Литература*

1. Вавилова Н.М. Гомеопатическая фармакодинамика. Том 2 – 1994.
2. Келер Г. Гомеопатия – М. – 1995.
3. Козырев Н.А. Избранные труды. Л. – 1991.
4. Мирский Б.А. Опыт гомеопатического лечения гангрены // Практическая гомеопатия. – 2010. – №1(11).
5. Струков А.И. Патологическая анатомия. – М. – 1967.
6. Bier A. Homöopathie und harmonische Ordnung der Heilkunde. – Stuttgart. – 1939.
7. Gerlach W. Secale cornutum gegen Gangrän. Ein Beitrag zur medikamentösen Behandlung der Thromboangiitis obliterans // Münchener medizinische Wochenschrift. – 1933. – №44.
8. Jütte R. Die Neue Deutsche Heilkunde. – München. – 1996.
9. Stiegele A, Beitrag zur homöopathischen Behandlung der diabetischen Gangrän // Hippokrates. – 1934. – Heft 4, 5.
10. The end of homeopathy // The Lancet. – 2005. – Vol. 366, Ist. 9487.

---

# ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ГОМЕОПАТИИ

---

**З.Г. Габович**

Талинн, Эстония

## О ПРЕПАРАТАХ ТРОЙНЫХ СОЛЕЙ БАРИЯ (продолжение)

*Не гоняйся за счастьем: оно всегда находится в тебе самом.  
(Пифагор)*

### **BARUTA CARBONICA CALCAREATA (нет описания)**

*Calcarea* (кальций, серебристо-белый мягкий металл), название от *calcis* (латынь, родительный падеж от *calx* – известь); химически очень активен, при обычной температуре легко окисляется на воздухе. В земной коре по распространённости занимает пятое место.

**И.Тимошенко.** Природа использует кальций для защиты мягких тканей, он является основным костным компонентом и как бы несёт на себе ответственность за скелет – *опору* всего человеческого тела, его *костяк*. Общесольные свойства и заключённая в них идея стабильности, прочности, защиты; центральная идея – *незащищённость*.

**К.Култер.** Вялость или инертность является характерной и ключевой чертой кальция. Замедленный метаболизм, застойное кровообращение. Калькарейная личность – мало-подвижная натура, живёт как в летаргическом сне, удовлетворяется выполнением самого минимума, усилия приводят его в состояние изнеможения, как умственного, так и физического – от малейшей нагрузки такой человек потеет и задыхается. В противоположность вялости, по закону маятника, проявляется возбудимость в виде склонности к конвульсиям и припадкам. Это бесценное средство при лечении всех форм эпилепсии.

**Я.Схолтен.** Ряд железа. Стадия 2. *Сущность*: неуверенный относительно своей задачи. Сильный страх того, что подумают о них окружающие, что в них разочаруются, страх потери, болезни, нищеты, страх предчувствия – несчастья, будущего.

**Р.Шанкаран.** Центральная идея *Calcarea* – незащищённость; идея стабильности, прочности, защиты. Постоянно ищет в жизни то место (работа, семья), где чувствует себя защищённым, им необходимы защита и чувство безопасности. Защищаются, отгораживая себя от внешнего мира, отступают и создают, подобно моллюску, вокруг себя защитную оболочку.

*Carbon* (углерод) основной элемент всех органических форм жизни – все органические вещества строятся вокруг углеродных цепочек – витального компонента большинства химических соединений, связанных с жизнедеятельностью.

**Р.Шанкаран.** Основная тема *Carbonicum* – поиск смысла своего существования и собственной системы жизненных ценностей; самооценка, робость; чувство собственного достоинства и чувство долга; важен социальный статус, нельзя потерять *панцирь* (дом), *защиту*, стабильность. В работе находят смысл существования. Центральной и базисной темой карбонатов является витальная реакция – желание жить и боязнь смерти, т.е. основной инстинкт выживания. При недостаточной витальной реакции (активности) появляется страх смерти, *BD* – угроза жизни, когда пациент ощущает себя слишком маленьким и незначительным в борьбе за существование. Проблемы левосторонние, кости; лимфа.

**Я.Схолтен.** Ряд углерода наиболее сложен для понимания. Однако, наиболее важная тема – индивидуальность, слабость собственного Я (поиски его), что проявляется в

недостаточном контроле над эмоциями. Другая важная тема: собственность (отдавать сложнее, чем получать); живут в мире сказок и преданий, их мысли, как маятник, качаются от одной крайности в другую. Стадия 10. Хозяин и повелитель: вершина, центр. Сущность: самооценка, поиск смысла своего существования и собственной системы жизненных ценностей. Чувство собственного достоинства и застенчивость – две стороны одной медали. Непостоянный, робкий, не контролирующийся себя человек (повышенная эмоциональная чувствительность). Чувство долга, в работе находят смысл существования; важен социальный статус, нельзя потерять панцирь (дом), защиту, стабильность. Проблема с отцом – центральный мотив. Отец – символ смысла жизни, центральная фигура жизненных ценностей; взаимоотношения с ним или другими авторитетами. Мы наследуем характер от отца, а ощущение собственного тела и душевный склад – от матери.

**Л.Виилма.** Ребенок – сумма своих родителей. Мать определяет мир, отец создает мир. Какова мать – такова и ДУША ребенка, его чувства, кровь и мягкие ткани; такова его душевная жизнь. Каков отец, таков и ДУХ ребенка, его разум, лимфа и костный скелет; такова и его материальная жизнь. Правая сторона тела, т.е. правосторонние симптомы – свидетельствуют о проблемах с женщинами (и/или с матерью); левосторонние – это проблемы с мужчинами (и/или с отцом).

**Р.Штайнер.** Мужское в наследственном процессе переносит то, чем человек обязан земному бытию, земным силам, тогда как женский организм ориентирован более на передачу того, что приходит из внеземного Космоса.

#### *Calcareo carbonica*

**К.Култер.** Карбонат извести усиленного действия, его получают из среднего слоя раковины устрицы. Этот моллюск вызывает несколько образов и, прежде всего – это что-то холодное, бледное, мягкое, бездейственное. Во-вторых, его раковина – твёрдая, непроницаемая, прикрепленная к скале и укрывающая абсолютно беззащитное существо. И, в-третьих, внутри развивается жемчужина изысканной и тонкой красоты, возникающая в результате затвердения слоёв вокруг раздражающей песчинки. У таких людей характерное рукопожатие – кажется, что в руке нет костей, нет твёрдого ответного пожатия; он протягивает вялую, холодную и влажную руку. Вялость или инертность (Геринг) является ключевой характерной чертой (устрица открывает и закрывает раковину только для принятия пищи или воспроизводства); личность живёт безмятежно, как в летаргическом сне, её нелегко взволновать или сдвинуть с места. Усилия (как умственные, так и физические) приводят его в состояние изнеможения (Берике). На физическом уровне – замедленный метаболизм, застойное кровообращение, общая нехватка выносливости и упругости. Малоактивен, с нескоординированными движениями; бездеятельный до такой степени, что даже чувствует себя лучше, когда у него запор, а после опорожнения кишечника (усилие!) оказывается вспотевшим, ослабевшим и опустошенным, ослабевшим (Кент). Он чувствует себя хуже от любого напряжения (*Rhus, Arnica*) и даже незначительное усилие заставляет его потеть и задыхаться. У женщины усилия или возбуждение, самое незначительное волнение вызывает маточное кровотечение или дисменоррею (Геринг), слишком ранние, обильные и/или болезненные менструации. Сильная зависимость от Луны – симптомы усугубляются в период полнолуния (Богер) и новолуния (Беннингаузен). В противоположность вялости или инертности проявляется возбудимость в виде склонности к конвульсиям (эпилептоидные припадки). На уровне сознания даже от небольшого усилия в разговоре «он чувствует, что его ум как будто парализован» (Ганеманн) или наступает приступ дрожи (Геринг). Инертность прослеживается в «нехватке решительности» и неспособности начинать умственную работу (Кент); он тратит всю энергию на детали, второстепенные мелкие дела, медлит и копается, всё время откладывает (как *Lycopodium*) начало более важного и крупного задания. Однако может быть нечто прямо противоположное – человек упорно старается преодолеть или с лихвой возместить инертность и медлительность, его прилежание временами доходит до «безумной работы» (Кент), когда он трудится день и ночь безостановочно, если его воображение уже захвачено работой, он не может оторваться, и делает всё до конца с неистощимой энергией. Это хорошее лекарство при эмоциональной травме; одно из лучших средств для

лечения «результатов печали и горя» (Геринг); «никогда не проходящие страхи» (Ганеманн) о здоровье. Ребёнок замечательно довольствуется своим собственным обществом; его чувствительность выражается в его разнообразных страхах (темноты, остаться или лечь спать одному). Уязвимая натура, очень чувствительная к критике; эмоциональная замкнутость. «Крабообразное сознание». Страх перед новым поворотом жизни. Как способ защиты против давления извне – *упрямство* (Ганеманн); оно неагрессивное, но решительное – оно выглядит как медлительность или тупость. Всегда опаздывает (в театр, на службу, на свадьбу), появляется последним, но и уходит последним. Чувство неуверенности в себе; очень озабочены тем, что другие (взрослые или окружающие) подумают о них «таких маленьких и никчёмных»; робость, застенчивость, взгляд исподлобья. Сильный страх того, что в них разочаруются. Чтобы завоевать благорасположение других, они стараются соответствовать всевозможным требованиям, традициям, нормам и оценкам. Самой прекрасной способностью устрицы является умение создавать совершенную и блистающую жемчужину, но если песчинку критики не внедрить в аморфный организм, то жемчужина не будет образована. Это цветок из оранжереи, который требует заботливого и систематического выращивания; он не может развиваться сам по себе и нуждается в упорядоченном и индивидуальном *руководстве* извне. Предпочтительно, чтобы это был неутомимый арсеникальный учитель, каким был отец Моцарта или Ани Салливан, которая впервые начала учить слепоглохонемых детей. Квинтэссенцию русского типа калькарейной личности воплотил в себе герой романа «Идиот» Ф.М.Достоевского – эпилептик князь Мышкин. Интеллигентный и чувствительный, добрый и мягкий, дружелюбный и очаровательный, он в то же время наивен и слишком необычен в манерах и эксцентричен в поведении. Он похож на ребёнка и в своей моральной чистоте, и в отсутствии понимания силы сексуальной страсти; по существу он лишен страсти и поэтому становится трагедией в жизни двух женщин, которых любит.

**И.Тимошенко.** Главная тема – потребность в защите. *Ситуация* – черепаха с треснутым панцирем. Чувство неуверенности в себе, робость. Как выжить? Обилие всевозможных страхов (незащищённости, смерти) и ужас перед окружающим его миром.

**Р.Шанкаран.** Проблема с *отцом*, взаимоотношения с ним (или другими авторитетами). *BD* угроза жизни, страх смерти при недостаточной витальной реакции (активности), необходимой для выживания, ощущает себя маленьким и незначительным в борьбе за существование. Чувство зависимости и поиск безопасности. Проблемы левосторонние, кости; лимфа. Чтобы завоевать благорасположение других, они стараются соответствовать всевозможным требованиям, традициям, нормам и оценкам. Чувство неуверенности в себе; яркий симптом – робость; очень озабочены тем, что другие (взрослые) подумают о них «таких маленьких и никчёмных»; застенчивы, взгляд исподлобья. Сильный страх того, что подумают о них окружающие, что в них разочаруются, страх потери, болезни, нищеты, страх предчувствия несчастья, будущего.

*Baryta carbonica*

**Р.Шанкаран.** Страх потери имеющейся поддержки; полностью зависящий от других (как калека или слабоумный). *BD* зависимости, искалеченности; тревога за близких. Очень консервативны в одежде и образе жизни.

**И.Тимошенко.** У людей, физически ущербных по рождению, внутри клокочет неукротимый вулкан скрытого внутреннего конфликта. *Ситуация* лилипута; чувствует себя *изгоем*, все обижают его, смеются над ним; даже родители стыдятся его. Инвалидизация (*Barium*) смешана с панцирностью (*carbonicum*), стремление к защите – спрятаться в скорлупу.

**Я.Схолтен.** Чувствуют себя маленькими и никчемными; комплекс неполноценности делает их очень робкими, ни на что не способными во всех сферах. Вариант человека, чей *отец* слабоумный (или это *BD*), или потерял работу, социальный и финансовый статус, или болен и слаб. Либо *он* – отец слабоумного ребёнка и очень этого стыдиться.

**З.Габович.** Если вкратце охарактеризовать портрет *Baryta carbonica calcarea*, то получается, что к сиротскому комплексу неполноценности добавляется чувство зависимости и поиск безопасности; человек одинок и очень нуждается в любви и защите. Если представить эту личность совсем кратко, то это тип человека с *комплексом* «гадко-го утёнка», попавшего в отчаянную *ситуацию* «черепахи с треснутым панцирем».

**BARYTA MURIATICA NATRONATA (нет описания)**

*Natrium* (натрий, серебристо-белый лёгкий, мягкий, легкоплавкий металл), легко окисляется на воздухе, взаимодействие с водой сопровождается взрывом. Участвует в минеральном обмене всех живых организмов; является главной составляющей клеточной жидкости, его главная забота – сохранение гомеостаза, т.е. равновесия и гармонии.

**Я.Схолтен.** Ряд кремния. Ведущая тема ряда – одиночество. Стадия 1. *Сущность:* вступает в отношения под влиянием импульса и остаётся один, стремится к общению, но чувствует себя очень одиноким. Основная идея *Natrum* – горе по поводу утрат. Они никак не проявляют свои чувства и считают, что сами должны нести все тяготы жизни, помощи извне нет, им не на что рассчитывать. Их вера разрушена до основания – мрачны, меланхоличны, *пессимистичны* – ничего больше никогда не наладится; привязываются к определённым вещам или воспоминаниям из прошлого.

**Р.Шанкаран.** Глубочайшая необходимость отношений и сильная зависимость от единственной связи (1/1), в отличие от калия, где важнее семья; *BD* отдалённости (отдаленности) себя от других, подавляет свои эмоции, что делает их столь ранимыми.

**И.Тимошенко.** Сверхзависимость от кого-то или чего-то *одного*, опасно «зациклен» на ком-то одном. Сверхчувствительны, закрыты, легко ранимы, интроверты.

*Natrum muriaticum* – обыкновенная поваренная соль (хлористый натрий).

**К.Култер.** Соль, которая обладает рядом уникальных свойств. Обычно её ежедневно добавляют в пищу, она придаёт вкус, поглощает и конденсирует, сохраняет – применяется для консервирования. Эти свойства проявляются на физическом и психологическом планах в пациенте этого типа. С раннего детства происходит накопление отрицательных эмоций и печальных переживаний; человек не способен выразить свой гнев, поэтому он мучительно подавляет его. Или он оглядывается на грустные события минувшего, хорошо помнит и приносит через годы глубокие обиды, прошлые печали и разочарования; никогда не забывает душевных травм и не прощает несправедливости, «тонет» в неприятных воспоминаниях, которые разрастаются до огромных размеров и поглощают индивида. Это напоминает библейскую историю о том, что жена Лота превратилась в *соляной столб* именно в наказание за то, что оглянулась назад. Показатель сложности *Natrum muriaticum* – он не принимает никакой заботы или руководства, «всплеск гнева от утешения», отвергает предложенную помощь; при этом он необычайно сильно страдает от отвергнутого внимания, которое сам же и отверг. Из-за имеющегося или воображаемого невнимания родителей он может превратиться из мягкого послушного ребёнка в угрюмое несчастное своенравное создание. Он избегает смотреть в глаза, не отвечает на вопросы врача, видит всё в чёрном цвете, всегда ожидает худшего. Он всячески старается избегать стрессов, всегда быть готовым к любой неприятности; хочет выстроить вокруг себя защиту, «как бы непроницаемую завесу или стену». Такой интроверт может быть для себя злейшим врагом от сверхчувствительности к отрицательным моментам жизни – «впадает в депрессию, через облако которой оценивается окружающая обстановка». Следствием такого поведения становится печаль и по-настоящему глубокая склонность к унынию, одиночество и полное отсутствие жизнерадостности, «меланхолическая грусть и хроническое стремление к смерти». В таком подавленном состоянии духа он обращается к самоанализу; хочет жить изолированно подальше от людей, не переносит толпы. *Natrum muriaticum* стойчески переживает трудности, временами может даже улыбаться (прекрасная беззащитная улыбка), но это ни что иное, как попытка скрыть слёзы. Он настолько закрепощен внутри, что проглатываемые слёзы не проливаются. Иногда его «эмоциональный запор» может быть разблокирован только после приёма этого лекарства в высокой потенции. Ранимый в дружеских и семейных отношениях, он особенно уязвим в любви – она задевает самые больные струны его души. Превалирует романтическая любовь со всеми страданиями, разочарованиями и печалью; здесь горе, которое он себе приносит, выражается в постоянном муссировании переживаний или же в упорном возвращении к неразделённому чувству, растравляя душевную рану. Даже в случае разделённой любви, он может поставить себя в такие условия, которые сделают трагедию неизбежной. У человека может развиться «ультрапуританское отношение к сексу и всепроникающее ощущение *вины* и расплаты за неё в сексуальных делах», поэтому *Natrum muriaticum* – лучшее средство

при физических и психических нарушениях от отсутствия сексуальной жизни и также при генитальном *герпесе*. Тёплое солнышко – символ жизни и роста часто является для них источником страданий (ухудшение физических симптомов). При всей своей подавленности это привлекательная личность, у него твёрдые добродетели и несомненное великодушие, он истинный и заботливый друг (и муж), на которого можно полностью положиться, он всегда готов оказать помощь и отойти в тень, при этом может страдать от избыточной гордости. Он всегда стремится к истине, его упорство в бескомпромиссной честности; он всё познаёт тяжёлым путём, он негибок (как соляной столб) и редко выбирает лёгкий выход. Идеализм натуры, ощущение своей правоты и реформаторский пыл – всё отражено в портрете Дон Кихота. Инстинктивно или из принципа он обладает заметной склонностью к *нетрадиционному*, что иногда принимает форму *антиматериализма*. И физические симптомы (головная боль, запоры или боль в суставах) всегда фиксированы и несдвигаемы – они отражают скрепляющую природу соли.

