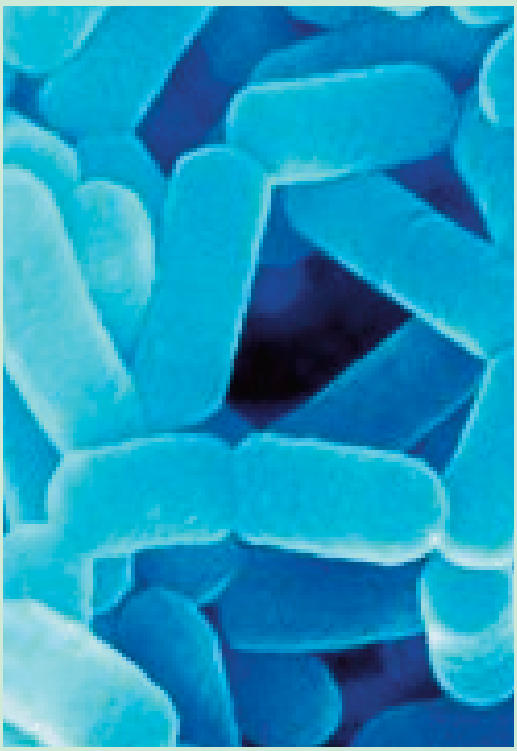
Эндобионт

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



В номере:

Научные основы заместительной и системной энзимотерапии

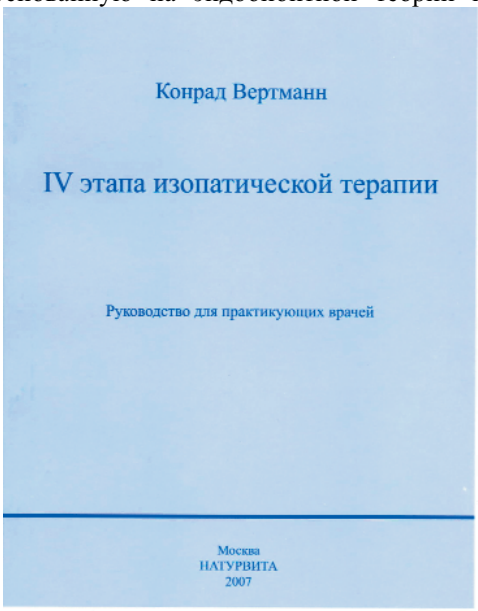
Теория полиморфизма микробов и гомеопатические САНУМ - вакцины (нозоды)

Гомеопатический патогенез морозника чёрного Helleborus niger aquos.

Клинические исследования в области комплексной биотерапии

№1 (3) 2009

Вертманн К. IV этапа изопатической терапии. Руководство. Пер. с нем. Чуйкиной Е.Э. Ред. проф. Ролик И.С.
М.: НАТУРВИТА, 2007. - 64 с.



Эта книга - введение в гомеопатическую вакцинотерапию, основанную на эндобионтной теории профессора Г.Эндерляйна и фармпредприятия SANUM-Kehlbeck. Книга отражает опыт автора в биотерапии хронических болезней у детей и взрослых за более чем 30-летнюю врачебную практику.

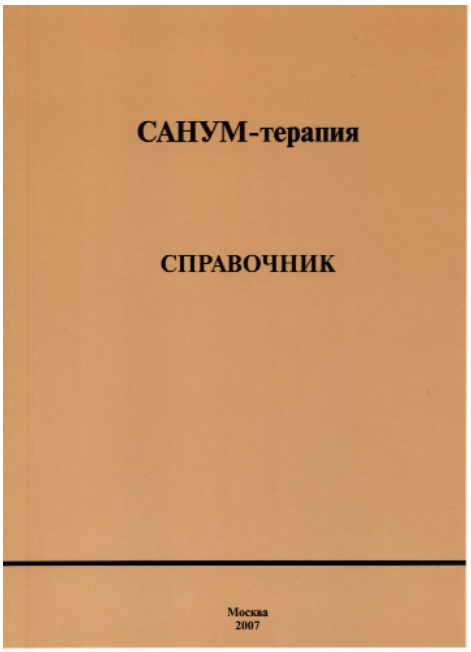
САНУМ-биотерапия, или как её называют в гомеопатии, изопатическая терапия, для новичков кажется обременительной, а иногда и противоречивой и, соответственно, очень трудной для восприятия. Данная книга как раз и предназначена для того, чтобы развеять эти сомнения.

Пациент не должен испытывать дискомфорта при применении вакцинных САНУМ-препаратов. Внезапно возникшее ухудшение на фоне терапии - не только недопустимая дополнительная нагрузка для пациента (например, для больного ревматизмом, который вынужден переносить еще более сильные боли), но также и всегда неправильное применение лекарственных препаратов, т.е. вина врача. Такое ухудшение в любом случае является перегрузкой для недостаточно функционирующей иммунной системы.

Реакций обострения необходимо всегда избегать. Особенно это важно для педиатрии: педиатр не должен проводить лечение, сопряженное с ухудшением состояния детей. Так, в случае аллергии для избежания реакции обострения гастроэнтеролог или педиатр первоначально должны обратить внимание на иммунную систему кишечника.

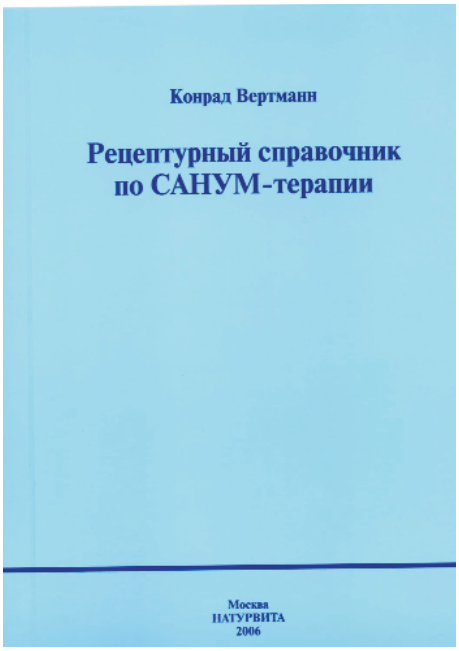
Успех биотерапии без обострения зависит от соблюдения 4-х этапной схемы лечения с акцентом на разработку индивидуальной рецептуры.

Книга – хорошая помощь для новичков в гомеопатической вакцинотерапии САНУМ-препаратами.



САНУМ-терапия. Справочник. М.: НОЦ НАТУРВИТА, 2007. 144 с.

Терапевтический справочник подготовлен информационным отделом НОЦ НАТУРВИТА под редакцией профессора Ролика И.С.
В справочник вошли материалы статей, книг, конференций и семинаров по САНУМ-терапии.
Для многих нозологических форм представлены методики применения САНУМ-препаратов в комплексе с другими средствами.



Вертманн К. Рецептурный справочник по САНУМ-терапии./
Пер. с нем. Чуйкиной Е.Э. Ред. проф. Ролик И.С. и к.м.н. Гущин А.Ю
М.: НОЦ Натурвита. 2006. 180 с.

Рецептурный справочник известного немецкого врача-практика К. Вертманна составлен на основе собственного опыта автора в области САНУМ-терапии.
Гомеопатическая вакцинотерапия базируется на эндобионтной теории профессора Гюнтера Эндерляйна (1872-1968), основанной на полиморфизме, стадийности (цикличности) развития и трансформации микробов из непатогенных форм в патогенные и наоборот. Г.Эндерляйн научно обосновал и доказал роль эндобионтов (облигатных внутри- и внеклеточных паразитов) в развитии многих острых и хронических заболеваний человека и животных. Разработанные им гомеопатические вакцины из различных микроорганизмов позволяют эффективно подавлять развитие микробов, вызывая их реверсию в апатогенные формы. Такие вакцины являются средствами этиологической и патогенетической САНУМ-терапии многих заболеваний.
Представленные автором рецептурные прописи являются испытанным практикой готовым решением для назначения САНУМ-терапии.

Э Н Д О Б И О Н Т
№ 1 (3) 2 0 0 9
Научно-практический журнал

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия
Регистрационное свидетельство
ПИ № ФС77-28002
ISSN 1996-0476

Издатель и учредитель -
ООО “Натурвита”
127106 г. Москва, Гостиничный пр-д, д. 6, к. 2
тел.: (495) 482 47 47
факс: (495) 482 34 54
natur_vita@mai.ru
www.naturvita.ru

Все права защищены законом об авторском праве. При копировании, цитировании, перепечатке - ссылка на журнал обязательна.

Номер подготовлен информационно-аналитическим отделом

Рассматриваются актуальные проблемы развития методов биотерапии - гомеопатической вакцинотерапии, омелотерапии, заместительной и системной энзимотерапии, фитотерапии, пептидной терапии - в современной медицине.

«В микробиологии нет такого понятия, как смерть, а есть трансформация» - *микробиолог, доктор медицины В.Грюгер*

Прошло более ста лет с тех пор, как немецкий микробиолог Г.Эндерляйн выдвинул эндобионтную теорию. Она и по сей день актуальна. Эндобионты - микроорганизмы, живущие внутри других организмов. Наибольший интерес представляют болезнетворные эндобионты, которые паразитируют внутри клеток организма человека, в физиологических жидкостях, а при ослаблении защитных свойств вызывают развитие патологии.

Эндобионтная теория легла в основу инфекционных теорий многих заболеваний.

Разработанные профессором Г.Эндерляйном гомеопатические вакцины из болезнетворных эндобионтов обладают удивительными эффектами: подавляют патогенную трансформацию микробов, вызывая их реверсию в авирулентные формы, активируют функцию распознавания иммунной системы по отношению к широкому спектру возбудителей (поливалентность вакцинотерапии). Результаты такой вакцинотерапии можно оценить по данным не только клинических, лабораторных, но и микробиологических исследований, а также методом тёмнополевой микроскопии.

В последние годы выполненные работы в России и за рубежом подтверждают синергизм противомикробных эффектов гомеопатической вакцинотерапии профессора Г.Эндерляйна с такими методами, как омелотерапия, заместительная и системная энзимотерапия, фитотерапия, при использовании пептидных препаратов для лечения многих острых и хронических заболеваний, в т.ч. и тех, которые представляют угрозу для жизни.



С О Д Е Р Ж А Н И Е

Передовые статьи

Научные основы заместительной и системной энзимотерапии.
Доклад научного руководителя корпорации ТЕС (США) доктора медицины М. Мамадоу на международном семинаре 19 апреля 2008 года (г.Москва) 3

Теория полиморфизма микробов и гомеопатические САНУМ-вакцины (нозоды). Обзор
Ролик И.С., Гущин А.Ю., Чуйкина Е.Э., Толкачёв И.Б., Аркадьева Е.А. 14

Гомеопатический патогенез морозника чёрного Helleborus niger aquos
Ролик И.С., Гущин А.Ю., Толкачёв И.Б., Аркадьева Е.А. 35

Клинические исследования

Гомеопатический морозник в комплексной терапии хронической обструктивной болезни легких
Гущин А.Ю. 40

Обоснование применения гомеопатических САНУМ–вакцин у больных с постинфарктным эпикардиальным перикардитом на санаторном этапе реабилитации
Горбунов А.Э. 45

Гомеопатические САНУМ-вакцины – основа эндоэкологической реаблитации больных с хроническими заболеваниями внутренних органов
Донченко Е.В. 50

Биотерапия абдоминального ожирения на фоне инфекционно-токсических процессов
Княжеченко Е.В. 57

Омелотерапия и фотосенсибилизирующая терапия предрака в гинекологии
Клокова С.Р., Терещенко В.Г. 65

Комплексная омелотерапия предрака молочной железы
Толкачев И.Б. 68

Омелотерапия хронического вирусного гепатита
Ролик И.С., Котова И.О., Симонишвили М.О., Терещенко В.Г., Толкачёв И.Б. 70

Системная энзимотерапия у больных «мягкой» артериальной гипертонией
Гущин А.Ю., Фаисханов Р.Я. 74

Комплексная системная энзимотерапия вертеброгенной патологии
Крамар В.В. 74

Научные основы заместительной и системной энзимотерапии. Доклад научного руководителя корпорации TEC (США) доктора медицины М. Мамадоу на международном семинаре 19 апреля 2008 года

Большинство заболеваний развивается с течением времени (недели, месяцы и/или годы), а не возникает спонтанно. Отсутствие клинических симптомов не означает отсутствие заболеваний. Заболевание или ряд клинических симптомов являются результатом нарушения клеточной структуры и/или ее функций. Способность клеток организма справиться с причиной заболевания зависит от различных факторов:

- геном и регуляция экспрессии генов;
- физиологическая «настройка» организма и коммуникация;
- оптимизированный клеточный метаболизм;
- взаимодействие клеток с условиями среды;
- статус питания, на котором базируется все вышесказанное.

Питательные вещества, которые поступают в организм вместе с пищей, сильно влияют на клеточную жизнеспособность (энергия, синтез, структура, молекулярные реакции и функции, репродукция). Мы едим для того, чтобы снабдить организм необходимыми ему веществами, чтобы организм синтезировал необходимые себе субстанции, функционировал и был способен к репродукции.

Питание – сложный процесс, состоящий из 5 ступеней:

1 - выбор пищи;

2 - переваривание макромолекул пищи;

3 - абсорбция питательных веществ;

4 - метаболизм питательных веществ (процессы и управление);

5 - выведение отходов из организма.

И ни одну из этих ступеней нельзя исключить из процесса питания.

Если мы посмотрим на шестинедельный эмбрион человека, то уже на этой стадии развития будет ясно, насколько развит ЖКТ у эмбриона при сроке беременности всего в шесть недель. Многие еще не знают о своей беременности на таком раннем сроке, однако уже в этот период закладывается важная часть ЖКТ.

Целый ряд факторов влияет на развитие пищеварительной системы эмбриона, состояние которой отразится в будущем на состоянии всего организма в течение всей жизни человека:

- экспрессия генов;
- материнская диета и здоровье;
- состав амниотической жидкости;
- генный импринтинг;
- окружающая среда и образ жизни.

Обычно считается, что гены ребенок наследует от родителей, и тут уже ничего нельзя изменить. Однако следует помнить, что гены и геном – это только потенциал, который может быть использован или не использован организмом, ведущей же является именно экспрессия генов. Экспрессию генов контролирует целый ряд факторов. Одним из таких факторов является питание. Некоторые виды пищи наводняют организм токсинами, что в свою очередь влияет на экспрессию тех или иных генов, при этом одни гены могут быть активированы, а другие, наоборот, инактивированы. Может произойти так, что нужные и важные для развития гены, к сожалению, инактивируются, а нежелательные гены активируются. Именно поэтому питание матери и ее здоровье очень важны для развития эмбриона.

Образец ДНК будущий зародыш получает вместе со спермой после оплодотворения яйцеклетки. Оплодотворенная яйцеклетка получает питание из цитоплазмы на несколько дней. Следовательно, цитоплазма клеток в организме матери должна содержать достаточное количество нутриентов и быть нетоксичной. В противном случае эмбрион не может использовать имеющийся потенциал для своего развития.

Для развития эмбриона важен состав амниотической жидкости, в которой он находится. Исследования в Австралии и в Новой Зеландии на овцах показали, что заглатывание амниотической жидкости влияет на развитие ЖКТ на разных стадиях развития эмбриона. Если в организме матери много токсинов, которые попадают в амниотическую жидкость, это негативно сказывается и на развитии пищеварительной системы плода.

Генный импринтинг также влияет на развитие плода. Существуют такие гены, которые ребенок наследует только от отца, а другие – только от матери. Один из генов, влияющий на развитие плаценты, берется только от отца. Т.к. через плаценту поступает питание к эмбриону, при дефектах плаценты он не получает достаточного питания от матери.

Окружающая среда, в т.ч. стрессы, душевное состояние матери также оказывают влияние не развитие будущего ребенка. Если мать живет в постоянном стрессе, это влияет на симпатическую нервную систему, что не позволяет ее организму правильно переваривать пищу и получать соответствующее питание, а также кормить будущего ребенка. Итак, все перечисленные факторы могут сильно повлиять на развитие пищеварительной системы эмбриона на очень раннем сроке беременности.

В период беременности ЖКТ подвергается структурным изменениям. Происходит увеличение массы ЖКТ и его поверхности, различные клетки пролиферируют и мигрируют. Мембраны клеток, в т.ч. иммунных клеток должны обладать хорошей текучестью. Формируется клеточная структура и организация клеток.

Уже на 30-й день внутриутробного развития у эмбриона различим зачаток поджелудочной железы – главного органа, синтезирующего ферменты. На 6-й неделе беременности заметно расширение пищеварительной трубки - это желудок. Крипты двенадцатиперстной и тощей кишки появляются на 10-11 неделях, крипты подвздошной и толстой кишки - на 11-12 неделях. Ворсинки кишечника, столь важные для процесса пищеварения, развиваются вплоть до подросткового возраста. При этом необходимо заметить, что если ребенок находится на искусственном вскармливании, ворсинки разрушаются, и впоследствии у детей развивается синдром повышенной проницаемости кишечника. Щеточная кайма и ферменты появляются на 10-12 неделях развития, лактаза, сахараза, мальтаза, глюкоамилаза – на 10-й неделе, альфа-амилаза, ответственная за переваривание крахмала – только спустя 6 месяцев после своевременных родов. Опять же если ребенок находится на искусственном вскармливании

и получает много крахмала, который содержится в молочных смесях, происходит перегрузка пищеварительной системы. В таком случае ребенку необходимо давать дополнительные пищеварительные ферменты - Дигест. Переносчики глюкозы появляются одновременно с гидролазой сахаров, островки Лангерганса возникают на 3-й месяц беременности, инсулин – спустя 5 месяцев беременности.

Как говорилось ранее, ряд факторов тормозит внутриутробное развитие:

- плохое кровоснабжение плаценты;
- плохое питание матери и ее образ жизни;
- токсины в амниотической жидкости;
- затруднение заглатывания амниотической жидкости.

В период беременности формируются органы у будущего ребенка, и если органы плохо сформированы, позднее это отразится на состоянии всего организма в течение жизни человека. Неправильное питание матери - причина развития заболеваний у ребенка. Если будущая мать не употребляет белковую пищу, или употребляет ее в недостаточном количестве, в организме ребенка не образуется достаточного количества панкреоцитов (Snock et al., 1990). Следовательно, поджелудочная железа ребенка будет недоразвита, ферменты будут синтезироваться в недостаточном количестве. Поэтому мы рекомендуем беременным женщинам обязательно употреблять в пищу достаточное количество белка, избегать стрессов и принимать ферментный комплекс Дигест, который позволяет организму переваривать и усваивать белок.

Плохое внутриутробное развитие приводит к перенаправлению кровотока к жизненно важным органам эмбриона в ущерб периферическим тканям (Hanson et al., 1993). За последние годы этой проблеме все больше уделяют внимания ассоциации врачей разных стран. Например, если при внутриутробном развитии ребенок не получает достаточно нутриентов, его поджелудочная железа остается недоразвитой, потенциал развития не используется. Если поджелудочная железа ребенка недоразвита в результате неправильного питания матери, организм ребенка неспособен переваривать достаточное количество пищи. После рождения ребенка усиленно начинают кормить, перегружая поджелудочную железу, отчего страдает синтез ферментов и инсулина. Формируется резистентость к инсулину. Замедление внутриутробного развития – важный индикатор резистентности к инсулину.

Плохо развитая плацента ограничивает доступ питательных веществ и кислорода к эмбриону и приводит к адаптационной реакции. Недостаточный вес новорожденного, сопровождающийся бурным постнатальным развитием, позднее приводит к таким распространенным заболеваниям, как: диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания.

Плохое материнское питание в определенном отношении влияет на потомство мужского пола более, чем на потомство женского пола. Однако при некоторых обстоятельствах потомки женского пола страдают больше: второе поколение женского пола может иметь проблемы с репродукцией, запрограммированные их бабушками в результате плохого питания бабушки в период беременности (эффект трансгенерации).

Раннее искусственное вскармливание и высокие концентрации лептина в молочных смесях способствуют развитию ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний во взрослом возрасте. Прием некоторых соевых продуктов в неонатальном периоде может негативно отразиться на репродукции у детей женского пола в дальнейшем.

Большой вес новорожденных женского пола может повлиять на развитие рака молочной железы в дальнейшем из-за высокого уровня гормонов и факторов роста при внутриутробном развитии.

Прием глюкокортикоидов во время беременности может вызвать проблемы с гормонами надпочечников и

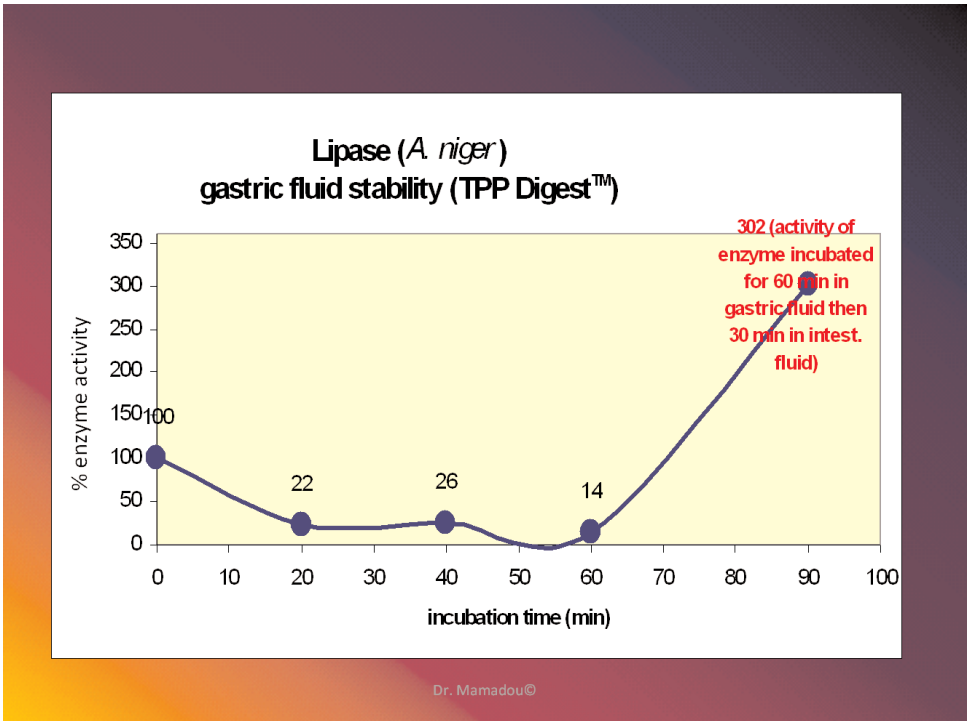


Рис.1 Ферментативная активность липазы.

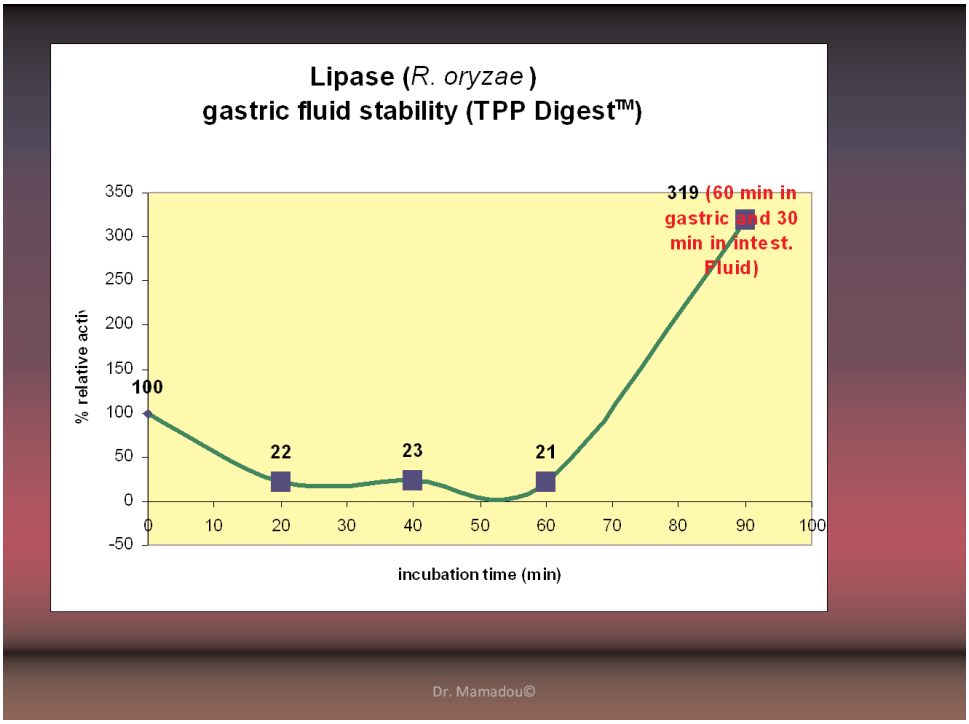


Рис.2 Ферментативная активность липазы.

неврологические заболевания у детей женского пола, а также пониженное кровяное давление и замедленное внутриутробное развитие. Смягчить последствия приема глюкокортикоидов могут жирные кислоты омега-3 – препарат БиоОмегаЗим.

11-бета гидроксин-стероид дегидрогеназа тип 2 в плаценте трансформирует кортизол в кортизон материнского организма для защиты эмбриона. Однако при стрессе возникает недостаток этого фермента, что может способствовать малому весу новорожденного и повышенному кровяному давлению у детей мужского пола. Также недостаток микроэлементов (медь, цинк или железо) в период беременности предрасполагает к низкой экспрессии 11-бета гидроксин-стероид дегидрогеназы типа 2.

Стрессы и прием синтетических глюкокортикоидов могут также привести к нервозности у детей. Стрессы у матери во время беременности приводят к нарушениям иммунного характера и нарушениям поведения у детей.

Плохое питание во время беременности и чрезмерное употребление вредной пищи, а также быстрый набор веса в постнатальный период приводит к митохондриальной недостаточности во взрослом возрасте (недостаток энергии, излишний оксидативный стресс, изнашивание теломеров, биологическое старение с осложнениями).

Необходимо учитывать факторы, которые приводят к адаптационной реакции организма ребенка и заболеваниям в будущем. Болезни не возникают внезапно и без причины, и об этом следует помнить.

Хотелось бы подчеркнуть важность грудного вскармливания новорожденных. Младенцы обязательно должны получать материнское молоко. В США этому одно время не уделяли должного внимания. Лактация - единственная система, когда один организм производит питание для другого организма после его рождения. Материнское молоко необходимо для оптимального роста и развития ЖКТ и других систем организма

Исследователи университета Вашингтона, Миссури, считают, что ребенок рождается спустя 9 месяцев беременности по той причине, что дальнейшее развитие головы сделает невозможным естественные роды. В течение 9 месяцев беременности ребенок еще не полностью развит, и его жизнеспособность зависит от правильности питания. Грудное молоко является не обыкновенным питанием маленького ребенка, оно служит развитию пищеварительной, иммунной и нервной систем. Материнское молоко также модулирует переход от внутриутробного питания к самостоятельному.

В грудном молоке содержатся такие вещества, которых нет в молочных смесях для новорожденных. Состав грудного молока предназначен только для потребностей новорожденного. Так, молоко коровы предназначено именно для теленка, а не для ребенка. Такое заболевание, как например, аутизм напрямую связано с отсутствием грудного вскармливания новорожденного. При искусственном вскармливании у ребенка ЖКТ не развивается должным образом, в организме наблюдается дефицит ферментов, появляются неврологические отклонения. Питание детей с аутичностью состоит в основном из молочной продукции и продуктов с высоким содержанием глютена (напр., хлеб). Таким детям рекомендован прием Протеазы, чтобы избежать образования опиодоподобных веществ в организме. Искусственные молочные смеси содержат много сахара, который в организме должен быть переработан, при этом перегружается липидный обмен. Жирные кислоты рекрутируют больше преадипоцитов, развивается склонность к ожирению.

Материнское молоко благоприятствует жизнедеятельности полезных бактерий, осуществляет контроль над вредными микроорганизмами, компенсирует задержку иммунного ответа, способствует контролю над воспалительными реакциями, модулирует рост и развитие ЖКТ, уменьшает проницаемость кишечника. Нельзя забывать о том, что 70-80 % иммунной системы

ассоциировано с кишечником. Если ребенок не достаточно развит по каким-либо причинам, значит, его пищеварительная систем также недоразвита, и, соответственно, страдает иммунная система.

Пищеварительная система очень сложна, и при излишней неправильной нагрузке на пищеварительную систему, страдают все остальные системы организма. Пищеварительная система обладает большой протяженностью в организме человека. Нельзя забывать о том, что частично не переваренная пища в ЖКТ, пища, содержащая токсины, опасна для организма. Необходимо правильно выбирать пищу, которую вы едите, и быть уверенным в том, что она действительно переваривается.

Пищеварительная система является своего рода химическим сенсором. Часть нервной и эндокринной систем ассоциирована с ЖКТ. Если человека тянет на определенную пищу – это сигнал потребности организма в определенных питательных веществах. Нейроэндокринная система сигнализирует о потребности в питательных веществах в организме. При приеме пищи, на которую тянет, организм уже готов к ее потреблению, однако пища не всегда переваривается и усваивается. Ферменты позволяют переваривать пищу и снизить потребность в этих веществах, т.к. клетки организма начинают получать питание благодаря оптимизации пищеварения.

Нельзя забывать о микрофлоре кишечника. Некоторые микроорганизмы очень полезны для организма человека, другие потенциально патогенны. В нашем организма содержится больше микроорганизмов, чем собственных клеток. Ряд микроорганизмов влияет на экспрессию генов. Полезную для организма микрофлору необходимо культивировать, особенно после приема лекарств и антибиотиков.

Если мы не чувствуем дискомфорта, это совсем не означает, что у нас нет проблем со здоровьем. За последнее время продолжительность жизни человека увеличилась. Такие заболевания, как диабет, рак, сердечно-сосудистые заболевания наиболее распространены в большинстве развитых стран. Люди часто не заботятся о своем организме, питании, стиле жизни. Независимо от наличия заболеваний человек должен правильно питаться, а пища должна обязательно перевариваться и усваиваться организмом.

Пищеварительные ферменты производства компании Transformation Enzyme Corporation – ключевой фактор оптимизации пищеварительной системы человека. Они широко используются в качестве адьювантной терапии многих заболеваний.

Ферменты представляют собой белковые биомолекулы и способны сохранять свою активность в ЖКТ и не денатурироваться под воздействием соляной кислоты желудка. Попав в ЖКТ, ферменты должны еще и абсорбироваться кровотоком, не теряя при этом свои терапевтические свойства.

Различные исследования подтверждают, что ферменты производства Transformation Enzyme Corporation сохраняют структурную и функциональную стабильность в ЖКТ, абсорбируются кровотоком, обладают высокой активностью в кровотоке и не теряют свои терапевтические свойства.

В одном из первых исследований были отобраны различные ферменты, которые входят в состав ферментных комплексов (напр., Дигест или Протеаза). Ферменты были помечены радиоактивными изотопами. В результате

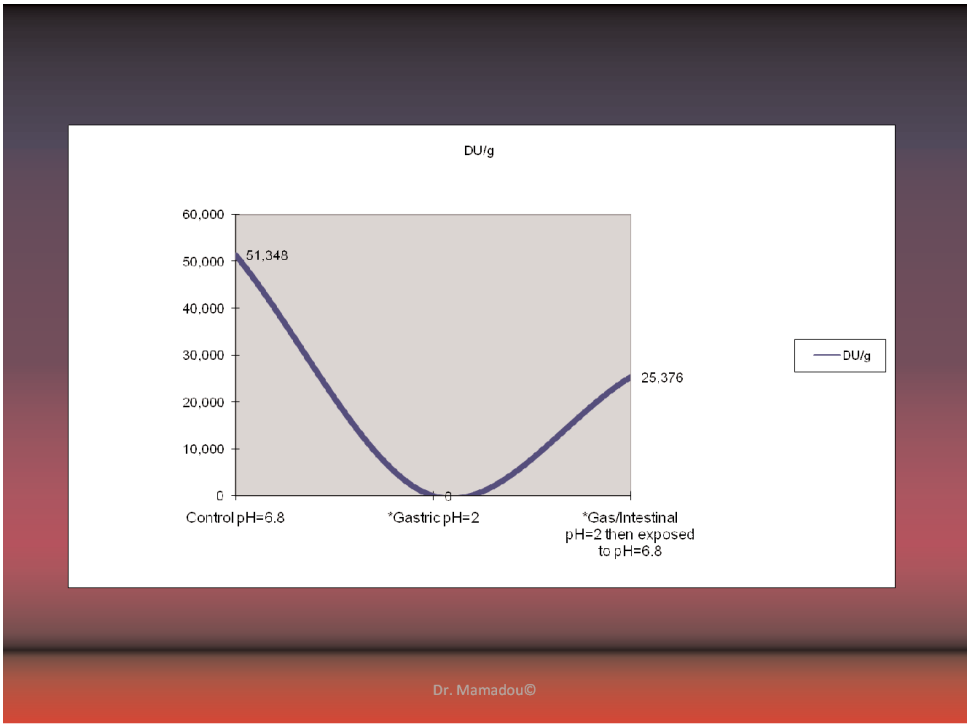


Рис.3 Ферментативная активность амилазы.

исследований крови лабораторных животных, получавших перорально помеченные радиоактивными изотопами ферменты, было установлено, что при пероральном приеме ферменты попадают в сыворотку крови лабораторных животных. Однако под вопросом оставалась целостность ферментов, поступивших в кровоток. При исследовании

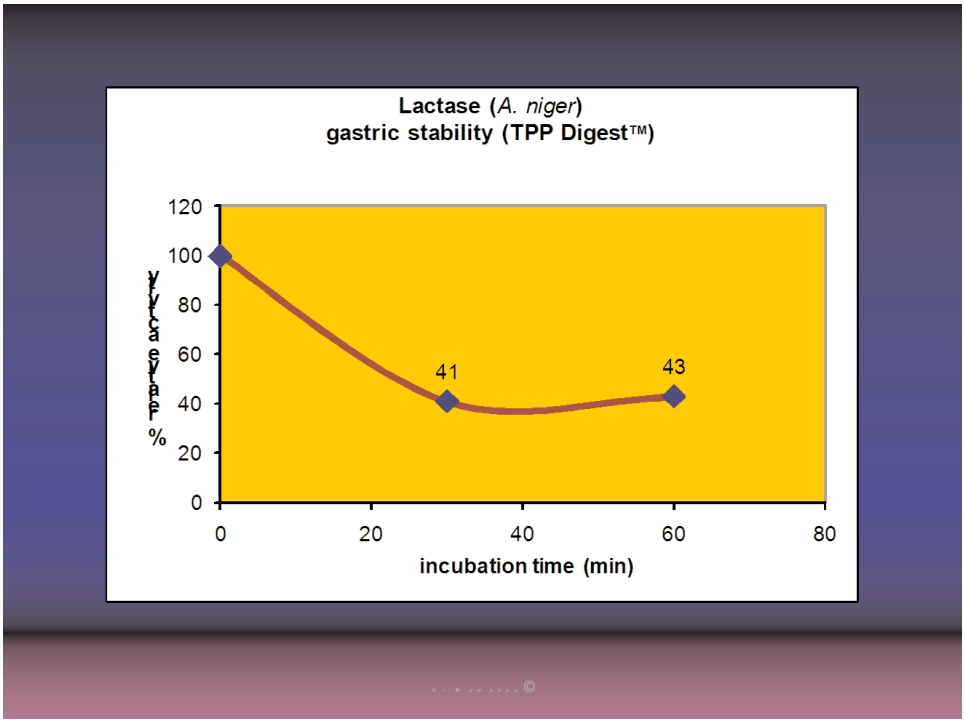


Рис.4. Ферментативная активность лактазы.

использовали метод электрофореза. Сравнение с контрольными образцами показало, что молекулы ферментов сохраняли свою активность после абсорбции в кровоток. На лабораторных животных также проверяли активность ферментов в отношении отечности. Вызванные искусственным путем отеки эффективно устранялись ферментами. Таким образом, исследования показали, что при пероральном приеме ферменты абсорбируются в кровоток и обладают высокой терапевтической эффективностью.

Кроме исследований на лабораторных животных проводились исследования по применению ферментов у людей. Исследование Castell (1995), в котором участвовали 19 пациентов, свидетельствует, что при оральном приеме бромелаин хорошо абсорбируется и сохраняет свою активность в сыворотке крови человека. Иммунореактивность сыворотки к антителам на бромелаин повышалась у лиц, его принимавших. Очень важно, что молекулы бромелаина не были денатурированы и сохраняли свой молекулярный вес. К тому же в группе пациентов, принимавших ферменты, значительно повысилась терапевтическая эффективность.

В терапии можно использовать лишь те ферменты, к которым применимы следующие критерии отбора:

- стабильность при низком pH (т.е высокой кислотности желудочного сока);
- сохранение активности в ЖКТ;
- отсутствие иммунногенности (не вызывают иммунногенные или аллергические реакции);
- отсутствие токсичности;
- абсорбция при определенных условиях;
- контролируемый системный клиренс (без биоаккумуляции в организме).

Именно этими критериями мы руководствуемся при производстве всей нашей продукции (Дигест, Протеаза и др. ферментные комплексы). Наши специалисты принимают активное участие на всех этапах технологического процесса - от разработки состава ферментных комплексов до производства самих капсул. Так как наши ферменты сохраняют свою стабильность в ЖКТ, им не требуется специальная защитная энтеросолюбильная оболочка. Так, например, известно, что некоторые компоненты энтеросолюбильной оболочки могут негативно повлиять на печень.

Ряд исследований доказывает, что стабильность ферментов, входящих в состав Дигеста и Протеазы, сохраняется при пероральном приеме. Так, протеазу инкубировали в жидкости, модулирующей желудочный сок. Протеаза 4.5 непосредственно подвергалась воздействию среды, сходной со средой в желудке. Необходимо было установить, в каком объеме сохраняется ферментная активность после обработки ферментов желудочным соком. Следует заметить, что условия эксперимента были намного жестче по сравнению с естественными условиями, в которые попадают ферменты в желудке. Ферменты непосредственно подвергались воздействию соляной кислоты при pH-2 при отсутствии буфера. Пища в желудке служит своего рода буфером, который замедляет взаимодействие ферментов и кислоты. Спустя 45 минут инкубации ферменты сохраняли около 90 % своей активности. Этот эксперимент оказался очень важным, т.к. подтвердил, что наши ферменты не нуждаются в защитной энтеросолюбильной оболочке, т.к. не теряют свою активность в желудке.

В состав комплекса Протеаза входит ряд протеолитических ферментов. Так, кислая протеаза очень стабильна при повышенной кислотности, она более стабильна, чем протеаза 4.5. Активность этой протеазы оказалась выше, чем у контрольного образца и составила 125%.

В состав комплекса Протеаза входят также бромелаин и

папаин. Несмотря на то, что эти ферменты не настолько стабильны как протеазы, они сохраняют около 50% активности в жестких условиях эксперимента.

Комплекс Дигест состоит из различных биоферментов, потому что белки в составе нашей разнообразной пищи не могут равным образом гидролизоваться одним и тем же протеолитическим ферментом. Ферменты разрушают только определенные пептидные связи. Для того, чтобы обеспечить оптимальное переваривание белков в ЖКТ и для максимальной терапевтической эффективности в составе Дигеста присутствуют различные протеолитические ферменты. Дигест рекомендуется принимать во время еды.

В состав комплекса Дигест входят также липаза и амилаза. На графике ферментной активности одной из липаз видно (рис. 1), что спустя 20 мин. инкубации активность падает практически до 0, что могло бы свидетельствовать о разрушении липазы в желудке. Однако процесс переваривания липидов происходит в основном в двенадцатиперстной кишке и тонком кишечнике. Поэтому после инкубации в жидкости, моделирующей желудочный сок, липазу поместили в жидкость, моделирующую кишечный сок, с другими показателями pH. Ферментная активность липазы сильно возросла. Мы пришли к важному выводу: при определенных условиях липаза не денатурируется, а лишь на некоторое время теряют свою активность. При благоприятных условиях липаза снова возвращается в свое активное состояние.

Для гидролиза различных видов пищи в состав Дигеста входят липазы, чтобы обеспечить максимальное переваривание триглицеридов. График липазы, полученной из R. oryzae (рис. 2), также демонстрирует ферментную активность липазы в жидкости, моделирующей кишечный сок.

В состав Дигеста входят различные полисахаралитические ферменты, в т.ч. амилаза, изменение активности которой демонстрирует график 3.

Лактаза сохраняет до 50% своей активности (рис. 4). Данный фермент необходим лицам, страдающим непереносимостью лактозы. Таким пациентам рекомендуется 1-2 капсулы Дигеста при каждом приеме пищи.

Одним из ферментов, расщепляющих крахмал, является глюкоамилаза, которая устойчива в кислой среде (рис. 5).

Целлюлаза входит в состав Дигеста в небольшом количестве для расщепления целлюлозы. Организм человека не синтезирует фермент целлюлазу. Однако мы употребляем в пищу много овощей и других продуктов растительного происхождения, богатых целлюлозой. Т.к. многие сегодня придерживаются вегетарианской диеты, богатой целлюлозой, часто в кишечнике наблюдается сильное газообразование, возникающее в результате ферментации пищи. Поэтому в состав Дигеста включили целлюлазу (рис.6), обладающую высокой ферментативной активностью.

