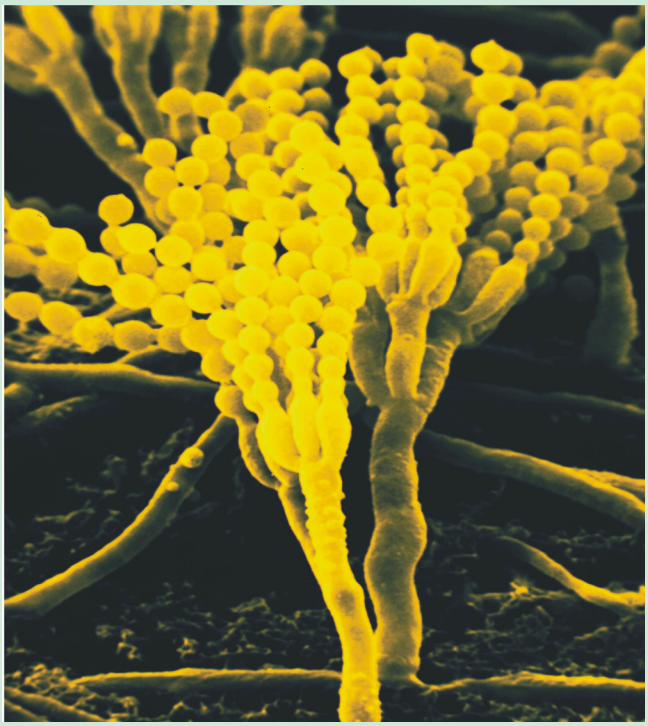
Эндобионт

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ





Омелотерапия полипоза толстой кишки, при раке кожи

Омелотерапия гепатита С

САНУМ-терапия хеликобактериоза

Реакция обострения на САНУМ-вакцины при гастродуодените

Комплексная биотерапия стволового инсульта у молодых

Биотерапия цирроза печени

Микробиологическая концепция Г.Эндерляйна и кандидозы

Статистические данные изучения препаратов ЦИТРОКЕЛЬ, ПЕФРАКЕЛЬ, ФОМЕПИКЕЛЬ

САНУМ-препараты в ветеринарной практике

№1 (8) 2018

Протеаза – смесь кислоустойчивых ферментов для системной энзимотерапии

ФЕРМЕНТНЫЙ КОМПЛЕКС РЕАЛИЗУЕТ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ:

- обладает противовоспалительным, мочегонным и иммуномодулирующим действием;
- разрушает иммунные комплексы в стенках сосудов;
- обладает фибринолитической активностью; нормализует вязкость крови и микроциркуляцию;
- ускоряет лизис токсических продуктов обмена веществ и некротизированных тканей; улучшает рассасывание гематом и отеков;
- улучшает снабжение тканей питательными веществами;
- расщепляя жиры и белки, облегчает процесс пищеварения,
- предотвращает метастазирование опухолей, оказывает цитостатическое действие на злокачественные клетки,
- является синергистом фармакологического действия антибиотиков, гормонов, цитостатиков, радиотерапии, сульфаниламидов, органопрепаратов, витаминов, микроэлементов, гомеопатических средств, многих терапевтических методов.

Основу препарата составляет Tzyme™ смесь протеаз - запатентованная смесь ферментов, состоящая из щелочных, нейтральных и кислых эндо- и экзопептидаз и бромелаина для системной энзимотерапии (табл.), в т.ч. для улучшения реологических свойств крови, предотвращения тромбообразования, повышения антиоксидантного потенциала организма, а также для обеспечения гидролиза белков пищи и продуктов распада клеток, предотвращения образования токсичных аминов. Содержимое капсулы всасывается практически в неизменённом виде после высвобождения в тонкой кишке и оказывает эффективное системное действие, сопоставимое по эффективности с внутривенным введением. Ферментный комплекс Протеаза содержит смесь протеаз, обладающих самой высокой протеолитической активностью - 355,017 HUT и 600,000 PU. Кроме грибковых протеаз он содержит также бромелаин.

Кальций в составе Протеазы улучшает переносимость при приеме на пустой желудок. Однако если прием на пустой желудок плохо переносится, можно принимать Протеазу и вместе с пищей. Содержимое капсул можно высыпать в ложку и принимать с водой.

Прием Протеазы может вызывать временный дискомфорт у пациентов с язвой желудка, т.к. протеаза удаляет омертвевшую ткань (санирующий эффект). За 24-48 часов до проведения хирургической операции прием Протеазы прекращают и возобновляют спустя 24 часа после операции.

СОСТАВ 1 капсулы	
Наименование компонентов:	
TzymeTM Blend смесь протеаз	
кислая, нейтральная, щелочная экзо/эндо пептидаза,	641 мг
бромелаин (355017 HUT)(600 000 PU)	
Кальция цитрат	2 мг
Другие компоненты: вегетарианские капсулы (целлюлоза и вода).	

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ:

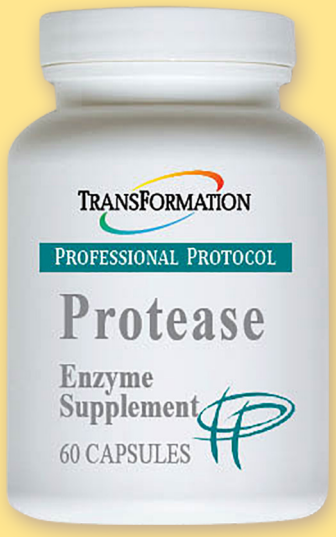
- Острые и хронические воспалительные процессы: бронхиты, простатиты, синуситы, гингивиты, циститы, цистопиелиты, гломерулонефриты и др.
- Гепатиты и циррозы печени, желчекаменная болезнь, гиперхолестеринемия, гипербилирубинемия.
- Болезни ЖКТ: панкреатиты, гастродуодениты, энтероколиты, дисбактериозы, синдром мальабсорбции.
- Ожирение, избыточный вес.
- Сосудистая патология: атеросклероз, стенокардия, тромбофлебиты, постромботический синдром, варикозная болезнь, облитерирующий эндартериит, состояния после инфаркта миокарда, профилактика инфаркта миокарда.
- Травмы, ранения и хирургические вмешательства: переломы, ушибы, гематомы, состояния до и после оперативного вмешательства.
- Аллергии, бронхиальная астма.
- Аутоиммунные заболевания (аутоиммунный тиреоидит, ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева и др.).
- Ревматические заболевания: артрозы, внесуставной ревматизм, остеопороз, остеохондроз и его клинические проявления, подагра.
- Гинекологические заболевания: аднексит, спайки, непроходимость труб, бесплодие.
- Острые и хронические интоксикации (отравления), в т.ч. тяжелыми металлами.
- Реабилитация больных раком: профилактика рецидива и метастазов рака, на фоне или после химио- или радиотерапии.
- Предраки: мастопатии, эндометриоз, полипы, эрозии, миомы, аденомы, кисты и др.
- Грибковые, бактериальные, паразитарные, вирусные инфекции, в т.ч. Herpes simplex, Herpes zoster, цитомегаловирус, вирусы гепатита В и С.
- В комплексном лечении и профилактике злокачественных опухолей.

Регулярный прием Протеазы улучшает самочувствие и служит хорошей профилактикой различных заболеваний. Восстанавливается физиологическая активность, укрепляется иммунная система. Протеазу назначают при воспалительных процессах (острые и хронические, латентные), сердечно-сосудистых заболеваниях (2400 FU расщепляют фибрин, улучшают реологические свойства крови), аутизме, сахарном диабете. Протеаза снижает последствия оксидативного стресса и улучшает выделительную функцию печени, почек, кожи, легких (детоксикация организма), ускоряет период восстановления организма после хирургических операций (улучшает заживление и сокращает период заживления).

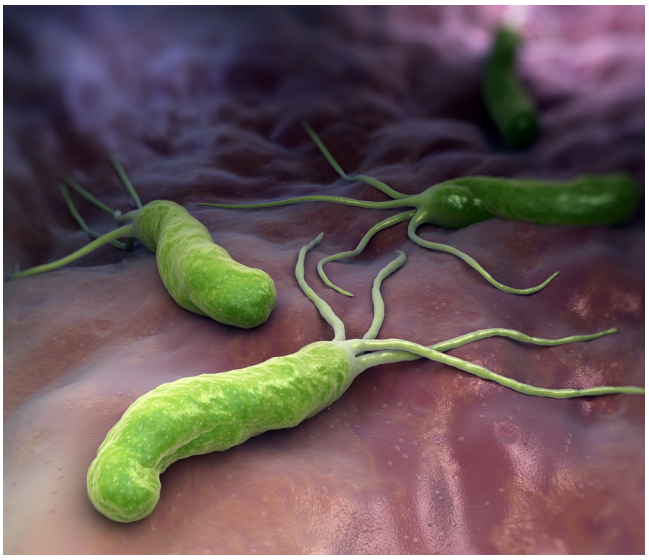
Дозировка Протеазы зависит от состояния пациента и наличия заболеваний. Для поддержания хорошего самочувствия принимают по 1 капсуле 2 раза в день (утром и вечером натощак). В качестве общей терапии назначают прием 2 капсул 3 раза в день между приемами пищи (только на пустой желудок). При наличии тяжелых заболеваний, в т.ч. онкологических, принимают по 2-3 капсулы 4-5 раз в день или через каждые 3 часа, чтобы поддерживать активность протеаз в организме на протяжении 24 часов. Для улучшения кровотока Протеазу следует принимать малыми дозировками в течение дня, а не всю дозировку за один прием или два раза в день. Необходимо контролировать состояние пациентов, принимающих разжижающие кровь средства, в этом случае Протеазу принимают в другое время, спустя 1-2 часа.

Протеазу назначают по 1 капсуле во время еды для улучшения переваривания белков при диабете, изжоге, кислотном рефлюксе, подагре, аутизме, белковой диете.

Продолжительность приёма не ограничена.



Содержание







КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

6 КОМПЛЕКСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХЕЛИКСОРА ПРИ РАКЕ КОЖИ.

Лаптев В.П., д.м.н., проф., чл-корр. РАЕН, **Ролик И.С.**, д.м.н., проф., акад. РАЕН, **Ибрагимов Т.М.**, **Скрипкин Е.Н.**, к.м.н., **Ролик О.И.**, д.м.н., чл.-корр. РАЕН, **Гущин А.Ю.**, д.м.н.

10 КОМБИНИРОВАННАЯ САНУМ-ТЕРАПИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРНОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА

Ролик О.И., д.м.н., чл.-корр. РАЕН, **Ролик И.С.**, д.м.н., проф., акад. РАЕН, **Чумаков В.В.**, д.м.н., проф., акад. РАЕН, **Гущин А.Ю.**, д.м.н.

16 РЕАКЦИЯ ОБОСТРЕНИЯ НА ПРИМЕНЕНИЕ САНУМ-ВАКЦИН ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ

Ролик И.С., д.м.н., проф., акад. РАЕН, **Ролик О.И.**, д.м.н., чл.-корр. РАЕН, **Чумаков В.В.**, д.м.н., проф., акад. РАЕН, **Гущин А.Ю.**, д.м.н., **Забабуркина Н.Д.**

20 РОЛЬ ОМЕЛОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ролик И.С., д.м.н., проф., акад. РАЕН, **Ролик О.И.**, д.м.н., чл.-корр. РАЕН, **Чумаков В.В.**, д.м.н., проф., акад. РАЕН, **Гущин А.Ю.**, д.м.н.

24 ВОЗМОЖНОСТИ САНУМ-ТЕРАПИИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

Колосюк В.А., к.м.н.

ОБЗОР

26 ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ПОЛЕЙ НИЗКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ – ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫСОКИХ РАЗВЕДЕНИЙ АКТИВНЫХ СУБСТАНЦИЙ

Ролик О.И., д.м.н., чл-корр. РАЕН, **Ролик И.С.**, д.м.н., проф., акад. РАЕН, **Забабуркина Н.Д.**

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

34 КОМПЛЕКСНАЯ САНУМ-ТЕРАПИЯ СТВОЛОВОГО ИНСУЛЬТА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Донченко Е.В., д.м.н.

36 БИОПРЕПАРАТЫ САНУМ В КОМПЛЕКСНОЙ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ.

Федрунова О.Ф.

40 ОМЕЛОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ С ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ГЕПАТИТЕ С.

Лаптев В.П., д.м.н., проф., чл.-корр. РАЕН, **Дворникова Е.Ю.**, **Ибрагимов Т.М.**, **Скрипкин Е.Н.**, к.м.н.

42 КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САНУМ-ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Терентьева Ю.В.

ПЕРЕВОДЫ

44 МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ Г.ЭНДЕРЛЯЙНА И КАНДИДОЗ

Брайант М.

48 ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ САНУМ-ПРЕПАРАТАМИ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Фрик Г., д-р мед.

52 ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ МЕРИДИАНАМИ ЛЁГКИХ И ТОЛСТОЙ КИШКИ

Рау Т., д-р мед.

56 БАКТЕРИИ И ГРИБЫ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ САНУМ-ТЕРАПИИ

Шнайдер П., д-р мед

60 САНУМ-ТЕРАПИЯ ВИРУСНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА У РЕБЁНКА 4 ЛЕТ

Слагель К.М.

62 МУЦЕДОКЕЛЬ ВАЖНЫЙ «КЛЮЧ» В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шнайдер П., д-р мед

64 ALKALA® «S» - РЕГУЛЯТОР МИНЕРАЛЬНОГО И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО БАЛАНСА

Зонntаг Д.

ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ САНУМ-ПРЕПАРАТОВ

66 ЦИТРОКЕЛЬ – ПРЕПАРАТ ПОТЕНЦИРОВАННОЙ ЛИМОННОЙ КИСЛОТЫ

Вертманн К., д-р мед.

68 СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО ИЗУЧЕНИЮ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЦИТРОКЕЛЬ В АМПУЛАХ У ДЕТЕЙ

Хайдль Р.

70 СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО ИЗУЧЕНИЮ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ПЕФРАКЕЛЬ В АМПУЛАХ, ФЛАКОНАХ-КАПЕЛЬНИЦАХ, КАПСУЛАХ, СВЕЧАХ И МАЗЯХ

Хайдль Р.

76 СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО ИЗУЧЕНИЮ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ФОМЕПИКЕЛЬ ВО ФЛАКОНАХ-КАПЕЛЬНИЦАХ ПРИ АДЕНОМЕ ПРОСТАТЫ

Рау Т., д-р мед.

ВЕТЕРИНАРИЯ

78 ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЕ ЭФФЕКТЫ ХЕЛИКСОРА: СЛУЧАИ ИЗ ВЕТЕРИНАРНОЙ ПРАКТИКИ

Полякова Н.Б. к.б.н., **Иноземцева И.Е.** к.б.н.

80 ГЛУБОКАЯ ПИОДЕРМИЯ У СОБАК: РЕКОМЕНДАЦИИ ПО САНУМ-ТЕРАПИИ

Липин А.В., д.в.н.

81 АРТРИТ У СОБАК: МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО БИОТЕРАПИИ

Липин А.В., д.в.н.

82 МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ГЕПАТОПАТИЯ У СОБАК: МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО БИОТЕРАПИИ

Липин А.В., д.в.н.

Лаптев В.П., д.м.н., проф., чл-корр. РАЕН, **Ролик И.С.,** д.м.н., проф., акад. РАЕН,
Ибрагимов Т.М., **Скрипкин Е.Н.**, к.м.н., **Ролик О.И.**, д.м.н., чл.-корр. РАЕН,
Гущин А.Ю., д.м.н.

Комплексное использование Хеликсора при раке кожи

ВВЕДЕНИЕ.

Клиническая онкология базируется на трёх китах: оперативное лечение, радио- и химиотерапия. Это травматичные и токсичные для организма методы лечения, направленные на устранение местных проявлений онкологического заболевания. Однако никакие методы инструментального и лабораторного обследования (УЗИ, МРТ, КТ, ПЭТ-КТ, онкомаркеры и др.) не позволяют выявить очаги злокачественности менее 1 мм, где уже может насчитываться около 100 миллионов злокачественных клеток.

Экспериментально показано, что наиболее агрессивные злокачественные клетки с высоким метастатическим индексом способны к метастазированию при массе 40-50 тысяч клеток [12]. Отсюда следует, что в настоящее время достаточно эффективного мониторинга развития онкологического заболевания нет. Проблема метастазирования во многом зависит от состояния организма в целом и его способности контролировать появление новых клонов злокачественных клеток. По этой причине не оправдано применение химиотерапии с целью профилактики развития метастазов, т.к. нет субстрата, на который бы действовали токсичные химические препараты, а спящие и стволовые опухолевые клетки в этот период не чувствительны к ядам. Поэтому единственной мишенью для химиотерапевтической атаки становятся нормальные делящиеся клетки крови и слизистых всех видов тканей. На этом фоне нетоксичные таргетные биопрепараты выигрывают по всем позициям, а именно избирательностью поражения злокачественных клеток и не токсичностью в отношении нормальных тканей и органов [5].

ОМЕЛОТЕРАПИЯ.

Экстракты омелы белой Viscum album (Хеликсор) являются одними из базисных препаратами в лечении онкологических заболеваний и предраковых состояний. Действие Хеликсора на гуморальное звено иммунитета выражается в увеличении синтеза цитокинов, активации клеточного иммунитета, влияя на функциональную активность NK-клеток, Т-лимфоцитов и моноцитарно-макрофагальное звено. Кроме того Хеликсор стимулирует метаболическую активность организма, о чём свидетельствует повышение температуры после введения препарата. Эту особенность можно расценивать, как прогностический тест при тяжёлых формах онкологических заболеваний: чем ниже доза препарата, на которую реагирует температура, тем выше реактивность организма и возможность получения положительного терапевтического эффекта [6, 7, 13].

Парентеральное введение Хеликсора возможно в трёх вариантах:

- подкожное дробное,
- внутривенное капельное,
- внутриполостное струйное.

Подкожное введение Хеликсора является базисным методом омелотерапии рака. Технически оно осуществляется аналогично с введением инсулина, но разделяя содержимое шприца на 3-4 части в разные точки. Возможно введение препарата в наружную поверхность бедра и плеча, в зону сосцевидного отростка, живот, пахово-подвздошную область, спину, воротниковую зону, надлобковую область и зоны молочных желёз. Инъекции необходимо проводить в зонах, близких к патологическому процессу.

Подкожное введение начинают с минимальной дозировки 0,01 мг и при отсутствии выраженной гиперэргической и местной реакции (папула более 1 см) пошагово повышают дозу препарата [7].

Внутривенно-капельное введение Хеликсора проводится при тяжёлых формах онкологических заболеваний параллельно с подкожными инъекциями. После определения эффективной подкожной дозировки препарата с выраженной местной и обшей реакцией высокие дозы Хеликсора, начиная со 100 мг, вводят внутривенно капельно в разведении 1:10. Механизмы действия препарата при подкожном и внутривенном введении разные. При подкожном максимальный эффект достигается стимуляцией дендрит-

ных макрофагов, тогда как при внутривенном введении происходит активация центрального полиморфного звена иммунитета (моноциты, Т-лимфоциты, NK-клетки). Такое сочетанное подкожное и внутривенное введение препарата обеспечивает максимальный терапевтический эффект противоопухолевой иммунной атаки [5, 6, 9].

Внутриполостное введение Хеликсора используется после дренированияплевральнойилибрюшной полости при клеточных плевритах и асцитах любой онкологической природы для предотвращения рецидива этих осложнений роста злокачественных опухолей. Препарат нужно развести в объёме 1:10 в физиологическом растворе в дозировке от 100 мг до 300 мг. Возможно сочетание терапии Хеликсором с ЛАК-терапией и введением Ронколейкина [9, 11].

ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРЫ И ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ.

Фотодинамическая терапия (ФДТ) основана на парентеральном применении фотоактивных препаратов (фотосенсибилизаторов) с последующей активацией лазерным излучением в полосе поглощения этих препаратов. В результате такой активации препараты поглощают фотоны и переходят в возбуждённое триплетное состояние. Далее импульс передаётся на окружающую диссоциированную воду (H-OH), в результате чего появляется синглетный кислород, который провоцирует перекисное окисление липидов в клетках и повреждение внутриклеточных мембран [1, 2, 3].

Препаратом выбора для ФДТ является фотосенсибилизатор Радахлорин российского производства, активной компонентой которого служит фотосинтетическая часть сине-зелёной водоросли спирулины - Хлорин-е6. По химической структуре это полный аналог гематопорфиринов. Эти структуры необходимы в процессе деления злокачественных клеток и встраиваются в них, тогда как нормальные интерфазные клетки не потребляют препарат. Таким образом происходит избирательное накопление Радахлорина в опухолевых клетках. Положительной особенностью Радахлорина является быстрое выведение его из организма через печень в кишечник. Даже при внутривенном введении больших доз этого препарата (1мг/кг) уже через сутки мы наблюдаем лишь следы его в крови, тогда как включённый в клеточные структуры он задерживается надолго в патологической зоне.

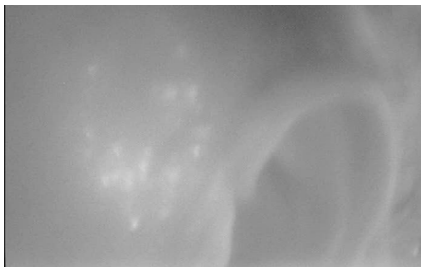


Рис. 1. Флуоресценция до терапии



Рис. 2. Практически полное отсутствие флуоресценции после терапии

Это свойство позволяет использовать накопительный эффект препарата в зоне лазерной активации для получения максимальной терапевтической реакции, которая выражается в виде некроза злокачественных клеток, а при минимальной фотохимической реакции манифестировать эти клетки для иммунной системы. Таким образом осуществляется прямое и опосредованное воздействие на опухоль.

В зависимости от чувствительности опухолей и способности накапливать фотосенсибилизатор курс ФДТ может быть разбит от однократного воздействия до 12-15 процедур. При введении высоких доз препарата (1 мг/кг веса) с лазерной активацией от 150 Дж/см до 300 Дж/см следует ожидать некротическую реакцию в опухоли уже через 1,5 часа после процедуры. Нередко такое активное воздействие на ткани сопровождается выраженным отёком и болевым синдромом и необходимостью применения сильных анальгетиков, вплоть до наркотических [4, 8].

В амбулаторных условиях оправдано дробное введение препарата с целью накопления его в клетках от процедуры к процедуре и лазерной активацией не выше 200 Дж/см. Такая тактика позволяет избежать многие побочные реакции ФДТ и вызвать патоморфоз в опухолевом образовании. В результате происходит замещение активной опухолевой ткани на неактивную. Используя флуоресцентную диагностику для мониторинга лечебного процесса можно качественно отследить это замещение (рис. 1), т.к. неактивная ткань не будет накапливать препарат в патологической зоне (рис. 2).

Следует отметить, что лазерная активация свободного препарата в русле крови приводит к выраженному иммуномодулирующему эффекту, в частности противоопухолевого звена иммунитета (моноциты, Т-лимфоциты, NK-клетки) и повышает количество тромбоцитов. Это свойство полезно использовать в сочетании в курсами ПХТ, где включены препараты цис-платины, токсическое действие которых направлено в первую очередь на тромбоцитарное звено.

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОМЕЛОТЕРАПИИ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ

Исходя из того, что главная проблема злокачественной онкологии в метастазировании и рецидивировании роста опухолей, необходимо воздействовать как локально на опухоль, так и на организм в целом. Отмечено, что среди пациентов с онкологическими заболеваниями у многих из анамнеза отмечены гипотермические, гипотонические и фоновые депрессивные состояния организма. Иными словами это

- гипометаболический режим работы организма.

Применение Хеликсора переводит метаболизм организма на более высокий уровень, при котором иммунный противоопухолевый надзор становится более эффективным. А длительность подкожного введения этого препарата закрепляет этот общеорганный эффект.

А ФДТ, используемая в курсовом варианте с сублетальным воздействием на опухолевые клетки, манифестирует процесс для иммуноцитов, позволяя их распознавать не только по антигенному составу мембраны, но и фенотипически. Это подтверждается подавлением роста метастазов в отдалённые органы, которые не подвергались прямой лазерной активации. Такую опосредованную противоопухолевую реакцию можно рассматривать как не менее ценную в лечебном процессе, чем прямое подавление основной опухоли. Сочетание разных по механизму противоопухолевого действия препаратов и методик не противоречат друг другу, а обладают синергизмом [3].

Разработанная нами схема комбинированной омелотерапии и ФДТ включает:

1. Пошаговое подкожное введение Хеликсора, начиная с минимальной дозировки (0,01мг) до ответной местной реакции (папулы) и повышения температуры до субфебрильной.
2. Подключение внутривенных капельных вливаний Хеликсора в разведении 1:10 на физиологическом растворе, начиная со 100 мг.
3. Одновременно с Хеликсором проводится курс ФДТ с внутривенным введение Радахлорина в дозе препарата, вызывающей местную отёчную реакцию без некроза нормальных тканей. Доза определяется индивидуально с учётом чувствительности к препарату, начиная с минимальной.
4. Мониторинг проводится с помощью Флуоресцентной диагностики, УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ-КТ, сцинтиграфии и онкомаркерам.

БОЛЕЗНЬ БОУЭНА

Болезнь Боуэна (внутриэпидермальный рак кожи in situ) характерна ползущей поверхностной инвазией в области промежности. Обычно местная терапия лекарственными средствами в виде мазей и гелей не приносит желаемого терапевтического эффекта, а применение только химиотерапевтических средств может обострить течение заболевания и способствовать образованию глубоких изъязвлений нормальной кожи. Лучевая терапия так же бывает не показана из-за значительной площади поражения. По этой же причине ограничены возможности хирургического лечения.

В связис этим у 6 больных использован метод комбинированной биотерапии Хеликсором и ФДТ в сочетании с химиотерапевтической мазью Проспидин. Хеликсор вводился подкожно и внутривенно схеме. ФДТ с внутривенным введением Радахлорина проводилась через день в течение месяца, а мазь Проспидина наносили на те зоны, где обнаруживались глубокие изъязвления кожи. Положительный терапевтический эффект, в виде устранения отёка и гиперемии поражённой ткани был отмечен у всех пациентов с начала лечения, а в середине курса отмечалась активная эпителизация нормальной кожи с периферии к центру. При повышенной ломкости и кровоточивости капилляров в зоне поражения и наличии в анализах крови повышенных титров цитомегало- и герпес-вирусов пациенты получали противовирусную терапию.

Клинический случай.

Использованная нами технология комбинированной таргетной биотерапии в лечении болезни Боуэна у пациента К. (рис. 3, 4) показала высокую эффективность в сочетании со щадящим и органосохраняющим подходом в лечении этого заболевания.

БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ.

Базалиома (базальноклеточный рак кожи) - онкологическое заболевание, отличающееся способностью



Рис. 3. Болень Боуэна до лечения (поражение кожи анальной области)



Рис. 4. Болезнь Боуэна через 3 месяца после лечения (положительная динамика по внешнему виду кожи анальной области)

к рецидивированию, но не метастазирующее в отдалённые органы. Осложнением течения базалиомы можно считать такой факт, что при каждом рецидиве опухоль способна развиваться не толь инвазивно по поверхности кожи, но и вглубь тканей, поражая базальную мембрану, жировую и мышечную ткань, вплоть до кости [10, 12]. Обычно этот процесс сопровождается инфекционным и вирусным воспалением, что отягощает течение заболевания. Такие осложнённые формы практически не перспективны для полного восстановления. Использование комбинированной омелотерапиии с ФДТ и химиотерапевтическими мазями (Проспидин, Курадерм, Глицифон) позволяет уничтожить раковые клетки и подавить воспалительный процесс, но рана остаётся открытой, т.к. гожа не способна регенерировать при отсутствии базальной мембраны. Если базалиома носит поверхностный инвазивный характер, то даже на большой площади поражения можно рассчитывать на положительный терапевтический эффект, вплоть до полного восстановления дефекта кожей.



Рис. 5. Базалиома до лечения: поражение кожи левой щеки и век левого глаза.



Рис. 6. Базалиома через 3 месяца после лечения: отсутствие поражения кожи верхней части левой щеки и век левого глаза.

Клинический случай.

Изначально у пациента М. (рис. 5) планировалась операция по энуклеации глаза с последующей пересадкой кожи. Была применена комбинированная омелотерапия в сочетании с фотодинамической терапией.

Первые признаки редукции новообразования и регенерации здоровой кожи появились через 2 недели после начала лечения, которые в последующем нарастали.

Через 3 месяца комбинированной терапии констатировано практически полное выздоровление (рис. 6), как свидетельство синергизма омелотерапии и фотодинамической терапии, существенно повысившего эффективность лечения рака кожи.

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ ОРОГОВЕВАЮЩИЙ РАК КОЖИ.

В отличие от базальноклеточного рака кожи плоскоклеточный рак (рис. 7) способен метастазировать в регионарные лимфоузлы [10]. Они увеличиваются в размерах и становятся плотными, затем спаиваются с кожей и изъязвляются. При присоединении вторичной инфекции возникает болезненность.

Плоскоклеточный рак обычно развивается после предраковых дерматозов, поэтому весьма важна профилактика этих заболеваний и ранняя диагностика микроочагов плоскоклеточного рака.

Лечение начинается с лазерной деструкции опухоли и практически одновременно следует проводить комбинированную омелотерапию с ФДТ. После 3-й процедуры, когда накопление Радахлорина будет достаточным, необходимо провести флуоресцентную диагностику для определения границ распространения опухоли. В середине курса подкожных инъекций Хеликсора и определения дозы препарата, на которую возникает местная реакция в виде папулы, следует подключить внутривенно-капельное введения высоких доз Хеликсора (100-300 мг) в разведении 1:10.

При появлении симптомов тахикардии и аритмии или стенокардитических болей следует снизить дозу препарата и проводить терапию, используя дозировку препарата, не вызывающую этих симптомов. Необходима консультация кардиолога и снятие ЭКГ.

Подкожные инъекции Хеликсора проводятся в непосредственной близости от опухоли, обкалыванием её по периметру. Это стимулирует приток крови и более интенсивное накопление Радахлорина в патологической зоне.

ВЫВОДЫ:

1. **Комбинированное использование 2-х биотерапевтических методов (фотодинамической терапии и омелотерапии) позволяет добиться гарантированного излечения некоторых разновидностей рака кожи.**
2. **С противорецидивной целью после окончания лечения на этапе ремиссии целесообразно продолжение омелотерапии 4-месячными циклами 2 раза в год, фотодинамической терапии – 1 раз в год на протяжении не менее 3-х лет на фоне мониторинга состояния.**

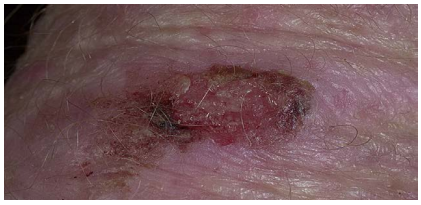


Рис. 7. Плоскоклеточный рак кожи.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алексеев Ю.В., Николаева Е.В. И др. Применение фотодинамической терапии с тетрапирролами хлоринового ряда в дерматологической практике.// Лазерная медицина. т.9, вып. 4, 2005, с 4-8.*
2. *Бочарова О.А. Вероятные механизмы противоопухолевого действия фитоадаптогенов. //Российский биотерапевтический журнал. 2010, Т 9, № 2, С.65-69.*
3. *Лаптев В.П., Ролик И.С., Мамедова Х.М. Комбинированная биотерапия онкологических заболеваний кожи. Методические рекомендации. М.: ЭдисМедКо. 2015. 12 с.*
4. *Решетников А.В. Фотодинамическая терапия с использованием фотосенсибилизатора «Радахлорин» и лазерного аппарата «Лахта-Милон». Клинические аспекты в дерматологии. - М: Рада-Фарма, 2007, 14 с.*
5. *Ролик И.С., Лаптев В.П. Биотерапия рака и предрака. М.: РАЕН, 2016. 352 с.*
6. *Ролик И.С., Червонобаб Ю.В., Симонишвили М.О., Гущин А.Ю. и соавторы. Омелотерапия: комплексное клиническое применение. Руководство для практикующих врачей./ Под общей редакцией И.С. Ролика. М.: Натурвита. 2005, 448 с.*
7. *Ролик И.С., Червонобаб Ю.В., Ролик О.И. Омелотерапия предопухолевых состояний. Методические рекомендации. М., 2013. 23 с.*
8. *Странадко Е.Ф., Малова Т.И. Лечебная и социально-экономическая эффективность фотодинамической терапии рака и неопухолевых заболеваний. М: Вета-Гранд, 2013, 12 с.*
9. *Kienle N., Kiene A. Die Mistel in der Onkologie. Stuttgart: Schattauer, 2003. 867 S.*
10. *Kölmel K.F., Pfahlberg A., Mastrangelo G., Niin M., Bote I.N., Seebacher C., Scheider D., Lambert D., et al. Infections and melanoma risk: results of a multicentre EORTC casecontrol study. // Melanoma Research. 1999. 9. 511-519.*
11. *Rau T. Biological Medicine. Hoya: Semmelweis-Institut. 2011. 547 S.*
12. *Rosenberg S.A. Principies of cancer management: biologic therapy. In: Cancer: Principles & Practice of Oncology. 1997. Chapter 1: 349-373.*
13. *Schlodder D. 80 Jahre Misteltherapie bei Krebspatienten [80 years of mistletoe therapy in cancer patients]. //Erfahrungsheilkunde. 1997. 46. 483-489.*

Ролик О.И., д.м.н., чл.-корр. РАЕН, **Ролик И.С.**, д.м.н., проф., акад. РАЕН, **Чумаков В.В.**, д.м.н., проф., акад. РАЕН, **Гущин А.Ю.**, д.м.н.

Комбинированная САНУМ-терапия хеликобактерного гастродуоденита



Особое место в развитии хронического гастродуоденита (ХГД) принадлежит хеликобактерной инфекции, возбудителем которой является Helicobacter pylori (HP).

Иммуносупрессивное действие HP является причиной несостоятельности иммунитета и снижения синтеза антихеликобактерных антител, что тормозит эрадикацию и элиминацию HP. Это объясняется «недоступностью» бактерии для антител в слое желудочной слизи, невозможностью выделения IgG в просвет желудка при относительном дефиците секреторных IgA, а также «антигенной мимикрией» [8, 21].

Анализ данных литературы по проблеме эрадикационной терапии HP-инфекции отражает высокую динамичность и дискуссионность проблемы, в которой центральное значение принадлежит вопросам резистентности микроорганизма к антибактериальным препаратам стандартной эрадикации, неоднозначность имеющихся трактовок и рекомендаций [11, 13].

Тактика лечения с применением различных схем антихеликобактерных медикаментов, увеличение количества одномоментно принимаемых препаратов, повышение дозировки и удлинение лечебного курса не приводит к повышению эффективности лечения, а наоборот, увеличивает риск побочных эффектов, что позволяет считать эрадикационную терапию на основе антибиотиков агрессивным методом лечения [14].

В связи с этим очевидно, что одной из наиболее приоритетных задач остаётся внедрение в практику безопасных и оптимальных схем эрадикационной терапии.

Поэтому задачами эрадикационной терапии должны быть не только купирование клинических проявлений ХГД и предотвращение развития рецидива заболевания, но и предупреждение неблагоприятных осложнений со стороны ЖКТ. Существует необходимость совершенствования схем антихеликобактерной терапии, в основном это уход от стандартных схем и разработка таких, которые были бы направлены на нивелирование дисбиотических расстройств, мобилизацию метаболического и антагонистического потенциала нормальной микрофлоры кишечника для подавления жизнедеятельности HP и на его элиминацию, на купирование воспалительных изменений, поддержание длительной ремиссии заболевания.

Целью настоящего исследования явилось: изучение клинической картины у пациентов

Таблица 1.
Распределение пациентов с ХГД по исследуемым группам в зависимости от проводимой биотерапии (БТ).

ГРУППЫ	ХГД И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ	ХАРАКТЕР БТ	ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ (N)
I	Хеликобактерный ХГД	Базовая БТ	32
II	Хеликобактерный ХГД	Базовая БТ + Fortakehl	35
ВСЕГО			**67**

с хеликобактерным ХГД и оценка эффективности комплексного гомеопатического лечения хеликобактериоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

В исследовании приняли участие 67 амбулаторных пациентов с хеликобактерным гастродуоденитом, средний возраст которых составил 44,7±13,2 года.