**Р.Шанкаран.** Глубочайшая необходимость отношений и сильная зависимость от единственной связи (1/1), в отличие от калия, где важнее семья; *BD* – они обречены на разочарование в любви, взаимность исключается; страх, что им причинят боль (предадут их), отсюда их сдержанность, неприступность, молчаливая грусть, одинокие слёзы. Они прикладывают большие усилия к созданию и сохранению отношений, организованны, независимы, надёжны.

**Я.Схолтен.** Отсутствие материнской любви, тепла, ласки и заботы. Физическое отсутствие матери (умерла; ребёнок, изолированный от тяжело больной матери; нежеланный и брошенный; помещенный в кувез недоношенный младенец) или это *BD*. Ощущение полного одиночества; жалость к самому себе; состояние любовной тоски. Слишком строгая и суровая мать, которые боится избаловать своих детей, либо страх, что не сможет состояться как мать – одна из причин бесплодия.

**И.Тимошенко.** Соль как бы жертвует собой, полностью растворяясь в другом. *Ситуация* вдовы–затворницы; горе случается один раз, а его последствия остаются *навсегда*; женщина сама себя законсервировала, замыкается в своём горе, отворачивается от реальной жизни, не может (не хочет) испытывать настоящие чувства, живёт прошлым. Единственный человек (препарат), который не желает облегчить своих душевных страданий, их можно лечить только любовью.

**З.Габович.** Женщина средних лет, которой я процитировала эти слова, печально заметила: «Меня, значит, вылечить невозможно – мои напасти как раз и обусловлены *нелюбовью* к себе».

Я ей ответила: «Правильно, сейчас мы с Вами буквально *этим* и занимаемся: мы с организмом «достигли договоренности» – чтобы «стереть из памяти компьютера» информацию о застарелых страхах и заблуждениях, я предложила ему серьёзный препарат, и потенция получилась высокая. Ваш организм со мной полностью согласен, а Ваша задача в настоящий момент – приступить к работе со стрессами, отпускать их и научиться, наконец, относиться к себе с любовью».

*Baryta muriatica*

**И.Тимошенко.** Маленький, бесполезный, отсталый, осмеянный, робкий, прячущийся; *BD* неправильности, ненормальности, тяжелой инвалидизации (*Barium*) в сочетании с разочарованием в отношении собственной матери (*muriaticum*) и готовность к разрыву связей; общегаллоидное поражение иммунной защиты; поиск безопасности, стремление стать полезным. *Ситуация* отказного ребёнка – оставленного матерью, брошенного в родильном доме.

**Я.Схолтен.** Тема ощущения себя плохой матерью, над которой все смеются. Их собственные матери недостаточно заботились о них, они недополучили внимания и заботы. Вариант – комплекс матери умственно отсталого ребёнка (винит себя); либо ребёнок умственно отсталой матери (стыд) и страх наследственного сумасшествия.

**З.Габович.** Таким образом, портрет *Baryta muriatica natronata* формируется из всевозможных деталей, но в каждом из них много родственного. Человек ощущают себя изгоем, о

чём «кричат» все три компонента! С раннего детства у них развивается типичный комплекс «гадкого утёнка» (*Baryta*). К нему присоединяются несчастья *Natrum muriaticum*, а оба элемента соли расположены в одном Ряду кремния, ведущая тема которого одиночество, что и является узловым, главнейшим моментом в характере такого человека. Но *Natrum* разместился в самом начале Спирали – Стадия 1 (тема реинкарнации), он *сверх* зависим от кого-то или чего-то *одного*, опасно «зациклен» на ком-то одном. А хлор приютился в самом конце жизненного пути Стадия 17 (финал, конечная остановка). Отсутствие материнской любви, тепла, ласки и заботы; физическое отсутствия матери (*muriaticum*) или это идея-фикс, т.е. заблуждение (*BD*). Они тихие и закрытые интроверты; он (чаще она) одинок и очень нуждается в защите; сверхчувствительны, мрачны и пессимистичны, очень обидчивы и подавляют свои эмоции, что делает их столь ранимыми. Люди окружают себя «стеной страха», заключают себя в плотную «капсулу страданий», испытывают жалость к себе, «маринуют и консервируют» свои горести и ... становятся *энергетическими* вампирами.

**Л.Виилма.** Идея препарата *Baryta muriatica natronata* – это проблема цели (\*как и у препарата *Lac saprinum*). Человек ставит перед собой цель, и даже несколько целей сразу, отчаянно цепляется за неё и хочет любой ценой достичь результата, хоть доползти. Их собственные матери недостаточно заботились о них, они *недополучили* внимания и заботы, поэтому ими как бы забыто чувство материнства, но теперь она ведёт себя как «хорошая мать», которая заранее нападает на того, кто может причинить вред её ребенку. А невидимый враг – это и есть *цель*, за которую отчаянно цепляемся. Из-за жесткой привязанности к цели мы и боеем. *Энергию* цели обязательно нужно освободить. То место, которое заболит, укажет нам на те цели, за которые мы так зацепились.

*Случай из практики.* При тестировании пациентка наблюдала:

30 – Огромная коза на большой скорости несётся на врага, чтобы забодать, победить его. Коза – символ энергии упрямоты.

60 – Земля под ногами козы трясётся и она чувствует, что нужно что-то по-другому делать. (Значит, трясет немножко материальный уровень и дает информацию на духовный уровень – что-то нужно изменить).

90 – Коза мотает головой и поворачивает в обратную сторону.

120 – Коза нашла теперь следующую цель.

150 – Коза начинает кушать травку, и наконец-то делает то, что козе и нужно. Между прочим, коза начинает понимать, что у нее есть вымя, а до этого она думала, что она – козёл. Чувство вымени (материнство) ею было забыто.

180 – Коза вспомнила, что где-то существуют и козлики тоже.

300 – Коза идет по красивому лесу, она знает и чувствует, что козлики собираются со всех сторон и идут следом. Гармония в природе, птички поют.

#### **BARYTA BROMATA NATRONATA (нет описания)**

*Bromum* (бром, тяжёлая, красно-бурая дымящая на воздухе жидкость с резким неприятным запахом; отсюда и название *bromos*, от греч. – *зловоние*).

**Я.Схолтен.** Ряд железа: необходимость всё держать под жестким контролем. Чувство долга гипертрофировано. *Стадия 17.* Постоянно ощущают *чувство вины*, вина заполняет их целиком. *BD* уродства, где страх *физического* насилия сопровождается страхом увечья. Взрывы ярости чередуются всплесками раскаяния. В сочетании с *чувством вины*, которая заполняет их целиком; ощущают себя заложниками инстинктов; чтобы загладить вину – нужно больше работать или убежать; но именно это может сделать их очень агрессивными. Может быть и противоположная ситуация, когда они буквально шантажируют окружающих, могут неожиданно начать драку; позже они позволяют противнику взять реванш.

*Natrum bromatum.* Испытания препарата никогда не проводились, но Я.Схолтен посчитал возможным принять общую идею лекарства посредством группового анализа.

**Я.Схолтен.** Они тихие и отстранённые, одиноки; если их критикуют – ещё больше уходит в себя, быстро начинают считать, что совершили ошибку, из-за чего испытывают чувство вины и позора. *Natrum* отступает, а *Bromium* постоянно ощущают *чувство вины*, вина за-



полняет их целиком (*bromatum*). Таким образом, чувства накапливаются, и они впадают в депрессию, уходят в себя. Другой вариант – возникновение чувства вины из-за собственной агрессивности или страстности; они этого стыдятся, пытаются подавить это в себе, однако постоянный контроль над собой приводит к ощущению ещё большего одиночества, они опять отступают (избегают общения) впадают в депрессию. Они могут стать жертвой инцеста, но во всём будут винить только себя, они будут считать, что сами спровоцировали это.

**3. Габович.** Таким образом, портрет *Baryta bromata natronata* получается из соединения «в одном флаконе» проблем бария, брома и натрия, что не просто суммирует или дублирует, а *на порядок* увеличивает глубину главного страха – одиночества. И поэтому весь «негатив» комплекса *неполноценности сироты* многократно усиливается и усугубляется чувством стыда и комплексом *вины*. Они пессимистичны, подвержены депрессиям, уверены, что сами должны нести все тяготы жизни, помощи извне нет, им не на что рассчитывать. Общение для них жизненно важно. При этом *страх* потерять «защитника», сверхзависимость от кого-то или чего-то *одного* (*Natrum*) сочетается у них с разросшимся до невероятных размеров *чувством бесконечной вины* перед всеми и ответственности за всё, в том числе и за *первородный грех* (*bromatum*). Такие люди не терпят раздоров, скандалов и драк, но в то же самое время, обилием своих всепоглощающих и бесконечных страхов они *провоцируют* других на физическое и/или психическое насилие, и поэтому их высмеивают, помыкают ими, издеваются над ними. Если же у такого, постоянно *унижаемого* человека, так тщательно скрываемая, всячески подавляемая и переполняющая его ненависть всё-таки выплеснется наружу, то он и становится агрессивным и крайне жестоким. А отсюда, как обратная сторона медали, именно поэтому у них панический страх *физического* насилия, который не столько сопровождается страхом увечья, сколько превращается в *ВД* инвалидности и уродства. Человек стремится скрыть проблемы даже и от себя самого, т.е. подавить (задавить) и замуровать свои страхи и обиды так, что сам уже перестаёт что-либо чувствовать (а это уже онкология) и не понимает, что у него *такие* проблемы вообще «имеют место быть». Он так страшится одиночества, что изо всех сил *старается* приспособиться к чужим правилам, подстроиться под окружающих, услужить каждому и всем угодить; хочет «заработать» любовь и *заслужить* уважение. По-видимому, именно здесь и кроется основная *причина* «поломки» – человек забыл, что любовь изначально есть в душе у каждого, а всякое *доказывание* – это уровень сугубо материальный; это комплекс неполноценности, нереализованность, самопожертвование до самоуничтожения. В результате человек разрушается до основания и поэтому приобретает именно то, чего так страшился – он, чаще всего, действительно становится *посмешищем*, или *инвалидом*, или *изгоем*,

Снова обратимся к мифологии и вспомним, что *изгой* был одним из самых трагических образов. Фиванский царь Лай, после многих лет бездетности, обратился к богу Апполону, и тот предсказал ему смерть от руки собственного сына. Когда его жена Иокаста всё-таки смогла родить, Лай приказал оставить новорожденного на горе Киферон. Жестокий отец связал ноги младенцу, проколов ему сухожилия у лодыжек. Однако пастух, получивший ребёнка от царицы, но не знавший истинной причины такого решения, сжалился и отдал его другому пастуху. Тот отнёс ребёнка своему бездетному царю Полибу, который вместе со своей женой Меропой приняли его с большой радостью и воспитали как родного сына. Они называли мальчика *Эдипом*, что по-древнегречески означало «человек с распухшими ногами». Он уже стал взрослым юношей, когда во время ссоры подвыпивший приятель в гневе обозвал его подкидышем (приёмышем). Родители не открыли тайну его рождения, поэтому Эдип отправился в Дельфы, чтобы спросить у оракула о своём происхождении. Вместо ответа оракул выдал предсказание, что ему суждено убить отца и жениться на матери. Не смея вернуться в Коринф, чтобы не исполнилось прорицание, Эдип отправился на чужбину, чтобы стать вечным скитальцем. Однажды, на перекрёстке трёх дорог ему повстречалась колесница, в которой ехал знатный старец, в сопровождении слуг. Никто не хотел уступить дорогу, в завязавшейся ссоре незнакомец ударил юношу по голове тяжелым скипетром. В ответ разъяренный Эдип дорожным посохом убил нападающего и его слуг. Но один человек из свиты спасся, вернулся в Фивы и рассказал, что царь Лай погиб от рук разбойников. Через

какое-то время скитающийся Эдип подошел к Фивам. Великое уныние царило в городе, у стен которого обосновался чудовище – Сфинкс, с головой женщины, туловищем огромного льва, лапами с острыми когтями, и громадными крыльями. Уже продолжительное время всем проходившим мимо спутникам он задавал загадку, но никто не мог ответить, и все погибали мучительной смертью. Эдип отгадал загадку, а Сфинкс бросился со скалы и разбился – так Фивы были освобождены от бедствия. В благодарность за избавление, фиванские граждане сделали его своим царем и отдали ему в жены вдову Лая. Так сбылось пророчество, хотя ни он сам, ни его жена об этом не подозревали. Они около 20 лет вели счастливую супружескую жизнь; у них родилось четверо детей. Когда город поразила моровая язва, дельфийский оракул потребовал изгнать из города убийцу царя Лая, не разысканного до сих пор. Царь Эдип назначает расследование, и сам же его возглавляет. В процессе выяснения обстоятельств этого преступления, Эдип сумел установить, чей он сын, кого он убил и с кем находится в браке. Он сам себе выносит приговор и назначает самую суровую кару. Его жена не может вынести всего этого ужаса и кончает жизнь самоубийством. Обезумев от горя, Эдип выкалывает себе глаза золотой пряжкой, снятой с платья повесившейся Иокасты. Из Фив его изгоняют сыновья, а сопровождает слепого отца в его скитаниях преданная ему дочь Антигона. Над всеми детьми Эдипа висит проклятье кровосмесительной связи их отца и матери.

В таком варианте миф известен по трём знаменитым пьесам великого трагика древности Софокла. С различными версиями и вариантами предания об Эдипе мы встречаемся в античной литературе (в «Одиссее» Гомера; у Сенеки); он был объектом аллегорического истолкования и в средние века, к этому образу обращались Вольтер и Шелли.

**З.Фрейд** в юности увидел театральную постановку пьесы «Царь Эдип» и был так потрясён трагедией, что в дальнейшем посвятил несколько лет исследованию проблемы не только неуважения, но порой и ненависти к родителям. В своих классических работах по психоанализу он дал название этому явлению – «эдипов комплекс».

**Д.Гранжорж.** При эдиповом комплексе появляется побуждение к убийству, управляемое патологической ревностью, отказ разделить с другим то, чем обладаешь; кровосмешение, жесткость по отношению к родителям и обществу. З.Фрейд гениально показал этот зачинающий узел, ведущий разум от психотической организации, к стадии невротической. Намного позже следы этой стадии могут появиться в виде сексуальности, основанной на лжи, в виде насилия, изнасилования, проституции, неуважения из-за ревности и желания возвыситься, из-за боязни не быть на должном уровне. Тогда же и создаются благоприятные условия для появления и расцвета *миазма* сифилиса, являющегося разрушительным свидетелем этого нарушения равновесия.

**Г.Лукас.** Эдипов комплекс – это антагонизм, столкновение с отцом (начальником).

**З.Габович.** Как правило, внимание гомеопатов сосредоточено на комплексе сироты, который страдает комплексом неполноценности и чувствует себя изгоем, маленьким, осмеянным и беззащитным. При описании проблем *Baryta*, препарат «единогласно» причислен к сифилитическому миазму. Но как-то упускается из виду, «изглаживается из памяти», что барий относится к *Ряду* золота, где ключевое слово – власть. Поначалу у меня возникло недоумение. Как же так? Всеми брошенный, несчастный и робкий сиротка, а ему должно быть свойственно высокомерие, надменность и гордость. Вкратце напомним, о чём уже говорилось в начале главы: любое замечание он расценивает как оскорбление; обида для него может стать смертельной (Я.Схолтен); у людей, физически ущербных по рождению, внутри клокочет неукротимый вулкан скрытого внутреннего конфликта (И.Тимошенко); *BD* – ноги отрезаны (Р.Шанкаран).