Ферменты комплекса Дигест не только гидролизуют макромолекулы пищи, но и предотвращают излишнюю ферментацию пищи под воздействием микрофлоры в тонком кишечнике. Несмотря на то, что органические кислоты полезны для организма, необходимо избегать излишнего образования этих кислот. При плохом пищеварении в толстом кишечнике возникает дисбиоз. Часто происходит

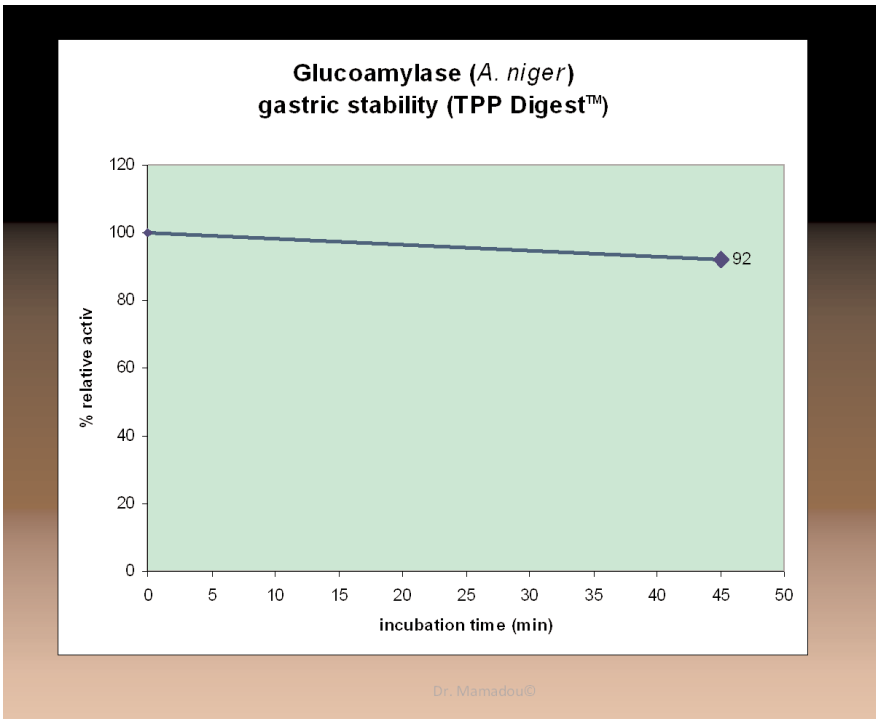


Рис.5. Ферментативная активность глюкоамилазы.

повреждение слизистой оболочки ЖКТ. Чтобы избежать таких негативных явлений рекомендуется принимать Дигест при каждом приеме пищи, даже если нет ощущения дискомфорта в кишечнике. Прием Дигеста повышает абсорбцию питательных веществ, содержащихся в пище, что является основной целью питания – снабжение клеток организма необходимыми нутриентами. Также это позволяет предотвратить появление антигенных молекул, которые вызывают аллергические реакции и разного рода воспаления.

Часто при приеме определенных видов пищи наблюдаются аллергические реакции. В то же время пища, вызывающая аллергию, может быть очень питательной и полезной. Такую пищу можно употреблять, но она должна

обязательно хорошо перевариваться. Лицам, страдающим пищевой аллергией, необходимо принимать Дигест при каждом приеме пищи в повышенной дозировке. Аллергикам рекомендуется принимать 1 капсулу Дигеста перед приемом пищи, 1 капсулу во время еды и 1 капсулу после еды. При таком приеме Дигеста пища основательно гидролизуется ферментами.

Сейчас широко известно такое явление как детская гиперактивность. Часто причиной гиперакивности является плохое переваривание белков. Как известно, основным белком в молочных продуктах является казеин. При

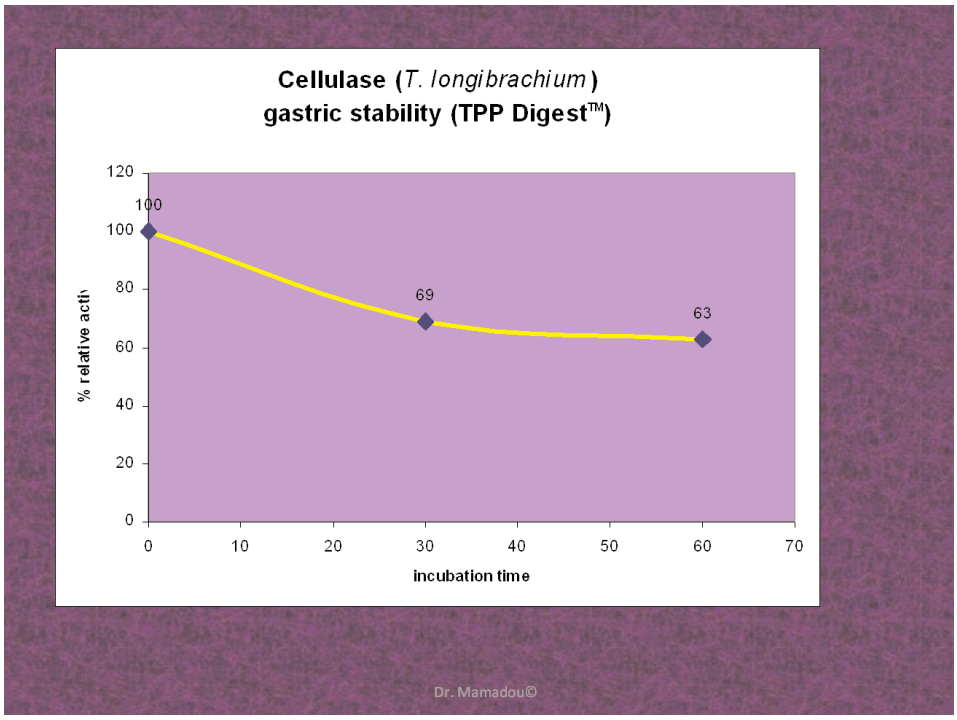


Рис.6. Ферментативная активность целлюлазы.

неполном гидролизе молекул казеина образуются опиоидные пептиды, состоящие из 4-5, а иногда 6 аминокислот, соединенных вместе, т.н. казоморфины. Такие образования оказывают сильное влияние на нервную систему и действуют как опиоиды. Опыты с казоморфинами на лабораторных животных свидетельствуют о сильном изменении поведения у животных. При плохом переваривании молочных продуктов или продуктов, содержащих глютен, в организме образуются опиоидоподобные вещества - казоморфины. В таких случаях рекомендуется к приему Дигеста во время еды добавлять по 1-2 капсулы Протеазы.

Прием Дигеста позволяет контролировать избыточное образование полиаминов. Полиамины необходимы для пролиферации энтероцитов, особенно в толстом кишечнике. При плохом переваривании белков микрофлора ЖКТ производит много полиаминов. Вызывая пролифирацию клеток, избыточные полиамины способствуют образованию раковой опухоли в толстом кишечнике. Кроме этого, Дигест предотвращает образование токсичного аммиака и сероводорода в кишечнике.

При плохом пищеварении жирная пища подвергается изменению под воздействием микрофлоры. В состав липидов входит холестерин, который является основным компонентом стероидов. Когда не переваренные липиды попадают в толстый кишечник, они подвергаются воздействию микрофлоры, и образуются подобные стероидам вещества.

В таких случаях протеазу рекомендуется принимать не только во время приема пищи, но и между приемами пищи, чтобы повысить ее абсорбцию в кровоток. В результате улучшается вязкость и текучесть крови. Известно, что с возрастом доля фибрина и фибриногена в кровотоке увеличивается. И чтобы устранить фибриноген и разжижить кровь необходимо принимать Протеазу между приемами пищи. Одна капсула Протеазы обладает очень высокой активностью в отношении расщепления фибрина - 2400 FU. Фибрин влияет на образование тромбов в сосудах и затрудняет циркуляцию крови. При отсутствии воспалений или др. серьезных заболеваний рекомендуется прием 1-2 капсул Протеазы 2-3 раза в день. При наличии воспалений или др. тяжелых заболеваний, например, при онкозаболеваниях рекомендуется одновременный прием 4-5 капсул Протеазы каждые 3-4 часа. При прохождении химио- или радиотерапии Протеаза улучшает качество жизни пациента (нет потери волос, тошноты и др. состояний, вызванных химио- или радиотерапией).

Ранее уже шла речь об отечности, причиной которой является миграция белков плазмы в ткани. Протеаза эффективно удаляет такие белки из тканей, и отечность устраняется.

Прием Протеазы между приемами пищи влияет на модуляцию цитокинов. Цитокины определяют ход воспалительных процессов в организме. Однако постоянное образование цитокинов в организме, как, например, при хроническом воспалении, подрывает здоровье и ослабляет организм.

Всем рекомендуется прием Протеазы между приемами пищи для удаления патогенных иммунных комплексов. Вопрос заключается не в том, принимать или не принимать Протеазу, а в том, сколько капсул Протеазы необходимо принимать, чтобы устранять из организма иммунные комплексы. В организме постоянно образуются комплексы антиген-антитело, а система комплемента, состояние

которой зависит от питания и здоровья, удаляет эти комплексы. Безукоризненно функционирующей системы комплемента нет ни у кого. Поэтому необходимо помогать организму удалять иммунные комплексы, которые являются основной причиной появления артрита и почечной недостаточности. В нашей практике имеются случаи, когда у пациентов с почечной недостаточностью после приема Протеазы заболевание перестало прогрессировать, и состояние сильно улучшилось. Анализы свидетельствуют, что до приема Протеазы организм был наводнен иммунными комплексами, которые скапливались в почках при фильтрации жидкости. Когда иммунные комплексы скапливаются в каком-нибудь месте в организме, этот участок становится мишенью для аутоиммунных процессов. В результате появляются аутоиммунные заболевания.

Протеаза активирует рецепторы клеток. Многие реакции в организме зависят от состояния рецепторов. Определенные молекулы прикрепляются к рецепторам, вызывая реакцию клетки. Но исследования показывают, что не все рецепторы нуждаются в том, чтобы к ним прикреплялись молекулы. Попадая в организм, Протеаза расщепляет определенный участок рецептора, в результате чего рецептор становится активным, вызывая клеточные реакции. Таким образом, в организме возникают реакции, вызванные активированными рецепторами. Протеазы, входящие в состав ферментного комплекса Протеаза, активируют рецепторы клеток, запуская реакции в организме.

Протеаза повышает фагоцитарную активность. Метаболиты гидролизуются и выводятся из организма. На фоне приема Протеазы повышается эффективность лекарственных препаратов. Так, исследование показало, что при одновременном приеме антибиотиков и Протеазы терапевтический эффект наступил намного быстрее, чем при приеме только одних антибиотиков без Протеазы. При улучшении реологических свойств крови лекарственные вещества быстрее и активнее поступают в места, пораженные патологическим процессом, а токсины и др. продукты обмена веществ более эффективно выводятся из организма.

Проводились исследования по применению Протеазы для обезболивания - при болях в суставах и мышцах, что часто наблюдается у спортсменов. Успешно применяется Протеаза в пластической или другой хирургии. За несколько дней до проведения операции пациент, как правило, временно прекращает прием Протеазы. Протеаза улучшает реалогические свойства крови и может усиливать кровотечение, поэтому некоторые врачи считают целесообразным временное прекращение приема Протеазы перед предстоящей операцией. Спустя 3 дня после операции прием Протеазы возобновляется в высоких дозировках. При сочетании приема Протеазы с другими ферментными комплексами нашего производства наступает быстрое выздоровление.

Еще раз хочется подчеркнуть важность хорошей реологии крови. Кровеносная система организма – это транспортная система, которая обеспечивает необходимыми питательными веществами весь организм. Если же кровь не обладает хорошей текучестью, а кровеносные сосуды заблокированы, то появляются большие проблемы с питанием тканей. Поэтому реологические свойства крови крайне важны для любого организма. При приеме Протеазы улучшается поступление питательных веществ и распределение иммунных клеток, улучшается выведение отходов метаболизма, повышается поступление кислорода в клетки, наблюдаются многие др. положительные эффекты.

Исследования свидетельствуют, что плохая текучесть крови способствует развитию злокачественных клеток и их распространению по всему организму (O'Meara, 1958. Clifton and Agostino, 1964. Kojima and Sakai, 1964). И в то же время ряд проведенных исследований показывает, что применение протеолитических ферментов улучшает реологические свойства крови и уменьшает прогрессию злокачественных клеток и метастазов (Kokron et al., 1976. Thornes, 1968, 1975. Steckeri et al. 1961). Так, в результате применения бромелаина уменьшается метастазирование рака легкого у лабораторных мышей (Batkin et al., 1988), наблюдается дифференциация лейкозных клеток (Maurer et al. Planta Med. 1988. 377). При применении гидролаз происходит активация макрофагов и натуральных клеток-киллеров (Leskovar et al., 1990, 1991. Zavadova et al., 1995). Применение протеолитических ферментов повышает выживаемость при онкозаболеваниях (Wald et al., 1998. Sakalova et al., 1993. Garbin et al., 1994), уменьшает побочные эффекты радио- и химиотерапии (Desser et al., 1993, 1994. Kiessling and Gordon, 1998. Hamilton et al., 1969. Barth, 1963. Graebner, 1964), улучшает состояния при артрите посредством устранения иммунных комплексов (Steffen and Menzel, 1985), повышает эффективность терапии и снижает побочные эффекты у пациентов с ревматоидным артритом (Mazourov et al., 1997).

Доказано, что плохая текучесть крови отрицательно влияет на организм и способствует развитию рака, поэтому рекомендуется прием Протеазы между приемами пищи. При приеме Протеазы во время еды действие протеаз будет направлено в основном на переваривание пищи. Тогда как при приеме Протеазы между приемами пищи, ферменты абсорбируются кровотоком. Иногда пациент принимает по 6-8 и более капсул Протеазы в день. Необходимо подчеркнуть, что капсулы Протеазы принимают не в один прием, дозировку распределяют и принимают в течение всего дня в несколько приемов. Организм должен удалять токсины и продукты обмена веществ на протяжении всего дня. Однако при онкозаболеваниях Протеазу принимают вместе с Дигестом, в т.ч. между приемами пищи.

Возникает вопрос о дозировке. Сегодня в медицине развивается тенденция индивидуального подхода. Общей рекомендацией является прием 2 капсул 2-3 раза в день. Однако необходимо учитывать состояние пациента, наличие заболеваний, питание, реакцию на назначенную дозировку.

У ферментов одна из наиважнейших функций – контроль за развитием инфекционных заболеваний. Попав в организм, бактерии прикрепляются к клеткам или выделяют токсины, которые проникают в клетки. Протеаза подавляет патогенность бактерий, предотвращая прикрепление бактерий путем гидролиза гликопротеина и выделяемых токсинов этих бактерий. Также Протеаза гидролизует чужеродные бактерии. Проводившиеся в Австралии исследования на свиньях показали, что прием ферментов защищает свиней при заражении гепатотоксичной инфекцией. Иммунологические исследования установили, что ферменты не позволяют прикрепляться бактериям к поверхности здоровых клеток организма животных.

Также протеазу необходимо принимать, если нет уверенности в хорошем качестве питьевой воды.

Микрофлора, присутствующая в организме, очень важна для его жизнедеятельности. Микрофлора формируется после рождения человека и оказывает сильное влияние на иммунную систему. Однако некоторые лекарства уничтожают естественную микрофлору организма. Поэтому рекомендуется прием Пробиотика по 1 капсуле утром и

перед сном. Если же пациент вынужден принимать лекарства или антибиотики, то дозировку Пробиотика увеличивают и принимают 3-6 капсул в течение дня.

Пробиотики – комплекс микроорганизмов, которые находятся в симбиозе с организмом хозяина. Они не только предотвращают колонизацию вредных бактерий, но и являются очень полезными для организма. При изменении диеты меняется микрофлора кишечника, поэтому необходим прием Пробиотика. В результате приема Пробиотика организм только выигрывает: улучшается пищеварение, синтезируются необходимые организму витамины, усваивается азот, аминокислоты инкорпорируются в микробные белки, модулируется иммунная система, предотвращается возникновение онкозаболеваний, снижается уровень аммиака в сыворотке, ингибируется рост патогенных бактерий, наблюдается общее оздоровление организма, уменьшается развитие возрастных мозговых явлений.

Бытует мнение, что достаточно просто употреблять хорошую и качественную пищу, чтобы организм получал все необходимые питательные вещества. Однако не все задумываются о функционировании пищеварительной системы.

Вне зависимости от того, каким заболеванием страдает пациент, его организм должен получать все необходимые нутриенты. Лекарство, которое принимается, должно быть эффективным, и кроме этого, оно должно быть доступным для организма. Только тогда организм будет реагировать на лекарство и можно будет говорить о терапевтической эффективности. В таких ситуациях всем рекомендуется прием Дигеста. Ведь лекарственные препараты должны эффективно метаболизироваться и выводиться из организма, проходя через печень. Чем больше лекарств получает пациент, тем больше нагрузка на печень.

При любом заболевании или травме организму необходимо получать большое количество питательных веществ с пищей, которые должны быть доступны и способны абсорбироваться. Правильное усвоение питательных веществ приводит к сбалансированной нейро-иммуно-эндокринной модуляции организма.

Одна из актуальных проблем – это хроническое воспаление. Хроническое воспаление можно назвать «тихим убийцей». Опасность его заключается еще и в том, что оно может развиваться в любом организме.

Часто пациент приходит к врачу с жалобой на боль, и получает болеутоляющее. Боль проходит, и считается, что болезнь ушла вместе с болью. Однако источник боли так и не был выявлен, и воспаление продолжает развиваться. К этому добавляется неправильное питание. Часто на хроническое воспаление не обращают внимание. Боль является всего лишь симптомом такого воспаления, устранив который, мы не устраняем само воспаление. В таком случае, первое, что необходимо сделать - обеспечить доступ необходимых нутриентов организму для его поддержки. Это сводится не просто к отбору отдельных продуктов питания, необходимо обеспечить оптимальное переваривание пищи. Для этого Дигест принимают при каждом приеме пищи. Далее необходимо улучшить реологию крови, чтобы все необходимое транспортировалось кровью по организму. Для этого принимают Протеазу, дозировку которой определяют по состоянию пациента. 70 % иммунной системы зависят от состояния ЖКТ, необходимо культивировать полезную микрофлору. С этой целью принимают Пробиотик.

Хотелось бы привести цитату Гиппократа - отца медицины: «Позвольте пище быть вашим лекарством, а лекарству - вашей пищей».

Пища, которую мы принимаем, должна перевариваться и абсорбироваться организмом. Но т.к. ни у кого нет оптимально функционирующей пищеварительной системы, прием ферментов позволяет переваривать пищу и абсорбировать необходимые питательные вещества, делая их доступными организму.

Здоровье зависит от структурной и функциональной целостности организма. И к этому нужно относиться со всей серьезностью, потому что целостность очень легко разрушить. Вирусы, бактерии, любое заболевание разрушают целостность клеток и их функции. И чтобы лекарства были эффективными, прежде всего, нужно восстановить нарушенную целостность. Для восстановления организма необходимо наладить процесс питания, который не ограничивается простым выбором пищи, а состоит из следующих ступеней:

1. выбор пищи
2. перевариваемость пищи
3. абсорбция нутриентов
4. правильный метаболизм полученных нутриентов в организме
5. выведение отработанных продуктов метаболизма.

Необходимо улучшать реологические свойства крови и следить за здоровьем ЖКТ. Пищеварительную систему нужно всегда поддерживать в хорошем состоянии, что обеспечивает прием пищеварительных ферментов.

Ответы на вопросы:

1. Будет ли угнетаться синтез собственных ферментов при приеме ферментов корпорации ТЕС?

Нет, прием ферментов не влияет на секрецию поджелудочной железы. При приеме ферментов поджелудочная железа разгружается и не гипертрофируется от питания пищей, подвергнутой тепловой обработке. Аутопсия эскимосов показала, что поджелудочная железа эскимосов намного меньше по размеру в сравнении с поджелудочной железой людей, питающихся пищей, прошедшей тепловую обработку. Как известно, эскимосы употребляют в пищу в основном сырые продукты.

2. Как долго можно принимать Протеазу?

Протеазу принимают в зависимости от состояния организма. Вопрос заключается в дозировке, а не в целесообразности самого приема. Нужно учитывать, что с возрастом состояние ухудшается, увеличивается количество фибрина. Дозировку может определять лечащий врач, но принимать Протеазу нужно постоянно.

3. Что необходимо делать, если при приеме Протеазы у пациента появляется боль в желудке?

Если возникает боль при приеме Протеазы, это означает, что Протеазу не запивают достаточным количеством воды. Протеаза необходимо запивать полным стаканом воды. Можно капсулу вскрыть и растворить в воде, после чего воду выпить.

4. Могут ли подавляться функции желез при приеме ферментов?

Нет, функции желез не подавляются. Об этом свидетельствует ряд исследований.

5. С какого возраста можно давать ферменты детям?

Детям можно давать ферменты с первых дней жизни. От приема ферментов кормящей матери выигрывает и ребенок на грудном вскармливании. Если ребенок на искусственном вскармливании, то ему ферменты просто необходимы. Мы не рекомендуем применять молочные смеси, в таком случае приём ферментов Дигест чрезвычайно важен.

6. Как долго необходимо принимать ферменты часто болеющим детям?

Все зависит от состояния организма. Некоторые дети начинают прием ферментов с первой недели жизни и принимают их постоянно.

7. Улучшит ли прием ферментов кровоснабжение опухолевой ткани, не происходит ли активация опухолевого роста?

Речь идет об антиангиогенезе опухоли. Реологические свойства крови улучшаются, тем самым повышается эффективность противоопухолевой терапии при локализованной опухоли. Метастазы усложняют ситуацию. Протеаза позволяет натуральным клеткам-киллерам атаковать опухолевые клетки благодаря улучшению циркуляции крови. Злокачественные клетки имеют на своей поверхности молекулы адгезии CD 44, благодаря которым клетки мигрируют и образуются метастазы. Исследования показывают, что ферменты селективно удаляют эти молекулы адгезии. Однако нельзя забывать, что при раке необходимо избегать определенных видов пищи. Злокачественные клетки питаются в основном за счет гликолиза, поэтому нужно минимизировать гликолиз и увеличить доступ кислорода.

8. Может ли повлиять прием Протеазы на гинекомастию у юноши?

При гинекомастии необходимо сочетать гормональную терапию с приемом ферментов. В моей практике не было таких случаев, но я уверен, что прием ферментов пациенту пойдет на пользу.

9. Можно ли принимать ферменты в первой половине беременности при токсикозе.

Да, но необходимо установить причину токсикоза. Можно принимать ферменты (Дигест, Протеаза), но лучше не принимать продукцию, содержащую лекарственные травы, так как травы могут быть очень сильными стимуляторами и способны повлиять на развитие ребенка. Сами ферменты не токсичны.

10. Можно ли принимать ферменты во второй половине беременности при гестозах, фетоплацентарной недостаточности?

Да. Ферменты помогут убрать воспаление и улучшат циркуляцию крови.

11. Как принимать ферменты во время беременности, в каких дозах и какие препараты?

- 2 капсулы Дигеста во время еды, 2 капсулы Протеазы 3 раза в день, Пробиотик перед сном для микрофлоры и устранения запоров. Принимают на протяжении всей беременности. Если дети на искусственном вскармливании, давать эти ферменты детям.

12. Какие продукты необходимо исключить из рациона беременной женщины?

- Пища должна быть чистой и не токсичной, должна содержать все необходимое для организма (витамины, микроэлементы и т.д.) и перевариваться. Избегать нужно именно пищу, содержащую токсины.

13. Ферменты и грудное вскармливание: продлевают ли ферменты период кормления?

Ферменты улучшают выработку молока. Но научных данных по продлению лактации на сегодня пока нет. По поводу длительности кормления нет данных.

14. Спаечная болезнь.

Все зависит от стадии заболевания. Прием ферментов на ранней стадии заболевания приводит к выздоровлению. На поздней стадии необходимо хирургическое вмешательство. Прием ферментов способствует восстановлению тканей. Принимают по 3 капсулы Протеазы, 2 капсулы Дигеста во время еды, а также Гастрозим.

15. Алкоголизм.

По лечению алкоголизма данных нет. Прим ферментов и препарат Липозим облегчают состояния, вызванные алкоголизмом, удаляют отложения жира в печени, воспаления в печени – это лечение цирроза.

16. Ожирение и ферменты.

Состояние ожирения определяет ряд факторов. Наблюдается несоответствие в количестве потребляемых и расходуемых калорий. Балансзим Плюс улучшает липолиз, устраняет жировые отложения, контролирует аппетит. Балансзим Плюс принимают 1-2 капсулы до еды для контроля аппетита, а во время еды принимают другие пищеварительные ферменты (Дигест, Протеаза и т.д.).

17. Лечение заболеваний щитовидной железы. Были ли случаи рассасывания узлов.

При заболеваниях щитовидной железы на фоне гипотиреоза или эутиреоза пациенты принимают Протеазу и Тироид Комплекс. Тироид Комплкс - 1-2 раза в день, дозировка зависит от состояния пациента. Прием Протеазы – минимум 2 раза в день, длительно. Перед лечением и в процессе лечения обязательно проводят исследование гормонов, антител, УЗИ и др.



Энзимная зубная паста

Enzymatic Toothpaste

- безопасная и эффективная;
- содержит только натуральные ингредиенты;
- с ферментами;
- без фторида.

В состав входят следующие компоненты:

- смесь ферментов
- концентрат цельных листьев алоэ вера
- экстракт косточек грейпфрута
- хлорофилл
- гидроокись кремния
- карбонат кальция
- бикарбонат натрия (пищевая сода)
- лаурилсаркозинат натрия
- каррагинан
- посконник крапиволистный
- глицерин
- очищенная вода
- натуральный ароматизатор

Гидролитические **ферменты** (протеаза) помогают растворять остатки пищи и устранять их из полости рта. Многие бактерии ротовой полости питаются гликопротеинами, оседающими на поверхности зубов и десен, что приводит к образованию налета и зубного камня. Ферменты предотвращают и разрушают такие образования, обеспечивая хорошую гигиену ротовой полости. Кроме того, ферменты способствуют заживлению ранок и порезов во рту, которые могут служить источником инфекции и вызвать сепсис.

Растительные компоненты. Алоэ (Aloe Vera) – наиважнейший ингредиент этой уникальной зубной пасты. Алоэ обладает анестетическими, антибактери-альными и регенерационными свойствами. Алоэ обеспечивает здоровье десен. Хлорофилл и экстракт семечек грейпфрута являются сильными антиоксидантами и противовоспалительными средствами.

Противовоспалительное действие геля алоэ и ферментов позволяет предотвращать заболевания ротовой полости. Применение пасты позволяет активно бороться с кариесом и заболеваниями десен. Зубная паста хорошо подходит детям и взрослым с чувствительными деснами и зубами.

Заболевания пародонта - результат колонизации и размножения микробов на поверхности зубов и окружающих зубы тканей. Оставшаяся между зубами или в других местах ротовой полости пища способствует росту микрофлоры и выделению большого количества органических кислот, что в свою очередь приводит к кариесу и повреждению десен. Ферменты зубной пасты гидролизуют остатки пищи в ротовой полости, тем самым удаляя питательные вещества, способствующие росту патогенной микрофлоры. С другой стороны, ферменты не позволяют бактериям оседать на поверхности зубов. Свободные бактерии легко удаляются слюной и не способны нанести вред зубам, деснам и т.д.

Не содержит фторид, сахар, лаурилсульфат натрия.

Явлений передозировки не установлено.

Побочное действие: не установлено.
Форма выпуска: тубы по 78 г.

Теория полиморфизма микробов и гомеопатические САНУМ-вакцины (нозоды).

Обзор

Ролик И.С., Гущин А.Ю., Чуйкина Е.Э., Толкачёв И.Б., Аркадьева Е.А.

Кафедра гомеопатии РУДН

САНУМ-препараты оказывают существенное влияние на внутреннюю среду (эндоэкологию) и ритмические процессы в организме человека и животных. Их действие базируется на теории полиморфизма (плеоморфизма), выдвинутой профессором Эндерляйном и получившей развитие в работах других исследователей.

САНУМ-терапию можно применять в сочетании с методами с традиционной китайской медицины и гомеопатии, а также антропософской медицины.

Широкий ассортимент биопрепаратов САНУМ может сбить с толку врача-новичка. Но на самом деле система применения препаратов выстроена логично и целостно. Она служит основой для лечения хронических заболеваний и во многих случаях способна заменить академические подходы. Так, врачи клиники Парацельса (Paracelsus Klinik - Lustmühle и Al Ronc, Швейцария), несмотря на большое количество пациентов с острыми и хроническими заболеваниями, практически не назначают антибиотики, гипотензивные препараты, противовоспалительные средства, не говоря уже о гиполипидемических препаратах.

САНУМ-терапия и нормализация внутренней среды организма широко и продуманно используются при хронических дегенеративных и сердечно-сосудистых заболеваниях. Это - единственная эффективная терапия таких заболеваний, как частые инфекции, фибромиалгии и хронические воспаления. Эффективность САНУМ-препаратов в комбинации с нормализацией эндоэкологии подтверждена многолетним успешным опытом лечения пациентов, у которых академическая медицина была бессильна.

Данный обзор посвящён обоснованию и раскрытию принципов комбинированного применения САНУМ-препаратов, основными среди которых являются гомеопатические вакцины (нозоды).

I. Микробиологическая концепция профессора Г.Эндерляйна.

Согласно Г.Эндерляйну, САНУМ-препараты оказывают глубокое воздействие на обмен веществ, внутреннюю среду, мезенхиму, жидкие среды и клетки организма. Разработанное им учение о плеоморфизме рассматривает человека и животных в тесной связи с природой, которые подвержены постоянному изменению (pleo – многообразный, morph - формный). С другой стороны, в организме человека существует внутренний симбиоз с «первичными паразитами» или «первичными симбионтами» - грибами Mucor racemosus («эндобионт» по Эндерляйну) и Aspergillus niger, которые проходят в организме человека циклы развития.

«Эндобионт» - живой белок (микроб), который «инфицировал» всех млекопитающих. Являясь высокомолекулярными белками, примитивные формы этого эндобионта выполняют жизненно важные функции в живом организме. Так, они регулируют процессы свёртывания крови, образуя фибрин и тромбоциты, регулируют вязкость и текучесть жидких сред, а также влияют на кислотно-щелочное равновесие тканей (напр., гемоглобиновый буфер).

Циклическое развитие эндобионтов зависит от окружающей их среды обитания, каковой является внутренняя среда организма, определяющими параметрами которой являются кислотно-щелочное равновесие, наличие микроэлементов и белков.

Высшие стадии циклического развития эндобионтов - бактерии, а кульминационные – грибы, например, Mucor racemosus или Aspergillus niger. При этом Aspergillus, видимо, был приобретен организмом позднее и в процессе трансформации проходит через бактериальные стадии, напр., туберкулезные бациллы. Aspergillus ответственен за возникновение заболеваний, которые относятся к паратуберкулезным или к заболеваниям туберкулинической конституции. Это преимущественно заболевания соединительной ткани и лимфатической системы.

Существуют и другие симбионты, где кульминационными стадиями их циклического развития являются грибы (напр., Penicillium или Candida).

Эндоэкология.

Профессор Эндерляйн считал, что все заболевания человека обусловлены патогенностью микроорганизмов, находящихся на разных стадиях своего развития в организме человека. Эти заболевания он называл эндобиозами и в их лечении необходима нормализация внутренней среды организма. Именно среда определяет степень патогенности и стадию циклического развития эндобионта, который вначале своего существования не является патогенным, а, наоборот, необходим макроорганизму.

Факторы, определяющие внутреннюю среду:

- Кислотно-щелочной баланс
- Наличие минеральных веществ (электрическое сопротивление)
- Наличие белков (также наличие свободных радикалов)
- Редокс-потенциал (т.е. свободные, доступные электроны)

Плеоморфизм (полиморфизм) микробов

Бактерии являются высшими стадиями развития эндобионтов. Эндерляйн описал наряду с циклами Mucor racemosus и Aspergillus niger, циклы развития Penicillium chrysogenum (notatum), Penicillium roquefortii, Aspergillus ruber, Mucor mucedo, Candida parapsilosis, Candida albicans и др.

К каждому из этих циклов с кульминационными стадиями в виде грибов относятся определенные бактерии. Вывести эти бактерии из организма можно при помощи гомологичных данному циклу изопатических препаратов, которые представляют собой грибковые вакцины, поскольку содержат полисахаридные комплексы, экстрагируемые из грибов, находящихся на начальной стадии своего развития - стадии хондрита. Гомологичный изопатический препарат, с одной стороны, может уменьшить патогенность бактерии, вызвав её реверсию в непатогенную стадию, а с другой стороны, может оказать и иммунологическое действие. Такая «антибиотическая терапия», вопреки общепринятой в ортодоксальной медицине, не является антибиотикотерапией, т.к. вызывает реверсию, т.е. регрессирующее развитие соответствующей бактерии в менее патогенную (начальную) форму. При этом сама бактерия остается живой, а ее вирулентность снижается. При такой изопатической терапии не образуются антигенные или токсичные продукты распада микробов, как при антибиотикотерапии, а возникают симбионты - непатогенные бактерии.

Бактерии не являются «неизменными существами», которые вызывают одну и ту же болезнь. Они постоянно меняются: бактерии способны трансформироваться из одной формы в другую и даже в грибы (полиморфизм), в т.н. кульминационную стадию своего циклического развития.

Существуют также и вирусные формы вышеназванных симбионтов, которые подвержены трансформации внутри или вне клеток. Они оказывают непосредственное влияние на обмен веществ клеток.

В молекулярной биологии еще недостаточно изучен переход структуры двойной спирали ДНК, содержащей S-элементы, в описанную Эндерляйном цепочечную структуру двойного белка (Prushiner).

Итак, организм человека находится в активном симбиозе с различными микроорганизмами, которые постоянно изменяются в зависимости от среды обитания (внутренней среды организма), содержания питательных веществ и кислотно-щелочного равновесия, и даже рождаются из белков самого организма. Таким образом, микробы трансформируются из одной формы в другую и проходят разные стадии развития, изменяя свою патогенность. Вследствие этого бактерии, вирусы и грибы нужно рассматривать не как чуждые организму, а как его неотъемлемая часть. Патогенность этих микроорганизмов можно изменить коррекцией эндоэкологии.

Наиболее интенсивный симбиоз бактерий и организма человека мы видим на примере кишечной флоры. В организме человека содержится больше бактерий, чем «собственных» клеток, только бактерии намного меньше в своих размерах, чем клетки. Однако бактерии имеют высокую скорость размножения, в отличие клеточного деления. Они могут колонизировать весь организм в течение нескольких дней! За это время только половина клеток человеческого организма может осуществить один регенераторный цикл.

Кишечные бактерии участвуют в созидательных процессах, обновлении организма и являются частью парасимпатической системы. Нельзя отделять мир бактерий от тканей человеческого организма! Становится понятным, почему каждый врач, занимающийся САНУМ-терапией, параллельно восстанавливает кишечную микрофлору! (табл. 1)

Таблица 1. Восстановление кишечной микрофлоры.

Нормализация внутренней среды:
- ALKALA N (1/2 мерной ложки 2 раза в день)
- Мультиминеральные препараты
- MAPURIT (по 1 капсуле 2 раза в день, ежедневно)
- при необходимости дополнительно L-глутамин (2 г в день) или молибден (150µг 2 раза в день)

Восстановление функций слизистой оболочки кишечника:
- органопрепараты слизистой ЖКТ (Rebas и др.) вместе с Citrokehl (по 1 ампуле в точку M25 - невральная терапия с прокаином - или смешать во рту и проглотить, каждые 2-3 дня)
- ощелачивающая и гипоаллергенная диета (без молока и молочных продуктов, куриных яиц и орехов)

Восстановление кишечной микрофлоры:
- начинать с FORTAKEHL D5 (по 1 табл. 3 раза в день, в течение 3 недель)
- далее капсулы PEFRAKEHL D4 или капли D5 (спустя неделю; по 1 капсуле в день в течение 3 недель)
- далее перейти на SANKOMBI D5 (спустя неделю; в течение 3-6 месяцев по 10 капель 2 раза в день), или капли MUCOKEHL D5 и NIGERSAN D5

Иммуностимуляция:
(при хронических инфекциях, склонности к инфекциям, колите и др.)
- при восстановлении кишечной микрофлоры сначала в течение 1 недели NOTAKEHL D5 (по 1 табл. 3 раза в день, ежедневно; далее как указано выше)
- UTILIN D4 и RECARCIN D4 по 1 капсуле в неделю
- REBAS D4 по 1 капсуле 2 раза в день



Научно-популярное издание рассказывает о вечнозеленом кустарнике омеле белой, издавна известной своими не только чудодейственными лекарственными, но и магическими свойствами.

Омела белая выделяется своей необычностью, которая проявляется во всём, начиная от ботанических особенностей и заканчивая невероятным количеством народных преданий и легенд, связанных с этим удивительным растением.

Омела белая по праву занимает значительное место в современной медицине.

Научные исследования эффективности метода омелотерапии открывают все новые и новые перспективы.

Оглавление

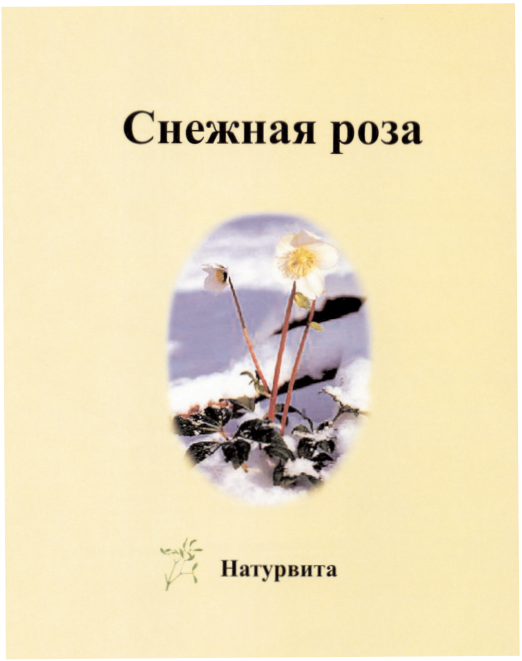
Глава I. Омела белая (Viscum album L.): общие сведения
Распространение
Ботанические особенности

Глава II. Омела в культурных традициях народов мира
Первые упоминания в литературных источниках
Омела белая в мифологии
Культ омелы у друидов
Омела белая в фольклоре европейских народов
Омела как рождественское украшение

Глава III. Из истории омелотерапии

Глава IV. Омела белая с точки зрения современной медицины
Эффекты омелотерапии
Показания к омелотерапии Хеликсором
Особенности применения омелы белой как гомеопатического средства
Синергисты омелотерапии

Литература



Настоящее научно-популярное издание посвящено описанию свойств и особенностей применения гомеопатического препарата Геллеборус из известного растения морозника чёрного, называемого в народе снежной розой.

Оглавление

Глава I. Ботанико-морфологическая характеристика.

Глава II. История применения.

Глава III. Легенды и поверья.

Глава IV. Фармакологически активные вещества морозника черного.
Современные лекарственные препараты.

Глава V. Морозник как гомеопатическое средство.
Лекарственный патогенез
Психологический портрет

Литература

Издательство «Натурвита»
Москва, Гостиничный проезд, д.6, корп. 2
Тел: (495) 482-47-47
e-mail: natur_vita@mail.ru
htpp://www. naturvita.ru

Отпечатано в Печатном Салоне «Р-Принт».
г. Москва, Б.Новодмитровская ул., д. 14, стр.2.

Согласно микробиологической концепции Эндерляйна, микроорганизмы возникают в процессе циклического развития из белковых клеточных структур организма - особенность плеоморфизма. Эти исходные белковые частицы жизни Эндерляйн называл «протитами», а Вильгельм Райх (Reich) – «бионами» (Bionen). Как правило, они присутствуют в любой клетке и жидкой среде организма человека.

Эти белковые частички были переданы нам при зачатии, и они же «переживут» нас, вернутся обратно в природу. Подобным образом они способны развиваться и из клеток растений, что было доказано Вильгельмом Райхом, который вырастил бактерий и амеб из стерильных жидкостей, полученных из клеток трав!

Это важнейшее положение теории Эндерляйна (Enderlein G. Bakterien-Cyclogenie) одновременно послужило толчком для разработки изопатических препаратов на основе грибов. Итак, высокоразвитые стадии микробов (бактерии и грибы) с помощью своих примитивных форм протитов (белков и нуклеиновых кислот) способны к реверсии - обратной трансформации в непатогенные стадии, если имеется достаточное количество протитов и необходимое для этого микроокружение.

Интересны результаты исследований венских ученых, которые идентифицировали описанных Эндерляйном «протитов» с глобином гемоглобина, и, тем самым, снова подтвердили теснейшую связь эритроцитов человека с бактериями, а одновременно и связь эндобионтов с процессами жизнедеятельности клеток (поглощение кислорода, дыхание и синтез АТФ).

Так, симбиотические низкие стадии развития эндобионтов ответственны за большую часть функций в человеческом организме. Эндерляйн показал, насколько тесно взаимосвязан функционирующий человеческий организм с миром патогенных и непатогенных симбиотических бактерий.

Ясно, что именно наличие этих т.н. низких стадий развития микроорганизмов и адекватной внутриклеточной среды и плазмы очень важно для поддержания иммунитета. Это значит, когда в организме имеются предстадии бактерий и вирусов, тогда он обладает хорошей сопротивляемостью.

Теория плеоморфизма Энделяйна, как основа его микробиологической концепции, предлагает абсолютно новый и динамичный взгляд на целостность человеческого организма. Согласно этой теории, интенсивный обмен организма с окружающим миром - база для здоровья и развития! Бактерии и вирусы не являются «вредными, опасными» и не должны «быть уничтожены». Они могут приобрести вирулентность при «неправильной» внутренней среде организма.

«В микробиологии нет такого понятия как смерть, а есть превращение» (цитата из работы моего, к сожалению, уже умершего учителя и ученика Эндерляйна, д-ра медицины W. Grüger «Zyklogenie und Sembioselenkung». Verlag ebi-electronic ag.).

Итак, антибиотики и противогрибковые средства становятся ненужными, а монодиагностика грибов и бактерий в значительной мере теряет свое значение.

Если же мы уничтожаем бактерию антибиотиками, то появляются продукты бактериального распада, которые, как и прежде, остаются микробиологическими элементами и являются частью блокированного цикла развития микроорганизмов, а в случае «благоприятного» изменения среды способны трансфомироваться в другие, возможно, более патогенные микроорганизмы.

Продукты бактериального распада, возникающие в результате применения антибиотиков, длительное время могут сохраняться в тканях организма как «медленные бактерии», не проявляя антигенность, и лишь позднее они способны трансформироваться в патогенные микроорганизмы, которые вызывают хронические вирусные или другие заболевания. Так, хроническая зубная инфекция, вызванная Siphonospora в результате лечения зубных корней, проявляет свое патологическое влияние лишь спустя годы

Вследствие антибиотикотерапии начинается длительный процесс образования новых возбудителей и, вероятно, новых вирусных форм.