Всем пациентам с ХГД проводилась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с последующим ХЕЛПИЛ-тестированием на хеликобактериоз [1, 5, 6].

Всем пациентам проводилось микробиологическое исследование кала.

На основании данных комплексного физикального и клинико-лабораторно-инструментального обследования все пациенты с хеликобактерным ХГД были разделены на 2 исследуемые группы (табл. 1), однородные по возрасту, полу и характеру изменений в гастродуоденальной области.

Пациенты обеих групп осуществляли базовую БТ, в которую входили следующие биологические средства:

- гомеопатические препараты из пептидных биорегуляторов FegaCoren Nr.61 D4, NeyDIL Nr.4 D4 и NeyDIL Nr.76 D4,
- биорегуляторы физиологической кишечной лактофлоры Daigo,
- комплекс протеолитических ферментов Protease,
- биорезонансная терапия с биологической обратной связью,
- висцеральная остеопатия.



I-я группа использовала только БТ, во II-й группе использовалась базовая БТ, дополненная гомеопатической поливалентной грибковой вакциной Fortakehl, которая по данным зарубежных авторов [16, 17, 22], обладает антихеликобактерными эффектами.

Клиническая и эрадикационная эффективность биотерапии хеликобактерного ХГД оценивалась по изменению выраженности симптомов заболевания, динамике воспалительных изменений слизистой по данным ФГДС, показателям ХЕЛПИЛ-теста, динамике данных копрологического исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

При проведении комбинированной биотерапии клиническая картина ХГД в исследуемых группах претерпевала интенсивные изменения, но не имела достоверных различий между группами. Был отмечен быстрый анальгезирующий эффект при болевом синдроме, типичном для хронического гастродуоденита: исчезновение абдоминальной болевой симптоматики у всех 67 пациентов в среднем через 2,23±0,12 суток биотерапии.

Динамика диспепсических расстройств под влиянием биотерапии в исследуемых группах была неоднозначной: быстрее всего купированы такие диспепсические нарушения, как вздутие и урчание в животе через 2,13±0,19 суток, ощущение раннего насыщения, изжога, тошнота, рвота и расстройства аппетита - через 2,73±0,18 суток, сухость во рту, отрыжка воздухом, неприятный запах изо рта – через 3,18±0,19 суток, флатуленция со зловонными запахами, поносы, неустойчивый стул - через 3,67±0,20 суток биотерапии.

При анализе частоты выявления пациентов с персистенцией HP через 1 месяц проведения эрадикационной БТ в сравнении с первичной диагностикой инфекции наблюдалось существенное её снижение в обеих группах, как по балльной оценке, так и по количеству выявленных случаев (табл. 2). По окончании биотерапии (через 3 месяца) положительные изменения были еще более выражены: в I-й

Таблица 2.

Частота выявления (%) Helicobacter pylori и балльная оценка по данным ХЕЛПИЛ-теста у пациентов с хеликобактерным ХГД в процессе эрадикационной БТ.

ГРУППЫ ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ (N), ИЗ НИХ Ж/М	ЧАСТОТА И БАЛЛЬНАЯ ОЦЕНКА	ДО БИОТЕРАПИИ	ЧЕРЕЗ 1 МЕС.	ЧЕРЕЗ 3 МЕС.	СПУСТЯ 12 МЕС. ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ БТ, ОБСЛЕДОВАНО, ВЫЯВЛЕНО
I группа, (базовая БТ), n=32, 12/20	%	100	71,9	28,1	n=26, 34,6%
	Баллы	3,2±0,3	2,6±0,2	2,0	1,9±0,1
II группа (базовая БТ + Fortakehl), n=35, 9/26	%	100	40,0	0	n=27, 7,4%
	Баллы	3,4±0,2	0,6±0,1	0	1,4±0,1

Таблица 3.

Частота выявления (%) эндоскопических признаков ХГД.

ГРУППЫ	ХГД И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ	ХАРАКТЕР БТ	ДО БТ	ЧЕРЕЗ 3 МЕС. БТ	СПУСТЯ 12 МЕС. ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ БТ
I	Хеликобактер-ный ХГД, n=32	Базовая БТ	100	6,3	n=26, 34,6 %
II	Хеликобактер-ный ХГД, n=35	Базовая БТ + Fortakehl	100	0	n=27, 7,4 %

группе хеликобактерная инфекция была выявлена лишь у 9 пациентов (28,1%), во II-й группе, где наряду с базовой БТ использовалась гомеопатическая вакцина Fortakehl, к концу курса лечения у исследуемых пациентов HP не обнаружен.

Таким образом, проведенная БТ в большинстве наблюдений оказалась эффективной и колонизация HP у инфицированных пациентов была минимальной. БТ в сочетании с грибковой поливалентной вакциной Fortakehl во II-й группе обладала более выраженным эрадикационным эффектом: после курса лечения тест на HP-инфицирование у всех пациентов был отрицательным.

Эндоскопическая картина ХГД под влиянием биотерапии подверглась выраженным положительным изменениям в обеих исследуемых группах и через 3 месяца БТ (табл. 3) отмечались лишь единичные эндоскопические признаки гастродуоденита: остаточные явления гиперемии у отдельных пациентов без сочетанного поражения, которые локализовались либо в луковице двенадцатиперстной кишки (дуоденит), либо в антральном отделе желудка (антральный гастрит), установленный в исходном состоянии выраженный отек постбульбарной слизистой оболочки сменился на слабую выраженность и определялся лишь у некоторых пациентов. У отдельных пациентов визуализировались бледность и сглаженность слизистых желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, на фоне БТ наблюдалось статистически значимое снижение воспаления с переходом из эритематозно-экссудативной в экссудативную форму, уменьшение выраженности или исчезновение отека слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и желудка и восстановление её рельефа у большинства пациентов. Позитивная динамика эндоскопической картины однозначно свидетельствовала об эффективности как базовой биотерапии ХГД, так и дополнительного использованиягомеопатическойвакцины без статистически значимых различий между исследованными группами пациентов.

Обращает на себя внимание тот факт, что у большинства пациентов с ХГД клинико-эндоскопическая ремиссия хронического воспаления наблюдалась спустя 1 год после окончания БТ. При этом наименьший процент рецидивов отмечен в группе II, где наряду с базовой БТ выполнялась гомеопатическая вакцинотерапия. Поскольку действие использованной гомеопатической вакцины Fortakehl было направлено на восстановление противоинфекционного иммунитета и эрадикацию HP, то можно предположить ведущую роль инфекционного фактора в рецидиве ХГД.

При бактериологическом анализе кала через 1 неделю БТ у пациентов II-й группы (БТ в сочетании с гомеопатической вакцинотерапией) отмечалось практически полное восстановление физиологической анаэробной кишечной флоры (лакто- и бифидобактерий) (рис. 1), гармонизация содержания различных штаммов кишечной палочки (рис. 2), исчезновение условно патогенной микрофлоры толстой кишки (рис. 3), чего не отмечалось у пациентов I-й группы.

Особо следует отметить быстрое исчезновение дрожжеподобных грибков Candida sp. у всех пациентов обеих групп через 2 недели БТ (рис. 3). Лактобактерии, жизнедеятельность которых в первую очередь возрождает Daigo, являются конкурирующими микроорганизмами с грибами. Этим объясняется высокая противогрибковая эффективность биотерапевтического комплекса на основе биорегуляторов лактобактерий Daigo, дополненного

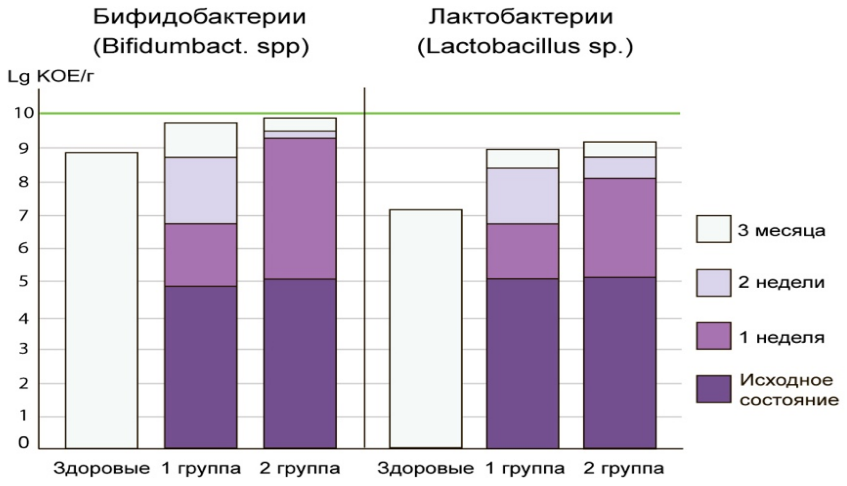


Рис. 1. Динамика содержания анаэробов в фекальных пробах пациентов 2-х групп с хеликобактериозом в процессе биотерапии (Lg M±m KOE/г).

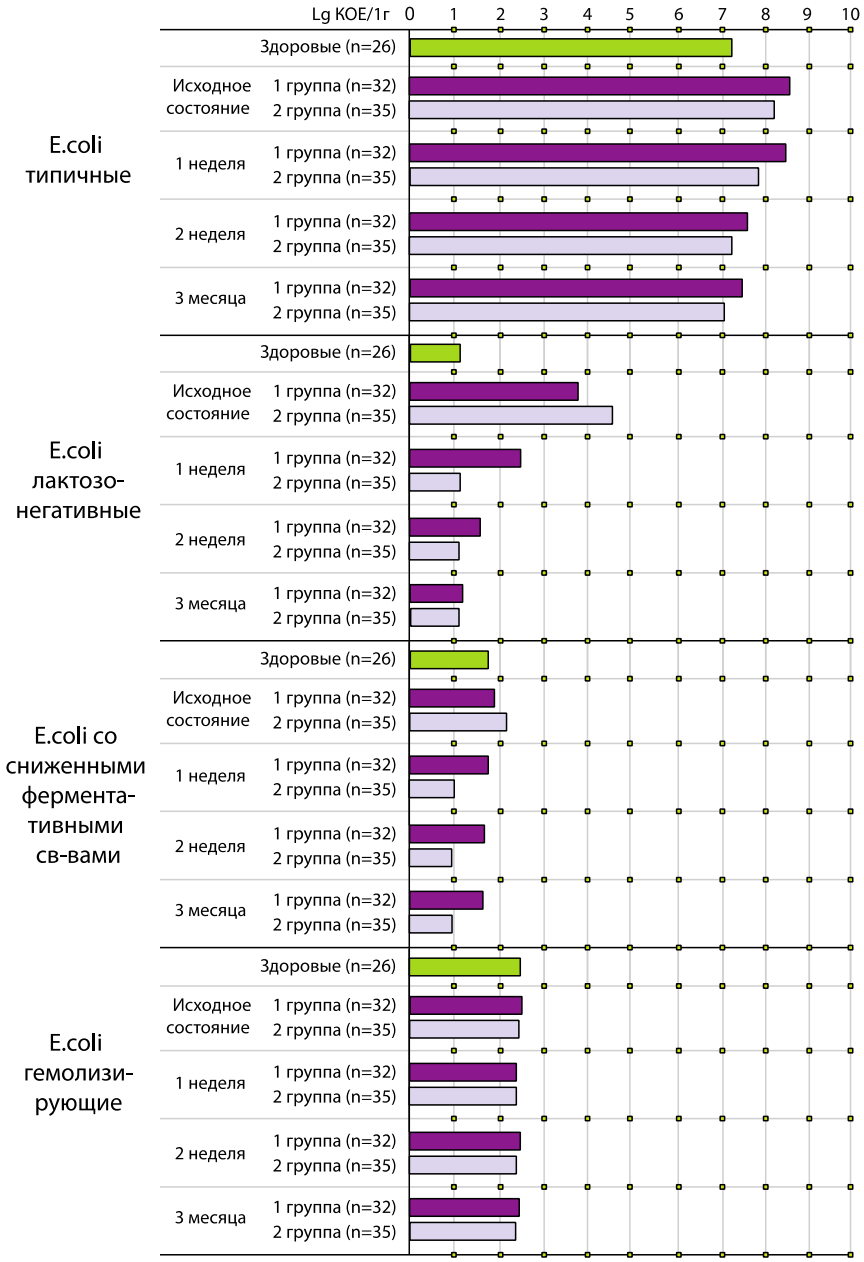


Рис. 2. Динамика содержания кишечной палочки в фекальных пробах пациентов 2-х групп с хеликобактериозом в процессе биотерапии (Lg M±m КОЕ/г).

гомеопатической грибковой поливалентной вакциной Fortakehl, действие которой носит также антимикотический характер по отношению к дрожжеподобным грибам рода Candida: элиминация микотоксинов, мобилизация антимикотического иммунитета.

Всё это могло сказаться и на жизнедеятельности других условно-патогенных (УП) микроорганизмов (стафилококка, протея, энтеровирулентных штаммов кишечной палочки и др.), которые также не обнаруживались у этих пациентов спустя 1 неделю биотерапии.

Таким образом, со стороны микробного пейзажа кишечника через 1 неделю БТ отмечалась отчетливая тенденция к нормализации микрофлоры у пациентов II-й группы и у большинства пациентов I-й группы за счет повышения количества облигатных представителей (например, во II-й группе - лактобактерии до 8,6±0,18 Lg КОЕ/1г и бифидобактерии до 9,2±0,26 Lg КОЕ/1г, $p<0,05$) и уменьшения или исчезновения представителей условно-патогенной флоры, а через 2 недели – полная нормализация физиологической кишечной флоры с отсутствием УП во всех исследуемых группах. Комбинированная БТ в короткие сроки (до 1 недели) восстанавливает микробный пейзаж толстой кишки у большинства пациентов.

КАТАМНЕЗ.

В постэрадикационном периоде через 1 год после проведения антихеликобактерной биотерапии выполнялась ФГДС с диагностикой HP по экспресс-тесту ХЕЛПИЛ. В I-й группе удалось провести ФГДС у 26, во II-й – у 27 пациентов (рис. 4).

При сравнительной оценке катамнестической эффективности биологической эрадикации HP, по данным ХЕЛПИЛ-теста, отмечалось преимущество во II-й группе пациентов, принимающих в составе схемы биологической эрадикации гомеопатическую грибковую вакцину Fortakehl, где рецидив HP диагностирован лишь у 2 пациентов (7,4%), тогда как в I-й группе, получавшей базовую БТ, данный показатель был достоверно выше – 9 пациентов (34,6%) ($p < 0,05$) (рис. 4). Следует отметить, что у этих пациентов ХЕЛПИЛ-тест был слабо положительным.

По данным ФГДС, картина практически нормальной слизистой сохранялась у тех пациентов, где ХЕЛПИЛ-тест показал отрицательный результат. А как известно, к настоящему времени проведено и опубликовано достаточное количество работ, которые свидетельствуют о существенном уменьшении количества случаев ХГД после успешной эрадикации хеликобактерной инфекции. У пациентов с рецидивом HP-инфекции выявлялись эндоскопические признаки постэрадикационного гастродуоденита. Однако воспалительныйпроцессимеллибонеактивный характер, либо минимальной степени активности с локализацией в антральном отделе желудка и в двенадцатиперстной кишке, выявлялись незначительная гиперемия слизистой оболочки и слабо выраженные её атрофические изменения в антральном отделе.

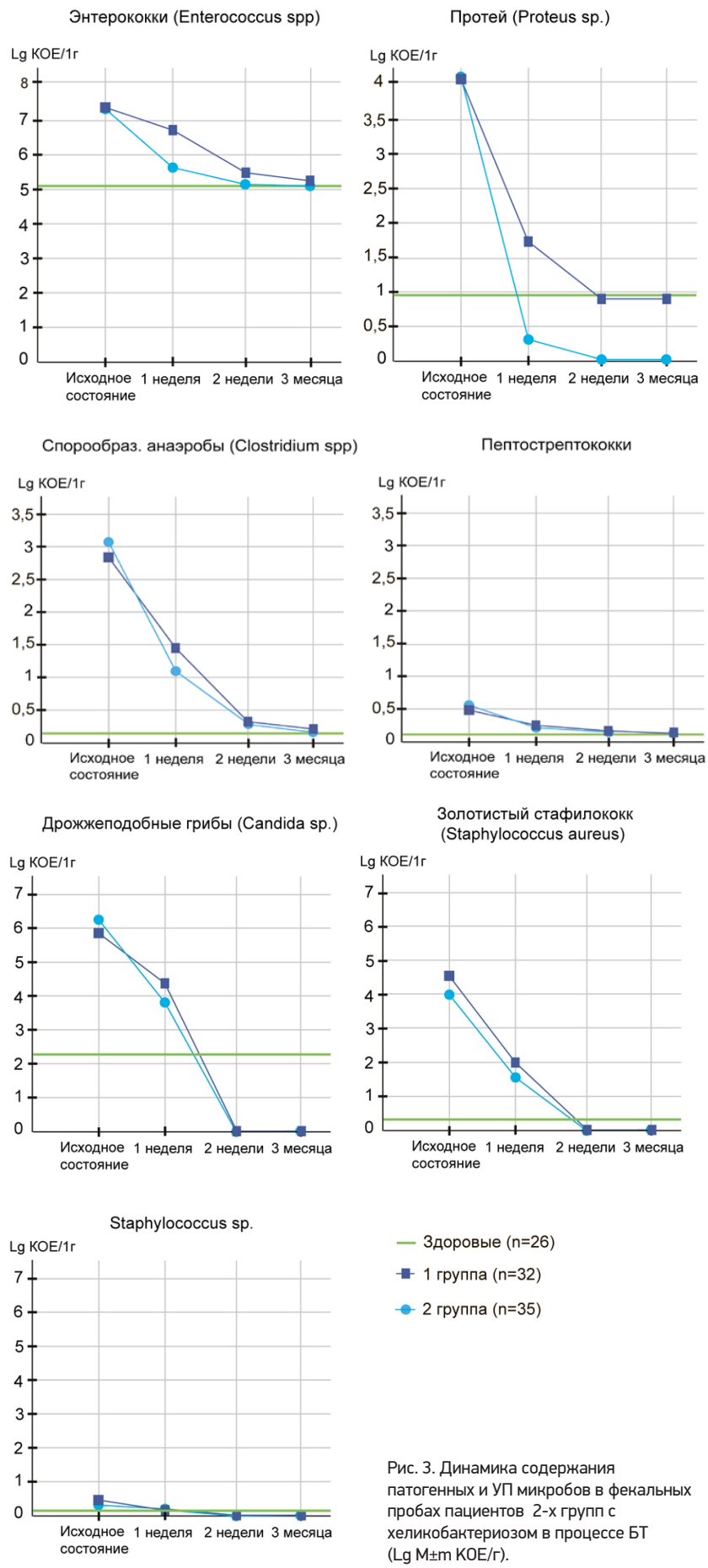


Рис. 3. Динамика содержания патогенных и УП микробов в фекальных пробах пациентов 2-х групп с хеликобактериозом в процессе БТ (Lg M±m КОЕ/г).

В качестве объяснения полученных близких результатов по эффективности эрадикационной биотерапии с имеющимися данными по широко распространённой стандартной антибиотикотерапии следует иметь в виду иммуногенное влияние гомеопатической вакцины Fortakehl на HP и одновременно антагонистическое действие экстракта биорегуляторов лактобактерий Daigo не только на патогенную вегетирующую хеликобактерную микрофлору, но и на коккоидальную («покоящуюся») форму микробов. Нельзя не учитывать их возможное аддитивное и синергетическое действие к другим составляющим биотерапии, а также то, что содержащиеся в Daigo бактериоцины и другие продукты жизнедеятельности и биорегуляторы лактобактерий обладают прямой антагонистической активностью по отношению к Helicobacter pylori [19, 20, 21]. Поэтому гомеопатическую вакцину Fortakehl и экстракт биорегуляторов лактофлоры Daigo можно отнести к базовым средствам в составе биологических схем эрадикационной терапии, достоинства которых бесспорно определяют их клиническую востребованность и рациональность применения.

Таким образом, подключение к базовой БТ гомеопатической вакцины Fortakehl с перекрёстными антигенами к HP и поливалентным иммунным действием на патогенную кишечную флору, значительно улучшает результаты эрадикации через 1 месяц терапии, а через 3 месяца ХЕЛПИЛ-тест у всех пациентов становится отрицательным, что может свидетельствовать о выраженном эрадикационном действии разработанного биологического подхода.

Использование Daigo и Fortakehl в базовой схеме эрадикационной биотерапии оказывает прямое угнетающее жизнедеятельность HP действие, мобилизует антагонистическую активность физиологической кишечной флоры, активирует противохеликобактерный иммунитет.

Полная биологическая эрадикация HP с использованием базового комплекса БТ, дополненного гомеопатической вакцинотерапией, создаёт предпосылки к выздоров-

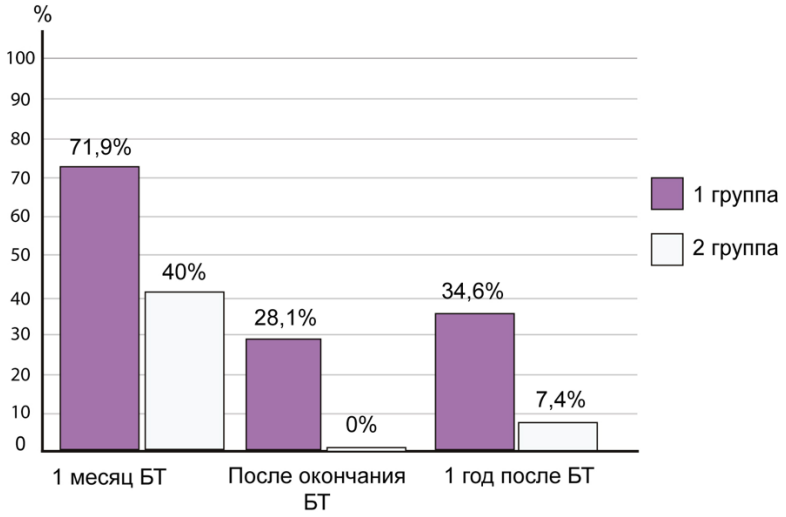


Рис. 4. Динамика обнаружения HP в процессе биотерапии и спустя 1 год после её окончания.

лению при ХГД и для длительной многолетней ремиссии.

Клиническая эффективность использованной нами БТ хеликобактерного ХГД сравнима, по данным литературы [3, 13], с результатами стандартного медикаментозного лечения, как по срокам исчезновения симптомов и регрессу эндоскопических признаков гастродуоденита (исчезновение гиперемии и отека слизистой оболочки, дуоденогастрального и гастро-эзофагального рефлюксов), так и по частоте достижения клинической ремиссии.

Оценка побочных эффектов показала, что биологическая эрадикация на основе базового биотерапевтического комплекса, усиленного гомеопатической вакциной Fortakehl, способствует хорошей переносимости антихеликобактерной терапии, не вызывает развития диареи и повышенного роста условно патогенной микрофлоры, не сопровождается индукцией иммунного воспаления в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, а также метеоризма и других проявлений диспепсического синдрома, как это происходит при использовании стандартной антибиотикотерапии HP-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Барышникова Н.В. Актуальные проблемы диагностики хеликобактериоза// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009. 2. 50-56.*
2. *Белова С.В., Топоркова Л.А., Мусаелян Н.Б., Таджикулиева Т.Н. Оптимизация лечения эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с хирургической патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны// Современные проблемы науки и образования. 2014. 2. 33-39.*
3. *Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Краткое руководство по гастроэнтерологии М.: М-Вести. 2001. 458 с.*
4. *Ильчишина Т.А. Влияние выбора метода диагностики Helicobacter pylori на оценку эффективности эрадикационной терапии // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2007. Т.17, №5 (29). 25-28.*
5. *Комаров Ф.И., Галкин В.А., Иванов А.И., Максимов В.А. Сочетанные заболевания органов дуоденохоледопанкреатической системы. М.: Медицина. 1983. 255 с.*
5. *Конорев М.Р., Матвеенко М.Е., Крылов Ю.В., Комлева Е.Н., Коваленко Т.В. Сравнительная оценка эффективности быстрого уреазного теста хелпил для диагностики Helicobacter Pylori в желудке и двенадцатиперстной кишке // Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2012. 3. 63-72.*
6. *Корниенко Е.А., Милейко В.Е., Самокиш В.А., Нажиганов О.Н. Неинвазивные методы диагностики инфекции, вызванной Helicobacter pylori // Педиатрия. 1999. 1. 37-41.*
7. *Корниенко Е.А., Антонов П.В., Нажиганов О.Н., Гончарова Л.Б., Цинзерлинг В.Ф. О причинах вариабельности Helicobacter pylori-ассоциированных гастродуоденальных заболеваний у детей // Русский медицинский журнал. 2003. Т.11, №13. 782-786.*
8. *Рапопорт С.И. Гастриты. Пособие для врачей. М.: МЕДПРАКТИКА-М. 2010. 19 с.*
9. *Ролик И.С., Ролик О.И., Седышева Я.Н. Компендиум по пептидотерапии и пептидной трансплантации. М.: РегБиоМед. 2016. 146 с.*
10. *Самсонов А.А., Гречушников В.Б., Юренев Г.Л., Андреев Д.Н., Коровина Т.И., Лежнева Ю.А., МаевИ.В. Оценка фармакоэкономических показателей лечения пациентов с заболеваниями, ассоциированными с Helicobacter pylori // Тер. архив. 2014. 8. 55-61.*
11. *Сарсенбаева А.С., Игнатова Г.Л., Воротникова С.В. Методы диагностики инфекции Helicobacter pylori. Учебное пособие. Челябинск: УГМАДО, 2005. 50 с.*
12. *Сулейманова Т.Х. Синергизм Staphylococcus aureus и Candida albicans при Candida-колонизации кишечного тракта // Проблемы мед. микологии. 2010. Т. 12, № 2. 136-139.*
13. *Успенская М.Н., Калиновский В.П., Ткаченко Е.И., Хансон К.П. Инфекция Helicobacter pylori в свете современных представлений о гастроканцерогенезе и пепсин-пепсиноген-образующей функции желудка // Вопросы онкологии. 2005. Том 51, №5. 533-539.*
14. *Успенский Ю.П., Пахомова И.Г., Барышникова Н.В. Пути повышения эффективности эрадикационной терапии Helicobacter pylori-ассоциированных заболеваний // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2010. 2-3. 6-8.*
15. *Шамсутдинова Р.А., Чепурных А.Я., Савиных Е.А., Коновалова Н.В., Бикметова А.В. Инфицирование Helicobacter pylori: методы диагностики. Киров: КГМА. 2010. 8 с.*
16. *Cornelius P. Nosoden und Begleittherapie. München: Pflaum. 1999. 278 S.*
17. *Heidl R. Statistische Auswertung einer Anwendungsbeobachtung mit der Präparateserie MUCOKEHL // SANUM-Post. 2003. 65. 4. 21-28.*
18. *Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., Atherton J., Axon A.T., Bazzoli F., Gensini G.F., Rokkas T., El-Omar E.M., Kuipers E.J.European Helicobacter Study Group. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. Gut. 2012. 61 (5). 646-664.*
19. *Mitsuoka T. Significance of dietary modulation of intestinal flora and intestinal environment // Bifidobacteria Microflora. 2000.19. 15–25.*
20. *Mitsuoka T. History and evolution of probiotics // Jpn J Lactic Acid Bact. 2011. 22. 26–37.*
21. *Mitsuoka T. Development of Functional Foods // Biosci Microbiota Food Health. 2014. 33(3). 117–128.*
22. *Schneider P. Prof. Enderleins Forschung aus heutiger Sicht // SANUM-Post. 2001. 56. 3. 2-11.*
23. *Schneider P. SANUKEHL-Präparate zur Ausleitung zellwandfreier Bakterienformen // SANUM-Post. 2001. 54. 1. 2-6.*

Ролик И.С., д.м.н., проф., акад. РАЕН, **Ролик О.И.**, д.м.н., чл.-корр. РАЕН,
Чумаков В.В., д.м.н., проф., акад. РАЕН, **Гущин А.Ю.**, д.м.н., **Забабуркина Н.Д.**

Реакция обострения на применение САНУМ-вакцин при осложнённом гастродуодените

Целью настоящего исследования явилось изучение реакции обострения и динамики эндогенной интоксикации (ЭИ) у пациентов с хроническим гастродуоденитом (ХГД) с сопутствующими заболеваниями (синуситы, хронический тонзиллит, хеликобактериоз) и без них на фоне комплексной гомеопатической терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

В исследовании приняли участие 157 амбулаторных пациентов в возрасте от 20 до 72 лет. На основании данных комплексного физикального и клинико-лабораторно-инструментального обследования все пациенты были разделены на 5 исследуемых групп (табл. 1), однородных по возрасту, полу и характеру изменений в гастродуоденальной области.

Пациенты всех групп осуществляли базовую биотерапию (БТ), в которую входили следующие биологические средства и методы:

- гомеопатические препараты из пептидных биорегуляторов FegaCoren Nr.61 D4, NeyDIL Nr.4 D4 и NeyDIL Nr.76 D4,
- биорегуляторы физиологической кишечной лактофлоры Daigo,
- комплекс протеолитических ферментов Protease,
- биорезонансная терапия с биологической обратной связью,
- висцеральная остеопатия.

Пациенты с ХГД I, II и IV групп осуществляли только базовую биотерапию, а в группах III (синуситы и тонзиллиты) и V (хеликобактериоз) дополнительно использовались гомеопатические грибковые вакцины Notakehl и Fortakehl, соответственно.

Наряду с распространёнными биохимическими показателями общей зашлакованности и воспаления (билирубин, мочевина, мочевая кислота, креатинин, СОЭ, СРБ, АЛТ, АСТ и др.), для оценки эндогенной интоксикации использовались следующие показатели: молекулы средней массы (МСМ) [4, 12], общая и эффективная концентрация альбумина (ЭКА и ОКА) [1, 11], индекс токсичности плазмы (ИТ), коэффициент эндогенной интоксикации (КЭИ) [5, 6], резерв связывания альбумина (РСА): ЭКА/ ОКА [1], индекс интоксикации проф. М.В.Гринёва (ИИ) [1989], лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) рассчитывали по формуле Я.Я. Кальф-Калифа [13], ядерный индекс интоксикации (ЯИ) [10], индекс сдвига лейкоцитов (ИСЛ) по Н.И.Ябучинскому [1].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Установленные отклонения от нормы исследованных биохимических показателей ЭИ (ОКА, ЭКА, РСА, ИТ, МСМ, мочевина, мочевая кислота, креатинин, АЛТ, АСТ, ЛДГ) и интегрального показателя КЭИ в процессе БТ претерпевали положительные изменения, которые характеризовались постепенным полным восстановлением к нормальным величинам через 2 недели биотерапии (рис. 1а, 1б). Обращает на себя внимание то, что положительная динамика по показателям общей зашлакованности (мочевина, мочевая кислота,

Таблица 1.

Распределение пациентов с ХГД по исследуемым группам в зависимости от сопутствующей патологии и проводимой биотерапии (БТ).

ГРУППЫ	ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРОДУОДЕНИТ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ	ХАРАКТЕР БИОТЕРАПИИ	ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ (N)
I	ХГД без сопутствующей патологии	Базовая БТ	29
II	ХГД с очагами хронической инфекции	Базовая БТ	31
III	ХГД с очагами хронической инфекции	Базовая БТ + Notakehl	30
IV	Хеликобактерный ХГД	Базовая БТ	32
V	Хеликобактерный ХГД	Базовая БТ + Fortakehl	35
ВСЕГО			**157**

креатинин) и ферментам (АЛТ, АСТ, ЛДГ) нарастала более быстро, чем по остальным биохимическим маркёрам ЭИ: их нормализация произошла через 1 неделю БТ, в то время как ОКА, ЭКА, РСА, ИТ, МСМ и КЭИ нормализовались лишь через 2 недели.

Следует обратить внимание на важность восстановления некоторых из приведенных показателей. Известно, что уменьшение РСА оценивается как нарастание ЭИ, особенно когда показатель менее 0,9-1,0 усл.ед. Поэтому его увеличение, произошедшее через 2 недели БТ, является подтверждением эффективности проведенных детоксикационных мероприятий [9].

Установлено, что альбумин, выполняющий пластические и транспортные функции, обладает детоксикационными свойствами. Снижение содержания этого белка в сыворотке крови является важным показателем интоксикации [1], что наблюдалось до БТ у пациентов с ХГД. ЭИ, выраженность которой отражает альбумин, существенно редуцируется через 2 недели БТ, о чём свидетельствует повышение значений показателей ОКА и ЭКА. КЭИ отражает независимый процесс образования гидрофильных токсинов и транспорта гидрофобных токсинов и свидетельствует о балансе между выработкой и элиминацией токсичных продуктов [5]. И поэтому его нормализация у наших пациентов через 2 недели БТ – это, прежде всего, восстановление процессов элиминации эндотоксинов. Это касается и повышенных уровней МСМ в исходном состоянии у пациентов с ХГД, которые нормализовались через 2 недели БТ. Нормализация уровня МСМ расценивается как важнейший признак купирования ЭИ при ряде заболеваний [12].

Достоверных различий между группами по исследуемым биохимическим показателям ЭИ не обнаружено, что свидетельствует практически об одинаковой эффективности при эндотоксикозе использованного базового комплекса по биохимическим маркёрам ЭИ во всех группах. Нормализация этих показателей отражает восстановление детоксикационных функций альбуминов и нарушенного белкового обмена, восстановление активности протеиназ крови, снижение в крови веществ с низкой молекулярной массой (классических шлаков) и купирование токсической энзимопатии.

Установлены статистически значимые различия между подгруппами по динамике лейкоцитарных индексов и связанных с ними интегральных показателей, а также маркёров воспаления под влиянием биотерапии (рис. 2а, 2б). Сравнительный анализ показал, что после 3-х суток БТ в III-й и V-й группах (базовая БТ с гомеопатическими вакцинами) наблюдалась отрицательная динамика исследованных показателей, чего не установлено в группах I, II и IV (базовая БТ). В III-й и V-й группах наблюдались лейкоцитоз, увеличение лейкоцитарных индексов (ЛИИ, ИИ и ЯИ) в среднем на 20%, а также статистически значимое повышение СРБ, ФНО-а и СОЭ. При этом эти же показатели в остальных исследуемых подгруппах (I, II и IV) практически не претерпели изменений в результате 3-х дневной БТ.