Литератор Е.С. высказала оригинальную мысль. «Царь Эдип» – единственный в мировой культуре детектив, где следователь и убийца оказываются одним лицом. Эдип расследует убийство Лая, не зная, что убийца он сам, но зная при этом, что ему на роду написано стать убийцей отца. То есть, можно сказать, что он страшится быть убийцей и одновременно предчувствует неизбежность этого деяния, а потому его страсть расследования сродни страсти самоизучения, самокопания, самопостыжения, когда человек боится свой второй половины, боится себя в гневе или буйстве или во сне. Трудно сказать, с какого момента Эдип понимает неизбежное, но окружающие, понявшие еще задолго до него, пытаются

его остановить, ибо правда трагична и для них. Но удержать его невозможно, Рок тут осуществляет себя даже не в том, что Эдип убивает своего отца, а в том, что он осуждает себя за убийство, то есть, на самом деле, он уже был одержим виной и только искал ей под стать причину. В Древнегреческой мифологии не бывает беспричинной злобы, жестокости и так далее, можно сказать, что она в каком-то смысле нравственна, в отличие от сказок всех народов мира, которые о нравственности не заботятся. В глубинной сущности Эдипа таится известное нам (но не ему самому) дополнение: Лаю было суждено умереть от руки сына, и он приказал своей жене Иокасте умертвить новорожденного. То есть, обрекши сына на смерть, Лай умер от его руки. Здесь есть элемент возмездия или, как минимум, некой причинно-следственной связи. Вероятно, разница между тайным и явным, известным и неизвестным была для древних греков не столь существенна, а потому не случайно Эдип с рождения стал изгоем – его воспитывали не мать с отцом, но приемные родители. Да, он считал их своими, но клеймо изгойства, вероятно, все равно довлело ему, изгойством он и закончил, приговорив себя к нему.

Дальнейшая наша беседа напоминала медико-литературный диспут на тему истории царя Эдипа. Мы с энтузиазмом занялись обсуждением. Одна из нас выдвигала свою версию того, как можно объяснить тот или иной эпизод, другая подхватывала мысль и высказывала свои соображения.

ЗГ: Итак, герой стал у в е ч н ы м сиротой вскоре после рождения, и для него это вовсе не *BD*, а горькая реальность. Родители не только отрунули от себя новорожденного, но мать совершила предательство (позволила убить своего ребёнка), а жестокий отец ещё и покалечил младенцу ноги. Мальчика и называли *Эдипом* потому, что на древнегреческом языке это слово обозначало распухшие ноги. Кстати, в латинской транскрипции имя *Oedipus* близко по звучанию медицинскому термину *oedema*, что значит отёк.

ЕС: С удивлением заметила, что в литературоведческих исследованиях никто раньше не обратил внимания на такое важное обстоятельство в судьбе царя Эдипа. В данном контексте приобретает особый символический смысл то, что именно загадывает Сфинкс: «Кто утром ходит на четырёх ногах, днём на двух, а вечером на трёх?».

ЗГ: Становится понятным и логичным, почему Эдип смог так легко разгадать загадку Он сразу ответил: «Человек». Эдип всю жизнь терзался мыслями о причине своих мучений, связанных с ходьбой (ногами); здоровый мужчина об этом не задумывается, а он уже с детства «ходил на трёх ногах», и *потому* дал правильный ответ. Скорее всего, он приложил немало усилий, чтобы стать полноценным мужчиной и воином, чтобы его не считали инвалидом. История, однако, об этом умалчивает. В юности его оскорбили, назвав подкидышем (приёмным), и Эдип отправляется к оракулу; услышав предсказание, добровольно становится скитальцем.

ЕС.: Но «от Судьбы не уйдёшь». Для калеки дорога всегда была источником (и символом) страдания. И его встреча со своим отцом Лаем происходит на узкой дороге, где два экипажа не могли разъехаться. Кстати, по одной версии, в завязавшейся ссоре незнакомец ударил Эдипа по голове, но в литературе есть и другой вариант – ему наехали на ногу...

ЗГ: Для хромого юноши, вынужденного ходить с костылём (или тростью), это было страшнее удара по голове. Взбешенный Эдип в ярости убивает обидчика... дорожным посохом. Заметь, что не мечом или каким-то другим оружием. Странно это, ведь он же из экипажа выскочил – разбираться в конфликте, а не шёл пешком долго, долго ...

ЕС: Действительно. И ещё. Тема любви мужчины к женщине в древнегреческих трагедиях не являлась «предметом драматургического исследования» – так было во времена Софокла, и продолжалось вплоть до появления трагедии Еврипида «Медея». В силу того о счастливой семейной жизни Эдипа упоминается вскользь. Но становится явью и реальностью страшное пророчество. Наступает трагический финал.

ЗГ: Но, на мой взгляд, в сюжете обнаруживается ещё одна «несстыковка»: если герой так уж страшно, невыносимо страдает, что же он не закалывает себя насмерть? Почему он к а – лечит себя, и почему именно *глаза* выкалывает?

ЕС: Растерянно ответила, что литераторы такую тему тоже никогда не поднимали.

ЗГ: Зато гомеопат *легко* может ответить на подобные вопросы.

К счастью (для меня), не было нужды дополнительно объяснять ей что-либо, она много лет сотрудничает с нами и прекрасно ориентируется в наших терминах и символических образах. Таким образом, если снабдить события гомеопатическим комментарием (\*), т.е. рубриками репертория (*Materia Medica*), то последний акт известной трагедии выглядит так:

Наступает декомпенсация (\*появляются разрушительные нарушения равновесия). Правитель Эдип сам себя низвергает с высокого пьедестала (\*уязвимый, отчаяние до суицидальных мыслей); он сам себя судит (\*финальная стадия, конец, поиск своего места) и крайне сурово наказывает (\*чувство вины заполняет его целиком). Снимает с себя все полномочия (\*желание одиночества, эмиграция, освобождение), передаёт бразды правления сыновьям (\*приспосабливающийся, немедленно подчиняется тем, кто обладает большей властью) и тем обрекает себя на выдворение (\*он всегда всем уступает, изгнание); становится полноценным изгоем (\*убежать, чтобы загладить вину). Но ему и этого мало, он стремится к самоуничтожению (\*свидетельства миазма сифилиса). И поэтому Царь (\*ряд золота) выкалывает себе глаза (\*одна из основных проблем ряда – глаза и расстройство зрения). Так он делается полным инвалидом – не только хромым, но и слепым (\**BD* инвалидности и уродства).

Судя по всему, и персонаж по имени Эдип, и пациент, страдающий *Эдиповым* комплексом, нуждаются в препаратах солей бария. На первом этапе лечения, скорее всего, будут лидировать препараты (проблемы) сироты – мать предала, он был ей не нужен, и она бросила его. И лишь на втором – на авансцену выходят чувства бесконечной вины *Baryta bromata natronata*. Возможны, конечно же, варианты...

Сочетание диагностики по чакрам с тестированием по Р.Фоллю позволяет выявить глубинные проблемы человека, увидеть и понять его *психологический портрет*. Удостовериться, что мы правильно поняли, что именно человек так тщательно «запратал», иногда даже и от самого себя, поможет то средство, которое выправит все показатели аурограммы – при тестировании мы смогли убедиться в этом тысячекратно. Гомеопатический препарат является зеркальным отражением подавленных стрессов и страхов, и если мы сами (т.е. врачи-гомеопаты) понимаем основную идею препарата в целом и каждого из составляющих его элементов, то сможем и целенаправленно задавать наводящие вопросы пациенту, и объяснить ему, какая из его проблем в настоящий момент доминирует.

Кроме того, мы убедились, что различные потенции *высвечивают* разные периоды и нюансы главной проблемы, т.е. один и тот же гомеопатический препарат, по мере возрастания потенции, работает на *разных уровнях* и отражает определённые *этапы* выхода «из ямы болезни»: от клеточного, или материального (низкие потенции), через эфирный или меридианальный (средние), до уровня астрального и ментального (высокие потенции). Образно говоря, высота потенции подсказывает, на каком *уровне*, или на какой глубине «проблема застряла», т.е. чем *выше* окажется потенция выбранного препарата, тем проблема *глубже* запратана, тем она более застарелая. В то же время, чем меньше будет потенция (но не ниже ЗОСН), тем ближе к поверхности находится «*негатив*»; тем самым организму понадобится затратить значительно меньше *своей* драгоценной жизненной энергии на то, чтобы самостоятельно «вытолкнуть из глубины» эту проблему. Минеральное средство можно назначить повторно, но *не ранее* чем через месяц, да и то лишь в том случае, если при тестировании подтверждается, что ещё есть необходимость в том же самом препарате. Как правило, далее мы назначаем один из препаратов молочной группы. В последнее время (уже более десяти лет) каждому пациенту мы *расшифровываем*, какие «три проблемы в одном флаконе» *отражает* препарат тройной соли и как он *подсказывает*, что именно стало причиной болезни. Мы объясняем, какое заблуждение (*BD*) и какие страхи являются для его организма «энергетическим тромбом», который препятствует нормальной циркуляции его жизненной энергии, т.е. с какими именно стрессами человеку теперь необходимо начинать «работать». Разъясняем, почему лекарство становится тем самым *золотым ключиком*, который поможет открыть «заветную» дверь, позволит *отпустить* свои страхи, что и приведёт к восстановлению энергетического гомеостаза. Следовательно, назначенное средство не только помогает «опознать врага», оно обладает

значительно большими возможностями – гомеопатический препарат тройной соли, как минимум, втрое ускоряет освобождение пациента от доминирующей *проблемы* и поэтому способствует более быстрому выздоровлению.

### *Литература*

1. Габович З.Г. От реаниматологии к гомеопатии (Per aspera ad astra). Т. I и II. М. – 2009.
2. Лукас Г. Вопросы гомеопатии. – Солоники. – 1999.
3. Култер К. Портреты гомеопатических препаратов. – М. – 1995.
4. Схолтен Я. Гомеопатия и элементы. – М. – 2003.
5. Тимошенко И.В. Ситуационная гомеопатия. Т. I и II. – М. – 1996.

## ПРАКТИЧЕСКАЯ ГОМЕОПАТИЯ

А.Г. Быстров, Ю.А. Быстрова  
Санкт-Петербург, Россия

### ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАФУНКЦИЯМИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (продолжение)

Если следствием парафункций жевательных мышц являются симптомы со стороны височно-нижнечелюстного сустава, то мы ориентируемся на выбор одного из следующих гомеопатических средств.

**Легко возникает вывих нижней челюсти:** *Ignatia, Petroleum, Rhus toxicodendron, Staphisagria*.

*Ignatia*. Гернзи (Guernsey) описывает состояние психики *Ignatia* следующим образом: «Это те, кто страдает от подавляемого или тяжелого горя, с глубокими вздохами, рыданиями, а также очень несчастные, полностью погружившиеся в свое горе люди, которые не могут спать; люди, недавно потерявшие близкого друга; пациенты с общими нарушениями психики, особенно вследствие перенесенного несчастья; грусть, безнадежность, истерическая неустойчивость настроения; фантастические иллюзии». Сильная спастическая зевота (с болью в нижней челюсти, словно при вывихе, и слезотечением), особенно утром или после полудня. Спастическое сжатие челюстей (тризм). Боль, словно от вывихов или от растяжений, в суставах. Основная причина: горе.

*Petroleum*. Болезненная нерешительность. Беспокойство по поводу будущего. Ипохондрия. Склонность злиться и ворчать. Спастическая, тянущая, сжимающая боль в голове. Хруст в суставах с ригидностью, словно при артрите, и тянущей; разрывающей болью. Частые вывихи в височно-нижнечелюстном суставе по утрам в постели, с острой болью. Звон, перекачивание, рев, грохот, треск и жужжание в ушах. Частые вывихи в височно-нижнечелюстном суставе. Ощущение, будто челюсть растянута. Онемение зубов с болью при их стискивании. Отечность десен со стреляющей болью при прикосновении.

*Rhus toxicodendron*. Тревожность, грусть, сильнейшая тоска, особенно (в сумерки) вечером и ночью со стремлением к одиночеству и склонностью к слезам. Основное действие оказывает на суставы и мышцы, кожные покровы, лимфатические узлы, железы внешней секреции, слизистые и серозные оболочки, центральную и периферическую нервную систему. Герпес различной локализации. Сухость в полости рта и сильнейшая жажда. Хронический вывих или подвывих нижней челюсти. Гингивит. Пародонтит. Ухудшение: в покое, в холодную сырую и дождливую погоду, перед бурей; ночью, особенно, после полуночи; лежа на больной стороне. Улучшение: в движении, при перемене положения, в теплое сухое время, при растирании и прикладывании горячего.

*Staphisagria* чаще всего применяется при заболеваниях нервной системы, которые сопровождаются ясно выраженной раздражительностью, а также при мочеполовых болезнях, болезнях кожи. Последствия сдерживания гнева. У детей рано возникает кариес, который выглядит как чашеобразное разрушение коронковой части зубов. Привычный вывих височно-нижнечелюстного сустава. Остеомиелит нижней челюсти после удаления зуба. Пародонтит.

**Хруст в ВНЧС при жевании характерен для** *Acidum nitricum, Ammonium carbonicum, Granatum, Lac caninum, Rhus toxicodendron*.

*Acidum nitricum* показан при беспокойстве по поводу своего здоровья со страхом смерти. Больше всего подходит людям с темными волосами, со смуглой кожей, страдающим хроническими заболеваниями. Отмечается чувствительность к прикосновению. Характерны отечность и зуд губ. Потрескавшиеся губы. Язвы на красной части губ. Изъязвление губ, в частности в области уголков рта. Фурункулы на подбородке. Хруст в области ВНЧС при жевании.

*Ammonium carbonicum* применяется у пациентов, склонных к полноте, расточительных, усталых, беспокойных, с хроническими заболеваниями сердца и органов дыхания, при пародонтите и заболеваниях височно–нижнечелюстного сустава.

*Granatum*. Сильная чувствительность и впечатлительность, мнительность. Раздражительность и самонадеянность. Пациент скупой, со сварливым характером. Гранатум назначается при сжимающей, острой, тянущей боли в скулах и в области корня носа, часто только с одной стороны, сухости и ощущении жжения на губах, при спазмах в различных частях ротовой полости, а также воспалительных процессах в полости рта. Отмечается избыточное скопление слюны, иногда сладковатой на вкус. Язык влажный и белый. Пациент часто сплевывает слюну. При аускультации слышен хруст при движении в височно–челюстном суставе.

*Lac caninum*. Для пациентов этого типа характерны иллюзии или галлюцинации, а также боль в области лба и верхней челюсти, которая уменьшается от тепла. Правая щека красная и горит после возвращения с холодной улицы. Жжение и приливы крови к лицу. Значительная бледность лица. Хруст в височно–челюстных суставах во время еды. Десны отечные, изъязвленные, атрофированные, кровоточащие, зубы расшатываются; состояние вызвано неправильным питанием и неблагоприятными условиями.

**Предрасположенность к растяжению связок:** *Natrium carbonicum, Natrium muriaticum, Silicea*.

Для пациента типа *Natrium carbonicum* характерны депрессия, тоска и меланхолия; пациент постоянно погружен в мрачные мысли; хотя возможно и обратное – веселье и болтливость. Эти люди, пишет Фаррингтон, проявляют выраженное отвращение к обществу, даже к членам собственной семьи. Ошибаются при письме. *Natrium carbonicum* подходит светловолосым людям; пациентам, испытывающим отвращение к свежему воздуху, физическим и психическим усилиям. Преимущественно поражается правая верхняя и левая нижняя половина тела. Исхудание, анемия, отечность – очень ярко выражены у *Natrium carbonicum*. Сухость во рту, словно дыхание слишком горячее и высушивает рот. Гиперчувствительность нижних зубов. Характерны сокращения мышц. Подергивание в мышцах. Покалывание и щипание в мышцах. Выраженная склонность к вывихам суставов.

Применение *Natrium muriaticum* показазано при повышенной потребности человека в минеральных веществах. Это – грустный, слезливый, безразличный и безрадостный, обидчивый человек с желанием одиночества. Подагра. Герпес на губах, трещины на нижней губе, стоматит, афты на слизистой оболочке полости рта. «Географический», потрескавшийся язык. Ранула (подъязычная киста). Ощущение волоса на языке. Ухудшение с 9 до 10 часов утра, на солнце, на морском побережье.

*Silicea* назначается при «потери устойчивости, «стержня», в психической или физической сфере», тревожности. У больного выражены такие эмоции, как отчаяние, меланхолия, плаксивость, ностальгия. *Silicea* помогает при хронических ревматических поражениях суставов, спазмах жевательных мышц, болях в области височно–нижнечелюстного сустава, спазматическом стискивании челюстей (тризме). Высыпания на подбородке (фурункулы). Характерно ощущение инородного тела в различных частях тела. Пародонтит, часто с гнойным отделяемым из зубо–десневых карманов.

**Растяжения связок, перенапряжение** характерны для следующих гомеопатических препаратов: *Acidum aceticum, Aconit, Agnus castus, Arnica, Belladonna, Calcium carbonicum, Calcium fluoricum, Calendula, Carbo animalis, Formica, Hypericum, Millefolium, Nux vomica, Rhododendron, Rhus toxicodendron, Ruta, Symphytum*.

Ведущими признаками для назначения *Acidum aceticum* являются крайнее истощение и ослабленность; анемия с восковидной бледностью лица; интенсивная жажда; жжение в горле; тошнота; позывы на рвоту и кислая отрыжка. Беловатый цвет эпителия ротовой

полости. Язык бледный и дряблый. Язвы в полости рта. Хронический вывих или подвывих височно–нижнечелюстного сустава.

*Agnus castus* применяется у больных, которые находятся в состоянии безутешной печали; подавленности, при преждевременном старении, нарушениях гормонального уровня. Раздирающий зуд щек, подглазничной области, подбородка. Парестезии щек. Рвущая, раздирающая боль в области альвеолярной части нижней челюсти справа. Отсутствие жажды. Язвы во рту и на деснах. Зубы начинают болеть при попадании на них горячей пищи или жидкости. Легко возникающие вывихи суставов. Этиология: растяжения и вывихи.