Нижеприведенные ортомолекулярные вещества и регуляторы кислотно-щелочного равновесия являются условием успешности изопатической терапии. Именно они устраняют дефицит минеральных веществ, ликвидируют закисление организма, интоксикацию тяжелыми металлами, и тем самым создают условия для эффективного действия изопатических средств (грибковых вакцин), направленных на реверсию патогенных высокоразвитых микроорганизмов.

Возникающие благодаря изопатической терапии, начальные формы микробов (протиты, хондриты, симпротиты) могут сохраняться в своем стабильном состоянии лишь в том случае, если окружающая среда тормозит их развитие. Поэтому и необходим прием витаминов, минеральных веществ и ALKALA N.

При поддержании одинаковой, стабильной pH микробы не могут трансформироваться и сохраняют свою стабильность, оставаясь в мономорфной форме. Доказательством этому являются данные наблюдений в процессе культивирования микробов в микробиологической pH-стабильной питательной среде, когда образуются только стабильные мономорфные бактериальные структуры.

Эндерляйн назвал среды, обеспечивающие стабильность существования микробов, как pH-стабильные или зафиксированные среды («Mochlose»). Он утверждал, что благодаря световому, температурному, химическому, электрическому воздействию или влиянию минеральных веществ, может нарушиться стабильность среды и произойдёт её деблокировка («Mochlolyse»), в результате которой микробы начинают трансформироваться в более высокоразвитые формы.

При использовании pH-стабильных питательных сред циклическое развитие не наблюдается. Именно изменение среды делает возможным «антибиоз» или регрессию (реверсию) грибов и бактерий в непатогенные или даже симбиотические микроорганизмы (по Эндерляйну), а не в коем случае не антибиотики, которые оставляют продукты бактериального распада, различимые в темнополевой микроскоп как макросимпротиты или шлаки (симпласты).

Согласно Эндерляйну, каждый микроб синтезирует органическую кислоту, которая способствует его дальнейшей трансформации:

Mucor racemosus Fresen – лактат (молочная кислота)

Aspergillus niger – цитрат (лимонная кислота)

Penicillium chrysogenum – пенициллиновую кислоту

Чтобы наблюдать циклическое развитие эндобионтов в их исконной среде и судить о подлинных микробиологических процессах в крови, необходимо исследовать процессы в живой крови, где большую роль играет ее буферная ёмкость. Самый показательный и быстрый метод исследования – темнополевая микроскопия

Эндоэкология

- Примитивным формам (низкие стадии развития) необходима щелочная среда
- Бактериальным формам подходит слегка щелочная pH
- Грибковым формам требуется сильно кислая pH

.

Патогенность возбудителя наблюдается только в одной стадии его развития, редко в двух или более (напр., бацилла дифтерии или стрептококк цикла Penicillium chrysogenum).

Каждая из известных бактерий имеет свой «собственный» цикл развития, который описывал Эндерляйн. Для этого он разработал особую терминологию, т.к. эти структуры в то время еще не были известны или не рассматривались в связи с циклами развития микроорганизмов.

Первичные симбионты / эндобионты

- давно приобретенные нами симбионты, стадии циклического развития которых выступают в качестве важных компонентов клеток и плазмы, а высшие стадии в той или иной степени патогенны и присутствуют в виде различных бактерий в организме человека.

1. Цикл развития Mucor racemosus

Симбиоз позвоночных и Mucor racemosus, вероятно, и сделал его жизнеспособным. Протит - самая первая стадия цикла развития Mucor racemosus, наименьшая живая биологическая единица по Эндерляйну. Эндерляйн назвал протита Mucor racemosus эндобионтом.

Даже органеллы клеток, известные в цитологии как рибосомы, аппарат Гольджи и др., хорошо исследуемые с помощью темнополевого микроскопа, Эндерляйн рассматривал как высшие стадии развития эндобионта. Эндерляйн утверждал, что 60% содержимого клетки имеют эндобионтную природу.

Эндобионт синтезирует вещества и структуры, которые влияют на дыхание, вязкость и свертываемость крови и других жидких сред организма:

- глобин (гемоглобин и буферная емкость по кислоте),
- белки крови,
- фибрин,
- тромбоциты.

Низкие стадии развития эндобионта выполняют жизненно необходимые функции и являются регуляторами физиологических процессов.

Фазы прогрессирующего циклического развития разнообразны. Эндерляйн скрупулезно все описал и создал довольно сложную терминологию, которую мы не будем подробно рассматривать. Циклическое развитие микроорганизмов останавливается или изменяется токсическими блокировками, антибиозом, недостатком микроэлементов и т.д. В результате этих и других патогенных воздействий возникают моноформные в своём развитии бактерии, CWD-формы (бактерии без клеточных стенок), которые на ранних стадиях могут вызвать тромбоз и нарушение свертываемости крови. Для устранения таких патогенных влияний используются САНУМ-препараты, которые особенно эффективны при их комбинированном применении.

Заболевания, вызываемые Mucor racemosus

Микробы цикла Mucor racemosus влияют на жидкие среды организма, нарушая текучесть и вязкость, блокируя транспорт питательных веществ и ухудшая поглощение кислорода:

- коронарные заболевания, гипертония, грудная жаба,
- нарушения церебрального или периферического кровообращения,
- заболевания вен, тромбозы, эмболии,
- эндокринные нарушения,
- заболевания органов «Ян» (кишечник, желчный пузырь, особенно толстый кишечник (Mucor mucedo),
- карциномы.

Mucor racemosus

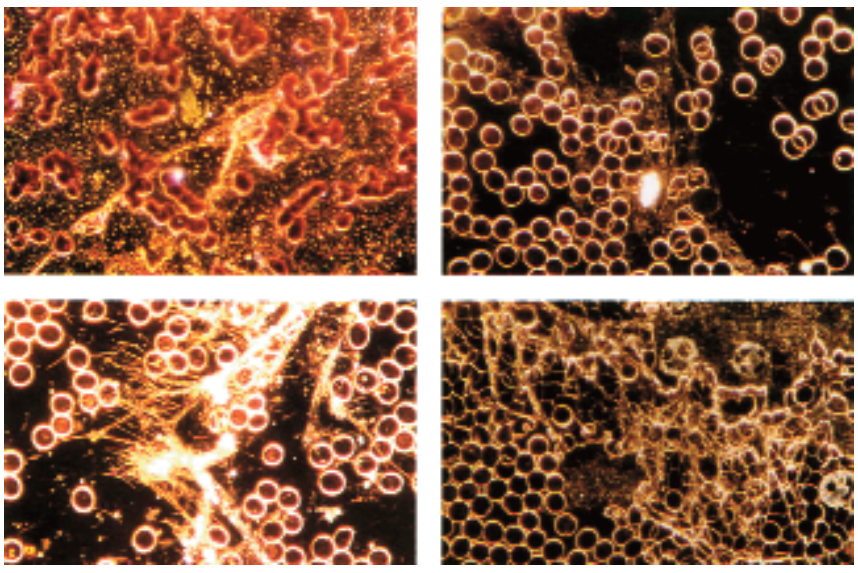


Таблица 2. Блокировки регуляторных процессов организма и факторы, снижающие эффективность терапии.

Наиболее распространенные блокировки регуляторных процессов

- *Тяжелые металлы: Hg, Pd, Pb, Al* (распространенный источник – зубные пломбы и материалы, используемые при реставрации зубов, содержащие ртуть и палладий). Высокотоксичные материалы попадают в организм и, длительно воздействуя, нарушают обмен веществ. Они являются антагонистами важных микроэлементов (цинк, селен, марганец).
- *Мертвые зубы и очаги воспаления в костной ткани челюсти*. Каждый зуб, корень которого подвергался лечению, является мертвым зубом, поставляющим высокотоксичные трупные яды в мезенхиму и лимфу. Такие зубы - источники бактериального заражения. Бактерии блокируют иммунную систему и соответствующий меридиан с его органами.
- *Дисбактериоз кишечника* (дефицит физиологической микрофлоры кишечника). Кишечные бактерии *обезвреживают* токсины и сдерживают развитие патогенных бактерий. При недостатке нормальной микрофлоры появляются патогенные бактерии и грибы, выделяющие токсины. Причины: неправильное питание, эндобионтное поражение, пищевая аллергия.
- *Недостаток микроэлементов* (селен, цинк, марганец, магний, хром и т.д.). Причины: неправильное питание, атрофия слизистой оболочки кишечника. Микроэлементы участвуют в биохимических процессах и являются катализаторами многих метаболических процессов. Они необходимы как в гомеопатических разведениях, так и в концентрированном виде (ортомолекулярные препараты).
- *Недостаток полиненасыщенных жирных кислот* (повреждение клеточных мембран): жирные кислоты омега-3 и омега-6. Ненасыщенные жирные кислоты омега-3 и омега-6 – важные компоненты клеточных мембран и защита от свободных радикалов. Часто при недостатке омего-3 кислот (рыбий жир) возникает *окислительный стресс*.
- *Закисление и гиперпротеинемия*. Причины: неправильное питание, стресс, недостаток минеральных веществ. *Необходимо ощелачивание*.
- Длительные нервно-психические нагрузки.
- Химические воздействия (противовоспалительные средства, стероиды, консерванты и др.)

Эндобионт – активный «пожиратель белка», который особенно хорошо развивается при его избытке. Высшие патогенные стадии циклического развития эндобионта могут быть реверсированы лишь в том случае, если наряду с регуляционной САНУМ-терапией, соблюдается обеднённая белком диета, когда в первую очередь из рациона исключается животный белок!

2. Цикл развития Aspergillus niger

В целом цикл развития Aspergillus niger очень сходен с циклом Mucor racemosus и также имеет первостепенное значение для поддержания здоровья макроорганизма. Он связан с тканями, напр., соединительной тканью, костной, опорными тканями, а также почками, легкими, лимфоцитами. Этот цикл влияет на иммунную систему человека.

Бактериальная стадия цикла развития Aspergillus niger – Mycobacterium tuberculosis. Микробы цикла формируют туберкулиническую конституцию.

Наблюдается параллель с сифилитическим миазмом, особенно при дегенеративных заболеваниях нервной системы. Какие болезни ассоциируются с циклом Aspergillus niger?

Заболевания, вызываемые Aspergillus niger

Многие заболевания внутренних органов, а также лимфы, соединительной ткани, желез и полых органов (яичники, опорно-трофические ткани грудной клетки и др., легкие, почки, глаза):

- заболевания связок и мускулатуры,
- заболевания костей, остеопороз (костный мозг связан с Mucor),
- заболевания почек и надпочечников,
- нарушения гипофиза,
- кистозные изменения желез (щитовидная, грудная, придатки),
- заболевания легких (туберкулез, саркоидоз, болезнь Ходжкина и т.д.),
- лимфа (склонность к инфекциям, истощение пейеровых бляшек, лимфомы),
- общая «туберкулиническая тенденция»,
- свищи,
- кожные болезни,
- склерозирование.

Своим протеолитическим действием Aspergillus приводит к распаду структур человеческого организма. Он переживает организм-хозяин и возвращает его обратно в землю. Наблюдается круговорот, как и в случае с Mucor race-

mosus.

Обе формы надо рассматривать всегда вместе: низкие стадии развития Mucor racemosus обеспечивают дыхание, развитие клеток, духовное начало и подвижность. Aspergillus niger, как противовес Mucor racemosus, осуществляет сопутствующую структуризацию тканей и нервной системы. Оба проводят организм через циклы земных ритмов и порождают новый организм.

Таким образом, мы наблюдаем параллели с антропософской, а также китайской медициной, их ритмами и функциями. Циклы можно сопоставить с определенными функциями.

3. Цикл развития Penicillium chrysogenum.

Речь идет о цикле, который, как правило, присутствует в организме человека. Все бактерии-сапрофиты и симбионты кожи, большая часть микрофлоры ротовой полости и микрофлора кишечника связаны с ним.

Его начальные стадии развития по Эндерляйну берут начало из физиологической области цикла Mucor. В этом цикле представлены все грамм-положительные бактерии, а также диплококки, палочки Додерляйна и др. Т.к. высшая стадия развития цикла Penicillium chrysogenum в процессе обмена веществ образует пенициллиновую кислоту, ее влияние на все бактерии является очевидным. Это самый активный цикл у взрослого человека, воздействующий на реактивность организма и обмен веществ.

Заболевания, вызываемые Penicillium chrysogenum

Острые бактериальные заболевания:

- ангины, воспаление среднего уха,
- дисбактериозы (частично связаны с Penicillium roquefortii),
- абсцессы,
- лейкоцитоз, процессы, затрагивающие костный мозг,
- Остеомиелиты (вместе с Mucor),
- циститы,
- колиты,
- кожные заболевания: акне, фурункулезы, фолликулиты.

Таблица 3. Систематизация заболеваний, вызываемых эндобионтами.

Mucor racemosus	**Penicillium notatum**	**Aspergillus niger**
Все «застойные»	Все острые воспаления	Дегенеративные процессы
Вены	Нагноения /флегмоны	Бронхит, астма
Геморроидальные узлы	(абсцессы)	Пневмосклероз
Нарушения артериального кровообращения	Ангины	*Туберкулез / паратуберкулез*
Апоплексия / преходящая ишемия	Стафилококки, стрептококки	*Кистозные заболевания*
Сердце	Гонорея	Свищи
Нарушение слуха / шум в ушах	Полые органы, мочевой пузырь /	*Соединительная ткань:*
Молочная железа*	почки	Болезнь Бехтерева
Тромбоцитопения	Ревматические заболевания*	Артроз / слабость связок
Тромбоцитоз	Подагра*	Остеохондроз
Анемия	Нейродермит*	Остеопороз
Щитовидная железа	Остеомиелит	Заболевания лимфузлов
Миомы		ВИЧ
Карциномы	* вместе с Mucor или Aspergillus	*Мочеполовой тракт*
Диабет	(по конституции)	Простата /кисты
Аллергия (?)		Карцинома, саркома
Тенденция псоры	**Сифилитический миазм**	**Туберкулинническая тенденция**

4. Цикл развития Candida.

Два наиболее известных цикла развития Candida: цикл Candida parapsilosis и цикл Candida albicans. Они менее изучены и в данной работе не рассматриваются.

Они не являются первичными симбионтами млекопитающих и человека.

По опыту известно, что стадии циклического развития Candida, как и сам кандидоз человека, возникают только при выраженном нарушении эндоэкологии и особенно часто при интоксикации тяжелыми металлами. При наличии очагов хронического воспаления в ротовой полости и амальгамной интоксикации необходимо исследовать на Candida parapsilosis.

Для санации очаговых зубов (в особенности при невральной терапии) хорошо зарекомендовала себя комбинация препаратов PEFRAKEHL и ARTHROKEHLAN A. Также назначают LEPTUCIN (Propionibakterium avidum) орально.

Взаимосвязь традиционных натуропатических подходов.

Со времён С. Ганнемана актуальной является теория «миазмов» или теория хронических заболеваний человека, выделяющая 3 основных «миазма»:

- сифилитический,
- сикотический,
- псорический.

Сведение всех хронических болезней к трем «инфекциям» в какой-то мере обосновано, с одной стороны, тем, что они были известны ещё во времена С. Ганемана, а с другой – тем, что в них он видел модель развития хронических болезней.

В последующем теория пополнилась ещё одним миазмом – туберкулиническим. По мнению Allen, туберкулинический

миазм – это совокупность свойств психорического и сифилитического миазмов. Аллен называет его «безусловно, самым частым из всех болезненных состояний», которое может быть как наследственным, так и приобретенным.

Г.Лукас (2001 г.) связал типы темперамента И.П.Павлова с миазмами (табл. 3а):

- сильный уравновешенный тип соответствует «псорику» в гомеопатии,
- спокойный уравновешенный – «сикотику»,
- слабый заторможенный – «сифилитику»,
- сильный неуравновешенный (раздражительный) – представителю туберкулинического миазма.

Таблица 3а.
Миазмы и основные черты типов темперамента по И.П.Павлову.

Основные черты	Темперамент			
	сангвинический	холерический	флегматический	Меланхолический
Тип ВНД	Сильный, уравновешенный, подвижный	Сильный, не-уравновешенный	Сильный, уравновешенный, инертный	Слабый
Реактивность	Повышенная	Высокая	Незначительная	Малая
Сенситивность	Пониженная	Малая	Пониженная	Высокая, болезненная
Направленность	Экстраверт	Экстраверт	Интроверт	Интроверт
Эмоции	Выдержан, пластичен	Несдержан, вспыльчив	Невозмутим, спо-коен, терпелив	Эмотивен, обид-чив, плаксив
Мимика	Живая и выразительная, быстро говорит и громко смеется	Избыточная мимика и жестикуляция	Бедная и невыразительная, медленно говорит	Бедная и невыразительная, говорит и плачет тихо
«Миазм»	псорический	туберкулинический	сикотический	сифилитический
Гомеопатический препарат	Mucokehl, Psorinum	Nigersan, Tuberculinum	Nigersan, Mucokehl, Medorrhinum	Notakehl, Syphilinum

Слово псора происходит от греческого слова ψώρα что означает «чесотка». Используя это слово, Ганнеман имел в виду болезнь, которая характеризуется своеобразной кожной сыпью. Для Ганнемана псора - это болезненное состояние, или предрасположенность к нему, передающееся по наследству из поколения в поколение и являющаяся основой возникновения многих заболеваний. Для псоры характерны функциональные нарушения без органической патологии, возникающие как правило, вследствие дефицита ряда нутриентов (микроэлементов, витаминов и др.).

Главным проявлением сифилитического «миазма» является «катастрофичность». Καταστροφή по гречески означает гибель, разрушение. Клинически сифилис проявляется повреждением клеток и тканей, например: язвообразование, быстрое развитие метастазов и др. Слово сикоз происходит от греческого слова σύκο - [сико], что означает инжир. С.Ганнеман использовал его для обозначения сикотического миазма, т.к. больной, у которого преобладает сикоз, имеет тенденцию к выделениям, а также к различным новообразованиям (в т.ч. кожи). На соматическом уровне преобладают гиперплазия и гипертрофия. Также классическим проявлением сикоза являются: задержка жидкости в тканях, воспалительные процессы, образование кист и т.д.

Для туберкулинического миазма характерны черты псорического и сифилитического миазмов: склонность к нагноению, образование свищей, дивертикулов, рубцов, истощение организма, прогрессирующая слабость, выраженная потливость и др. Данный миазм является основой возникновения хронических болезней, известных как паратуберкулёзные заболевания. В связи с этим вакциноподобные средства (нозоды) из микобактерии туберкулёза Bacillus tuberculosis фирмы САНУМ – Latensin (Bacillus cereus), Utilin S (Mycobacterium phlei), Bovisan, Sanukehl Myc (Mycobacterium bovis) - рассматриваются как конституциональные средства, повышающие реактивность организма и инфекционную резистентность к микобактерии туберкулёза, способствующие реверсии вирулентных форм микобактерий в авирулентные.

Туберкулиническая конституция не означает туберкулёз с его характерной клинической картиной. Термины «паратуберкулез», «туберкулинический» или «туберкулезный миазм» являются синонимами туберкулинической конституции, вполне уместны и широко используются в литературе.

Теория Эндерляйна, где главенствующая роль в развитии патологии отводится трём циклами развития микроорганизмов, не противоречит методологии гомеопатии и антропософской медицины.

Низкие стадии развития Mucor racemosus способствуют развитию оплодотворённой яйцеклетки в многоклеточный организм, обеспечивая кислородом, осуществляя циркуляцию, поддерживая свертываемость крови. Они делают возможным перемещение жидкостей в организме, развивают его подвижность и позволяют расти. В китайской медицине это «Чи», а в антропософии – эфирная энергия или «сила матери Земли».

При дальнейшем беспрепятственном развитии и отсутствии структуризации появляются высокоразвитые стадии цикла, а, следовательно, и застойные явления, зашлаковывание мезенхимы, переизбыток белка, недостаточное снабжение тканей кислородом, т.е. дегенерация и, в конце концов, начинается распад клеток и тканей.

В гомеопатии здесь можно провести параллель с тенденцией псоры. Высшие стадии развития Mucor racemosus причастны к парасимпатической нервной системе.

Aspergillus niger действует в противовес Mucor и в то же время дополняет его. Он оказывает структурирующее, ограничивающее действие, обеспечивает развитие структуры, это сила «эго». Он связан с нервной системой, кожей и опорными органами.

Aspergillus niger представляет астральные силы в антропософии.

Начальные стадии циклического развития Aspergillus niger в растущем организме человека ответственны за разграничение, структуру и стабильность. Aspergillus niger тесно связан с иммунной системой, точнее, с Т-лимфоцитами. Его задача - распознавать границы и определять собственные возможности, а также ограничивать экспансию Mucor.

Aspergillus относится к симпатической нервной системе, которая участвует в сохранении целостности организма. Однако высшие стадии развития Aspergillus приводят к излишней структуризации, отвердению и ригидности. Они вызывают атеросклероз, остеопороз и все виды фиброзов. Многие дегенеративные заболевания нервной системы ассоциируются с Aspergillus, а также снижение умственных способностей в преклонном возрасте. В гомеопатии подобное относится к туберкулинической тенденции.

Между тем в этой симбионтной системе имеется еще и третий элемент - Penicillium chrysogenum (roquefortii и glabrum). Это - элемент ритмичности, жара и трансформации. Размерность в организме определяется бактериями, а также пищеварением и ферментативной трансформацией. Низкие стадии развития Penicillium связаны с гранулоцитарной защитой, пищеварительными железами, поджелудочной железой и верхним отделом кишечника.

В гомеопатии мы наблюдаем параллель с сифилитическим миазмом. Своими низкими стадиями развития Penicillium chrysogenum и Penicillium roqueforti осуществляют трансформацию, обеспечивают «опыт борьбы» и внутреннюю защиту. Так функционируют анаэробные бактерии верхнего отдела кишечника. В китайской медицине селезенка ассоциируется с переходом из одной фазы преобразования в другую. Селезенка, желудок и пищеварительные железы причисляются к фазе преобразования - «переработке». Стадии циклического развития Penicillium очень важны для этих органов и влияют на их состояние.

Начальная стадия развития цикла Penicillium glabrum ассоциируется с вирусными заболеваниями. Вирусные заболевания связаны с развитием детского «опыта» и трансформацией, и, согласно целостному подходу, поддерживают ритмику развития и гранулоцитарные функции. Поэтому врачи биологической медицины не одобряют противовирусные прививки. При вирусных заболеваниях необходимо поддерживать САНУМ-препаратами процесс «переработки» вирусов.

Высокие стадии развития Penicillium (бактерии и грибы) выполняют важную функцию: разлагают организм и возвращают его в землю. Они осуществляют лизис как в течение всего периода жизни, так и после смерти живого организма. Эндерляйн правильно подметил: «Симбионты бессмертны, они населяют нас извне от первой клетки, и возвращаются в природу в другой стадии своего развития».

Г.Эндерляйном выделены 3 конституциональные типа:

- тип Mucor,
- тип Penicillium,
- тип Aspergillus.

Тип Mucor: конгестия, застой, болезни физиологических жидкостей организма, сердечно-сосудистой системы, растройства метаболизма, эндокринные нарушения, сходство с сифилитическим миазмом.

Тип Penicillium: инфекционные процессы, воспаления бактериальной природы, изъязвления, сходство с сикотическим миазмом.

Тип Aspergillus: аллергии, болезни лимфатической системы, возрастные, хронические, дегенеративные болезни, болезни соединительной ткани, опорно-двигательного аппарата, нервной системы и почек, сходство с псорическим типом и туберкулинической конституцией, которая связана с колонизацией патогенными формами Aspergillus.

II. Основа натуропатического лечения - восстановление внутренней среды организма.

Фирма САНУМ предлагает широкий выбор препаратов для регулирующей терапии и средств, восстанавливающих внутреннюю среду организма, которые должны обязательно применяться при проведении изопатической терапии. Среди них важное значение надо придавать средствам, активирующим процессы анаболизма (табл. 5).

Аспергилус нигер

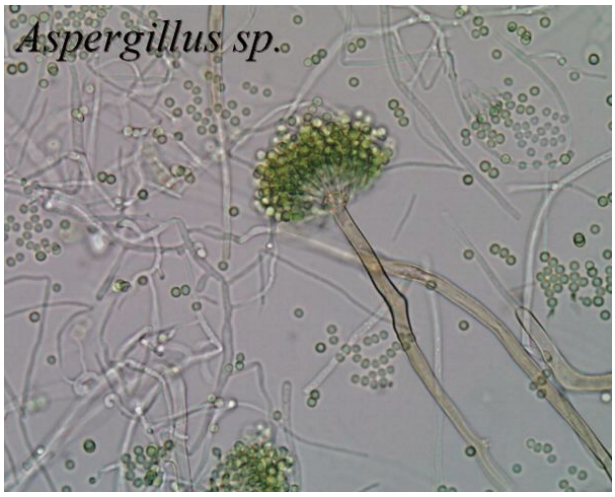


Таблица 4. Основные «силы» воздействия с точки зрения изопатии и антропософии.

Mucor racemosus
Создание, рост, формирование:
- земные силы; элемент «весна»
- эфирные силы
- тенденция псоры
- базовые силы
- парасимпатическая нервная система
- печень
- кишечник; кишечные бактерии
- анаболизм
- начальные стадии Mucor / протит; гемоглобин / железо

Патология: застой

Penicillium chrysogenum / roquefortii / glabrum
Трансформация:
- ритмика; элемент «лето»
- бактериальная система
- сифилитическая тенденция
- поджелудочная железа, тонкий кишечник, сердце
- сладкий вкус
- воздействие Penicillium

Патология: разложение

Aspergillus niger
Структуризация и отвердение:
- интеллект и структура; элемент «осень»; металл
- астральные силы
- сифилитическая тенденция
- лимфатическая система
- закисление
- симпатическая нервная система
- нервная система и опорный аппарат; легкие – толстый кишечник
- ригидность и дегенерация
- высшие стадии Aspergillus niger

Патология: обессиленность, оцепенение

Эндоэкологическая реабилитация – восстановление внутренней среды организма.

Эндоэкологическая реабилитация охватывает следующие аспекты и проводится в течение длительного периода:

1. Терапевтические блокады.

Наиболее распространенными факторами, препятствующими эффективной терапии, на сегодняшний день являются инфекционные очаги в ротовой полости и интоксикация, т.е. в основном ятрогенные факторы, а также дисбактериозы, прежде всего, кишечника и как следствие – интоксикация кишечника, а, кроме того, дисбактериозы эндобионтного характера.

Блокировка терапии выражается в пониженной регуляционной способности организма на внешние раздражители, свободные радикалы, а также в возможности подавить воспалительные процессы. Вследствие этого в организме появляются отложения токсических продуктов, возникают патологические белковые структуры, которые проф. Эндерляйн называл высшими стадиями развития эндобионта, и которые сегодня называются свободными радикалами, аутоиммунными комплексами и т.д. В связи с этим клетки организма переходят в состояние импрегнации и дегенерируют.

Наличие токсических или «блокирующих» веществ приводит к нарушениям протекания защитных реакций организма (аутоиммунный процесс) или снижению клеточного обмена, преждевременному старению или возникновению опухолей. Обмен веществ понижается, клетки дегенерируют.

По Эндерляйну, именно высшие стадии развития эндобионтов скапливаются внутри клеток и блокируют клеточные функции (изменение аппарата Гольджи, процессов клеточного «очищения» и эндоплазматической сети).

САНУМ-терапия располагает хорошими возможностями для воздействия на патологические белковые структуры и их динамику на клеточном и мезенхимном уровне.

2. Ощелачивание: ощелачивающие препараты и терапия, восстанавливающая процессы анаболизма. См. табл. 6.

Таблица 5. Средства активации анаболизма, необходимые для биотерапии хронических, психических и дегенеративных заболеваний.

Ощелачивание:

щелочные вещества: ALKALA N
минеральные вещества: магний (MAPURIT), цинк (ZINKOKEHL)

Микроэлементы:

- молибден, марганец, селен (SELENOKEHL).

Аминокислоты, полиненасыщенные жирные кислоты:

- глютамин (2-3 г в день)
- пролин, аланин (соединительная ткань, мезенхима)
- метионин (мезенхима, метаболические процессы)
- жирные кислоты омега-3, омега-6 (1:4; 4 части льняного масла, 1 часть подсолнечного масла)
- масло энотеры (EPO; по 2 капс. 3 раза в день)
- льняное масло (50 мл в день)
- лецитин (2-10 г; клеточные оболочки, печень), холин (1 г)
- таурин (600-1200 мг в день)
- карнитин (1-2 г в день)

Витамины:

- витамин Е (800 мг в день)
- витамин К (5-10 мг в день)
- витамин D
- витамины группы В (в первую очередь В6, В12)

Гормоны:

- коррекция гормонального статуса (тестостерон, прогестерон, ДГЭА) эндокринными органопрепаратами

Аспергилус нигер

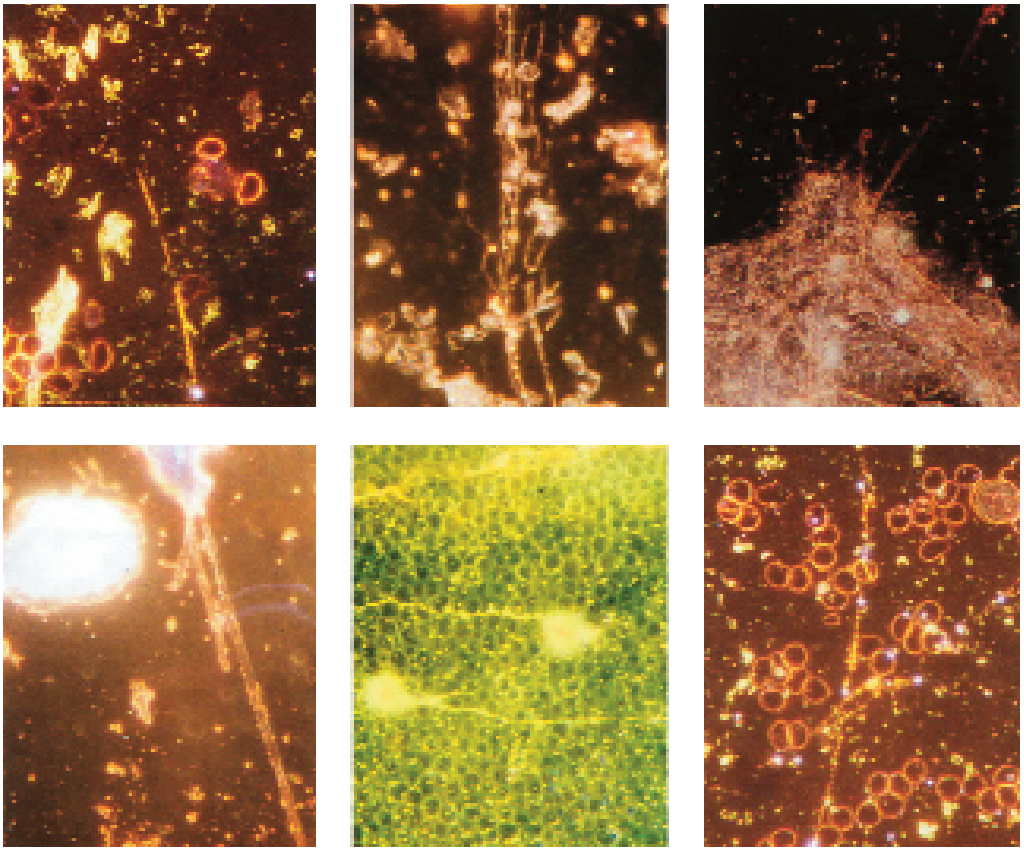


Таблица 6. Процессы анаболизма и дегенерации и средства ощелачивающей терапии.

Принцип:
- процессы анаболизма ощелачивают, омолаживают организм
- структуризация и дегенеративные процессы закисляют организм, способствуют старению
- парасимпатикотония ощелачивает, симпатикотония закисляет
- оптимальные показатели pH мочи: 6,6 – 7,0 утром, 6,8 – 7,4 вечером
- pH стула: 6,2 – 7,36
- pH крови / лимфы: 7,28 – 7,35

Диета:
- исключить мясо, молочные продукты, сахар; бедная белком пища
- ощелачивающие продукты: овощи на пару, компот, бобы, авокадо, каштаны, картофель, овсяная каша
- напитки: липовый, мятный чай, ионизированная вода
- фруктовые соки не употреблять
- обильный завтрак, маленький обед, в ужин символический прием пищи или только вода

Ощелачивающая терапия:
- терапия патологии кишечника, дыхательная гимнастика, тепловые процедуры
- искусственная гипертермия
- йога, медитация, гипноз и др.

Ощелачивающие средства:
- ALKALA N, ALKALA T
- SANUVIS
- капсулы UTILIN "S"
- все изопатические препараты благоприятствуют анаболизму
- MAPURIT
- ZINKOKEHL
- все + или ++ минеральные вещества (сокращают концентрацию H+-ионов)
- нормализация функций печени (способствует белковому метаболизму и влияет на синтез и динамику желчи): Nux vomica, Taraxacum, MUSCARSAN, витамины группы B, органопрепараты и др.

3. Соблюдение диеты, способствующей гармонизации регуляторных процессов.

Необходимо разгрузить организм, стимулировать обмен веществ и вывести токсины. Тогда улучшаются функции тканей и гормональные функции желез и, прежде всего, значительно повышаются очистительные функции печени и почек. Иммунная система восстанавливается, механизм исцеления начинает функционировать. Множество хронических заболеваний обусловлено длительным неправильным питанием, особенно при употреблении белковой и закисляющей организм пищи.

В таблице 7 приведена диета, помогающая восстановить реакционную способность организма, которая является предпосылкой любого эффективного лечения. Все свежие, растительные продукты, овощи, фрукты, каштаны, картофель, кукуруза, бобовые разрешены для употребления и необходимы организму, включая растительные масла холодного отжима.

4. Восстановление кишечной микрофлоры САНУМ-препаратами.

См.кн. К.Вертманна. 4 этапа САНУМ-терапии.

III. Комбинированное применение САНУМ-препаратов.

Фирма САНУМ производит различные группы препаратов и предлагает их широкий ассортимент. Разработана логическая система применения препаратов, которые используются на разных этапах регулирующей терапии. Эти препараты воздействуют на основу регуляторных процессов на уровне мезенхимы и стимулируют гуморальный и клеточный иммунитет. В таблице 8 перечислены группы САНУМ-препаратов.

Таблица 7. Диета, улучшающая обмен веществ и ощелачивающая организм.

- **Крупы:** пшено, ячмень, овес, полба; употребление хлеба и пшеничной продукции сократить.
- **Снизить употребление мяса** (максимально 1 раз в неделю), лучше иногда употреблять птицу или рыбу.
- **Свинину и колбасные изделия не употреблять** (мясо содержит аминокислоты и насыщенные жиры, закисляет организм, сгущает жидкие среды организма; свинина содержит много серы и связывает токсины в тканях).
- **Молоко, молочные продукты, сыры, йогурт, творог не употреблять** (молочный белок сгущает лимфу, охлаждает организм, способствует образованию слизи и перегружает иммунную систему).
- **Сахар и продукты, содержащие сахар не употреблять** (сахар слишком сильно закисляет организм, перегружает обмен веществ, что, прежде всего, относится к яичным кремам и мороженому). В качестве сладкого можно употреблять небольшое количество меда, грущ, кленового сиропа, неочищенного тростникового сахара.
- **Куриные яйца и продукты, содержащие куриные яйца не употреблять** (куриные яйца – второй по аллергенности продукт питания, который необходимо исключить из рациона на период от нескольких недель до нескольких месяцев, позднее употреблять яйца, сваренные в течение 3 мин.).
- **Ограничено употреблять апельсины, кивн, мандарины** (цитрусовые часто алергенны и закисляют организм).
- **Вечером не есть фруктов** (вечером фрукты начинают бродить, образуют спирты, перегружают печень).
- **Не пить фруктовые соки**. Разрешается немного грейпфрутового сока или полгрейпфрута на завтрак.
- **Пить большое количество жидкости, обеднённую минералами воду.** Большое количество воды стимулирует обмен веществ и процессы детоксикации. 3 л в день. Пить между приемами пищи, а не во время еды!
- **Не употреблять алкоголь** (алкоголь перегружает печень и снижет ее очистительные функции).

Группы САНУМ-препаратов:

Ортомолекулярные препараты (микроэлементы, полиненасыщенные кислоты, витамины, фитотерапевтические средства) улучшают клеточный обмен веществ, изменяют потенциал клеточных мембран и реакционную способность клеток.

Препараты: MAPURIT, SELENOKEHL, LIPISCOR.

Особый интерес представляют гомеопатизированные микроэлементы, действующие как клеточные катализаторы: ZINKOKEHL, SELENOKEHL.

Фитопрепараты. Фирма САНУМ производит препараты из растительных экстрактов, которые благодаря своему активирующему действию на клетки или дубящему эффекту оказывают влияние на редокс-потенциал (LEPTOSPERMUSAN) или кишечную микрофлору и процессы и пищеварения: OKOUBASAN, USNEABASAN, SILVAYSAN. Препараты RELIVORA KOMPLEX и EPISCORIT активируют иммунитет. Препарат особой практической ценности GINKGOBAKEHL – экстракт листьев гинкго билоба, обладающий выраженным сосудистым действием, ревитализирующий сосуды и сердце.

Органические кислоты (гомаккорды). Высшие формы циклического развития симбионтов, и особенно грибы, синтезируют органические кислоты, с помощью которых стабилизируют собственную среду обитания. Если эти органические кислоты «нейтрализовать», то для высшей стадии циклического развития микробов среда окажется дискомфортной. С этой целью производятся гомеопатические препараты органических кислот в виде комплекса потенций - гомаккордов: препараты правовращающей молочной (SANUVIS) и лимонной кислот (CITROKEHL). Препарат муравьиной кислоты FORMASAN оказывает неспецифическое действие на все стадии цикла Penicillium, а также является общим раздражителем.

Регуляторы кислотно-щелочного баланса изменяют проницаемость мезенхимы и способность транспортировать вещества и, тем самым, улучшают регуляторные возможности организма. Ощелачивающая диета, обеднённая животным белком, усиливает действие этих препаратов. Последние исследования показывают, что в щелочной среде интерстициальная жидкость, благодаря молекулам полисахаридов, значительно более транспортабельна, как для обмена веществ, так и для энергетического обмена. Основным препаратом для мезенхимы и лимфы является ALKALA, ощелачивающее действие на клетки оказывают MAPURIT, SANUVIS и ZINKOKEHL (табл. 5).

Изопатические препараты – грибковые гомеопатические вакцины (миконозоды) - фундаментальные лекарственные средства, влияющие на плеоморфные процессы. Они способны реверсировать патологические высокомолекулярные белковые структуры («высокие стадии развития эндобионта») обратно в физиологические, непатогенные бактериальные формы или другие низкие формы циклического развития микроорганизмов. Одновременно они препятствуют трансформации этих форм

Таблица 8. Классификация САНУМ-препаратов.

Изопатические препараты (гомеопатические грибковые вакцины или миконозоды):

- уменьшают патогенность бактерий
- трансформируют стадии микроорганизмов в более низкие стадии циклического развития
- очень эффективны при заболеваниях любого характера: острых, хронических вирусных, бактериальных, грибковых

Препараты циклов: Penicillium, Aspergillus, Mucor, Candida

Препараты для нормализации эндоэкологии:

Ощелачивающие: ALKALA N, ALKALA T, SANUVIS и др.

Органические кислоты:

Препараты обмена веществ: SANUVIS, CITROKEHL, FORMASAN

Ортомолекулярные препараты:

- изменяют внутреннюю среду организма и способствуют трансформации эндобионтов – реверсии в апатогенные формы
- способствуют процессам детоксикации и устранению блокировок регуляционной терапии
- изменяют потенциалы клеточных мембран, внутриклеточные показатели pH

Препараты: LIPISCOR (жирные кислоты омега-3), MAPURIT, метионин и др.

Органопрепараты (экстракты клеточных пептидов):

- REBAS и THYMOKEHL - стимулируют лимфоциты, иммунную систему
- Chrysocor - общерегулирующее действие, особенно на эндокринную систему

Фитопрепараты:

- OKOUBASAN - воздействует на верхний отдел кишечника
- LEPTOSPERMUSAN (антипаразитарное средство) - также используется в терапии рака

Гомеопатические бактериальные вакцины:

- препараты непатогенных бактерий, целенаправленно стимулирующие лимфоциты против циклически развивающихся бактерий, обладают общим стимулирующим действием

Гаптены:

- полисахариды; маркируют антигены бактерий без клеточных стенок, восстанавливают иммунологическое распознавание этих форм бактерий

в различные микроорганизмы типа (вирусов, бактерий или грибов). Поэтому изопатические препараты эффективны в отношении патологической кишечной микрофлоры и способны ее нормализовать. Диета, щадящая кишечную микрофлору, без молочных продуктов и сахара, с небольшим количеством куриных яиц и мяса (см. табл. 7) – хорошая поддержка изопатической вакцинотерапии.

Иммунобиологические препараты – бактериальные гомеопатические вакцины (бактериальные нозоды), действуя как бактериальные раздражители, стимулируют макрофаги, а также лимфоциты (в первую очередь Т-лимфоциты). Иммунобиологические препараты САНУМ активируют абсорбцию и стимулируют иммунную систему против патологических белков.

В процессе циклического развития симбионты преобразуются и в бактериальные формы. Эти бактерии подробно описаны в книге Эндерляйна «Циклическое развитие бактерий» (Die Bakterien-Cyclogenie. Hoya: Semmelweis-Verlag). Такие бактерии частично не патогенны, но в цикле развития располагаются рядом с патогенными формами. Приготовленные из них вакцины -препараты лизатов культур непатогенных бактерий - приводят к активации макрофагов или Т-лимфоцитов против патогенных бактерий. Этот феномен известен на примере непатогенного стрептококка слизистой оболочки рта и гемолитического стрептококка ангины - RECARCIN активирует иммунную защиту против обоих микробов.

Иммунобиологические препараты стимулируют Т-лимфоциты, как, например, при вирусных заболеваниях «туберкулинические» препараты Propionibacterium avidum, Mycobacterium phlei, стимулируют функциональную активность макрофагов (гранулоцитов), что важно в лечении хронических дисбактериозов, когда имеется колонизация бактерий в криптах кишечника. В мёртвых зубах, гранулёмах высока колонизация бактерий Siphonospora, на которые действуют приготовленные из них гомологичные

Гаптены (препараты группы SANUKEHL)



Таблица. 9. Систематика изопатических и иммунобиологических препаратов САНУМ.