В дальнейшем их определение в III-й и V-й группах через 1 неделю БТ показало практически полное восстановление к нормальным значениям. Однако динамика этих же показателей в группах I, II и IV не претерпела существенных изменений за этот период:

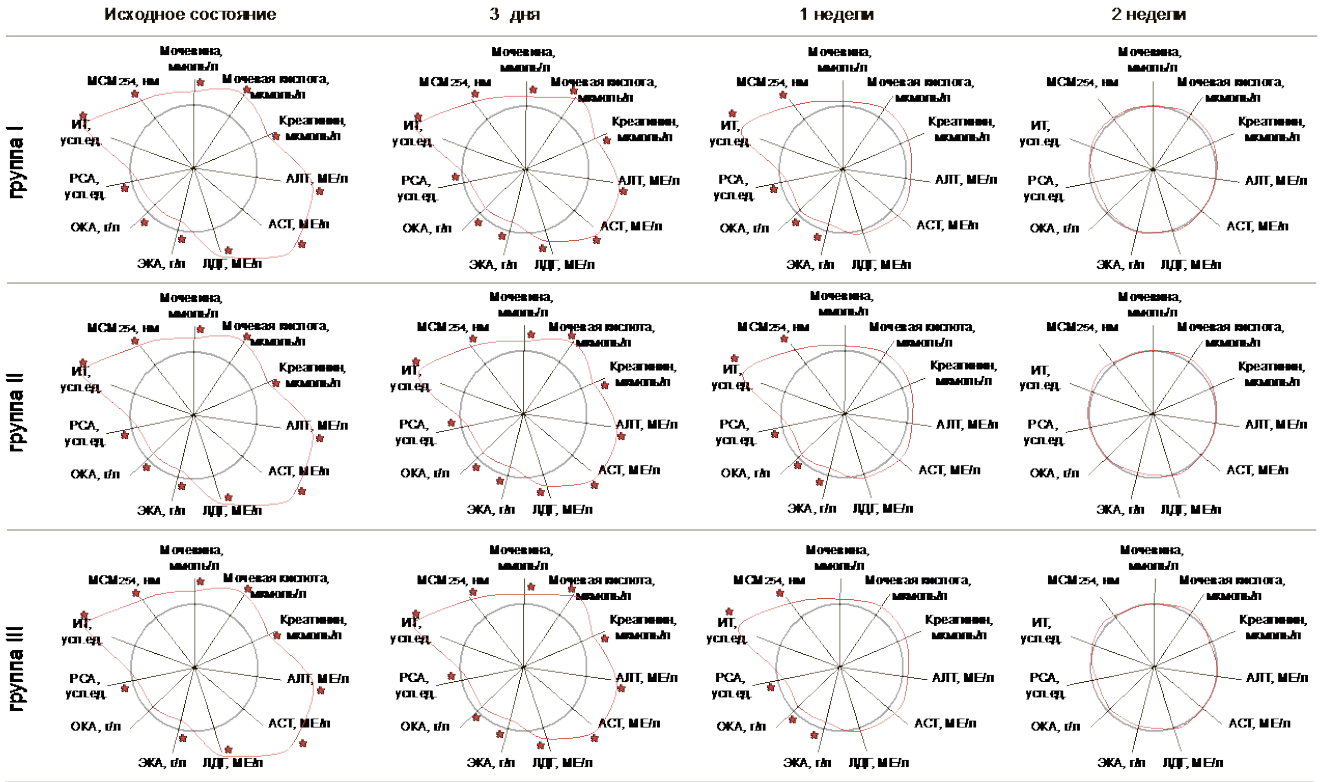


Рис. 1а. Динамика биохимических показателей эндогенной интоксикации у пациентов с ХГД в процессе биотерапии (M±m).
Примечание: здесь и далее различия достоверны по сравнению с нормой: * - p<0,05

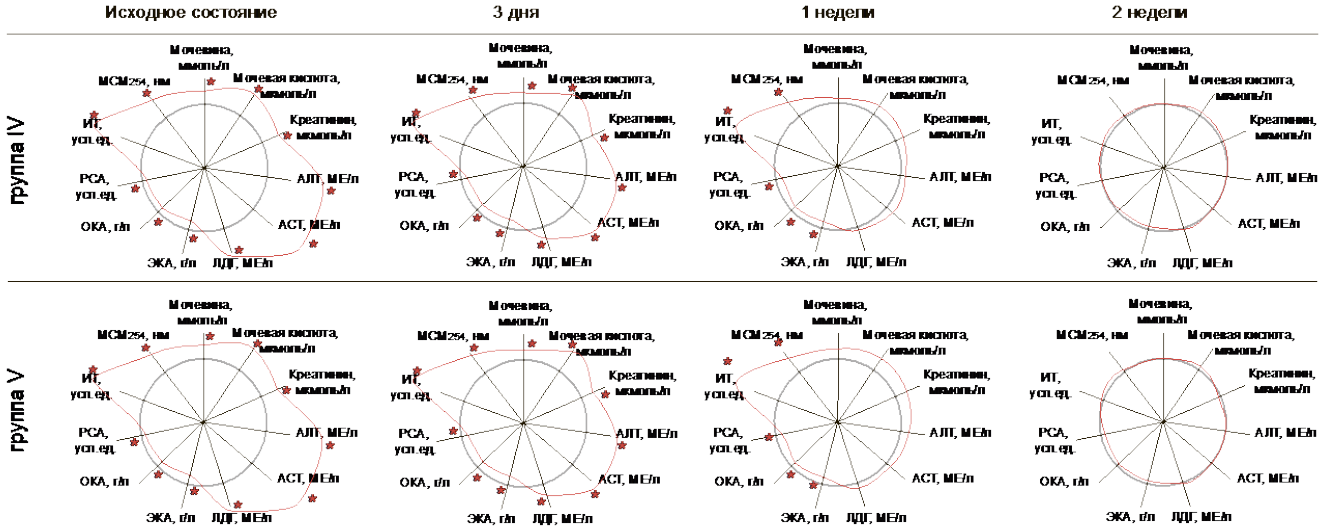


Рис. 16. Динамика биохимических показателей эндогенной интоксикации у пациентов с ХГД в процессе биотерапии (M±m).

после первой недели биотерапии индексы продолжали сохраняться на высоких цифрах, установленных в исходном состоянии, что указывало на сохраняющееся действие микробных токсинов и продолжающуюся интоксикацию продуктами аутолиза. Эти данные свидетельствуют об отсутствии эффекта от проведенного в течение первой недели лечения, о недостаточности дезинтоксикационной БТ.

И только через 2 недели произошли положительные сдвиги по лейкоцитарным и интегральным показателям во всех группах – были получены статистически значимые результаты: их показатели снизились и вошли в диапазон нормы ($p>0,05$), т.е. их полная нормализация под влиянием базовой БТ достигнута лишь через 2 недели.

Известно, что уменьшение лейкоцитарных индексов – это не только снижение уровня ЭИ, но и редукция воспаления, независимо от его локализации, а также свидетельство активации процессов регенерации слизистой, восстановления её морфологии и функций у пациентов с ХГД [2, 3].

Установленные статистически значимые различия по динамике лейкоцитарных индексов и показателей воспаления между подгруппами после 3-х дней БТ могут свидетельствовать о массивной элиминации микробных эндотоксинов из интерстиция под влиянием гомеопатических вакцин Notakehl и Fortakehl, о чём существуют указания в работах ряда зарубежных авторов [14, 16, 17, 18]. Ими описан так называемый феномен обострения хронических заболеваний, более выраженный при

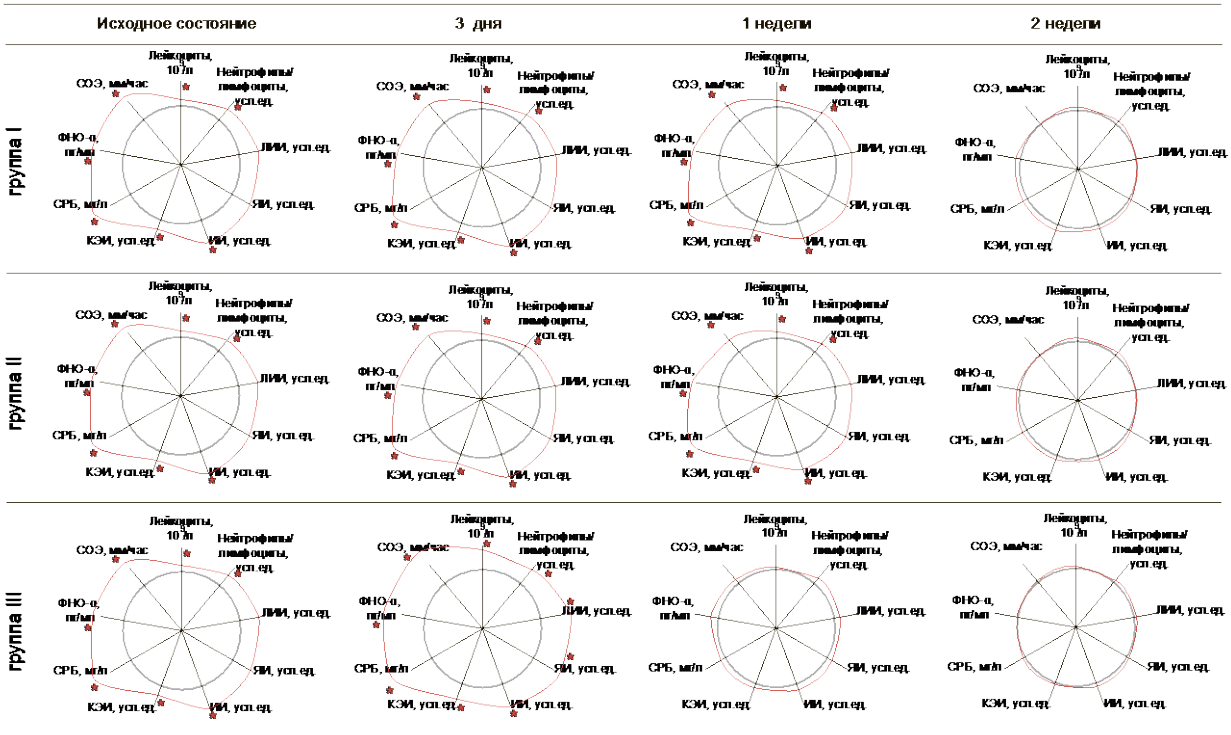


Рис. 2а. Динамика лейкоцитарных индексов и маркёров воспаления у пациентов с ХГД в процессе биотерапии.

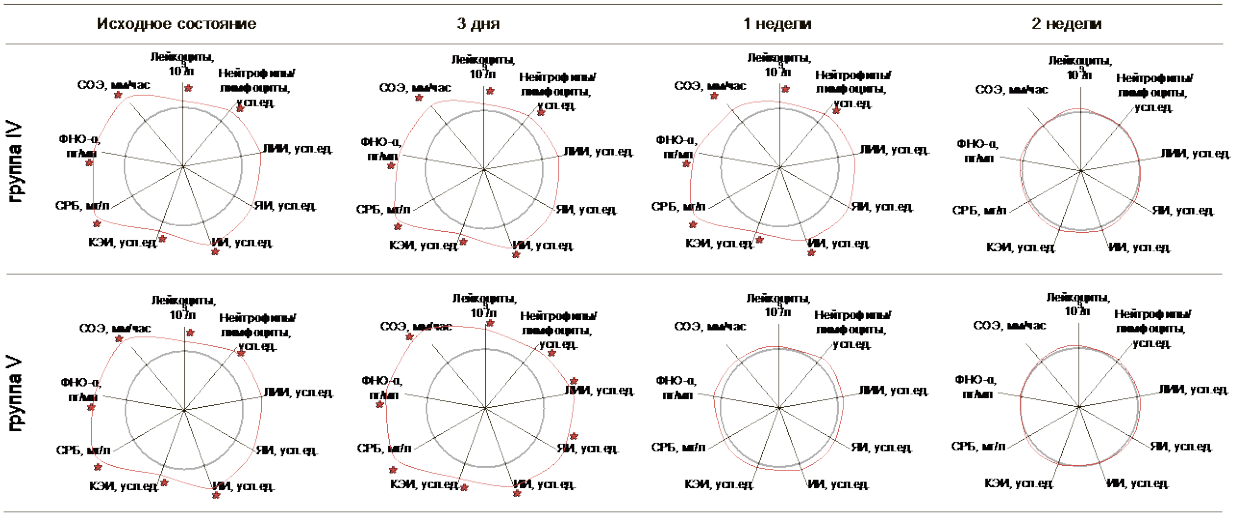


Рис. 26. Динамика лейкоцитарных индексов и маркёров воспаления у пациентов с ХГД в процессе биотерапии.

воспалительных процессах, возникающий в течение первой недели гомеопатической вакцинотерапии. Вакцина Notakehl оказывает поливалентное элиминирующее воздействие на микробные токсины очагов хронического воспаления, локализованных в ЛОР-органах и бронхиальном дереве, Fortakehl - на токсины патогенной флоры кишечной трубки [16, 17].

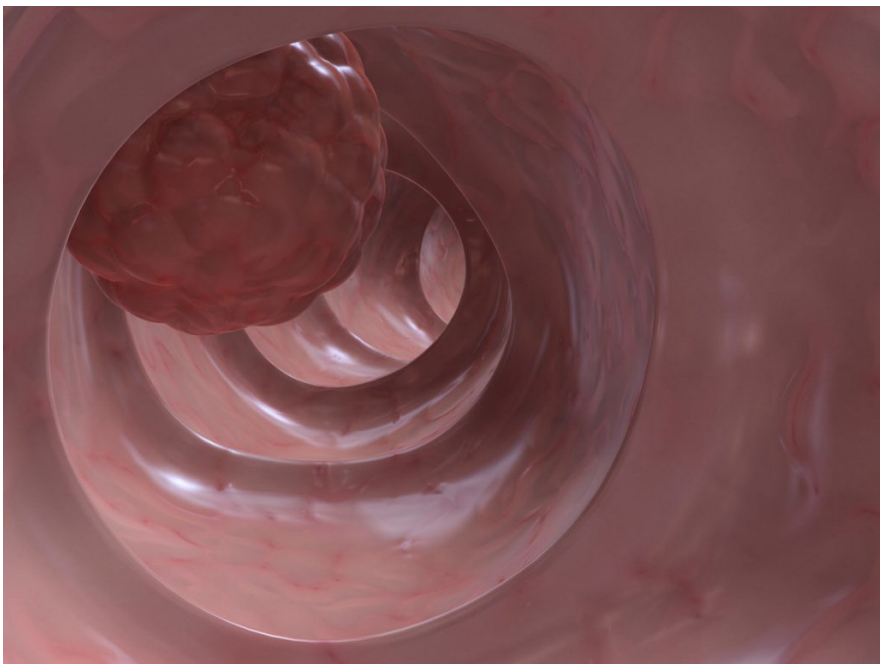
Таким образом, лейкоцитарные и провоспалительные индексы и их производные эффективно позволили отследить реакцию обострения на гомеопатическую вакцинотерапию, повышение степени эндогенной интоксикации и уровня реактивности иммунной системы через 3 суток БТ в III-й и V-й группах. Кроме того, можно констатировать, что проведенная комплексная гомеопатическая вакцинотерапия в III-й и V-й группах, где дополнительно использовались гомеопатические вакцины Notakehl и Fortakehl, через 1 неделю БТ оказала более выраженный, прежде всего, противовоспалительный эффект, чем в других группах (I, II и IV), что положительно сказалось на ЭИ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Александрова И.В., Матвеев С.Б., Клычникова Е.В., Рей С.И., Тазина Е.В., Годков М.А. Эндогенная интоксикация и сепсис // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2014. 1. 20-23.*
2. *Бурмакова Л.М., Пархименко Л.М., Пархименко В.Ю., Зубцова А.Г., Долгов В.В. Синдром эндогенной интоксикации при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и желчнокаменной болезни. Действие озонированного раствора // Клин. лаб. диаг. 1999. 2. 11-13.*
3. *Бурмасова П.И. Сравнительный анализ лейкоцитарных индексов клеточной реактивности у больных язвенной болезнью ДПК в стадии обострения, ремиссии и здоровых людей. В сб: материалы IV Всероссийской недели медицинской науки с международным участием. М., 2015. 8. 14-15.*
4. *Габриэлян Н.И., Липатова В.И. Опыт использования показателей средних молекул в крови для диагностики нефрологических заболеваний у детей // Лаб. дело. 1984. 3. 138-140.*
5. *Гаврилов В.Б., Бидула М.М., Фурманчук Д.А. Снижение эффективной концентрации альбумина как индикатор дисбаланса между накоплением и связыванием токсинов в плазме крови при эндогенной интоксикации // Альбумин сыворотки крови в клинической медицине / под ред. Ю.А. Грызунова, Г.Е. Добрецова. Кн. 2. М.: ГЭОТАР. 1998. С. 132–139.*
6. *Гаврилов В.Б., Бидула М.М, Фурманчук Д.А., Конев СВ., Алейникова О.В. Оценка интоксикации организма по нарушению баланса между накоплением и связыванием токсинов в плазме крови // Клин. лаб. диаг. 1999. 2. 13-17.*
7. *Гаврилов В.Б., Лобко Н.Ф., Гаврилова А.Р., Конев С.В. Определение тирозинсодержащих пептидов в плазме крови с коррекцией фонового поглощения. Резкое повышение чувствительности теста к интоксикации организма // Клин. лаб. диаг. 2004. 6. 19-20.*
8. *Гринев М.В. (ред.) Детоксикационная терапия при травматической болезни и острых хирургических заболеваниях: респ. сб. науч. тр. / Ленингр. НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. Ленинград: ЛенНИИСП, 1989. 171 с.*
9. *Грызунов Ю.А., Добрецов Г.Е. Альбумин сыворотки крови в клинической медицине. М.: ГЭОТАР-Медицина, 1998. 234 с.*
10. *Даштаянц Г.А. Клиническая гематология. Киев, 1978. 230 с.*
11. *Денисова О.В., Волкова И.А. Общая и эффективная концентрация альбумина, как метод оценки эндогенной интоксикации // Клин. лаб. диагн. 1999. 9. 18–19.*
12. *Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Краткое руководство по гастроэнтерологии М.: М-Вести. 2001. 458 с.*
13. *Кальф-Калиф Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении // Врачебное дело. 1941. 1. 31-35.*
12. *Малахова М.Я. Эндогенная интоксикация как отражение компенсаторной перестройки обменных процессов в организме // Эфферентная терапия. 2000. Т. 6, № 4. 3–14.*
13. *Федоровский Н.М. Альбумин плазмы крови – клинический маркер эндотоксемии и эффективности детоксикации. В кн.: Непрямая электрохимическая детоксикация. Пособие для последипломной подготовки врачей. М.: Медицина. 2004. С.21-29.*
14. *Arnoul F. 20 Jahre SANUM-Therapie nach Enderlein // SANUM-Post. 1998. 42. 1. 9-10.*
15. *Cornelius P. Nosoden und Begleittherapie. München: Pflaum. 1999. 278 S.*
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. *Schneider P. Prof. Enderleins Forschung aus heutiger Sicht // SANUM-Post. 2001. 56. 3. 2-11.*

Ролик И.С., д.м.н., проф., акад. РАЕН, **Ролик О.И.**, д.м.н., чл.-корр. РАЕН,
Чумаков В.В., д.м.н., проф., акад. РАЕН, **Гущин А.Ю.**, д.м.н.

Роль омелотерапии в комплексном лечении полипоза толстой кишки



Полипы толстой кишки (ТК) – доброкачественные опухолевидные образования (аденомы), исходящие из железистого эпителия слизистой оболочки ТК. В структуре проктологической заболеваемости полипы ТК занимают третье, а в общей структуре полипозов ЖКТ - первое место (до 85-90%) [5; 10].

Многие исследователи рассматривают полипы ТК как предрак с высокой частотой малигнизации. По своей сути аденоматозные (железистые) полипы являются начальной стадией злокачественных опухолей ТК. Частота малигнизации полипов колеблется от 1-4% (одиночные полипы) до 20% (множественные полипы) [1; 3; 5; 9; 10].

Поэтому основная цель профилактики рака ТК заключается в своевременном лечении полипов. При этом важно подчеркнуть, что мелкие полипы ТК не имеют специфических симптомов, а проявляются общими кишечными симптомами. На основании только клинической картины диагноз мелких полипов ТК установить практически невозможно, так как симптомы не являются патогномоничными и встречаются при других заболеваниях ТК. Поэтому в диагностике аденом толстой кишки клиническая симптоматика имеет лишь ориентировочное значение, а ведущими являются инструментальные методы исследования, среди которых наиболее информативным признаётся тотальная фиброколоноскопия (ФКС) [2; 4; 5; 11].

Целью работы являлось оценить эффективность комбинированной гомеопатической терапии и лизирующей омелотерапии мелких единичных и множественных полипов, являющихся основной предраковой патологией ТК, оценить динамику регресса полипов в зависимости от их величины, оптимизировать биотерапевтическую тактику в регрессии аденоматозных полипов толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Исследованы 27 амбулаторных пациентов обоего пола с синдромом раздражённого кишечника в стадии неполной ремиссии, у которых при ФКС обнаружены мелкие аденоматозные полипы размерами до 11 мм (всего 86 доброкачественных полипов), исходящие из железистого эпителия слизистой оболочки ТК.

В зависимости от характера биотерапии пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты обеих групп осуществляли базовую биотерапию (БТ), в которую входили следующие биологические средства:

- гомеопатические препараты пептидных биорегуляторов FegaCoren Nr.61 D4, NeyDIL Nr.4 D4 и NeyDIL Nr.76 D4,
- биорегуляторы физиологической

Таблица 1.

Характеристика пациентов с СРК и сопутствующим полипозом ТК.

ГРУППЫ, КОЛ-ВО ПАЦИЕНТОВ	ОБЩЕЕ КОЛ-ВО ПОЛИПОВ, ЕДИНИЧНЫХ/МНОЖЕСТВЕННЫХ	КОЛ-ВО ПОЛИПОВ РАЗМЕРАМИ ДО 6 ММ	КОЛ-ВО ПОЛИПОВ РАЗМЕРАМИ 6-10 ММ	ХАРАКТЕР БИОТЕРАПИИ
I, n=10	33, 14/19	21 (63,6%)	12 (36,4%)	Базовая БТ
II, n=17	53, 26/27	38 (71,7%)	15 (28,3%)	Базовая БТ + Helixor M/A
ВСЕГО: N=27	**86, 40/46**	**59 (68,6%)**	**27 (31,4%)**	**-**

кишечной лактофлоры Daigo,
- комплекс протеолитических ферментов Protease,
- биорезонансная терапия с биологической обратной связью,
- висцеральная остеопатия.

I-я группа использовала только базовую БТ, II-я – наряду с базовой терапией, омелотерапию: у женщин - Helixor M 50 мг, у мужчин - Helixor A 50 мг подкожно на протяжении 5 месяцев. Кроме того, в обеих группах на протяжении 5 месяцев принимались внутрь Daigo и Protease, сублингвально - FegaCoren Nr.61 oral.

Из таблицы 1 видно, что среди всего количества (86 полипов) большинство мелких полипов были размерами до 6 мм – 68,6%, при этом по соотношению единичных и множественных количество не имело существенных различий, 40 и 46, соответственно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Изменения эндоскопической картины. Эндоскопическая картина полипоза ТК под влиянием 3-месячной биотерапии подверглась выраженным положительным изменениям в обеих исследуемых подгруппах: отсутствие гиперемии слизистых, нормальная визуализация сосудистого рисунка, исчезновение слизи и спазмов.

Динамика размеров и количества полипов, по данным ФКС, под влиянием БТ приведена на рис. 1, 2, из которых следует, что регрессия размеров и количества полипов была более выраженной в II-й подгруппе, чем в I-й.

Так, через 3 месяца БТ размер полипов во II-й группе достоверно уменьшился по сравнению с исходным состоянием, чего не наблюдалось в I-й группе, где сдвиги не носили статистически значимый характер. За этот период исчезновение и уменьшение количества полипов во II-й группе составило 28,3% и 54,7%, соответственно, против 3,0% и 9,1% в I-й группе. У пациентов II-й группы изменения размеров полипов отсутствовали лишь у 17,0% случаев, а у пациентов I-й группы – у 54,7%.

Спустя 6 месяцев от начала БТ положительная динамика по размерам и количеству полипов нарастала в обеих подгруппах, но с различной выраженностью и достоверностью.

Обращает на себя внимание, что в I-й группе, по данным ФКС, полипы не определялись, а во II-й группе их было 24,2% по сравнению с исходным состоянием. Во II-й группе уменьшение размеров наблюдалось у 63,6% полипов, при этом достоверно уменьшились размеры очень мелких единичных и множественных полипов, составив в среднем 2,1±0,4 мм, которые до БТ были до 6 мм (3,6±0,6). Однако полипы с исходными размерами в диапазоне 6-10 мм, в среднем составлявшие 7,7±1,1 мм, уменьшились статистически незначимо - до 6,2±0,7 мм.

В целом у 10 пациентов I-й группы через 6 месяцев от начала БТ сохранились 14 (100%) единичных и 26 (78,8%) множественных полипов. За исследуемый период диагностирован полный лизис 7 (21,2%) полипов из числа множественных с размерами от 1 до 6 мм.

На фоне проведенной биотерапии не выявлено ни одного случая прогрессии диагностированных или появления новых полипов в обеих исследованных группах.

Таким образом, изучение динамики эндоскопической картины

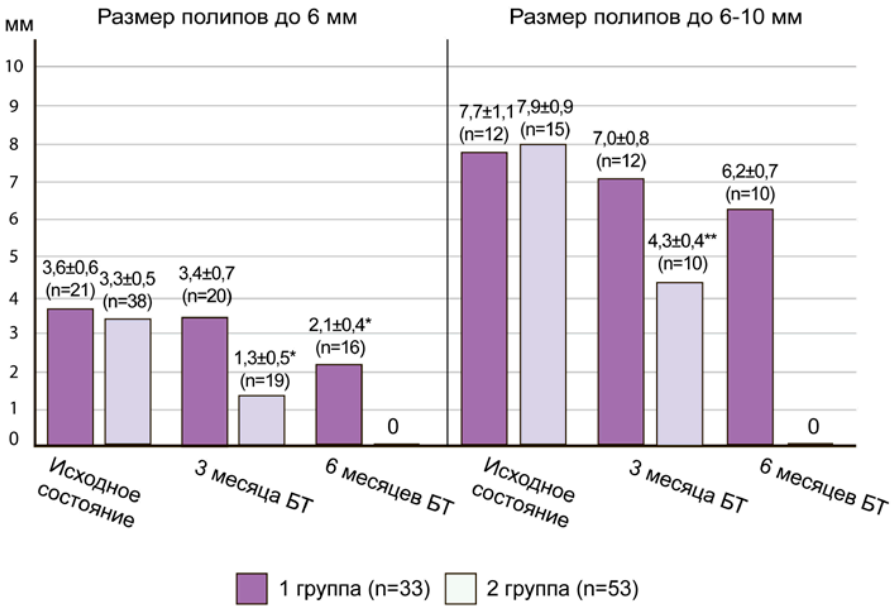


Рис.1. Динамика размеров (M±m) и количества полипов ТК в процессе комбинированной омелотерапии.

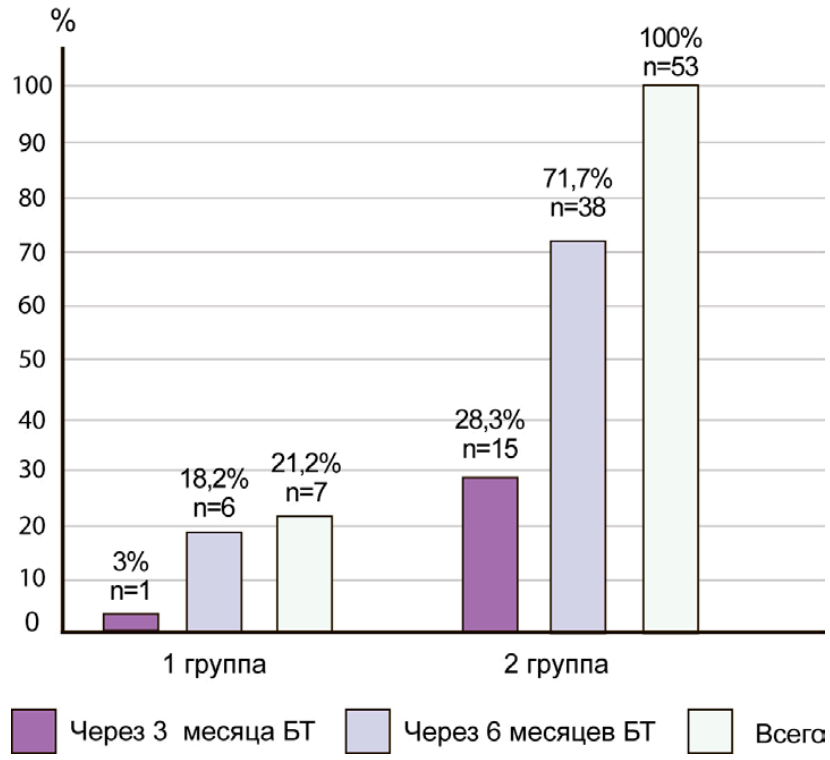


Рис. 2. Количественная характеристика (n) полипов ТК в процессе комбинированной омелотерапии.

полипов ТК под влиянием БТ показало, что наибольшие статистически значимые положительные сдвиги по скорости регрессии размеров и количества полипов произошли у пациентов II-й группы, использовавших базовую БТ в сочетании с омелотерапией, в отличие от пациентов I-й группы, которые использовали только базовую БТ.

Итак, установлена результативность комбинированной омелотерапии на регресс полипов ТК малых размеров. Показано, что разработанный биотерапевтический комплекс эффективно активирует процессы регрессии аденоматозных полипов ТК.

КАТАМНЕЗ.

После окончания БТ динамическое эндоскопическое наблюдение пациентов I-й и II-й групп с полипозом ТК проводилось в сроки от 1,5 до 2-х лет. Отдаленные результаты БТ удалось изучить у всех 10 пациентов I-й и только у 14 пациентов (из 17) II-й группы. Особенностью наблюдаемого периода было то, что все пациенты периодически (3-5 раз в неделю) с частотой 1-2 раза в день продолжали принимать внутрь Daigo и Protease.

При этом следует обратить внимание на то, что в I-й группе в начале наблюдаемого периода (рис. 2) диагностировалось 26 (78,8%) полипов, из них 16 полипов имели размеры в среднем 2,1±0,4 мм, 10 полипов - 6,2±0,7 мм.

В течение исследуемого периода наблюдалась положительная динамика. Так, через 1 год, по данным ФКС, из оставшихся 26 полипов диагностировалось 19. Лизировались полностью 16 полипов, которые в исходном состоянии имели размеры 2,1±0,4 мм, оставшиеся полипы уменьшились в размерах. К 2 годам наблюдаемого периода и оставшиеся полипы не диагностированы.

В течение наблюдаемого срока (1,5-2 года) роста имеющихся или появления новых полипов в I-й группе, а также рецидивов образования полипов ТК у пациентов II-й группы не обнаружено.

Таким образом, динамическое эндоскопическое наблюдение в течение 1,5-2 лет показало продолжающуюся редукцию оставшихся полипов у пациентов I-й группы и их последующий полный лизис к окончанию наблюдаемого срока.

РЕЗЮМЕ.

Таким образом, на основании изучения эндоскопической картины полипов ТК под влиянием БТ показало, что наибольшие статистически значимые положительные сдвиги по скорости редукции размеров и количества полипов произошли у пациентов II-й группы, использовавших базовую БТ в сочетании с омелотерапией, в отличие от пациентов I-й группы, которые использовали только базовую БТ. Полученные результаты свидетельствуют о наличии выраженных лизирующих эффектов на мелкие полипы ТК комбинированной омелотерапии, а отсутствие рецидивов полипоза в течение 2-летнего срока наблюдения - о её противорецидивной эффективности.

Поскольку в схему биотерапии входил экстракт лактобактерий Daigo с его нормализующим влиянием на кишечную микробиоту и наличием в спектре активности лизирующих свойств на аденоматозные полипы, по данным японских исследователей [12], то можно полагать о синергизме лизирующих эффектов Helixor и Daigo, который проявился высокой эффективностью биотерапии полипоза ТК у пациентов II-й группы.

Говоря о синергизме фармакологических эффектов составных частей использованного биотерапевтического комплекса, нельзя сбрасывать со счетов системную энзимотерапию на основе комплекса микробных гидролаз Protease Transformation. Протеазы, улучшая реологические свойства крови, способствуют увеличению биодоступностиинъекционныхпрепаратов, обладают прямым активирующим действием на антипролиферативное звено иммунитета при доброкачественных новообразованиях [13, 14]. Наличие в одной рецептуре гомеопатических пептидных биорегуляторов слизистой кишечника (комплекс



мукотропных пептидов FegaCoren Nr.61), обладающих проводниковыми свойствами, обеспечивает преимущественное накопление действующих веществ экстрактов омелы Хеликсора в гомологичных тканях (таргетные регенераторные и антипролиферативные эффекты на слизистую ЖКТ). Всё это позволяет предположить достижение более выраженного антипролиферативного эффекта Хеликсора на аденоматозные полипы ТК (синергизм эффектов).

Таким образом, исследована результативность комбинированной омелотерапии у пациентов с синдромом раздражённого кишечника и полипозом толстой кишки. Несмотря на полную нормализацию клинической картины заболевания, морфологии слизистой кишечника, регресс мелких полипов ТК возможен лишь при условии дополнения базовой биотерапии омелотерапией. Базовая биотерапия в комбинации с омелотерапией эффективно активирует процессы регрессии полипов ТК, снижает вероятность малигнизации полипов и, соответственно, уменьшает уровень «онкологической настороженности».

Есть основания полагать, что в основе высокой эффективности комбинированной омелотерапии полипов у пациентов с синдромом раздражённого кишечника лежит явление синергизма использованных биологических средств, что обеспечивает их высокую суммарную лизирующую активность на полипы ТК.

ЛИТЕРАТУРА.

1. *Агейкина Н.В. Комбинированное эндоскопическое лечение малигнизированных полипов толстой кишки. Автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 2011. 22 с.*
2. *Баждугов К.А. Эндоскопическое лечение новообразований толстой кишки с использованием модифицированных способов. Автореф. дис.... канд. мед. наук. Нальчик, 2011. 24 с.*
3. *Белоусова Е.А. Воспалительные заболевания толстой кишки как предраковые состояния //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2002. 3. 56-63.*
4. *Веселов В.В., Кузьмин А.И. Одиночные полипы толстой кишки // Альманах эндоскопии. 2002. 1. 11-15.*
5. *Ривкин В.Л., Кирьянов И.В., Никитин А.М., Лукин В.В. Полипы и полипоз толстой кишки: научное издание. М.: МЕДПРАКТИКА-М. 2005. 152 с.*
6. *Ролик И.С. Омелотерапия в амбулаторной практике. Методические рекомендации. М.: Натурвита, 2013. 23 с.*
7. *Ролик И.С., Лаптев В.П., Чумаков В.В. Практическая биотерапия рака. М.: РАЕН. 2012. 374 с.*
8. *Ролик О.И. Биологические препараты в клинической практике: САНУМ, ТЕС, ХЕЛИКСОР. Методические рекомендации. М., 2017. 16 с.*
9. *Рубцов В.С. Раннее выявление и эндоскопическое удаление колоректальных полипов в амбулаторно-поликлинических условиях. Автореф. дис.... канд. мед. наук. Саратов, 2014. 25 с.*
10. *Сапаев Д.А., Турсуметов А.А., Рахимов О. У., Сапаева Ш.А. Диагностика и хирургическое лечение полипов и полипоза толстой кишки // Молодой ученый. 2016. 10. 531-535.*
11. *Jemal A. et al. Global Cancer Statistics // CA Cancer J. Clin. 2011. 61. 69-90.*
12. *Odasiro K., Fukato M., Saito K., Vakana T., Fudzino T., Marujama T., Sasuga Y., Fukui M. Effect of orally administered Lactis on the growth of adenomatous colorectal polyps in a randomized, placebo-controlled clinical trial //Cancer Prev Res. 2014. V.25 №1. 975-983.*
13. *Fuller D. The Healing Power of Enzymes. New York: Forbes, Publishing Co. 1998. 156 S.*
14. *Mamadou M., Marr S., Paydon K., Medhekar R. Stability and activity of supplemental digestive enzymes in simulated gastric fluid. Transformation Enzyme Corp., Houston, TX; National Enzyme Company, Forsyth, MO. 2001. www.transformationenzymes.com, www.naturvita.ru*

Колосюк В.А., К.М.Н.

Возможности САНУМ-терапии аутоиммунного тиреоидита



АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ОРТОДОКСАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) является распространенным заболеванием щитовидной железы (ЩЖ). Это патологическое состояние впервые было описано в 1912 году японским терапевтом Х.Хашимото как struma lymphomatosa и входит в группу хронических тиреоидитов. За прошедшие с тех пор годы АИТ прошел эволюцию от редкой и необычной формы хронического воспаления ЩЖ до заболевания, которое сейчас выявляют более, чем у 15% взрослых женщин (как и другие болезни ЩЖ, АИТ в 20 раз реже встречается у мужчин).

Сущность заболевания состоит в иммунной аутоагрессии в отношении тиреоцитов - в выработке антител к компонентам клеток щитовидной железы. Клетки ЩЖ могут повреждаться различными антителами - сегодня их известно около 30. Однако практическое значение имеют два вида – антитела к тиреоидной пероксидазе и тиреоглобулину.