*Arnica* подходит тем людям, которые крайне чувствительны к механическим повреждениям и в течение долгого времени после травм ощущают их последствия; также людям, предрасположенным к морской болезни. Нежелание отвечать на вопросы. Неспособность сделать малейшее усилие, равнодушие к своему делу. Тризм, стискивание челюстей. Боль в зубах после стоматологических манипуляций. Выраженная чувствительность суставов. Этиология жалоб: механические травмы, испуг или гнев. Может применяться перед стоматологическими манипуляциями для профилактики осложнений.

Пациент, которому показан *Calcium carbonicum*, представляет собой полную противоположность спортсмену (пассивный, плотного телосложения, полон всяческих страхов и переживаний). Пациент зябкий и склонный к ожирению. Характерно отвращение к мясу, к жареному, желание яиц, сладостей и неудобоваримых вещей: мела, угля, грифеля. Нарушения обмена кальция. Недостаточность функции (псора). Большая чувствительность к холоду. Ухудшение от холода, сырости, и во время полнолуния. Улучшение в сухую погоду. Зубы квадратные по форме, белые. Неприятный привкус во рту, обычно горький, кислый или металлический, особенно по утрам. Воспалительная гиперплазия десны. Кариес зубов. Спастическая боль в мышцах. Хруст и крепитация в суставах. Склонность к вывихам суставов.

У пациента, которому показан препарат *Calcium fluoricum*, часто бывают деформированы кости. Суставы недостаточно прочны, вследствие слабости суставных связок и мышечных волокон, эластическая ткань которых совершенно лишена тонуса, вот почему легко могут быть вывихи и растяжения. У этих людей можно увидеть родимые пятна, гемангиомы. Верхняя макрогнатия (увеличение размеров верхней челюсти), нижняя микрогнатия (уменьшена нижняя челюсть), аномалии прикуса и зубных рядов; эрозии эмали, кариес и его осложнения (переодонтит). Зубы серые, аномалии положения зубов, аномалии прикуса. Изменение в эластичных волокнах сосудов выражается в расширении вен, геморрое, в появлении венозной сети на груди. Изменением эластических волокон соединительной и мышечной ткани объясняются расширения, склонности к птозу и гипертрофия лимфатических узлов, которые тверды, как камень. Склонность к нагноению. Ухудшение: в сырую погоду и от холода; в покое. Улучшение: от тепла и движения.

*Calendula* показана при рваных и нагнаивающихся ранах. Это своеобразный гомеопатический антисептик, который восстанавливает жизнеспособность травмированных тканей.

*Carbo animalis* подходит пожилым людям, чрезвычайно ослабленным, особенно если наблюдаются венозный застой и синюшность кожи. Страх темноты и ухудшение от закрывания глаз – очень яркий признак лекарства. Герпес на губах. Губы потрескавшиеся и кровоточащие. Резкие сильные боли в скуловых костях, зубах и челюстях. Краснота, болезненность, отечность и кровоточивость десен. Боль, как от ушиба; потеря силы и треск в суставах; в суставах легко возникают вывихи и растяжения.

Пациент, которому можно назначить *Formica*, – угрюмый, напуганный, полный предчувствий, часто испытывает недомогания. Ощущение, будто левая половина лица и щека парализованы. Звон и жужжание в ушах. Треск в левом ухе и головная боль. Глухота. Тугоподвижность и контрактуры суставов. Вывихи. Ревматизм. Подагра. Сильная боль в левой половине шеи во время жевания. Скованность в левой половине шеи, распространяющаяся вниз, в левую руку; усиливается при малейшем движении, поворотах или изгибах тела; уменьшается при прогревании. Согревание и поглаживание значительно облегчают боль.

*Hypericum* является средством первой помощи при ранах, локализующихся на участках с большим количеством нервных окончаний, таких, как головной и спинной мозг (раздражение спинного мозга при падениях), копчик, кончики пальцев, и при глубоких колотых



ранах (например, если пациент наступил на гвоздь). Пациент делает ошибки при письме, пропускает буквы; забывает, что хотел сказать. Возбужденно разговаривает во сне ночью, после 4 утра; полон страхов и предчувствий. Головная боль, распространяющаяся на челюсть и щеку. Сухость губ и полости рта. Сухость и жгучий жар во рту. Язык покрыт белым или грязно-желтым налетом. Пища кажется безвкусной. Жажда с ощущением жара во рту. Заболевания суставов. Причины: раны, травмы с повреждением нервных волокон, последствия шока или испуга.

*Millefolium* обладает выраженными кровоостанавливающим и ранозаживляющим действием. Рвущая боль: распространяющаяся от лица к вискам; от правой половины нижней челюсти к уху; затем к зубам. Язык отечный и обложенный. Жажда; сухость во рту. Боль во рту. Пародонтит. Причины: падение (с высоты), физическое перенапряжение, поднятие тяжестей.

*Nux vomica* применяется у худых, раздражительных пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава – трудоголиков, злоупотребляющих обезболивающими средствами, кофе, крепким чаем, если одной из причин явились парафункции жевательных мышц и состояние хронического стресса. Обладает выраженным дренажным свойством на печень, кишечник, почки. Зябкость. Движение нижней челюсти из стороны в сторону. Спастическое стискивание челюстей. Периодическая прозопалгия с ухудшением по ночам.

*Rhododendron* подходит беспокойным, тревожным людям, которые боятся бури и особенно грома. Дрожь и озноб в области лица. Сильнейшая разрывающая и дергающая боль в области лица, усиливается от ветра и перемены погоды, ослабевает во время еды и от тепла. Боль в области лица распространяется от виска к подбородку, охватывая всю правую половину лица. Пузырьки на губах (на внутренней поверхности или под губой) с саднящей болью во время еды. Губы сухие, горят. Ревматическая зубная боль, отдающая из правой нижней челюсти в зубы. Боль в зубах и ушах ночью. Зуд в деснах. Отечность и саднящая боль, локализующиеся в переходной складке на нижней челюсти вестибулярно.

*Rhus toxicodendron* назначается при предрасположенности к вывихам, подвывихам суставов, а также растяжениям, при слабости связок и, вообще, соединительной ткани. Кроме того, этот препарат обладает выраженным противовоспалительным и противовирусным действием, используется при герпетической инфекции любой локализации. Ухудшение отмечается в покое, в холодную сырую и дождливую погоду, перед бурей; ночью, особенно, после полуночи; лежа на больной стороне. Улучшение: в движении, при перемене положения, в теплое сухое время, при растирании и прикладывании горячего.

*Ruta graveolens*. Характерными чертами больного, которому показан препарат *Ruta*, являются замедленный пульс, суженные зрачки, нарушения зрения, гиперсаливация и отек языка. Паралич лицевого нерва. Болезненная чувствительность и кровоточивость дёсен. Боли во всех суставах. Тянущая боль в задней части шеи и лопатках. Этиология: повреждения костей, ушибы, переломы, растяжения.

*Symphytum* способствует формированию здоровой костной ткани и суставов, особенно, если заболевание проявилось в результате нанесения тупой травмы. Исцеляет переломы костей, а также травмы мышц и связок. Показаниями также являются кариес, пародонтит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, геморрой.

Основными критериями при подборе подобного гомеопатического препарата являются общие и местные симптомы, а также модальности: временной параметр; воздействие физических факторов — тепло, холод, перемена погоды, место; влияние условий — покой, движение, положение тела, давление, вибрация, прием пищи, реакция на определенную пищу, до сна или после и др.; влияние психических факторов — тревога, страх, гнев, раздражение, мысли о болезни, радость, печаль, умственное напряжение и т.д.

При выборе гомеопатического препарата для лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава мы также ориентируемся и на отношение к движению и покою, а также к теплу и холоду.

**Улучшение при движении** есть у следующих гомеопатических препаратов: *Rhus toxicodendron*, *Ruta graveolens*, *Dulcamara*, *Rhododendron*, *Kali bichromicum*, *Lycopodium*, *Pulsatilla*.

**Улучшение в покое и в тепле:** *Bryonia*, *Colocythis*, *Nux vomica*.

Улучшение в покое и на холоде: *Ledum*.

Улучшение в тепле: *Rhus toxicodendron*, *Bryonia*, *Nux vomica*, *Colocynthis*.

Улучшение на холоде: *Apis mellifica*, *Pulsatilla*, *Ledum*.

Некоторые пациенты с заболеваниями ВНЧС замечают нарушения функционирования и других суставов, поэтому мы выбирали конституциональное лекарство, в патогенезе которого есть заболевания суставов: *Thuja occidentalis*, *Natrium sulphuricum*, *Causticum*, *Lycopodium*, *Sulphur*, *Calcarea carbonica*, *Calcarea fluorica*, *Kalium carbonicum*.

Пациентам с преимущественным поражением твёрдых тканей зубов в виде их повышенной стираемости, а также при дистрофическом процессе в тканях пародонта мы назначаем препараты кальция, выбирая по совокупности симптомов из *Calcium carbonicum*, *Calcium fluoricum*, *Calcium phosphoricum*, а иногда *Silicea*.

Пациентам с заболеваниями пародонта применяются следующие гомеопатические препараты: *Mercurius solubilis*, *Sulfur*, *Lycopodium*, *Nux vomica*, *Thuja*, *Lachesis*, *Phosphorus*, *Aurum metallicum*, *Staphisagria*, *Calcium fluoricum*, *Rhus toxicodendron*, *Arnica*.

**Результаты исследования.** Под влиянием комплексного лечения, как в основной, так и в контрольной группе отмечена клиническая эффективность проводимой терапии. При этом пациенты отмечали улучшение настроения и самочувствия, нормализацию сна. Менее выраженными стали раздражительность, тревожность. Больные заметили исчезновение боли и напряженности жевательных мышц и ВНЧС, снижение явлений пародонтита.

При оценке интенсивности симптомов по 3-х бальной шкале у больных на фоне применения гомеопатической терапии отмечалось значительное улучшение (рис. 1). Средний суммарный показатель до лечения составил  $14,1 \pm 0,7$  балла, через 4 недели терапии –  $7,7 \pm 0,6$  балла, а через 8 недель –  $5,1 \pm 0,5$  баллов ( $p < 0,001$ ). В контрольной группе эти показатели составили  $14,0 \pm 0,6$  балла, через 4 недели терапии –  $7,8 \pm 0,6$  балла, а через 8 недель –  $5,2 \pm 0,6$  баллов ( $p < 0,001$ ).



**Рис. 1. Средний суммарный показатель интенсивности симптомов до лечения и после окончания лечения (в основной и контрольной группах)**

Кроме того, отмечалось не только улучшение стоматологического статуса (исчезновение жалоб со стороны ВНЧС (20 из 21 пациента основной группы и 19 из 21 пациента контрольной группы) и жевательных мышц (30 из 31 больного основной группы и 29 из 30 пациентов контрольной группы), нормализация тонуса покоя и напряжения жевательных мышц (30 из 31 пациента основной группы и 29 из 30 контрольной группы), а также стабилизация состояния пародонта (31 из 31 больных основной группы и 30 из 30 контрольной группы), купирование воспаления в нем, устойчивость сохранившихся зубов, стабилизация показателей рентгеноанатомии) и

психологического статуса. С помощью методики Спилбергера–Ханина удалось определить достоверное снижение уровня реактивной тревожности у больных основной и контрольной групп до низкого или среднего уровней (89% и 90,1 % соответственно). После комплексного лечения реактивная тревожность (средние значения –  $32 \pm 3,2$  балла в основной группе и  $31 \pm 3,3$  балла в контрольной группе) у больных уменьшилась до низкого или среднего уровня. На первом стоматологическом приеме низкий уровень реактивной тревожности отмечался только у 3 человек основной группы и 2 человек контрольной группы. К моменту окончания курса лечения такой уровень реактивной тревожности встречался уже у подавляющего большинства (у 30 пациентов – основной группы и 29 – контрольной). Улучшение соматического статуса (нормализация или стабилизация артериального давления, частоты сердечных сокращений и дыхания, улучшение сна, достижение стойкой ремиссии сопутствующего хронического заболевания) отмечалось у 29 из 31 человек основной группы и 27 из 30 человек контрольной группы. Пациенты основной группы обращали внимание на улучшение общего самочувствия, исчезновения жалоб со стороны сердечно–сосудистой, дыхательной систем, желудочно–кишечного тракта, опорно–двигательной системы, уменьшение симптомов аллергии, появления сил для активного труда и отдыха (31 из 31 пациента). Такие показатели у контрольной группы были чуть ниже (26 из 30 больных). Нужно отметить также, что на фоне применения антигомотоксического лечения уменьшались сроки адаптации к съёмным ортопедическим аппаратам (протезам).

Результаты исследования свидетельствуют об эффективности проводимого лечения гомеопатическими препаратами. Эффективность курсовой терапии (рис. 3) в основной группе оценена как «отличная» у 11 пациентов, «хорошая» – у 15 пациентов, «удовлетворительная» – у 5 человек. В контрольной группе проведённый курс лечения оценили как «отличный» у 9 пациентов, «хороший» – у 16 пациентов, «удовлетворительная» – у 5 человек.

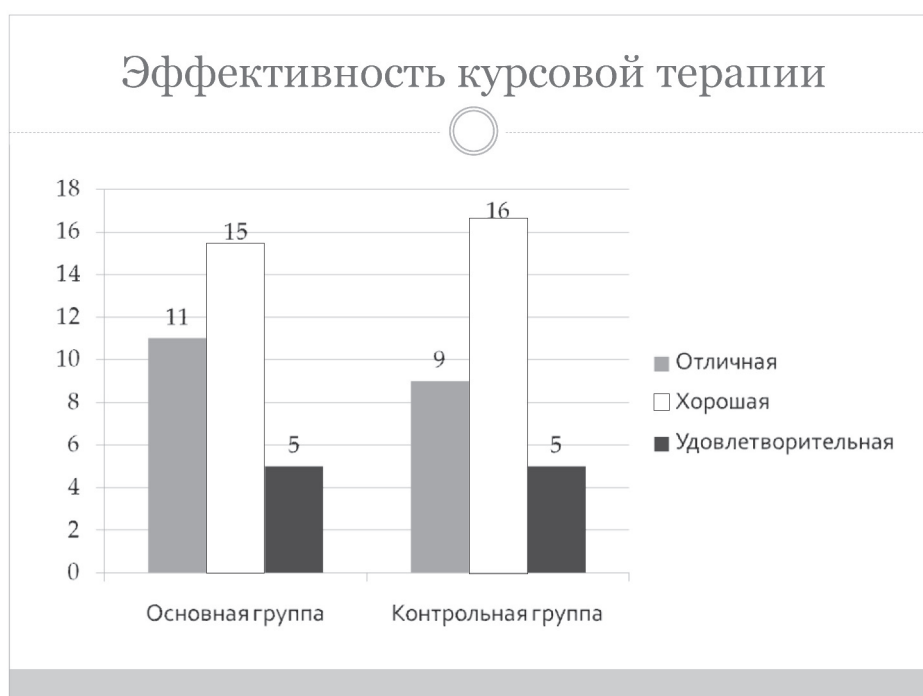


Рис. 2. Эффективность курсовой терапии в основной и контрольной группе.

Переносимость гомеопатических препаратов у пациентов была хорошей. Осложнений не наблюдалось. При этом в контрольной группе назначения психофармакологических препаратов нередко приводили к побочным эффектам в виде дневной сонливости (5 человек), головокружениям (2 человека), уменьшение скорости реакции и ухудшение концентрации внимания (12 человек), невозможности водить транспортное средство (11 человек), болям в области печени (4 человека).

*Выводы:*

1. Гомеопатические препараты оказывают положительное воздействие на все звенья патогенеза парафункций жевательных мышц и их осложнений: уменьшение явлений острого или хронического стресса, уменьшение реактивной тревожности, устранение гиперактивности жевательных мышц, исчезновение или уменьшение боли в жевательных мышцах и височно-нижнечелюстном суставе, устранение воспалительных явлений в ВНЧС и тканях пародонта, стабилизация состояния костной ткани.

2. Использование гомеопатических препаратов улучшает качество жизни пациентов с заболеваниями жевательного аппарата.

3. Применение гомеопатических лекарственных средств можно рекомендовать для повышения эффективности лечения пациентов с парафункциями жевательных мышц.

4. Оценка пациентами лечебного действия терапии гомеопатическими препаратами – положительная.