Изопатические препараты - грибковые гомеопатические вакцины
(регуляторы циклического развития микроорганизмов)

Гомеопатические вакцины из грибов цикла Penicillium:

- NOTAKEHL (P. chrysogenum)
- FORTAKEHL (P. roquefortii)
- QUENTAKEHL (P. glabrum)

Гомеопатические вакцины из грибов цикла Candida:

- PEFRAKEHL (Candida parapsilosis)
- ALBICANSAN (Candida albicans)
- EXMYKEHL (комбинированный препарат из ALBICANSAN, FORTAKEHL, PEFRAKEHL)

Другие грибковые гомеопатические вакцины:

- MUCOKEHL (Mucor racemosus)
- NIGERSAN (Aspergillus niger)
- SANKOMBI (комбинированный препарат из MUCOKEHL и NIGERSAN, 1:1)
- RUBERKEHL (Aspergillus ruber)
- SANORIZAE (Aspergillus orizae)
- MUCEDOKEHL (Mucor mucedo)
- LARIFIKEHL (Laricifomes officinalis e mycelio)
- PINIKEHL (Fomitopsis pinicola e mycelio)

Иммунобиологические препараты - бактериальные гомеопатические вакцины

- UTILIN (Bacillus subtilis)
- RECARCIN (Bacillus firmus)
- LATENSIN (Bacillus cereus, туберкулинический)
- UTILIN "S" (Mycobact. phlei, туберкулинический)
- BOVISAN (Mycobact. bovis, сильный туберкулинический)
- LEPTUCIN (Propionibacterium avidum)
- ARTHROKEHLAN A, U (Siphonospora polymorpha)

вакцины ARTHROKEHLAN A и ARTHROKEHLAN U. Наиболее часто при зубной патологии востребован ARTHROKEHLAN A.

Гаптены (препараты группы SANUKEHL) состоят из экстрагированных полисахаридов клеточной стенки микробов.

Ряд бактерий не гибнет при антибиотикотерапии, а изменяется, теряя клеточную стенку, трансформируется в т.н. «депо-формы» или CWD-формы, т.е. без клеточной стенки (см. Mattmann L. Cell wall deficient bacteria). Такие бактерии являются причиной ряда заболеваний, но вследствие потери клеточных стенок обладают слабой антигенностью. Не только антибиотики, но также и консерванты, контакт с растворителями, дефицит полиненасыщенных жирных кислот и фосфолипидов могут их маскировать.

Считается, что наиболее вероятной причиной таких заболеваний, как синдром Рейтера, болезнь Бехтерева, полиартрит, атипичная пневмония, фибромиалгия, саркоидоз и др. являются CWD-формы бактерий (т.е. без клеточных стенок). Все больше появляется сообщений о том, что CWD-формы бактерий вызывают развитие злокачественных опухолей, в частности Serratia marcescens (или Enterococcinum), из которых изготовляется гаптеновый препарат Sanukehl Serra.

В результате применения гаптенов восстанавливается антигенность гомологичных бактерий и гранулоциты становятся способными захватить и «переварить» их с помощью выделяемых ферментов.

Фирма САНУМ производит серию гаптенных препаратов из клеточных оболочек бактерий. Это препараты с частичными антигенами - гаптенами, которые взаимодействуя с бактериями без клеточных стенок восстанавливают функцию их антигенного распознавания иммунной системой.

Гаптены применяют при хронических и «неясных» заболеваниях по принципу подобия, а также при заболеваниях, одной из причин которых являются резистентные к антибиотикам бактерии. Гаптены применяются длительными курсами (2-3 и более месяцев).

Комбинации САНУМ-препаратов

Для каждого изопатического препарата (грибковой вакцины) разработан иммунобиологический препарат (бактериальная вакцина), препарат органических кислот и гаптеновый препарат (табл. 11). Применение комбинации этих препаратов базируется на теории циклического развития микроорганизмов Эндерляйна (см. рис. 1).

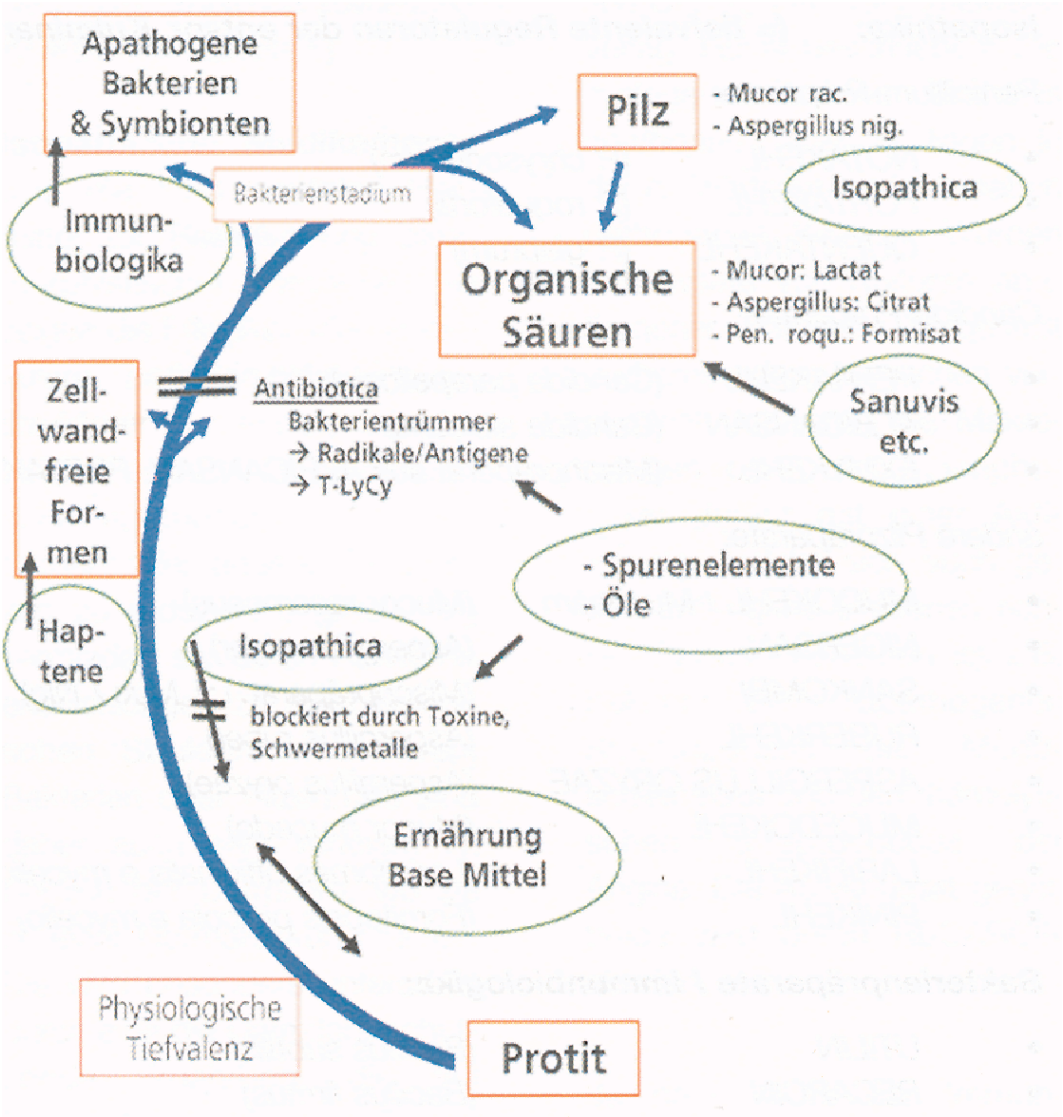


Рис. 1. Циклическое развитие микроорганизмов по Эндерляйну и точки приложения САНУМ-препаратов.

Apathogene Bakterien & Symbionten – непатогенные бактерии и симбионты
Immunbiologika – иммунобиологические препараты
Bakterienstadium – бактериальная стадия
Pilz - гриб
Isopathica – изопатические препараты
Organische Säuren – органические кислоты
Zellwandfreie Formen – формы без клеточных стенок
Antibiotica - антибиотики
Bakterientrümmer – продукты бактериального распада
Radikale /Antigene – радикалы / антигены
Haptene - гаптены
Isopathica – изопатические препараты
blockiert durch Toxine, Schwermetalle – блокированы токсинами, тяжелыми металлами
Spurenelemente - микроэлементы
Öle - масла
Ernährung - питание
Base Mittel – ощелачивающие средства
Physiologische Tiefvalenz – физиологичная низкая стадия
Protit - протит

Особенности применения САНУМ-препаратов.

1. Изопатические препараты – гомеопатические грибковые вакцины.

Изопатические препараты – основа САНУМ-вакцинотерапии. Препараты подбираются в зависимости от конституции пациента, а также в зависимости от того, с каким циклом развития микроорганизмов ассоциируется заболевание (табл. 3). Выбор таких препаратов может осуществляться но только я методом темнополевой микроскопии, но и при помощи электропунктурной диагностики, кинезиологического тестирования, особенно при выраженном прогрессирующем развитии симбионтов.

Изопатические препараты усиливают свои эффекты при одновременной коррекции эндоэкологии организма. Необходимо учитывать, что для реверсии микроба в апатогенную стадию требуется другая окружающая его среда. По этой причине необходимо проведение дополнительной ощелачивающей терапии, ортомолекулярная поддержка (MAPURIT, ALKALA, при неврологических и др. заболеваниях высокие дозы полиненасыщенных жирных кислот – LIPISCOR), системная энзимотерапия (Protease).

Если не выполняются мероприятия по нормализации среды, то успеха в излечении заболевания ожидать не приходиться, потому что произошедшая реверсия в результате действия изопатического препарата будет неустойчивой и микробы снова начнут трансформироваться в патогенные формы!

Поэтому, наряду с препаратом ALKALA, назначается ощелачивающая, бедная животным белком диета.

При хронических заболеваниях необходимо восстановление кишечной микрофлоры (см. табл. 1), т.к. основное депо непатогенных бактерий и симбиотических низких стадий находится в кишечнике. Восстановление кишечной микрофлоры рекомендуется проводить в начале биотерапии и далее каждые 3-6 мес., лучше с использованием заместительной и восстановительной энзимотерапии Digest.

Пациентам со склонностью к инфекциям или с хроническими бактериальными заболеваниями изопатическая терапия проводится постоянно и длительно (в течение 6-12 мес.). Таким пациентам рекомендуется начинать изопатическую терапию с приема NOTAKEHL D5 (по 1 таблетке 3-6 раз в день в течение 3 недель), и только после этого проводить терапию по восстановлению кишечной микрофлоры или назначать другие препараты в соответствии с конституцией.

2. Иммунобиологические препараты - гомеопатические бактериальные вакцины.

Гомеопатические бактериальные вакцины активируют совсем другой уровень иммунной системы. В любом цикле развития присутствуют бактериальные стадии. Среди этих бактериальных стадий имеются и непатогенные бактерии. По Эндерляйну, эти бактерии имеют сходные антигенные структуры с расположенными в этом же цикле патогенными бактериями. Лиофилизированные непатогенные бактерии, из которых приготовлены иммунобиологические препараты САНУМ, активируют иммунокомпетентные клетки организма. Препараты UTILIN и RECARCIN, а также ARTHROKEHLAN активируют, прежде всего, гранулоциты. «Туберкулинические» иммунобиологические препараты LATENSIN, UTILIN “S”, BOVISAN активируют лейкоциты. LEPTUCIN активирует, по всей видимости, как гранулоциты, так и лейкоциты. Изучение in vitro показало, что UTILIN “S” активирует лимфоциты сильнее, чем известные органопрепараты тимуса и фитопрепараты омелы белой Helixor.

Если одной из причин заболевания считаются бактерии, необходимо проводить дополнительную терапию иммунобиологическими препаратами, являющимися бактериальными вакцинами. Стимулированные таким образом лимфоциты или гранулоциты более целенаправленно «атакуют» бактерии, сходные по своей антигенной структуре с бактериальной вакциной.

Иммунная стимуляция препаратами RECARCIN и UTILIN реализуется через ферментативные функции стимулированных гранулоцитов. Активированные макрофаги (полиморфноядерные лейкоциты) реализуют свою функциональную активность благодаря выделяемым протеолитическим ферментам, которые «переваривают» микробные токсины и сами бактерии.

На основе этого механизма действия оба препарата RECARCIN и UTILIN всегда применяются при терапии злокачественных опухолей и хронических воспалительных заболеваний. Обычная дозировка составляет по 1 капсуле D6 в неделю, которую принимают поздно вечером или рано утром. Препараты должны приниматься в разные дни. Детям рекомендуются RECARCIN D6 и UTILIN D6, которые втирают в локтевой сгиб по 1 капле в день. Основными показаниями для применения являются аллергия и склонность к инфекциям. Препараты должны приниматься в течение нескольких месяцев!

3. Препараты органических кислот – катализаторов цикла Кребса (SANUVIS, CITROKEHL, FORMASAN)

Речь идет о продуктах обмена веществ, которые производятся в гомеопатических разведениях D4, D6, D10, D12, D30, D200, как гомаккорды.

Высокие стадии развития микроорганизмов разных циклов синтезируют органические кислоты, которые формируют среду, необходимую для их существования. Препараты SANUVIS (молочная кислота), CITROKEHL (лимонная кислота), FORMASAN (муравьиная кислота) применяются на основе изопатического принципа идентичности.

Препараты органических кислот являются мощными синергистами изопатических средств – грибковых гомеопатических САНУМ-вакцин. Для реверсии патогенных микробов цикла Mucor racemosus необходимо назначение SANUVIS, цикла Aspergillus niger – CITROKEHL, циклов Penicillium chrysogenum (notatum) и glabrum – FORMASAN.

4. Гаптены

Возникновение бактерий без клеточных стенок происходит при блокировке pH-стабильной среды часто при воздействии антибиотиков или токсинов. На микробные формы без клеточных стенок, по всей видимости, не оказывают влияние изопатические препараты (грибковые вакцины) в отличие от гаптенов. Гаптены выступают для бактерий без клеточных стенок своего рода маркерами, т.к. формируют у них антигенность, что даёт возможность распознавания их макрофагами и/или моноцитами/лимфоцитами.

С гаптенами применяются определенные изопатические и иммунобиологические препараты (табл. 11). Выбор гаптена зависит от сходства клинической картины с известным бактериальным заболеванием.

Таблица 10. Основные показания к применению иммунобиологических препаратов – бактериальных гомеопатичских САНУМ-вакцин.

UTILIN (Bacillus subtilis)

- склонность к инфекциям,
- злокачественные опухоли любого типа,
- аллергия, астма (к началу терапии 1-2 мес., позднее UTILIN "S"),
- хронические воспалительные заболевания (начинать с низкой дозировки),
- длительная терапия сердечно-сосудистых заболеваний,
- все заболевания, связанные с циклом развития Mucor racemosus.

RECARCIN (Bacillus firmus)

- дисбактериоз,
- заболевания органов верхнего отдела пищеварительной системы (панкреатит, гепатит, холецистит),
- инфекции желудка и тонкого кишечника, паразиты, геликобактерии, боррелии,
- опухоли полых органов,
- склонность к инфекциям,
- все заболевания, связанные с циклом развития Penicillium.

ARTHROKEHLAN A, U (Propionibact. acnes, Corynebact. sp.)

- заболевания зубов и прикорневые процессы,
- болезни, связанные с очаговыми зубами (невралгия, заболевания суставов),
- хронические кожные заболевания, фолликулит,
- хронические заболевания десен.

LATENSIN (Bacillus cereus) - *туберкулинический*

- мягкий иммунностимулятор (прежде всего, при парентеральном применении),
- остеопороз, фибромиалгия,
- неспецифический раздражитель при хронических «туберкулинических» заболеваниях,
- в начале терапии перед применением UTILIN "S" или LEPTUCIN,
- дегенеративные заболевания суставов,
- хронические заболевания почек, нейродермит.

UTILIN "S" (Mycobacterium phlei) - *туберкулинический*
непатогенная для человека микобактерия черепахи

- сильная стимуляция лейкоцитов, иммунная стимуляция,
- все заболевания «туберкулинической» конституции, даже если не выявлены микобактерии,
- паратуберкулез типа фиброза легких, саркоидоза, аллергии, астмы,
- кисты, свищи,
- хронические заболевания почек,
- кожные заболевания, напр., нейродермит (малые дозировки!),
- хронические вирусные инфекции (но не ВИЧ).

BOVISAN еще более сильный туберкулинический препарат (те же показания, что и для UTILIN "S")

LEPTUCIN

- наиболее сильный иммунностимулятор (только по 1 капсуле в неделю),
- головные боли,
- заболевания центральной нервной системы,
- синдром хронической усталости,
- заболевания, вызываемые грибами цикла Candida (PEFRAKEHL, ALBICANSAN).

Так, редко встречающийся сегодня бруцеллез (болезнь пастухов) вызывает патологию дисков (дисцит), боли в позвоночнике и мягких тканях, приливы жара и воспалительные процессы, а также отеки суставов. В этих случаях показан SANUKEHL Brucel - на основании сходства клинических проявлений с полиартритом.

Стрептококки вызывают ревматическую лихорадку, миокардит и нефрит. Сегодня эти бактериальные заболевания встречаются редко в отличие от похожих заболеваний - «аутоимунных» феноменов или заболеваний, при которых не выявляются бактериальные возбудители. Для лечения этих заболеваний используют гаптен SANUKEHL Strep.

При дивертикулите применяется SANUKEHL Coli, при хроническом цистите - SANUKEHL Coli и SANUKEHL Pseu, при карциномах - SANUKEHL Serra, при карциноме толстой кишки - SANUKEHL Coli, при карциноме легкого (туберкулиническое заболевание) - SANUKEHL Myc.

Гаптены необходимо принимать одновременно с изопатическими и иммунобиологическими препаратами (дозировка: до 10 капель 2 раза в день втирать и/или орально).

Гаптенные препараты эффективно используются с омелотерапией.

Дополнения:

1. После Utilin S назначается Bovisan.
2. Для восстановления кишечной флоры:

Fortakehl в течение 3-4-х недель, а спустя 1 неделю его приёма следует добавить:

- Pefrakehl (в течение 3-4-х недель),
- Sankombi (в течение 3-6 месяцев).

Литература.

1. Rau T. Zum Verständnis des Pleomorphismus, der Milieutherapie und der SANUM-Therapie. // SANUM-Post. 2004. 69. 2-10; 2005. 70. 2-12.

2. Rau T. Biological Medicine – The Future of Natural Healing. Teufen: Kunz-Druck. 2003. 327 S.

Таблица 11. Рекомендуемые комбинации САНУМ-препаратов с учётом синергизма их эффектов.

Гомеопатические грибковые вакцины (изопатические средства)	**Органические кислоты (субстраты цикла Кребса)**	**Гомеопатические бактериальные вакцины (иммунные средства)**	**Гаптены грибов и бактерий (Санукель-препараты)**
Notakehl (Penicillium notatum или chrysogenum) - **сикотический (медорриноческий) тип**	Formasan	Utilin	Sanukehl Staph, Sanukehl Strep
Fortakehl (Penicillium roquefortii)	Formasan	Recarcin	Sanukehl Prot, Sanukehl Brucel, Sanukehl Strep
Quentakehl (Penicillium glabrum)	Formasan	Utilin, Leptucin	Sanukehl Staph, Sanukehl Strep
Mucokehl (Mucor racemosus) - **псорический тип**	Sanuvis	Utilin, Recarcin	Sanukehl Coli, Sanukehl Brucel, Sanukehl Serra
Mucedokehl (Mucor mucedo)	Sanuvis	Recarcin, Utilin, Leptucin	Sanukehl Coli, Sanukehl Salm
Nigersan (Aspergillus niger) - **туберкулинический тип**	Citrokehl	Utilin S, Latensin	Sanukehl Myc
Pefrakehl (Candida parapsilosis)	Sanuvis	Arthrokehlan A, Arthrokehlan U, Leptucin	Sanukehl Cand, Sanukehl Trich
Albicansan (Candida albicans)	Sanuvis	Arthrokehlan A, Arthrokehlan U, Leptucin, Recarcin	Sanukehl Cand



Геллеборус нигер

Гомеопатический патогенез морозника чёрного Helleborus niger aquos.

Ролик И.С., Гущин А.Ю., Толкачёв И.Б., Аркадьева Е.А.

Кафедра гомеопатии РУДН.

Ботанико-морфологическая характеристика.

Растение известно под названиями морозник, чемерица черная. Семейство лютиковые – Ranunculaceae.

Морозник - это растение, которое цветет в "неположенное время", зимой, плодоносит ранним летом и переживает зиму с зеленой оболочкой плода и зелеными листочками околоцветника. Если снежный покров не слишком плотный, а мороз не сильный, геллеборус зацветает уже в январе. Поэтому в Европе его называют снежной розой.

Академик П.С.Паллас, изучая флору России в конце XVIII века, был удивлен выносливости этого растения: цвело оно ранней весной, еще при заморозках. Отсюда и происходит его название «морозник» (4).

О ядовитых свойствах этого растения было известно еще в 600 г. до н.э. Во время войны древних греков с сиргарийцами при осаде г.Цирру командующий греками Солон расположился на берегу реки Плейстус, протекающей через этот город. Осада очень затянулась и противник за счет колодцев имел постоянно воду, несмотря на то, что греки перегородили реку плотиной. Тогда Солон дал команду собрать корни морозника и большое количество их бросил в водохранилище. Затем вскрыл плотину и ядовитый поток направил по прежнему руслу. Ничего не подозревавшие сиргарийцы стали пить эту воду. Массовое их отравление позволило без боя взять этот город. Позже ряд известных ученых (Платон, Демосфен и др.) выявили, что морозник в малых дозах является лекарством от многих заболеваний (2).

Морозник черный (рис. 1) - многолетнее травянистое растение с ветвистым корневищем бурого цвета, от которого отходят длинные (до 30 см), тонкие (2-3 мм) придаточные корни черно-бурого цвета. Листья прикорневые, кожистые, пальчато-раздельные на 7-9 долей, листовые доли продолговато-ланцетовидные, острые, к верхушке пильчатые. Цветоносный стебель голый, круглый, длиной до 30 см и несет 2-3 яйцевидных, цельных прицветника и 1-3 цветка. Цветки крупные (до 9 см в поперечнике), многолепестковые. Чашелистники с внутренней стороны белые, снаружи розоватые, к основанию зеленоватые. Лепестков до 20, зеленовато-желтые, маленькие, трубчатые, на коротких ножках. Плод - многосемянка, сухой, кожистый, состоит из нескольких листовок, растрескивающихся по шву.

Цветет с декабря по конец марта. После цветения белые лепестки зеленеют и долго остаются на растении пока не созреет семя. Плоды созревают в апреле-июле. Приземные основные листья кожистые и сохраняются в течение всего года, более того они могут держаться на растении в течении 2-3 лет. Листок простирается до земли, до корневища. Черно-коричневое корневище имеет многочисленные черноватые корешки. Корневище всегда остается мягким и эластичным, никогда не деревенеет. Сырье (корневище с корнями) собирают в феврале. Корневище после сушки имеет острый запах и жгучий, слегка горьковатый вкус.

Растение сильно ядовито. Хорошо развивается на влажной почве.



Рис. 1. Морозник чёрный.

Ядовитыми свойствами обладают гликозиды геллеборин и геллебореин. Последний по действию похож на гликозиды наперстянки.

Корень морозника черного и гликозид геллебореин применялись на Руси в малых дозах как слабительное средство, большие дозы могут вызвать отравление.

Признаки отравления: тошнота, слюнотечение, пощипывание во рту и гортани, тяжесть в голове, головокружение, шум в ушах, сердцебиение, замедление пульса, расширение зрачков, боли в животе, понос. На следующем этапе отравления наступает возбужденное состояние, судороги, бред, коллапс и смерть. Лечат это отравление по типу отравления сердечными ядами - также как от травы горицвета, наперстянки.

В традиционной медицине использовалось с 1867 года. В «Многоцелебном русском лечебном травнике или описании всех целебных трав без помощи доктора и аптеки» указывалось, что корень морозника черного принимали при проказе в дозе 8,5-13 г с 240 мл воды (настой). Применяли его по 1 чайной ложке в теплом виде 2 раза в день.

Также упоминалось, что при лечении водянки принимали наливку из морозника черного в дозе 9-13 г корня с 240 мл воды. На прием давали 1 чайную ложку наливки, разведенной в теплой воде 2 раза в день.

При эпилепсии принимали настой морозника чёрного из 8,5-13 г корня с 240 г воды на 1 чайной ложке в теплом виде 2 раза в день.

Корни морозника успешно использовали и при чесотке. Для этого брали их 8,5-13 г и настаивали в 240 мл воды и пили по 1 чайной ложке в теплом виде 2 раза в день.

Из отечественных видов морозников медицинское значение имеют морозник кавказский (Helleborus caucasicus A.Br.) и морозник краснеющий (Helleborus pupurpurascens Waldst. et Kit.).

Морозник кавказский - многолетнее, вечнозеленое травянистое растение 25-50 см высотой. Корневище короткое, горизонтальное, с многочисленными длинными темно-бурыми корнями, стебли одиночные, малолиственные, в верхней части ветвящиеся. Прикорневые листья одиночные, длинночерешковые. Пластинка листа в очертании округло-почковидная 10-25 (40) см в диаметре, кожистая. Стеблевые листья в числе 1-2, сидячие, значительно меньше прикорневых. Цветки в числе 1-3 на верхушке стебля, 5-6 (8) см в диаметре, лепестки различно окрашенные: от бело-зеленого до зеленовато-бурого цвета. Плод при созревании - кожистая листовка. Семена продолговатые с небольшим носиком, черного цвета, 4-5 мм длины. Цветет в декабре - апреле.

Растет в дубовых, буковых и пихтово-еловых лесах, на солнечных склонах в юго-западных районах Краснодарского края, реже встречается и в более восточных районах Северного Кавказа.

Используются корневища с корнями, содержащие сердечный гликозид корельборин П, применяемый как сердечно-сосудистое средство при нарушениях кровообращения II и III степени, в основном, при сердечно¬сосудистой недостаточности. По скорости своего действия он близок к строфантину, а по длительности действия (кумулятивные свойства) - к наперстянке. Корельборин П по своей активности близок к корельборину К. Он усиливает систолу, скорость кровотока (1, 5, 6).

В корнях и листьях морозника кавказского содержатся стероидные сапонины. При гидролизе сапонинов из листьев получен смилагенин. Раньше отечественная медицинская промышленность выпускала таблетки и растворы корельборина К и корельборина П в ампулах (7).

Морозник краснеющий (зимовник краснеющий, морозник красноватый) - зимнезеленый, травянистый, корневищный многолетник, высотой 20-30 см. Корневища горизонтальные, толстые (до 10 см в диаметре), узловатые, почти черного цвета, внутри белые, длиной 50-60 см.

Стебли многочисленные (5-7 и более), высотой 15-60 см, безлистные. Прикорневые листья многочисленные (до 30), длинночерешковые, длиной 25-35 см. Пластинка листа округлая, 35-40 см в диаметре, почти кожистая, блестящая. Цветки - 2-3 на верхушках стеблей. Лепестки желто-зеленые. Плоды - листовки, длиной 15-20 мм. Семена многочисленные, черные, длиной 4-5 мм.

Цветет в марте-апреле до начала отрастания новых листьев, плоды созревают в мае - июне. Корневища с корнями заготавливают в июне-августе.

Чаще всего встречается в разреженных лесах, на лесных опушках и полянах, на каменистых склонах на Западе Украины, в Закарпатской области. На Карпатах растет по верхней границе буковых лесов на высоте 1000-1400 м над уровнем моря.

Корни и корневища содержат 0,1-0,2% гликозида корельборина П.

Из всех видов растения наиболее широко в гомеопатии используется морозник чёрный (Helleborus niger L.), реже - морозник зеленый (Helleborus viridis L.). В России сырье морозников зеленого и чёрного труднодоступно, т.к. произрастают они в Западной Европе.

Наряду с известными гликозидами корельборином и геллеборином, к настоящему времени установлено и описано фармакологическое действие ряда других фармакологически активных веществ морозника чёрного (табл. 1) (8).

Таблица 1. Фармакологически активные вещества морозника чёрного.

Активные вещества	**Фармакологический эффект**
β-экдисон (близкий по структуре к буфадиенолидам, андрогенам, ситостерону)	- цитотоксический на лейкозные клетки Molt-4, - индукция апоптоза в лимфоидных клетках, - стимуляция дифференцировки нервных и глиальных клеток, - антиэпилептический, купирующий страх
Макрантозид I (стероидсапонин)	сильный диуретический, противоотечный, противовоспалительный, откашливающий, стимулирующий менорею (эменагогальный)
Протоанемонин	цитотоксический (ингибирование митоза) антибактериальный, фунгицидный
Флавоноиды	разнообразные эффекты
Общий экстракт	иммуномодулирующий (пролиферация лимфоцитов, супрессия Th1-ассоциированных цитокинов) → противовоспалительный +антиревматический

Лекарственный патогенез.

Исходным сырьём для приготовления гомеопатических препаратов из морозника чёрного являются цветки, которые собирают зимой, а также листья, корневище и корни (летний сбор). Цветки экстрагируют водой и получают "зимний" сок. Подобным же образом получают экстракт из листьев, корневища и корней - "летний сок". Полученные соки смешиваются по специальной технологии (фирма HELIXOR, Германия). Смесь представляет собой водную матричную настойку Helleborus niger aquos для последующего приготовления потенцированных растворов.

Для гомеопатического препарата морозника чёрного характерны следующие особенности лекарственного патогенеза (3).

Притупление и замедление всех умственных процессов и сенсорных реакций с молчаливой меланхолией, особенно у пожилых людей.

Последствия: родовых травм, гидроцефалии, менингита.

У женщин – отсутствие менструаций.

Психическая сфера: отмечается: молчаливость, апатия, нерешительность, безответственность, может наблюдаться возбудимость, гневливость при малейшем шуме. По характеру меланхолик. Притупление и замедление всех умственных процессов и сенсорных реакций с молчаливой меланхолией, особенно у пожилых людей. Характерно состояние страха. У эмигрантов: уменьшает или купирует тоску по родине.

Клинически: бледный, одутловатый, может жадно пить воду. Сонливость, засыпает при разговоре. Либидо подавлено, снижение потенции, отсутствие (подавление) менструации. Эклампсия с альбуминурией у беременных и рожениц, нефротический синдром. Атоническое мочеиспускание, скудная, темная моча. Жидкий, слизистый стул в небольшом количестве.

Жалобы на: отсутствие аппетита, жажду с нежеланием пить и есть, сонливость, вздрагивания, снижение или отсутствие либидо, слабость, чувство холода, озноба, при жаре сильное потение.

Модальности: ухудшение состояния при утешениях, желание остаться в покое, ухудшение состояния у девушек в пубертатный период. Улучшение состояния в покое, во время сна.

Наиболее частые гомеопатические показания: старческие психические болезни, инсульт, опухолевый процесс, подагра, мышечные судороги с последующей слабостью и парезами, головные боли с потерей сознания и коллапсом, сотрясения мозга. Острые менингеальные или церебральные симптомы при менингите, гидроцефалии, психозы (послеродовые, менопаузальные). Быстрая утомляемость, быстрое похудание, апатия. Нарушения развития с психическими отклонениями у девочек, острые психозы в пубертатном периоде, аменорея, позднее наступление менструаций. Меланхолия и навязчивые идеи в пубертатном периоде. Парезы и параличи при прогрессирующем повышении внутричерепного давления. Гидроцефалия на фоне эпилепсии, эклампсии, олигофрении, апоплексии. Поносы, частые позывы к дефекации и мочеиспусканию. Нефриты, декомпенсация сердечной деятельности, анасарка. Острые менингиальные или церебральные поражения. Психозы (после аменореи, в послеродовом периоде). Острое и хроническое повышение внутричерепного давления, (менингит, гидроцефалия), церебральный склероз. Сердечная декомпенсация с отеками. Сосудистый коллапс. Воспаление почек (нефрит) с отеками (особенно после скарлатины), эклампсия в период беременности. Гастроэнтерит со склонностью к коллапсу и кровью в стуле. Опухоли.

Итак, описание действия Helleborus niger в гомеопатической литературе начинается с психических симптомов, дающих характерную только для Морозника черного картину проявления – «некий вид ступора, притупленного чувственного восприятия, состояние когда при не нарушенном зрении пациент ничего не может, как следует, рассмотреть и окружающее не привлекает его внимания; при хорошем слухе – ничего не слышит отчетливо; при хорошо развитой вкусовой чувствительности ему все кажется безвкусным; когда в голове нет никаких мыслей; когда пациент забывает прошлое, или помнит совсем не много; когда ничто не доставляет ему удовольствия; когда он не спит, а всего лишь дремлет, а здоровый, освежающий сон не приходит; когда он хочет работать, но у него не хватает ни сил, ни внимания, которых эта работа требует» [1].

Helleborus niger относят к группе лекарственных средств растительного происхождения, действующих на крайне чувствительных, эмоциональных и темпераментных людей, к которым относятся Chamomilla (Ромашка аптечная), Graciola (Авран аптечный) и Viola tricolor (Фиалка трехцветная).

Все они в токсической дозе вызывают расстройства мозговых функций и даже нарушение всей нервной системы, болезненное повышение чувствительности с последующим снижением адаптационной энергии («жизненных сил» по терминологии гомеопатии), в определенной степени нарушение умственных способностей. С помощью Helleborus niger знаменитый гомеопат Teste, последователь С.Ганемана, вылечил эпилепсию у девочки 5 недель от роду. Chamomilla он назначил кормилице, а Helleborus niger - ребенку. Teste обнаружил, что Helleborus niger действовал при состояниях, когда ведущим симптомом при лихорадке и менингитах является сонливость, причем это лекарство подтвердило свою древнюю репутацию средства от отеков, в том числе отека мозга.

Как указывает американский гомеопат Nash, показателем благоприятного действия Helleborus niger является увеличение выделения мочи, пота, мокроты и других выделений. Он отмечал, что Helleborus niger очень полезен при отеках после скарлатины, а также на фоне различных заболеваний легких.

Таким, образом, гомеопатический Helleborus niger назначается при тяжелых заболеваниях с поражением центральной нервной системы, а также при психопатиях.

Показанием для назначения лекарства служит состояние прострации, в котором находится больной. Он не интересуется окружающей его обстановкой, лежит или сидит с полузакрытыми глазами, на заданный вопрос дает замедленный ответ, крайне вял и апатичен. Такое состояние наблюдается при тяжелых инфекционных заболеваниях, например при цереброспинальном менингите, тяжелых приступах бронхиальной астмы, тяжелом течении хронических обструктивных заболеваниях легких (ХОБЛ), при злоупотреблении наркотиками, при депрессивном психозе. Состояние оцепенения является «ключом» к назначению данного средства, при мозговых заболеваниях, когда после периода возбуждения, при котором показаны Stramonium и Belladonna, наступает состояние прострации. Helleborus niger является средством при самых различных тяжелых

заболеваниях с преобладанием апатии. Развитие лечебного действия Helleborus niger происходит медленно, на его начало указывает усиление секреции мочи, пота, слюноотделения, учащение жидкого стула, появление рвоты. Выдающийся американский гомеопат Д. Кент предупреждает о необходимости в это время воздержаться от назначения других гомеопатических лекарств. По мнению ряда ученых Helleborus niger идеальный препарат для профилактики прогрессирования болезненного состояния у пожилых пациентов с начальными признаками поражения центральной нервной системы (в частности дисциркуляторной энцефалопатии с элементами депрессии), сердечно-сосудистой системы (сердечная недостаточность с отеками), поражений почек.

По словам современного индийского гомеопата Р. Шанкарана (10), главное ощущение человека типа «Helleborus» то, что он воспринимает внешний мир настолько болезненно неприятным, ужасным и шокирующим, что абсолютно отгораживается от него. Он пребывает абсолютно погруженным в себя. Он не видит, даже если зрение его в порядке. Он не слышит, даже если его уши не повреждены. Он абсолютно индифферентен и к удовольствию, и к боли. Ему требуется много времени, чтобы ответить на вопрос.

В обычной жизни, замечает Р. Шанкаран, пациент типа «Helleborus» пребывает в состоянии сильного отупения, его ничего не интересует. Это наблюдается, когда люди бесконтрольно долго употребляют морозник черный как фитопрепарат, лечась самостоятельно, и быстро подобное его действия проявляется у высокочувствительных к нему пациентов. Об этом надо помнить и знать фитотерапевтам, назначающим Морозник черный в порошках. При передозировке фитопрепарата высокочувствительные к нему люди не могут уловить ход обыкновенной беседы, у них не откладывается в голове содержание прочитанного. Но и в жизни мы можем встречать людей, имеющих такие проявления, даже если они и не употребляли Морозник черный, но такие люди могли иметь в прошлом травму головы различной степени тяжести (родовая травма, ушиб головы, и т.д.). В данных ситуациях Helleborus niger рекомендуется принимать в сочетании с Arnica montana.

У Helleborus niger имеется много других особенных ментальных симптомов и расстройств ощущений, которые нуждаются в более подробном изучении и лучшем понимании:
- долго думает, прежде чем ответить;
- повторяет вопрос перед ответом;
- отвечает медленно;
- автоматизм;
- индифферентность, безразличие, безволие;
- безразличие ко всему;
- мышцы отказываются подчиняться воле, когда внимание отвлечено [10].

Гомеопатический препарат геллеборус нигер в классической гомеопатии рассматривается в качестве мужского средства. Оптимальное время приёма – 17 часов. В России разрешены к медицинскому применению водные экстракты морозника чёрного в инъекциях – Геллеборус нигер аквос (Helleborus niger aquos) - стерильные растворы в ампулах по 1 мл в следующих ступенях концентраций (потенциях): D3, D4, D5, D6, D12, D20, D30 по 8 ампул одной потенции в упаковке (рис. 2).



Рис. 2. Гомеопатический препарат морозника чёрного в ампулах.

Показания к применению.

Показания к применению гомеопатического морозника Геллеборус нигер в ампулах определяют его следующие фармакологические свойства:
- противовоспалительное,
- противоаллергическое,
- жаропонижающее,
- иммуномодулирующее,
- пульмо- и бронхотропное.

Наиболее частыми показаниями к терапии геллеборусом являются:
- иммунореабилитация больных раком,
- раковая кахексия,
- гипертермия (в т.ч. у больных раком),
- воспалительные заболевания,
- аллергии,
- заболевания лёгких и бронхов (бронхиальная астма, бронхоспазмы, пневмофиброз, бронхиты, хронические пневмонии, бронхоэктазы).

В последнее время геллеборус рассматривается как важнейшее средство в реабилитации больных раком (табл. 2).

Также показанием к назначению геллеборуса для паллиативной терапии являются опухоли мозга, метастазирующая аденокарцинома простаты, такие злокачественные системные заболевания, как плазмоцитома, лимфомы (ходжкинские, неходжкинские).

Возможно применение Helleborus niger для реабилитации больных с легочной формой СПИДа, при саркоме Капоши (8). Больным СПИДом с легочной симптоматикой применяются подкожные или внутривенные инъекции Helleborus niger D12, при саркоме Капоши – вводят дробно (2-3 инъекции) одну ампулу Helleborus niger D6, далее концентрацию увеличивают до D3.

Низкие потенции геллеборуса применяются при абдоминальных опухолях, бронхиальной карциноме, СПИДе, если опухолевый процесс локализован в органах брюшной полости (например, метастазы в печени). Рекомендуется начинать с потенции D6, при отсутствии эффекта концентрация поднимается до D3.

Геллеборус является препаратом выбора для реабилитации онкологических больных с воспалительными процессами, опухолевой лихорадкой, кахексией, поскольку хорошо купирует гиперергические реакции. Так, в экспериментальной работе M.D.Kuno (9) показано, что

Таблица 2. Особенности применения препаратов геллеборуса Helleborus niger в реабилитации онкобольных и при другой патологии (8).

Способ применения	Характер патологии	Концентрация и частота применения геллеборуса
Подкожные инъекции всех концентраций геллеборуса	абдоминальные опухоли, особенно с гипертермией, в т.ч.аденокарцинома молочной железы	Д6 (→Д3) 3 раза в неделю, при необходимости – ежедневно
	карцинома бронха, легочная форма СПИДа, хронические пневмонии, бронхиты, пневмофиброз, бронхоэктазы	Д12 2-3 раза в неделю
Перитуморальные инъекции Д3-6	саркома Капоши	Д6 (→Д3) 2-3 раза в неделю
Внутривенные инъекции с Д12 и ниже	карцинома бронха, лимфомы, СПИД	2-3 раза в неделю
Ингаляции Д12 (Д6)	карцинома бронха, бронхиальная астма, бронхоспазмы, пневмофиброз, хронические пневмонии, бронхиты, бронхоэктазы	1-2 раза в день по 1 ампуле геллеборуса и 1мл 0,9%NaCl

инфузия 5 ампул Helleborus niger Д3 больному с опухолевой лихорадкой вызвала снижение температуры тела до 34,5оС.

Геллеборус нигер может использоваться перорально, в виде ингаляций, инъецироваться подкожно в область живота, грудной клетки, перитуморально или внутривенно по классической схеме, предполагающей переход с больших потенций на низкие, т.е. D6 (- D5, - D4, - D3) каждой потенции по 8 ампул 3 раза в неделю или ежедневно с одновременным инъецированием:

D30 - 2 раза в месяц,

D20 – 1 раз в неделю,

D12 - 2 раза в неделю.

Следует иметь в виду, что наиболее часто препарат Геллеборус нигер аквос (ф.ХЕЛИКСОР) используется в лечении воспалений любой локализации, аллергий (особенно бронхиальной астмы), любых заболеваний лёгких и бронхов, для купирования гипертермии различного генеза, в т.ч. у больных раком, а также для лечения следующих заболеваний: острые менингеальные или церебральные симптомы при менингите, гидроцефалии, психозы (послеродовые, менопаузальные), повышение внутричерепного давления, церебральный склероз, сердечная декомпенсация, отеки, коллапс, гломерулонефрит с отеками (особенно после скарлатины), эклампсия беременных, гастроэнтерит со склонностью к коллапсу и кровавым стулом.