Морфологически определяется лимфоплазмоцитарная инфильтрация стромы железы и разрастание соединительной ткани с формированием фиброза. Железа становится плотной и бугристой.

В функциональном отношении постепенно (обычно в течение многих лет) разви-вается гипотиреоз. Иногда заболевание манифестирует синдромом тиреотоксикоза, порой весьма выраженного.

Клинические проявления АИТ обусловлены двумя факторами – нарушением функции (чаще гипотиреоз) и компрессией окружающих тканей/органов. Однако в настоящее время преобладают невыраженные, стёртые формы заболевания. Их выявление происходит нередко случайно. В связи с этим возникает вопрос, нужно ли лечить таких пациентов.

Высокая частота выявления вялотекущих форм АИТ является, в какой-то степени, удобным фактором для ортодоксальной эндокринологии. Эта обширная группа пациентов остается, что называется «за бортом» медицины. Типичный вариант беседы эндокринолога с пациентом выглядит следующим образом: «Заболевание имеет наследственную природу и поэтому неизлечимо. Всё, что требуется – это наблюдение, то есть УЗИ с интервалом 6-12 месяцев и определение уровней гормонов (Т3, Т4, ТТГ). При появлении гипотиреоза будет назначена заместительная терапия синтетическими гормонами ЩЖ».

В редких случаях при выраженной компрессии органов шеи и средостения производят хирургическое вмешательство – как правило, субтотальную резекцию ЩЖ с оставлением 8-10 г ткани у верхнего полюса одной из долей. Цель вмешательства в данном случае – «освободить» дыхание и глотание, фонацию, и уменьшить площадь «мишени для аутоагрессии». Но многие из этих операций можно считать необоснованными.

ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В этиологии АИТ признается генетически детерминированный компонент, в частности, наличие ряда аллелей системы HLA, дефицит функциональных суппрессорных клеток и др. Однако, ряд авторов указывает на ведущую роль вирусных и бактериальных инфекций в развитии аутоиммунитета [2, 3, 6].

Согласно эндобионтной теории профессора Г.Эндерляйна [7], болезни щитовидной железы можно отнести к паратуберкулезным процессам, то есть, к патологическим отклонениям цикла Aspergillus niger. Согласно концепции микробного эндотоксикоза К.Вертмана [8], в основе аутоиммунных болезней лежит вторичный иммунодефицит. И первым этапом возникновения иммунодефицита являются разрушение и атрофия ворсинок слизистой оболочки тонкой кишки. После этого, обычно в детском возрасте, развивается второй этап иммунодефицита – очаги воспаления в носоглотке и легких.

На щитовидную железу оказывают прямое влияние инфекционно-воспалительные очаги в носоглотке по причине анатомо-физиологической близости. А легочные инфекции оказывают влияние в связи с общностью персистенции микробных форм цикла Aspergillus niger [7]. По этой же причине можно объяснить влияние стресса, так как, нервная система высоко уязвима и страдает при туберкулинической иммунной конституции.

Исходя из вышеизложенного следует считать, что наиболее эффективной терапией АИТ является комплексный подход, основанный на восстановлении эндоэкологии путём ликвидации очагов хронического воспаления и инфекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проанализированы результаты лечения 74 пациентов с АИТ.

Диагноз устанавливался на основании лабораторных данных - повышенные уровни антитиреоидных антител в крови, УЗИ – неоднородность и гиперэхогенность структуры железы, клинически – плотность и бугристость при пальпации. Некоторые авторы считают [1], что для точной диагностики необходима тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия или даже трепан-биопсия. Однако большинство практикующих эндокринологов считают этот метод избыточным, нецелесообразным, не влияющим на ход дальнейшего наблюдения и лечения. Тем не менее, пункционная биопсия бывает необходима для дифференциации истинных узлов и псевдоузловой формы АИТ.

Среди исследованных пациентов были 68 (91,9%) женщин и 6 (8,1%) мужчин, в соотношении М:Ж - 1:11,3. Возраст колебался от 14 до 82 лет и в среднем составил 44,2±5,1 лет. Сроки лечения составили от 4-х месяцев до 2-х лет.

Были выделены следующие варианты/группы клинического течения заболевания:

- бессимптомное течение;
- нарушение функции железы в виде гипотиреоза;
- нарушение функции с синдромом тиреотоксикоза;
- симптомы сдавления органов шеи.

В группе из 11 (14,9%) пациентов с бессимптомным течением АИТ заболевание выявлено случайно, при профилактических обследованиях. Среди них были 6 женщин, направленных гинекологами – АИТ выявлялся при обследовании в связи с бесплодием и нарушениями менструального цикла. У половины выявлялся так называемый латентный или скрытый гипотиреоз.

Синдром тиреотоксикоза диагностирован у 16 (21,6%) пациентов. Почти у всех отмечалась легкая степень тиреотоксикоза (I-II ст. по S.Milcu).

Клинически выраженный гипотиреоз как манифестация заболевания установлен у 36 (52,9%) пациентов.

Симптомы сдавления органов шеи были ведущими в клинической картине болезни у 11 (14,9 %) пациентов.

У 36 (48,6%) пациентов отмечалась гипертрофическая форма АИТ, согласно существующим клинико-морфологическим вариантам, у 20 (27,0 %) – атрофическая и у 18 (25,7 %) – псевдоузловая. Очевидно, что гипотиреоз был наиболее характерным проявлением при атрофической форме, компрессионный синдром – при узловой и гипертрофической, тиреотоксикоз встречался в основном при гипертрофическом варианте.

Всем пациентам проводился этапный курс эндоэкологической реабилитации по К.Вертману [8]. Он включал восстановление кислотно-щелочных параметров внутренней среды с помощью препарата Алкала, двухнедельный этап приёма пенициллиновых препаратов, в основном Нотакель Д5 и Фортакель Д5, в растворах (дозировка подбиралась индивидуально). Через две недели, по будням использовались препараты Санкомби Д5 и Муцедокель Д5. Схема «5+2» реализовалась длительно, в течение многих месяцев [4, 5].

Через 1 месяц от начала лечения подключались бактериальные препараты (внутримышечные инъекции, не менее двух каждой): сначала использовались препараты более «мягкого» действия – Утилин Д6 и Рекарцин Д6, затем группа туберкулиновых препаратов Латенсин Д6 и Утилин “С” Д6 [5].

При значительном увеличении размеров щитовидной железы хорошо зарекомендовали себя одновременные инъекции препаратов Мукокель Д5, Нигерсан Д5, Муцедокель Д5, подкожно в область шеи, 1 раз в неделю. По достижении положительных клинико-лабораторных результатов, на несколько месяцев назначались препараты Бовисан Д6, затем – Санукель Мик Д6 сублингвально в растворах.

Несмотря на то, что сроки лечения были разными, и не всегда могли считаться относительно законченными, во всех случаях достигнут положительный эффект. Это проявлялось существенным уменьшением и отсутствием местных признаков давле-ния зоба на шею, восстановлением эутиреоидного состояния, купированием синдрома тиреотоксикоза, восстановлением менструального цикла и наступлением беременности, отменой или значительным снижением дозы заместительной гормонотерапии, улучшением работоспособности и психо-эмоционального состояния. Отмечалась нормализация лабораторных показателей тиреоидного статуса, постепенное снижение уровней антитиреоидных антител, по данным УЗИ – восстановление размеров и структуры органа в сроки от полугода до 2-х лет.

ВЫВОДЫ

Таким образом, препараты САНУМ являются эффективными средствами лечения аутоиммунного тиреоидита. Это этиопатогенетические средства, что особенно важно в условиях отсутствия стандартного фармакологического лечения. Во многих случаях САНУМ-терапия позволяет восстановить функцию железы и дает возможность отменить заместительную гормональную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Герасимов Г.А., Фадеев В.В., Петунина Н.А, Александрова Г.Ф., Трошина Е.А., Кузнецов Н.С., Ванушко В.Э. Клинические рекомендации Российской Ассоциации Эндокринологов по диагностике и лечению аутоиммунного тиреоидита у взрослых. М., 2016. 34 с.*
2. *Колосюк В.А. Возможности омелотерапии предопухолевых заболеваний щитовидной железы // Эндобионт. 2015. 7. 6-9.*
3. *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.*
4. *Ролик И.С. Основы клинической фармакологии гомеопатических вакцин. Пособие для врачей. М.: РегБиоМед. 2013. 157 с.*
5. *Ролик И.С., Гущин А.Ю. САНУМ-препараты: фармакологический справочник. Изд. 2-е, переработанное. М.: Натурвита. 2010. 102 с.*
6. *Юхновец А.А. Диагностика и лечение аутоиммунного тиреоидита // Эндокринология. 2004. 4. 47-53.*
7. *Schneider P. Prof. Enderleins Forschung aus heutiger Sicht // SANUM-Post. 2001. 56. 3. 2-11.*
8. *Werthmann K. Die IV Stufen SANUM-Therapie in der Isopathie: ebi-Verlag. 2003. 96 S.*

Ролик О.И., д.м.н., чл.-корр. РАЕН,
Ролик И.С., д.м.н., проф., акад. РАЕН, **Забабуркина Н.Д.**

Терапевтическое действие полей низкой интенсивности – доказательство эффективности высоких разведений активных субстанций *(обзор)*

«Обычно мы принимаем во внимание только материю, потому что можем её увидеть и потрогать. Однако гораздо важнее частичек материи квантовые переходы, которые формируют материю, определяют и управляют её структурой и имеются в избытке в окружающем нас пространстве»

Carlo Rubbia,
лауреат Нобелевской премии 1984 года,
генеральный директор центра ядерных исследований CERN в Женеве

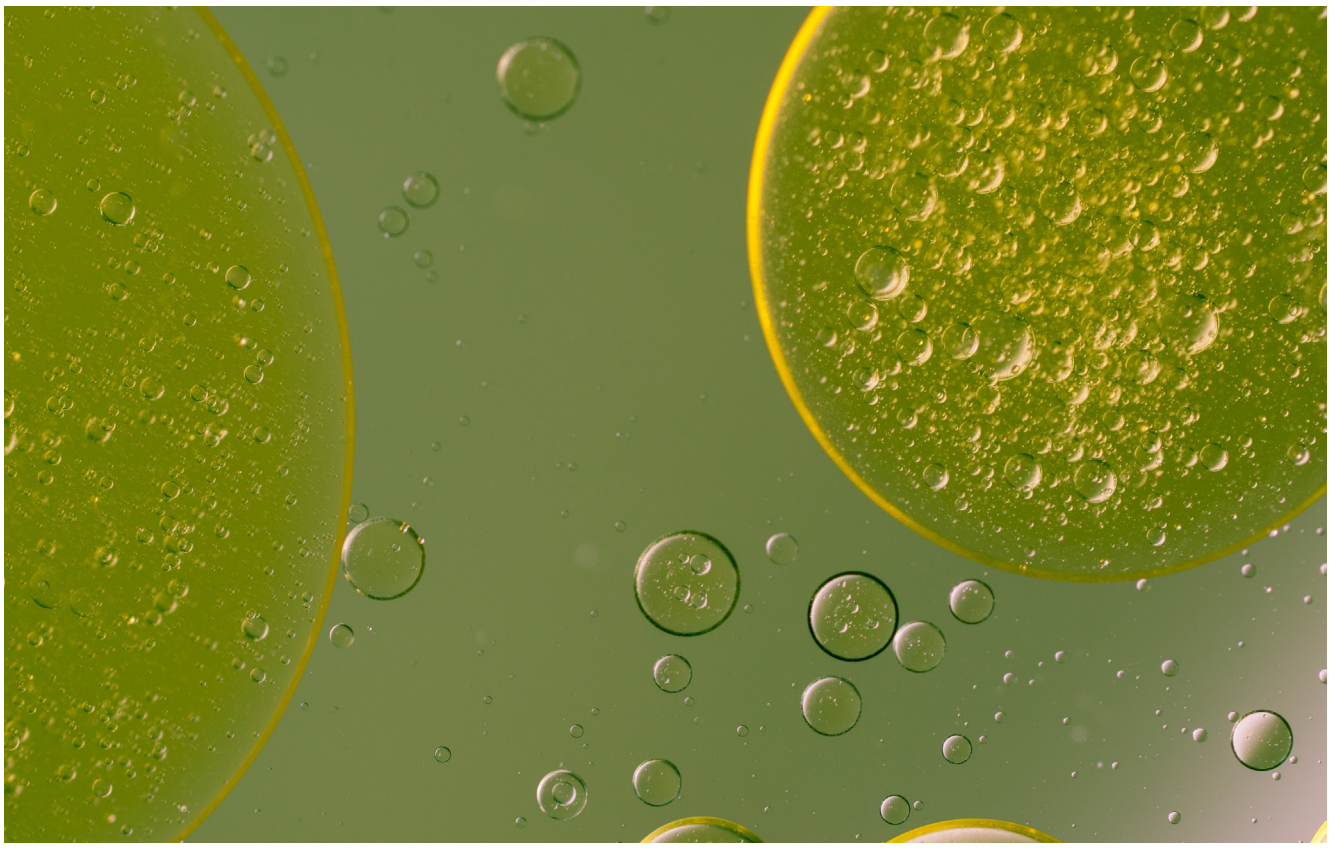
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ – ОСНОВА БИОРЕГУЛЯЦИИ

В начале прошлого века французский физик Louis de Broglie (лауреат Нобелевской премии по физике за 1929 год) представил гипотезу о волновых свойствах материальных частиц (волны де Бройля или волны материи), положившую начало развитию волновой механики. Практически одновременно в 30-е годы прошлого века советский биолог А.Г.Гурвич опубликовал данные, о том что в процессе митотического деления клетки отдельной группы излучают электромагнитные волны (митогеническое излучение), воздействующие на клетки другой группы. В своих исследованиях А.Г.Гурвич и его сотрудники обнаружили, что данные электромагнитные волны способны не только стимулировать, но и угнетать рост клеток. Уже первые эксперименты показали, что эти взаимодействия могут происходить удаленно, то есть без химического контакта между клетками [7, 25].

С тех пор уже более 100 лет исследователи из разных стран продолжают получать экспериментальные подтверждения такого бесконтактного взаимодействия не только между клетками тканей организма, но и клетками растений, микроорганизмами, простейшими и грибами [53].

В настоящее время, явление передачи информации в живых системах активно изучает немецкий биофизик Fritz-Albert Popp. Им было открыто, что передача информации внутри клеток и между ними происходит с помощью фотонов. Так же было показано, что ДНК живых клеток накапливают и излучают фотоны. Это явление было названо «биофотонное излучение». Его интенсивность примерно в 1018 раз ниже, чем обычный дневной свет. ДНК выступает, как информационный и коммуникационный инструмент при помощи волн различной частоты и обратной связи, обеспечивает кодирование и передачу информации [46-52].

Для изучения этого явления был создан прибор, называемый фотонным умножителем, который способен обнаружить свечение светлячка,



находящего в 10 милях от детектора [52].

Одной из основных характеристик фотонов является их когерентность, т.е. согласованные колебания. Излучение живых систем более когерентно т.е. согласовано, чем любое искусственное излучение когда-либо созданное человеком. Такое биофотонное излучение является совершенной коммуникационной системой, которая передаёт информацию большому количеству клеток по всему организму и другим телам. F.A. Popp также исследовал биофотонное излучение человеческого тела и обнаружил, что если организм находится в состоянии стресса, то интенсивность биофотонного излучения возрастает.

Факты, подтверждающие существование биофотонного излучения человеческого тела, встречаются в работах немецких, китайских, японских, корейских и австралийских учёных [12, 31, 56].

Большой литературный обзор сделанный Michal Cifra с соавторами (132 литературных источника) по электромагнитному клеточному взаимодействию не оставляет сомнений в том, что физические характеристики клеточного излучения, механизмы реакций клеток на внешние электромагнитные поля и взаимодействие клеток с помощью электромагнитного поля является экспериментальным фактом и имеют твердое основание [13].

Итальянский физик Carlo Rubbia (лауреат Нобелевской премии по физике за 1984), изучающий квантовое взаимодействие в одном из интервью заявил, что жизнедеятельность организмов, в том числе людей и животных, состоит на 99,999% из энергии, фотонов и вибрации и лишь на 0,001% твердого вещества, т.е. массы. Вопросы квантового взаимодействия затронутые профессором Carlo Rubbia открывают целый новый мир для понимания механизмов регуляции в живом организме.

РЕЗЮМЕ.

Сегодня уже можно утверждать, что электромагнитные колебания лежат в основе биохимических процессов и определяют процессы регуляции в организме человека.

ДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ СВЕРХНИЗКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ НА БИОЛОГИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ

На биологические системы может оказывать воздействие не только естественное излучение других биологических объектов, но и искусственно созданные человеком генераторы сверхслабых электромагнитных полей.

Abraham R. Liboff в 1991 году изобрел и запатентовал устройство и способ для регулирования роста тканей в естественных условиях [34]. В основе изобретения лежит воздействие на костную ткань переменного магнитного поля низкой интенсивности с частотой колебаний равной частоте колебаний ионов Ca++, Mg++ (для стимулирования роста ткани) или K+ (для угнетения роста). В эксперименте, проведенном на цыплятах, продемонстрировано, что рост и регенерация костей у животных, к которым был применен данный метод, были существенно выше по сравнению с контрольной группой [33, 35, 36].

В 2011-2012 гг. исследователями Алабамского университета было продемонстрировано подавление роста раковых клеток под воздействием электромагнитного поля низкой интенсивности, строго определенной частоты, значения которой были определены экспериментально. На основе полученных данных был разработан и выпущен прибор, прошедший клинические испытания, подтверждающие его терапевтическую эффективность [2, 14, 59].

Американское Управление по контролю и качеству пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA) дало разрешение компании NovoCure начать продажу приборов для лечения рака мозга, основанных на направленном воздействии слабого электромагнитного излучения. Эффективность данного метода была подтверждена клиническими испытаниями, начатыми в 2004 году [28, 29].

В настоящее время в литературе имеется большое количество исследований, доказывающих влияния слабых электромагнитных полей низкой частоты на многие биологические объекты такие как сердечные стволовые клетки, костная ткань, синтез ДНК в хрящевых клетках, клетки слюнной железы, мононуклеарные клетки крови, кишечная палочка и др. и на их физиологические процессы [3, 9, 23, 24].

W. Ross Adey, доктор медицины, профессор анатомии и физиологии в Лос-Анджелесе во время экспериментов с электромагнитным воздействием на клетки мозга цыплят обнаружил их ответную реакцию только на определённую частоту излучения. Также он обнаружил, что амплитуда должна находится в пределах определённого (очень низкого) диапазона [1]. Этот ограниченный диапазон, в котором биологические системы способны отвечать на электромагнитные сигналы, несущие информацию назвали «Окно Эйди». Интересно, что этот диапазон полностью совпадает с диапазоном излучения гомеопатических препаратов [37].

РЕЗЮМЕ.

Электромагнитное поле низкой интенсивности, характерное для гомеопатических препаратов, вызывает положительный биологический отклик.

ПЕРЕНОС ИНФОРМАЦИОННОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ОТ ВЕЩЕСТВА НА ВОДУ

Большое значение в подтверждение важности наличия излучения у различных веществ имеют работы J. Benveniste с водой. После многократного разведения фармакологических препаратов в воде их лечебные свойства сначала ослабевали, но по мере дальнейших разведений усиливались вновь и сохранялись при более сильных разведениях, и оставались даже тогда, когда, по его мнению, и мнению остальных участников эксперимента ни одной молекулы препарата в растворе не могло остаться. На основании этих наблюдений В 1987 году вышла статья J. Benveniste, в которой он исследует воздействие сильно разбавленного вещества на живые системы [17].

Так как в то время автор относился достаточно скептически к гомеопатическим теориям, то разбавления проводил в диапазоне от 10-11 М до 10-19 М. Объектом разбавления являлся кремнезем, вещество цитотоксическое для макрофагов, которое после разбавления перорально давалось специально подготовленным мышам, получавшим до начала эксперимента зимозан (стимулятор лейкопоэза), повышающий содержание макрофагов. Было обнаружено, что употребление мышами разбавленного до 10-11, а затем и до 10-19 М кремнезема достоверно приводило к ещё большему синтезу фактора активирующего рост макрофагов, относительно контрольной группы мышей, получавшей физиологический раствор в таких же соответствующих разведениях. Причем, синтез был тем сильнее, чем сильнее было разбавлено вещество. Этот эффект высоких разведений кремния, как было отмечено автором в статье, не может быть объяснен с точки зрения современной науки.

J. Benveniste продолжил свои исследования и в 1988 г. опубликовал следующую статью, ставшую скандальной [16]. В этой работе ученый продемонстрировал ответную реакцию полиморфноядерных базофилов человека на введение разбавленных в диапазоне от 1 х10-2 до 1 х 10-120 анти-IgE антител. Так как в растворах при конечных разведениях не могло содержаться ни одной молекулы действующего вещества, исследователь предположил, что в следствии энергичных встряхиваний произошла передача биологической информации связанная с молекулярной организацией воды.

Позже, в том же 1988 г J. Benveniste была опубликована статья, в которой исследовалось воздействие высоких разбавлений двух гомеопатических лекарств, применяемых для лечения аллергических заболеваний, на дегрануляцию базофилов человека. Слепые эксперименты показали, что дегрануляция базофилов изначально индуцированная 1.66 х 10-9 М IgE антителами была существенно подавлена в присутствии разведенных лекарств [45].

В свете вышесказанного хочется привести слова Brian David Josephson, нобелевского лауреата по физики за 1973, который считает, что лозунгом ученого должно быть «никому не верь на слово» (nullius in verba). То есть «если все учёные хором отрицают какую-либо идею, это не следует считать доказательством того, что идея абсурдна, скорее следует тщательно изучить все причины такого мнения и решить, насколько это мнение обосновано». Именно этим принципом руководствуются независимые исследователи, последователи работ J. Benveniste.

В 2004 году в совместной работе учёных Франции, Бельгии, Англии, Италии и Нидерландов было продемонстрировано, как гистамин в высоких разведениях (10-30-10-38 М) угнетает активацию базофилов [6].

L.Montagnier установил что последовательности ДНК некоторых бактерий (Streptococcus B,



Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeroginosa, Proteus mirabilis, Bacillus subtilis, Salmonella, Clostridium perfringens) индуцируют электромагнитные волны при больших водных разведениях [38]. Для обнаружения этих сигналов, производимых изолированными молекулами с биологической активностью, L. Montagnier использовал устройство, ранее разработанное J. Benveniste [8].

В 2009 г. E. Del Giudice и его коллеги предположили, что вода может быть организована в квантовые когерентные области с участием миллионов молекул воды [18].

Заслуживают особого внимания эксперименты L. Montagnier и его команды, основанные на тех же свойствах воды [39]. На первом этапе эксперимента создавались разведения бактериальной молекулы ДНК Mycoplasma pirum, в которых определялось присутствие электромагнитных сигналов. Затем данные разведения помещались в экранированный металлом контейнер (сплав, поглощающий волны сверхнизкой частоты) толщиной 1 мм. Рядом помещалась пробирка с чистой водой и объединяющий систему медный соленоид. На соленоид подавался электрический ток низкой частоты, осциллирующий на 7 Гц, создаваемый внешним генератором. Создаваемое при этом магнитное поле поддерживалось в течение 18 часов при комнатной температуре. Затем содержимое воды в каждой пробирке фильтровалось через фильтры (450 нм и 20 нм) и разводилось от 10-2 до 10-15. После производилась запись электромагнитных сигналов каждой пробирки. В результате оказалось, что пробирка, содержащая простую воду, испускала электромагнитные сигналы, соответствующие тем, что испускала пробирка с разведением ДНК. Была показана, что при помощи электромагнитных волн на чистую воду была осуществлена передача информации о наноструктурах ДНК.

Затем L. Montagnier и его командой был произведен обратный эксперимент с ДНК и водой. В нём исследовалось воссоздание последовательности ДНК из воды, индуцированной наноструктурами ДНК. Для этого в пробирку с индуцированными наноструктурами ДНК водой были добавлены все компоненты необходимые для полимеразноцепной реакции и синтеза ДНК. В результате исследователи действительно получили копию оригинального фрагмента исходной молекулы ДНК. Было подтверждено, что эта ДНК-последовательность была идентичной или близкой по идентичности к исходной ДНК. Было воссоздано 98% процентов исходной молекулы (2 нуклеотидных различия из 104 нуклеотидов). Эксперимент показал свою высокую воспроизводимость (12 раз из 12). В 2012 г. полученные данные были запатентованы [40].

В одном из своих интервью L. Montagnier сообщил, что свои

исследования по излучению ДНК он проводит в Китае, где ему было предоставлено место и финансирование: «Я нахожусь на пенсии и по французским законам мне нельзя работать в общественном институте. Кроме того, в Европе боятся этой темы. Мне сказали, что некоторые ученые воспроизвели результаты J. Benveniste, но они боятся их публиковать».

В 2012 году группа итальянских ученых опубликовала работу, в которой подобным J. Benveniste и L. Montagnier способом производилась передача сигнала от раствора ретиноевой кислоты (фактора дифференцировки клеток) на жидкую среду, в которую затем помещались опухолевые клетки. Было установлено, что подготовленная таким образом среда оказывает негативное влияние на злокачественные клетки [22].

Аналогично, другая группа исследователей осуществила передачу электромагнитного сигнала на воду от противогрибкового препарата амфотерицина В. В результате было установлено, что в подготовленной таким образом воде выживает около 60% Candida albicans относительно контрольной воды (100%), само же вещество эффективно в 20% [26].

Все больше и больше ученых проводит подобные исследования, подтверждающие существование этого явления [4, 5, 10, 15, 41, 57].

РЕЗЮМЕ.

Многочисленные исследования по изучению воздействия высоких разведений лекарств на живые системы доказывают наличие ответной реакции живых систем на вещества с высокими разведениями при формальном отсутствии молекул самого вещества в растворе.

СВЕРХСЛАБЫЕ ИНВЕРСНЫЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИ ИЗМЕНЁННЫХ ТКАНЕЙ И БИОРЕЗОНАНСНАЯ ТЕРАПИЯ

Когерентность патологических колебаний.

В 1953 г. Reinhold Voll разработавший на основе китайской акупунктуры диагностический метод электроакупунктуры, получивший название «Метод Фолля». В основе метода лежит считывание и передача информации с помощью электрических токов на акупунктурные точки на теле пациента. На основании этих идей F.Morell в партнерстве с E.Rasche разработали устройство для терапевтического применения инверсных электромагнитных колебаний.

В 1988 г. F.Morell впервые описал



Reinhold Voll

принцип терапевтического воздействия инверсионных колебаний. Такое воздействие получило название мора-терапия. Название представляет собой аббревиатуру от фамилий изобретателей метода MO - Morell, RA – Rasche [21, 43]. Он основан на подаче в организм больного его собственных патологических электромагнитных колебаний в инвертированном виде. Наиболее удачным является использование для обозначения данного вида лечения словосочетание «инверсная терапия», отражающего характер физического воздействия в терапевтических целях. Однако, термин «биорезонансная терапия» получил более широкое распространение и основан на якобы возникающих в организме больного резонансных явлениях в ответ на подачу инверсных патологических колебаний, что не сосем правильно отражает физический принцип метода и возникающие физиологические эффекты.

Очевидно, что клетки, органы и ткани живого организма обладают определенными электромагнитными колебаниями, которые связаны между собой и влияют друг на друга. Кроме того существуют электромагнитные поля бактерий, вирусов, грибов и химических соединений находящихся в организме, вместе они формируют общее электромагнитное поле организма.

Тканевые структуры обладают специфическим спектром электромагнитных колебаний. При



Рис. 1. Прибор биорезонансной терапии Kindling Easy (2014 г.) с биологической обратной связью: слева – измерительные электроды, справа – терапевтические электроды.

возникновении патологии этот спектр может претерпевать существенные изменения. Возникают явления интерференции между физиологическими и патологическими излучениями, например, между гнойным очагом и нормальными тканевыми структурами. Чем дольше существует очаг патологии, тем когерентнее патологические колебания (когерентность – колебание волн одинаковой длины). При хронических заболеваниях наблюдается высокая когерентность, при острых – обычно нет. Это означает, что в процессе стабилизации патологического процесса (например, хронического воспаления) происходит стабилизация излучаемых им частот. Чем застарелее процесс, тем когерентнее патологические колебания. Одновременно это означает, что стабилизируется сам патологический процесс, поскольку не происходит изменение его частотных характеристик. Высокая когерентность свидетельствует о том, что имеется множество передатчиков, совершающих одинаковые колебания.

Для нормальных тканей, в отличие от патологически измененных, характерна относительная изменчивость физиологических колебаний. Отсюда, для того, чтобы произвести дезинтоксикацию очага патологии, вывести токсины, восстановить нормальные функции пораженного участка ткани необходимо стереть когерентное электромагнитное поле, преобразовать существующие колебания в колебания более высоких частот. Поэтому необходима пусковая частота, имеющая обратную полярность (находящаяся в противофазе).

Основополагающим принципом биорезонансного метода является инверсия: колебания, снимаемые с пациента, поступают на вход прибора, инвертируются на 180о, усиливаются и подаются с выхода прибора обратно на пациента. Благодаря использованию инверсии, патологические колебания органа гасятся и возникающие при этом явления биологического резонанса усиливают физиологические колебания, что и приводит к развитию терапевтических эффектов.

Научные доказательства эффективности биорезонансной терапии.

Опубликовано достаточно много данных о терапевтической эффективности биорезонансного метода.

Так, имеются достоверные данные о высокой эффективности метода в лечении артритов [27].

Метод положительно зарекомендовал себя при лечении аллергических состояний, таких как атопический дерматит у детей [54].

Была показана эффективность применения биорезонансной терапии при аутоиммунных состояниях и хроническом псориазе [19].

В 2006 г. было проведено плацебо-контролируемое исследование применения биорезонансной терапии у пациентов с функциональными расстройствами ЖКТ, в результате которого показана достоверная эффективность метода по сравнению с контрольной группой [42].

В 2013 г. на больных с лимфаденопатией нижних конечностей была показана эффективность метода биорезонансной терапии в сочетании с вакуумной терапией [11].

В 2014 г. также было проведено исследование комплексной биорезонансной терапии при той же патологии, получены положительные результаты и отмечено отсутствие побочных эффектов [14].

В этом же году в Германии было проведено двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, показавшее эффективность применения биорезонансной терапии при никотиновой зависимости и это исследование продолжается [44].

На основе большого опыта практической работы, результатов клинических и экспериментальных исследований, метод зарекомендовал себя как высокоэффективный в лечении аллергий, аутоиммунных и воспалительных заболеваний.

Актуальность биорезонансной терапии в сочетании с гомеопатическими средствами и препаратами природного происхождения по-прежнему остаётся высокой, физико-биологическое обоснование метода не вызывает сомнений, что и обуславливает всё возрастающую заинтересованность в нём специалистов.

Техническое развитие метода.

Основополагающим физическим принципом биорезонансной терапии сейчас, как и много лет назад является инверсия. Электромагнитные колебания, снимаемые с пациента с помощью электродов, поступают на вход прибора, инвертируются на 180о и подаются с выхода прибора на контактные электроды на руках и теле пациента.

С момента появления первых биорезонансных приборов принцип работы не изменился, но сами приборы и концепция терапевтического процесса претерпели значительные изменения и усовершенствования. Количество контактных электродов доведено до минимума и равно трем. Сами приборы стали легкими, компактными и приобрели современный дизайн.

С каждым годом продолжают появляться новые модификации приборов, работа которых уже основывается на биологической обратной связи.

Самым главным отличием современных приборов стало появление принципа обратной связи. Теперь снятие показаний электромагнитных колебаний с тела пациента производится не только перед началом терапевтического воздействия, но и автоматически в процессе всего терапевтического сеанса и в зависимости от полученных данных происходит изменение режима терапевтического воздействия. Кроме того врач не принимает участия в настройке и регулировании терапевтических режимов, это тоже происходит автоматически (рис. 1).

Если учесть какую огромную роль играют жидкие среды в жизнедеятельности любого живого организма и их процентное содержание в нем, то можно представить какие невероятные перспективы открывает применение электромагнитных волн в терапевтических целях. Поэтому важным условием эффек-



тивности биорезонансной терапии выступает достаточное потребление жидкости в процессе курсового лечения, обычно не менее 2-2,5 л в сутки. Это связано, с одной стороны, с необходимостью обеспечения эффективного выведения из организма инфекционных, метаболических и других шлаков, интенсивно элиминируемых под влиянием биорезонансной терапии, а с другой стороны, с обеспечением достаточного водного баланса органов и тканей как информационной среды и носителя биорегуляторных сигналов.

Биорезонансную терапию целесообразно применять в комплексном лечении, так как она выступает катализатором многих лекарственных средств и повышает их биодоступность.

РЕЗЮМЕ

Метод биорезонансной терапии основан на низкоинтенсивном электромагнитном воздействии на организм, в основном на инверсии патологических колебаний. В результате происходит восстановление информационно-сигнальной среды в тканях и клетках, повышается биодоступность препаратов, улучшается восприимчивость тканей к другим терапевтическим методам, меняется среда, созданная патологической флорой, усиливаются процессы элиминации из организма различных токсических веществ и антигенов, формируется толерантность иммунной системы к аллергенам и аутоантигенам. Биорезонансная терапия с успехом применяется в лечении ряда патологий:

- **аллергические заболевания: экзема, атопический дерматит, пищевые аллергии, астма, поллиноз,**
- **аутоиммунные заболевания: псориаз, болезнь Крона, ревматоидный артрит, аутоиммунный тиреоидит, гломерулонефрит,**
- **хронические воспалительные заболевания: хронический бронхит, синусит, хронический гастрит, частые инфекции дыхательных путей,**
- **воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата: артриты, синовииты, бурситы, травмы, грыжи межпозвонковых дисков,**
- **заболевания нервной системы: радикулопатии, парезы, мигрени, головные боли, никотиновая зависимость,**
- **нарушения обмена веществ, гормональный дисбаланс.**

ЛИТЕРАТУРА

1. *Adey W.R. Biological effects of electromagnetic fields. Journal of Cellular Biochemistry. 1993. 51:410-416.*
2. *Barbault A., Costa F., Bottger B., Munden R., Bomholt F., Kuster N., Pasche B. Amplitude-modulated electromagnetic fields for the treatment of cancer: discovery of tumor-specific frequencies and assessment of a novel therapeutic approach. J ExpClinCancerRes. 2009. 28 (1): 51.*
3. *Becher R.O., Spadado J.A. Electrical stimulation of partial limb regeneration in mammals. Bull N Y Acad Med. 1972 May; 48 (4): 627-641.*
4. *Bellavite P. et al. Immunology and Homeopathy. 1. Historical background. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2005. Vol.2(4): 441-452.*
5. *Bellavite P. et al. Immunology and Homeopathy. 2. Cells of the Immune System and Inflammation. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2006. Vol.3 (1): 13-24.*
6. *Belon P., Cumps J., Ennis M. et al. Histamine dilutions modulate basophil activation. Inflamm res. 2004; 53: 181-188.*
7. *Beloussov L.V., Opitz J.M., Gilbert S.F. Life of Alexander G. Gurwitsch and his relevant contribution to the theory of morphogenetic fields. Int J Dev Biol. 1997; 41:771-779.*
8. *Benveniste et al. Method, system and device for producing signals from a substance biological and/or chemical activity. United States Patent # US. 2003. 6,541,978 B1.*
9. *Bobkova N.V. et al. The Weak Combined Magnetic Fields Reduce the Brain?-Amyloid in an Animal Model of Sporadic Alzheimer's Disease. PIERS Online, Vol. 5(4), 2009: 311-315.*
10. *Burlakova E.B. Specific Effects of Superlow Doses of Biologically Active Substances and Low-Level Physical Factors. Misaha Newsletter. 2000: 390-424.*
11. *Cavezzi A., Paccasassi S., Elio C. Lymphedema treatment by means of an electromedical device based on bioresonance and vacuum technology: clinical and lymphoscintigraphic assessment. Int Angiol. 2013 Aug; 32 (4): 417-23.*
12. *Choi C., Woo W.M., Lee M.B., Yang J.S., Soh K.S., Yang J.S., Yoon G., Kim M., Zaslawsky, Chang J.J. Biophoton emission from the hands. J Korean Physical Soc. 2002; 41:275-278.*
13. *Cifra M, Fields JZ, Farhadi A, Electromagnetic cellular interactions, Progress in Biophysics and Molecular Biology, in press, DOI: 10.1016/j.pbiomolbio. 2010.07.003, 2010.)*
14. *Costa F.P., de Oliveira A.C., Meirelles R., Machado M.C.C., Zanesco T., Surjan R., Chammas M.C., de Souza Rocha M., Morgan D., Cantor A., Zimmerman J., Brezovich I., Kuster N., Barbault A., Pasche B. Treatment of advanced hepatocellular carcinoma with very low levels of amplitudemodulated electromagnetic fields. Br J Cancer. 2011. 105(5): 640-648.*
15. *Davenas E., Poitevin B. Benveniste J. Effect on mouse peritoneal macrophages of orally administered very high dilutions of silica. Eur. J. Pharmac. 1987. 135, 313-319.*
16. *Davenas E., Beauvais F., Amara J., Oberbaum M., Robvizon B., Miadonna A., Tedeschi A., Pomeranz B., Fortner P., Belon P., Sainte-Laudy J., Poitevin B., Benveniste J. Human basophil degranulation triggered by*

very dilute antiserum against IgE. Nature, 1988. 333, 816-818.