#### *Литература*

1. Зорян Е.В. Очерки по гомеопатии для стоматологов. – Москва: «Арнебия». – 2005.–154 с.
2. Жулев Е.Н. Несъемные протезы: Теория, клиника и лабораторная техника.– Н. Новгород: НГМА, 1995.– 366 с.
3. Келлер Г. Гомеопатия. – М.– 2000. – 606 с.
4. Киселёва Т.Л., Агеева Т.К., Цветаева Е.В. Гомеопатические лекарственные средства, разрешённые к медицинскому применению на территории Российской Федерации: Учебно-справочное пособие. /Под ред. Т.Л. Киселёвой. 1–е изд. – М.: «Велес». – 2000. – 538 с.
5. Петросов Ю.А., Калпакьянц О.Ю., Сеферян Н.Ю. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.– Краснодар. – 1996.– 352 с.
6. Пузин М.Н. Нейростоматологические заболевания.– М.: Медицина. – 1997.– 368 с.
7. Трезубов В.Н. Травматическая окклюзия: особенности диагностики и планирования лечения // Пародонтология.– 1996. – № 1(1).– С. 36–40.
8. Трезубов В.Н. Размышления о психосоматической природе некоторых патологических состояний в клинической стоматологии // Пародонтология.– 1999. – № 2 (12).– С.48 – 49.
9. Сайт. <http://homeopat-sam.com>

---

---

***В.Г.Чалков, О.В.Чалкова***

*Тула, Россия*

## **ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ**

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из основных причин летальности и инвалидизации населения в большинстве стран мира, а в США ЧМТ – основная причина смертности и инвалидизации у мужчин молодого (до 44 лет) возраста. В 1975 году нейротравматизм в США назван «молчаливо наступающей эпидемией». Процент летальных исходов при тяжелой черепно-мозговой травме на сегодняшний день остается весьма высоким (по оценкам разных авторов, 40–80%). Из выживших больных 18–30% имеют стойкую утрату трудоспособности, а у значительной части остальных – неврологические нарушения и когнитивный дефицит, которые крайне затрудняют их социальную адаптацию.

Чрезвычайно важна концепция первичных и вторичных повреждений головного мозга. Первичные – это от энергии самой травмы. Вторичные – это реакция мозга и организма в целом на травму, когда возникающие расстройства в регуляции функций внутренних органов приводят к метаболическим нарушениям и, следовательно, к отравлению организма продуктами распада, что сопровождается необратимыми изменениями головного мозга. Именно их предупреждение, как принято считать в нейрохирургии, является главным резервом улучшения исходов тяжелой черепно-мозговой травмы.

С 1999 года нами в лечении черепно–мозговой травмы наряду со стандартной медикаментозной терапией и, при необходимости, оперативного вмешательства, используются комплексные антигемотоксические препараты фирмы «Хеель»: Убихинон композитум, Траумель С, Гепар композитум, Мукоза композитум, Церебрум композитум Н, на разных стадиях лечения по показаниям и в зависимости от состояния пострадавшего [2]. В данной работе мы представляем результаты лечения пациентов только с тяжелой черепно–мозговой травмой (9 чел.), как наиболее проблемной и наименее курабельной группы больных. В литературных публикациях мы подобную информацию не встретили.

Всем больным при поступлении проводилось рентгеновская компьютерная томография (РКТ) или магнитно–резонансная томография (МРТ) головного мозга, которые в процессе лечения повторялись по показаниям. Тяжесть состояния констатировалась по шкале глубины коматозного состояния Глазго, который составлял в данной группе больных 10–11 баллов, что соответствовало коме III. Трое больных имели только ЧМТ с множественными переломами костей черепа, у 6 больных были сочетанные травмы. Кроме тяжелых ЧМТ с переломами костей черепа имелись: повреждения органов брюшной полости (разрыв кишечника – у 1 больного, разрыв кишечника и селезенки – у 1 больного), грудной клетки – у 2х больных, переломы конечностей у 4х больных. Пяти больным требовалось экстренное оперативное вмешательство по поводу внутрочерепных гематом, они оперированы через 3–8 часов после получения травмы. Из них у 3х диагностированы односторонние эпи–субдуральные гематомы (один оперирован повторно в связи с рецидивом гематомы), у 1 – эпидуральная, у 1 двухсторонние субдуральные гематомы, у 3х имели место также и внутримозговые гематомы. Также в первые сутки оперировались больные с повреждением органов брюшной полости. Больные с переломами конечностей оперировались после выхода их из бессознательного состояния. Все пострадавшие находились в первые 7–12 суток в реанимационном отделении.

Летальный исход имел место у 3х больных: у 2х – на 2 и 4 сутки после травмы (что связано с факторами первичного повреждения мозга), у 3го с тяжелой формой энцефалопатии (данный больной получал антигемотоксические препараты только с 6х суток после ЧМТ, что сказалось на его мозговой функции) через 8 месяцев от аспирации дыхательных путей в домашних условиях (родители удалили желудочный зонд и пытались кормить больного через рот).

Данная группа больных находилась на лечении в стационаре от 42 до 96 суток. В последующем все больные повторно госпитализировались в нейрохирургическое отделение Тульской областной клинической больницы (ТОКБ) для проведения курсов реабилитационного лечения, а больные с дефектами костей черепа – для оперативного лечения: «пластика дефектов костей черепа титановой пластиной».

По результатам наблюдения к настоящему времени 4 пациента имеют III группу инвалидности, из них 3 приступили к своей предыдущей работе: лесник (через год после ЧМТ выполнена пластика 2х сторонних дефектов костей черепа), главный бухгалтер (оперированный через 3 месяца после ЧМТ – выполнена энуклеация погибшего глаза), предприниматель (оперированный окулистами через 4 месяца после выписки из стационара в связи с 2х сторонним парезом отводящих нервов и в последующем – неоднократно ЛОР врачами по поводу стеноза трахеи). 2 больных имеют II группу инвалидности в связи с остаточными органическими изменениями ЦНС: в виде эписиндрома и легкого гемипареза (1чел.), умеренного тетрапареза (1чел.).

Ниже мы приводим один клинический случай успешной терапии пациента с тяжелой ЧМТ.

Больной З–ев О.И.(история болезни N 21361), 1976 г. р., находился в ТОКБ с 28.08.10г. по 12.10.10г. Анамнез. 26.08.10г. в 18 часов при распиловке деревьев в лесу упало высокое дерево на голову, не защищенную каской. Через час был доставлен в ЦРБ, где хирургом выполнена первичная хирургическая обработка ран волосистой части головы. Через 6 часов после травмы прибыл реанимобиль из ТОКБ с нейрохирургом, реаниматологом и анестезиологом. При осмотре: без сознания, аритмичное храпящее дыхание, на волосистой части головы ушитые раны, пальпаторно определяется грубая деформация костей свода черепа с крепитацией, на звуковые и легкие болевые раздражения реакции не получено,

на сильные болевые раздражения минимальная разгибательная реакция правых конечностей. Зрачки средней величины, чуть шире справа, фото и корнеальные рефлексy едва заметны. Рефлексy с конечностей низкие, без убедительной разницы сторон, 2х сторонний с-м Бабинского, в течение осмотра колебания АД 90\40 – 110\60 мм рт ст, пульс 50–60 ударов в минуту. По 5 пунктам шкалы Глазго 11 баллов, что соответствует коме III. Начаты медикаментозные реанимационные мероприятия. Больной с трудом интубирован (воздухоносные пути забиты кровью и слизью). В крайне тяжелом состоянии на АИВЛ реанимобилем доставлен в ТОКБ, госпитализирован в реанимационное отделение. На РКТ головного мозга: «Картина эпи-субдуральной массивной гематомы правой лобно-теменно-височной области, относительно небольших размеров субдуральная гематома левой теменной области, внутримозговые гематомы правой теменной области, кровь в желудочковой системе, множественные переломы костей свода черепа с переходом на основание и смещением отломков в мозговое вещество. Содержимое в придаточных пазухах носа. Двухсторонний мастоидит. Низкое расположение миндалин мозжечка», что свидетельствовало о начавшемся дислокационном синдроме (рис.1–6). На Р-грамме костей черепа: многооскольчатые вдавленные переломы теменных и лобных костей со смещением отломков. При поступлении поставлен диагноз: «ОЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени, компрессия головного мозга эпи-субдуральной и внутримозговыми гематомами правой лобно-теменно-височной области, плащевидной субдуральной гематомой левой теменной области, многооскольчатые вдавленные фрагменты переломов костей теменных и лобных отделов свода черепа с переходом на основание. Отек головного мозга, начавшийся дислокационный синдром. Кома III». Экстренная операция 27.08.10г.: «Ревизия ран, частичное удаление костных фрагментов свода черепа, эпи-субдуральной и внутримозговой гематом правой лобно-теменно-височной области».

В реанимационном отделении больному проводилась стандартная медикаментозная терапия, в которую включались препараты антигемотоксического ряда. В послеоперационном периоде состояние оставалось крайне тяжелым, осложнилось гнойным трахеобронхитом, пневмонией. В связи с отсутствием клинического улучшения, заподозрен рецидив гематомы, что было подтверждено данными РКТ от 07.09.10г.: «КТ-картина внутричерепных посттравматических гематом (субдуральная, внутримозговая, желудочковая). Множественные переломы костей свода и основания черепа. Состояние после оперативного вмешательства» (рис.7–12). Повторная операция 07.09.10г.: «Ревизия операционной раны, удаление рецидива эпи-субдуральной гематомы правой лобно-теменно-височной области, частично – внутримозговой». Динамика состояния положительная: 13.09.10г появились признаки восстановления сознания. 14 сентября переведен на спонтанное дыхание, 16 .09.2010 – в нейрохирургическое отделение, где продолжалась медикаментозная восстановительная терапия, включающая: Траумель С, Гепар композитум, Убихинон композитум, Церебрум композитум, а также гомеопатические препараты Апоцинум, Барита карбоника, Гиперикум однократными ежедневными приемами. В относительно удовлетворительном состоянии выписан из стационара 12.11.10г. под дальнейшее амбулаторное лечение невролога по месту жительства. Неврологический статус при выписке: в сознании, ориентировка в месте сохранена, во времени – нарушена, грубый горизонтальный нистагм, асимметрия оскала, девиация языка влево, левосторонний грубый гемипарез, легкая левосторонняя гемигипестезия. Даны рекомендации дальнейшего медикаментозного лечения, включающие антигемотоксические препараты: Церебрум композитум Н (1амп в\м ежедневно №60), Гепар композитум 1 амп. через день №30, чередовать с Убихинон композитум 1 амп. через день №30 и гомеопатические препараты в гранулах: Апоцинум, Барита карбоника и Аргентум нитрикум.