Литература.

1. Ангарская М.А., Хаджай Я.И., Максименко Н.Г. Фармакологическое изучение сердечных гликозидов из морозника кавказского и морозника краснеющего.// «Фармакология и токсикология»., 1953, т. 16, вып.5.

2. Атлас лекарственных растений СССР. М.: Мед. лит., 1962.

3. Вавилова Н.М. Гомеопатическая Фармакодинамика. М.: Эверест. 1994.

4. Гурова А.Д. Лекарственные растения СССР и их применение. Изд. 2-е. М.: «Медицина», 1974.

5. Зоз И.Г. Морозники - Helleborus - источники новых лекарственных сердечных средств. - «Ботан. Журнал», 1956, т.41, №9.

6. Колесников Д.Г., Тропп М.Я. Сердечные гликозиды корней морозника.- «Мед.пром-сть СССР». М.: 1952, изд.6-е, №5.

7. Машковский М.Д. Лекарственные средства // Пособие для врачей. Изд. 7-е. М.: «Медицина», 1972.

8. Helleborus niger aquos. Rosenfeld: HELIXOR. 2001. 4 S.

9. Kuno M.D. Persönliche Mittei¬lungen über Helleborus niger. Berlin. 1998. 3 S.

10. Шанкаран Р. Душа лекарств. М.: Симилия. 2002. 272 с.

Гомеопатический морозник в комплексной терапии хронической обструктивной болезни легких.

Гущин А.Ю.
Кафедра гомеопатии РУДН

Данные эпидемиологических исследований, проведенных за последние годы в нашей стране и за рубежом, свидетельствуют о значительном росте числа больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Особую тревогу вызывает существенный рост ХОБЛ среди подростков. Так, по данным наших исследований среди старшеклассни-ков (n=235) в 1999 году распространенность ХОБЛ составила 8,9%, а в 2004 году (n=218) этот показатель возрос до 17,4%. Среди сотрудников НИИ г. Пущино в возрасте от 20 до 60 лет (n=328) распространенность ХОБЛ была на уровне 12,5%, через пять лет данный показатель так же возрос до 23,7% (n=312). Отмечен так же рост среднетяжелых и тяжелых форм заболевания, которые плохо контролируются стандартной терапией и требуют новых подходов к лечению. Одной из основных причин столь существенного роста забо-леваемости ХОБЛ следует считать курение (71%, r=0,679). Свой определенный вклад вносят и климато-географические факторы, и вредные условия труда, и частое употребление алкоголя, и другие факторы. Хронические заболевания, к которым относится и ХОБЛ, склонны к прогрессированию и ведут к ограничению физических возможностей, обостряют психологические и социальные проблемы пациентов. В настоящее время уже недостаточно уменьшить остроту заболевания, улучшить клиниколабораторные показатели, необходимо также повысить и качество жизни пациентов.

Учитывая высокую распространенность и большое медико-социальное значение ХОБЛ, проблема изучения эффективности применения в комплексной терапии ХОБЛ, наряду с базисными препаратами, и препаратов, имеющих патогенетические мишени воздействия (антиоксидантов, препаратов антимикробной и метаболической направленности) является весьма актуальной.

Данное исследование позволит определить реальное состояние проблемы и наметить пути улучшения качества медицинской помощи больным ХОБЛ, особенно в период ремиссии.

Цель: изучить эффективность включения в комплексную терапию ХОБЛ наряду с базисной терапией водного экстракта морозника черного Helleborus niger aquos (Helixor, Германия).

Материалы и методы.

Под динамическим наблюдением находились 50 пациентов с верифицированным диагнозом ХОБЛ в возрасте от 35 до 75 лет. Средний возраст составил 54,4±3,6 года. Мужчин было 21 (42%), женщин – 29 (58%). Давность заболевания составила18,7±2,1 лет. Больных с легким течением ХОБЛ было 26 (52%), со средне-тяжелым – 18 (36%.), и с тяжелым – 6 (12%). Курили16 мужчин и 11 женщин. Проф. вредность (органические растворители, электромагнитное и ионизирующее излучение) имели14 мужчин и 22 женщин.

Все пациенты находились в стадии относительной ремиссии. До начала лечения все пациенты не получали адекватной базисной терапии. В качестве базисной терапии стали использоваться ингаляции атровента через спейсер, пролонгированные теофиллины, муколитики и по потребности бета-2-агонисты короткого действия (ингаляции вентолина в среднем до 1-3 ингаляций за неделю). Антибактериальная терапия в стадии стойкой компенсации, которые не отягощали течение основного заболевания, никому не проводилась в течение последних 6 недель. Пациенты имели сопутствующие заболевания.

Из сопутствующих заболеваний регистрировались:

Группы заболеваний	Количество мужчин	Количество женщин
Заболевания желудочно-кишечного тракта	14	12
Заболевания ЛОР-органов	7	11
Заболевания мочевыделительной системы	6	9
Заболевания суставов и опорно-двигательного аппарата	22	12
Заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки	7	9
Сахарный диабет	3	5
Диффузное увеличение щитовидной железы	9	11
Сердечно-сосудистые заболевания	18	24

Проведено рандомизированное контролируемое клиническое исследование противовоспалительной эффективности препарата растительного происхождения Helleborus ni-ger aquos, включённого в комплексную терапию ХОБЛ.

Препарат растительного происхождения Helleborus niger aquos вводился лимфо-тропно в течение 1 месяца по следующей схеме: Helleborus niger D30 – 2 раза в месяц, Helleborus niger D20 – 1 раз в неделю, Helleborus niger D12 – 2 раза в неделю, Helleborus niger D6 (→D5→D4→D3) по 1 недели каждой концентрации 3 раза в неделю.

Методом случайной выборки пациенты были распределены на 2 группы наблюдения.

1-ая группа (n=20) – получала препараты базисной терапии + препарат растительного происхождения - водный экстракт морозника черного - Helleborus niger aquos (фирма He-lixor).

2-ая группа (n=30) – препараты базисной терапии.

Группу контроля составили 10 доноров в возрасте от 35 до 55 лет.

Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерных программ Excell, а так же пакета программ Statistica.

Результаты.

За шесть месяцев наблюдения из 20 пациентов 1-ой гр. обострение наблюдалось у 2, во 2-ой группе – у 8. Средняя длительность 1 случая обострения до лечения составила 18,3 дня у пациентов 1-ой группы и 18,8 дня у пациентов 2 группы наблюдения. После курса лечения средняя длительность обострения у пациентов 1 группы снизилась до 14.2 дня (на 4,1 дня), у пациентов же 2 группы осталась практически без изменений - 17,9 дня.. Тяжесть течения обострения у пациентов 1 группы была менее выражена, температурная реакция ниже, выделения гнойной мокроты прекращались на 3-4 дня раньше, симптомы интоксикации собственно были менее выраженными, чем у пациентов 2-ой группы.

Частота заболеваний ОРВИ существенно уменьшилась у больных в 1-ой группе наблюдения после проведенного лечения (в 2 раза), чем во второй группе (в 1,3 раза).

До начала лечения изменения ЭКГ в виде нарушения питания миокарда наблюда-лись у 15 пациентов 1 группы и у 14 - во 2 группе. Сочетанный курс базисной терапии и лимфотропное введение Helleborus niger aquos привело к улучшению данных ЭКГ (улуч-шилось питание миокарда) у 9 больных из 15 (60%), в то время положительная динамика только на фоне базисной терапии наблюдалась у 5 пациентов из 14 (36%).

Показатели ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, и индекс Тиффно изменились статистически недостоверно (p>0,5) как у пациентов 1 группы, так и во 2 группе наблюдения. Показатели ПСВ (пиковой скорости выдоха) до лечения были <80%Д у 16 больных 1 группы (80%) и у 23 (76,6%) больных 2 группы наблюдения.

Базисная терапия в сочетании с Helleborus niger aquos изменила число больных со сниженными показателями ПСВ <80%Д на 62,5% (у 10 из 16); у больных, получавших только базисную терапию существенных изменений не наблюдалось – уменьшение на 30,4% (у 7 из 23).

По данным клинического анализа крови:

После проведенной терапии СОЭ нормализовалось у 56% пациентов 1-ой группы с повышенной СОЭ и у 57% пациентов 2-ой группы с повышенной СОЭ.

Динамика показателей гемограммы была более выраженной у пациентов 1 группы наблюдения. Так, количество лейкоцитов вернулось к нормативным показателям у 37,5% пациентов, палочкоядерных нейтрофилов у 33% и эозинофильных нейтрофилов у 43% па-циентов с измененными показателями и только соответственно у 7%, 17%, и 19% пациен-тов 2 группы наблюдения (p<0,01).

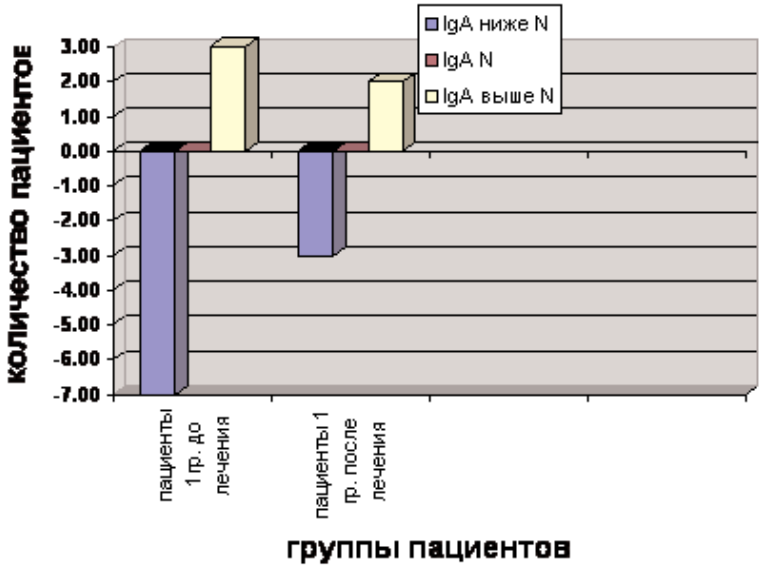


Рис. 1. Уровень lgA у пациентов ХОБЛ

Больные с ХОБЛ до начала лечения имели измененные показатели клеточного звена иммунитета у 55% (11 из 20) в 1 группе наблюдения и у 57% (17 из 30) во второй группе наблюдения. Отмечено было снижение CD3 и CD4 на 15,6±3,8%, умеренное повышение числа CD8 (на 2,8±1,3%). Через 3 месяца после курса лечения статистически достоверных данных о влиянии той или иной терапии на показатели клеточного иммунитета не получено ($p>0,01$). Была отмечена положительная динамика изменений показателей гуморального иммунитета. Так, до начала лечения, в пределах нормативных показателей отмечали концентрацию IgA у 50% пациентов 1 группы и 33% 2 группы (рис. 1); IgG соответственно по 55% во 2 и 1-ой группе; IgM – 65% и 50% соответственно и IgE – 45% и 33,3% соответственно. Через 3 месяца показатели концентрации IgA возросли до 75% у пациентов 1 группы наблюдения и 40% во 2 группе (прирост соответственно на 25% и 7% при $p<0,05$), концентрация IgM возросла соответственно на 20% и 5%; IgG – на 25% и 10% и IgE на 25% и 7% при $p<0,001$ (рис. 1, 3).

У больных ХОБЛ в мокроте и в сыворотке крови обнаружены высокие концентрации фактора некроза опухоли альфа (TNF-α), интерлейкина 1β (IL-1β) и интерлейкина-4 (IL-4), что отражает участие цитокинов в местном и системном воспалении (рис. 2).

TNF-α является мощным медиатором воспаления и обладает как местным, так и системным действием, активирует макрофаги и нейтрофильные лейкоциты, индуцирует синтез других интерлейкинов, ответственных за воспаление (IL-1, IL-6, IL-8, IL-10).

IL-1β – это основная секретируемая форма IL-1, синтезируется моноцитами и мак-рофагами, стимулирует синтез целого ряда молекул, ответственных за воспаление. напри-мер, молекул адгезии и хемокинов, в том числе IL-8.

IL-4 – на начальных стадиях развития воспаления, связываясь с рецепторами на В-лимфоцитах, переключают их на производство IgE и IgA; индуцирует эндотелиальные клетки на производство молекул адгезии, что ведет к привлечению эозинофилов в очаг воспаления; способствует дифференцировке CD4+ Т-клеток в хелперы второго типа, от-ветственных за гуморальный иммунный ответ.

IL-8 – называют главным хемокином, ответственным за привлечение в очаг воспа-ления клеток из периферической крови – нейтрофилов, моноцитов, эозинофилов, базофилов.

Интерферон-гамма (IFN-γ) – относится к системным цитокинам, продуцируется в основном Т-лимфоцитами; обладает прямым противовирусным действием, способствует повышению фагоцитоза и продукции ряда цитокинов и хемокинов (IL-1, TNF-α, IL-12, IL-10 и др.), снижает пролиферацию и дифференцировку В-лимфоцитов.

В цитокиновом статусе наиболее выраженные изменения наблюдались в продук-ции IL-4, IL-8, TNF-α, IFN-γ. Так, выше нормы продукция цитокинов была выявлена у 14 больных 1 группы (70%) и 23 пациентов 2 группы (76,6%); концентрация IL-4 была по-вышена до начала лечения у 20% больных 1 группы и 26% 2 группы; IL-8 соответственно у 50 и 55%; IFN-γ – у 20% и 23,3%; и TNF-α у 65% и 70% при $p<0,05$ по сравнению с до-норами.

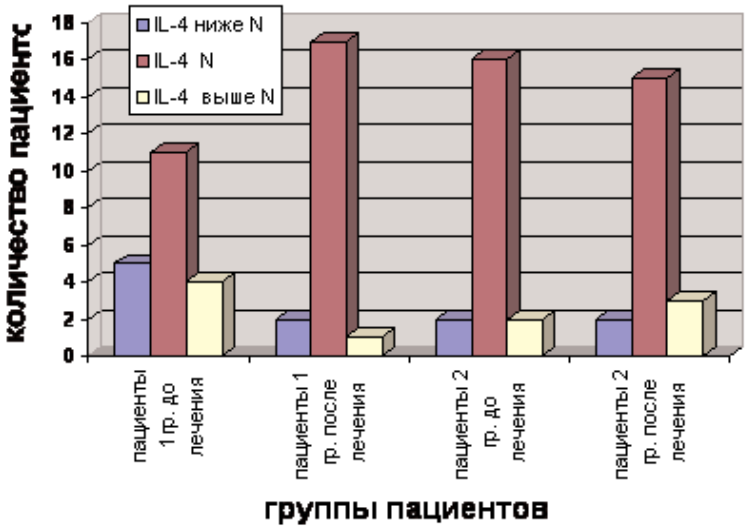


Рис. 2. Уровень IL-4 у пациентов ХОБЛ.

Через 3 месяца после курса лечения сохраняли повышенные показатели IL-4 соответственно 5% и 20% пациентов; IL-8 – 20% и 33,3%; IFN-γ – 5% и 43,3%; TNF-α – 20% и 56,6% при $p<0,05$, что указывало на существенное снижение воспалительного процесса в группе больных, пролеченных Helleborus niger aquos в комплексе с базисной терапией ХОБЛ.

Данные по микроциркуляции.

Для регистрации параметров микроциркуляции использовали одноканальный лазерный анализатор капиллярного кровотока ЛАКК-01 (НПП «Лазма», Москва). Для спектрального анализа ЛДФ-грамм использовали разработанный нами (Институт биофизики РАН) пакет программ, реализующий вейвлет-преобразование. Оценивались в динамике показатели микроциркуляции (оценивали отношение напряжений венулярного к артериолярному звену по изменениям амплитуды кардио- и респираторного ритмов A(R)/A(C); участие миогенного, нейрогенного и метаболического звеньев регуляции микроциркуляторного русла по амплитудам колебаний в соответствующих диапазонах).

В результате анализа данных, полученных в ходе

первичной диагностики, показано достоверное увеличение ПМ (показатель микроциркуляции) у больных с ХОБЛ без и на фоне сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний на 29% и 22% соответственно. В группе больных с ХОБЛ, отягощенным бронхиальной астмой и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, ПМ повышался в 1,5 раза относительно здоровых испытуемых. Во всех группах больных наблюдалось приблизительно 1,5-кратное увеличение амплиту-ды колебаний кровотока в диапазоне респираторного ритма относительно контрольной группы в покое. При тяжелых формах заболеваний амплитуда колебаний в диапазоне рес-пираторного ритма возрастала до 2-х раз в покое и в процессе развития реактивной по-стокклюзионной гиперемии. В группе пациентов с ХОБЛ и бронхиальной астмой, отягощенных заболеваниями сердечно-сосудистой системы, наблюдалось 2-кратное увеличение амплитуды колебаний в диапазоне кардиоритма относительно больных без сердечно-сосудистой патологии. Полученные результаты свидетельствуют о нарушениях функционирования отдельных звеньев микроциркуляторного русла и его регуляторных систем у пульмонологических больных, связанных с увеличением длительности и тяжести заболевания.

В ходе лечения у больных обеих групп ПМ снизился относительно исходного уровня и достоверно не отличался от такового по сравнению со здоровыми испытуемыми. Во всех группах больных не наблюдалось достоверных отличий в амплитуде колебаний в диапазоне кардиоритма относительно здоровых после лечения. Это свидетельствует об уменьшении кровотока в артериолярном звене микроциркуляторного русла у больных относительно исходного уровня. В 1 группе амплитуда колебаний кровотока в диапазоне респираторного ритма достоверно не отличалась после лечения относительно здоровых, что может говорить о восстановлении кровотока в венулярном звене у данной группы больных. Во 2 группе больных после лечения выявлено достоверное увеличение амплитуды колебаний кровотока в диапазоне респираторного ритма относительно контрольной группы в покое, свидетельствующее об усилении напряжения в венулярном звене. В обеих группах не было выявлено уменьшение прироста амплитуды колебаний в диапазоне миогенной активности как в состоянии покоя, так и после снятия окклюзии по сравнению со здоровыми, что свидетельствует об улучшении миогенной активности у данных больных после лечения. Таким образом, показано, что у пациентов как 1 так и 2 группы улучшился кровоток в артериолярном звене микроциркуляторного русла, тогда как венулярное звено микроциркуляторного русла восстановилось только у больных, принимающих на фоне базовой терапии Helleborus niger aquos.

Вывод.

Таким образом, применение в комплексной терапии больных ХОБЛ инъекционного препарата Helleborus niger aquos (фирмы HELIXOR) статистически достоверно улучшает основные клинические и функциональные показатели течения хронического воспалительного процесса (ПСВ, микроциркуляцию), способствует восстановлению показателей гуморального иммунитета и цитокинового статуса. Побочных явлений при использовании данного препарата не наблюдалось. Двум пациентам 1 группы схема лечения Helleborus niger aquos была изменена на более щадящую (дозу препарата подбирали индивидуально) с учетом повышенной чувствительности к пыльце злаковых и сорных трав по данным аллергообследования. Средняя продолжительность курса была увеличена до 6 недель и по-бочных проявлений у них не наблюдалось. Следовательно, полученные данные дают основание рекомендовать применение Helleborus niger aquos в комплексной терапии больных ХОБЛ в период ремиссии, как одно из важных звеньев восстановительной терапии.



Литература.

1. Гущин А., Тихонова И., Танканаг А., Козякова Н., Завадская А., Ролик И., Черетис Н. Клинические исследования микроциркуляции у больных с хроническими обструктивными заболеваниями лёгких при применении геллеборуса в инъекциях. A. Guschin, I. Tichonova, A. Tankanag, N. Kosjakova, A. Zavadskaja, I. Rolik, N. Tscheretis. Klinische Untersuchung der Lungen-Mikrozirkulaion bei COLD-Patienten unter einer Injektions-therapie mit Helleborus niger. Iternationaler Kongress "Euromedica Hannover". 16–17. Juni 2005. Hannover, S.24.

2. Рабинович А.М., Завадская А.И., Гущин А.Ю. Морозник чёрный (Helleborus niger): особенности гомеопатического патогенеза.// Натуротерапия и гомеопатия. 2005. 1 (6). 31-36.

3. Helleborus niger aquos. Rosenfeld: HELIXOR. 2001. 4 S.

4. Kuno M.D. Persönliche Mittei¬lungen über Helleborus niger. Berlin, 1998.

Геллеборус Нигер Аквос
(Helleborus niger aquos)
водный экстракт морозника чёрного

Экстракт морозника издавна применялся в народной медицине. Его уникальные целебные свойства изучались на протяжении столетий, и в настоящее время это чудо-растение занимает твердую позицию в лечении многих заболеваний.

Благодаря высоким технологиям немецкая компания **Helixor** создала качественный препарат из морозника чёрного - **Геллеборус Нигер Аквос**.

Широкий спектр действия **Геллеборус Нигер Аквос** подтвержден многими клиническими исследованиями.





Показания к применению:

- Воспалительные заболевания (острые и хронические любой локализации: гайморит, тонзиллит, колит, аднексит, простатит и т.д.).
- Аллергии.
- Заболевания лёгких и бронхов (бронхиаль-(ная астма, бронхоспазмы, пневмофиброз, бронхиты, хронические пневмонии, бронхоэктазы, восстановление после туберкулёза, комплексная терапия туберкулёза), грипп и его профилактика.
- Гипертермия любого генеза (в т.ч. при гриппе, у больных раком).
- Другие показания обусловлены тем, что Геллеборус:

- является противоопухолевым средством, подавляет рост раковых клеток; применяется при миомах, фибромах, кистах, мастопатии, хронических воспалениях яичников, хроническом простатите застойного и инфекционного характера, геморрое;
- обладает мочегонным, бактерицидным и слабительным действием - очищает слизистые оболочки и нормализует работу кишечника;
- эффективен при гастрите, язве 12-перстной кишки;
- обладает желчегонным и спазмолитическим действием, способствует глубокой чистке печени и препятствует застою желчи, предупреждая образование камней в желчном пузыре;
- при гиперфункции щитовидной железы способствует рассасыванию узлов и кист в щитовидной железе, при сахарном диабете понижает уровень сахара в крови;
- при эпилепсии сокращает количество приступов;
- эффективен при воспалительных заболеваниях суставов, остеохондрозах позвоночника, ревматизме, радикулите, полиартрите;
- применяется при головных болях после травм, сотрясении головного мозга, т.к. снимает спазмы головного мозга и увеличивает приток крови;
- содержит сердечные гликозиды и применяется при нарушениях кровообращения и сердечной недостаточности, гипертонической болезни; способствует очищению сосудов, выводит холестерин.

Обоснование применения гомеопатических САНУМ–вакцин у больных с постинфарктным эпикардиальным перикардитом на санаторном этапе реабилитации.

Горбунов А.Э.

Кардиологический реабилитационный центр «Переделкино».

Одним из грозных осложнений инфаркта миокарда является эпистенокардический перикардит, как следствие некроза субэпикардиальных слоев сердечной мышцы (1, 5). Такой перикардит обнаруживается на вскрытии почти у всех больных с трансмуральным инфарктом миокарда и у 10%, погибших от субэндокардиального инфаркта миокарда (8).

Целью данного исследования было обоснование применения САНУМ-вакцин для лечения эпикардиального перикардита (10, 11, 12).

Под наблюдением в течение 12 месяцев находилось 20 больных (13 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 40 до 62 лет (в среднем 51,3 года), поступивших в санаторий «Переделкино» для реабилитации. У всех пациентов отмечалось развитие повторного трансмурального инфаркта миокарда с поражением задней стенки (у 22,4%), передней стенки (17,6%), сочетанное поражение (передней и задней стенки у 50%). Срок давности перенесенных инфарктов миокарда составил не менее 3-х лет. Согласно выписному эпикризу, течение острого периода осложнилось развитием эпикардиального перикардита (у 85% пациентов), двухсторонней бронхопневмонией (у 45%). Всем больным проводилось лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи в городе Москве. При этом дополнительно проводилась массивная антибиотикотерапия в связи с развитием острого воспалительного процесса. Практически все пациенты (87%) на стационарном этапе были консультированы кардиохирургами с целью проведения оперативного вмешательства, но пациенты отказались от оперативных методов лечения.

При поступлении в центр реабилитации предъявлялись жалобы на острые боли в области сердца, усиливающиеся при ходьбе, купируемые приемом нитроглицерина. Все пациенты отмечали подъем температуры тела до субфебрильных цифр, резкую слабость и утомляемость.

На этапе реабилитации больным назначалась фитотерапия, разрешались прогулки не более 2-х километров за сутки. Лечебная гимнастика проводилась по щадящей схеме (3 ступень физической активности по А.Л.Аронову) (8).

На исходном этапе эхокардиографическое исследование выявило снижение систолической функции на 37,7% и диастолической на 32,3%. Показатели размеров камер сердца указывали на выраженную гипертрофию левых отделов сердца и увеличение размера левого предсердия на 26,4%. Между лепестками перикарда отмечалось наличие жидкости в среднем до 20 мл.

На электрокардиограмме отмечалось смещение сегмента R-ST ниже изолинии и отрицательный коронарный зубец Т, что подтверждает наличие острого воспалительного процесса в миокарде (таблица 1).

Проведение велоэргометрической пробы выявило снижение физической активности больных, так, порог мощности в 125 Вт достигли только трое больных, у остальных при достижении порога в 75-100 Вт отмечалась резкая слабость и чувство усталости, регистрировалось появление желудочковой экстрасистолии

Таблица 1. Изменение показателей гемодинамики у пациентов с постинфарктным эпикардиальным перикардитом.

	Исходные данные	24 дня	3 месяца	6 месяцев	1 год
ФВ%	23,1+5,2	27,0+5,7	35,2+5,8	38,3+9,9*	40,1+5,9
КСО мл	45,8+5,1	45,8+6,9	45,8+8,0	45,8+11,0*	45,7+6,2
КДО мл	59,3+5,3	59.3+5,3	59,3+6,1	59,3+9,1*	59,0+7,9
ЛП мм	4,7+0,41	4,7+0,48	4,7+0,58	4,7+0,62*	4,7+0,55
АД мм.рт.ст. Систол.	90,9+4,8	100,9+5,1	113,7+7,7	114,1+6,8*	115,1+5,7
Диастол	65,6+5,5	67,7+5,5	68+ 9,1	72,1+10,5*	73,1+5,9
ЧСС удар/мин	88,6+7,2	82,3+8,8	80,4+9,9	78,1+12,9*	64,1+7,7
ST мм	1,9+0,02	1,8+0,03	1,7+0,04	1,4+0,09*	1,2+0,03
ММЛЖ м ж	 146,1+54,3 118,7+24,4	 146,1+54,7 118,7+24,4	 146,1+54,8 118,5+24,4	 146,1+84,8* 118,5+29,4*	 146,1+54,4 118,5+24,4

На электрокардиограмме отмечалось смещение сегмента R-ST ниже изолинии и отрицательный коронарный зубец Т, что подтверждает наличие острого воспалительного процесса в миокарде (таблица 1).

Проведение велоэргометрической пробы выявило снижение физической активности больных, так, порог мощности в 125 Вт достигли только трое больных, у остальных при достижении порога в 75-100 Вт отмечалась резкая слабость и чувство усталости, регистрировалось появление желудочковой экстрасистолии.

Как видно из таблицы 1, показатели крови характеризовались низким значением гемоглобина и высокими цифрами СОЭ (5, 6, 7). Изменения липидного спектра характеризовались высоким коэффициентом атерогенности в результате роста триглицеридов (на 54%) и холестерина низкой плотности (на 68%). Оценка состояния свертываемости характеризовалась повышением значений протромбинового индекса (на 27,5%) и удлинением времени МНО (на 35,6%), что указывает на увеличение вязкости крови. Развитие синдрома эндогенной интоксикации подтверждалось высоким значением уровня молекул средней массы (на 65%) и титра Р-белков (на 62,1%). О нарушении метаболических процессов и снижении дезинтоксикационной функции печени свидетельствовало повышение амилаз печени: АлТ - на 61,5% и АсТ - на 30,7%. При этом выявлено повышение коэффициента токсичности (на 43,1%) в результате увеличения эффективной концентрации альбумина (на 45,9).

Развитие синдрома воспаления определялось высоким содержанием СРБ (на 50,3%) и фибриногена (на 32,3%). О снижении иммунного ответа организма свидетельствовало повышение в крови значений циркулирующих иммунных комплексов на 53,2% и фракций цитокинов.

На основании результатов инструментально-лабораторного исследования и данных клинического исследования дополнительно к стандартной терапии проведено лечение иммунотропными микробными вакцинами САНУМ: внутримышечные инъекции по схеме К.Вертмана (Werthmann K., 2003). В течение первой недели использовались пенициллиновые вакцины Нотакель Д5 и Фортакель Д5. Через 3 недели дополнительно - грибковые вакцины Мукокель Д5 и Нигерсан Д5. Продолжительность курса вакцинотерапии - 28 дней (11,12).

Таблица 2. Изменение показателей крови у пациентов с постинфарктным эпикардиальным перикардитом.

	Исходные данные	24 дня	3 месяца	6 месяцев	1 год
НВ мг/%	90,1+6,4	105,1+7,4	117,1+9,1	115,4+7,1	120,7+5,9
ПТИ%	110,1+7,2	105,8+6,3	103,4+9,5	100,7+6,0*	92,1+5,3
МНО	1,2+0,26	1,3+0,21	1,5+0,5	1,6+0,33*	1,8+0,23
СОЭ	38,1+8,3	15,2+9,5	19,3+12	13,1+8,6*	10,4+5,6
Глюкоза крови.	4,8+0,35	4,8+0,48	4,5+0,54	4,6+0,74*	4,4+0,32
Фибриноген	7,3+0,74	6,9+0,65	6,2+ 0,85	6,0+0,59*	5,9+0,43
Мочевина	5,3+0,43	5,4+0,51	5,5+0,64	5,3+0,54*	5,3+0,48



Рис. 1. Mucokehl - поливалентная гомеопатическая вакцина сосудистого действия.

На 24-й день исследования у всех пациентов отмечалось улучшение самочувствия: уменьшилось чувство слабости и утомляемости, нормализовалась температура тела, уменьшилась потливость. Отмечалось снижение частоты и интенсивности приступов стенокардии, что позволило всем пациентам отменить нитропрепараты и увеличить физические нагрузки (прогулки до 5-7 километров за сутки, 5-я ступень лечебной гимнастики).

При эхокардиографическом исследовании определилось повышение систолической и диастолической функции миокарда, но прирост был минимален (значения фракции выброса левого желудочка составили 7%, соотношение E\A – 5,8%). Изменений показателей геометрической структуры сердца не было отмечено. Также у всех пациентов не было определено наличия жидкости между лепестками перикарда.

На электрокардиограмме отмечались эливация сегмента RS-T к изолинии и появление слабоположительного зубца Т, что указывает на развитие подострой фазы воспалительного процесса миокарда.

Проведение велоэргометрии выявило достижение порога мощности в 125 Вт у пятнадцати больных, у оставшихся пятерых больных при достижении порога в 100 Вт отмечалось появление желудочковой экстрасистолии.

Исследование показателей крови определило повышение уровня гемоглобина крови на 15,6% и снижение СОЭ на 30,6%. При этом содержание СРБ уменьшилось на 15,3% и фибриногена на 11,7%, что указывает на развитие противовоспалительной реакции организма. Улучшение процессов дезинтоксикации подтверждалось снижением амилаз печени на 16,5% и на 15,4% эффективной концентрации альбуминов. Изменения липидного спектра характеризовались уменьшением коэффициента атерогенности на 13,1% в результате уменьшения триглицеридов на 12,3%. На восстановление адекватного иммунологического ответа указывало снижение фракций

Таблица 3 Изменение показателей обмена холестерина у пациентов с постинфарктным эпикардиальным перикардитом.

	Исходные данные	24 дня	3 месяца	6 месяцев	1 год
Общий холестерин	5,7+0,36	5,2+0,45	5,0+0,65	5,0+0,9*	5,0+0,51
ТРГ милимоль/л	3,2+0,43	2,8+0,52	2,5+0,6	2,2+0,99*	2,1+0,64
ХСЛНизП	2,2+0,31	2,0+0,44	1,9+0,55	1,5+0,85*	1,5+0,38
ХСЛВысП	1,4+0,43	1,7+0,45	1,9+0,5	2,1+0,83*	2,5+0,56
КА.	4,6+0,44	4,0+0,35	3,5+0,5	3,3+0,88*	3,1+0,63
АЛТ	49,5+5,1	38,5+6,2	35,5+9,5	34,1+24,9*	32,4+9,4
АСТ	52,3+6,1	44,6+7,2	41,7+9,3	40,5+12,2*	39,6+7,4

К третьему месяцу исследования всем пациентам после окончания курса вакцинотерапии САНУМ внутривенно капельно использован комплекс сосудистых и кардиотропных пептидных препаратов. Дополнительно внутривенно вводились катализаторы цикла Кребса Sanuvis и Citrokehl. После завершения курса внутривенных вливаний использовалась системная энзимотерапия препаратом Протеаза (в дозе 6 капсул в день).

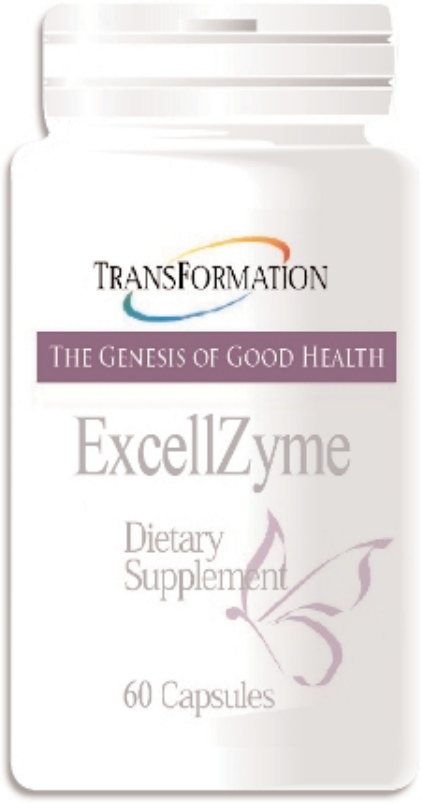
Исследование методом эхокардиографии определило повышение показателя фракции выброса левого желудочка на 46,6% и соотношения E/A на 38,9%, что свидетельствует о росте насосной функции сердца. При этом изменений показателей массы миокарда левого желудочка и размера левого предсердия выявлено не было.

На электрокардиограмме у 84,6% больных отмечалось развитие картины фазы рубцевания миокарда, что подтверждалось регистрацией положительного зубца Т и движением сегмента RS-T выше изолинии.

Проведение велоэргометрической пробы выявило достижение порога мощности в 150 Вт у десяти больных, семеро больных достигли 125 Вт. У троих больных при достижении порога мощности в 125 Вт регистрировалось появление желудочковой экстрасистолии, при этом сами больные не предъявляли жалоб на физическую усталость. Все нарушения ритма прошли самостоятельно после прекращения пробы.

Таблица 4. Изменение показателей цитокинового статуса у пациентов с постинфарктным эпикардиальным перикардитом.

	Исходные данные	24 дня	3 месяца	6 месяцев	1 год
МСМ у.е.	0,95+0,05	0,83+0,06	0,81+0,07	0,74+0,11*	0,63+0,05
Титр Р-белков n: 10*3	17,7+5,4	15,1+6,3	12,8+7,3	11,7+9,9*	10,1+7,4
ЦИК у.е.	92,1+8,2	87,8+7,3	80,7+8,4	76,9+9,9*	68,1+7,8
ОКА г/л	79,1+5,1	70,9+8,6	67,1+8,7	62,9+9,9 *	60,3+6,2
ЭКА г/л	25,1+5,8	20,1+6,8	18,1+7,7	16,0+9,9*	15,6+5,0
КТ	3,9+0,05	3,0+0,06	3,0+0,07	2,5+0,1*	2,4+0,06
ИЛ-1 пг/мл	9,2+ 0,07	8,3+0,08	7,6+0,08	6,7+0,17*	6,3+0,05
ИЛ-6 пг/мл	3,5+0,04	3,1+0,05	3,0+0,1	2,9+0,06*	2,4+0,05
ИЛ-8	4,9+0,3	4,9+0,4	4,7+0,5	4,3+0,9*	4,0+0,5
ФНО- пг\мл	9,4+0,2	9,3+0,3	9,1+0,4	8,9+0,11*	8,4+0,6
СРП мг\л	4,4+0,05	3,7+0,06	3,8+0,07	3,3+0,17*	2,7+0,06



СОСУДИСТОЕ СРЕДСТВО
активатор микроциркуляции

Активные компоненты	в 1 капсуле
Амилаза	2500 ЕД-
Протеаза 4.5	3600 ЕД-
Целлюлаза	200 ЕД -
Липаза	30 ЕД -
Готу Кола	150 мг -
Шиповник (плоды)	110 мг -
Порошок сока люцерны	75 мг -
Элеутерококк	75 мг -
Гинкго билоба (лист)	25 мг -
Экстракт листьев гингко билоба	5 мг -
Экстракт косточек винограда	20 мг -

Исследование показателей общих анализов крови выявили достижение уровня нормальных величин гемоглобина, лейкоцита и СОЭ. Как видно из результатов таблицы 3, липидный спектр определил динамику снижения коэффициента атерогенности в результате уменьшения триглицеридов на 28,6% и роста холестерина высокой плотности на 21,3%. Оценка свертывающей системы характеризовалась уменьшением значений протромбинового индекса на 22,6% и удлинением времени МНО на 18,6%, что свидетельствует о развитии коагуляционного эффекта.

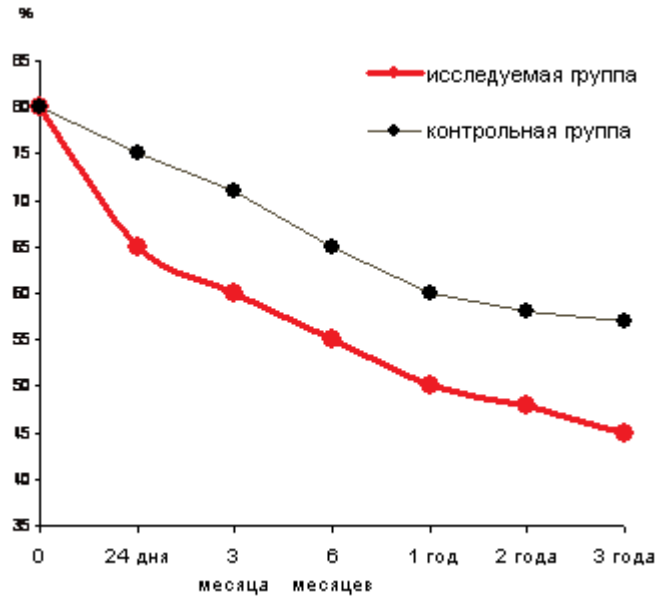
Восстановление дезинтоксикационных свойств и метаболизма печени подтверждалось снижением уровней амилаз на 28,3% и молекул средней плотности на 14,9%. На снижение воспалительного синдрома как в сердечной мышце, так и в сосудистой стенке указывало уменьшение содержания СРБ на 14% и фибриногена на 15,1%. При этом содержание фракций цитокинов и циркулирующих комплексов крови снизилось на 14,9%, что указывает на стимуляцию защитных факторов и активацию макрофагов (таблица 4).

Полученные результаты к 6 месяцу статистически недостоверны. Исследование к первому году наблюдения характеризовалось развитием кардиотропных эффектов органопрепаратов, что подтверждалось ростом значений фракции изгнания на 47% и соотношения Е/А на 43,7%. При этом изменения показателей геометрической конфигурации сердца не выявлены.

На электрокардиограмме у 85% больных отмечалась положительная динамика в виде регистрации положительного зубца Т и эливации сегмента RS-T выше изолинии.

Велоэргометрическое исследование определило достижение порога мощности до 150 Вт у 15 пациентов, двое достигли порога мощности в 125 Вт. У 3-х больных при достижении мощности нагрузки в 125 Вт регистрировалось появление желудочковой экстрасистолии, что послужило поводом для прекращения исследования.

Исследование липидных фракции выявило достижение коэффициентом атерогенности границ нормы (см. график), что позволило снизить дозы гипохолестеримических препаратов на 50% и продолжить использование системной энзимотерапии Протеазой. Результаты показателей свертываемости крови определили стойкий антикоагуляционным эффект, что позволило отменить всем



Изменение значений содержания холестерина крови

больным Плавикс и продолжить терапию Аспирином. Изменения показателей цитокинового обмена и перекисного окисления липидов также достигли нормы и свидетельствовали о восстановлении процессов обмена веществ. Содержание СРБ и фибриногена восстановилось на уровне нормальных величин, что подтверждает снижение воспалительных реакций.

Итак, в течение года проводилось наблюдение за 20 больными с повторными инфарктами миокарда, течение которых осложнилось эпикардиальным перикардитом. Оказание стандартной медицинской помощи на стационарном этапе лечения, несмотря на применение массивной антибиотикотерапии, не смогло полностью остановить процесс воспаления.

Включение препаратов микробного происхождения – вакцин САНУМ - на этапе реабилитации, позволило полностью ликвидировать воспалительный процесс в сердечной мышце и сосудистой стенке. При этом вакцины САНУМ стимулируют развитие неспецифических защитных факторов (макрофагальных реакций, фагоцитоза) и антимикробного иммунитета, что оказывает влияние на течение острого коронарного синдрома.

Применение комплекса вакцин САНУМ, повышающих специфический антибактериальный иммунитет, позволило затормозить процессы атеросклероза сосудистой стенки. После ликвидации синдрома системного воспаления с помощью вакцин САНУМ стало возможным применение комплекса сосудистых и кардитропных пептидных препаратов и других средств для восстановления кровоснабжения в зоне поражения и проведения вторичной профилактики инфаркта миокарда.

Литература.

1. Аверков О.В. Грацианский Н.А., Коваленко Е.В. Нестабильная стенокардия: простейшие маркеры воспаления. // Кардиология. 1995, 9, С.16-27.

2.Афанасьева А.Н. Сравнительная оценка уровня эндогенной интоксикации у лиц разных возрастных групп. // Клин.лаб.диаг.-2004 год- 6-С.11-13.