17. Davenas E., Poitevin B., Benveniste J. Effect on mouse peritoneal macrophages of arallyadministred very high dilutions of silica. European journal of Pharmacology, 1987. 135: 313-319.
18. Del Giudice E., Tedeschi A. Water and the autocatalysis in living matter. Electromagnetic Biology and Medicine. 2009. Vol. 28 (1).
19. Del Giudice E., De Filippis A., Del Giudice N., Del Giudice M., d'Elia I., Iride L., Menghi E., Tedeschi A., Cozza V., Adone B., Tufano M.A. Evaluation of a method based on coherence in aqueous systems and resonance-based isotherapeutic remedy in the treatment of chronic psoriasis vulgaris. Curr Top Med Chem. 2015; 15 (6): 542-8.
20. Elio C., Guaitolini E., Paccasassi S., Rosati N., Cavezzi A. Application of microcurrents of bioresonance and transdermal delivery of active principles in lymphedema and lipedema of the lower limbs: a pilot study. G Ital Dermatol Venereol. 2014 Dec; 149 (6): 643-7.
21. Ernst E. Bioresonance, a study of pseudoscientific language. Forsch Komplementaermed Klass Naturheilkd. 2004 Jun; 11 (3): 171-3.)
22. Foletti A., Ledda M., D'Emilia E., Grimaldi S., Lisi A. Experimental Finding on the Electromagnetic Information Transfer of Specific Molecular Signals Mediated Through the Aqueous System on Two Human Cellular Models. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2012, 18(3): 258-261.
23. Gaetani R. et al. Differentiation of human adult cardiac stem cells exposed to extremely low-frequency electromagnetic fields. Cardiovascular Research. 2009. 82: 411-420.
24. Geraldy G.et al. Effects of electromagnetic fields of low frequency and low intensity on rat metabolism. BioMagnetic Research and Technology. 2008, 6: 3.
25. Gurwitsch A.A. A historical review of the problem of mitogenetic radiation. Experientia. 1988; 44: 545-550.
26. Heredia-Rojas J.A., Gomez-Flores R., Rodriguez-de laFuente A.O., Monreal-Cuevas E., Torres-Flores A.C., Rodriguez-Flores L.E., Beltcheva M., Torres-Pantoja A.C. Antimicrobial effect of amphotericin B electronically activated water against Candida albicans. African journal of Microbiology Research 2012. 6 (15), 3685-3689.
27. Islamov B.I., Balabanova R.M., Funtikov V.A., Gotovskii Y.V., Meizerov E.E. Effect of bioresonance therapy on antioxidant system in lymphocytes in patients with rheumatoid arthritis. Bull Exp Biol Med. 2002 Sep; 134 (3): 248-50.
28. Kirson E.D., Gurvich Z., Schneiderman R., Dekel E., Itzhaki A., Wasserman Y., Schatzberger R., Palti Y. Disruption of Cancer Cell Replication by Alternating Electric Fields. Cancer Res. 2004. 64: 3288-3295.
29. Kirson E.D. et al Alternating electric fields arrest cell proliferation in animal tumor models and human brain tumors Proc. Natl. Acad. Sci. USA 2007.104. 10152.
30. Kleine-Tebbe J., Herold D.A. Inappropriate test methods in allergy Hautarzt. 2010 Nov; 61(11): 961-6. doi: 10.1007/s00105-010-1969-9.
31. Kobayashi M., Kikuchi D., Okamura H. Imaging of ultraweak spontaneous photon emission from human body displaying diurnal rhythm, PLoS One 4:e6256, 2009.
32. Kofler H., Ulmer H., Mechtler D., Falk M., Fritsch P.O. Bioresonanz bei Pollinose. Allergologie. 1996. 19: 114-122.
33. Lavine L.S., Listrin I., Shamos M.S., Rinaldi R.A., Liboff A.R. Electric Enhancement of Bone Healing. Science, 1992, vol. 175: 1118-1121.
34. Liboff A.R. et al. Method and apparatus for controlling tissue growth and an applied fluctuating magnetic field. United States Patent: US 5.067.940. 1991.
35. Liboff A.R. Geomagnetic Cyclotron Resonance in Living Cell. Journal of Biological Physics, vol. 13, 1985.
36. Liboff A.R. Toward an Electromagnetic Paradigm for Biology and Medicine. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2004, vol. 10, pp. 41-47.
37. Markov M.S. Biological Windows: A Tribute to W. Ross Adey. The Environmentalist, 2005. 25, 67-74.
38. Montagnier L., AIssa J., Ferris S., Montagnier J.L, Lavallee C. 2009. Electromagnetic signals are produced by aqueous nanostructures. Interdiscip Sci Comput Life Sci 1, 81-90.
39. Montagnier L. DNA between physics and biology. From the presentation. 2010.
40. Montagnier L., Lavallee C., Aissa J. General procedure for the identification of DNA sequences generating electromagnetic signals in biological fluids and tissues. US Patent N/ 2012/0024701.
41. Miranda R., Vannucci A., Pontuschka W.M. Impedance spectroscopy of water incomparison with high dilutions of lithiumchloride. Materials Research Innovations (2011), 15(5): 302-309.
42. Nienhaus J., Galle M. Placebo-controlled study of the effects of a standardized MORA bioresonance therapy on functional gastrointestinal complaints. Forsch Komplementmed. 2006 Feb; 13(1): 28-34. Epub 2006 Jan 3.
43. Ostendorf G.-M. Die «Bioresonanz-Therapie» (MORA-Therapie): Eine medizinische Außenseitermethode. Skeptiker. 1990. 3(1): 19-20.
44. Pihtili A., Galle M., Cuhadaroglu C., Kilicaslan Z., Issever H., Erkan F., Cagatay T., Gulbaran Z. Evidence for the efficacy of a bioresonance method in smoking cessation: a pilot study. Forsch Komplementmed. 2014; 21(4): 239-45. doi: 10.1159/000365742. Epub 2014 Aug 5.
45. Poitevin B., Davenas E., Benveniste J. In Vitro immunological degranulation of human basophils is modulated by lung histamine and Apismellifca. Br J Clin Pharmacol. 1988. 25: 439-44.
46. Popp FA. Essential differences between coherent and non-coherent effects of photon emission from living organisms. In: Shen X, van Wijk R (eds). Biophotonics. New York: Springer, 2005, p. 109-124.
47. Popp F.A., Chang J.J., Herzog A., Yan Z., Yan Y. Evidence of non-classical (squeezed) light in biological systems. Phys. Lett. 2002. A 293 (1/2), 98-102.
48. Popp F.A., Rattemeyer M., Nag1 W. Evidence of Photon Emission from DNA in Living Systems. Naturwissenschaften. 1981, 68: 572-573.
49. Popp F.-A., Li K.H., Mei W.P., Galle M., Neurohr R. 1988. Physical aspects of biophotons. Experientia. 44, 576-585.
50. Popp F.A. Properties of biophotons and their theoretical implications. Indian J Exp Biol. 2003; 41: 391-402.
51. Popp F.A. Quantum phenomena of biological systems as documented by biophotonics, Springer, New York. 2004, 371.
52. Popp F.A. Method of and apparatus for examining biological effects in cell-lots, United States Patent, US 7 692 788 B2. Apr. 6, 2010.
53. Scholkmann F., Fels D., Cifra M. Non-chemical and non-contact cell-to-cell communication: a short review. Am J Transl Res. 2013; 5(6): 586–593. Published online 2013 Sep 25.
54. Schöni M.H., Nikolaizik W.H., Schöni-Affolter F. Efficacy trial of bioresonance in children with atopic dermatitis. International Archives of Allergy and Immunology. 1997. 112: 238-46.
55. Takano C., Miranda A.R., Vannucci A. Impedance Spectroscopy applied to the study of high dilutions of Lycopodium clavatum. Int J High Dilution Res. 2011. 10 (36): 101-103.
56. Van Wijk R., Van Wijk E.P.A. An introduction to human biophoton emission, Forsch. Komplementaermed. Klass. Naturheilkd. 2005. 12. 77-83.
57. Vereshchagin A.L., Tsoi T.L., Kropotkina V.V. Application of ultra-low doses of biologically active substances and homeopathic remedies in plant. Polzunovskiy vestnik. 2006. 2: 343-348.
58. Vincze G., Szasz A., Liboff A.R. New Theoretical Treatment of Ion Resonance Phenomena. Bioelectromagnetics. 2008. 29: 380-386.
59. Zimmerman J.W., Pennison M.J., Brezovich I., Yang C.T., Ramaker R., Absher D., Kuster N., Costa F.P., Barbault A., Pasche B. Cancer cell proliferation is inhibited by specific-modulation frequencies. British Journal of Cancer. 2012. 106: 307-313.

Донченко Е.В., Д.М.Н.

Комплексная САНУМ-терапия стволового инсульта в молодом возрасте



Стволовой инсульт в возрасте 18-30 лет становится серьёзной проблемой современной медицины и частота его увеличивается. При стволовом инсульте около 70% летальных исходов, а в 30% случаев - тяжёлая инвалидизация из-за поражения ствола мозга, где находятся все жизненно важные центры (дыхания, кровообращения, глотания). Чаще всего люди с этим нарушением не способны дышать самостоятельно и полностью зависят от работы аппарата ИВЛ. У них полностью нарушается двигательная активность конечностей, нарушение речи, координации, терморегуляции. Кроме этого, при длительном стационарном лечении развиваются осложнения виде застойной пневмонии, кандидозов, что значительно увеличивает летальность.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Я., 25 лет. Диагноз: ОНМК по ишемическому (тромботическому типу) в ВББ от 19.06.11 г. Тяжёлый стволовой инсульт. Тромбоз ОА от 19.06.11 г. Осложнения: Отёк головного мозга (купирован). Тромбоз левой бедренной вены до уровня СФС. Левосторонняя плевропневмония от 18.07.11 г. Рентгенологическое разрешение от 29.07.11 г. Катаральный эндобронхит. Хронический гастрит. Дрожжевой сепсис.

На момент осмотра в больнице пациентка 20 дней находилась в полубессознательном состоянии (синдром «запертого человека»), регистрировался тетрапарез, дизартрия, дыхание через трахеостому. Развились застойная пневмония и дрожжевой сепсис. После осмотра и оценки тяжести состояния назначена эндоэкологическая программа, включающая гипертермический кишечный диализ, в/в капельное введение раствора тиосульфата натрия - 30%-10,0; физиологического раствора – 250,0; комплексных гомеопатических препаратов и САНУМ-вакцин Эксмикель Д5 - 2,0 мл, Нотакель Д5 - 2,0 мл, Мукокель Д5 - 2,0 мл, Нигерсан Д5-2,0 мл в течение 10 дней. Висцеральный массаж грудной клетки способствовал более быстрому рассасыванию застойной пневмонии. В момент диагностирования пневмонии у пациентки зафиксировано увеличение дрожжей в моче на 4+ и антибиотики были отменены. Быстрое разрешение пневмонии произошло на фоне проводимой биотерапии: гипертермического кишечного диализа, висцерального массажа лёгких, капельного введения вышеперечисленных растворов.

Rg-легких от 22.07.11 г. Слева на уровне легкого купол диафрагмы нечеткий. Над ним в н/доле легкого неоднородного характера участок инфильтрации. Заключение: левосторонняя нижнедолевая пневмония.

Rg-лёгких от 29.07.11 г. Слева в н/доле инфильтративных изменений не выявлено. Купол диафрагмы четкий. Признаки застойных явлений в легких.

Rg-легких от 15.08.11 г. Купол диафрагмы четкий. Синусы свободны.

Инфильтративных изменений не выявлено. Признаки застойных явлений.

Оценка состояния через 1месяц, 26.08.2011 г. Состояние средней тяжести, стабильное. В сознании, бодрствует, насильственные эмоции. Зр.D=S, фотореакции (+). Парез взора в обе стороны. Лицо без грубой асимметрии. Негрубый бульбарный синдром. Глубокий тетрапарез. Глубокие рефлексы D=S, оживлены; клонусы стоп S>D. Тонус мышц умеренно повышен. Расстройства координации и чувствительности не оценить. Патологические стопные знаки (+) 2 ст. Менингеальных симптомов нет. Соматически стабильна. Температура тела - 36,70. Кожные покровы умеренно бледные, слизистые влажные. АД 90-105/60-70 мм рт.ст., Ps 90-95 в мин., ритмичный. Дыхание самостоятельное, эффективное, ЧДД 18-20 в мин. Аускультативно: дыхание жесткое, ослабленное в н/о, ед. хрипы в н/о.

МРТ гол.мозга + МР-ангиография от 19.08.11 г. Картина постишемических кистозно-глиозных изменений в области ствола мозга и левой гемисферы мозжечка. МР-признаки многоочагового поражения вещества головного мозга, наиболее вероятно сосудистого генеза. Аплазия интракраниального сегмента правой позвоночной артерии. Тромбоз основной артерии (нельзя исключить тромбированную фузиформную аневризму основной артерии). Двусторонний мастоидит.

Клинический анализ крови 2.08.11 г. Эр.- 3.2710e12/л, Л- 7.28 10e9/л, Hb-95.5гл. Ф-ла: нейтр.-62, пал.-2, лимф.-23, моно.-8, эоз.-4; гипохр. 0/1, анизоцитоз 0/1.

Клинический анализ крови 23.08.11 г. Эр.-4.19 10e12/л, Л-8.75 10e9/л, Hb-121 г/л. Ф-ла: нейтр.-84, пал.- 5, лимф. -9, моно.-1, эоз.- 0; гипохр.-0, анизоцитоз-0.

Общий анализ мочи 23.08.11 г.: сол/желт, 1007, глюкоза-О, белок-О, лейкоциты 2-3 в п/з, др.кл.-2.

Коагулограмма 23.08.11 г.: ПТИ 108%, Фиб. 3,22 г/л, АЧТВ 22,7 с.

Б/х крови 23.08.11 г: АЛаТ 11 U|l, АСаТ 16U|1, холестерин 4,31 ммоль/л, креатинин 37umol|l, глюкоза 6,96 ммоль/л, о.белок 71 г/л, билирубин 8,3 umol/л, КА 3,95; мочевина, 2,9 ммоль/л, триглицериды 1,09 ммоль/л, ЛПВП 0.87 ммоль/л, ЛПНП 2,69 ммоль/л, К+ 4,6 ммоль/л, Na+ 136 ммоль/л, Ca2+ 2,68 ммоль/л.

Медикаментозное лечение: тромбо-асс, бидоп, глицин, тиенам, берлитион, ацилок, церетон, магнезия, омез, эуфиллин, цераксон, фортум, эдицин, космофер, глиатилин, семакс, фраксипарин, мексикор;

Оксигенотерапия, ЛФК, массаж конечностей, магнитотерапия, занятия с логопедом, вертикализация.

За время наблюдения отмечается значительная положительная динамика. Сохраняются интеллектуальные способности, память, восстановилась речь, значительно уменьшились двигательные нарушения конечностей, может самостоятельно стоять.

Заключение от 12.12.2012 г. МРТ-признаки ОНМК (ствол мозга) по ишемическому типу в бассейне ВВБ, в зоне обеих позвоночных артерий, основной артерии. Кистовидная перестройка шишковидной железы. Умеренная внутренняя гидроцефалия. Зоны гипоперфузии головного мозга в зоне ОНМК и в левой гемисфере мозжечка.

В начале 2013 года пациентка получила повторный курс эндоэкологической реабилитации, который включал серию гипертермических кишечных диализов, висцеральные массажи брюшной полости, шеи, грудной клетки, внутривенные инъекции иммуномодулирующими антиоксидантными, комплексными гомеопатическими препаратами и нейропептидами, внутрь ферменты Протеаза (Трансформейшн) 2 капсулы 3 раза в день.

При повторном обследовании через год ЭНМГ верхних и нижних конечностей от 14.02.2014 г. - выявлена выраженная положительная динамика.

Лечение и наблюдение продолжается.

ВЫВОД

Таким образом, использование методов экологической медицины, САНУМ-препаратов, ферментных комплексов Трансформейшн в комплексной терапии стволовых инсультов дает выраженный положительный эффект, уменьшает летальность, улучшает реологические свойства крови, микроциркуляцию, способствует быстрому рассасыванию застойных явлений в лёгких, положительно воздействует на микрофлору организма, предотвращая дрожжевой сепсис, активирует процессы саморегенерации значительно уменьшает степень инвалидизации, сохраняет интеллект, улучшает качество жизни, дает надежду на социальную реабилитацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Антонова О.Г. Современное состояние лучевой диагностики инсультов ствола головного мозга. // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии. 2007. 7. 23-27.*
2. *Ролик И.С. Фетальные органопрепараты: клиническое применение. Руководство. М.: РегБиоМед. 2003. 736 с.*
3. *Донченко Е.В. Желудочно-кишечный тракт. Эффективные методы лечения. Спб., 2011. 176 с.*
4. *Донченко Е.В. Средства и методы экологической медицины в лечении и профилактике хронических заболеваний внутренних органов. Автореферат по выполненным научным работам на соискание учёной степени доктора медицинских наук. СПб., 2008. 31 с.*
5. *Донченко Е.В. Экологическая медицина человека. // Тезисы 2-го Международного конгресса «Слабые и сверхслабые поля излучения в биологии и медицине». СПб., 07.07.2000. С. 141.*
6. *Донченко Е.В. Гармония души и тела. // Экономика и медицина. 2008. 8. 28-30.*
7. *Ролик И.С., Гущин А.Ю. САНУМ-препараты. Фармакологический справочник для практикующих врачей. М.: Натурвита. 2010. 102 с.*
8. *Донченко Е.В. Гомеопатические САНУМ-Вакцины – основа эндоэкологической реабилитации больных с хроническими заболеваниями внутренних органов. // Эндобионт. 2009. 1 (3). 50-56.*
9. *Донченко Е.В. Экологическая медицина человека в лечении атеросклеротических поражений аорты, коронарных мозговых артерий, артерий нижних конечностей. // 5-й Международный конгресс «Слабые и сверхслабые поля и излучения в биологии и медицине» 29.06.2009 – 03.07.2009. Санкт-Петербург. С. 220.*

Федрунова О.Ф.

Биопрепараты САНУМ в комплексной гомеопатической терапии цирроза печени

Пациентка С., 1957 г.р. с комплексом жалоб общего характера и жалоб, указывающих на хроническое заболевание органов пищеварительной системы. Основные из них: боли колющего, жгучего, покалывающего характера в эпигастральной и параумбиликальной области, чувство тяжести в правом подреберье, боли пульсирующего характера в левом подреберье, тошнота натощак и после еды, общая слабость, боли в мышцах рук, головные боли распирающего характера, шум в голове, вздутие живота, запоры, чувство жара во рту.

При осмотре обращали внимание: расширенная капиллярная сеть на лице, пальмарная эритема, расширение подкожных вен и «сосудистые звездочки» на груди, множественные липомы подкожно-жировой клетчатки. Язык влажный, густо обложен желтым налетом, живот вздут.

Физикально: дыхание везикулярное, тоны сердца слегка приглушены, ритм правильный, небольшой акцент 2 тона над аортой. Живот: мягкий, умеренная болезненность при пальпации толстого кишечника. Печень: выступает из-под реберной дуги на 2 см., пальпация безболезненная, пузырные симптомы отрицательные. Объективный осмотр выявил типичные печеночные стигмы плюс увеличение печени.

Анамнестические данные: пациентку длительно сопровождали психоэмоциональные перегрузки по основному месту работы. Детские годы и юность прошли в районе реки Оби, что позволяет заподозрить вероятность наличия природной инвазии - перорального биогельминтоза – описторхоза, который часто встречается в этой местности.

В начале 2000 года внезапно развилась желтуха и типичные тупые боли в правом подреберье. Диагноз: ЖКБ. Холедолитиаз. Механическая желтуха. Выполнена папилосфинктеротомия. Госпитализация в хирургический стационар. Оперативное вмешательство в экстренном порядке разрешило острый приступ желчекаменной болезни, желтуха была купирована.

Через 8 лет при плановом посещении инфекциониста впервые высказано предположение о наличии цирроза печени. Результаты иммунологического обследования исключили вирусную этиологию. Сцинтиграфия констатировала гепатоспленомегалию, выраженные диффузные изменения паренхимы печени, признаки формирования портальной гипертензии. Сниженное накопление радиофарм-препарата в левой доле, неравномерное его распределение по всей печени с увеличенным накоплением в селезенке подтвердило наличие портальной гипертензии. ФГДС выявила варикозное расширение вен пищевода (средней и нижней трети) и дна желудка (2-3 ст.), гиперпластические эрозии выходного отдела желудка, парапапиллярный дивертикул. УЗИ: признаки гепатоспленомегалии, биллиарной гипертензии, признаки хронического холецистита, хронического панкреатита.

Исходя из анализа полученных данных, был сформулирован следующий диагноз.

Основное заболевание: цирроз печени, неуточненной этиологии, субкомпенсация по сосудистому типу, компенсация по паренхиматозному типу, степень тяжести по Чайлд-Пью класс «А». Осложнение: варикозное расширение вен пищевода 3 ст., желудка 2 ст. Гепатогенные гиперпластические эрозии препилорического отдела желудка. Спленомегалия.

Сопутствующие заболевания: хронический описторхоз, латентное течение, хронический холангио-холецистит. Дистальный эзофагит. Дистальный очаговый гастрит. Гистологическая картина хронического гастрита, ассоциированного с H.pylori с очаговой кишечной метаплазией эпителия. Гипертоническая болезнь 1 ст. риск 2. ХСН 0. Нарушение липидного обмена. Ожирение 2 ст. Липоматоз.

Выявленные гемодинамические расстройства оттока крови из дистальных вен пищевода, тоже указывали на сформировавшуюся



портальную гипертензию. Для предупреждения кровотечения в условиях хирургического стационара проведено 8 процедур эндоскопического эндоваскулярного склерозирования вен пищевода.

На амбулаторном этапе терапии назначена диета с дробным приёмом пищи 5-6 раз в день, питьём воды до 1,5-2 литров в день. Задача диетического питания при циррозе печени - обеспечение сбалансированности белков, жиров, углеводов и витаминов, достаточной калорийности. Рекомендованы: бездрожжевой хлеб, макаронные изделия из твёрдых сортов пшеницы, крупы; морская рыба, мясо индейки, кролика, нежирные сорта мяса в паровом, отварном виде, неострые сорта сыра, кисели, пудинги, желе, сухофрукты, не кислые фрукты, вегетарианские и фруктовые супы, овощи отварные, паровые, запеченные. Запеканка из творога. Ограничение таких продуктов, как дрожжевой хлеб, сдоба и конфеты, соль, творог. Исключены: алкоголь, свинина, мясо внутренних органов, колбасные изделия, бобовые, шпинат, жирная сметана, острые приправы.

В течение первого полугода наблюдения была выбрана тактика комплексной терапии. Назначен конституциональный гомеопатический монопрепарат в разведениях С6, С12, С30. Задачи детоксикации, иммуномодуляции и регенерации решались с помощью комплексных препаратов. Использовалась системная энзимотерапия (Protease Transformation). Все лечебные мероприятия проводились на фоне диеты, режима питания, полноценного сна, прогулок, исключения тяжелого физического труд и ношения тяжестей.

Основные клинические и лабораторные изменения были связанны с проявлениями портальной гипертензии и гиперспленизма. Необходимо отметить, что цитолитический и холестатический синдромы отсутствовали. Контрольная ФГДС подтвердила варикозное расширение вен пищевода, желудка 2 ст., состояние после склерозирования вен пищевода, дуоденогастральный рефлюкс, дистальный атрофический гастрит, хронические эрозии выходного отдела желудка (7 полных эрозий в антральном и пилорическом отделе) с гистологической картиной хронического гастрита, ассоциированная с H.pylori с очаговой неполной метаплазией эпителия.

1-Й ЭТАП ТЕРАПИИ.

Пациентке назначен 2-х месячный курс базовой САНУМ-терапии по схеме «5+2».

Дополнительно для восстановления местного иммунного ответа, активизации регенераторных процессов и для эрадикации H.pylori назначен Фортакель - грибковая вакцина, основной точкой приложения которой является ЖКТ.



Учитывая, что при повторном УЗИ была выявлена кавернозная трансформация воротной вены и расширение селезеночной вены, дополнительно, с целью активизации выведения токсинов, регуляции иммунологических сдвигов и, что, особенно важно, торможения прогрессирования сосудистой патологии, была назначена грибковая вакцина Мукокель - экстракт гриба плесени Мукор рацемозус.

Убедительным аргументом для продолжения САНУМ-терапии стали регресс шума в голове и положительная субъективная динамика: повышение работоспособности, ощущение подъема внутренней энергии, стабильность эмоционального состояния.

Печень, селезенка, иммуная система – это органы-мишени, тропные для лиофилизата мицелия древесного грибатутовника-препарата Пиникеля, механизм действия, которого связывают с противовоспалительными, иммуноактивирующими, жаропонижающими, гепатотропными, желчегонными, противоопухолевыми свойствами.

Наличие гепатоспленомегалии, цирроза, тромбоцитопении, лейкопении послужили показаниями для назначения Пиникеля Д4 в сочетании с Мукокелем Д5.

2-Й ЭТАП ТЕРАПИИ.

Приём САНУМ-вакцин в течение 4-х месяцев: Мукокель Д5 по 2 капли в каждую ноздрю утром, Пиникель Д4 по 10 капель сублингвально в обед.

Антипролиферативные свойства Пиникеля, тропного к тканям печени и селезенки, позволили удержать прогрессирование лейкопении и цитопенического синдрома, характерного для гиперспленизма.

Дополнительно использованы ректальные свечи Пиникель Д4, купировавшие метеоризм.

3-Й ЭТАП ТЕРАПИИ.

Приём САНУМ-вакцин в течение 5 месяцев: Мукокель Д5 по 2 капли в каждую ноздрю утром, Пиникель Д4 ректальные суппозитории на ночь.

Эластометрия печени на аппарате «Fibro-Scan-502»: эластичность печени - 5,6 КПа, что с достоверностью 93% соответствует начальной стадии фиброза.

Заключение контрольного УЗИ. Асцит. Гепатоспленомегалия. Диффузные изменения печени, киста левой доли печени. Кавернозная трансформация воротной вены. Расширена воротная вена и печеночная артерия (телеангиоэктазия? артериовенозные шунты?). Холангит с элементами билиарной гипертензии в левой доле. Хронический холецистит с явлениями дисхолии. Диффузные изменения поджелудочной железы. Спленомегалия. Расширена селезеночная вена. Коллатерали в эпигастрии около стенок желудка.

Динамическая недостаточность лимфообращения, пропитывание жидкости в брюшную полость, синдром мальабсорбции, дизрегуляция мезенхимы, гуморального и клеточного иммунитета, нарушения фиброгенеза в сторону фиброза, изменение архитектоники печени, формирование регенеративных узлов в паренхиме – всё это послужило показаниями для назначения препарата пептидных биорегуляторов Пейеровых бляшек - Ребас.



Органы-мишени для применения Ребаса: 12-перстная кишка, тонкий и толстый кишечник, слизистые оболочки носоглотки, кишечника, дыхательных, мочевыводящих путей, лимфоидная ткань, печень, кожа.

4-Й ЭТАП ТЕРАПИИ.

Приём САНУМ-вакцин в течение 4-х месяцев: Мукокель Д5 по 1 таблетке сублингвально утром, Ребас Д12 2,0 мл внутримышечно вечером 2 раза в неделю, затем Ребас Д4 2,0 мл по воскресеньям внутримышечно по 10 инъекций каждого.

Без приёма мочегонных, без парацентеза, на фоне грибковых вакцин и пептидных биорегуляторов Пейеровых бляшек постепенно восстановился лимфоток и функция всасывания. Установлен регресс клинических и УЗИ-признаков асцитического синдрома.

УЗИ. Данных за асцит не найдено. Гепатоспленомегалия (положительная динамика). Диффузные изменения печени, киста левой доли печени. Кавернозная трансформация воротной вены. Расширены воротная вена и печёночная артерия (телеангиоэктазия? Артериовенозные шунты?).

ФГДС: варикозное расширение вен 1 степени. Состояние после склерозирования вен пищевода. Дистальный очаговый гастрит (печеночная гастропатия).

Отсутствие жалоб, улучшение объективных, инструментальных данных позволили с января 2015 года и по настоящее время, сократить лекарственную нагрузку, и в качестве основного лечения оставить конституциональный препарат в потенции С30 и грибковую вакцину – Мукокель.

5-Й ЭТАП ТЕРАПИИ.

Приём САНУМ-вакцин: Мукокель Д5 по 1 таблетке сублингвально в обед и гомеопатический конституциональный монопрепарат в разведении С30.

Основанием для назначения Мукокель послужили следующие данные: наличие сикотической тенденции в метаболических процессах, фактор многократного эндоскопического эндоваскулярного склерозирования вен пищевода и желудка, варикозные вены пищевода и желудка, кавернозная трансформация воротной вены, расширение селезёночной вены и печёночной артерии, множественные коллатерали в эпигастрии около стенки желудка, нарушении микроциркуляции в головном мозге по типу венозной недостаточности, шум в голове, тромбоцитопения, эрозивно-гиперпластический гастрит, кистозные изменения левой доли печени, липоматоз, непереносимость аллопатических препаратов.

РЕЗЮМЕ

Применение САНУМ-препаратов и комплексной гомеопатической терапии цирроза печени стабилизирует печёночную гемодинамику, замедляет развитие симптомов портальной гипертензии, восстанавливает репаративные процессы слизистых ЖКТ, регулирует систему гемостаза, корригирует цитопенический синдром, способствует процессу детоксикации, восстанавливает барьерную функцию кишечника, улучшает течение и прогноз заболевания.

Лаптев В.П., д.м.н., проф., чл.-корр. РАЕН,
Дворникова Е.Ю.,**Ибрагимов Т.М.**, **Скрипкин Е.Н.**, к.м.н.

Омелотерапия в комплексе с фотодинамической терапией при гепатите С

ОМЕЛОТЕРАПИЯ

Как известно, более 95% случаев трансфузионных гепатитов приходится на долю вирусного гепатита С, который является одной из главных причин рака печени. В основе онкогенного действия вируса HCV лежит, с одной стороны, связанная с воспалением индукция разнообразных мутаций, а с другой стороны, вызываемые экспрессией вирусных белков нарушения регуляции клеточного цикла, апоптоза и процессов клеточной дифференцировки.

Наиболее распространенный способ лечения вирусного гепатита С – применение препаратов интерферона, эффективность использования которых не высока, при этом наблюдается множество побочных эффектов (в том числе, истощение иммунной системы, с развитием иммунодефицита).

В Германии существует позитивный опыт использования омелотерапии (в комплексе с синергистами), без негативных последствий и с расходами на лечение в 2-3 раза меньше, чем при интерферонотерапии.

Helixor, в комплексе с синергистами, активирует как специфические, так и неспецифические механизмы противовирусной резистентности. Наиболее выражено его влияние на неспецифические механизмы: индукция синтеза интерферонов. Незначительно повышает температуру органа-мишени (печени), активирует фагоцитирующие свойства макрофаговретикулоэндотелиальнойсистемы, повышает цитотоксические свойства естественных киллеров - NK-клеток. ВлияниеХеликсоранаспецифические факторы: синтез антител (особенно, IgG, IgM) и активация цитотоксических Т-лимфоцитов-киллеров.

Синергистами являются заместительная ферментная терапия Digest и системная энзимотерапия Protease, которые эффективно предотвращают аутосенсибилизацию негидролизированными пищевыми субстратами и интоксикацию печени.

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОМЕЛОТЕРАПИИ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Фотодинамическаятерапия(ФДТ), используемая в курсовом варианте, способствует мощной иммуномодуляции специальныхзвеньевиммунной системы. Образование синглетного кислорода в кровяном русле при широкопольной фотоактивацииэлектронно-диодными лампами в полосе поглощения 640-660 нм, приводит к выраженным функциональным и пролиферативным изменениям Т-лимфоцитов.

Сочетания разных по механизму действия методов (омелотерапии и ФДТ) не противоречит друг другу.

Нами разработана схема комбинированной омелотерапии (в комплексе с синергистами) и ФДТ:

1. Пошаговое подкожное введение препарата Helixor в область правого подреберья, по десенсибилизирующей схеме, начиная с минимальной дозировки 0,01 мг до 5 мг.
2. Системная энзимотерапия Protease по 2 капсулы внутрь, за 1 час до еды, 3 раза в день.
3. Заместительная ферментная терапия препаратом Digest по 2 капсулы 3 раза в день во время еды.
4. ФДТ с внутривенным введением фотосенсибилизатора Радахлорина 0,35% 10 мл, струйно, в разведении 1:10. Суммарная энергетическая лазерная нагрузка на ткани при фотоактивации от 4500 до 5000 Дж/см.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент А. Хронический вирусный гепатит С. Генотип 1В. Стадия нестойкой ремиссии. Противовирусную терапию не получал. Исходный уровень повышения печеночных трансаминаз составил АЛТ 91 ЕД/л,



АСТ 62,8 ЕД/л. Количественное исследование РНК вируса гепатита С: 3,7*10 5 МЕ/мл, что свидетельствует о наличии виремии. Фиброканирование печени: умеренный фиброз печени, стадия F2 по METAVIR (Stiffness 7,8 кПА, IQR 2,0 кПА).

Положительная динамика лабораторных показателей определялась спустя 1,5 месяца лечения. Значение печеночных трансаминаз: АЛТ 56,0 ЕД/л, АСТ 31,6 ЕД/л. Количественное исследование РНК вируса гепатита С: 2,6*10 5 МЕ/мл. Побочных эффектов на используемые препараты не наблюдалось. От проведения повторной процедуры фиброканирования пациент отказался.

ВЫВОДЫ

1. **Комбинированное использование омелотерапии в комплексе с синергистами и фотодинамической терапией при гепатите С позволяет добиться значительного снижения вирусной нагрузки, уровня печеночных трансаминаз.**

2. **С целью полной элиминации вируса целесообразно продолжение использования омелотерапии и ФДТ 4-месячными циклами 2 раза в год на фоне постоянного мониторинга состояния. В качестве синергистов используются системная энзимотерапия Protease и заместительная ферментная терапия Digest – ежедневный прием.**

3. **Показана принципиально новая возможность в достижении положительной динамики у больных гепатитом С на фоне омелотерапии в сочетании с фотодинамической терапией, которая заключается в снижении уровня трансаминаз и вирусемии, повышения качества жизни. Происходит постепенная выработка противовирусного иммунитета, подавление персистенции вируса и элиминация антигена из организма.**

Терентьева Ю.В.

Клинический опыт применения САНУМ-препаратов при остром воспалении в геронтологической практике

«Должно лечить самого больного, его состав, его органы, его силы»

Мудров М.Я. Актовая речь «Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному практическому искусству при постелях больных». 1820 г.