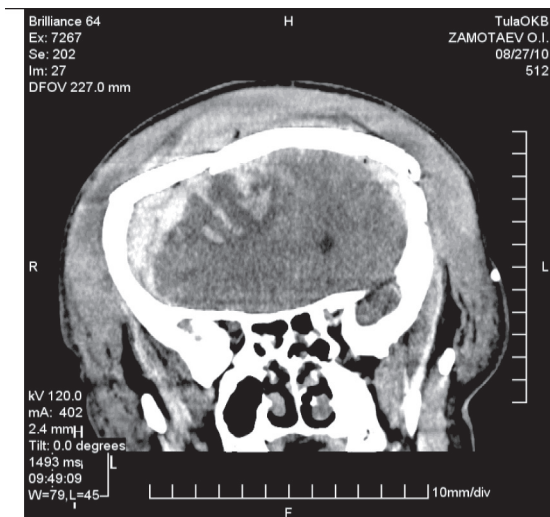


Рис. 1

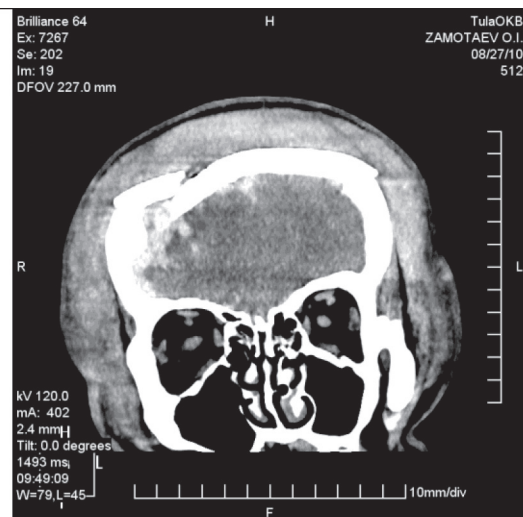


Рис.2

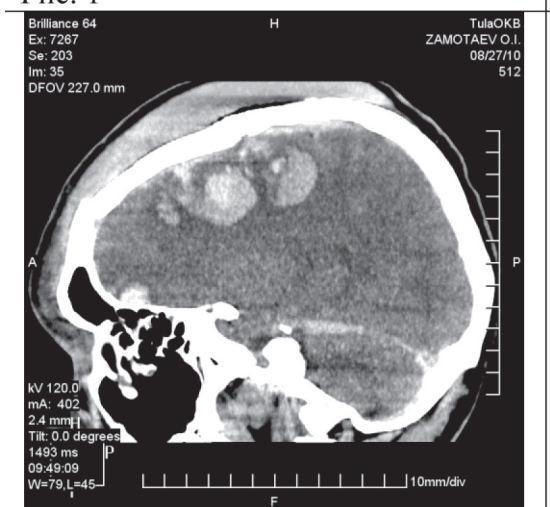


Рис. 3

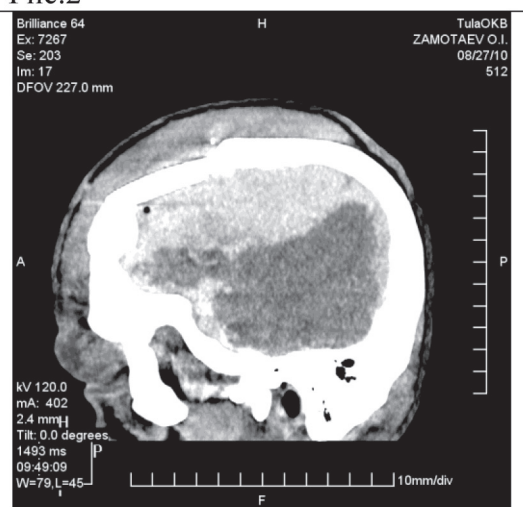


Рис.4

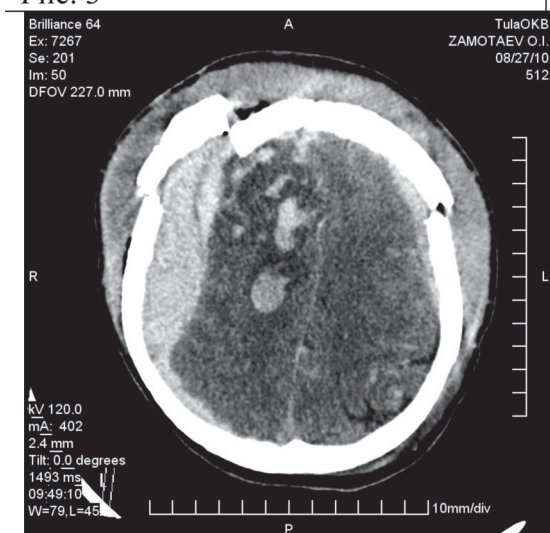


Рис. 5

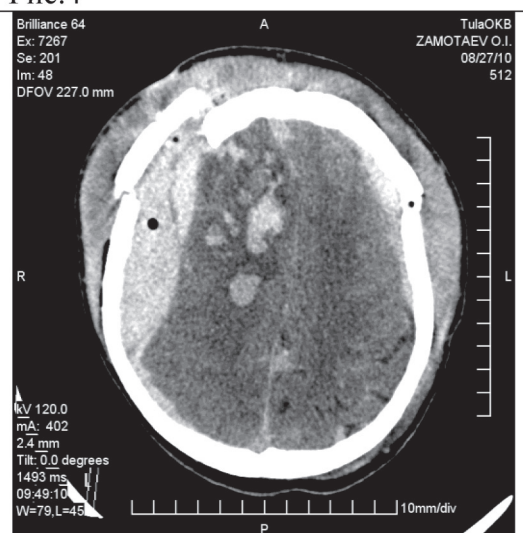


Рис.6

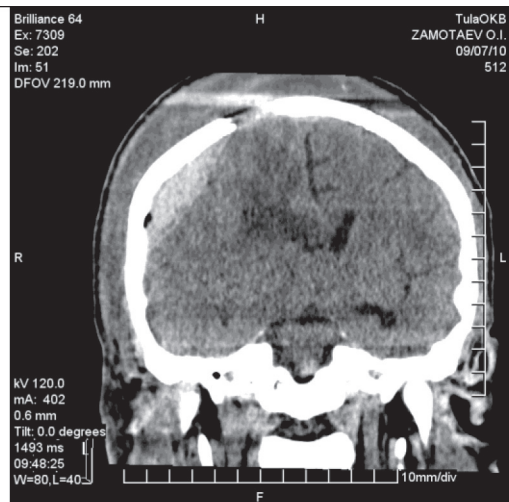


Рис. 7

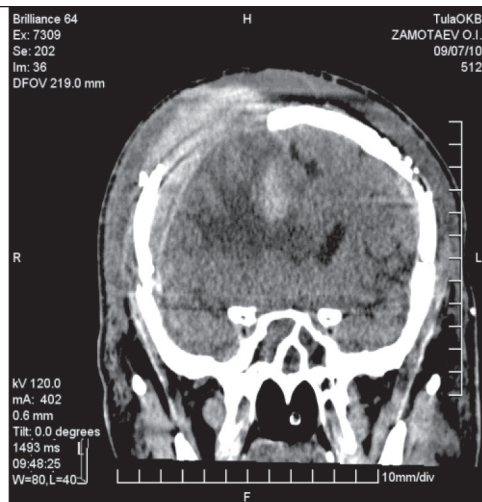


Рис.8

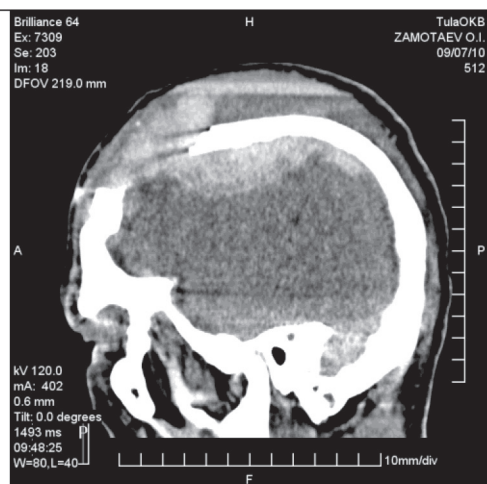


Рис. 9

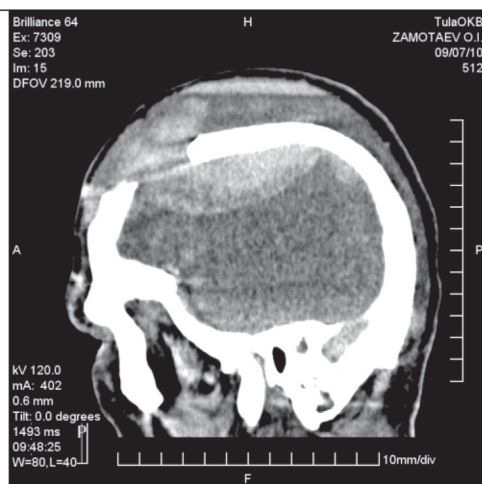


Рис.10

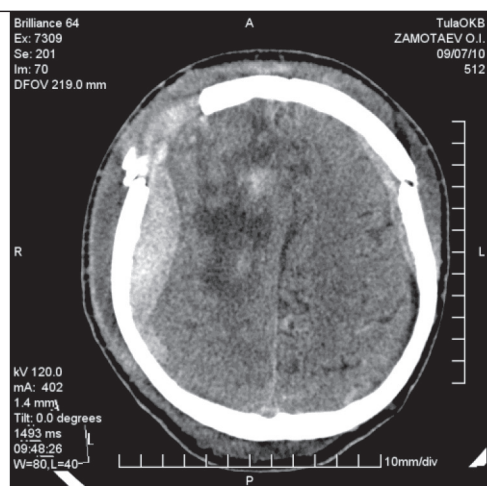


Рис. 11

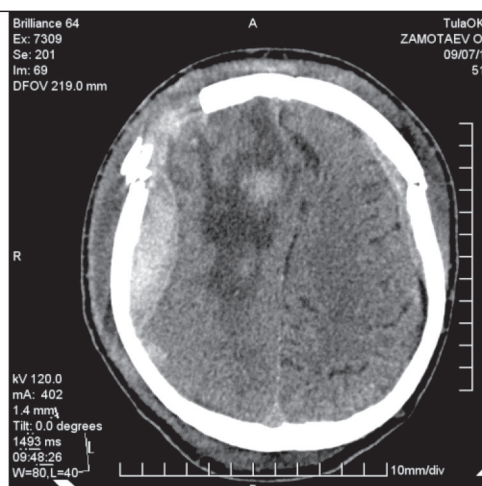


Рис.12



Повторная госпитализация в нейрохирургическое отделение ТОКБ для оперативного лечения «Пластика дефекта костей черепа титановой пластиной» и проведения курса стационарной реабилитационной терапии была осуществлена с 01.10.2012 по 15.10.2012 г.

При поступлении отмечались жалобы на умеренные головные боли, генерализованные судорожные эпилептические приступы, неустойчивое артериальное давление (периодически подъемы АД до 160/90 мм. рт. ст., возникающие в основном при перемене погоды). С точки зрения неврологического статуса: в сознании, в месте и во времени ориентирован, эйфоричен, критика снижена, горизонтальный установочный нистагм в обе стороны, легкая сглаженность левой носогубной складки, язык по средней линии, сила в левых конечностях 4 балла, в правых 5 баллов. Рефлексы живые, выше слева, стопных патологических знаков нет, чувствительные нарушения отсутствуют.

На МРТ от 01.10.2012 г.: «Срединные образования не смещены. Желудочковая система умеренно расширена. В правой лобной области киста размером 57мм на 41мм.» (рис. 13–16). На РКТ от 03.10.2012г.: «КТ–картина послеоперационных и посттравматических изменений костей черепа» (рис. 17–22). Больной оперирован: «Пластика костного дефекта правой лобно–теменной области титановой пластиной», ему был проведен курс реабилитационной терапии: ноотропными, сосудистыми препаратами и Церебрум композитум. После выписки из стационара наблюдение за больным продолжается в амбулаторных условиях.

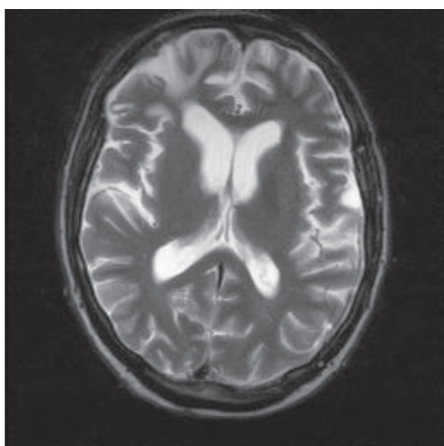


Рис. 13.

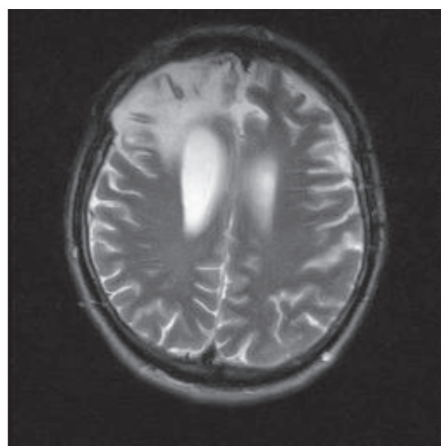


Рис.14

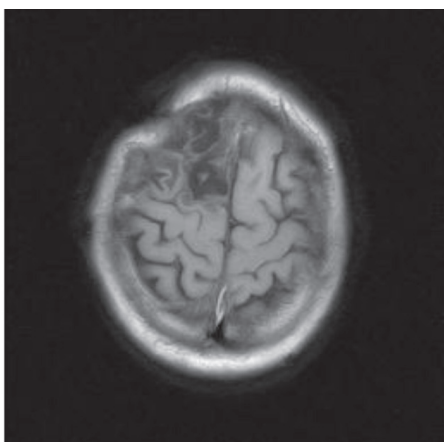


Рис.15

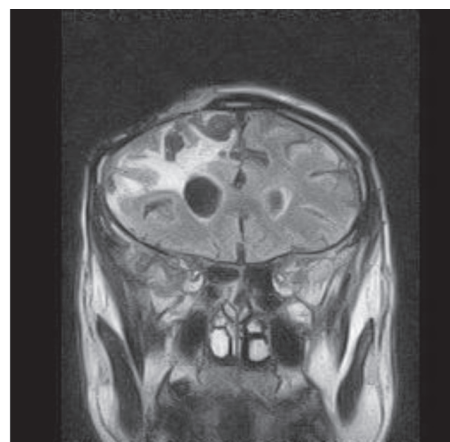


Рис.16

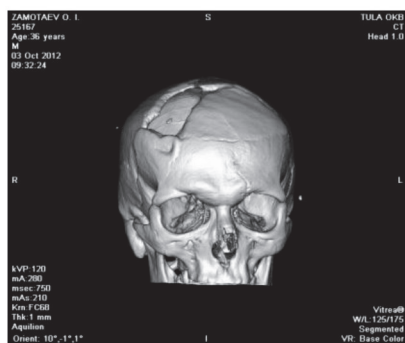


Рис.17

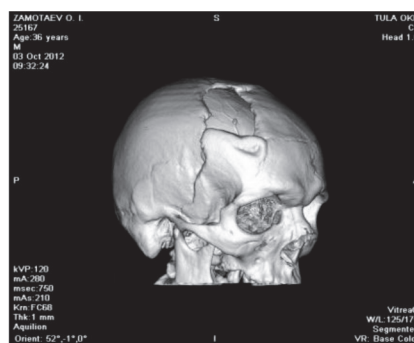


Рис. 18

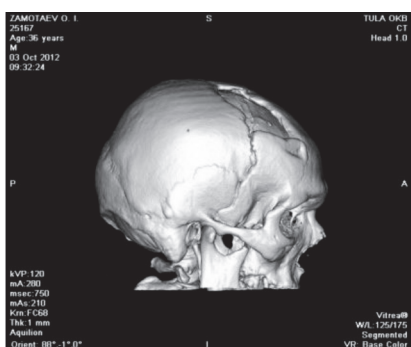


Рис.19

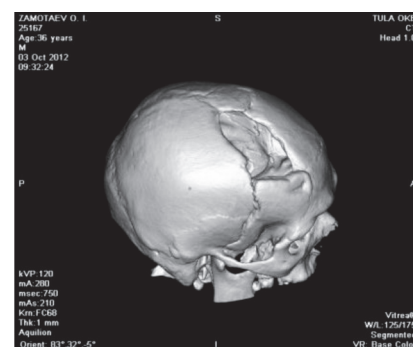


Рис.20

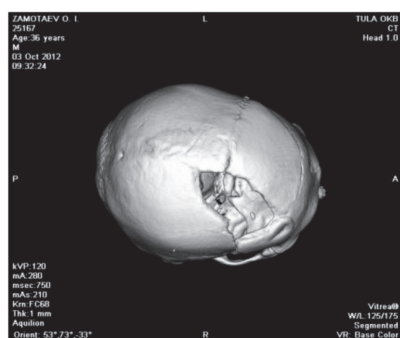


Рис. 21

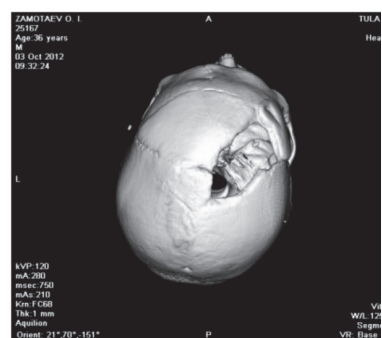


Рис.22

В заключении хотелось бы подчеркнуть, что в исследованиях последних лет показано наличие генетической предрасположенности к различной степени выраженности вторичных реакций мозга в ответ на повреждение [1]. То есть можно предположить, что антигомотоксические препараты оказывают оптимизирующее влияние на генетические механизмы, управляющие процессом реализации вторичных повреждающих эффектов при ЧМТ. Включение антигомотоксических препаратов в стандартную схему лечения больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, находящихся в критическом (остром) периоде ЧМТ, предположительно, снижает летальность, предупреждает возникновение такого тяжелого осложнения ЧМТ каким является вегетативное состояние, повышает физическую и социальную реабилитацию данной категории больных.

#### Литература

1. Л.Б.Лихтерман Цитиколин в лечении травматических поражений головного мозга // CONSILIUM MEDICUM. – 2010. – ТОМ 12. – № 9. стр.105–109.
2. Чалков В.Г. Использование группы гомотоксикологических препаратов в лечении больных с тяжелой черепно-мозговой травмой и политравмой в остром периоде // Нейрохирургия. – 2006. – №1. – С.64.

## ФОЛЛИКУЛИНУМ

Препарат *Фолликулин* изготавливают из эстрогена – фолликулярного гормона яичников. Эстроген является естественным фолликулярным гормоном, необходимым для нормального развития женского организма. Он начинает вырабатываться в яичниках вместе с наступлением периода полового созревания и образуется в созревающих фолликулах до наступления климактерического периода. Эстроген способствует увеличению матки, пролиферации эндометрия, усилению вторичных половых признаков.

Вместе с гормоном желтого тела фолликулярный гормон участвует в осуществлении менструального цикла; оба гормона необходимы для выполнения функции деторождения.

В организме женщины образуются и другие гормоны, близкие по действию к эстрогену (эстрадиол, эстриол, и др.). Эти гормоны называют эстрогенами.

Какова функция эстрогенов в организме женщины?

В подростковом возрасте под влиянием эстрогенов формируются вторичные половые признаки, начинается рост матки и молочных желез, жировые клетки перераспределяются в организме по женскому типу (на бедрах), формируется нормальная микрофлора влагалища с кислой средой. Во время менструального цикла эстрогены у женщин вырабатываются до определенного уровня под влиянием фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), обеспечивая пролиферацию эндометрия. При максимуме эстрогенов запускается производство лютеинизирующего гормона (ЛГ), тормозится секреция ФСГ, и наступает овуляция, после чего уровень эстрогенов падает, и растет уровень прогестерона – гормона, сохраняющего беременность, если наступило оплодотворение.

*Гомеопатический фолликулин* применяется не так давно, около 3–х десятилетий. Предложили его использовать французы, также как и гомеопатический прогестерон, пролактин. Рекомендовали использовать *фоликулин* и при гиперэстрогемии (опухоли, кровотечения) и при гипозэстрогемии (аменорея, гипоменструальный синдром).

Препарат не проходил испытаний и прувингов, принятых в гомеопатии. Но огромное количество женщин на протяжении 70 лет испытывали и продолжают испытывать на себе действие синтетических женских гормонов в материальных дозах, с тех пор как они были открыты и синтезированы в 1940 году. Началась эра поголовного применения женских половых гормонов при нарушениях менструального цикла, кровотечениях, проблемах вынашивания беременности, с противозачаточной целью.

Мелисса Ассилем несколько лет наблюдала за людьми, получавшими фолликулин. По её убеждению и французской школы гомеопатии, мы имеем дело с миазмом, который искусственно создан беспорядочным употреблением женских гормонов.

Большинство женщин с нарушениями в женской сфере, пользовались когда-либо гормонами, либо не они, а их матери принимали гормональные препараты до их рождения. Выяснили, что следствием употребления гормонов являются следующие симптомы: раннее половое развитие и сексуальность, гинекологические инфекции, пролиферативные заболевания женской сферы, такие, как эндометриоз, поликистоз яичников, лейкоплакия.

С 40–х до 70–х годов в США, а затем и в Европе широко применяли диэтилэстроген (ДЭС) и другие эстрогенные препараты при угрозе прерывания беременности, диабете, гипертонии, при первичной и вторичной дисменорее, при недоразвитии матки, бесплодии, патологическом климаксе, слабости родовой деятельности, сосудистой патологии, для уменьшения лактации после родов. После 30 лет использования этого препарата выросло количество светлоклеточной карциномы матки и влагалища как у самих женщин, принимавших это средство, так и у их дочерей. В 500 случаях и более была связь с приёмом гормонов. В 3 раза возрос рак молочной железы, в 5 раз – дисплазия слизистой и слабость шейки матки, проблемы вынашивания беременности и родов, дисменорея.

У 40% сыновей тех женщин, которые принимали противозачаточные таблетки до беременности, наблюдалось недоразвитие яичек, бесплодие, нарушение сперматогенеза:

патологические формы сперматозоидов или низкая их активность. С тех пор появились новые эстрогенсодержащие гормональные препараты, сменилось несколько их поколений, которые отличаются меньшим количеством побочных действий, но сам принцип их применения остаётся по-прежнему опасным, повреждающим и противоречащим естественной природе женского организма.

Применение эстрогенсодержащих гормонов приводит к: кровотечению, алыгодисменорее, остеопорозу, бесплодию, артериальной гипертензии, гиперкоагуляции крови, нарушениям в эндокринной системе (ожирение, гипертрихоз, гипотиреоз), стимуляции гнойной инфекции, повышению уровня сахара крови, сахарному диабету, снижению иммунитета, к увеличению раковых заболеваний молочных желез, женских и мужских половых органов, генетическим повреждениям плода.

*Ведущие симптомы патогенеза Фолликулинома:*

Главный психологический симптом: *синдром – пресс*, то есть психологическое давление на личность:

- со стороны родителей, друзей, супруга, религиозных наставников.
- со стороны окружающих – на работе или давление жизненных обстоятельств, окружающей среды.
- состояние человека, перенесшего тяжёлое инфекционное заболевание, то есть давление болезней и затянувшееся выздоровление.

*Другие симптомы:*

Поздние менархе, запаздывание вторичных половых признаков, особенно если есть признаки психологического давления в пубертатном периоде.

Нарушение цикла, гипоменструальный синдром, задержки месячных. Ни одни менструации ни похожи на другие, как и у Пульсатиллы.

Выражен предменструальный синдром, любые симптомы: обмороки, раздражительность, депрессии, всё ухудшается во время месячных.

Патологический климактерический синдром. Меноррагии и метроррагии.

Чрезмерная чувствительность живота и молочных желез к пальпации.

Менструации сопровождаются расширением и набуханием вен, кровь при месячных смешана со слизью.

Уплотнение и болезненность матки и шейки.

Мастопатия, реакция молочных желез на месячные.

На коже уртикарные высыпания, акне вульгарные, герпес.

Боль в желудке и ощущение давления, пустоты.

Бартолинит, сменяющийся ангиной.

Гнойные процессы носоглотки, тонзиллиты, гаймориты во время месячных.

Изменения в гепатобилиарной системе, хронический холецистит, желчно-каменная болезнь.

Повышенное или сниженное либидо.

Глубокая депрессия, нестабильное настроение.