3. Горбунов А.Э. Гомеопатические САНУМ-препараты в комплексной биотерапии мигрени. //Натуропатия и гомеопатия. 2006. 2. 26-27.

4. Лутай М.И. Атеросклероз: современный взгляд на патогенез. //Укр. кардиол. жур. 2003; 6: 3-11.

5. Малахова М.Я. Метод регистрации эндогенной интоксикации: методические рекомендации. Спб., 1995. 33 с.

6. Медуницын Н.В. Вакцинология. М.: Триада-Х, 1999. 272 с.

7. Насонов Е.Л., Панюгова Е.В., Александрова Е.Н. С-реактивный белок – маркер воспаления при атеросклерозе (новые данные). // Кардиология. 2002; 7; С. 53-62.

8. Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных инфарктом миокарда. М. Москва.1988. 234 с.

9. Рансбергег К., Ной С. Энзимы – ключ к здоровью и долголетию. СПб: Питер Ком. 1999. 192 с.

10. Ролик И.С., Горбунов А.Э. САНУМ-препараты: фармакологический справочник. М.: Натурвита. 2008. 116 с.

11. Ролик И.С., Бахлаев И.Е., Гринёва Е.В. и др. Омелотерапия: комплексное клиническое применение. Руководство для практикующих врачей./ Под общ. ред. И.С. Ролика. Москва: НОЦ НАТУРВИТА. 2005. 448 с.

12. Ролик И.С. Хронические заболевания внутренних органов как инфекционно-токсические процессы. Место вакцинотерапии САНУМ. По материалам научного открытия «Закономерность развития хронических заболеваний органов и систем человека». //Эндобионт. 2008. 1 (2). 3-14.

Гомеопатические САНУМ-вакцины – основа эндоэкологической реабилитации больных с хроническими заболеваниями внутренних органов.

Донченко Е.В.

Клиника экологической медицины человека (г.Санкт-Петербург)

Полноценное здоровье человека невозможно без адекватного состояния защитных систем в организме.

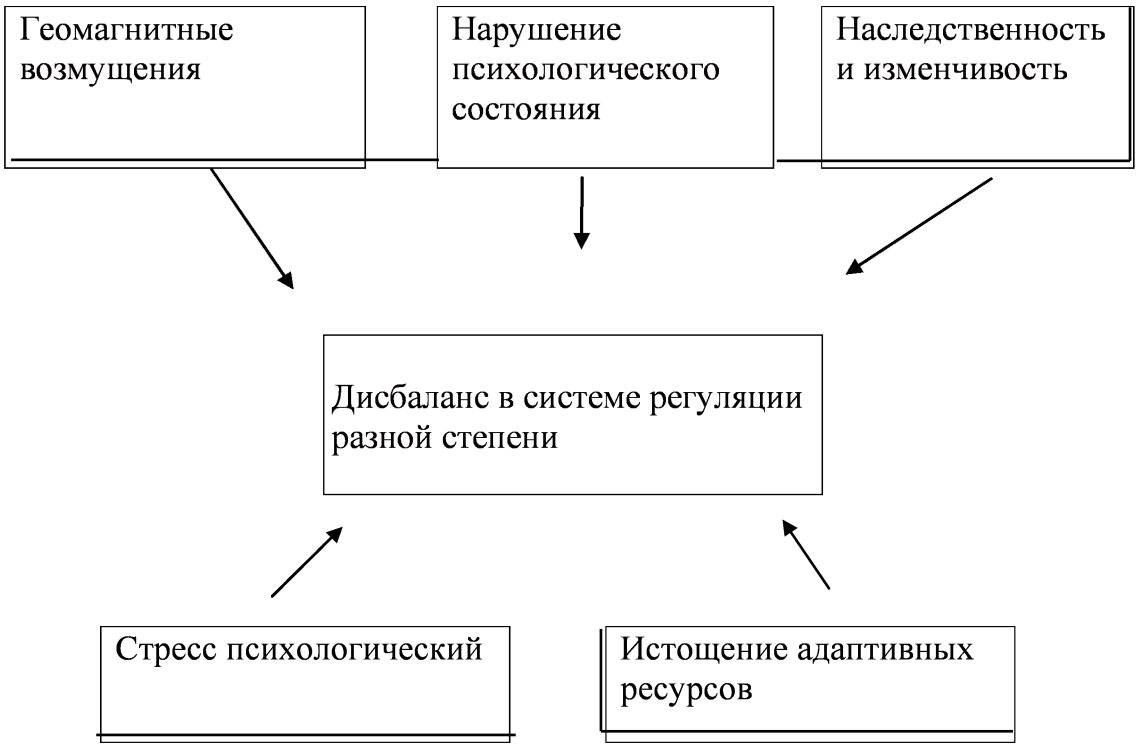


Рис. 1. Факторы, вызывающие расстройство здоровья.

Система регуляции организма подвергается постоянному воздействию природных факторов, таких как изменение уровня магнитного поля, освещенности, влажности, температуры воздуха, особенно ощутимы для человека их резкие колебания. Влияют планетарные процессы, например, лунные циклы, процессы, происходящие на солнце и многие другие физические факторы. Человеческий организм, живущий в этом мире, должен постоянно подстраиваться под эти колебания. Особенно активно на физические факторы воздействия реагирует нервная, гормональная, сердечно-сосудистая системы.

Нормальный адаптивный ресурс организма позволяет нам не замечать этих колебаний (Линде В.А., 1997). Однако, если организм ослаблен, он очень болезненно может отреагировать на эти процессы, вследствие дальнейшего нарушения в системе неспецифической защиты организма. Если учесть, что человек живет во взаимодействии с другими людьми, то к этому процессу присоединяется еще и влияние внутренних психологических комплексов, таких как нелюбовь к себе (очень часто) и, соответственно, недовольство окружающим миром и людьми, их осуждение. Все эти эмоции создают дополнительный прессинг на адаптивный ресурс человека и истощают его.

Характер развивающихся патологических симптомов не в последнюю очередь зависит от наследственной предрасположенности организма к различным видам патологии, то есть наследственная предрасположенность того или иного рода чаще всего определяет – по какому пути пойдет развитие патологического процесса. Не последнюю роль в этом играет и изменчивость, которая расширяет, а при благоприятных условиях сужает перечень патологических расстройств в роду.

Все перечисленные факторы являются мощными рычагами влияния на организм человека и способствуют развитию патологических состояний.

На рис. 2 представлены механизмы, приводящие к патологическим процессам в организме. Так, под действием предрасполагающих факторов, происходит нарушение в системе нейрогуморальной, вегетативной регуляции (Шацилло О.И., 2003). Это приводит к нарушению циркуляторных процессов: страдает лимфо-, кровообращение, движение других жидкостей в организме. Кроме этого, развиваются дискинетические явления, что способствует нарушению выделения секретов из органов, их образующих, а это ведет к застойным явлениям в печени, поджелудочной железе, почках.



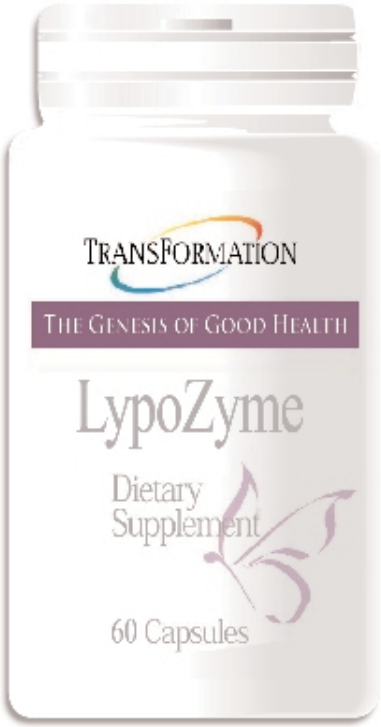
Рис. 2. Механизм реализации патологических факторов в организме, приводящий к развитию болезни.

В организме активируются процессы биохимической агрессии (ПОЛ), истощаются системы защиты, в результате накапливаются токсины в межклеточных пространствах, которые блокируют рецепторный аппарат клетки, нарушая еще больше возможности регуляции, поступление и выведение веществ. А это, в свою очередь, приводит к нарушению синтетических и катаболитических процессов. Клетка страдает от нехватки необходимых нутриентов. В более тяжелых случаях это может приводить к гибели клеток органа и развитию заболевания. На фоне описанных нарушений в организме могут активизироваться различные микроорганизмы, которые изначально не представляли угрозу для здоровья человека, но в ослабленном организме даже дружественная флора может играть роль патогенного фактора.

Исходя из вышеизложенного представления о формировании патологии, нами разработаны следующие направления лечения хронических заболеваний:

1. Программа эндоэкологической реабилитации.
2. Психологическая коррекция.
3. Восполнение дефицита нутриентов.
4. Лечение заболеваний.
5. Поддерживание состояния здоровья.

Работа проводилась в течении 15 лет. Обследовано и пролечено более 10 тысяч пациентов с различными хроническими заболеваниями внутренних органов. Статистическому анализу были подвергнуты 325 человек, из них 75 мужчин, 260 женщин, возрастом от 18 до 92 лет. Длительность наблюдения: от 2-х месяцев до 12 лет. Как правило, у пациентов выявлялось сочетанное хроническое



АКТИВАТОР ЛИПОЛИЗА

Активные компоненты в 1 капсуле

Липаза	6250 ЕД
Амилаза	5000 ЕД
Протеаза 4.5	20000 ЕД

поражение внутренних органов и физиологических систем. В таблице 1 представлено распределение больных в зависимости от преобладающего синдрома.

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от преобладающего синдрома.

Наименование синдрома	Количество больных	Средний возраст, годы M±m	Длительность лечения, месяцы	Длительность наблюдения
Синдром хронической очаговой инфекции	72	28 ± 5,5	2	До 5 лет
Синдром дизгормоноза	85	35 ± 3,8	4	До 8 лет
Синдром аутоинтоксикации	65	40 ±5,3	6	До 10 лет
Синдром дезадаптоза	70	30 ± 3,4	2	До 12 лет
Аутоиммунный синдром	33	25 ± 3,1	2	До 8 лет

Синдром хронической очаговой инфекции (СХОИ) - хронические воспалительные процессы в носоглотке и бронхолегочной системе (хронический гайморит, хронический тонзиллит, хронический фарингит, хронический бронхит, хронический пиелонефрит, хронический холецистит).

Синдром дизгормоноза - различные хронические протекающие процессы в гормональной системе (аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, гипертиреоз, узловые формы поражения щитовидной железы, заболевания паращитовидных желез, надпочечников, молочных желез, гипофиза)

Синдром аутоинтоксикации - нарушения общего характера в виде слабости, снижения работоспособности, расстройств ритма сна, раздражительности, эмоциональной лабильности разной степени выраженности. Причина возникновения – накопление эндогенных токсинов, характерное для любых хронических заболеваний, и как следствие - нарушения дезинтоксикационной функции органов. Наиболее выраженное проявление аутоинтоксикации наблюдается при наличии злокачественной опухоли.

В эту группу объединены пациенты, у которых преобладали жалобы на нарушение общего самочувствия без четко очерченной клиники со стороны различных систем организма.

Синдром дезадаптоза – преобладание жалоб на нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (хронические гастриты, колиты, холецистоангиохолиты, панкреатиты, хронические гепатиты).

Аутоиммунный синдром – ревматоидный полиартрит, СКВ, периартериит, облитерирующий эндартериит сосудов нижних конечностей.

У всех обследованных больных проводилось подробное изучение жалоб, анамнеза, объективных данных, которые сопоставлялись с данными клинических и биохимических исследований, ЭКГ, УЗИ брюшной полости, почек, щитовидной железы, малого таза, у женщин – молочных желёз. Все исследования проводились до начала лечения, далее ежемесячно и по окончании курса терапии.

Перечень обследования больных включал клинические анализы, определение уровней антител к ТПО, тканям щитовидной железы, цитомегаловирусу, вирусу герпеса I, II типа, гельминтам. Исследовался уровень гормонов щитовидной железы, липидограмма, амилаза, печёночные тесты, гомоцистеин, гликолизированный гемоглобин.

Для оценки адаптивного ресурса у больных исследовался характер ПОЛ и состояние антиоксидантных систем, тиолдисульфидного коэффициента как интегрального теста для оценки неспецифической защиты организма, аскорбатной и тиолдисульфидной функций антиоксидантных систем, супероксиддисмутазы (СОД), каталазы (Соколовский В.В., 1996) до начала лечения, через 1 месяц и по окончании курса терапии.

Контрольную группу составили 150 пациентов, использующие стандартную медикаментозную терапию, сопоставимые по характеру патологии, возрасту и полу с исследуемой группой.

Проводимая терапия включала программу эндоэкологической реабилитации на основе



Ощелачивающее средство - аналог “живой воды”

использования следующих методов: гирудотерапии, иглорефлексотерапии, физиотерапии, остеопатические методики, различные виды массажа, психотерапию, системную энзимотерапию (Протеаза фирмы ТЕС, США), гомеопатические микробные вакцины фирмы САНУМ (Германия), натрия тиосульфат, Alkala N, фитопрепараты и нутриенты.

Статистическая обработка производилась при помощи пакетов статистических программ «Microsoft Exel» «Statiska 5.5». Показатели описывались с указанием средней совокупности M±m. Среди методов обработки использовались простая статистика, Т-критерий Стьюдента, корреляционный анализ (методы Пирсона).

Согласно научному открытию (Ролик И.С. и соавт., 2008), многие хронические заболевания внутренних органов представляют собой инфекционно-токсические процессы, адекватно воздействовать на которые возможно только микробными вакцинами, которые являются единственными средствами эффективной элиминации из тканей микробных токсинов и мобилизации иммунного ответа на присутствующие в тканях возбудители болезней. Поэтому включение в программу эндоэкологической реабилитации САНУМ-вакцин являлось патогенетически и этиологически обоснованным.

Использование испытанного метода системной энзимотерапии на основе протеолитических ферментов фирмы ТЕС (США) позволяет восстановить проницаемость гистогематических барьеров, что важно для восстановления дренажной функции организма и элиминации тканевых токсинов. Одновременное проведение гирудотерапии, являющейся синергистом энзимотерапии позволяет эффективно дренировать ткани.

Выведение застойных секретов печени, поджелудочной железы осуществлялось с помощью тюбажей, древнерусской техники массажа внутренних органов.

Коррекция дефицита нутриентов проводилась различными нутрицевтиками. Следует отметить, что это один из наиболее важных элементов терапии после гипертермического кишечного диализа, так как при этом создаются благоприятные условия для активации синтеза необходимых для нормальной работы организма биологически активных веществ.

Такая совокупность перечисленных методов необходима для эффективного купирования функциональных расстройств или начальных проявлений органических поражений внутренних органов.

Обязательный элемент программы - внутривенное введение натрия тиосульфата, обладающего иммуномодулирующим, антиоксидантным, противовоспалительным, противовирусным и антифибротическим эффектом, а также ощелачивающими свойствами. Его ощелачивающее действие усиливает препарат Alkala N – эффективное средство ликвидации закисления. Натрия тиосульфат обладает способностью выводить радионуклиды и соли тяжелых металлов, что также создаёт благоприятные условия для восстановления здоровья.

Психокоррекция являлась неотъемлемым элементом разработанной программы.

Длительность терапии составляла от 1 до 6-8 месяцев, в зависимости от тяжести и длительности заболевания.

Результаты и их обсуждение.

Для изучения закономерностей адаптивных возможностей организма, характера течения патологического процесса при хронических заболеваниях внутренних органов было использовано исследование неспецифической резистентности организма путём изучения особенностей тиолдисульфидного теста с оценкой тиолдисульфидного соотношения в окислительно-восстановительных процессах. Оценивались также суммарно процессы пероксидации липидов (ПОЛ), белков, с точки зрения их негативного влияния.Система антиоксидантной защиты (АОС) изучалась по уровню SH- и SS- групп тиолдисульфидной системы, аскорбатной системы, ферментов СОД, каталазы (Дадали В.А., 1990).

В таблице 2 представлены сравнительные итоговые биохимические данные у больных с хроническими заболеваниями внутренних органов и группой сравнения.



Таблица 2. Оценка динамики процессов ПОЛ и активности антиоксидантных систем у больных с хроническими заболеваниями внутренних органов

Показатели	До лечения	Норма	До лечения
Аскорбатная АОС			
Коэффициент Вср/Оср	0,47*± 0,04	0,65-0,85	0,51 ± 0,062
Тиолдисульфидная АОС			
SH, мМ/л	1,12 ± 0,2	1,0 – 1,25	1,18 ± 0,03
SS, мМ/л	0,5* ± 0,01	0,35 – 0,44	0,39 ± 0,015
Пероксидация белков			
SH, мМ/л	6,73* ± 0,21	8,5 – 12,0	7,09 ± 0,43
SS, мМ/л	2,54*± 0,18	3,2 – 4,8	2,56 ± 0,24
ТДК	2,65 ± 0,11	2,6 – 3,6	2,84 ± 0,2
ПОЛ, мМ/л	0,12*± 0,003	0,04 – 0,085	0,09± 0,003
Активность ферментов антирадикальной защиты			
СОД, ед.акт/г сек.	28,47 ± 2,9	30,0 – 37,0	34,59 ± 3,3
Каталаза,мМ/г сек.	657,18 ± 27,19	405,0 – 640,0	712,0 ± 37,2

* - P>0,005
В ср. - среднее значение восстановленных форм аскорбиновой кислоты
О ср. - среднее значение окисленных форм аскорбиновой кислоты
Вср/Оср – коэффициент, отражающий состояние аскорбатной АОС

У больных хроническими заболеваниями в начале лечения отмечалась активация процессов агрессии в виде увеличения продуктов ПОЛ (0,12* ± 0,003) при норме (0,04 – 0,085). В то же время отмечалось снижение уровня как окисленных SS (2,54* ± 0,18), так и восстановленных SH (6,73* ± 0,21) групп, что скорее всего говорит о дефиците белка в организме. При этом значение тиолдисульфидного коэффициент SH/SS, который отражает состояние окислительно-восстановительного потенциала в целом, находится на нижних значениях нормы (2,65 ± 0,11) при норме (2,6 – 3,6).
Также наблюдалось достоверное снижение активности СОД - главного фермента антиоксидантной защиты (28,47 +/- 2,9) при норме (30,0-37,0), активности аскорбатной (Вср/Оср 0,047 ± 0,04) при норме (0,65-0,85) и тиолдисульфидной АОС (SH/SS 2,5* ± 0,15) при норме (2,8 – 3,4). Отмечалась тенденция к повышению каталазы (657,18 ± 27,19) при норме (405,0 – 640,0).
В процессе проводимого лечения на фоне активации защитных систем: обнаружена достоверная нормализация уровня СОД (34,59 ± 3,3), тиолдисульфидной АОС (коэффициент SH/SS - 3,05 ± 0,19), отмечалось снижение агрессивности перекисных процессов ПОЛ (0,09 ± 0,003), повышение восстановительного потенциала, тенденция к увеличению тиолдисульфидного коэффициента (ТДК - 2,84 ± 0,2), активности каталазы (712,0 ± 37,2).
Если рассматривать соотношение факторов агрессии и защиты, необходимо отметить следующие особенности: при наличии тяжелой патологии у больных часто наблюдаются невысокие значения ПОЛ и снижение уровня СОД, снижение активности тиолдисульфидной и аскорбатной АОС, снижение значения ТДК. Это свидетельствует о выраженных нарушениях в системе адаптации.
На фоне выполнения программы эндоэкологической реабилитации наблюдаемое улучшение самочувствия и нормализация лабораторных показателей сопровождались, в первую очередь, увеличением восстановительного редокс-потенциала антиоксидантных систем, что говорит в пользу активации неспецифической резистентности и является прогностически хорошим признаком.
С другой стороны, недостаточная активность аскорбатной, тиолдисульфидной систем, СОД и т.д. часто обусловлена дефицитом тех или иных минералов (Zn, Cu, селен, Mn), витаминов, белков и восполнение дефицита нутриентов дает возможность организму восстановить нарушенное равновесие между процессами агрессии и защиты.
Низкая активность АОС может быть связана с потреблением этих веществ в реакциях пероксидации и дефицита их в организме вследствие недостаточного

поступления и всасывания. Отсюда становится совершенно обоснованно одно из направлений предлагаемого лечения: коррекция дефицитных состояний с использованием нутрицевтиков.

В контрольной группе больных, получавших медикаментозную терапию, дисбаланс в системе пероксидации и антиоксидантной защиты, отмечавшийся до лечения сохранялся и даже усугублялся в процессе лечения. Так, при повышенных значениях ПОЛ (0,11 ± 0,005), отмечалась дальнейшая достоверная депрессия тиолдисульфидной АОС (SH/SS - 2,3 ± 0,16), аскорбатной АОС (0,55 ± 0,03), СОД (27,2 ± 2,5), сохранялся повышенный уровень каталазы (738,7 ± 22,9).

Анализ клинических, биохимических параметров в процессе лечения также свидетельствует о положительной динамике, то есть клиническое улучшение сопровождается нормализацией лабораторных параметров. Аналогичные результаты получены по данным инструментального обследования.

В таблице 3 представлены данные эффективности предлагаемого подхода к лечению при хронических заболеваниях внутренних органов. Как видно, эффективность очень высокая – более 95%. Следует заметить, что более низкий (80), процент успеха терапии связан с прекращением лечения раньше предполагаемого курса по разным причинам, а чаще – с неполным обследованием, когда пациенту становится лучше и он отказывается от проведения повторных исследований. По данным таблицы 3 можно провести сравнительную оценку эффективности лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта при 2-х подходах к лечению.

В исследуемой группе были 70 человек возрастом от 18 до 55 лет, средний возраст - 35,0 + 3,5 лет, в контрольной группе - 53 человека в возрасте от 18 до 60 лет, средний возраст - 43,5 + 5,3 лет. Все пациенты имели сочетанные виды патологии, например, заболевания желудка, печени, поджелудочной железы и кишечника. Поэтому процент отражает частоту тех или иных патологических состояний, а не отдельно взятых пациентов. Когда в организме выявляется патология какого-то одного органа, обязательно имеет место поражение других органов или функциональных систем с разной степенью проявлений. Следует заметить, что невысокая эффективность в лечении заболеваний ЖКТ в группе сравнения привела к тому, что через один месяц эти больные были переведены на терапевтические методики экологической медицины человека.

Таблица 3. Сравнительная эффективность лечения хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта при различных способах лечения.

Преобладающий синдром нарушений ЖКТ	Частота регистрации болезненных состояний в %	Контрольная группа, % эффективности	Исследуемая группа, % эффективности
Хр. гастрит с гипоацид. синдромом	30	40	100
Хр. гастрит с гиперацид. синдромом	70	20	92
Язвенная б-нь (12-пер. киш.)	12	50	100
Язвенная б-нь желудка	10	40	100
Хр. холецисто-ангиохолит, холецистит	88	42	100
ЖКБ	55	40	78
Хр. панкреатит	80	30	89
Хр. гепатит	20	22	90
Хр. колит атонич.	63	42	88
Хр. колит спастич.	47	58	100
Всего больных		*53 чел*	*70 чел*

Таким образом, сопоставляя эффективность медикаментозного лечения и лечения, основанного на методах экологической медицины, очевидно, что эффективность разработанного подхода существенно выше.

Таблица 4. Эффективность лечения хронических заболеваний внутренних органов с использованием методов экологической медицины.

Синдром	Всего больных	% от общего кол-ва больн.	Улучшение параметров, %		
			Субъективное	Лабораторн.	Инструмент.
Хронические очаговые инфекции	72	22,1	100	100	70
Дизгормоноз	85	26,1	98	90	67
Синдром дезадаптации	65	20	100	93	80
Синдром аутоинтоксикации	70	21,5	100	89	79
Аутоиммунный синдром	33	12	100	95	90
Всего	*325*	*100*	*В среднем - 99%*	*В среднем - 92%*	*В среднем - 78%*

В таблице 4 приведены данные эффективности лечения хронических заболеваний внутренних органов с использованием методов экологической медицины, которые свидетельствуют о том, что при всех описанных синдромах субъективное улучшение отметили практически 99% больных. Это субъективное улучшение было подтверждено положительной лабораторной динамикой в 92% случаев и инструментальной – в 78% случаев.

По окончании лечебного курса больному предлагался комплекс для поддержания состояния здоровья и профилактики новых обострений хронических заболеваний внутренних органов. В него входили продолжение совместной работы с психологом, различные массажи, лечебная физкультура, йога, СПА-процедуры, восполнение дефицита нутриентов.

Таким образом, разработанная комплексная программа экологической медицины, которая включает методы эндоэкологической реабилитации на основе гипертермического кишечного диализа и гомеопатических САНУМ-вакцин, других природных средств и методов (гирудотерапии, остеопатических методик, массажа, психотерапии, системнай энзимотерапии Протеаза, Alkala N, натрия тиосульфата, фитопрепаратов и нутриентов), позволяющих эффективно лечить многие хронические заболевания, ликвидирующих эндогенную интоксикацию, восстанавливающих механизмы саморегуляции и саногенеза организма.

Безопасность программы эндоэкологической реабилитации основывается на использовании природных средств и методов, действие которых направлено на ощелачивание внутренней среды, восстановление проницаемости гистогематических барьеров, элиминацию тканевых токсинов через органы выделения, восстановление саморегулирующих свойств организма, а также на основе использования современных клинических, инструментальных, биохимических и лабораторных методов мониторинга состояния в процессе восстановительного лечения.

Эффективность сочетанного применения немедикаментозных средств превосходит стандартные комплексные методы в лечении следующей наиболее распространённой внутренней патологии: хронические очаговые инфекции, аутоиммунные и аллергические заболевания, хронические воспалительные заболевания желудка, желчевыводящих путей, кишечника, поджелудочной железы, синдром дезадаптации и др.

Комплексное использование средств и методов экологической медицины позволяет не только эффективно лечить ряд заболеваний внутренних органов, но и в большинстве случаев предотвращает развитие обострений хронических болезней, увеличивает безрецидивный период, а также купирует побочные эффекты фармакотерапии.

Литература.

1. Донченко Е.В. Средства и методы экологической медицины в лечении и профилактике хронических заболеваний внутренних органов. Автореферат научных работ на соискание учёной степени доктора медицинских наук. 2008. Санкт-Петербург. 31 с.

2. Ролик И.С. Хронические заболевания внутренних органов как инфекционно-токсические процессы. Место вакцинотерапии САНУМ. По материалам научного открытия «Закономерность развития хронических заболеваний органов и систем человека». //Эндобионт. 2008. 2. 3-9.

3. Ролик И.С., Горбунов А.Э. САНУМ-препараты: фармакологический справочник. М.: Натурвита. 2008. 116 с.

4. ТЕС: Препараты фирмы Transformation Enzyme Corporation (ТЕС), США. Ферментные комплексы растительного и микробного происхождения. М.: НОЦ НАТУРВИТА. 2005. 18 с.

Биотерапия абдоминального ожирения на фоне инфекционно-токсических процессов

Княжеченко Е.В.

Кафедра гомеопатии РУДН

Одной из наиболее острых проблем современной медицины является ожирение. Особую опасность представляет собой центральный, или висцеральный, тип ожирения с преимущественным отложением жира в абдоминальной области (1). Пациенты с абдоминальным типом распределения жировой ткани входят в группу риска развития метаболического синдрома, так как повышение количества висцерального жира сочетается со многими нарушениями углеводного, липидного и гормонального обмена веществ (3). В частности, у таких пациентов: повышены показатели глюкозы и инсулина в крови, повышены концентрации липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов (ТГ). Характерны также изменения гормонального профиля. Повышены уровни маркеров воспаления.

Особенностью нарушений углеводного и жирового обмена является их длительное бессимптомное течение. Поэтому практическое значение имеет своевременное выявление метаболических расстройств, предшествующих развитию заболеваний.

На I Международном конгрессе по проблеме «преддиабета» и метаболического синдрома в 2005 г. были представлены новые критерии ранней диагностики заболевания.

Центральное ожирение определяется как окружность талии > 94 см у мужчин и > 80 см у женщин, и соотношение объема талии к объему бедер >0,9 у мужчин и >0,8 у женщин, а также два из следующих четырех факторов:

-повышение триглицеридов ≥ 1,7 ммоль/л,

-снижение холестерина липопротеидов высокой плотности < 1,0 ммоль/л у мужчин и < 1,3 ммоль/л у женщин,

-повышение артериального давления > 130/85 мм рт.ст

-повышение уровня гликемии в плазме натощак ≥5,6 ммоль/л или диагностированный ранее сахарных диабет 2 типа.

В ходе нашего исследования было выявлено, что данные лабораторных анализов могут находиться у верхних или нижних границ возрастной нормы, не выходят за их пределы и не соответствуют значениям факторов, определяющих наличие метаболического синдрома, принятых на Международном конгрессе по преддиабету. Поэтому основной акцент при установлении риска развития метаболических нарушений следует делать на наличие абдоминального (висцерального) ожирения, что определяется по объему талии и соотношению окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Метаболически активный живот у женщин – это ≥ 80 сантиметров, а у мужчин ≥ 94 сантиметров. Соотношение ОТ/ОБ ≥0,9 у мужчин и ≥0,8 у женщин означает преимущественное расположение жировой ткани в абдоминальной области, и служит основанием для включения этих пациентов в группу риска метаболических нарушений.

Объектом настоящего исследования явились 60 пациентов в возрасте от 18 до 80 лет с абдоминальным типом распределения жировой ткани. Основными показателями для включения в группу исследования явились антропометрические показатели метаболических нарушений: окружность талии (ОТ) >80 см у женщин, ОТ > 90 см у мужчин, и жалобы на частые простудные заболевания и аллергические проявления различного характера.

Все пациенты предъявляли различные жалобы: на быструю утомляемость (86%), нестабильное давление (76%), головную боль (85%), изжогу (20%), тошноту (15%), нерегулярный стул (58%), повышенное газообразование (39%), выраженную потливость (15%), болевой синдром в суставах и мышцах (68%), хронический респираторный синдром (насморк, приступы кашля с астматическим компонентом) (16%), различного рода аллергии (45%).

По результатам комплексного обследования и подбора препаратов назначалась противовоспалительная и десенсибилизирующая биотерапия:

1. Гомеопатические микробные вакцины САНУМ - внутримышечные инъекции по схеме К.Вертмана (Wertmann K., 2003). В течение первой недели - Notakehl, Quentakehl, через 1 неделю дополнительно – Mucokehl с синергистом Sanuvis, и Nigersan с синергистом Citrokehl; через 2 недели дополнительно добавлены Utilin S и Latensin, Sanukehl Salm, Prot, Staph, Cand (выбор препаратов осуществлялся на аппарате NLS-диагностики).
2. Антигельминтный препарат Okoubasan (Sanum).
3. Ощелачивающие препараты – Alkala N, T.
4. Ферментные фитопрепараты, пробиотики: BalansZyme, Probiotic, Protease IFC.
5. Питание – гипокалорийное, с ограничением простых углеводов, белков и жиров животного происхождения.
6. Длительные пешие прогулки.
7. Скипидарные смешанные ванны - 2 раза в неделю.

У всех обследуемых лиц до лечения проводились общепринятые методы клинического обследования, включающие в себя анализ жалоб и анамнестических данных, физикального обследования, клинический минимум, биохимическое исследование крови с определением уровня общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), коэффициента атерогенности (КА), триглицеридов(ТГ). Определялись уровни С-реактивного белка, лимфоцитов, эозинофилов.

В исследовании наблюдалась положительная связь между значениями индекса массы тела, окружностью талии, отношением ОТ/ОБ и повышенным общим холестерином, ЛПНП, уровнями триглицеридов, уровнями С-реактивного белка. Отрицательная связь отмечена между концентрациями СРБ и Х-ЛПВП. О нарушении метаболических процессов и снижении дезинтоксикационной функции печени свидетельствовало повышение амилаз печени: АлАТ и АсАТ. Развитие синдрома воспаления определялось высоким содержанием С-реактивного белка, лимфоцитов, эозинофилов, СОЭ. Эти показатели используются как индикаторы наличия субклинического инфекционного процесса (табл. 1).

Таблица 1. Метаболические показатели у пациентов с нормальной и повышенной массой тела до начала противовоспалительного лечения.

Показатели	Пациенты с нормальной массой тела ИМТ< 25 (n=12)	Пациенты с повышенной массой тела ИМТ> 25 (n= 48)
ОТ, см (Ж)	82,1 ±1,50	92,5±5,50
ОТ, см (М)	89,3 ±3,62	105±3,04
ОТ(средн), см	85,7±2,56	99,5±4,45
ОТ/ОБ (Ж)	0,85±0,03	0,92±0,05
ОТ/ОБ (М)	0,99±0,04	1,11±0,06
ОТ/ОБ (средн)	0,92±0,03	1,15±0,05
Триглицериды, ммоль/л	2,15±0,24	3,49±0,09
Холестерин, ммоль/л	5,14±0,17	6,25±0,11
ХсЛипопротеиды высокой плотности, ммоль/л	1,55±0,09	1,45±0,08
ХсЛипопротеиды низкой плотности, ммоль/л	3,99±0,12	4,46±0,09
Коэффициент атерогенности	2,82±0,09	2,93 ±0,07
С-реактивный белок, мг/л	3,95±0,14	4,10±0,13
АлАТ, ммоль/л	28,21±3,44	35,02±1,06
АсАТ, ммоль/л	25,75±2,83	32,23±0,99
Лимфоциты, %	41,3±0,09	48,04±0,43
Эозинофилы, %	4,97±0,06	5,83±0,65
СОЭ, мм/час	8,7±0,31	9,8 ±0,49

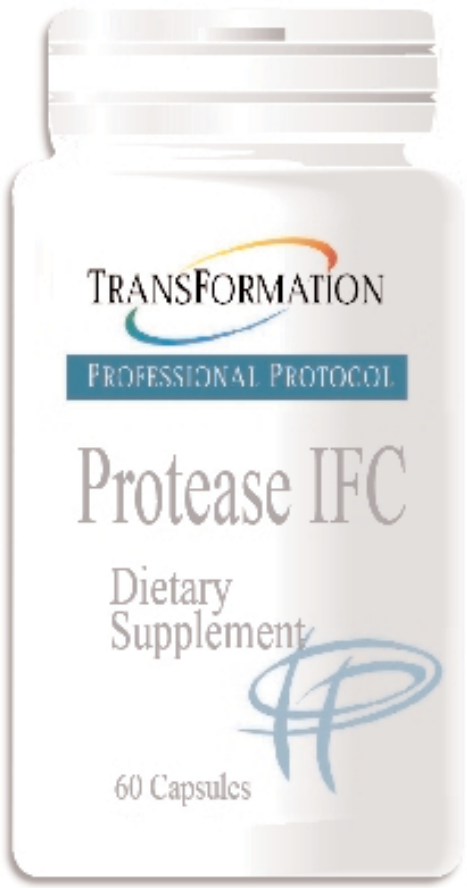
После проведенного лечения изменения липидного обмена характеризовались снижением триглицеридов (на 20%), общего холестерина (на 12%) и Х-ЛПНП (на 15%), коэффициента атерогенности (на 15%) (табл. 2). Положительные сдвиги в результатах анализов были достигнуты в результате противовоспалительного и антибактериального лечения. Снижение процессов воспаления подтверждается снижением уровня АлАТ на 30%, АсАТ на 32%, СОЭ снизилось на 40%, уровень С-реактивного белка уменьшился на 25%. Терапия противовоспалительными средствами природного происхождения приводила к снижению антропометрических показателей ОТ - на 10%, ОТ/ОБ – на 7-10%.

Таблица 2. Динамика показателей метаболических процессов и уровней маркеров воспаления в результате лечения средствами природного происхождения.

Показатели	Пациенты с нормальной массой тела, ИМТ < 25 (n=12)	Пациенты с повышенной массой тела, ИМТ > 25 (n= 48)
ОТ, см (Ж)	74,1 ±3,50*	83,5±5,50*
ОТ, см (М)	82,3 ±3,22*	95,2±4,09*
ОТ (сред), см	78,2±3,36*	89,35±0,23*
ОТ/ОБ (Ж)	0,80±0,09*	0,83±0,14*
ОТ/ОБ (М)	0,94±0,08*	0,98±0,29*
ОТ/ОБ (средн)	0,87±0,08*	0,90±0,21*
Триглицериды, ммоль/л	1,59±0,45*	2,87±0,12*
Холестерин, ммоль/л	4,53±0,18*	5,87±0,34*
ХсЛипопротеиды высокой плотности, ммоль/л	1,66±0,25*	1,51±0,09*
ХсЛипопротеиды низкой плотности, ммоль/л	3,32±0,25*	3,83±0,15*
Коэффициент атерогенности	1,99±0,05*	2,39 ±0,09*
С-реактивный белок, мг/л	2,58±0,16*	2,79±0,39*
АлАТ, ммоль/л	19,21±3,52*	25,34±2,65*
АсАТ ммоль/л	16,87±1,54*	21,45±1,76*
Лимфоциты, %	31,6±0,12*	37,04±0,35*
Эозинофилы, %	3,56±0,18*	4,76 ±0,87*
СОЭ, мм/час	5,01±0,25*	5,58 ±0,65*

*- достоверность изменений относительно исходных данных.

Противовоспалительное средство



Активные компоненты	**в 1 капсуле**
Витамин А(100% бета каротин)	900 ЕД
Витамин С (аскорбат магния)	9 мг
Витамин Е (d-альфа токофериловый сукцинат)	2 ЕД
Кальций (цитрат кальция)	0.567 мг
Магний (аскорбат магния)	3.12 мг
Цинк (цитрат цинка)	0.468 мг
Селен (цитрат селена)	16 мкг
Протеаза 4.5	58359 ЕД
Водоросль ламинария	80 мг
Бета-каротин	7900 ЕД
Ирландский мох	50 мг
Рутин	43.9 мг
Экстракт виноградных косточек	22.8 мг
Кверцетин	21.6 мг
Аскорбат магния	3.12 мг
Липоевая кислота	8 мг
Цитрусовые биофлавоноиды	7.8 мг
Плоды шиповника	7.8 мг
Супероксиддисмутаза	51.3 ЕД
Гесперидин 25%	1.56 мг
Куркумы корень	3.9 мг
Цитрат селена	16 мкг
L-глутатион	2.6 мг
Азиатский женьшень	2 мг
Элеутерококк	2 мг
Коэнзим Q10	1.6 мг
Лист гингко билоба	1.56 мг
Экстракт зелёного чая	1.56 мг
Лютеин 5%	1.56 мг
Каталаза	26 ЕД
Льняное масло	0.8 мг
Ликопин 5%	25 мкг
Экстракт гингко билоба	0.3 мг

Точно охарактеризовать состояние организма при обращении пациента с многочисленными жалобами и неэффективности проводимого ранее лечения, можно при помощи новых информационных технологий (7). При помощи NLS-диагностики можно идентифицировать этиологический фактор заболевания, установить первичность очага функционального нарушения, определить распространенность патологических процессов в разных органах и системах.

В память компьютера записано значительное количество патологических процессов с учетом степени выраженности возрастных, половых и других вариаций. Сняв частотные характеристики с биологического объекта, исследовательская аппаратура может сравнить их по величине спектрального сходства с эталонными процессами (здоровые, патологически измененные ткани, инфекционные агенты) и выявить наиболее близкий патологический процесс или тенденцию к его возникновению (6).

При обследовании пациентов с абдоминальным ожирением методом биорезонансной диагностики на аппарате «Метатрон» были выявлены нарушения со стороны различных органов и систем. Заболевания органов пищеварения у пациентов с абдоминальным ожирением представлены следующим образом: заболевания печени и билиарного тракта выявлены в 85% случаев, патологические изменения со стороны желудка – у 78% обследуемых, со стороны 12-перстной кишки – у 66%. Патология поджелудочной железы выявлена у 72% пациентов, при этом диагноз «инсулиннезависимый сахарный диабет» встречался в 42%, воспалительные процессы кишечника выявлены в 55% случаев, дискинезии толстого кишечника – у 45%.

Кроме того, у пациентов выявлялись нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: аритмия (35%), вегето-сосудистая дистония (67%), гипертоническая болезнь (23%), облитерирующий эндартериит (15%), атеросклероз (43%), ишемическая болезнь (18%).

Со стороны мочеполовой системы обнаружены следующие заболевания: хронический пиелонефрит (25%), эндоцервицит (79% женщин), миома матки (48% женщин), фиброаденома молочной железы (42% женщин), простатит (69% мужчин), аденома предстательной железы (21% мужчин).

Заболевания щитовидной железы были представлены следующими диагнозами: аутоиммунный тиреоидит (35%), диффузный зоб (76%), гипотиреоз (69%), узловой токсический зоб (15%), аденома щитовидной железы (18%). Согласно открытию Ролика И.С. и соавт. (2008), большинство хронических заболеваний представляют собой органораспространенный полисистемный тропнофиксированный хронический инфекционный процесс (10). Возбудитель персистирует на клинически подпороговом уровне, постепенно поражая разные органы и системы. Все остальные внешние и внутренние возмущения играют роль ускорителей-синергистов развития патологических изменений в организме. Многие авторы называют ожирение хроническим заболеванием (5), в некоторых работах говорится о том, что хроническая активация иммунной системы развивается раньше, чем ожирение (Wellen & Hotamisligil, 2005). Это подтверждает роль скрытого инфекционного процесса в развитии ожирения. В настоящее время в литературе появляются данные о роли аденовирусных инфекций в этиологии ожирения (Atkinson R.L., 1997, Vangipuram S.D. et al., 2004, Leach D. Whigham et al., 2006). Понятие метаболическая причинность ожирения утрачивает смысл при достоверности множества выявленных метаболических сдвигов, являющихся следствием влияния на организм инфекционного начала.

Для выявления этиологического начала при диагностике заболеваний внутренних органов и абдоминального ожирения использовались тест-системы идентификации возбудителей вирусной и бактериальной природы.

Для идентификации инфекционных возбудителей в организме человека использовались тест-системы в виде вакциноподобных средств сверхмалой концентрации производства немецких фирм Sanum, Heel. Такая вакцина или нозод, позволяющий идентифицировать персистенцию патогенного микроорганизма у пациента, является для него же и лечебным средством (20). Поэтому при обследовании сразу определялась схема лечения.