КОМОРБИДНОСТЬ В ГЕРОНТОЛОГИИ И САНУМ-ПРЕПАРАТЫ

Важно отметить тот факт, что у больных пожилого возраста имеется коморбидный фон, который необходимо учитывать при разработке программ лечения. Наличие коморбидности также следует учитывать и при выборе алгоритма диагностики той или иной болезни.

Необходимо помнить, что коморбидность приводит к полипрагмазии, что делает невозможным контроль за эффективностью терапии, способствует развитию нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов. Единовременное лечение нескольких болезней требует строгого учета сочетаемости препаратов и соблюдения рациональной фармакотерапии. В этом плане уникален подход к лечению таких групп пациентов с использованием САНУМ-терапии.

Основу САНУМ-терапии составляют гомеопатические вакцины из инактивированнных микробов. По Г.Эндерляйну существуют 3 важных цикла развития/персистенции микроорганизмов: Mucor, Aspergillus, Penicillinum. Циклы Mucor racemosus и Aspergillus niger являются базовыми, создающими почву для возникновения хронических заболеваний, а цикл Penicillinum отвечает за манифестацию заболевания (в основном за острые воспалительные процессы). Циклическое развитие Penicillinum представляет собой вершину патогенности микробов - индукторов воспалительных процессов.

Изопатические препараты фирмы САНУМ обладают поливалентностью действия, способствуют активации специфического иммунитета по отношению не только к гомологичным микробам, включая CWD- и L-формы, но и к другим микроорганизмам. Препараты снижают их вирулентность, вызывая реверсию, элиминируют микробы и их токсины из тканей, являются важнейшими средствами очищения и ликвидации закисления организма.

Основной механизм выработки антибактериального и противогрибкового иммунитета под их влиянием заключается в активации Т-киллеров и фагоцитоза. Иммуностимулирующий эффект обусловлен влиянием на макрофаги CD4+ Т-лимфоциты, NK-клетки, в связи с чем повышается синтез цитокинов (ИЛ2, Y-ИФ, ФНО-а) и антител.

Трансформацию эндобионтов (облигатных микробов) из непатогенных форм в патогенные во многом определяет эндоэкологический статус человека. Именно на эндоэкологию и нацелена САНУМ-терапия: санация внутренней среды, но не уничтожение микробов, в отличие от ортодоксальной микологии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент М., 80 лет с рожистым воспалением и сопутствующим коморбидным фоном.

Осмотрен в день начала

заболевания 11.08.2017 г. Из анамнеза развития заболевания: в ночь с 10.08.2017 на 11.08.2017 отметил появление резкого озноба и подъём температуры до 400. Наблюдалась спутанность сознания. Беспокоили тошнота, сердцебиение, подъем артериального давления до 210/110 мм рт.ст., головная боль, слабость, сильные боли в области нижней трети левой голени.

Было выявлено, что днём 10.08.17 г. ему проводилось лечение в амбулаторных условиях по поводу базалиомы кожи в области грудной клетки слева методом криотерапии. Операция длилась более 1 часа, чувствовал себя очень усталым. В анамнезе - ИБС, АКС, ГБ III ст. (артериальная гипертензия 2-3 ст.), ОНМК по ишемическому типу в 2000 году, СД 2 типа (компенсированный диетой), аденома предстательной железы I-II ст., базалиома области грудной клетки слева (состояние после криотерапии от 10.08.17 г.).

При осмотре 11.08.17 г. область левой голени резко отёчна, гиперемирована, болезненна при пальпации.

Диагноз: эритематозная форма рожистого воспаления, состояние средней тяжести.

Назначены: классические гомеопатические средства аконит 30, пирогениум 30, феррум фосфорикум 6, внутривенно Нотакель Д5, аутокровь 2 мл с 2 мл раствора Санувис внутримышечно ежедневно, 10 инъекций.

После первых инъекций на следующий день значительно уменьшилась болезненность в области воспаления, снизилась температура.

На 3-й день нормализовалась температура тела, сохранялась болезненность при ходьбе. Наружно назначена мазь Нотакель Д3 - 3 раза в день (14 инъекций), в схему терапии включён препарат гаптенов стрептококка Санукель Стреп Д6 (по 15 капель 3 раза в день).

На 7-й день пациент смог самостоятельно пойти в лабораторию для сдачи анализов крови. Результаты анализов: лейкоцитоз, лимфопения, в 20 раз повышен СРБ.

Через 14 дней терапии - осмотр зоны поражения: воспалительный процесс локализован, интенсивность гиперемии уменьшилась, при пальпации – незначительная болезненность, отёчность только в области голеностопного сустава.

В повторных анализах крови от 30.09.17 г.: нормализация уровня лимфоцитов, снижение выраженности лейкоцитоза. Пациент уже ходит на работу, трудоспособен, чувствует себя хорошо, продолжает курс САНУМ-терапии по схеме 5+2, дополнительно 3 раза в неделю выполняет внутримышечные инъекции Тимокель, Ребас Д5, Гинкгобакель и 1 раз в неделю Санувис, Утилин.

Внешний вид левой нижней конечности от 30.09.17 г.: существенно уменьшились проявления отёка, слабо выраженная гиперемия кожного покрова левой голени, при пальпации дискомфортных или болезненных ощущений нет. Пациент ведёт активный образ жизни, продолжает работать.

ОБСУЖДЕНИЕ

Доминирующим возбудителем рожистого воспаления является стрептококк, в манифестации которого в данном клиническом случае способствовал ряд провоцирующих факторов: стресс, повреждение кожного покрова, грибковая инфекция ногтевых пластин стоп, сахарный диабет.

Основу терапии составил препарат из группы гомеопатических микробных вакцин Нотакель Д5 (Penicillium chrysogenum D5), который предназначен для купирования острых воспалительных процессов. Его инъекции выполнялись ежедневно (5 инъекций), затем 10 инъекций с частотой 3 раза в неделю.

В ходе терапии применялся Санувис, содержащий в своем составе потенцированную правовращающую молочную кислоту (D4/D6/D12/D30/D200), способствующую усилению клеточного дыхания в митохондриях, метаболизации и выведению из организма избытка своего изомера (левовращающей молочной кислоты), оказывает угнетающее действие на жизнедеятельность вирулентных микробов, купирует «закисление» тканей, обладает анальгезирующим эффектом.

Санувис инъецировался ежедневно внутримышечно в течении 10 дней. Кроме того, пациент принимал его внутрь по 40 капель 4 раза в день на 200 мл.

Так как в этиологии рожистого воспаления задействованы штаммы стрептококков, то для абсорбции и выведения из организма их токсинов, для очистки соединительной ткани и крови от антигенов стрептококка использовался гаптенный препарат Санукель Стреп Д6 (полисахаридные комплексы стрептококков, лишённых иммуногенности).

ВЫВОД

Полученная положительная клиническая динамика за короткий период лечения рожистого воспаления у 80-летнего пациента с коморбидным фоном свидетельствует об актуальности и целесообразности комбинированного использования САНУМ-терапии острой стрептококковой инфекции.



Брайант М.

Bryant M. An Enderleinian approach to the problem of Candidiasis // Sanum-Post.1988.02.23-29.

Микробиологическая концепция Г.Эндерляйна и кандидоз

ВВЕДЕНИЕ

Кандидоз – грибковая инфекция - на сегодня всеми признанная проблема в медицине, особенно с тех пор, как приём антибиотиков стал регулярной практикой. Масштаб инфекции становится все более очевидным. К проблеме привлечено внимание аллопатической и натуральной медицины.

Candida проявляет себя в организме человека по-разному. Инфекция может быть первичной или вторичной, поверхностной/местной или системной, острой или хронической. По меньшей мере 8 разновидностей Candida/Monilia, патогенных для человека, значимо для клинической практики. И среди них наиболее часто встречаются Candida albicans и Candida parapsilosis.

ПЛЕОМОРФИЗМ ГРИБКА CANDIDA

Candida считается диморфной, т.е. способной существовать в двух различных формах. Например, в виде безобидного дрожжевого грибка, который является натуральной частью микрофлоры человека, или в виде патологической формы грибка более высокой организации. В патологической форме Candida формирует мицелий, который пронизывает слизистую кишечника человека, повышая проницаемость кишечника, и, вызывая тем самым повышенный риск аллергических заболеваний и другие проблемы со здоровьем.



В 20-х гг. XIX века профессор Г.Эндерляйн установил, что Candida не только диморфна, но и плеоморфна (полиморфна), т.е. в своем развитии способна образовывать различные формы и существовать в этих формах. «Pleo» означает «множество», а «morph» - «форма». В дальнейшем Г.Эндерляйн установил полиморфизм у многих других микроорганизмов.

Г.Эндерляйн разработал концепцию циклогенического (цикличного) развития бактерий (цикличный генезис бактерий). Как микробиолог-исследователь, он установил, что вирусы, бактерии и грибы образуют «циклоды» (cyclode) – эволюционные стадии постоянного циклического развития. С этой точки зрения становится очевидным, что микроорганизмы существуют во многих формах и имеют различные свойства, как патогенные, так и непатогенные. Это является основой плеоморфизма, противопоставляющему себя микробиологии, базирующейся на мономорфизме, который утверждает, что микроорганизмы существуют в одной



фиксированной и неизменной форме, которая по классификации может относиться только к отдельной категории вирусов, бактерий либо грибков.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Основываясь на концепции циклического развития бактерий, у Г.Эндерляйна сформировался собственный глубокий взгляд на развитие заболеваний. Обнаружив, что египетские мумии содержат живые споры плесневых грибков Mucor и Aspergillus, он пришел к выводу, что уже с момента рождения в человеческом организме возможно потенциальное разложение. Этот потенциал кроется в частицах (хондритах), которые возникают на ранних стадиях развития каждого циклода. Эти хондриты способны запускать развитие микроорганизмов в более сложно организованные формы для соответствующего адаптационного ответа организма на изменение окружающих условий. В этом процессе развития в более сложные бактериальные формы и далее в плесневые грибки микроорганизмы часто становятся дисбиотическими в противоположность симбиотическим. Приставка «дис» служит для обозначения патогенных или анормальных микроорганизмов, выражения агрессивного поведения по отношению друг к другу и по отношению к непосредственно их окружающим клеткам.

Здоровье для Г.Эндерляйна ассоциируется с ситуацией, когда доминирует симбиоз в микробиологической экологии человеческого организма, где естественные биорегуляторные функции поддерживают «симбиотическое равновесие». А патология ассоциируется с дисбиотической, разрушительной активностью микроорганизмов, которая и приводит к различным формам дегенеративных заболеваний. Имеется большое количество потенциально дисбиотических микроорганизмов, свойственных различным органам и тканям организма. Candida один из примеров потенциального дисбионта, способного существовать в ЖКТ, влагалище, ротовой полости, на коже и других местах.

ИЗОПАТИЯ

Термин «изопатия» образован от «pathos», что означает «болезнь», и «iso», производное от греческого «isos», обозначающего «равный», «одинаковый», «идентичный». Изопатия – метод лечения заболеваний с использованием частиц, вызывающих эти заболевания. В гомеопатии используется принцип подобия, в аллопатии - принцип противоположного.

Знание того, что заболевание можно лечить, используя патологические секреты/выделения организма, существовало еще в древней медицине и нашло свое явное отражение в работах Парацельса. Он утверждал, что природа даёт исцеление любому заболеванию на основе использования его секретов. «Мы никогда не должны отчаиваться в медицине. Для каждого заболевания есть свое лекарство, способное с ним справиться. Таким образом, нет заболевания, неизбежно ведущего к смерти. Все заболевания можно вылечить без исключения. И только потому, что мы не знаем, как себя правильно вести с ними, так как мы не способны понять жизнь и смерть в

их сущности, мы не можем защитить себя от болезней» (Парацельс, 1530).

Г.Эндерляйн был первым, кто смог изолировать и определить активные исцеляющие свойства внутри самого заболевания. Исходя из концепции циклического развития бактерий, Г.Эндерляйн совершил открытие, которое заключалось в том, что на стадии раннего развития хондриты являются естественными регуляторами более высоко организованных в основном дисбиотических/патогенных/вирулентных форм бактерий и грибков. На основе этого он разработал изопатические препараты (фактически вакцины из этих форм микробов), которые реверсировали дисбиотические микроорганизмы в их симбиотические безвредные формы. Это и есть не агрессивный способ влияния на дисбиотические микроорганизмы, такие как Candida spp., когда происходит их реверсия в более ранние формы циклического развития. Использование этого естественного биологического феномена позволяет достигать глубоких терапевтических эффектов без нарушения целостности микробной экосистемы в организме человека.

САНУМ-терапия в гармонии с принципами плеоморфизма в мире микроорганизмов позволяет избегать отрицательных побочных эффектов и эффектов последействия.

ИЗОПАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИИ CANDIDA

Современные стандартные методы борьбы с Candida заключаются в прямом уничтожении самого грибка Candida и/или изменении внутренней среды организма, благоприятствующей для его роста, с тем, чтобы остановить его распространение и восстановить иммунную систему.

Попытки уничтожить Candida с помощью противогрибковых средств могут принести незамедлительное облегчение, но в большинстве случаев являются эффективными только временно. Кроме того, эти лекарственные средства часто имеют нежелательные побочные эффекты. Такие средства защиты не эффективны в борьбе с Candida на фундаментальном уровне, когда воздействие происходит по принципу мономорфизма, идентифицирующего Candida лишь в независимой патогенной форме своего развития.

Проблему размножения и персистенции Candida может сдерживать подход, основанный на изменении внутренней среды посредством соблюдения соответствующей диеты, приёма лактобактерий и др. Однако и этот подход не рассчитан на длительный период избавления от проблем. Как только пациент вернется к менее здоровому образу жизни, а условия поддержания внутренней среды в организме станут менее оптимальными, Candida снова будет беспрепятственно персистировать в своей грибковой форме. Таким образом, борьба с грибковой инфекцией Candida путем диеты, устранения стрессовых факторов, ухудшающих состояние, поможет снизить внешнюю нагрузку на время, но не на протяжении длительного времени.

Изопатия позволяет на морфологическом уровне трансформировать (реверсировать) более высоко организованные патогенные формы Candida в обычные безопасные формы (частицы), существующие в нашем организме. Таким образом Candida становится безопасным для организма на фундаментальном уровне при использовании естественнобиологического феномена. Основанного на применении изопатических САНУМ-препаратов (вакциноподобных средств).

ЭНДОЭКОЛОГИЯ И CANDIDA

Г.Эндерляйн понимал, что для успешного лечения кандидоза необходимо воздействовать как на микроорганизмы, вызывающие инфекционный процесс, так и на изменения среды, благоприятствующей существованию этих микроорганизмов в патогенной дисбиотической стадии развития. Существует ряд способов улучшить внутреннюю среду организма человека, которая будет поддерживать терапевтический эффект изопатических препаратов. К ним относятся диета, детоксикация, баланс pH, массаж, физические упражнения и др.

ДИЕТА

Важно соблюдение здоровой биодиеты, близкой к вегетарианской, в зависимости от индивидуальных адаптационных особенностей пациента. Следует придерживаться специальной «противогрибковой диеты», которая предусматривает отказ от сахара, сладкой пищи, алкоголя, рафинированной пищи. Но такая диета невозможна на длительный срок, т.к. она перенасыщена животным белком и страдает недостатком углеводов, которые содержатся в коричневом рисе, пшенке, гречке и свежих фруктах.

Следует прекратить употребление стимуляторов типа чая, кофе и сигарет, и обеспечить поступление незаменимых жирных кислот, витаминов, микроэлементов в достаточном количестве.

КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОЙ БАЛАНС

Важно поддерживать терапевтический процесс регуляции кислотно-щелочного баланса. Это возможно благодаря соблюдению диеты, содержащей сырые овощи и фрукты, а также крупы и продукты, богатые лактобактериями (например, квашеная капуста) и ощелачивающими веществами.

Приём САНУВИС – еще один способ регуляции кислотно-щелочного баланса в организме. САНУВИС представляют собой смесь гомеопатических разведений молочной кислоты. Принимают препарат по 1 чайной ложке 3 раза в день ежедневно между приёмами пищи.

ДЕТОКСИКАЦИЯ

Организм самостоятельно избавляется от токсинов различными способами. Вопрос обеспечения функциональности кишечника - первостепенной важности. У большинства людей имеется скрытая форма запоров, в связи с чем они страдают от аутоинтоксикации. Функции кишечника могут быть восстановлены соблюдением диеты, богатой пищевыми волокнами и лактобактериями, а также различными

другими методами, очищающими кишечник.

Лечебное голодание, базирующееся на приеме соков из сырых овощей и фруктов, травяных настоев и минеральной воды под наблюдением компетентных специалистов – отличный способ детоксикации организма. Однако не всем людям подходит такое лечебное голодание. В таком случае предпочтительно сыроедение и коричневый рис.

Дренаж. Важно обеспечить оптимальное функционирование печени и почек, которые поддерживаются гомеопатическими препаратами и лекарственными растениями. Дополнительно назначают при лечении кандидоза настой муравьиного дерева, обладающего также противогрибковыми свойствами.

Сауна. Сауна позволяет повысить потоотделение и является эффективным способом выведения токсинов из организма.

Классический массаж и массаж щёткой по сухой коже. Массаж ценен тем, что снимает напряжение. Регулярный массаж щеткой по сухой коже помогает улучшить дренаж лимфатической системы.

Физические упражнения увеличивают кровообращение и поглощение кислорода, что способствует борьбе организма с очаговыми инфекциями и системным воспалением.

ИЗОПАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРОТИВ КАНДИДОЗА

Компания SANUM-Kehlbeck разработала изопатический препарат ПЕФРАКЕЛЬ на основе Candida parapsilosus, эффективный в борьбе с дисбиозом Candida spp.

Препарат выпускается в растворах (флаконах-капельницах, ампулах), капсулах и суппозиториях.

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ

Эффективность САНУМ-препаратов может быть повышена местным применением в области поражения. Например, влажную вату пропитывают раствором и помещают в рот за щеку при инфекции в ротовой полости или непосредственно на ногти на всю ночь при поражении ногтей. Используется ПЕФРАКЕЛЬ и другие изопатические препараты.

В отличии от традиционного подхода к лечению заболеваний, использующего сильнодействующие лекарственные средства при хроническом кандидозе, изопатический подход заключается в мягком воздействии. Изопатические препараты активируют процессы выведения из организма продуктов распада и жизнедеятельности (микотоксинов и др.) микробов.

Каждый пациент ответственен за регулярный приём препаратов в процессе терапии, согласно индивидуальным особенностям и образу жизни.

Изопатические препараты позволяют глубоко воздействовать на метаболизм и иммунную систему, активируя её по отношению к патогенным микробам, что ведёт к благоприятным изменениям в инфицированных тканях, которые необходимо закрепить во избежание «эффекта маятника».

ПРОЦЕССЫ ИСЦЕЛЕНИЯ

Изопатические препараты могут индуцировать общие и специфические реакции обострения, необходимые для выздоровления. Общие реакции обычно проявляются в виде усталости, боли, депрессии и болезненной чувствительности. Возможно ухудшение текущей симптоматики.

Специфические реакции обычно вызывают обострение симптоматики в месте дисбиотического очага. Например, при лечении кандидоза возможно появление острой боли в районе илеоцекального клапана, который часто становится очагом инфекции из-за присутствия непереваренных нутриентов.

Реакции обострения выздоравливающего организма могут являться признаком эффективности препаратов, но эти реакции не должны быть сильными или дискомфортными. Они связаны с воздействием на организм продуктов распада микробов и их выходом в системный кровоток/лимфоток. В этом случае процессам детоксикации должно уделяться особое внимание. Эффективная терапия – результат установления баланса между количеством изопатических препаратов и выделительными функциями организма (элиминация токсинов с мочой, фекалиями, через кожу и бронхи).

Если реакции неприятны для пациента, следует немедленно сократить приём препаратов, уменьшить частоту приёма или приостановить приём до стихания симптомов обострения. Возобновляют терапевтический процесс после поддержки выделительных функций. Следует помнить, что важной частью биотерапии является отдых, достаточный сон, глубокая релаксация и др.

ДРУГИЕ ПРЕПАРАТЫ

При проведении изопатической терапии следует учитывать важность экобаланса при изменении микробной популяции в организме, т.к. микроорганизмы существуют сообществами.

Несмотря на то, что основным средством терапии кандидоза является ПЕФРАКЕЛЬ, её эффективность повышается многократно при применении ряда других изопатических препаратов. Так, согласно Г.Эндерляйну, существует симбиотическая ассоциация циклодов в высшей стадии развития Penicillium notatum и циклода Candida, они «подготавливают» благоприятную среду друг для друга. Это означает, что при присутствии других инфекций, например, стафилококков или стрептококков, возможно эффективное лечение с помощью ПЕФРАКЕЛЬ вместе с НОТАКЕЛЬ, препарата (вакцины) производимого из Penicillium notatum. Их применяют поочередно.

Наиболее фундаментальным представлением в концепции Г.Эндерляйна является взаимосвязь Mucor racemosus и Aspergillus niger. Г.Эндерляйн описывает эту ассоциацию как «биополярную», имея ввиду, что они тесно взаимосвязаны и являются основной причиной всех хронических заболеваний. Руководствуясь этим правилом, при кандидозе необходим приём препаратов МУКОКЕЛЬ и НИГЕРСАН в качестве основных терапевтических средств.

Фрик Г., д-р мед.

Frick G. The Treatment of Mycotic Diseases with SANUM remedies, MORA Therapy and UBI; Assessment of success using Linke's optical erythrocytes test (OET), examination of faeces and observation of development and change in antibodies // Sanum-Post. 2001.54.35-39

Возможности комбинированного лечения грибковых заболеваний САНУМ-препаратами: оценка эффективности

Грибковыми инфекциями поражена приблизительно половина населения нашей планеты. Причиной этого являются некачественные пищевые продукты и неправильное питание. Официальная медицина не уделяет должного внимания этой проблеме. В настоящее время, если и назначается какое-либо лечение, то в основном противогрибковые препараты [7]. Если не пытаться устранить первопричину возникновения этих заболеваний, то количество рецидивов может составить более 70%.

Всё больше и пациентов, и врачей отказываются от противогрибкового лечения. Что связано с появлением таких препаратов фирмы САНУМ, как АЛЬБИКАНСАН, ПЕФРАКЕЛЬ и ЭКСМИКЕЛЬ и т.д., которые положили начало новому направлению лечения грибковых заболеваний. Благодаря исследованиям H.Heine, многие врачи пришли к осознанию того факта, что активацию противоинфекционного звена иммунной системы можно успешно проводить при помощи гомеопатических/изопатических средств [5].

Цель настоящего исследования: исследовать противогрибковую эффективность препаратов ЭКСМИКЕЛЬ, АЛЬБИКАНСАН, НИГЕРСАН, НОТАКЕЛЬ, САНУКЕЛЬ Трих, согласно терапевтических рекомендованный F.Arnoul [1] (табл. 1).

Как показал опыт САНУМ-терапии, интервал в одну неделю между двумя циклами лечения может быть отменён, так как это сокращает продолжительность лечения и не сказывается на его результатах.

Таблица 1. План лечения заболеваний, вызванных грибками рода Candida, по F.Arnoul [1].

САНУМ-ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОГЛАСНО F.ARNOUL	
ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ДАННЫХ КОПРОГРАММЫ	
Неделя 1:	Ежедневно по 10 капель ПЕФРАКЕЛЬ Д5, развести в 100 мл воды, принимать 2 раза в день.
Неделя 2:	Каждый 2-й день по 5 капель АЛЬБИКАНСАН Д5
Неделя 3:	По 10 капель ФОРТАКЕЛЬ Д5, 3 раза в день
Неделя 4:	По 10 капель НОТАКЕЛЬ Д5, 2 раза в неделю
ИНТЕРВАЛ В ОДНУ НЕДЕЛЮ	
ПОВТОР КУРСА С 1 ПО 4 НЕДЕЛЮ	
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ДАННЫХ КОПРОГРАММЫ	

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняло участие 944 пациента (300 мужчин и 644 женщины) с грибковыми заболеваниями (табл. 2) в возрасте от 1 года до 94 лет (рис. 1).

Так как у 217 пациентов отмечались сочетанные грибковые инфекции, то по этой причине количество выявленных микозов в целом составило 1161. Первоначально 653 пациента с кандидозом из 944-х проводили гомеопатическое лечение по F.Arnoul (табл. 3).

Пациентам, у которых не наблюдалось положительного результата или тем, которые прекратили лечение,

Таблица 2.

Число диагностированных грибковых заболеваний у 944 пациентов

Число пациентов	Возбудитель заболевания
653	candida
326	aspergillus
79	trichophyton
52	geotrichum
32	penicillium
10	tinea pedis
3	mucor
3	saccharomyces
2	rodotorula
1	actinomyces
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ: 1161, СОЧЕТАННЫЕ ГРИБКОВЫЕ ИНФЕКЦИИ - 217 ПАЦИЕНТОВ	

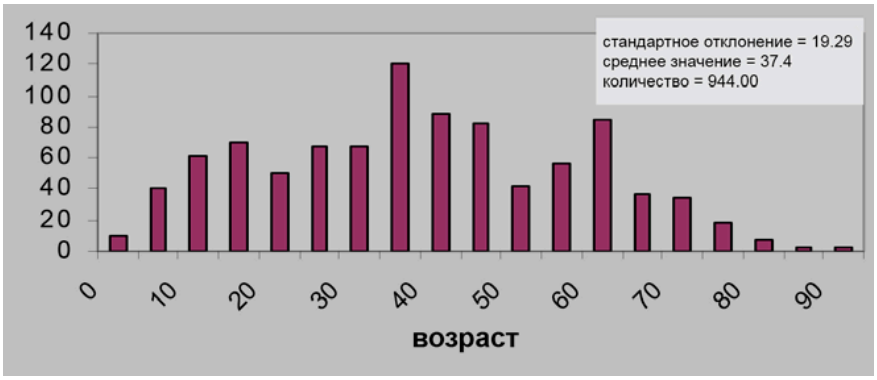


Рис. 1. Гистограмма показывает распределение по возрасту 944 пациентов с грибковыми заболеваниям. Число пациентов - по оси ординат, возраст в годах - по оси абсцисс, максимум в возрасте 35 и 60 лет.

назначалось по 1 свече препарата ЭКСМИКЕЛЬ каждый вечер в течение 20 дней. В группе, где не был достигнут положительный результат, проводился курс 5 инъекций АЛЬБИКАНСАН подкожно с недельными интервалами. Пациенты, которым раньше не проводилось лечение, выполнялось 6 сеансов УФО-крови по F.Frick [2].

У 74 пациентов с аспергиллёзом из 326 проводилась МОРА-терапия по методике T.Klein [6], 252 пациента получали МОРА-терапию + 8 капель НИГЕРСАН Д5 каждое утро натощак в течение 4 недель (табл. 4).

В тех случаях, когда присутствуют грибки рода Candida и Aspergillus (табл. 2), сначала лечится кандидоз, а затем аспергиллёз. 79 пациентам с трихофитозом проводилась МОРА-терапия или дополнительно в течение 5 недель применялся препарат САНУКЕЛЬ ТРИХ по одной инъекции в неделю. В 32 случаях инвазии Penicillium использовалась МОРА-терапия и МОРА-терапия + 8 капель НОТАКЕЛЬ Д5 каждое утро натощак в течение 4 недель.

В группе пациентов с кандидозом диагноз был подтвержден при помощи анализа кала, полуколичественного анализа, иммуногематологических аглютинационных проб с эритроцитами, насыщенными Candida-антигенами и титрованием сывороткой Anti-Candida IgM, IgG и IgA, используя метод иммуноферментного анализа ELISA. Кроме того, у всех пациентов проводилась электропунктурная диагностика по Р.Фоллю с применением нозодов Candida, Aspergillus niger, Trychophton и сахарозой.

Подозрение на грибковое заболевание подтверждалось, если общее количество «положительных» высыпаний грибка + сахар было равно или более 10%. Оценка степени тяжести грибкового заболевания и мониторинг терапии проводились на основании динамики данных СОЭ, гемограммы и оптического эритроцитного теста A.Linke [3, 4, 7].

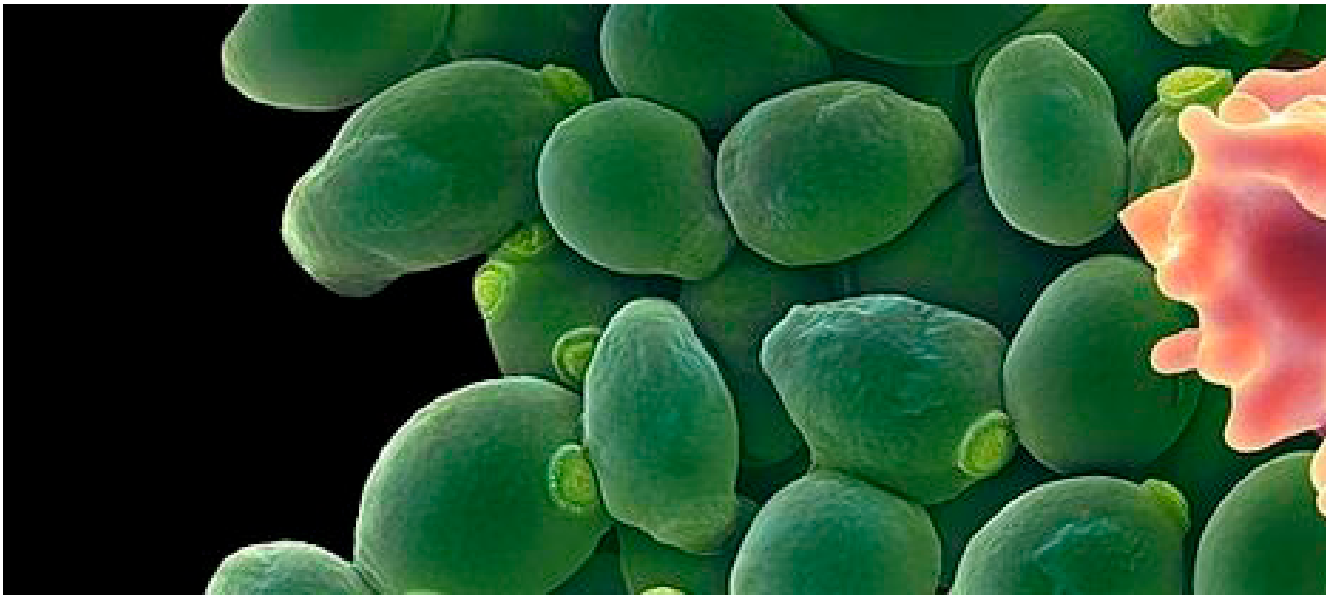


Таблица 3. Результаты лечения 653 пациентов с кандидозной инфекцией.

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ	ОБЩЕЕ ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ	ЧИСЛО ВЫБЫВШИХ ПАЦИЕНТОВ	ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ	УСПЕШНОСТЬ ТЕРАПИИ, %
Только по плану F.Arnoul	653	44	295	45,2
Дальнейшее лечение препаратом ЭКСМИКЕЛЬ	314	3	402	61,6
Дальнейшее лечение препаратом АЛЬБИКАНСАН	204	7	60	70,4
Дальнейшее лечение с помощью УФО-крови	139	9	590	90,4

Таблица 4. Результаты лечения аспергиллёза, вызываемого грибами Aspergillus, и стригущего лишая, вызываемого грибами Trichophyton

ВОЗБУДИТЕЛЬ	ОБЩЕЕ ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ	ТОЛЬКО МОРА-ТЕРАПИЯ	МОРА-ТЕРАПИЯ + ИЗОПАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ	ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ	УСПЕШНОСТЬ ТЕРАПИИ, %
Aspergillus	326	74	252	322	98,8
Trichophyton	79	40	39	78	98,7
Penicillium	32	20	12	31	96,9

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди 944 пациентов с грибковыми заболеваниями, положительный клинический результат зарегистрирован в 864 случаях (89,6%).

При этом у 90,4% случаев Candida-инфекции определялась успешность терапии при комбинации лечения по F.Arnoul с инъекциями препаратов ЭКСМИКЕЛЬ, АЛЬБИКАНСАН и УФО-терапией.

Положительные результаты получены у 98,8% пациентов с аспергиллёзом, 98,7% - с трихофитозом и 96,9% - с грибковыми заболеваниями Penicillium (табл. 3 и 4).

Гемагглютинационные титры, свидетельствующие в пользу кандидозной активности, понизились в результате терапии с 43,3% до 28,2 %. В группе Aspergillus соответствующие титры понизились с 29,4% до 20% (табл. 5).

В результате лечения IgA- и IgM-титры Candida снижались, а IgG-титры Candida увеличивались. Аналогично в группе Aspergillosis происходило уменьшение IgA- и IgM-титров.

Среднее значение оптического эритроцитного теста у 326 пациентов с аспергиллёзом составило 4,8/53,9, при норме до 3/40, что указывает на усиление аллергизации. В результате терапии среднее значение оптического эритроцитного теста уменьшилось (улучшилось) до 3,9/47,8. Из 1090 пациентов с грибковыми заболеваниями только у 3,8% не отмечалось явлений аллергии.

ОБСУЖДЕНИЕ

Терапия по F.Arnoul [1] позволяет добиться положительного клинического результата у половины пациентов с кандидозом.

Применение препарата ЭКСМИКЕЛЬ (суппозитории) в течение только 3-х недель (ректально или интравагинально) увеличивает показатель эффективности лечения до 61,6%. Дополнительный курс лечения, состоящий из 5 инъекций АЛЬБИКАНСАН Д5 еженедельно, увеличивает показатель эффективности лечения до 70,4%. Метод

Таблица 5: Фекалии обследованы в выборочных обследованиях у 477 пациентов до лечения и 337 после лечение. Полученные данные рассматриваются как нормальные вплоть до полуколичественной стадии «немного»; кроме того, они считаются патологическими.

	НЕГАТИВНЫЙ ФЕКАЛЬНЫЙ ТЕСТ			ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕКАЛИИ	
	ДО	ПОСЛЕ		ДО	ПОСЛЕ
	ЛЕЧЕНИЕ			ЛЕЧЕНИЕ	
нет	129	241	средне	109	20
изолированные	100	61	обильно	90	11
немного	2	2	немного	47	2
всего	231/477	304/337	всего	246/477	33/337
всего в %	48.4	90.2	всего в %	51.8	9.8

Таблица 6. Иммуногемагглютинационное титрование Candida и Aspergillus до и после лечения (выборочная проверка).

ТИТР	CANDIDA ДО ЛЕЧЕНИЯ	CANDIDA ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ
0	89	43
1:80	13	13
	102 = 56,7 %	56 = 71,8 %
1:160	30	12
1:320	45	10
1:640	3	-
	78 = 43,3 %	22 = 28,2 %
ТИТР	**ASPERGILLUS ДО ЛЕЧЕНИЯ**	**ASPERGILLUS ДО ЛЕЧЕНИЯ**
1:80	119	45
1:160	12	4
1:320	16	4
1:640	7	1
	35 = 29,4 %	9 = 20 %

ПРИМЕЧАНИЕ: положительные титры при кандидозе считаются с 1:160, а при аспергиллезе – с 1:80.

УФО-крови [2] улучшает показатель эффективности лечения ещё на 20%.

Оставшиеся 63 пациента с выраженной грибковой патологией, вызванной Candida glabrata и Candida tropicalis, не реагировали на лечение.

Из 944 пациентов с клиническими симптомами грибковых заболеваний, по данным электропунктурной диагностики по Р.Фоллю, 653 положительно реагировали на нозод Candida. Но при исследовании кала у 477 пациентов только 246 анализов (51,8%), оказались положительными на Candida.

Необходимо иметь в виду, что наиболее часто грибы поражают верхние отделы ЖКТ, поэтому не всегда анализ кала может показать наличие грибкового заболевания. Однако такие исследования помогают наблюдать за динамикой состояния пациента в процессе и по окончанию терапии. В случае кандидоза серологические исследования показывают улучшение с положительным результатом до 43,3%.