В практической деятельности врача – гомеопата Фолликулином является частым назначением, ввиду выраженной поврежденности женщин эстрогенсодержащими гормональными средствами. Для иллюстрации ниже представлено несколько примеров применения Фолликулинома.

*Пример 1:* мужчина 25 лет, слабое развитие вторичных половых признаков, инфантильный, с гинекомастией. Мама принимала противозачаточные таблетки до беременности. Нарушение сперматогенеза. Назначен Кониум 2 раза в неделю и Фолликулин 1 раз в месяц. Лечение в течение 1, 5 лет с положительной динамикой.

*Пример 2:* женщина 56 лет, патологический климактерический синдром, принимала гормональные препараты в климаксе, появилась киста яичника. Назначен Фолликулин 1 раз в 2 недели. Курс лечения 3 месяца, исчезла киста, нормализовалось самочувствие.

*Пример 3:* девушка 21 год, инфантильная матка, синдром истощения яичников, с 17 до 20 лет принимала дюфастон, затем бросила приём, аменорея 8 мес. Назначен Фолликулин. Менструальный цикл восстановился через 4 месяца.

*Пример 4:* женщина 32 лет, имеет 1 ребёнка, 2 года принимала эстрогенсодержащие препараты с противозачаточной целью, аменорея в течение 1 года 3 месяцев, назначен Фолликулин, месячные восстановились через полгода.

*Литература*

1. Вермюлен, Ф. Синоптическая Materia Medica II. Ч. 2. – М: «Гомеопатическая медицина». – 2002.
2. Попов А.В. Гомеопатия в эндокринологии. Клинические лекции. Ч. 2. – М. «Гомеопатическая медицина». – 2007.
3. Попова Т.Д., Зеликман Т.Я. Гомеопатическая терапия. – Киев: «Здоровье». – 1999.

**Э.Д. Колосовский**

Санкт-Петербург, Россия

## **ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ПРИРОДА АУТИЗМА. ВОЗМОЖНОСТИ ГОМЕОПАТИИ**

Детский аутизм – достаточно распространенное явление, встречающееся не реже, чем слепота и глухота. Он проявляется во многих формах при различных уровнях интеллектуального и речевого развития, причем отмечается тенденция к увеличению количества больных детей.

Все принятые в настоящее время определения аутизма включают в себя три критерия, предложенные Wing and Gould в 1979 году и необходимые для постановки диагноза: 1. Тяжелое нарушение способности к реципрокному социальному взаимодействию; 2. Неуверенность в общении, включая бедность языка, нарушение разговорной речи, неуверенные телодвижения, скованное выражение лица, мимики и жестов; 3. Тяжелые изменения воображения и способности изменять свое поведение, что ведет к крайней ограниченности поведенческого репертуара. Однако более поздние исследования показали, что наличие триады симптомов не является строго обязательным.

На самом деле, существует множество диагностических критериев аутизма и вариантов его течения. Основными из них являются: 1. Первичные нарушения способности реагировать на других людей; 2. Выраженный дефицит языкового развития, если речь все же развивается, возникают особенные виды, такие как эхолалия, метафизическая речь, неверное употребление личных местоимений; 3. Патологическая реакция на факторы среды, например, сопротивление переменам; 4. Выраженное нарушение способности устанавливать дружеские отношения со сверстниками; 5. Резко ограниченный набор, выполняемых действий и интересов.

При аутизме высокая частота таких заболеваний как синдром ломкой X – хромосомы и другие хромосомные аномалии, туберозный склероз, нейрофиброматоз, фенилкетонурия, мышечная дистрофия Дюшенна.

Существует достаточное количество данных подтверждающих, что в большинстве случаев аутизма задействованы генетические факторы. Возможно, что существуют гены предрасположенности в каждом отдельном случае. Иногда, в комбинации с поражением головного мозга может возникнуть аутизм, например, в случае внутриутробного заражения вирусом краснухи.

Дополнительное негативное воздействие нескольких факторов, вызывающих нарушение оптимального состояния при беременности и в период новорожденности может привести к возникновению субоптимальной среды для развивающейся нервной системы, вызывающее поражение мозга и проявляющееся впоследствии симптомами аутизма. Четко установлены факторы риска: поражения мозга, такие как гемолитическая анемия вследствие несовместимости групп крови, тяжелая и длительная асфиксия, талидомидная эмбриопатия,

герпесный энцефалит, фетальный алкогольный синдром. По некоторым данным аутизм может развиваться при неспецифическом поражении мозга, возникающем из-за кровотечения во время беременности, большого материнского возраста, преждевременных родов, перенашивания, клинической незрелости или гипербилирубинемии. (Coleman 2005 г). Целесообразно рассматривать его в связи с такими общими нервными расстройствами, как задержка умственного развития, церебральный паралич и эпилепсия. Во многих случаях выявляются признаки мозговой дисфункции.

Не леченная фенилкетонурия может вызывать аутизм. Но аутистические симптомы никогда не развиваются, если с первых дней жизни проводится адекватная диета. В данном случае речь идет скорее о предупреждении, нежели лечении, так как аутистические симптомы не успевают развиться до начала терапии.

Другой вид лечения, основанный на соблюдении определенной диеты проводится при связанном с аутизмом лактоацидозе. Coltman and Blass (1988) показали, что в таких случаях диетотерапия может привести к исчезновению симптомов аутизма. Безглютеновые и безказеиновые диеты обычно не оказывают положительного действия при аутизме.

При аутизме не существует четкой разницы между методами лечения, коррекции и обучения. Некоторые случаи можно лечить, например, назначая диету при фенилкетонурическом аутизме или используя нейрохирургические методы при туберкулёзном склерозе с аутизмом и эпилепсией, а в других – можно применять такие классические методы, как фармакотерапия, психотерапия или их комбинация.

Фармакотерапия играет небольшую, но важную роль. Во многих случаях в лечении эпилепсии при аутизме применяются противосудорожные препараты, а также используются нейрорепаративные и седативные средства. Однако часто эти препараты оказывают парадоксальный эффект – усиливается гиперактивность ребёнка и вечером его бывает трудно успокоить. Бензодиазепины обычно оказывают негативное действие на поведение и когнитивные функции, при аутизме и их лучше избегать.

Некоторые авторы считают, что прогрессирование аутизма во многом зависит от социальных факторов. Поэтому одним из методов профилактики данного заболевания является улучшение социальных условий, медицинского наблюдения и обслуживания беременных женщин.

Гомеопатическое лечение может играть вспомогательную роль в лечении детей, больных аутизмом, совместно с психологической коррекцией и обучением.

При лечении больных с аутизмом, точнее при попытке облегчить их состояние, можно назначить Гиосциамус 6,12,30. В патогенезе данного препарата имеется нарушение речи, чередование гиперактивности с пассивностью, неловкие угловатые движения, плохая адаптация к окружающему. Довольно часто у детей с аутизмом развивается состояние заторможенности, притупление чувств и головокружение. В подобных случаях оправдано также применение Геллеборус 6,12.

Когда гиперактивность, деструктивное поведение или аутоагрессию невозможно компенсировать, рекомендуется Фосфор 6,12,30. При перевозбудимости и бессоннице можно использовать Коффеа 6,12. В случае возникновения быстрых перепадов настроения рекомендуется применение Аурум 3,6,12 или Алюмина 6,30, чередующихся с Коккулюс 3,6,12.

Во многих случаях течение аутизма сопровождается эпилепсией. Иногда перед началом приступа эпилепсии появляются сильные головные боли, а иногда больной сразу падает без сознания, в последствие рекомендуется Арсеникум металликум 6,12,30. При возникновении приступа на открытом воздухе – Каустикум 6,12,30. Если приступ прекращается во время сна, уместно использование Агарикус 6,12,30.

Лечение аутизма требует большого внимания не только со стороны врачей, но и родителей, родственников и в дальнейшем друзей пациента.

#### *Литература*

1. Айкорди Ж. Заболевания нервной системы у детей. Т. 2. – М. – 2013. – 1036 с.
2. Келер Г. Гомеопатия. – М. – 2000. – 608 с.
3. Кент Д.Т. Лекции по гомеопатической Materia Medica. Т. I, II. – М. – 1999.
4. Синельников В. Гомеопатия доктора Синельникова. – М. – 2006. – 639 с.

---

# ФИТОТЕРАПИЯ

---

*К.В. Сивак, К.И. Стосман, Е.Е.Лесиовская, Т.Н. Саватеева–Любимова*  
*Санкт–Петербург, Россия*

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАНЕФРОНА Н В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АУТОИММУННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХЕЙМАННА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

### Введение

Нефрологические исследования в эксперименте и клинической практике направлены на три цели: улучшение диагностики почечной недостаточности [1, 2], создание эффективных диализных аппаратов и режимов детоксикации [3], поиск новых лекарственных средств для профилактики и консервативного лечения почечной патологии различного генеза [4].

Аутоиммунная патология почек, как при моделировании у животных, так и у человека, сопровождается повреждением структур нефронов за счет аутоантител, иммунных комплексов, активации мигрирующих в ткань почек лейкоцитов [5, 6]. На современном этапе развития нефрологии основными фармакологическими средствами для ограничения экспрессии Т-хелпер зависимых аутореактивных клонов В-лимфоцитов, продуцирующих аутоантитела, являются иммунодепрессантные лекарственные препараты, такие как глюкокортикостероиды (преднизолон, метилпреднизолон), цитостатики (циклофосфамид, хлорамбуцил), ингибиторы фермента инозинмонофосфатдегидрогеназы лимфоцитов (мофетил микофенолат), ингибиторы кальций–зависимых Т–клеточных сигнальных путей трансдукции (циклоспорин, такролимус), приводящих к угнетению транскрипции дискретной группы лимфокинных генов, моноклональные антитела и другие. Базисная терапия аутоиммунной патологии почек включает иммунодепрессанты: преднизолон, метилпреднизолон, азатиоприн, циклофосфамид, микофенолат мофетил, циклоспорин А и такролимус [7]. В схему терапии включают также антикоагулянты из группы гепарина, ангиопротекторы (дипиридамол) [8], фитопрепараты [9].

Использование фитопрепаратов в лечении данного типа патологии неоправданно занимает самое последнее место. Накоплен значительный опыт фитотерапии заболеваний почек и мочевыводящих путей [4,9,10 и др.]. В то же время доказательная база исследований в области экспериментальной и клинической фитотерапии болезней почек остается пока недостаточной.

Нефропротектор Канефрон Н содержит комбинацию компонентов из лекарственных растений: розмарина, любистока и золототысячника [11]. Фармакологические эффекты Канефрона Н заключаются в противовоспалительном, диуретическом и нефропротекторном действии [12]. Основными преимуществами этого препарата являются доступность на фармацевтическом рынке, высокая эффективность при различной патологии почек и мочевыводящих путей, безопасность и возможность применения у детей и во время беременности. Показана безопасность и эффективность Канефрона Н при его назначении у беременных с поздними гестозами [13, 14]. Основные исследования, как в клинической практике [15, 16], так и в эксперименте [17], доказывают эффективность этого препарата при канальцевой патологии: пиелонефритах, тубулоинтерстициальных нефритах в составе комбинированной терапии с антибактериальными препаратами (пемфлоксацин, амоксиклав, рокситромицин) [18].

Целью настоящей работы явилось изучение нефропротекторного действия Канефрона Н в составе комплексной фармакотерапии на модели активного аутоиммунного гломерулонефрита Хейманна (АИГ) у крыс. В задачи исследования входило моделирование АИГ,

введение Канефрона Н (60 дней), терапия эталонным иммунодепрессантом преднизолоном, а также комбинированное введение преднизолон + Канефрон Н (60 дней). Оценку фармакологического действия препаратов проводили по комплексу лабораторных тестов, рекомендованных при доклинических исследованиях [19].

## Материалы и методы

**Животные.** Работа с лабораторными животными была организована в соответствии с «Руководством по содержанию и использованию лабораторных животных» (USA, National Academy Press, Washington, D.C., 1996); «Руководством по содержанию и использованию лабораторных животных» (FELASA, 2010); «Лабораторные животные» (положение и руководство, Российская Академия Медицинских Наук, Москва, 2003) [20]. Эксперименты проводили на 40 крысах самцах и 6 самках линии BDIX [21] массой тела 200–220 г, выращенных в питомнике Института физиологии имени академика И.П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия).

**Моделирование аутоиммунного гломерулонефрита (АИГ).** Для создания гломерулонефрита отбирали материнские почки, которые гомогенизировали, освобождая от соединительной ткани, и смешивали с полным адьювантом Фрейнда (1:1), получали материнский почечный антиген, содержащий гликопротеин gp330. Потомству крыс от каждого гнезда (в возрасте 3 месяцев) проводили двукратную иммунизацию с интервалом в 14 дней путем внутрибрюшинного введения в дозе 10.0 мг материнского почечного антигена на 200 г массы тела [22–24]. Через 28 дней оценивали степень протеинурии (у опытных крыс белок в моче составлял не менее 0.5 г/ммоль креатинина в сутки) и разделяли крыс на следующие группы: интактные, не получавшие иммунизацию (Интактные, n=8), контроль патологии (АИГ, n=8), терапия преднизолоном (Преднизолон, n=8), терапия канефроном Н (Канефрон Н, n=8), терапия преднизолон + канефрон Н (Преднизолон+Канефрон Н, n=8). Преднизолон вводили в дозе 10 мг/кг/сут, канефрон Н в эффективной дозе 3.0 мл/кг/сут [25]. Введение препаратов осуществляли через атравматический зонд (р.о.) один раз в сутки на протяжении 60 дней. Через 60 суток у крыс собирали суточную мочу, и после анестезии золетилом (золазепам + тилетамин 1:1, 20 мг/кг), проводили эвтаназию путем мгновенной декапитации с забором крови для биохимических и иммунологических исследований.

**Показатели и тесты.** Суточный диурез определяли, помещая крыс на 24 часа в обменные клетки со свободным доступом к воде (100 мл для каждой крысы) без корма. Основными маркерами развития почечной патологии (нефротический синдром) являлись уровни белка и эритроцитов в суточной моче крыс. Клинический анализ мочи проводили с помощью тест-полосок Aution Sticks 10EA на приборе AutionEleven AE-4020 фирмы Arkray Factory, Inc. (Japan). В собранных образцах мочи определяли количество эритроцитов, лейкоцитов, цилиндров (суправитальная окраска методом Штернгеймера-Мальбина и микроскопия при увеличении Ч100 и Ч400) [26, 27], уровень белка методом связывания пирогаллолового красного при 600 нм и уровень креатинина методом псевдокинетической реакции Яффе при 505 нм [28]. Рассчитывали суточный уровень протеинурии как г белка на ммоль креатинина. Использовали готовые наборы для клинической химии фирм Абрис+ и Ольвекс Диагностикум (Россия). Скорость клубочковой фильтрации рассчитывали по уравнению: СКФ (мл/мин) =  $(U_{cr} \cdot Ч \text{ Диурез, мл/сут} \cdot Ч 1000) / (P_{cr} \cdot Ч \text{ Масса тела, г} \cdot Ч 1440, \text{ мин в сут.})$ , где:  $U_{cr}$  – содержание креатинина в моче, ммоль/л;  $P_{cr}$  – содержание креатинина в крови, ммоль/л [29].

Кровь забирали в пробирки с антикоагулянтом гепарин лития для иммунологических исследований и с активатором свертывания для биохимических исследований (Vacuette).

Иммунофенотипирование лимфоцитов. Для количественной оценки числа CD4<sup>+</sup> и CD8<sup>+</sup> T-лимфоцитов использовали мышинные моноклональные антитела PE labeled anti-rat CD45, FITC labeled anti-rat CD3, APC labeled anti-rat CD4, PerCP labeled anti-rat CD8a (BD Pharmingen). К 50 мкл крови добавляли 10 мкл смеси антител и инкубировали 30 минут при комнатной температуре. Затем добавляли 450 мкл 1% BD FACSC™ Lysing Solution (BD, USA) и инкубировали 30 минут. Цитометрию проводили на проточном цитофлуориметре BD FACSCalibur™ (BD, USA) с использованием универсальной программы CellQuestPro [30]. В каждой пробе просчитывали не менее 10000 клеток. Уровень иммунных комплексов определяли методом турбодиметрии в присутствии 3,5 % PEG-6000 в боратном буфере. Содержание криоглобу-



линов (КГ) определяли после 7 дневной инкубации сыворотки крови при +4°C, центрифугировании криопреципитата, растворения осадков в 0.1 М гидроксиде натрия и спектрофотометрии при 260 и 280 нм [31]. Содержание в крови биомаркеров поражения почек мочевины, креатинина определяли UV-кинетическим методом, холестерина с помощью наборов фирмы Randox Laboratories Ltd. (UK) [28]. Уровень продуктов окисления белков (AOPP) оценивали при 340 нм по методу Witko-Sarsat [32], протеин карбонил (PCO) при 370 нм по связыванию 2,4-динитрофенилгидразина [33]. Измерения проводили на ридере микропланшет Synergy2 фирмы BioTek Instruments, Inc. (USA). Правильность измерений проверяли с помощью контрольных материалов сыворотки (Calibration sera level 1–3) фирмы Randox Laboratories Ltd. (UK) и мочи (Liquichek urinalysis level 1–2) фирмы Bio-Rad (USA).

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 8.0 Soft for Windows. Использовали непараметрические критерии Крускала-Уоллиса и Манна-Уитни. Достоверность различий оценивали при  $p \leq 0,05$  [34].