У всех пациентов при первичном обследовании выявлены и идентифицированы инфекционные возбудители, вызывавшие распространенные поражения органов и тканей: adenovirus встречался у 70% пациентов, streptococcus bovis у 20%, streptococcus haemolyticus у 10%, staphylococcus aureus у 40%, escherichia coli – у 25%, pseudomonas aerugenosa у 60%, ureaplasma urealiticum у 80%, enterococcum faecum у 20%, opistorhis felineus у 65%, lamblia intestinalis у 25%, cytomegalovirus у 15%, proteus vulgaris у 5% обследуемых лиц, а также встречались глистные инвазии в 29% случаев. Примерно в половине случаев выявлялась комбинация из 2-х возбудителей (бактерия + бактерия, бактерия + вирус, вирус + вирус), действующих на организм как синергическое этиологическое начало. У пациентов, имеющих ИМТ>25, выявлялось значительно больше патогенных возбудителей и их сочетаний (табл.3).

Учитывая открытие Эндерляйна (11) и его теорию о том, что под воздействием негативных внешних факторов внутренняя среда организма может изменяться, и это стимулирует развитие симбионтов в паразитные, патогенные формы, такие как вирус, бактерия и гриб, которые вызывают клинические симптомы болезней, мы можем воздействовать этиопатогенетически на метаболические нарушения, происходящие при ожирении. Изопатические препараты обладают способностью изменять патогенность бактерии, преобразуя ее в другую стадию развития в цикле, которая, с одной стороны, уже не является патогенной, а с другой стороны, при применении определенного иммунобиологического препарата может дополнительно оказывать и иммунологическое действие (20). Кроме того, вакцинные препараты связывают и инактивируют микробные токсины и метаболиты, стимулируют микроциркуляцию, устраняют закисление тканей, восстанавливают состояние клеточных мембран и эффективность ферментов и гормонов.

Таблица 3. Соотношение показателей антропометрических данных, маркеров воспаления и присутствия возбудителей инфекционных заболеваний и гельминтов.

Показатели	Пациенты с нормальной массой тела ИМТ< 25 (n=12)	Пациенты с повышенной массой тела ИМТ> 25 (n= 48)
ОТ, см (Ж)	82,1 ±1,50	92,5±5,50
ОТ, см (М)	89,3 ±3,62	105,1±3,04
ОТ(средн), см	85,17±2,56	98,25±4,45
ОТ/ОБ (Ж)	0,85±0,03	0,92±0,05
ОТ/ОБ (М)	0,99±0,04	1,11±0,06
ОТ/ОБ (средн)	0,92±0,03	0,96±0,05
СРБ, мг/л	3,95±0,14	4,10±0,13
АлАТ, ммоль/л	28,21±3,44	35,02±1,06
АсАТ, ммоль/л	25,75±2,83	32,23±0,99
Лимфоциты, %	41,3±0,09	48,04±0,43
Эозинофилы, %	4,97±0,06	5,87 ±0,65
СОЭ, мм/час	8,95±0,31	12,98 ±0,89
Возбудители инфекционных заболеваний и глистных инвазий	Adenovirus (59%) Staphylococ. aureus (16%),Streptococ. pneumonia (12%), Ureaplasma urealiticum (38%), Pseudomonas aerogenes (21%),Varicella Zoster (3%), Ancilostoma duodenale (12%),Candida albicans (10%), Opistorhis felineus (19%), Lamblia intestinalis (16%), Ascaris lumbricoides (10%).	Adenovirus (81%),Papillomavirus (68%), Toxoplasma gondi (59%), Staphylococ. aureus (49%), Streptococ. pneumonia (32%), Streptococcus haemolyticus (46%), Streptococcus bovis (20%), Ureaplasma urealiticum (75%), Chlamidia trachomatis (15%), Varicella zoster (15%), Pseudomonas aeruginosa (46%),Varicella Zoster (5%), Echerichia coli (45%), Enterococcum faecum (25%), Proteus vulgaris (26%), Shigella sonney (49%), Ancilostoma duodenale (35%), Candida albicans (28%), Opistorhis felineus(45%), Lamblia intestinalis (27%), Ascaris lumbricoides (19%).

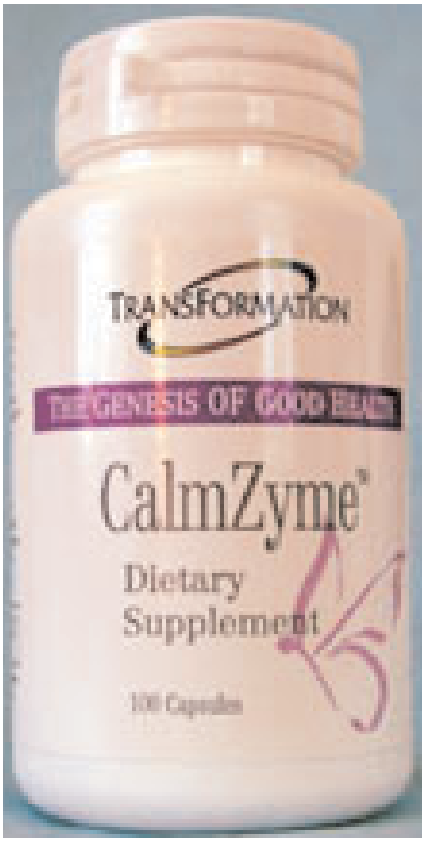
После приведенной схемы лечения происходило освобождение организма от возбудителя (возбудителей) с нормализацией функций нескольких заинтересованных органов и систем с исчезновением болезненной симптоматики в 85% случаев. При далеко зашедших патологических процессах происходила значительная редукция болезненных проявлений с достижением стойкой ремиссии (26%). Случаи лечения больных без улучшения их состояния в исследованной выборке отсутствовали.

Противовоспалительное и антибактериальное лечение на основе микробных вакцин значительно сократило количество инфекционных возбудителей (табл. 4). На снижение воспалительного синдрома указывало уменьшение содержания С-реактивного белка - на 30%, снизилось количество лимфоцитов и СОЭ. Восстановление дезинтоксикационных свойств и метаболизма печени подтверждается снижением уровней амилаз на 25%. Эффективность восстановления метаболических процессов подтверждается также динамикой антропометрических данных - снижением объемов талии на 10%, уменьшением отношения ОТ/ОБ на 7%.

Таблица 4. .Динамика показателей антропометрических данных, маркеров воспаления и количества возбудителей инфекционных заболеваний и гельминтов.

Показатели	Пациенты с нормальной массой тела ИМТ< 25 (n=12)	Пациенты с повышенной массой тела ИМТ> 25 (n= 48)
ОТ, см (Ж)	74,1 ±3,50*	83,5±5,50*
ОТ, см (М)	82,3 ±3,22*	95,2±4,09*
ОТ (сред), см	78,2±3,36*	89,35±0,23*
ОТ/ОБ (Ж)	0,80±0,09*	0,83±0,14*
ОТ/ОБ (М)	0,94±0,08*	0,98±0,29*
ОТ/ОБ (средн)	0,87±0,08*	0,90±0,21*
СРБ, мг/л	2,58±0,16*	2,79±0,39*
АлАТ, ммоль/л	19,21±3,52*	25,34±2,65*
АсАТ, ммоль/л	16,87±1,54*	21,45±1,76*
Лимфоциты, %	31,6±0,12*	37,04±0,35*
Эозинофилы, %	3,56±0,18*	4,76 ±0,87*
СОЭ, мм/час	5,01±0,25*	5,58 ±0,65*
Возбудители инфекционных заболеваний и глистных инвазий	Adenovirus (8%), Ureaplasma urealiticum (16%), Pseudomonas aerogenes (5%), Opistorhis felineus (7%), Lamblia intestinalis (1%), Ascaris lumbricoides (2%).	Adenovirus (13%), Papillomavirus (25%), Toxoplasma gondi (11%), Staphylococ. aureus (9%), Streptococcus haemolyticus (5%), Ureaplasma urealiticum (25%), Pseudomonas aeruginosa (15%), Echerichia coli (3%), Shigella sonney (9%), Ancilostoma duodenale (3%), Opistorhis felineus(12%), Lamblia intestinalis (3%), Ascaris lumbricoides

*- достоверность изменений относительно исходных данных (по сравнению с табл.).



ТРАНКВИЛИЗАТОР

Активные компоненты	**в 1 капсуле**
Амилаза	2500 ЕД
Протеаза	3600 ЕД
Целлюлаза	160 ЕД
Липаза	10 ЕД
Валериана (корень)	150 мг
Хмель (цветки)	77 мг
Шлемник (надземная часть)	75 мг
Дикий салат-латук (лист)	25 мг

Субъективно, кроме уменьшения объемов талии, отмечались улучшение внешнего вида, прилив сил, повышение физической и умственной работоспособности, улучшение сна. Пациенты отмечали снижение аллергических проявлений (конъюнктивитов, ринита, дерматитов, прекращали беспокоить астматические приступы), восстановление нормальной работы кишечника, отсутствие головных болей, потливости, болей в суставах и мышцах, стабилизацию давления.

Пример обследования и лечения мужчины с абдоминальным распределением жировой ткани, С. 37 лет.

При обращении предъявлял жалобы на увеличение веса, увеличение объемов живота, повышенную утомляемость, бессонницу, изжогу, боли в области сердца, хронический аллергический ринит, проявления дерматита на лице, перхоть, иногда учащенное сердцебиение, боли в области живота. Придерживается здорового образа жизни (не курит, не пьет, ограничивает себя в калорийной пище, регулярно посещает спортзал). Несмотря на физическую нагрузку, вес не снижается.

При антропометрическом обследовании выявлено увеличение ИМТ=32,5, ОТ=110см, ОТ/ОБ=1,09. Эти данные свидетельствуют о наличии метаболических нарушений.

При NLS-диагностике выявлено спектральное сходство с эталонными процессами:

Аллергический васкулит D=0,452
Вегето-сосудистая дистония D=0,308
Гастрит D=0,265
Гипотиреоз D = 0,395
Гепатит токсический D=0,387
Диффузный зоб D=0,310
Инсулинонезависимый сахарный диабет D=0,320
Облитерирующий эндартериит D=0,415
Ожирение D = 0,395
Простатит D= 0,288
Ринит D= 0,315
Тонзиллит D= 0,369
Adenovirus D=0,225
Chlamidia trachomatis D=0,512
Escherichia coli D=0,486
Mycoplasma gominis D=0,523
Staphylococcus aureus D = 0,650
Ureaplasma urealiticum D=0,121
Varicella zoster D=0,655
Адреналин мочи более 34,5 мк/с D =0.250
Аланинаминотрансфераза более 30 ед. D=0,321
Аспарагаминотрансфераза более 40 ед D=0,275
Кортизол более 638 нмоль/л D = 0,384
Лимфоциты более 37% D=0,012
Лейкоциты более 11300 в 1 мл крови D= 0,001
Сахар крови более 6,66 ммоль/л D=0,257
С-реактивный белок более 16,2 мг/л D =0,002
Эозинофилы более 5% D =0,001

По данным NLS-диагностики можно судить о наличии метаболических нарушений с поражением органов сердечно-сосудистой системы, печени и гормональной системы.

Индексы спектрального сходства с процессами «инсулинонезависимый сахарный диабет», «ожирение», «сахар крови» свидетельствуют о том, что изменения углеводного и жирового обмена субкомпенсированы, и без своевременного лечения могут привести к развитию заболевания ИНЗД.

При лабораторном исследовании выявлено: глюкоза – 6,0 ммоль/л; холестерол – 6,34 ммоль/л; холестерол ЛПВП -1,29 ммоль/л; холестерол ЛПНП – 4,10 ммоль/л; коэффициент атерогенности – 3,8; С-реактивный белок - 6,1 мг/л; АсАТ- 30 Ед/л; АлАТ – 28 Ед/л; лимфоциты – 49,5%; эозинофилы – 8,1%, СОЭ – 10 мм/час.

Данные лабораторных анализов коррелируют с данными NLS-диагностики. Показатели, свидетельствующие об изменениях углеводного и липидного спектра (глюкоза, Хс, ХсЛПНП, КА), находятся у верхних границ нормы. Степень поражения гепатоцитов можно косвенно оценить по активности в сыворотке крови печеночных трансаминаз. При анализе выявлено достоверное повышение в плазме крови АСТ и АЛТ. Повышены уровни С-реактивного белка, лимфоцитов и эозинофилов, что подтверждает наличие воспалительных процессов, которые обусловлены наличием таких возбудителей, как Staphylococcus aureus, Ureaplasma urealiticum, Adenovirus, Chlamidia trachomatis, Escherichia coli, Mycoplasma gominis, Varicella zoster.

Пациенту назначена терапия комплексом средств природного происхождения, которые были подобраны на аппарате МЕТАТРОН методом биорезонансного тестирования: Notakehl - внутримышечные инъекции 3 раза в неделю; Quentakehl – свечи через день; BalansZyme Plus – 3 раза в день до еды за 30 мин.; Alkala N – в горячей воде, перед сном; Mucokehl, Nigersan, Utilin, Sanukehl Staph – добавлены через 2 недели и вводились внутримышечно по схеме (Wertmann K., 2003).

Через 3,5 месяца пациент был вновь обследован. Состояние значительно улучшилось: восстановилась работоспособность, нормализовался сон, не беспокоят боли в области сердца, изжога и потливость, уменьшилась заложенность носа, не появляются высыпания на лице и перхоть. Вес снизился на 12 кг, объемы тела сократились преимущественно в области талии.

При антропометрическом обследовании выявлено снижение ИМТ=29, ОТ=96 см, ОТ/ОБ=1,0. При NLS-диагностике выявлено спектральное сходство с эталонными процессами:

Гастрит D=0,365
Диффузный зоб D=0,510
Тонзиллит D=0,605
Ожирение D = 0,415
Ureaplasma urealiticum D=0,650

Лабораторные данные через 3,5 месяца: глюкоза – 5,2 ммоль/л; холестерол – 5,99 ммоль/л; холестерол ЛПВП -1,57 ммоль/л; холестерол ЛПНП – 3,4 ммоль/л; коэффициент атерогенности – 2,8; АсАТ- 21 Ед/л; АлАТ – 18 Ед/л; С-реактивный белок - 2,7 мг/л; лимфоциты – 35%; эозинофилы 3%, СОЭ- 5 мм/час.

Итак, в результате лечения улучшились все данные лабораторных анализов (углеводного и жирового обмена). По результатам NLS-диагностики значительно снизилось количество спектрально схожих диагнозов. Снизились показатели возбудителей хронических инфекций. Остаются значимо высокие индексы спектрального сходства с диагнозами «гастрит», «ожирение», а также показатель инфекции Ureaplasma urealiticum. У пациента остается повышенный вес, ИМТ=29, ОТ=96 см, поэтому назначен дальнейший прием препаратов per os (Mucokehl, Nigersan, Leptucin, BalansZyme Plus, Alkala N), Exmykehl в виде свечей.

Заключение

Таким образом, при обследовании пациентов с абдоминальным ожирением необходимо обязательно обследовать их на наличие скрытых инфекций методами биорезонансной диагностики. Известно, что 80% инфицированных людей имеют незначительные клинические симптомы инфицирования (в виде хронических тонзиллитов или «летучих» болей в суставах) или полное их отсутствие. Учитывая тесную интеграцию жировой ткани с иммунной системой, необходимо в схему лечения пациентов с абдоминальным ожирением включать антибактериальные препараты природного происхождения, т.к. инфекционные агенты связаны с модуляцией субклинического воспаления и способны провоцировать и усугублять метаболические сдвиги, сопровождающие ожирение. Эффективность применяемого комплекса препаратов подтверждается динамикой лабораторных данных (снижение показателей воспалительного процесса и нормализация показателей липидного обмена), а также снижением важного клинического признака нарушений метаболических процессов – окружности талии и соотношения ОТ/ОБ.

К преимуществам биотерапии следует отнести:

- отсутствие аллергических реакций,
- отсутствие противопоказаний и побочных эффектов,
- возможность сочетания с другими методами терапии,
- возможность одновременного воздействия на разные патологии,
- индивидуальный подход к выбору препарата, тактике и кратности лечения,
- хорошая восприимчивость и переносимость терапии,
- расширенный контингент пациентов (пожилые люди с разнообразными соматическими заболеваниями, беременные и кормящие женщины, дети).

Абдоминальное ожирение характеризуется иммунными нарушениями, на что указывает наличие скрытых хронических инфекционно-токсических процессов, выявляемых при биорезонансном методе тестирования у всех пациентов. Существует прямая корреляция между индексом массы тела, окружностью талии, и количеством выявленных инфекционных агентов. На наличие инфекционной интоксикации организма указывают повышение уровня С-реактивного белка и ферментов печени (АсАТ, АЛАТ), количества лимфоцитов и эозинофилов. Высокие уровни маркеров воспаления при абдоминальном ожирении указывают на целесообразность использования во всех программах восстановительного лечения антибактериальных средств: микробных вакцин, системной энзимотерапии.

Комплекс природных средств, включающий вакцинотерапию, энзимотерапию, органопрепараты оказывает не только антибактериальное и противовоспалительное действие, которое характеризуется снижением уровней маркеров воспаления, но и восстанавливает функции желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы, что проявляется улучшением липидного обмена - снижением уровня триглицеридов, холестерина, липопротеидов низкой плотности, коэффициента атерогенности. Эффективность разработанного противовоспалительного комплекса в лечении абдоминального ожирения подтверждается снижением окружности талии и соотношения объема талии к объему бедер - важного клинического признака нарушений метаболических процессов.

Учитывая тесную взаимосвязь жировой ткани с иммунной системой, необходимо в схему лечения пациентов с абдоминальным ожирением включать противовоспалительные и противомикробные гомеопатические вакцины (Notakehl, Fortakehl, Exmykehl, Nigersan и др.), которые подавляют персистенцию инфекционных агентов, вызывающих поддержание субклинического воспаления и усугубляющих метаболические сдвиги, сопровождающие ожирение. Их синергистами выступают препараты, восстанавливающие кислотно-щелочное равновесие тканей и вызывающие ощелачивание внутренней среды: Alkala N, Sanuvis, Citrokehl, Formasan.

Для нормализации обмена веществ у пациентов с ожирением необходимо использование ферментных комплексов на основе фитопрепаратов HepDX, BalansZyme Plus, Protease IFC, которые осуществляют не только полноценный гидролиз поступающих с пищей макромолекул (триглицеридов, белков, углеводов), но и вызывают системные энзимные эффекты: противовоспалительные, иммуномодулирующие, фибринолитические, аналгезирующие.

Аппаратно-программный комплекс МЕТАТРОН биорезонансной диагностики (NLS-диагностики) осуществляет выявление этиологического фактора в метаболических нарушениях у лиц с абдоминальным ожирением, что важно в определении тактики восстановительного лечения.

Литература

1. Барановский А.Ю., Ворохобина Н.В. и др. Ожирение. Клинические очерки.// СПб.-Диалект. 2007. 239 с.
2. Беляков Н.А., Сеидова Г.Б., Чубриева С.Ю., Глухов Н.В. Метаболический синдром у женщин.// СПб.: Издательский дом СПбМАПО. 2005. 439 с.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. и др. Ожирение. //М.: МИА, 2006. 452 с.
4. Иммунобиологические препараты фармпредприятия САНУМ-Кельбек: бактериальные и грибковые вакциноподобные лизаты, микробные гаптены, иммунные сыворотки, растительные и минеральные средства. М.: НОЦ НАТУРВИТА. 2005. 120 с.
5. Коротяев А.И., Бабичев С.А. Медицинская микробиология, иммунология и вирусология. СПб: СпецЛит. 1998. 592 с.
6. Кузнецова Т.Г., Нестерова В.И., Андреева Т.М. Клиническая NLS-диагностика. М., 2001.
7. Нестерова В.И. Клиническое руководство по NLS-диагностике. М., Изд-во Международной академии систем нелинейной диагностики. 2002. 35 с.
8. Осипов Г. Невидимый орган – микрофлора человека.// Les Nouvelles Esthetiques. 2004. № 3. С. 10-16.
9. Перова Н.В., Метельская В.А., Оганов Р.Г. Метаболический синдром: патогенетические связи и направления коррекции// Кардиология. № 3. 2001. С. 4-9.
10. Ролик И.С. Хронические заболевания внутренних органов как инфекционно-токсические процессы. Место вакцинотерапии САНУМ. По материалам научного открытия «Закономерность развития хронических заболеваний органов и систем человека». //Эндобионт. 2008. 2. 3-9.
11. Сборник научных трудов Института прикладной психофизики «Актуальные проблемы NLS-диагностики

(теоретические и клинические аспекты)»/ Под ред.В.И.Нестерова. – М., 2006. – 104 с.
12. Смирнова Н.С. Обоснование и перспективы применения системной энзимотерапии в дерматокосметологии. Сборник научных трудов Международного Форума по пластической хирургии и дерматокосметологии 26 февраля – 1 марта 2003 года: Актуальные вопросы пластической хирургии и дерматокосметологии. М., 2003. 64-65.
13. Смирнова Н.С. Системная энзимотерапия: опыт применения в косметологии и дерматологии // Les nouvelle esthetiques НУВЕЛЬ ЭСТЕТИК. 2006. 1. 10-16.
14. ТЕС: Препараты фирмы Transformation Enzyme Corporation (ТЕС), США. Ферментные комплексы растительного и микробного происхождения. М.: НОЦ НАТУРВИТА. 2005. 18 с.
15. Hayflick L. Die cellulare Basis des biologischen Alterns. // Verh. Dtsch. Ges. Path. 1975. 59. 52-66.
16. Heidl R. Statistische Auswertung einer Anwendungsbeobachtung mit NOTAKEHL. // SANUM-Post. 2001. 56. 3. 20-26.
17. Heidl R. Statistische Auswertung einer Anwendungsbeobachtung mit FORTAKEHL. // SANUM-Post. 2002. 61. 4. 5-11.
18. Heidl R. Statistische Auswertung einer Anwendungsbeobachtung mit der Präparateserie MUCOKEHL. // SANUM-Post. 2003. 65. 4. 21-28.
19. Schneider P. Prof. Enderleins Forschung aus heutiger Sicht. // SANUM-Post. 2001. 56. 3. 2-11.
20. Schneider P. SANUKEHL-Präparate zur Ausleitung zellwandfreier Bakterienformen. // SANUM-Post. 2001. 54. 1. 2-6.
21. Seeger H. Mucokehl – Therapieerfolg auch bei äußerlicher Anwendung. // SANUM-Post. 2002. 59. 2. S.7.
22. Seifert J. Biomolekulare Therapien verdienen den Nobelpreis: Organspezifitet von Proteinen - der Weg vom Organtropismus zum Nobelpreis 1999. // Der Kassenarzt. 2000. 47. 5-7.
23. Werthmann K. Rezeptierbuch der SANUM-Therapie. Semmelweis-Verlag. 3.Auflage. 2002. 108 S.

Омелотерапия и фотосенсибилизирующая терапия предрака в гинекологии.

Клокова С.Р., Терещенко В.Г.

НИИ биотерапевтической онкологии и медицины «АльянсМедКо» (г.Москва).

Миомы матки.

Миома матки – это доброкачественная опухоль, растущая из незрелых миоцитов сосудистой стенки матки.

Миоматозный узел повторяет строение одного из 3-х слоев миометрия, из которого он первоначально развивался. Это одно из самых частых заболеваний у женщин репродуктивного периода и составляет от 10 до 30%. Рост частоты миомы матки увеличивается после 30 лет. Средний возраст 32–33 года. Пик заболеваемости 35–45 лет. Причиной появления миом матки являются накопленные соматические, гинекологические и нейроэндокринные изменения, а причиной роста узлов - накопленные неблагоприятные факторы (отсутствие беременности к 30 годам, длительная неадекватная контрацепция, аборты, воспалительные заболевания, стрессы, солнечная инсоляция, образование кист и кистом яичника и др.).

Традиционное консервативное лечение нередко позволяет затормозить рост опухоли, нормализовать гормональные нарушения, а в некоторых случаях приводит к регрессу опухоли.

Нами применяется комбинированный метод: сочетание фотосенсибилизирующей терапии и омелотерапии (биопунктура и парацервикальные инъекции Helixor M), а также системной энзимотерапии препаратом Протеаза, базовая схема 5+2 SANUM-вакцин.

Клинический пример.

Больная М. 45 лет. Диагноз: множественная миома матки с кровотечением. Дважды проводилось выскабливание стенок полости матки. Гистологическое заключение: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Проводилась терапия гормональными препаратами (норколут, дюфастон и др.) - без эффекта.

Применялся следующий терапевтический комплекс: омелотерапия Хеликсором М по классической схеме; вакцинная SANUM-терапия базовой схемой 5+2 и фотосенсибилизирующая терапия 12 сеансов 2 раза в неделю. После первого курса лечения по данным ультразвукового исследования отмечалось уменьшение размеров узлов в 2 раза, улучшение структуры миометрия, нормализовался менструальный цикл.

Таким образом, разработанный консервативный метод биотерапии миом матки является надёжной альтернативой хирургическому.

Дисплазия шейки матки.

Дисплазия — нарушение процесса развития (дифференцировки) клеток, проявляющихся стойким изменением их структуры и функции, что ведет к расстройству их жизнедеятельности. Причинами дисплазии являются факторы физического, химического или биологического характера, повреждающие геном клетки. При этом нарушается генетическая программа клеток или механизмы ее реализации. именно это обусловливает стойкие и, как правило, наследуемые от клетки к клетке изменения в отличие от дистрофий, которые носят временный обратимый характер и могут устраняться при прекращении действия причинного фактора.

Основным механизмом дисплазий является расстройство дифференцировки, которое заключается в формировании структурной и функциональной специализации клетки. Клеточная дифференцировка определяется в основном генетической программой. Однако реализация этой программы в существенной мере зависит от сложных взаимодействий ядра и цитоплазмы, микроокружения клетки, влияния на нее биологически активных веществ и многих других факторов.

Дисплазия проявляется изменением величины и формы клеток, их ядер и других органелл, числа и строения хромосом. Как правило, клетки увеличены в размерах, имеют неправильную, причудливую форму ("клетки-монстры"), соотношение различных органелл в них диспропорционально. Нередко в таких клетках обнаруживаются различные включения, признаки дистрофических процессов. Клеточные дисплазии являются одним из проявлений атипизма опухолевых клеток.

Факторы, влияющие на развитие дисплазии:

• Большое количество родов
• Длительное (больше 5 лет) употребление гормональных контрацептивов
• Длительное применение внутриматочных контрацептивов
• Дефицит витаминов А, С и бета-каротина в диете
• Женщины, у партнеров которых обнаружен рак головки полового члена
• иммунодефицитные состояния, включая СПИД
• индивидуальная генетическая предрасположенность к гинекологическим злокачественным процессам
• инфекции, передающиеся половым путем
• инфекция ВПЧ
• Количество половых партнеров (больше 3)
• Курение (активное и пассивное)
• Наличие истории цитологических мазков с отклонениями от нормы
• Низкий социальный уровень
• Паттерн сексуального поведения
• Ранний возраст первого полового акта (до 16 лет)

Методы диагностики:

• кольпоскопия (осмотр при помощи специального прибора кольпоскопа)
• цитологическое исследование мазка
• обследование на наличие урогенитальной инфекции (ВПЧ, ВПГ-2, хламидий)
• пайпель-диагностика (взятие аспирата на гистологическое исследование)
• биопсия и выскабливание цервикального канала по показаниям.- кольпоскопия (осмотр при помощи специального прибора кольпоскопа).

Дисплазия делится на три стадии:
I стадия — стадия легкой степени,
II стадия — умеренная,
III стадия — тяжелая.

Воздействия, направленные на защиту интактных клеток от повреждения (профилактические) или на стимуляцию адаптивных механизмов при повреждениях (лечебные), условно делят на медикаментозные и немедикаментозные.

В настоящее время тактика при дисплазиях в основном хирургическая (конизация шейки матки).

Нами разработан консервативный подход к лечению данной патологии с комбинированным использованием фотосенсибилизирующей терапии и омелотерапии: биопунктура и парацервикальные инъекциии Helixor M. Обязательно использование системной энзимотерапии препаратом Протеаза. Терапевтический подход зарекомендовал себя как эффективный и надёжный, обладающий стабильностью достигнутого результата.

Клинический пример:

Больная К. 38 лет. Диагноз: дисплазия тяжелой степени. Для лечения применялись вышеперечисленные препараты, которые вводились подкожно по биологически активным точкам и парацервикально. Через 1 месяц от начала лечения отмечалась дисплазия легкой степени. Лечение продолжалось ещё 1 месяц. Результат: дисплазия отсутствует.

Эндометриоз.

Эндометриоз – это разрастание эндометриоидной ткани за пределами обычной локализации эндометрия, имеющие анатомическое и морфологическое сходство со слизистой оболочкой тела матки. Частота в репродуктивном периоде до 50%. Наиболее часто встречается эндометриоз тела матки – аденомиоз. Клинические проявления зависят от стадии и проявляются в виде пред- и постменструальных мажущих кровяных выделений, болезненные обильные менструации, тянущие боли внизу живота и др. При осмотре матка бугристая, чувствительная и малоподвижная. В академической медицине терапия направлена на подавление выработки гонадотропных гормонов. Но из-за токсичности препаратов невозможно их длительное использование, поэтому эффект кратковременный. Длительно протекающий эндометриоз приводит к бесплодию, формированию синдрома тазовых болей и др., в связи с чем снижается качество жизни.

Наш подход к лечению данной патологии состоит в комбинированном использовании фотосенсибилизирующей терапии и омелотерапии: биопунктура и парацервикальные инъекции Helixor M, а также системной энзимотерапии препаратом Протеаза.

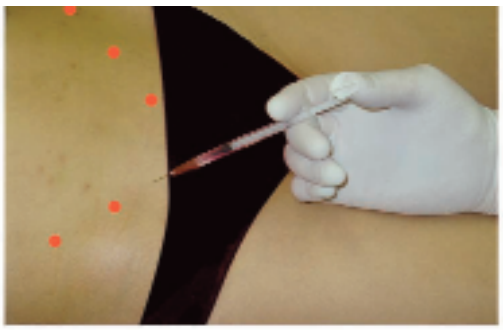


Рис. 1. Инъекции Хеликсора в паховоподвздошную область при терапии миомы матки

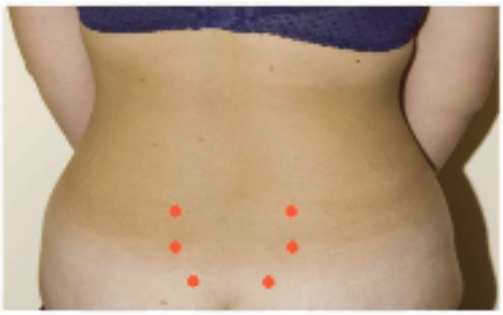


Рис. 2. Инъекции Хеликсора в область крестца при терапии миомы матки



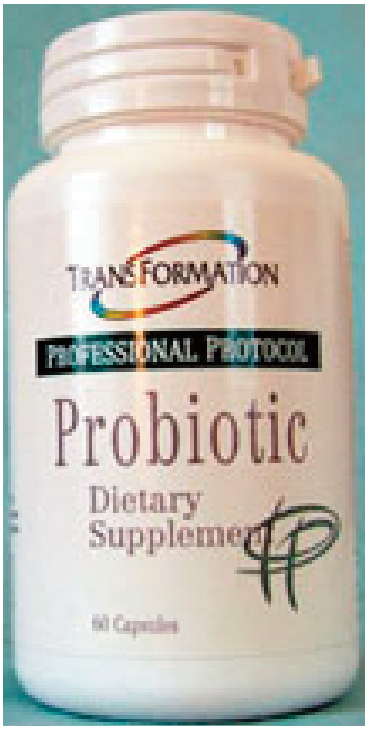
Рис. 3. Цервикальное и парацервикальное введение Хеликсора при миомах и других заболеваниях матки и придатков по M.Dusch.

Клинические примеры.

Пример №1. Больная Л 40 лет. Диагноз: аденомиоз, узловая форма. Обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота, нарушение менструального цикла (беспорядочные кровяные мажущие выделения), болезненные менструации. При осмотре матка увеличена до 8-9 недель беременности, неоднородной консистенции, ограниченное в подвижности, чувствительное при пальпации. При ультразвуковом исследовании отмечается увеличение размеров матки, структура миометрия неоднородная с множеством узлов. Косвенные признаки спаек в малом тазу. Проведено комбинированное лечение. После проведенного курса лечения отмечалось значительное улучшение: менструации безболезненные, прекратились мажущие кровяные выделения из половых путей. По результатам УЗИ уменьшились размеры матки, исчезли узлы, миометрий стал более однородный.

Пример №2. Больная Н, 35 лет. Диагноз: аденомиоз, диффузная форма. Привычное невынашивание. Обратилась с жалобами на пред- и постменструальные кровяные мажущие выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота, болезненные менструации, 2 выкидыша в анамнезе. При осмотре матка увеличена в размере до 9 недель беременности, неоднородной консистенции, чувствительное при пальпации, ограниченное в подвижности. На УЗИ размеры матки увеличены, эндометрий неоднородный ячеистый. Проведен курс комбинированной терапии. После курса лечения отмечалось уменьшение размеров матки, миометрий стал более однородный, менструации безболезненные. В настоящее время вынашивает беременность.

Таким образом, разработанный комбинированный метод является высокоэффективным и безопасным в лечении эндометриоза, позволяющий достичь положительной динамики, устранить симптоматику заболевания, улучшить качество жизни.



Состав :

Lactobacillus plantarum	3 млрд CFU
Lactobacillus sporogenes	380 млн CFU
Lactobacillus salivarius	300 млн CFU
Bifidobacterium longum	200 млн CFU
Lactobacillus casei	225 млнCFU
Lactobacillus acidophilus	1 млрд CFU
Иерусалимский артишок (клубень)	20 мг
Лактоферрин	10 мг



Состав:

- смесь протеаз (кислая, нейтральная, щелочная экзо/эндо пептидаза, цитрат кальция) (53 947 HUT).....106 мг,
- смесь липаз (3 007 LU) .....205 мг,
- смесь гликолитических ферментов .....376 мг (*амилаза - 20000 DU, глюкоамилаза - 25 AGU, α-галактозидаза - 438 GaIU, фитаза - 42 FTU, мацераза - 400 CU, ксиланаза - 500 XU, пектиназа - 14 endo-PG, мальтдиастаза - 168 DP0, лактаза - 610 ALU, инвертаза - 56 SU, целлюлаза - 28 CU, гемицеллюлаза - 28 HCU, лизоцим - 56 мкг*).

Литература

1. Рансбергег К., Ной С. Энзимы – ключ к здоровью и долголетию. СПб: Питер Ком. 1999. 192 с.

2. Ролик И.С., Горбунов А.Э. САНУМ-препараты: фармакологический справочник. М.: Натурвита. 2008. 116 с.

3. Ролик И.С., Гринёва Е.В. и др. Омелотерапия: комплексное клиническое применение. Руководство для практикующих врачей./ Под общ. ред. И.С. Ролика. Москва: НОЦ НАТУРВИТА. 2005. 448 с.

4. Ролик И.С. Хронические заболевания внутренних органов как инфекционно-токсические процессы. Место вакцинотерапии САНУМ. По материалам научного открытия «Закономерность развития хронических заболеваний органов и систем человека». //Эндобионт. 2008. 1 (2). 3-14.

5. Grossarth-Maticek R., Ziegler R. Kontrollierte Studien zur Misteltherapie bei Myomen, Endometriosen und Cervix Dysplasie. In: Scheer R., Alban S., Becker H. et al. Die Mistel in der Tumortherapie 2. Aktueller Stand der Forschung und klinische Anwendung. Essen: KVC Verlag. 2009. 537-550.

6. Werthmann K. Rezeptierbuch der SANUM-Therapie. Semmelweis-Verlag. 3.Auflage. 2002. 108 S.

Комплексная омелотерапия предрака молочной железы.

Толкачев И.Б.

Кафедра гомеопатии РУДН.

Наиболее частой патологией молочных желёз является фиброзно-кистозная мастопатия. Правда, в начальных стадиях эта патология рассматривается как диффузная мастопатия, которая проявляется болезненным набуханием молочных желёз, усиливающееся во второй фазе менструального цикла, а в ряде случаев сопровождающееся выделениями из сосков. Узловая мастопатия является следующей стадией заболевания и характеризуется появлением постоянных очагов уплотнения в одной или обеих железах, которые могут быть одиночными или множественными. В обеих стадиях возможно присоединение кистозного компонента.

При преобладании фиброзного компонента базовым направлением терапии является омелотерапия Хеликсором М.

Инъекции Хеликсора целесообразно выполнять в область рукоятки грудины, верхних квадрантов молочной железы (рис. 1), плечо, область спины на уровне грудного отдела позвоночника паравертебрально

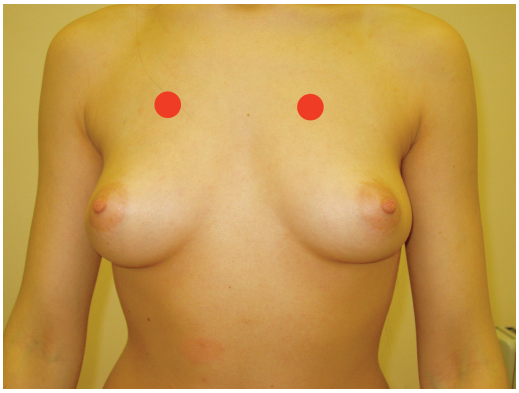


Рис. 1. Зоны введения Хеликсора М при фиброзно-кистозных мастопатиях.

Инъекции выполняются подкожно по классической схеме 3 раза в неделю до 30-50 мг (1).

Продолжительность терапии составляет не менее 3-4 месяцев. Дальнейшее продолжение терапии определяется результатами УЗИ или маммографии.

При преобладании кистозного компонента дополнительно рекомендуются основные противокистозные средства Геллеборус нигер аквос по классической схеме и Nigersan (SANUM).

Системная энзимотерапия комплексом Protease (TEC) позволяют усилить антипролиферативное и противокистозное действие инъекционных форм биопрепаратов (2).

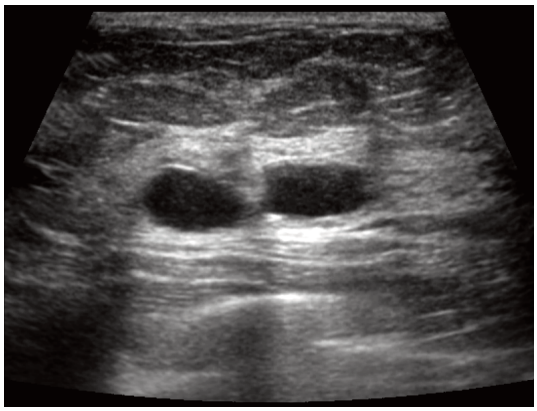
Кроме того, в комплекс терапии мастопатий должны быть включены вакциноподобные лизаты: Mucokehl (подкожно 2 раза в неделю), Sankombi (по 8 капель под язык) (3).

В лечении мастопатии обязательно использование ортомолекулярных средств на основе фитоэстрогенов. Это в основном - препарат Phytoprotectoren (Regena) из фитоэстрогенов красного клевера, капусты, сои и др., содержащий глюкозинолаты, индол-3-карбинолы и другие изофлавоны.

В качестве доказательства терапевтической эффективности предлагаемого подхода можно привести следующие примеры лечения фиброзно-кистозной мастопатии.

У больной Н. 35 лет фиброзно-кистозной мастопатией с кистами размерами до 12 мм в верхне-наружном квадранте правой молочной железы через 1 год омелотерапии установлено уменьшение размеров кистозных образований до 3-4 мм (рис. 2).

А



Б

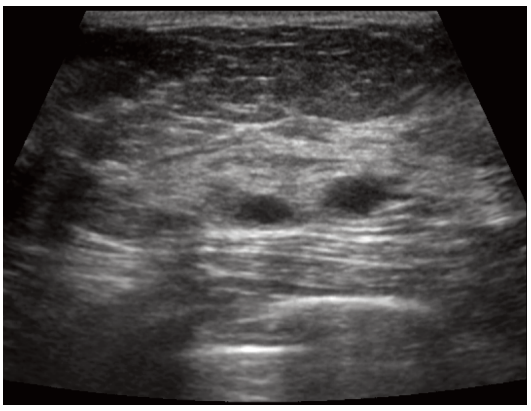


Рис. 2. УЗИ-картина кист правой молочной железы больной Н.: А – до лечения (размеры до 12 мм в диаметре), Б – через 1 год биотерапии (размеры до 3-4 мм в диаметре).

У другой больной Е. возрастом 40 лет с кистой диаметром 13 мм в нижне-наружном квадранте правой молочной железы через 3 месяца биотерапии установлено уменьшение размеров кисты в 2 раза (рис. 3).

А **Б**

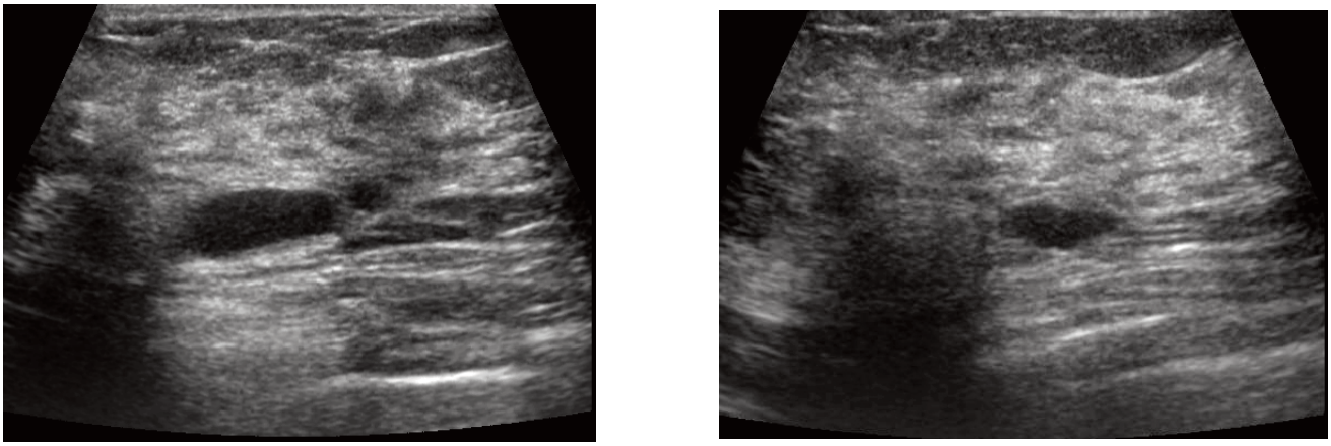


Рис. 3. УЗИ-картина кисты правой молочной железы больной Е.:
А – до лечения (размеры до 12 мм в диаметре),
Б – через 1 год биотерапии (размеры до 6-7 мм в диаметре).