Если в результате терапии выявление положительных гемагглютинационных титров для Candida в 28,2% случаев считается неудовлетворительным результатом, несмотря на клиническое улучшение, то причиной может быть то, что исследования проводились сразу после терапии. Часто клиническая картина опережает результаты/показатели гемагглютинационных титров и создается впечатление, что эти показатели «запаздывают» в отображении объективной картины.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изопатическая САНУМ-терапия вместе с МОРА-терапией и УФО-крови представляет собой значительно более эффективную стратегию, чем традиционное медикаментозное противогрибковое лечение. Поскольку это только предварительное исследование, предназначенное для практикующих врачей, хотелось бы, чтобы двойное слепое рандомизированное исследование было проведено большим числом медицинских учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Arnoul F. Behandlungsmöglichkeiten bei chronischen Erkrankungen [Possible treatmentsn for chronic diseases] // SANUM-Post. 1993. 23 7-9.*
2. *Frick G. Fibel der Ultraviolettbestrahlung des Blutes [Primer in ultraviolet blood irradiation], 2nd edition, Munich: Hans Müller. 1993. 176 S.*
3. *Frick G. Erfolgsbeurteilung mit optischem Erythrozytentest nach Linke [Report on success with Linke's optical erythrocytes test]. SANUM-Post. 1997. 40. 2-5.*
4. *Frick G. Der Optische Erythrozytentest nach Linke bei 641 Patienten [Linke's optical erythrocytes test in 641 patients] // SANUM-Post. 1999. 48. 8-10.*
5. *Heine H. Neurogene Entzündungen als Basis chronischer Schmerzen - Beziehungen zur Antihomotoxischen Therapie [Neurogenic inflammations as the basis of chronic pain - connections with antihomotoxic therapy] // Biol. Med. 1997. 26 (6). 246-250.*
6. *Klein T. Welche Varianten der Allergie-Entlastungs- und Löschtherapie werden von den BICOMAnwendern praktiziert? [What varieties of allergy relief and elimination therapies are being practised by users of BICOM?] // Zeitschrift der Brügemann. 1993. 6. 24-25.*
7. *Linke A. Der erythrozytennahe Plasmaproteinfilm [Plasmaprotein film similar to erythrocytes]. Semmelweis-Verlag. 1991. 78 S.*
8. *Nolting S., Guzek R., Haus R. Mykosen des Verdauungstraktes [Mycotic infections of the digestive tract]. Hamburg: Medi-Verlag. 1995. 124 S.*



Pay T., д-р мед.

Rau T. The Functional Circuit: Lungs/Large Intestine and the associated Therapies // Sanum-Post. 2014. 106. 34-41.

Терапевтическое воздействие на функциональные взаимосвязи меридианов лёгких и толстой кишки

ВВЕДЕНИЕ

Для того чтобы лучше понять функциональные связи между такими органами, как лёгкие и толстый кишечник и развитием заболеваний этих органов, следует обратиться к традиционной китайской медицине.

Китайская медицина основывается на теории пяти элементов, а органам присвоены так называемые переходные фазы. Эти фазы, в свою очередь, связаны с временами года и такими природными стихиями, как вода, дерево, огонь, земля и металл. Благодаря этим связям, каждая из фаз обладает конкретными характеристиками и имеет сильные и слабые стороны по чувствительности к терапевтическому воздействию. В каждой фазе есть своя доля Инь и Ян.

Также изопатические САНУМ-препараты могут быть назначены для коррекции функционального состояния отдельных систем организма. Что касается бластем, то можно выделить следующие связи с меридианами:

- желчный пузырь/печень: энтобласт/мезобласт: мышцы, сухожилия,
- тонкая кишка/сердце: энтобласт/мезобласт: система циркуляции жидкости,
- желудок/ селезенка-поджелудочная железа: энтобласт/мезобласт: промежуточная соединительная ткань,
- толстый кишечник/легкие: энтобласт: кожа и волосы,
- мочевой пузырь/почки: энтобласт: нервы, кости.

МЕРИДИАНЫ ЛЁГКИХ И ТОЛСТОЙ КИШКИ

Эта переходная фаза соответствует осени, а её стихия - металл, символизирующий сжатие. В этой фазе расположены следующие органы: кожа, гипофиз, тимус, нос (обоняние), клетки решётчатого лабиринта, бронхи, легкие/диафрагма, толстый кишечник, большой/указательный палец, мыщелок плечевой кости, локоть, верхне-грудной и поясничный отделы позвоночника подвздошная кость, подколенная ямка. Жизненные принципы, которые входят в эту фазу включают в себя желание отдавать, освобождение, мудрость, прощение, одухотворение, харизму.

Как и в любой другой переходной фазе, здесь также есть связь с эмоциями. Характерную черту меридианов легких и толстого кишечника можно кратко описать следующими тремя концепциями: вне времени, по ту сторону, долгое продолжение. Положительные аспекты: «Человек — это божественное создание, которое пришло в этот мир, чтобы делать в нем только хорошее». Такой человек характеризуется наличием высоких идеалов, интуиции, созидательной энергии и воплощением идей и задач, самообладанием и одновременно страстными желаниями.

Отрицательные аспекты: «В попытке выполнить задания, я пытаюсь выполнить всё, что в моих силах, чтобы всё было идеально» и «Учитывая свою слабость, я никогда не

Таблица 1. Соответствия в функциональном цикле лёгкие – толстый кишечник

СЕЗОН	МЕРИДИАНЫ	ОРГАНЫ	ПРЕПАРАТЫ
Осень	Легкие Толстый кишечник	Кожа, волосы, лёгкие, толстый кишечник	Плантаго/Игнация МУЦЕДОКЕЛЬ® ЛАРИФИКЕЛЬ®
		Решётчатый лабиринт	НИГЕРСАН® ЦИТРОКЕЛЬ®
		Плечо/локоть/рука C 5-7/ Th 2-4/ L 4+5	Ликоподиум Мукоза
		Нижние моляры	ЛАТЕНСИН® Карбо вегетабилис



Рис.1. САНУМ-препараты и система меридианов

смогу выполнить эту задачу должным образом». Результаты такого характера приводят к тому, что человек связывает себя обязательствами, отказывается от выполнения дел, испытывает чувство безнадежности, остается жить в мире иллюзий, суеверий, испытывает чувство мести, одержим предрассудками.

Особую значимость для здоровья и понимания регулирующих циклов имеют связи между отдельными органами человека и его зубами. В данном случае это связи между отдельными зубами человека и костной тканью позвоночника, которая находится в переходной фазе лёгкие/толстый кишечник. Это объясняется типичными изменениями, которые становятся результатом этих связей.

Зубы: верхние премоляры, нижние моляры - позвонки: C4-C7, L4-L5.

Типичные жалобы: шейно-плечевой синдром, синдром запястного канала, локоть теннисиста, синдром подвздошно-поясничной мышцы.

В связи с этим для правильной постановки диагноза и лечения крайне важно сделать ортопантомограмму, чтобы сразу выявить очаги инфекции в зубах и начать соответствующее лечение (рис. 2).

Функциональные связи в системе меридианов легкие/толстый кишечник обусловлены такой стихией, как металл. По этой причине не должно удивлять, что система чувствительно реагирует на любое металлическое загрязнение, особенно, загрязнение тяжелыми металлами. Должна быть настороженность по отношению ртути (Hg), свинцу (Pb), палладию (Pd) и кадмию (Cd).

В подтверждение изложенному - пример из практики: на рентгенограмме челюсти пациента виден фрагмент амальгамы рядом с участком челюсти, где проходит меридиан толстого кишечника (рис. 4).

Любое выведение металлов и других токсинов обязательно должно сопровождаться приемом ортомолекулярных препаратов, так как пациент, вероятно, уже испытывает недостаток важных микроэлементов, а в процессе выведения металлов, эти микроэлементы в огромном количестве выводятся из организма человека. Практически в любой ситуации важно восполнять запасы селенметионина (СЕЛЕН-Биофрид®), СЕЛЕНОКЕЛЬ®, витамина С, омега-3 ненасыщенных жирных кислот (ЛИПИСКОР®), альфа-липоевой кислоты, ЦИНКОКЕЛЬ®, ЦИНК + БИОТИН BIOFRID®, морских водорослей, ПЛЕО®-Хелат и т.д.

САНУМ-ТЕРАПИЯ

В САНУМ-терапии успех базируется на 3 фундаментальных элементах:

1. Нормализация эндоэкологии - внутренней среды организма (диета и детоксикация!)
2. Изопатическое лечение, адаптированное с учетом конституции человека (восстановление кишечной флоры, реверсия патогенных бактериальных структур).
3. Иммунобиологические средства (модуляция или регенерация иммунной системы).
4. Гаптены (патоген-специфический иммунный ответ).

Элемент 1.

Почему так важно изменять внутреннюю среду? Когда мы принимаем пищу, то в наш организм поступают важные для клеток вещества. Для того чтобы избавиться от блокировки/закупорки Пишингерова пространства (мезенхимы) и снизить его кислотность, необходим прием щелочных солей, например, АЛКАЛА® N и натуральных кислот-метаболитов в гомеопатической дозировке, например, ЦИТРОКЕЛЬ®, САНУВИС® и ФОРМАСАН®. Эти кислоты образуются в организме, как физиологические метаболические продукты, давая зелёный свет циклогении/циклоду по Г.Эндерляйну.

К каждой циклогении относится определенная кислота:

Циклод Mucor: (+)-молочная кислота (САНУВИС®)

Циклод Aspergillus: лимонная

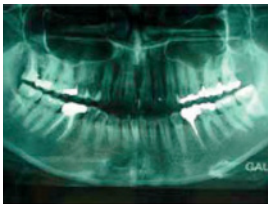


Рис. 2. Ортопантомограмма

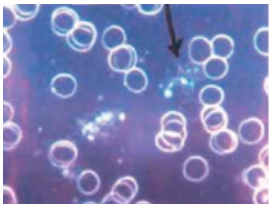


Рис. 3. Тёмнопольное изображение крови: стрелкой показаны формы без клеточной стенки (CWD-микробы)

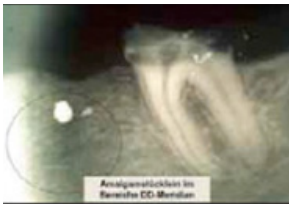


Рис. 4. На рентгенограмме челюсти виден оставшийся фрагмент амальгамы

кислота (ЦИТРОКЕЛЬ®)

Циклод Penicillin: муравьиная кислота (ФОРМАСАН®)

В зависимости от конституции пациента и заболевания назначается соответствующая кислота для улучшения внутренней среды.

Элемент 2.

Речь идёт об изопатических препаратах. И снова надо ориентироваться на конституцию пациента и симптомы заболевания. При конституции типа мукор (Mucor, запоры, высокое АД) назначается МУКОКЕЛЬ®; при туберкулинической конституции - НИГЕРСАН®; при конституции пенициллиум (острые, аллергические, воспалительные реакции) - НОТАКЕЛЬ® (бактериальные воспаления), КВЕНТАКЕЛЬ® (вирусные заболевания), ФОРТАКЕЛЬ® (дисбиоз слизистой), ПЕФРАКЕЛЬ® и АЛЬБИКАНСАН® (грибковые поражения).

Это наиболее значимые препараты.

Элемент 3.

Иммуномодуляторы. Они способны сбалансировать иммунную систему, активируют гранулоциты и лимфоциты. Иммуномодуляция означает, что ослабленная иммунная система стимулируется, а при гиперчувствительности - подавляется. К ним относятся такие препараты, как УТИЛИН®, БОВИСАН®, РЕКАРЦИН®, ЛАТЕНСИН®, ЛЕПТУЦИН®, УТИЛИН® “С” и АРТРОКЕЛАН® “А” и “У”.

Препараты УТИЛИН® “С”, БОВИСАН® и ЛАТЕНСИН® особенно эффективны при тубекулинической конституции и связанных с нею болезнях, являются заменителями туберкулина.

Элемент 4.

Гаптены - препараты серии САНУКЕЛЬ - применяются для выявления и абсорбции токсинов и микробов без клеточной стенки (CWD-форм). Такое действие обусловлено особенностью технологии: гаптены выделены из полисахаридных структур патогенов, а затем гомеопатически усилены потенцированием.

Фирма САНУМ производит 13 разных препаратов серии САНУКЕЛЬ. В названии препаратов присутствует названием бактерии, из которой они произведены, например, САНУКЕЛЬ® Коли (кишечная палочка).

Препараты, назначаемые для лечения болезней легких и толстого кишечника перечислены в табл. 2.

ПРИМЕРЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СИСТЕМЕ МЕРИДИАНОВ ЛЕГКИЕ/ТОЛСТЫЙ КИШЕЧНИК

1. Лечение язвенного колита/ болезни Крона

Особое внимание следует уделять санации ротовой полости (лечение зубных очагов инфекции) и выведению тяжелых металлов.

Более того, необходимо провести обследование на пищевую непереносимость.

Таким образом, пациент должен придерживаться строгой диеты и лечить дисбиоз.

САНУМ-ТЕРАПИЯ

a. Изопатические препараты:
   НОТАКЕЛЬ® Д5 - по 1 таблетке 3-4 раза в день в течение недели (только в острой стадии).
   Затем, через 1 неделю: ФОРТАКЕЛЬ® Д5 - по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 недели.
   Далее САНКОМБИ® Д5 - по 10 капель 2 раза в день, тщательно смешать со слюной и удерживать в ротовой полости 4-5 минут, не проглатывая.
b. Иммунобиологические препараты:
   УТИЛИН® Д6 и РЕКАРЦИН® Д6 - по 1 капсуле 1 раз в неделю поочередно.
c. Гаптены:

В зависимости от результатов анализа кала: САНУКЕЛЬ® Стреп или САНУКЕЛЬ® Коли (также возможно назначение САНУКЕЛЬ Клебс, Сальм или Псеу) Д6 - по 2-8 капель 1 раз в день тщательно смешать со слюной и удерживать в ротовой полости 4-5 минут, не проглатывая. Если назначается сразу несколько препаратов САНУКЕЛЬ, то необходимо их принимать в режиме чередования.

Не рекомендуется принимать более трех препаратов одновременно.

ОРТОМОЛЕКУЛЯРНАЯ ПОДДЕРЖКА

МАПУРИТ® - по 1 капсуле 2 раза в день.

Оротат магния – по 1 капсуле 2 раза в день.

Рыбий жир: 2-3 г ежедневно.

Витамин B12 - по 1 ампуле 1 раз в неделю, витамин B1 - 50 мг в день, фолиевая кислота – 2,5-5 мг в день.

Витамин D 25 000 МЕ ежедневно кратким курсом, затем сократить дозу до 5-10 000 МЕ ежедневно.

КЛАССИЧЕСКИЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

В зависимости от конституции пациента используются следующие препараты:

Сульфур D30, C200, Меркуриус солубилис D30, Карбо вегетабилис D30/C200, Нукс вомика, Вератрум, Подофиллум.

Таблица 2. САНУМ-препараты для терапии болезней лёгких и толстой кишки

ОРГАНЫ	РЕГУЛЯЦИЯ И ВЫВЕДЕНИЕ	УСИЛЕНИЕ
Толстый кишечник	МУКОКЕЛЬ® ОКОУБАСАН® МУЦЕДОКЕЛЬ® РЕКАРЦИН® Д6 САНУВИС® АЛКАЛА® Выведение токсинов из печени	Нукс Вомика Подофиллум РЕКАРЦИН® Д6 УТИЛИН® РЕБАС® САНКОМБИ® Лечение теплом
Легкие	Плантаго Дрозера Карбо вегетабилис МУЦЕДОКЕЛЬ® НИГЕРСАН®	Силицея Эхинацея ЛАТЕНСИН® УТИЛИН® “С” НИГЕРСАН® ЦИТРОКЕЛЬ® САНУКЕЛЬ® Мик

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ НОЗОДЫ

Нозоды назначаются в зависимости от результатов серологических исследований.

ФИТОТЕРАПИЯ

Мята перечная - по 5 капель 3 раза в день.

Ладан (Boswellia serrata) - по 3 капли 3 раза в день, постепенно уменьшая дозу.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Гидроколонотерапия (очищение кишечника) и рефлоризация.

Очищение печени и местная гипертермия или пульсирующее магнитное поле/теплые обертывания.

*2. Лечение **нейродермита***

ВЫВЕДЕНИЕ ТЯЖЁЛЫХ МЕТАЛЛОВ

Витамин С - 1 000 мг в день.

СЕЛЕНОКЕЛЬ® Д4 - по 15 капель 3 раза в день,

ЦИНКОКЕЛЬ® Д3 - по 15 капель 3 раза в день,

ЛИПИСКОР® - по 1 капсуле 3 раза в день.

Algae (спирулина, хлорелла).

Стабилизация клеточных мембран

ЭПАЛИПИД® (БИОФРИД®) фосфатидилхолин - 2 г в день (соевый лецитин), витамины B1, B3, B6.

Бета-глюкан (например, из японских грибов).

САНУМ-ТЕРАПИЯ

НИГЕРСАН® Д5 – по 1 таблетке 2-3 раза в день,

ЦИТРОКЕЛЬ® - по 15 капель 3 раза в день,

ЛАТЕНСИН® Д6 - по 1 капсуле 1 раз в неделю,

САНУКЕЛЬ® Стаф Д6 - по 2-4 капли 2 раза в день.

Через 5-10 недель: УТИЛИН® “С” Д6 – по 1 капсуле 1 раз в неделю.

Восстановление микрофлоры кишечника!!!

НЕВРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Подкожные инъекции в точку Bl.23: лидокаин 1% 2-5 мл.

НИГЕРСАН® АТОКС Д6 – по 1 ампуле 1 раз в неделю внутримышечно,

ЛАТЕНСИН® Д6 - по 1 ампуле 1 раз в неделю глубоко внутримышечно,

Пациентам с нейродермитом или колитом крайне важно принимать ненасыщенные жирные кислоты, так как профиль жирных кислот в крови очень сильно изменен. У таких пациентов отмечается повышенное содержание в крови линолевой, арахидоновой и пальмитиновой кислот. Это приводит к окислительному разрушению клеточных мембран. Дефицит омега-3 ненасыщенных жирных кислот ослабляет липидный слой клеточной стенки.

*3. Лечение **заболеваний легких***

Во всех случаях заболеваний легких, особенно после курса антибиотикотерапии, нужно провести очищение кишечника. Проблемы с легкими практически всегда связаны с кишечником. Особенно, когда лечение кажется проблематичным, первое, что нужно сделать — это очистить кишечник.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР.

Пациентка 30 лет. Обратилась в клинику Paracelsus с острой эозинофильной пневмонией. Она прошла несколько курсов антибиотикотерапии, но безрезультатно. Во время первой консультации выяснилось, что она находилась на длительном лечении кортизоном.

Назначены следующие изопатические препараты: НИГЕРСАН®, ЦИТРОКЕЛЬ®, УТИЛИН® “С”, РУБЕРКЕЛЬ®, высокие дозы витаминов С и Е. Невральная терапия: паравертебральные инъекции и в точку L1 препаратами ЛАТЕНСИН® Д6, НИГЕРСАН® Д5, ЦИТРОКЕЛЬ® - по 1 ампуле каждого препарата 1 раз в неделю с лидокаином 1% 5-10 мл.

ЦИНКОКЕЛЬ® Д4 – инъекции по 1 ампуле в день.

Для выведения токсинов и для стимуляции циркуляции жидкостей в организме - таблетки ОКОУБАСАН® Д2 и капли ЛЕПТОСПЕРМУСАН®.

Спустя 2 недели интенсивного лечения САНУМ-препаратами на фоне восстановления флоры кишечника отмечена положительная динамика рентгенологической картины лёгких и тёмнополевой микроскопии крови.

ВЫВОД

Биологическое лечение, основанное на САНУМ-терапии и врачебном мышлении, становится эффективными благодаря знаниям связей между меридианами и органами. Как правило, такое лечение не только улучшает состояние пациента, но и излечивает его от ряда заболеваний лёгких и толстой кишки при условии учёта взаимосвязей между ними (рис. 7 и 8).



Рис. 5. Рентгенограмма: тяжелая эозинофильная пневмония

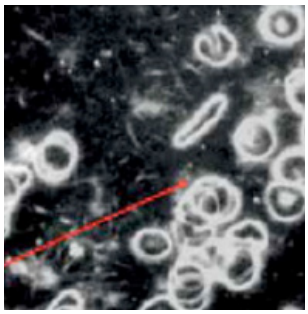


Рис. 6. Тёмнопольное изображение крови при тяжелой эозинофильной пневмонии.

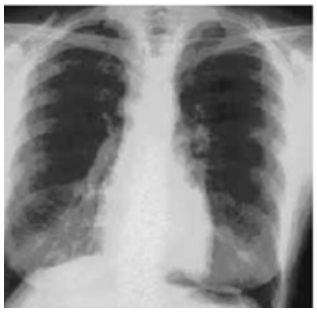


Рис. 7. Рентгенограмма того же пациента через 14 дней после комплексной САНУМ-терапии

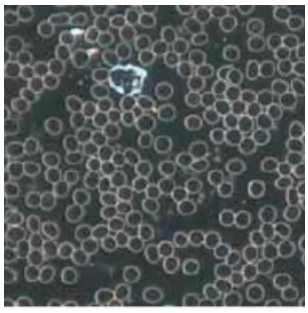


Рис. 8. Тёмнопольное изображение крови того же пациента через 14 дней после комплексной САНУМ-терапии

Шнайдер П., д-р мед.

Schneider P. Bacteria and fungi. Two microbial phases governed by the energy milieu // Sanum-Post. 58. 2002

Бактерии и грибы с точки зрения САНУМ-терапии

Плеоморфизм (полиморфность) микроорганизмов является предметом активного обсуждения в научных кругах уже почти 100 лет, еще когда профессор Г.Эндерляйн начал свою работу над этой проблемой. Однако в последнее время мы получаем все больше и больше доказательств того, что бактерии и грибы являются всего лишь разными формами одних и тех же микроорганизмов.

В 1895 г. Коппен-Йонас наблюдал за плеоморфными формами палочки Коха под микроскопом и обнаружил у некоторых микобактерий вакуоли. Образования в форме узла с интенсивным цветом были признаны спорами.

В дальнейших исследованиях микобактерий другие авторы

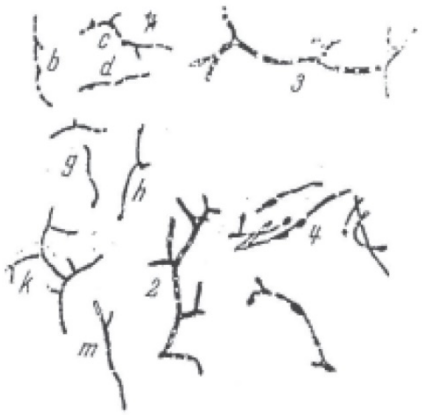


Рис 1. Ветвящиеся формы микобактерии туберкулеза (от Coppen-Jonas, Bakter. l Orig 12, l, 1895).

смогли наблюдать плеоморфное развитие взаимосвязи: образование ответвлений палочки Коха до тех пор, пока форма роста не начинала напоминать грибок.

УСЛОВИЯ СРЕДЫ НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ РАЗМНОЖЕНИЯ МИКРОБОВ

За последние несколько лет вопрос роста грибков очень активно изучается микробиологами, придерживающимися традиционных подходов к изучению и использующих слизевик Dictyostelium discoideum в качестве образца. Рост этого гриба может происходить как упорядоченная структура в форме гриба или однообразная клеточная фаза, в которой отдельная клетка двигается как амеба.

Изменение фазы в процессе роста зависит от уровня питательных веществ в жидкости. Если уровень питательных веществ высокий, то отдельная клетка гриба существует независимо, но в то же время такие клетки находятся в постоянном контакте друг с другом в результате обмена химическими нейромедиаторами. Если питательных веществ недостаточное количество, то концентрация нейромедиаторов в питательной жидкости увеличивается и отдельные клетки получают сигнал изменить фазу и объединиться в грибковую форму. В этой форме, в которой отдельные клетки существуют совместно, они могут более эффективно бороться с недостатком питательных веществ и энергии. Грибковая форма – это также лучшая форма для репродукции. К тому же, грибковые споры – это идеальная форма покоя, крайне устойчивая к внешним воздействиям.

Г.Эндерляйн установил, что более низкие фазы развития грибов могут поражать более высокие фазы развития (бактерий, грибов), объединяя их в пары. Этот принцип очень важен для поддержания баланса фаз роста, и сам Г.Эндерляйн нашел терапевтические применение своему открытию, применяя препараты из непатогенных грибов для разрушения патогенных бактерий, грибов и дрожжей.

Изопатические САНУМ-препараты, большинство из которых по-прежнему содержат оригинальные штаммы Г.Эндерляйна и/или производятся в соответствии с его оригинальными инструкциями, действуют по этому принципу.

Совсем недавно один тип изменения фазы роста был доказан современными микробиологами не только в отношении грибов, но и в отношении бактерий. Согласно исследований профессора Вейнрайта из университета Шеффилда, спустя пять дней роста на искусственной поверхности и в условиях минимальной среды, кишечная палочка

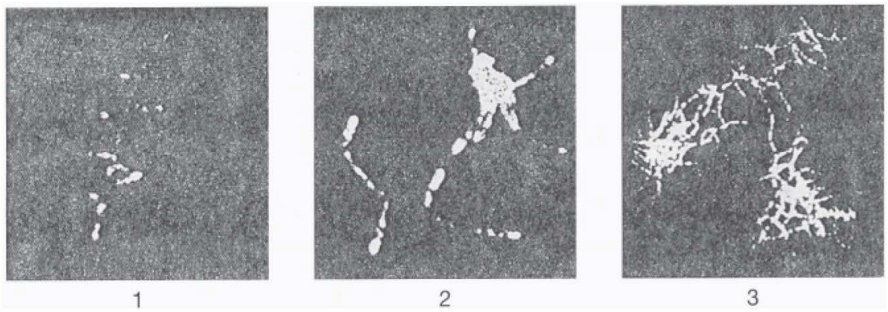


Рис. 2. Микобактерия туберкулеза: 1. Формирование ветвей. 2. Перекрестная форма с бутоном. 3. Прогрессивный рост похож на грибок (from Kölbel, Z. Hyg. 144, 55, 1951).

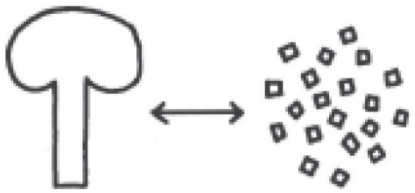


Рис. 3: изменение фазы клеточного слизевика Dictyostelium discoideum (из Попп: „Биология света“, Парей, 1984).

показала гигантский плеоморфный рост с нитеобразными формами и ответвлениями.

Бактерии, которые образуют споры, например, бациллы или клостридии, имеют одну особенность. Эти микроорганизмы не нуждаются в транформацию в грибковую фазу, чтобы выжить в покоящейся форме.

В 1910 году известный исследователь и врач-практик Досталь из Вены писал: «Сейчас я склоняюсь к точке зрения, что микобактерия является паразитическим проявлением конкретных форм». Согласно Г.Эндерляйну, микобактерия туберкулёза – это промежуточная фаза в циклогении/развитии гриба рода Aspergillus.

Изменение фазы в процессе микробного роста можно легко проследить при помощи темнополевой микроскопии. Если каплю крови поместить на предметное стекло, накрыть покровным стеклом, выдержать некоторое время, то можно наблюдать, как бактерии выходят из эритроцитов и лейкоцитов. Через несколько дней вырастают грибоподобные структуры, что говорит о последней фазе микробного роста.

Важная причина развития бактериального воспаления – общий или даже локализованный избыток энергии, чаще всего, вызванный блокадой. Такая блокада может быть связана с жизненной энергией и/или эмоциями. На клеточном уровне при помощи бактериального воспаления организм может выделять энергию, побочные продукты обмена веществ и токсины. Следовательно, согласно шестифазной таблице гомотоксикоза Х.Рекевега, хронические рецидивирующие воспаления относятся к фазе импрегнации, то есть к начальной фазе клеточной пролиферации.

Если нарушена функция выделения на клеточном уровне, то метаболизм переходит в фазу дегенерации и далее в фазу неоплазий. Усиление дисбаланса энергии характерно для обеих фаз. Так как из-за блокады и повышенной кислотности соединительная ткань больше не может принимать достаточное участие в процессах обмена веществ, то ей недостаточно энергии, и все больше и больше энергии начинает скапливаться в крови. В результате этого процесса образуется множество бесстеночных бактериальных форм.

Бактерии без клеточной стенки, открыл Г.Эндерляйн почти 100 лет назад и он подробно описал циклы их развития. Он назвал процесс накопления энергии в крови «эндобиозом». CWD-формы (бесстеночные формы) патогенных микроорганизмов не распознаются иммунной системой, которая, в свою очередь, способствует поддержанию хронических заболеваний. Значимость CWD-микроорганизмов была подробно описана в разных статьях журнала SANUM-Post. CWD-формы могут также развиваться из-за локальных застойных явлений в организме. В этом случае особое значение имеет проблема

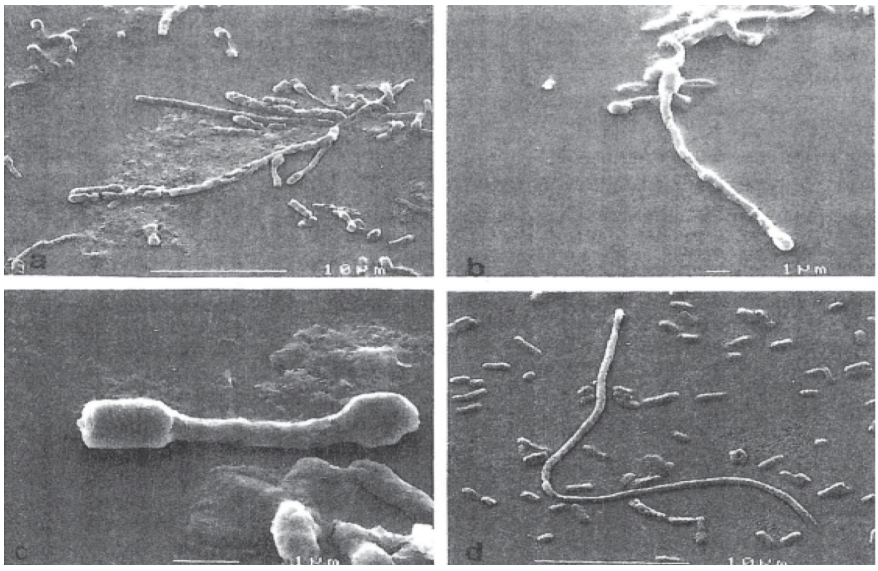


Рис.4: Гигантский плеоморфный рост E. coli в культуре (от Wainwright и др., Письма в прикладной микробиологии 29, 227-229, 1999).

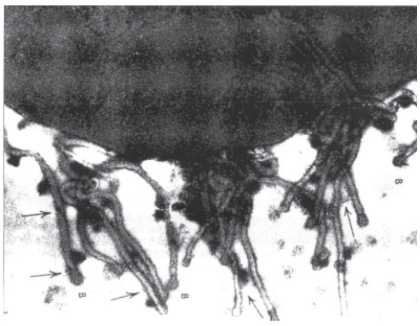


Рис. 5: Так называемая „плазмалитическая“ микробная форма, выходящая из эритроцита в результате созревания или нагревания (Mattmann. Cell Wall Deficient Forms – Stealth Pathogens. 3rd edition. CRC, 2001).

авитальных зубов и зубов с вылеченным корневым каналом, так как CWD-формы способствуют хроническому воспалению и могут вызвать разрушение тканей.

CWD-ФОРМЫ ПАТОГЕННЫХ БАКТЕРИЙ – ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ!

Микозы развиваются, преимущественно, в условиях, где наблюдается общий или локализованный недостаток энергии, то есть в ослабленных органах. К таким органам относятся кишечник, так как он подвергается негативному воздействию эмоций, неправильного питания, аллергии на коровье молоко и куриные яйца, а также вагинальная область и мозг.

Три пары меридианов – желудок/селезенка и поджелудочная железа, печень/желчный пузырь, мочевой пузырь/ почки – пересекаются в вагинальной области. Блокада в одном или нескольких меридианах (в том числе, перегрузки во время беременности) может привести к недостатку энергии в нижней части живота и развитию вагинального микоза.

Взаимосвязи, описанные выше, имеют особое значение в отношении заболеваний мозга, и если говорить об этом с точки зрения энергии, то эти болезни связаны, в первую очередь, с меридианом желчного пузыря. Когда в этом меридиане скапливается большое количество энергии, в первую очередь, очень мелкие микробные структуры, которые еще более 100 лет назад А.Бешам назвал «микрозимами», а сейчас их называют «прионами», обнаруживаются в ЦНС. Вероятно, они представляют собой очень мелкие фазы развития туберкулина и, следовательно, согласно Г.Эндерляйну, имеют прямую связь с грибами рода Aspergillus. Как показывают исследования, проводимые немецким Институтом исследования молока, микобактерии в атипичной форме могут выживать даже при температуре выше температур пастеризации (72°C).

Болезнь Крейцфельда-Якоба и синдром Герстманна-Штреусслера-Шейнкера – это два дегенеративных заболевания ЦНС, связанные с прионами. У пациентов, которые скончались от этих болезней, была обнаружена положительная реакция между антисывороткой к протеину приона (PrP) 27-30 в амилоидных бляшках мозга и грибом рода Aspergillus. Как показывают результаты исследования, проведенного Дрекслером, «грибок мозга», который можно также установить кинезиологическим тестированием, является феноменом современных хронических заболеваний.

Таким образом, рост патогенных бактерий в организме преимущественно возникает во время общей или локальной блокады энергии.

ПОЧЕМУ ВАЖНЫ АНТИБИОТИКИ И ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Антибиотики производятся из продуктов метаболизма грибов. Эти вещества подавляют размножение бактерий и одновременно размножение других грибов, так как конкуренции за питание больше нет. Этот принцип используется современной традиционной медициной, как способ борьбы с бактериями, хотя постоянная грибковая флора только усиливается действием антибиотиков. Следовательно, можно наблюдать увеличение числа грибов в организме после курса лечения антибиотиками.

Лечение антибиотиками имеет и другие негативные последствия для организма. Важные метаболические пути могут быть заблокированы действием антибиотиков, также в организме могут появиться бесстеночные формы бактерий.

Таким образом, лечение антибиотиками всегда несёт с собой риск развития хронических заболеваний.

Длительный приём пенициллина привёл к развитию гриба рода Penicillium, самого устойчивого гриба наряду с микобактерией, которая известна еще со времён Ханеманна, как тяжёлое хроническое заболевание. САНУМ-терапия успешно справляется с ним.

Противогрибковые препараты – это вещества, которые должны препятствовать росту и размножению грибов. Фунгистатические вещества, например, нистатин, которые не разрушают грибы и дрожжи, а только сдерживают их рост и размножение, являются очень популярными препаратами. Однако пероральный прием противогрибковых препаратов несёт с собой ряд побочных эффектов.

Эти препараты всасываются через повреждённую слизистую оболочку кишечника (с чем мы сталкиваемся сегодня в большинстве случаев) и могут привести к блокаде метаболизма, особенно в печени и почках. В результате недостаток энергии, который уже отмечается в организме, становится еще сильнее. Противомикробные препараты, обладающие фунгистатическим эффектом, также могут вызвать развитие бесстеночных форм грибов и дрожжей, которые являются патогенными. Они не распознаются иммунной системой.

Таким образом, вред, наносимый подобного рода препаратами, необходимо исправлять при помощи САНУМ-терапии. Более того, в каждом случае необходимо заново регулировать

энергетические и эмоциональные блокады организма.

БАЗОВЫЙ КУРС ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ

Всегда необходимо откорректировать диету пациента по рекомендациям К.Вертманна: запрет употребления молока, яиц и свинины не менее, чем на 3 месяца.

Базовый курс терапии включает в себя, прежде всего, коррекцию эндоэкологии, в которой необходимо отрегулировать клеточное дыхание и кислотно-щелочной баланс. Патогенные микроорганизмы, которые не являются бесстеночными формами, разрушаются, а бесстеночные формы микробов выводятся из организма в результате применения САНУМ-препаратов. Так, САНУКЕЛЬ Псеу используется не только для лечения хронических инфекций, вызванных псевдомонадами, но и для лечения аллергий, астмы и ожогов.