## Результаты

Влияние проводимой экспериментальной терапии на иммунологические показатели отражено в таблице 1. Биохимические показатели крови представлены в таблице 2. Показатели функциональной активности мочевыделительной системы указаны в таблице 3.

**Таблица 1**  
**Влияние терапии Преднизолоном, Канефроном Н и их комбинацией на основные иммунологические маркеры аутоиммунной патологии почек (n=8 в каждой группе)**

Группы животных	Исследуемые показатели					
	CD3+, Ч10 <sup>9</sup> /л	CD4+CD3+, %	CD8+CD3+, %	CD4+/CD8+	ЦИК, у.ед./мл	КГ, г/л
Интактные	5.7±0.1	55.2±0.9	44.1±1.1	1.26±0.04	5.5±1.2	0.22±0.05
АИГ	5.5±0.1	51.0±1.6	25.6±1.3*	2.01±0.07*	135.6±14.0*	1.20±0.13*
Преднизолон	4.9±0.1*/**	52.1±1.1	30.2±1.3*/**	1.74±0.07*/**	47.4±8.3*/**	0.64±0.07*/**
Канефрон Н	5.6±0.1#	51.9±1.2	26.2±1.4*	2.00±0.09*	97.2±10.6*/**#	1.00±0.15*
Преднизолон + Канефрон Н	5.1±0.1*/**	54.2±0.7	34.5±0.6*/**#	1.58±0.04*/**	32.4±5.0*/**	0.42±0.03*/**#

Примечания:

\* – отличия значимы по сравнению с группой интактные крысы при  $p \leq 0,05$ ;

\*\* – отличия значимы по сравнению с группой АИГ при  $p \leq 0,05$ ;

# – отличия значимы по сравнению с группой Преднизолон при  $p \leq 0,05$

**Таблица 2**  
**Влияние терапии Преднизолоном, Канефроном Н и их комбинацией на биохимические показатели крови при аутоиммунном гломерулонефрите (n=8 в каждой группе)**

Группы животных	Исследуемые показатели				
	Мочевина, ммоль/л	Креатинин, мкмоль/л	Холестерин, ммоль/л	AOPP, мкмоль/л	PCO, нмоль/мг
Интактные	4.3±0.2	50.4±3.5	1.22±0.08	58.0±10.1	0.79±0.12
АИГ	9.3±0.6*	168.4±11.9*	2.59±0.17*	238.1±13.1*	3.84±0.31*
Преднизолон	6.4±0.5*/**	101.3±10.8*/**	1.97±0.15*/**	154.6±11.0*/**	2.59±0.18*/**
Канефрон Н	8.6±0.8*#	118.1±9.3*/**	2.39±0.23*	204.0±20.3*#	3.38±0.17*#
Преднизолон + Канефрон Н	5.3±0.4*/**	86.2±6.1*/**	1.72±0.11*/**	105.7±11.98*/**#	1.99±0.11*/**#

Примечания:

\* – отличия значимы по сравнению с группой интактные крысы при  $p \leq 0,05$ ;

\*\* – отличия значимы по сравнению с группой АИГ при  $p \leq 0,05$ ;

# – отличия значимы по сравнению с группой Преднизолон при  $p \leq 0,05$

**Влияние терапии Преднизолоном, Канефроном Н и их комбинацией  
на функциональное состояние почек при аутоиммунном гломерулонефрите  
(n=8 в каждой группе)**

Группы животных	Исследуемые показатели					
	Диурез, мл/сут	СКФ, мл/мин	Белок, г/ммоль	Эритроциты, Ч10 <sup>9</sup> /мл	Лейкоциты, Ч10 <sup>9</sup> /мл	Цилиндры, ед./мл
Интактные	13.3±0.6	4.50±0.32	0.13±0.01	1.87±0.69	7.6±1.3	10.0±4.2
АИГ	5.6±0.5 *	0.63±0.13 *	1.05±0.14 *	27.25±5.47 *	324.4±50.6 *	102.5±25.9 *
Преднизолон	10.5±0.9 */**	2.98±0.45 */**	0.43±0.03 */**	9.25±1.25 */**	197.0±29.2 */**	23.6±3.2 **
Канефрон Н	9.7±0.9 */**	1.37±0.14 */**#	0.70±0.05 *#	15.12±0.79 *#	149.5±46.6 */**	48.2±5.3 *#
Преднизолон + Канефрон Н	12.5±1.1 **	3.24±0.23 */**	0.29±0.05 */**	5.00±0.75 */**#	82.6±7.7 */**#	19.0±3.8 **

Примечания:

\* – отличия значимы по сравнению с группой интактные крысы при  $p \leq 0,05$ ;

\*\* – отличия значимы по сравнению с группой АИГ при  $p \leq 0,05$ ;

# – отличия значимы по сравнению с группой Преднизолон при  $p \leq 0,05$

У животных с АИГ в группе контроля развивались иммунопатологические сдвиги, характерные для аутоиммунной патологии. При этом происходило снижение содержания в крови CD8<sup>+</sup> Т-клеток по сравнению с интактными животными (в 1.7 раза), а также наблюдалось незначительное снижение уровня Т-хелперов (в 1.1 раза) на фоне абсолютного увеличения иммунорегуляторного индекса (более чем в 1.5 раза). Концентрация циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови существенно увеличивалась (в 25 раз). Криоглобулины были повышены по сравнению с группой интактных крыс в 5.4 раза. Функциональная активность почек снижалась, что выражалось в увеличении протеинурии, лейкоцит- и гематурии, появлении эритроцитарных и восковидных цилиндров в мочевом осадке крыс. Содержание общего холестерина, креатинина и мочевины в крови существенно увеличивалось (нефротический синдром). Модель АИГ также характеризовалась накоплением в крови продуктов окисления белков АОРР и карбонильных групп белков, что подтверждает развитие хронической почечной патологии у крыс.

Терапия монопрепаратами Преднизолоном или Канефроном Н способствовала различным позитивным фармакологическим эффектам. Так, в группе крыс, получавших терапию преднизолоном, происходило достоверное повышение до нормальных значений уровня CD4<sup>+</sup> лимфоцитов, повышение числа CD8<sup>+</sup> цитотоксических лимфоцитов, происходила неполная нормализация соотношения субпопуляций CD4<sup>+</sup> и CD8<sup>+</sup> лимфоцитов, но на фоне снижения общего абсолютного числа лимфоцитов при увеличении содержания нейтрофилов. Значительно снижались концентрация иммунных комплексов (в 3 раза) и уровень криоглобулинов (в 1.8 раза). На фоне монотерапии преднизолоном умеренно снижались показатели нефротического синдрома – мочевины и креатинина, общего холестерина, а также продуктов глубокого окисления белков и карбонильных групп белков крови, в основном альбумина. Частичная нормализация скорости клубочковой фильтрации происходила наряду со снижением степени протеинурии, эритроцит- и лейкоцитурии, количество восковидных и эритроцитарных цилиндров в моче также значительно уменьшалось.

Канефрон Н в виде монотерапии не влиял на иммунологические показатели и соотношение субпопуляции CD4<sup>+</sup> и CD8<sup>+</sup> лимфоцитов, но значительно снижал уровень иммунных комплексов в 1.4 раза по сравнению с АИГ. На биохимические показатели препарат оказал умеренное позитивное влияние только в отношении уровня креатинина. Основной мишенью нефропротекторного действия фитопрепарата явились непосредственно почки, а именно нормализация диуреза, скорости клубочковой фильтрации вероятно за счет выведения креатинина посредством канальцевой секреции. Происходило достоверное снижение степени лейкоцитурии по сравнению с группой АИГ, но не превосходящее эффекты монотерапии

преднизолоном, что обусловлено противовоспалительным действием препарата. Антиоксидантное действие выразилось в виде тенденции к снижению уровней АОРР и РСО в крови при лечении канефроном Н.

Наибольшее позитивное влияние оказывала комбинированная терапия Преднизолоном и Канефроном Н. Наряду с положительными иммунологическими сдвигами в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета (эффекты преднизолона), достоверно улучшалась почечная функция: протеинурия снижалась, за счет увеличения СКФ снижалась концентрация креатинина и мочевины в крови, снижались уровни АОРР и РСО (сочетанные эффекты Канефрона Н). Качественными отличиями, свидетельствующими о синергическом действии комплексной терапии глюкокортикоидным иммуносупрессором и фитопрепаратом, являлись достоверные отличия в отношении субпопуляции CD8<sup>+</sup> лимфоцитов (p=0,024), уровней криоглобулинов (p=0,021), продуктов глубокого окисления белков АОРР (p=0,016), карбонильных групп (p=0,015), степени эритроцитурии (p=0,011) и лейкоцитурии (p=0,001) по сравнению с группой животных, получавших монотерапию преднизолоном.

## Выводы

Воспроизведенная в эксперименте модель соответствует клинко-морфологическому варианту мембранозного гломерулонефрита человека. В данной экспериментальной работе наблюдали отрицательную селекцию Т-киллеров (цитотоксических лимфоцитов), что связано с активным развитием аутоиммунной патологии почек. Монотерапия преднизолоном (эталонным иммунодепрессантом) показала достаточную эффективность в отношении иммунного и метаболического компонента заболевания почек.

Выявлено нефропротекторное действие фитопрепарата фирмы Бионорика «Канефрон Н» при экспериментальном аутоиммунном гломерулонефрите Хейманна. Установлено, что в виде монотерапии препарат частично нормализует уродинамику, повышает скорость клубочковой фильтрации, слабо понижает уровень креатинина в крови, значительно снижает выраженность лейкоцитурии за счет противовоспалительного действия компонентов фитопрепарата. Введение же канефрона Н в состав комбинированной схемы лечения аутоиммунной патологии почек с иммунодепрессантом преднизолоном способствует более полному положительному фармакодинамическому действию в отношении иммунной системы и почек крыс. Показано проявление синергического действия комбинации «преднизолон + канефрон Н» в виде усиления редукции гематурии и лейкоцитурии, снижения уровней уремических токсинов (продуктов глубокого окисления белков, карбонильных групп белков) и криоглобулинов в крови, повышении числа CD8<sup>+</sup>-лимфоцитов.

## Литература

1. Davenport A. Differentiation of acute from chronic renal impairment by detection of carbamylated hemoglobin // *Lancet*, 1993. – Vol.341. – P.:1614–1616.
2. Hewitt S.M., Dear J., Star R.A. Discovery of protein biomarkers for renal diseases // *J. Am. Soc. Nephrol*, 2004. – Vol.15. – P.:1677–1689.
3. Андрусев А.М. Перитонеальный диализ и гемодиализ у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. Сравнительный анализ эффективности и выбор метода (лекция) // *Альманах клинической медицины*, 2009. – №20. – с.36–45.
4. Лесиовская Е.Е., Пастушенков Л.В. Возможности фитотерапии гломерулонефрита // *Фиторемедиум*, 2003. – №6–9. – с.21–27.
5. Ikezumi Y., Kanno K., Karasawa T. et al. The role of lymphocytes in the experimental progressive glomerulonephritis // *Kidney International*. – 2004. – Vol.66. – P.:1036–1048.
6. Пальцева Е.М. Экспериментальные модели хронических заболеваний почек // *Клиническая нефрология*, 2009. – №2. – с.37–42.
7. Goumenos D.S., Davlourous P., El Nahas M., et al. Prednisolone and Azathioprine in IgA Nephropathy // *Nephron Clin. Pract.* 2003. – Vol.93. – P.:58–68.
8. Герман В.М. Механизм действия гепарина при экспериментальных иммунных нефритах. Автореф. дисс...канд. биол. наук. Львов. 1984. – 20 с.
9. Mills S., Bone K. Principles and Practice of Phytotherapy: Modern Herbal Medicine. Churchill Livingstone: Edinburgh, London, New York, Philadelphia, St-Louis, Sydney, Toronto. – 2000. – 645 P.
10. Вайс Р.Ф., Финтельманн Ф., Заболевания почек, мочевыводящих путей и предстательной железы. Фитотерапия. 2004. М. Медицина. – С.277–303.

11. Пытель Ю.А., Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон Н в урологической практике // *Лечащий врач*, 1999. – №6. – с.38–39.
12. Калинина С.Н., Александров В.П., Тиктинский О.Л., Кореньков Д.Г. Канефрон в лечении больных мочекаменной болезнью после оперативных вмешательств // *Материалы научных трудов VII Международного Конгресса урологов*. – Харьков, 1999. – С.213–214.
13. Elokina T.B., Ordzhonidze N.V., Yemelyanova A.J. Use of Canephron N in hydronephrosis in pregnancy. *Actual Problems in Obstetrics and Gynecology // Abstracts of the conference devoted to the 70th anniversary of research of the scientific center of maternal and child health and 20th anniversary of the WHO collaborating center on human reproduction*. Yerevan, November, 9th, 2001.
14. Вдовиченко Ю.П., Шкоба Л.С. Перспективы применения Канефрона Н в акушерской практике // *Здоров'я України*, 2002; 9.
15. Кобзев В.Ф., Трегубое А.С., Шумейко Р.Е. Использование растительного препарата Канефрон Н в послеоперационном периоде больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // *Урология*, 2004; 1. – С.20–22.
16. Симантовская Т.П., Соболев Н.М., Степанченко И.П. Опыт применения Канефрона Н в реабилитации детей с заболеваниями мочевыводящей системы // *Материалы II Российского Конгресса «Современные методы диагностики и лечения в детской нефрологии и урологии»*. – М; 2002. – с.129.
17. Лесиовская Е.Е., Сивак К.В., Николаев В.О., Сюбаев Р.Д., Верстакова О.Л., Бобылев В.Г., Богданов А.Н. Методические подходы к доклинической оценке эффективности нефропротекторов // *Научно-практический рецензируемый журнал «Вестник НЦ ЭСМП»*, М., вып. 2, 2007. – С.91–96.
18. Борисов В.В., Гордовская Н.Б., Шилов Е.М. Фитотерапия препаратом канефрон Н в нефрологической практике: настоящее и перспективы (клиническая лекция) // *Клиническая нефрология*, 2010. – №6. – с.39–42.
19. Principles and methods for the assessment of nephrotoxicity associated with exposure to chemicals. *ENC 119, EUR 13222. WHO*, 1991. – P. 266.
20. Руководство по лабораторным животным и альтернативным моделям в биомедицинских технологиях / Под ред. Н.Н. Каркищенко и С.В. Грачева. Москва, 2010. – 344 с.
21. Druckrey H. Genotypes and phenotypes of ten inbred strains of BD-rats // *Arzneim. Forsch.*, 1971. – Vol.21. – P.:1274–1278.
22. Du Bruyn D.B. A comparison of certain rat strains with respect to susceptibility to nephrocalcinosis // *S.A. Medical Journal*, 1970. – Vol.44. – P.:1417–1418.
23. Heymann W., Hunter J.L.P., Hackel D.B. Experimental autoimmune nephrosis in rats: III. // *J. Immunol.* 1962. – Vol.88. – P.:135–141.
24. Альбини Б., Брентъенс Я.Р., Андрес Д.А. Иммунопатология почки // Под ред. член-корр. АМН СССР проф. В.В. Серова. – М: Медицина, 1982. – 249 с.
25. Сивак К.В., Стосман К.И., Рассоха Т.А., Саватеев А.В., Лесиовская Е.Е., Саватеева-Любимова Т.Н. Профилактика аутосенсibilизации, обусловленной воздействием солей ртути в эксперименте // *Профилактическая и клиническая медицина*, 1(26). – СПб., 2008. – С.84–87.
26. Guder W.G., Heidland A. Urine Analysis // *J. Clin. Chem. Clin. Biochem.*, 1986. – Vol.24. – P.:611–620.
27. Sternheimer R. A supravital cytodagnostic stain for urinary sediments // *JAMA*, 1975. – Vol.231. – P.:826–832.
28. Медицинские лабораторные технологии. Том 2 / Под редакцией проф. А.И. Карпищенко. – СПб: Интермедика, 2002. – 600 с.
29. Nandini C.D., Sambaiiah K., Salimath P.V. Dietary fibers ameliorate decreased synthesis of heparin sulfate in streptozotocin induced diabetic rats // *The Journal of Nutritional Biochemistry*, 2003 – Vol.14. – P.:203–210.
30. Хайдуков С.В., Зурочка А.В. Проточная цитометрия как современный метод анализа в биологии и медицине // *Медицинская Иммунология*, 2007. – Т. 9, № 4–5. – С. 373–378.
31. Меньшиков В.В. Клиническая лабораторная аналитика: Т.1,Т.2. Частные аналитические технологии в клинической лаборатории. – М: Лабиринформ–РАМЛД, 1999. – 352 с. в 2-х томах.
32. Witko-Sarsat V., Friedlander M., Khoa T.N. et al. Advanced Oxidation Protein Products as Novel Mediators of Inflammation and Monocyte activation in chronic Renal Failure // *The Journal of Immunology* – 1998. – Vol.161. – P.2524–2532.
33. Reznick A.Z., Packer L. Oxidative damage to proteins: Spectrophotometric method for carbonyl assay // *Methods Enzymol.*, 1994. – Vol.233 – P. 357–363.
34. Гланц С. Медико-биологическая статистика. – М.: Изд-во «Практика», 1998. – 459 с.