Таким образом, комплексная омелотерапия позволяет добиться положительной динамики клинической картины предраковых заболеваний молочных желёз в сроки от 3-х и более месяцев, что устраняет угрозу хирургического вмешательства.

Литература

1. Ролик И.С., Бахлаев И.Е., Симонишвили М.О. и др. Омелотерапия: комплексное клиническое применение. Руководство для практикующих врачей./ Под общ. ред. И.С. Ролика. М., 2005. 448 с.

2. Препараты фирмы Transformation Enzyme Corporation (TEC), США. Ферментные комплексы для заместительной и системной энзимотерапии, фитопрепараты. М., 2006. 72 с.

3. Krebs H. Praxis der SANUM-Therapie. Hoya: Semmelweis-Verlag. 2000. 271 S.

Листья и плоды яблоневой омелы



Омелотерапия хронического вирусного гепатита.

Ролик И.С., Котова И.О., Симонишвили М.О., Терещенко В.Г., Толкачёв И.Б.

Кафедра гомеопатии РУДН

Наиболее распространённый способ лечения вирусного гепатита С – препараты интерферона, эффективность использования которых низкая с высоким числом побочных отрицательных эффектов, включая случаи истощения иммунной системы с развитием иммунодефицита.

По данным работ ряда немецких авторов (5, 6, 8), в Германии существует позитивный опыт омелотерапии вирусных гепатитов на протяжении 6-18 месяцев без негативных последствий и что, удивительно, с расходами на лечение в 2-3 раза меньше, чем при интерферонотерапии. При этом показана принципиальная возможность в достижении положительной динамики у больных гепатитом С на фоне омелотерапии в сочетании с растительными гепатопротекторами или без них, которая заключается в снижении уровней трансаминаз и вирусемии, повышения качества жизни. На фоне омелотерапии происходит постепенная выработка противовирусного иммунитета, подавление персистенции вируса и элиминация антигена из организма. Более того, использование Хеликсора М, как базового средства современной омелотерапии хронического гепатита С, позволяет предотвратить развитие цирроза печени.

Установлено, что Хеликсор активирует как специфические, так и неспецифические механизмы противовирусной резистентности. Наиболее выражено его влияние на неспецифические механизмы: индукция синтеза интерферонов, незначительное повышение температуры органа-мишени (печени), активация фагоцитирующих свойств макрофагов ретикулоэндотелиальной системы, повышение цитотоксических свойств естественных киллеров – NK-клеток. Хеликсор также влияет и на специфические факторы противовирусной резистентности – синтез антител (особенно IgG, IgM) и активацию цитотоксических лимфоцитов (Т-киллеров).

Характеристика исходных данных.

Проведено амбулаторное клиническое исследование терапии Хеликсором М (водными экстрактами яблоневой омелы фирмы HELIXOR, Германия) путём подкожных инъекций на протяжении 1 года.

В исследованиях приняли участие 8 больных (3 женщины, 5 мужчин) возрастом 26-47 лет, хроническим гепатитом С (генотип 1а) безжелтушной формы. У больной Н., 26 лет, дополнительно диагностирована бронхиальная астма, гормоннезависимая форма, которой она страдает в течение 8 лет.

Исходный средний уровень повышения трансаминаз (АЛТ, АСТ) составил 73-156% по сравнению с верхней границей нормы, как показатель степени активности гепатита. У всех определялся РНК-вируса гепатита С, что свидетельствовало о наличии виремии, а также повышенные титры антител к вирусу гепатита С.

У 2-х больных обнаружено повышение показателей ГГТ (гамма-глютамитрансферазы) на 22% и 36%, соответственно, выше нормы, а также активности ЩФ (щелочной фосфатазы) – на 12% и 18%. У них же отмечался и незначительный генерализованный зуд по вечерам, что в целом рассматривалось, как наличие слабо выраженных явлений синдрома холестаза.

Показатели билирубина, холестерина и других биохимических констант у всех исследуемых были в норме.

У 3-х больных проведено исследование концентрации универсального опухолевого антигена ЭПА-10 по методу профессора Агеенко А.И. - РО-тест. Показатели коэффициента злокачественности составили 1,56-1,63 ед. (при норме до 1,50), что расценивалось, как повышенный риск развития малигнизационных процессов в организме.

Биопсия печени проведена у одного пациента, по результатам которой установлены воспалительно-инфильтративные изменения печёночной ткани и подтверждён диагноз гепатита.

По данным УЗИ у всех отмечено увеличение размеров только печени, у 3-х больных - гепатоспленомегалия.

Жалобы у больных были на тяжесть в правом подреберье, кишечная диспепсия, особенно при погрешностях в диете, нарушения сна, утомляемость. Желтушности склер и кожных покровов не установлены.

Активность процесса и тяжесть заболевания квалифицировались как лёгкой и средней степени тяжести.

У одной пациентки Н. 26 лет с сопутствующей патологией бронхиальная астма и у пациента Г. 41 года, которым диагноз установлен 2 месяц назад, интерферонотерапия не проводилась. Остальные 7 больных с длительными сроками заболевания от 1 до 3-х лет прошли безуспешное лечение интерферонами, что свидетельствовало о длительной вирусной персистенции.

Режим омелотерапии Хеликсором М.

Согласно имеющимся рекомендациям, базовым средством лечения хронического гепатита С является Хеликсор М. Его применение при вирусных гепатитах, цитомегаловирусных и герпесных инфекциях относится к разряду высокоэффективной противовирусной терапии, в результате которой происходит элиминация вирусного антигена из организма.

Инъекционная терапия Хеликсором предусматривает только ступенчатое повышение концентрации. На подготовительном этапе рекомендуются подкожные инъекции 3 раза в неделю посредством ступенчатого повышения концентрации с 0,01 мг до 50 мг. Еженедельно выполняются 3 инъекции одной ступени концентрации с переходом на более высокую ступень на каждой неделе по следующей схеме:

Недели	Концентрация Хеликсора
1	0,01 мг
2	0,1 мг
3	1 мг
4	5 мг
5	10 мг
6	20 мг
7	30 мг
8	50 мг

При достижении дозы 50 мг используется режим поддерживающей омелотерапии до 1 года в виде 6-недельных циклов, т.е. каждая ступень (30 мг, 40 мг и 50 мг, 30 мг, 40 мг и 50 мг) выполняется в течение 1 недели с последующим перерывом в 2 недели по следующей схеме:

Недели	Концентрация Хеликсора
1	20 мг
2	30 мг
3	50 мг
4	20 мг
5	30 мг
6	50 мг
7	Терапевтическая пауза
8	Терапевтическая пауза

В процессе терапии по рекомендуемой схеме у первых 2-х больных мы столкнулись с осложнениями на дозировке 1 мг в виде выраженной локальной воспалительной реакции: зуд, покраснение, индурация и отёчность тканей размером более 4-5 см, которые редуцировались незначительно в течение недели, что являлось противопоказанием не только к переходу на более высокую ступень концентрации, но и к проведению дальнейшей омелотерапии. Это могло свидетельствовать об имеющейся скрытой аллергизации больных хроническим гепатитом и нежелательности применения рекомендуемой схемы. Аналогичного плана реакции наблюдались в нашей работе у больных с другими предраковыми заболеваниями (миома матки, аденома простаты и др.). В связи с этим схема была модифицирована в сторону снижения дозировок и введён режим более плавного перехода между ступенями концентраций.

Модифицированная схема инъекционной терапии Хеликсором на начальном (подготовительном) этапе.

Ступени концентрации	Недели	Инъекционные дни, доза		
		Понедельник	Среда	Пятница
0,01 мг	1	1 мл	1 мл	2 мл
0,01 мг	2	1 мл	1 мл	2 мл
0,1 мг	3	1 мл	1 мл	2 мл
0,1 мг	4	1 мл	1 мл	2 мл
1 мг	5	1 мл	1 мл	2 мл
1 мг	6	1 мл	1 мл	2 мл
5 мг	7	1 мл	1 мл	2 мл
5 мг	8	1 мл	1 мл	2 мл
10 мг	9	1 мл	1 мл	2 мл
10 мг	10	1 мл	1 мл	2 мл
20 мг	11	1 мл	1 мл	1 мл
30 мг	12	1 мл	1 мл	1 мл
50 мг	13	1 мл	1 мл	1 мл

Как видно, продолжительность подготовительного этапа терапии в нашей модификации составила 13 недель, что почти в 2 раза продолжительнее, чем рекомендуемого немецкими авторами. После достижения рекомендуемой терапевтической концентрации 50 мг выполнялась схема поддерживающей терапии.

Пример выполнения поддерживающей схемы инъекционной терапии вирусного гепатита С ХЕЛИКСОРом М.

Ступени концентрации	Недели	Инъекционные дни		
		Понедельник	Среда	Пятница
20 мг	1	1 мл	1 мл	1 мл
30 мг	2	1 мл	1 мл	1 мл
50 мг	3	1 мл	1 мл	1 мл
20 мг	4	1 мл	1 мл	1 мл
30 мг	5	1 мл	1 мл	1 мл
50 мг	6	1 мл	1 мл	1 мл
и т.д.				

Как видно, предложенная нами поддерживающая схема терапии Хеликсором состояла из 3-х недельных циклов инъекционной терапии Хеликсором 20-30-50 мг без перерывов в проведении инъекций.

Таким образом, после реализации подготовительной схемы в течение 13 недель путём проведения подкожных инъекций 3 раза в неделю с 2-недельным переходом на новую ступень при достижении рекомендуемой максимальной терапевтической концентрации 50 мг использовалась поддерживающая схема инъекционной терапии Хеликсором 3-х ступеней (20-30-50 мг), которые инъецировались 3 раза в неделю продолжительностью до 1 года без перерывов.

В связи с тем, что экстракты омелы белой являются иммуноактиваторами и средствами усиливающими аллергические реакции, то при проведении омелотерапии у больной Н., 26 лет, с бронхиальной астмой, использована десенсибилизирующая схема инъекций Хеликсора М. Её особенность заключалась в следующем: осуществлялось более медленное повышение концентрации препарата до 5 мг. Режим последующего перехода к инъекциям 10 мг, 20 мг и 50 мг остался без изменений.

Схема инъекционной терапии Хеликсором на подготовительном этапе у больной гепатитом С в сочетании с бронхиальной астмой.

Ступени концентрации	Недели	Инъекционные дни		
		Понедельник	Среда	Пятница
0,01 мг	1	0,5 мл	0,5 мл	0,5 мл
0,01 мг	2	0,5 мл	0,5 мл	0,5 мл
0,01 мг	3	0,5 мл	0,5 мл	1 мл
0,01 мг	4	1 мл	1 мл	1 мл
0,1 мг	5	0,5 мл	0,5 мл	0,5 мл
0,1 мг	6	0,5 мл	0,5 мл	0,5 мл
0,1 мг	7	0,5 мл	0,5 мл	1 мл
0,1 мг	8	1 мл	1 мл	1 мл
1 мг	9	0,5 мл	0,5 мл	0,5 мл
1 мг	10	0,5 мл	0,5 мл	0,5 мл
1 мг	11	0,5 мл	0,5 мл	1 мл
1 мг	12	1 мл	1 мл	1 мл
5 мг	13	0,5 мл	0,5 мл	0,5 мл
5 мг	14	0,5 мл	0,5 мл	0,5 мл
5 мг	15	0,5 мл	0,5 мл	1 мл
5 мг	16	1 мл	1 мл	1 мл

Результаты и их обсуждение.

У двух первых больных, которым выполнялся подготовительный этап омелотерапии, через 2 месяца было обнаружено нарастание уровней трансаминаз в среднем на 26% по сравнению с исходным фоном, а также ухудшение субъективной симптоматики (слабость, кишечная диспепсия), которые редуцировались к концу третьего месяца терапии и полностью нормализовались лишь через 6 месяцев от начала терапии. При этом (через 6 месяцев омелотерапии) виремия не определялась (реакция на РНК-вируса – отрицательная).

Следует отметить, что аналогичные сдвиги на начальном этапе омелотерапии описаны и в работах немецких исследователей. Этот симптомокомплекс расценивается ими, как нормальная реакция обострения или адаптация на проводимую иммуностимулирующую терапию. Однако, по нашему мнению, обострение симптоматики на фоне имеющейся печёночно-клеточной недостаточности не может быть расценено как нормальное состояние, так как может существенно затормозить процесс лечения, особенно у больных с длительным течением заболевания и у тех, кто прошёл интерферонотерапию.

С целью нормализации пищеварения и предотвращения интоксикации печени недостаточно гидролизованными пищевыми веществами, особенно при погрешностях в диете, для заместительной ферментной терапии периодически использовался Digest, а при явлениях метеоризма – Carbo (во время еды по 2 капсуле).

Системная энзимотерапия: приём внутрь растительного ферментного комплекса Ptotease по 2 капсулы 3 раза в день за 1 час до еды.

При таком комплексном подходе к терапии у 7 больных реакции обострения не наблюдалось, в т.ч. и у больной с бронхиальной астмой. Выраженное улучшение самочувствия наступило в течение первого месяца, нормализация уровней трансаминаз и размеров печени - через 3-4 месяца, отрицательная реакция на вирусную РНК – через 4 месяца (как свидетельство ликвидации виремии).

Дальнейшее изучение через каждые 3 месяца в течение 1 года терапии не выявили выход показателей трансаминаз за пределы нормы, а также реакции РНК.

У 3-х больных (1 больной – монотерапия Хеликсором, двое – комплексная терапия) через 3 месяца терапии при повторном исследовании установлено выраженное достоверное снижение концентрации универсального опухолевого антигена ЭПА-10 по данным РО-теста. У этих больных показатели коэффициента злокачественности нормализовались и составили: 1,26; 1,31; 1,32. Последующие исследования 1 раз в квартал не выявили их достоверных различий. Всё это свидетельствовало об эффективном профилактическом влиянии Хеликсора на вероятность малигнизационных процессов при таком предраковом заболевании, как вирусный гепатит С.

Мы установили, что использование для этих целей Хеликсора М в режиме монотерапии также эффективно, как и в комплексной терапии.

Последующее наблюдение в течение более 1 года не выявило отрицательной динамики в состоянии всех 9 больных, прошедших годовой цикл омелотерапии.

Выводы.

1. В работе показана принципиальная возможность эффективного положительного воздействия Хеликсора М (водных экстрактов яблоневой омелы фирмы HELIXOR) на течение вирусного гепатита, снижение вероятности развития бластоматозных процессов в организме у всех 9 больных. Достоверная нормализация трансаминаз происходила в сроки от 4-х месяцев, лабораторные исследования не выявляли положительной реакции на вирусный антиген через 6 месяцев, что свидетельствовало о купировании виремии.

2. Комплексное применение Хеликсора и растительных ферментов способствуют более быстрому купированию печёночно-клеточной недостаточности по данным лабораторных показателей и улучшению субъективного состояния больных. Наблюдаемая отрицательная динамика клинической картины гепатита в первые 3 месяца монотерапии Хеликсором не возникает при использовании данного комплекса.

3. Рекомендуемая рядом автором схема омелотерапии Хеликсором подлежит модификации посредством удлинения сроков перехода от одной ступени концентрации к другой: вместо 1 недели переход следует осуществлять через 2 недели. Разработанная нами схема более медленного повышения концентраций позволяет избежать побочных реакций (аллергических, токсических и др.) на Хеликсор М.

4. Полученные первые положительные терапевтические результаты с использованием Хеликсора позволяют с определённой уверенностью утверждать о правильности терапевтического подхода к гепатиту С, а также нацеливают на дальнейшие исследования.

5. Установлены очевидные преимущества разработанного терапевтического подхода к гепатиту С: отсутствие побочных эффектов, быстрая нормализация показателей трансаминаз, т.е. ликвидация клеточно-печёночной недостаточности, относительная дешевизна и надёжность в сравнении с интерферонотерапией.

6. По данным изучения концентрации универсального опухолевого антигена ЭПА-10 на основе РО-теста Агеенко А.И. Хеликсор способствует профилактике бласттрансформации как в режиме монотерапии, так и в комплексном лечении. Это подтверждение решающей роли Хеликсора в профилактике малигнизации при гепатите С.

Литература.

1. Агеенко А.И. Новая диагностика рака: теория, диагностика, лечение, реабилитация. М.: Медицина XXI. 2004. 408 с.

2. Коротяев А.И., Бабичев С.А. Медицинская микробиология, иммунология и вирусология. СПб: СпецЛит. 1998. 592 с.

3. Ролик И. С., Агеенко А.И., Авясов Р.М., Бахлаев И.Е. Противорецидивные возможности биопрепаратов при онкопатологии // Натуротерапия и гомеопатия. 2003. 1. 43–48.

4. Ролик И.С., Бахлаев И.Е., Гринёва Е.В. и др. Омелотерапия: комплексное клиническое применение. Руководство для практикующих врачей./ Под общ. ред. И.С. Ролика. Москва: НОЦ НАТУРВИТА. 2005. 448 с.

5. Fintelmann V. Die Entstehung eines therapeutischen Konzepts zur Behandlung chronischer Virushepatitiden. //Der Merkurstab, Sonderheft Hepatitis. 1999. 52. 2-8.

6. Gottschak-Aschenbrenner G. HELIXOR zur Lebertherapie Beiträge zu einer Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen. Medizinische Sektion der freien Hochschule am Goetheanum. Dornach (Schweiz). 1979. 32. Heft 2.

7. Kienle N., Kiene A. Die Mistel in der Onkologie. Stuttgart: Schattauer. 2003. 867 S.

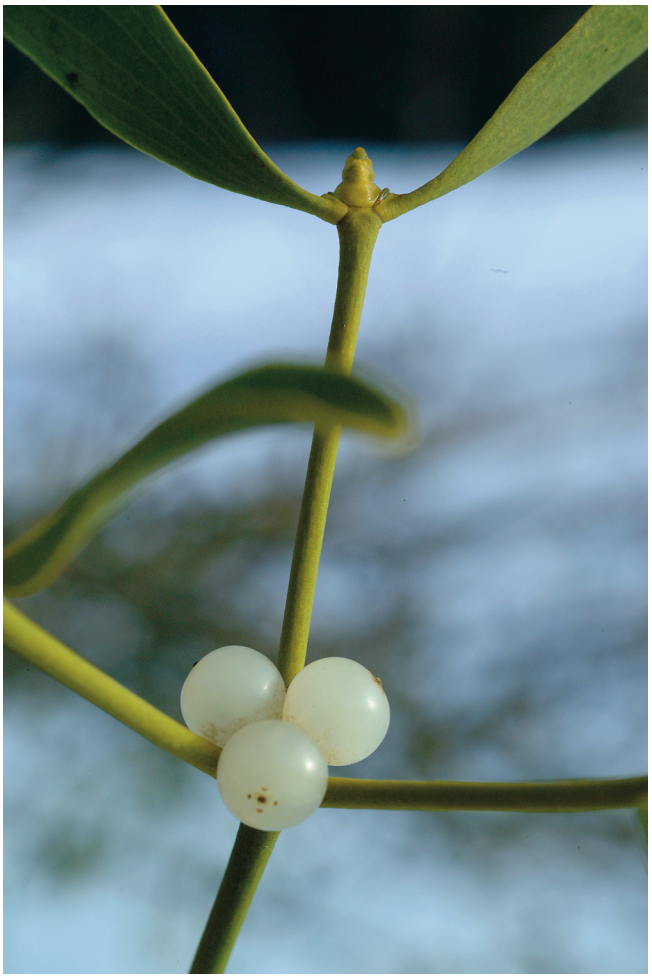
8. Matthens H. Aspekte zur Therapie der Hepatitis C. //Der Merkurstab, Sonderheft Hepatitis. 1999. 52. 25-41.

9. Richtlinien fuer die Therapie mit HELIXOR. Rosenfeld: HELIXOR Heilmittel. 2001. 60 S.

10. Scheer R. Viscum album – Die Bedeutung der Mistel in der Therapie der chronischen Hepatitis C. //Der Merkurstab, Sonderheft Hepatitis. 1999. 52. 54-56.

11. Schlodder D. 80 Jahre Misteltherapie (Helixor) bei Krebspatienten und Precancerosen. Erfahrungsheilkunde. 1997. 46. 483-489.

Омела



Системная энзимотерапия у больных «мягкой» артериальной гипертонией.

Гущин А.Ю., Фаисханов Р.Я.

Кафедра гомеопатии РУДН

Патология сердечно-сосудистой системы является самой распространенной в мире среди всех заболеваний человека. Установлено, что артериальная гипертензия (АГ) мощнейший фактор риска ранней инвалидности и смертности. Как известно, АГ – наиболее распространенный сердечно-сосудистый синдром. По статистике, около 30–40% трудоспособного населения различных государств имеют АГ.

В связи с этим вполне понятна заинтересованность ведущих специалистов и научных учреждений в профилактике и раннем лечении так называемой «мягкой артериальной гипертонии (МАГ)» (или АГ I степени при АД 140-159/90-99 мм.рт.ст.). Как правило, МАГ начинает проявляться в молодом возрасте. У таких пациентов необходимо большое значение уделять воздействию на нейрогуморальную регуляцию кровообращения и восстановлению нарушенных обменных процессов различных органов и систем организма. Выявлено, что у больных МАГ в период динамической физической нагрузки, проявляется ослабление дофаминергической депрессорной активности на уровне центральной нервной системы.

В нашем исследовании приняли участие 40 пациентов - менеджеров среднего и высшего звена крупных компаний среднего возраста 29-37 лет. Были разделены на 2 группы по 20 человек сопоставимых по полу, возрасту, выполняемому объему работы: основную (с применением системной энзимотерапии) и контрольную (использующих антигипертензивную терапию). Проводили исследования: клинические осмотр, суточное мониторирование АД, скорость распространения пульсовой волны, вариабильность ритма сердца, ЭКГ, лабораторные методы исследования (общий анализ крови, иммунный статус, биохимические показатели, гормональный профиль). Исследования проводили перед началом терапии, по окончании терапии, через месяц после проведенной терапии.

В основной группе использовался препарат системной энзимотерапии Protease (США). Лечение проводилось на фоне мягко-тканевой мануальной терапии. Группа контроля получала стандартную антигипертензивную терапию.

По результатам исследования у 100% пациентов основной группы после 1 месяца терапии восстанавился нормальный уровень АД, полностью купировались жалобы астенического характера, восстанавились измененные показатели лабораторных и инструментальных методов исследования. Тогда как у пациентов контрольной группы после 1 месяца терапии только у 60% АД возвратилось к нормальным величинам, лабораторные и инструментальные показатели претерпели незначительные изменения.

Вывод.

Системная энзимотерапия адекватна и эффективна для пациентов «мягкой артериальной гипертонии», не имеет побочных эффектов после 1 месяца лечения. Для достижения стойкого положительного эффекта необходимо курс системной энзимотерапии проводить 2 и более месяцев.

Литература.

Рансбергег К., Ной С. Энзимы – ключ к здоровью и долголетию. СПб: Питер Ком, 1999. 192 с.

Фаллер-Луни Д. Заместительная и системная энзимотерапия в клинике внутренних болезней. //Эндобионт. 2008. 2. с.20-30.

Комплексная системная энзимотерапия вертеброгенной патологии

Крамар В.В.

Кафедра гомеопатии РУДН

Чрезвычайно большое распространение вертеброгенной патологии, большая частота встречаемости среди лиц продуктивного возраста (25-65 лет), сложность в лечении заболеваний позвоночника требует поиска и разработки новых комплексных методов в решении этой проблемы. Большая часть препаратов, рекомендованных и применяемых при лечении заболеваний позвоночника, имеют массу противопоказаний и побочных эффектов, и, кроме того, недостаточно влияют на восстановление функций позвоночника. А порой – способствуют хронизации заболевания.

Мануальная терапия значительно расширяет возможности лечения данной патологии. Сочетанные методы получают все большее распространение при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата, особенно сопровождающихся болевым синдромом. Для дифференциации лечения уже на этапе преддиагностики в арсенале мануального терапевта используется метод прикладной кинезиологии. Как в помощь при постановке диагноза, так и для уточнения тактики и методов лечения. Кроме традиционных артикуляционных и трастовых техник, используются мышечно-энергетические техники, краниосакральная терапия и висцеральная терпаия. В связи с этим предлагаются новые возможности лечения, в частности, в форме безопасной и эффективной терапии.

Целью настоящего исследования стало изучение эффективности комплексного использования стандартной схемы терапии, системной энзимотерапии Protease (TEC, США), а также лимф- и гемодренажной терапии H-Drein (Г-Дрейн) вертеброгенной патологии.

Материалы и методы. Под динамическим наблюдением находилось 30 пациентов в возрасте от 25 лет до 60 лет, страдающих вертеброгенными нарушениями в течение 1-15 лет.

У всех пациентов отмечался выраженный болевой синдром: по шкале ВАШ 5 пациентов (16,7%) оценили свое состояние как 7 баллов; 18 пациентов (60%) - 8 баллов; 7 пациентов (23,3%) - 9 баллов.

Помимо болевого синдрома, обращало на себя внимание наличие воспалительных изменений со стороны крови: у всех пациентов определялась высокая скорость оседания эритроцитов, умеренный лейкоцитоз, повышение С-реактивного протеина, сиаловых кислот, серомукоид.

Всем пациентам было поведено МРТ обследование

возвоночника, УЗДГ сосудов головного мозга с транскраниальным доступом. У 22-х (73,3%) пациентов на МРТ обнаружена грыжа межпозвонкового диска (МПД) различного расположения, размером от 4 до 9 мм, с компрессией твердой мозговой оболочки. У 6-х (20%) пациентов обнаружена протрузия МПДТ. У 2–х (6,7%) пациентов на МРТ картина нарушения анатомически взаимного расположения межпозвонковых суставов. У 75% пациентов отмечали наличие спондилоартроза различной степени выраженности.

У 21-го (70%) пациентов при УЗДГ сосудов головного мозга с транскраниальным доступом обнаружился ассиметричный ток артериальной крови по вертебральным артериям их извитость, признаки венозного полнокровия в венах плечеголовного ствола.

Течение заболевания характеризовалось обострением, которое проявлялось ограничением объема движений в различных отделах позвоночника, наличием неврологической симптоматики, характерной для вертеброгенных заболеваний.

Ограничение подвижности пациенты оценивали по 5-бальной шкале: 0 баллов – ограничений подвижности нет, 5 баллов - максимально выраженная ограниченность в движениях. 10 (33,3%) пациентов подвижность оценили как 5 баллов, 15 (50%) как 4 балла, 5 (16,7%) как 3 балла.

Курс лечения состоял из двух этапов:

- первый этап терапии длительностью 4-7 недель,

- второй этап лечения проводился через месяц после окончания первого и длился 5-7 недель.

Методом простой рандомизации пациенты были распределены на 2 группы: по 15 человек в каждой, сравнимые по полу, возрасту, тяжести течения заболевания и установленному диагнозу:

1-й группе выполнялся стандартный набор лечебных мероприятий.

1) сеансы мануальной терапии (как классические так и мягкие методики: висцеральная, краниальная, артикуляционные техники):

- 7 сеансов (1-й этап лечения), частота - 2 раза в неделю первые 2 недели, далее по индивидуальным показаниям – 1-2 раза в неделю.

– 5 сеансов (2-й этап лечения), частота – 1 раз в неделю первые 3 недели, далее по индивидуальным показаниям – 1-2 раза в 2 недели.

Общая продолжительность 2–го этапа лечения составила от 5 до 7 недель.

2) вытяжение (аутогравитационная терапия с помощью тренажера «Грэвитрин») - 15 сеансов (1-й этап лечения), 10 сеансов (2-й этап лечения)

3) нестероидные противоспалительные препараты по индивидуальным показаниям по классической схеме.

4) симптоматическая гомеопатическая терапия.

2-й группе пациентов, наряду со стандартной терапией, дополнительно использованы препараты Protease и H-Drein. Их применение проводилось перорально ежедневно по классической схеме: Protease - по 2 капсулы 2 раза в день, H-Drein - по 20 капель 1 раз в день.

Социально–экономические и бытовые условия у всех пациентов были одинаковыми. Клиническая динамика картины крови оценивалась до и через 14 дней после начала лечения.

Общая продолжительность курса приема препаратов Protease и H-Drein составила в среднем 15 недель.

Результаты и обсуждение. После проведения первого этапа всеми больными из 1-й и 2-й групп отмечалось улучшение общего состояния.

Уменьшение болезненности в первой группе (шкала ВАШ) составило: «0» баллов - (53,3%) 8 пациентов, «1» балл - (26,7%) 4 пациента, «2» балла – (13,3%) 2 пациента, «4» балла – (6,7%) 1 пациент (рис. 1).

Уменьшение болезненности во второй группе (шкала ВАШ) составило: «0» баллов – (80%) 12 пациентов, «1» балл - (13,3%) 2 пациента, «2» балла – (6,7%) 1 пациент.

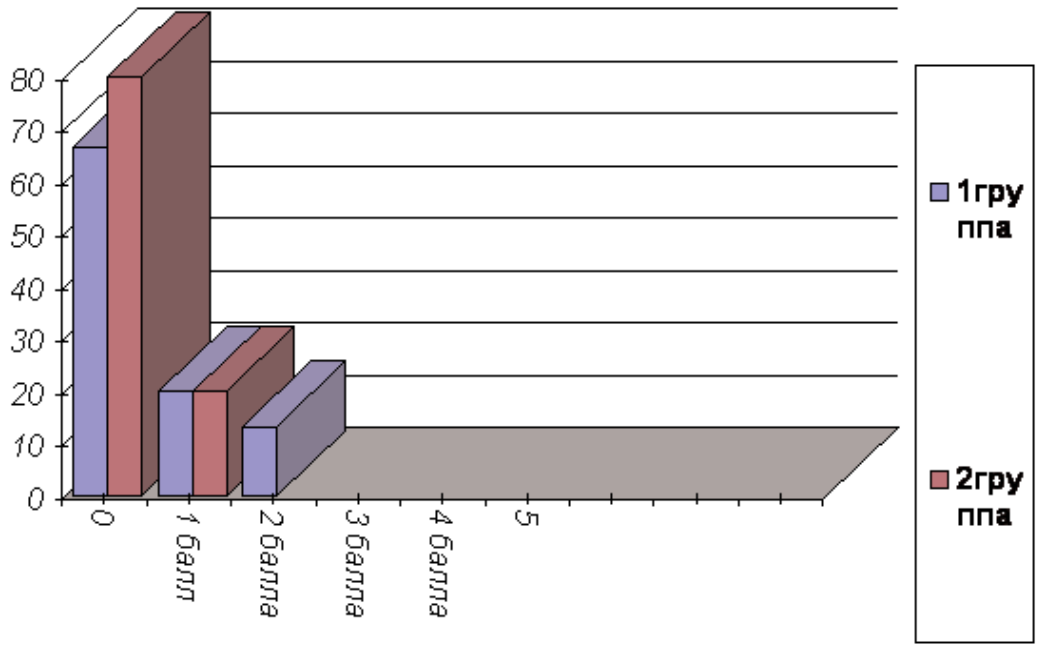


Рис. 1. Степень выраженности болевого синдрома (шкала ВАШ) после проведенного лечения (1 этап)

Увеличение подвижности в позвоночнике в ранее ограниченных отделах позвоночника в первой группе составило: «0» баллов – (66,7%) 10 пациентов, «1» балл - (20%) 3 пациента, «2» балла – (13,3%) 2 пациента (рис. 2).

Увеличение подвижности в позвоночнике в ранее ограниченных отделах позвоночника во второй группе составило: «0» баллов – (80%) 12 пациентов, «1» балл - (20%) 3 пациента.

У пациентов обеих групп при проведении УЗДГ сосудов головного мозга с транскраниальным доступом было отмечено отсутствие венозного полнокровия в венах плечеголовного ствола, в анализах крови выявлялось снижение показателей воспаления, уменьшение С-реактивного протеина. В течение месяца нормализовалась снижались явления общей слабости. Всеми пациентами отмечалось повышалась физической активности, повышение объема движений в ранее ограниченных отделах позвоночника. После проведения второго этапа лечения различные болевые ощущения возникли у 1 пациента 1-й группы, во 2-й группе жалоб не было.

Вывод.

Полученные данные свидетельствуют в пользу комплексной терапии с использованием Protease и H-Drein, благодаря которым удалось существенно уменьшить выраженность клинических проявлений вертеброгенной патологии.

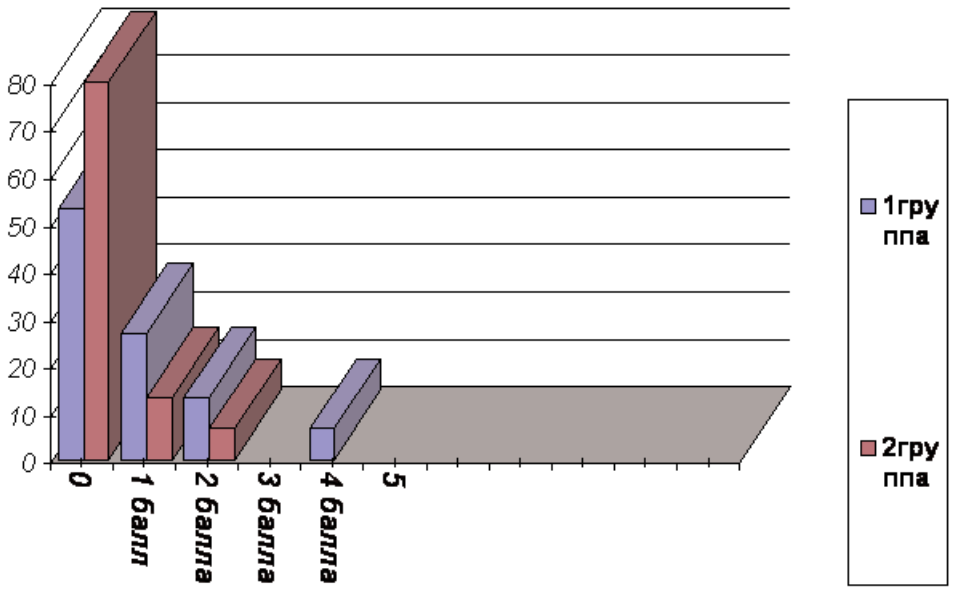
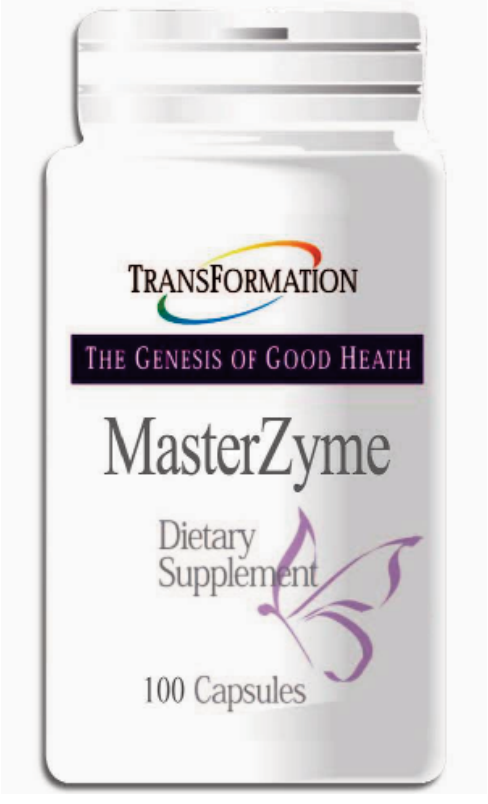


Рис. 2. Выраженность ограничения двигательной функции в группах после 1-го этапа лечения

Литература.

1. Белова А. Н., Шепетова О. Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. М., 1998. 221 с.
2. Солдатов И. Б., Сущева Г. П., Храппо Н. С. Вестибулярная дисфункция. - М., 1980.
3. Кукушкин М. Л. Патофизиологические механизмы болевых синдромов//Боль. 2003. № 1. С. 5-13.
4. Подчуфарова Е. В., Яхно Н. Н., Алексеев В. В. и др. Хронические болевые синдромы пояснично-крестцовой локализации: значение структурных скелетно-мышечных расстройств и психологических факторов//Боль. 2003. № 1. С. 34-38.
5. Шмырев В. И. Программа лечения и реабилитации пациентов с дорсалгиями. Методические рекомендации. М., 1999. 28 с.
6. Яхно Н. Н., Штульман Д. Р. Болезни нервной системы. Т. 1. 2001.
7. Fuller D. The Healing Power of Enzymes.



МастерЗим - средство поддержки эндокринной системы

Омелотерапия: комплексное клиническое применение.
Руководство для практикующих врачей./ Под общ. ред. И.С. Ролика.
Москва: НОЦ НАТУРВИТА. 2005. 448 с.

В руководстве основное внимание уделено наиболее эффективным препаратам пихтовой, яблоневой и сосновой омелы: Хеликсор А, Хеликсор М, Хеликсор П, производимым в Германии фирмой HELIXOR, являющимися базовыми средствами современной омелотерапии.



Омелотерапия является одним из часто используемых методов биотерапии в медицинской практике Европы. Сегодня омелотерапия является достоянием многих научных и медицинских центров мира с обширными программами исследований и практической деятельностью.

В руководстве представлен эмпирический и научный материал по использованию метода омелотерапии не только в иммунореабилитации больных раком, но и в лечении ряда других заболеваний в комплексе с природными средствами и методами, выступающими в качестве синергистов экстрактов омелы белой.

Всестороннее изучение фармакологических свойств экстрактов омелы белой, выполненное почти за вековой период времени, развеяло миф омелы белой. На сегодняшний день доказано, что омелотерапия препаратами Хеликсор обеспечивает реверсию опухолевого фенотипа в нормальный благодаря восстановлению тканеспецифической программы, пролиферации и дифференцировки клеток. Препараты обладают антиканцерогенными эффектами на клеточном уровне, влияя на системы репарации ДНК нормальных клеток, регулируя апоптоз, реализуя антимутагенные свойства, блокируя неоангиогенез в опухолевых тканях. Кроме того, они являются уникальными активаторами неспецифического (системы моноцитов/макрофагов, естественных киллеров, нейтрофильных и эозинофильных гранулоцитов) и специфического (Т- и В-лимфоциты) противоопухолевого иммунитета. Препараты Хеликсор выступают в качестве мощных синергистов различных противоопухолевых методов и средств при комбинированном применении, что позволяет их использовать как при профилактике рака, так и для целей иммунореабилитации онкобольных при проведении химио- и радиотерапии.

Наиболее широка сфера применения омелотерапии

хронические вирусные инфекциии, в т.ч. гепатиты С и В, иммунодефициты (ВИЧ-инфекции, пониженная инфекционная резистентность, синдром хронической усталости), предраки, дегенеративно-дистрофические заболевания суставов, аутоиммунные болезни (ревматоидный полиартрит).Омелотерапия используется в эстетической медицине для ревитализации сосудов, иммунной системы, кожи и др.

Издательство «Натурвита»
Москва, Гостиничный проезд, д.6, корп. 2
Тел: (495) 482-47-47
e-mail: natur_vita@mail.ru
htpp://www. naturvita.ru

ISSN 1999-0476 09003
9 771999 047772 >

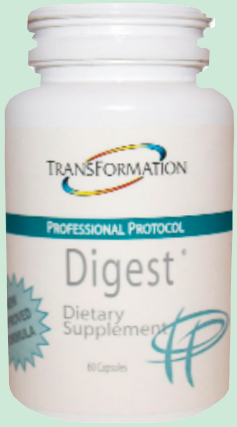
ЭНДОБИОНТ

Ферментные препараты корпорации ТЕС (США) - ведущего производителя биоферментов

Продукты высоких технологий - запатентованные смеси растительных и микробных ферментов в капсулах:

ДИГЕСТ

- *устойчивы в кислой среде ЖКТ,*
- *без энтеросолюбильной оболочки,*
- *превосходят по своей активности известные ферменты*



Протеолитические, липолитические и сахаролитические ферменты для восполнения их дефицита в ЖКТ и во внутренних средах организма.

<u>Восстановительная энзимотерапия</u>: не подавление, а возрождение синтеза собственных ферментов.

Болезни ЖКТ
Аллергии и аутоиммунные заболевания
Целиакия
Лактазная недостаточность
Сахарный диабет

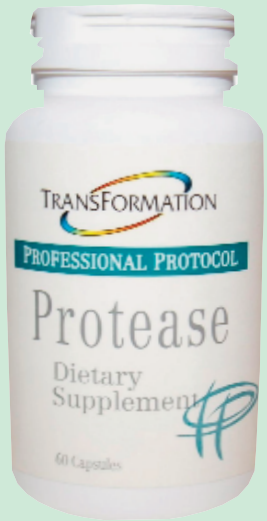


Оптимальное усвоение жиров
Снижение уровня холестерина
Уменьшение аппетита
Улучшение моторики всех отделов ЖКТ
Нормализация веса

Эффективно восстанавливает все виды обмена веществ.
Способствует физиологическому «сгоранию» жировых отложений без «сгорания» мышечной массы.
Регулирует обмен веществ.
Улучшает функции печени и поджелудочной железы.
Повышает чувствительность тканей к глюкозе.
Регулирует синтез инсулина и его метаболическую активность.
Снижает уровень холестерина в крови.

БалансЗим Плюс

ПРОТЕАЗА



<u>Системная энзимотерапия:</u>
противовоспалительное и противоотёчное действие: все виды воспалений и отёков;
десенсибилизация: аллергии, аутоиммунные заболевания;
снижение вязкости крови: профилактика и лечение тромбов, атеросклероза, ИБС;
иммунная модуляция: вирусные инфекции, иммунодефициты, опухоли.

Щелочные, нейтральные и кислые эндо- и экзопептидазы, бромелаин и папаин.
При приёме натощак всасываются в кровоток и оказывают системное энзимное действие.
Восполнение дефицита ферментов во внутренних средах организма.

№ 1 (3) 2009