Использование САНУМ-иммуномодуляторов: 1 капсула каждого препарата ЛАТЕНСИН, РЕКАРЦИН, УТИЛИН или УТИЛИН С принимается поочередно еженедельно.

Дренажные САНУМ-препараты используются для выведения из организма тяжелых металлов, токсинов и побочных продуктов метаболизма и одновременного поддержания работы кишечника и почек.

Таким образом, курс лечения хронических заболеваний, бактериальных и грибковых инфекций САНУМ-препаратами состоит из 5 этапов:

1. Восстановление эндоэкологии: САНУВИС, ЦИТРОКЕЛЬ, АЛКАЛА Н, ХРИЗОКОР.

2. Изопатическое разрушение патогенных микробов:

• бактерий:

в течение одной недели: утром НОТАКЕЛЬ, вечером ПЕФРАКЕЛЬ. В течение нескольких недель: с понедельника по пятницу по утрам МУКОКЕЛЬ, по вечерам НИГЕРСАН; в субботу и воскресенье утром НОТАКЕЛЬ, вечером ПЕФРАКЕЛЬ.

• грибов и дрожжей:

в течение одной недели: вечером ЭКСМИКЕЛЬ. В течение нескольких недель: с понедельника по пятницу по утрам МУКОКЕЛЬ, по вечерам НИГЕРСАН; в субботу и воскресенье ЭКСМИКЕЛЬ.

3. Элиминация патогенных и CWD-форм микроорганизмов при помощи САНУМ-гаптенов:

САНУКЕЛЬ Мик – микобактерии,
САНУКЕЛЬ Псеу – псевдомонады,
САНУКЕЛЬ Бруцель – боррелез,
САНУКЕЛЬ Салм – сальмонелла,
САНУКЕЛЬ Стаф – стафилококк, антракс,
САНУКЕЛЬ Стреп – стрептококки,
САНУКЕЛЬ Канд – кандида,
САНУКЕЛЬ Трих – грибковые поражения кожи.

4. Модуляция иммунной системы: по 1 капсуле ЛАТЕНСИН, РЕКАРЦИН, УТИЛИН, чередуя еженедельно.

5. Активация выделительных функций: ОКОУБАСАН и УСНЕАБАСАН с понедельника по пятницу, чередовать еженедельно; ЛЮФФАСАН в выходные дни; плюс МАПУРИТ в полдень и ЦИНКОКЕЛЬ по вечерам.



Слагель К.М.

Slagel K.M. Successful treatment of a 4 year old child with viral gastroenteritis with SANUM preparations. // SANUM-Post. 85. 2008

САНУМ-терапия вирусного гастроэнтерита у ребёнка 4 лет

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

У ребенка 4 лет была рвота и диарея. Находился в состоянии вялости, наблюдались отсутствие аппетита и жажда. Стул жидкий, желтого цвета. Отказывался выходить на улицу, хотел оставаться с матерью дома. Детский сад не посещал несколько дней.

Выяснилось, что ребенок был на детском дне рождения, по дороге домой была рвота, после чего наблюдались вялость и отсутствие аппетита. На следующий день рвота повторилась, наблюдались отсутствие аппетита, усталость, плач. Температура тела - 37,2°С.

На следующий день после приема пищи у ребенка возникла рвота (3 раза), температура тела составляла 38,3°С. Аппетит полностью отсутствовал, ребёнок не мог есть. Проспал практически весь день, рвота 3 раза.

На следующий день снова не ел ничего, рвота продолжалась. Температура тела - 37,2°С. Проспал практически весь день. После питья воды начиналась рвота. Цвет стула приобрел желтый оттенок. Ночью температура тела была в норме. До посещения врача не принимал никаких лекарств, трав или гомеопатических средств. У других членов семьи симптомы не наблюдались, жалоб на состояние здоровье не предъявляли.

В прошлом подобные симптомы у ребёнка не наблюдались. Ребёнку не делали прививки, серьезными детскими болезнями не болел.



ПРИЕМ У ВРАЧА

Ребёнок был тихим и спокойно играл с игрушками в кабинете врача. Глаза стеклянные. Ребёнок не дал себе измерить температуру. На ощупь температуры не было, кожа нормальная. В кишечнике прослушивалась громкая перистальтика, область живота вздута и горячая. Мать сообщила, что вздутие живота у ребенка было постоянным. При мягкой пальпации болей не было. Ребенок показал на область эпигастрия, сказав, что болит именно там.

ДИАГНОЗ.

Ребенку был поставлен диагноз вирусного гастроэнтерита.

Терапия.

ФОРТАКЕЛЬ Д5 по 2 капли 2 раза в день внутрь, втирание рукой ребенка 1 капли в область живота 1 раз в день.

КВЕНТАКЕЛЬ Д5 по 2 капли 2 раза в день внутрь.

Первую дозу препаратов ребенок получил в кабинете врача.

Диета: овощи на пару и небольшое количество сырых фруктов. Запрет на коровье молоко. Пакет с электролитами 2 раза в день для восстановления баланса минералов.

На следующий день после посещения врача у ребенка не было стула, мочился 1 раз. Появился аппетит, но живот был вздут. Ребенок получил 2 пакета электролитов. Ребенок продолжал приём ФОРТАКЕЛЬ и КВЕНТАКЕЛЬ.

Спустя 3 дня после посещения врача у ребёнка прошла вялость, появился аппетит. Диарея отсутствовала, стул регулярный. Вздутие в области живота уменьшилось. Родители планировали вернуть



ребенка в детский сад.

При следующем посещении врача ребёнок был активным, играл на полу в кабинете. Аппетит продолжал улучшаться. Стул был нормальным. Рвоты не было. Глаза ребёнка оставались стеклянными, но выглядели лучше, чем при первом посещении. Вздутие живота прошло, живот был нормального размера. Ребёнок был энергичным и не оставался без движения, рвался играть на улицу. Возобновили посещение детского сада. На завтрак - каша на молоке, апельсиновый сок, сырая морковь. После посещения бассейна появилось высыпание на коже, которое прошло через 2 дня.

Продолжал приём ФОРТАКЕЛЬ и КВЕНТАКЕЛЬ.

ВЫВОДЫ

В первый день приема ФОРТАКЕЛЬ и КВЕНТАКЕЛЬ у ребенка прекратилась диарея. Спустя три дня приема препаратов у ребёнка восстановился регулярный стул, прошла вялость, появился аппетит. На следующий день ребёнок смог возобновить посещение детского сада. Кожная сыпь могла быть результатом перемещения оставшихся токсинов и массивной элиминации их через кожу.

К счастью, родители не давали ребенку жаропонижающие средства и какие-либо другие лекарства до посещения врача. Таким образом, иммунная система не подавлялась лекарствами, естественные силы организма смогли устранить заболевание с помощью натуропатических средств.

ФОРТАКЕЛЬ был назначен из-за поражения кишечника и позволил поддержать и сбалансировать работу кишечника.

КВЕНТАКЕЛЬ был назначен из-за установленного диагноза вирусной этиологии заболевания, способствовал активации противовирусного иммунитета и выведению инфекционных токсинов.



Шнайдер П., д-р мед

Schneider P. MUCEDOKEHL An Important Homeopathic "Door Opener" for the Treatment of Chronic Diseases // Sanum-Post. 62. 2003

МУЦЕДОКЕЛЬ важный «ключ» в лечении хронических заболеваний

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ MUCOR MUCEDO (БЕЛОЙ ПЛЕСЕНИ) В ГОМЕОПАТИИ

Полисахаридный комплекс, экстрагируемый из Mucor mucedo, является активным компонентом препарата МУЦЕДОКЕЛЬ (Mucedokehl). Его использованию в гомеопатии с 1955 года мы обязаны французскому врачу Помье де Санти (Pommier de Santi), который использовал препарат при вегетососудистой дистонии, слабости, потере веса, анемие, декальцификации, наряду с фосфатурией и ломкостью волос и ногтей. Проявление симптомов усугублялось весной и осенью после длительного пребывания на морском побережье.



МУЦЕДОКЕЛЬ назначается в следующих случаях:

- дисфункция щитовидной железы;
- уши: хронический отит;
- дыхательные пути: хронические заболевания дыхательных путей (астма, одышка, выделение мокроты); риниты, хронические синуситы, аденоиды в носу;
- пищеварительная система: тонзиллярная гипертрофия, флегмонозный тонзиллит, лимфаденопатия при прорезывании зубов, энтерит детей, артрит с зубными очагами;
- мочеполовая система: предменструальный синдром;
- вегетососудистая дистония на фоне тревоги.

Препарат регулирует работу ЖКТ. Кишечник тесно связан с энтеральной нервной системой - центральным органом, регулирующим эмоции человека.

Энтеральная нервная система и ЦНС имеют общее эмбриональное происхождение. Обе системы содержат большое количество интернейронов, которые представляют собой своего рода барьер против внешних воздействий, секретируя нейромедиаторы и нейропептиды.

Некоторые лимбические и паралимбические структуры мозга, модулирующие регуляторную функцию пищеварительной системы, также координируют эмоциональные процессы и процессы физиологической тревоги. Дизрегуляция этих структур, вероятно, играет важную роль в развитии тревоги.

Таким образом, лимбические структуры играют центральную роль в лечении такого рода нарушений. Согласно J.Schleimer, положительные изменения появляются в органах, происходящих из эндодермы (кишечник), а потом в мезодермальных и, наконец, в эктодермальных органах.

МУЦЕДОКЕЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Если в современных условиях на острые заболевания можно эффективно влиять, то лечение хронических заболеваний представляет значительную сложность. Это связано с усиленной аффектацией, например, эмоциональной, психической или духовной, что вызвано длительным подавлением болезней на психическом уровне, а также из-за усилившихся страхов в современном обществе. В

результате, стали чаще появляться блоки на эмоциональном уровне.

Блоки на энергетическом уровне приводят к нарушению клеточного дыхания (изменениям окислительно-восстановительного потенциала), а также к закислению соединительной ткани, приводящей к энергодефициту тканей.

Такая среда обозначается как «туберкулёзная среда» и сегодня это одна из главных причин развития хронических заболеваний. Эта среда способствует усилению застойных явлений в крово- и лимфотоке, появлению форм бактерий без клеточной стенки, а энергодефицит приводит к усилению роста грибов и дрожжей.

Неудивительно, что за последние годы резко увеличилось количество пациентов с расстройствами личности и микозами. Использование подавляющей терапии может только усугубить проблему.

САНУМ-терапия при хронических заболеваниях должна быть адаптирована к изменяющимся условиям современной жизни с необходимостью регуляции энергетического баланса тела человека.

МУЦЕДОКЕЛЬ - проверенный практикой препарат для регуляции эмоциональных проблем. В свете новых жизненных реалий его использование является наиболее актуальным, так как он выступает в роли «пускового механизма», открывающего двери в натуропатическую медицину.

ХРИЗОКОР является ещё одним проверенным временем препаратом для лечения хронических заболеваний, регулирующим клеточное дыхание и тесно связанным с системой меридианов желчный пузырь/почки. В традиционной китайской медицине почки тесно связаны с развитием страхов. Поэтому мы можем не только стимулировать клеточное дыхание при помощи ХРИЗОКОР, но и осуществлять психическую регуляцию.

Следует обратить внимание на то, что препараты применяются в гомеопатических разведениях, являющихся достаточными для разблокировки меридианов почки/желчный пузырь, например, после гистерэктомии.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ САНУМ-ПРЕПАРАТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

1. ХРИЗОКОР + ЦИТРОКЕЛЬ: комбинированные внутримышечные инъекции 1 раз в неделю.
2. Первые 2 недели: свечи ЭКСМИКЕЛЬ Д3 на ночь с понедельника по пятницу, 1 таблетка ФОРТАКЕЛЬ Д5 в субботу и воскресенье.
3. Последующие месяцы: САНКОМБИ Д5 с понедельника по пятницу по 10 капель утром, МУЦЕДОКЕЛЬ Д5 по 10 капель на ночь, ФОРТАКЕЛЬ Д5 по 1 таблетке 2 раза в день по субботам и воскресеньям.
4. Начиная со 2-й недели: САНУКЕЛЬ Мик Д6 и САНУКЕЛЬ Псеу Д6 через день по 4 капли перорально и по 4 капли наружно перед сном.
5. Начиная с 3-й недели: УТИЛИН „С“ (Д4 или Д6, в зависимости от состояния) по 1 капсуле каждые 2 недели.
6. Регуляция кислотно-щелочного баланса при помощи Алкала Н и САНУВИС (ликвидация закисления внутренней среды).

При тревоге дополнительно назначается САНУКЕЛЬ Коли вместо САНУКЕЛЬ Псеу, так как препарат влияет на функции кишечника и функционирование меридианов желчный пузырь/почки.



Зонтаг Д.

Sonntag D. ALKALA® "S" for the Regulation of Mineral and Acid-Alkaline Balance // SANUM-Post. 111. 2015.

ALKALA® «S» - регулятор минерального и кислотно-щелочного баланса



Такие минералы, как магний, калий и кальций способствуют метаболическим процессам в организме, которые жизненно необходимы любому человеку. Это электролиты в ионизированной форме, которые участвуют в формировании и развитии костной, нервной и мышечной систем. Минералы не образуются сами в нашем организме, они должны присутствовать в нашем рационе и поступать в организм с пищей. Таким образом, сбалансированная диета — это важное условие для гомеостаза электролитов, который контролируется гормонами и, помимо прочего, регулирует кислотно-щелочной баланс.

Неправильный рацион, в котором присутствует слишком много белка, недостаток физических упражнений или наличие хронических заболеваний может нарушить электролитный баланс или привести к дефициту минералов в организме. Исследования показывают, что организм не приспособлен к современному рациону с дефицитом калия и избытком белка.

Избыток белка в организме приводит к появлению кислых метаболитов, что, в свою очередь, вызывает повышенное выведение минералов из организма и нарушение кислотно-щелочного баланса, который смещается в сторону кислотности. С возрастом эти метаболические процессы усиливаются из-за закисления тканей и в особенности почек. Для поддержания жизненно важных функций (например, стабильного уровня pH), даже когда электролитов недостаточно, организм начинает использовать свои запасы минералов костной ткани. Если метаболический процесс характеризуется повышенной кислотностью и такая ситуация сохраняется в течение длительного времени, то это может привести к атрофии костной ткани и остеопорозу.

Их развитие можно остановить или ограничить, если отрегулировать кислотно-щелочной баланс за счет приёма щелочных препаратов. Компания САНУМ-Кельбек уже давно производит проверенные и хорошо известные препараты для регуляции кислотно-щелочного баланса ALKALA® "N" и ALKALA® "T", в состав которых входит гидрокарбонат натрия.

Недавно компания приступила к выпуску нового препарата в форме порошка ALKALA® "S", в составе которого цитраты калия, магния и кальция. Tucker (1999) провел исследование, результаты которого показали, что достаточное количество калия и магния сохраняет минерализацию костной ткани.

КАЛИЙ И МАГНИЙ — ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЕ ЭЛЕКТРОЛИТЫ

Кроме многочисленных функций, которые эти вещества выполняют в процессе метаболизма, еще в 1968 году Wachmann и Bernstein выявили и описали роль калия в кислотно-щелочном балансе. 98% всего запаса калия в организме связано с белками в клетках.

В случае дефицита калия отсутствующие ионы K+ заменяются протонами H+, формирующими кислоту, чтобы сохранить в клетке электронейтральность. Это приводит к внутриклеточному ацидозу и защелачиванию внеклеточной среды. Следовательно, моча становится щелочной, маскируя внутриклеточное окисление.

Таким образом, показатель уровня pH мочи является индикатором состояния кислотно-щелочного баланса в организме человека. В здоровом организме, дневной профиль уровня pH в моче должен поочередно смещаться в сторону кислотности и щелочности. Применяя калиевые добавки (цитрат калия) или богатые калием продукты питания можно снизить внутриклеточное закисление.

Более того, работу калия всегда следует рассматривать совместно с работой магния. Недостаток калия в организме очень часто сопровождается и дефицитом магния, например, после приема диуретиков. Кроме того, низкий уровень калия приводит к усилению выведения кальция из

организма с мочой. Так, у пациентов, перенёсших инфаркт миокарда, отмечается тенденция к снижению уровня калия и магния в сыворотке крови. Результаты ретроспективного исследования показывают, что лечение калием и магнием одновременно, благоприятно сказывается на здоровье и самочувствии 50-летних пациентов, перенесших инфаркт миокарда и имеющих болезни миокарда.

Как и калий, магний является необходимым внутриклеточным электролитом. Только 5% магния в организме содержится во внутриклеточной среде, где это вещество участвует в поддержании адекватного уровня pH для обеспечения нормального метаболизма костной ткани и регулирует вывод кальция из костей. Различные исследования показывают, что в возрасте 50-70 лет оптимальное потребление магния составляет 320 мг в день. В ходе экспериментов, проведенных на животных, было выявлено, что пищевые добавки с магнием увеличивают плотность костной ткани.

Более того, самые последние исследования показывают, что в случае дефицита электролитов, страдает не только костная система, но и нарушаются функции вегетативной нервной системы. В 2015 году в США проводилось исследование, в котором описывалась связь между низким употреблением магния и проявлением депрессии у молодёжи. Аналогичная связь была выявлена между нарушениями сна и сниженным уровнем магния в организме.

Поскольку магний также обладает сосудорасширяющим действием, он играет немаловажную роль в регуляции АД. Так, результаты проведенного в 2013 году исследования показали, что у женщин магний предупреждает повышение АД на последних неделях беременности.

Если уровни калия и магния находятся на верхней границе нормы, то снижается риск развития аритмии.

КАЛЬЦИЙ — ВНЕКЛЕТОЧНЫЙ МИНЕРАЛ

В отличие от калия и магния, 98% кальция в организме содержится во внеклеточном пространстве костей и зубов. Кальций влияет на



функционирование поперечнополосатой мускулатуры, сердца и гладких мышц. На гомеостаз кальция влияет дефицит белка и незначительные изменения уровня pH крови.

В результате проведенного мета-анализ было выявлено, что риск переломов и трещин костной ткани снижается, если принимать кальциевые добавки (в среднем, 1050 мг в день).

Таким образом, пациенты с низким уровнем содержания кальция в организме должны принимать такого рода добавки. Однако, как только достигнут необходимый уровень кальция в организме, последующий прием кальция не приводит к повышению плотности костной ткани.

ALKALA® “S“ – МИНЕРАЛЬНАЯ ДОБАВКА И РЕГУЛЯТОР ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО БАЛАНСА

Благодаря своим химическим свойствам, при пероральном приёме цитраты кальция, магния и калия растворяются в желудке и абсорбируются в тонком кишечнике. При этом в желудке при газообразовании появляется отрыжка. Цитраты обладают хорошей биодоступностью и двумя важными функциями: нейтрализуют кислоту, то есть выступают в качестве буфера для ионов H+, а также являются поставщиками минералов. Ионы Ca2+, Mg2+ и K+ устраняют дефицит и улучшают общее содержание микроэлементов. Такое лечение особенно рекомендовано пациентам с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями мускулатуры и опорно-двигательного аппарата.

ALKALA® “S“ - это порошок, который содержит физиологически оптимальную комбинацию следующих минеральных веществ:

- цитрат калия,
- цитрат кальция,
- цитрат магния.

ДОЗИРОВКА ALKALA® “S“

Рекомендованная ежедневная доза ALKALA® “S“ для взрослого – 1 чайная ложка (4,5 г) 1-2 раза в день (суточный максимум 9 г). В 9 г порошка ALKALA® “S“ содержится 1 500 мг цитрата калия, 500 мг цитрата кальция и 300 мг цитрата магния. Перед применением порошок нужно растворить в 300 мл воды с низким содержанием натрия, чая или фруктового сока. По возможности ALKALA® “S“ следует принимать во время еды, так как усвоение калия и магния в клетке зависит от инсулина.

Рекомендуется принимать препарат с осторожностью людям с почечной недостаточностью. В этом случае необходимо сократить дозу и не принимать щелочных препаратов, так как это перегрузит почки. Также ALKALA® “S“ нельзя принимать вместе с препаратами, влияющими на баланс калия, а также при гиперкалиемии или алкалозе.

При выраженном закислении на начальных этапах лечения рекомендуется максимальная дозировка (1 ч.л. 2 раза в день), необходимая для насыщения калием и выведения кислоты из клеток. Главная цель — отрегулировать уровень pH в моче так, чтобы утром моча была кислой (pH 6,5-7), а потом становилась щелочной и снова смещалась в сторону кислотности к вечеру (pH 5,5).

Это требует постоянного мониторинга pH и регулировки дозы ALKALA® “S“. При его совместном приёме с ALKALA® “N“ происходит быстрая нейтрализация кислотности во внеклеточной соединительной ткани.

Итак, ALKALA® “S“ предназначен для нейтрализации внутриклеточного закисления. Для решения этой задачи вначале принимается ALKALA® “N“ в течение 14 дней. Далее дополнительно назначается ALKALA® “S“ и их совместный приём осуществляется ещё 4-6 недель.

Вертманн К., д-р мед.

Werthmann K. CITROKEHL to improve the chances of success with therapy. The significance of Acidum citricum, still frequently ignored // SANUM-Post. 1999. 12. 24-27.

ЦИТРОКЕЛЬ – препарат потенцированной лимонной кислоты

Для большинства врачей лимонная кислота — это практически неизвестный и мало используемый препарат в лечебной практике.

Из биохимии известно, что лимонная кислота обеспечивает энергией клетки организма. Еще в 1953 году биохимик Hans-Adolf Krebs описал лимонную кислоту как центральное звено энергетического цикла лимонной кислоты в клетках, называемый сейчас циклом Кребса. Цикл связан с метаболизмом жиров, белков и углеводов с участием уксусной кислоты. Лимонная кислота в цикле Кребса синтезируется из ацетона, ацетил-коэнзима А, уксусной кислоты. Дальнейшие метаболические процессы обеспечивают энергию в процессе дегидратации, когда водород окисляется в дыхательной цепи. Организм использует выделяемую энергию через окислительное фосфорилирование для образования АТФ и АДФ.



Будучи центральным звеном в цикле Кребса и окислительно-восстановительной системе, лимонная кислота может считается важным гомеопатическим/изопатическим препаратом, влияющим на биохимические реакции цикла. Каким бы ни было заболевание, острым или хроническим, злокачественным и доброкачественным, применение лимонной кислоты всегда имеет смысл и всегда оправдано.

Лимонная кислота в препарате ЦИТРОКЕЛЬ (Citrokehl) находится в гомеопатических разведениях/потенциях D10/D30/D200.

Лимонная кислота принимает участие в цикле Aspergillus niger, что расширяет спектр применения препарата.

Фаза импрегнации по Х.Рекевегу: характеризуется выраженными нарушениями окислительно-восстановительного потенциала клеток поражённых органов. Этим объясняется необходимость включения потенцированной лимонной кислоты ЦИТРОКЕЛЬ в комплекс терапии, что приводит к значительному сокращению времени редукции симптомов и укорачивает сроки лечения ряда заболеваний:

- заболевания органов дыхательной системы, например, бронхиальная астма или астматический бронхит,
- кожные болезни, зудящий дерматит, нейродермит, псориаз, красный плоский лишай,
- предраковые состояния различных органов и тканей,
- заболевания фазы неоплазий,
- заболевания ЖКТ: пищевые аллергии, воспалительные и дегенеративно-дистрофические процессы в ЖКТ, атрофия слизистой оболочки кишечника и связанный с ней синдром повышенной проницаемости,
- травмы надкостницы, кровоизлияния в субпериост, болевой синдром из-за повреждения надкостницы,
- стенокардия, сердечная недостаточность, артериосклероз, геморрой. Лимонная кислота снижает выраженность алкалоза крови и, следовательно, замедляет ферментативный метаболизм и молочно-кислое брожение, что способствует снижению вязкости крови и гидратации тканей,
- психические нарушения и стрессы,
- воспалительные процессы слизистой ротовой полости.

Согласно W.Boericke, применение лимонной кислоты эффективно при раковых болях и сопутствующей терапии опухолей дыхательных путей.

Кроме того, применение лимонной

кислоты целесообразно при следующей патологии и симптоматике:

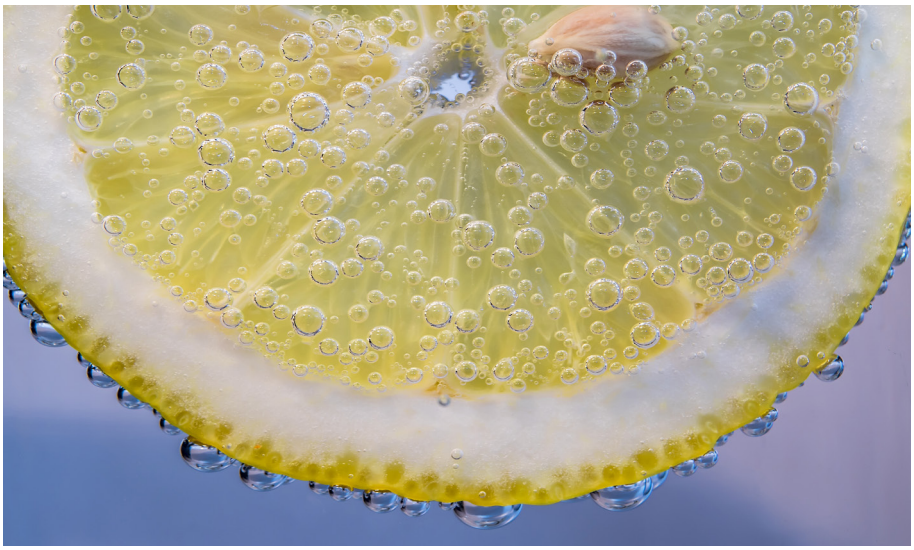
- обструкция дыхательных путей, состояние ухудшается в условиях тепла, чувство нехватки воздуха,
- нарушения развития детей,
- непереносимость алкоголя и сахара, холодные, влажные руки,
- пародонтоз, гингивит, цинга, потемнение зубной эмали и зубной налет,
- сонливость у пожилых людей, нарушения памяти (часто переспрашивают), приподнятое настроение и большие планы, но отсутствие энергии для их выполнения,
- полное отсутствие интереса к сексу, импотенция, фригидность и проблемы с фертильностью.

Как показывает опыт, при лечении хронических заболеваний с использованием гомеопатических/изопатических препаратов очень важно использовать сочетание потенций, потому что, с одной стороны, низкие потенции влияют на острые фазы заболеваний, с другой стороны, средние и высокие – на хронические заболевания.

В педиатрии ЦИТРОКЕЛЬ назначается при патологии слизистой ЖКТ. С одной стороны, речь идет о хроническом воспалении, вызванном атрофией слизистой оболочки кишечника, с другой стороны - острые состояния органов ЖКТ на фоне его хронических болезней. Это означает, что даже маленьким детям надо его использовать для лечения практически всех кишечных расстройств, наряду с соблюдением диеты К.Вертмана, которая предписывает ограничение употребления коровьего молока и куриных яиц. В этих случаях эффективно дополнение к лимонной кислоте препарата ФОРТАКЕЛЬ. Сочетание ЦИТРОКЕЛЬ и ФОРТАКЕЛЬ чрезвычайно эффективно при расстройствах стула у детей, которые можно купировать буквально за несколько часов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Во время похода в горы 12-летний мальчик остановился в домике, где ему предложили перекусить большой порцией яичницы с беконом.



Спустя некоторое время мальчик стал жаловаться на сильную боль в животе и слабость. Назначена растворенная в горячем ромашковом чае 1 таблетка ЦИТРОКЕЛЬ. Эффект восстановления тонуса, купирования болей и улучшения состояния проявился уже через 10 минут.

В данном случае, ферментная недостаточность поджелудочной железы явилась причиной ослабленного пищеварения при обильном употреблении пищи. Растворенная в горячем растворе растворённая таблетка быстро попала в двенадцатиперстную кишку и абсорбировалась.

Таким образом, таблетки ЦИТРОКЕЛЬ рекомендуется всегда иметь в домашней аптечке и брать с собой в поездку.

Следует отметить, что ЦИТРОКЕЛЬ как при приёме внутрь в таблетках, так и при инъецировании (ампулы 2 мл) никогда не вызывал побочных эффектов. Это можно объяснить тем, что лимонная кислота в гомеопатических разведениях является веществом, известным организму, присутствующим в его клетках.

Таблетки ЦИТРОКЕЛЬ чаще назначаются детям и подросткам: ½ таблетки 2 раза в день, растворить в горячем ромашковом чае или в сильно разведенном малиновом напитке.

Детям от 4 до 10 лет можно давать по 1 таблетке 2 раза в день.

Доза для подростков и взрослых — 1-2 таблетки 3 раза в день.

Взрослым чаще всего рекомендуются инъекции ЦИТРОКЕЛЬ с одновременным внутренним приёмом таблеток.



Хайдль Р., д-р мед.

Heidl R. Application Study with CITROKEHL for injection in children. Statistical evaluation of the important characteristics // Sanum-Post. 1999. 61. 5-11.

Статистические данные по изучению терапевтической эффективности препарата ЦИТРОКЕЛЬ в ампулах у детей

1. ВВЕДЕНИЕ

В исследовании приняли участие 72 ребенка, проходивших лечение у 3-х врачей. Использован стерильный изотонический раствор гомеопатического препарата ЦИТРОКЕЛЬ 1 мл - сочетание потенций лимонной кислоты D10/D30/D200.

Цель клинического исследования — определить область применения препарата, его эффективность и переносимость в условиях повседневной терапевтической практики. Учитывались все пациенты, которые получали хотя бы одну дозу препарата.

2. УЧАСТНИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего в клиническом исследовании приняло участие 72 ребёнка обоих полов: 41 мужского пола (56,9%) и 31 женского (43,1%). Возраст пациентов варьировал от 5 до 12 лет, средний возраст составил 9,1±2,1 года. Мальчики со средним возрастом 8,7±2,1 были примерно на 10% моложе девочек, чей средний возраст составил 9,5±1,9 лет. Рост варьировал от 85 до 167 см, средний рост составил 132,9±20,9 см (у девочек – 133,0±22,3 см; у мальчиков – 132,9±19,9 см). Вес составил от 18 до 60 кг, средний вес 35,3±9,0 кг (у девочек - 36,2±7,7 кг; у мальчиков – 34,6±9,9 кг).

2.1. Диагноз и сопутствующие заболевания

Диагноз, в результате которого был назначен изучаемый препарат, описан в протоколе исследования. Как выяснилось, препарат чаще всего использовался для лечения атопического дерматита, бронхита и синуситов (50% пациентов).

Для того, чтобы получить оценку длительности хронических заболеваний в протоколе исследования был задан вопрос о том, как долго пациент страдает заболеванием или имеет проблемы со здоровьем. Ответы были от менее 6 месяцев до 1 года и более 3-х лет. У 25 пациентов (35,7%) продолжительность заболеваний была менее 6 месяцев. 22 пациента (31,4%), у которых длительность заболевания была более 3-х лет, вошли в следующую наиболее многочисленную группу. 16 пациентов (22,9%) указали период от 6 месяцев до 1 года. Два пациента не ответили на этот вопрос.

Из 72 пациентов, принимавших участие в исследовании, только 1 (11-летний мальчик с острым синуситом) уже лечился препаратом ЦИТРОКЕЛЬ.

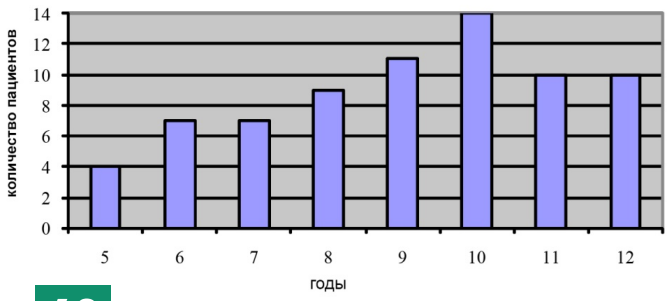
3. ДОЗИРОВКА И ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

3.1. Сроки консультаций и длительность лечения

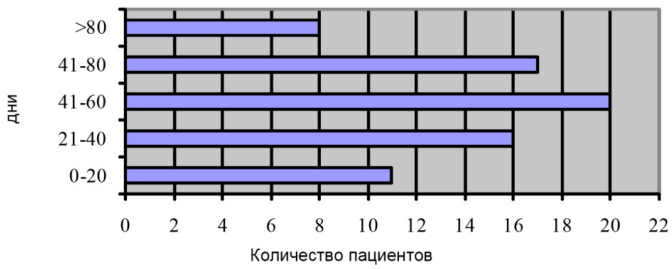
Клиническое исследование не подразумевает жесткой временной установки по срокам его проведения. В данном случае продолжительность проведения исследования составила от 7 до 161 дня, в среднем 51,8±28,7 дней.

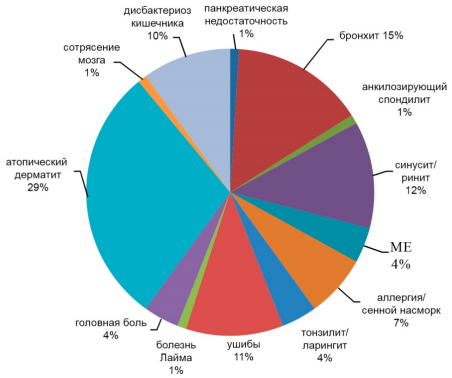
Длительность лечения у девочек и мальчиков была примерно

ВОЗРАСТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ



ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ





Диагнозы

одинаковой (53,9±27,8 дней у девочек и 50,1±29,2 дней у мальчиков).

3.2. Дозировка

Дозировка назначалась в соответствии с инструкцией к препарату: 2 мл вводилось внутримышечно 1-3 раза в неделю. Средняя доза составила 4,7±1,7 мл в неделю, при этом минимальная доза была 1 мл, а максимальная 8 мл в неделю. Если всех пациентов разделить на две группы — дети до 8 лет и от 9 до 12 лет, то можно установить, что в обеих возрастных группах дозировка была одинаковой. Пациенты в группе до 8 лет инъецировали в среднем 4,5±1,7 мл, а пациенты в группе от 9 до 12 лет инъецировали 4,8 ± 1,6 мл в неделю.

4. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ

4.1. Мнение врачей и пациентов об эффективности препарата

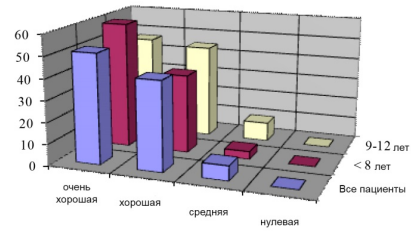
На последнем этапе оценки, врачей и пациентов просили оценить эффективность и переносимость препарата. Эффективность оценивадась как «очень хорошая», «хорошая», «средняя» или «не эффективная». Все пациенты и все врачи выразили свое мнение по поводу эффективности. 37 пациентов (51,4%) оценили эффективность как «очень хорошую», 30 пациентов (41,7%) – как «хорошая» и 5 пациентов (6,9%) - как «средняя». Ни у кого из пациентов не возникли вопросы по эффективности препарата.

Оценка врачей оказалась такой же положительной. Врачи оценили эффективность препарата для 39 пациентов (54,2%) как «очень хорошую» и для 26 пациентов (36,1%) как «хорошую». У 6 пациентов (8,3%) врачи диагностировали слабый эффект и у одного пациента (1,4%) эффекта не было. В группе пациентов до 8 лет, эффективность, в основном, оценили, как «очень хорошую» и врачи, и пациенты. Статистически значимых различий в оценке эффективности препарата между двумя возрастными группами не установлено.

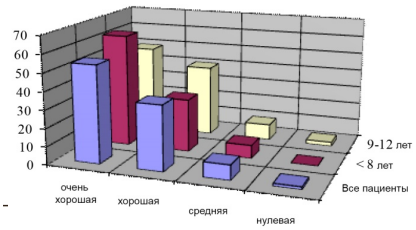
4.2. Оценка переносимости препарата врачами и пациентами

В заключении исследования врачи и испытуемые дали свою оценку переносимости. Они могли оценить переносимость следующим образом: «очень хорошая», «хорошая», «недостаточно хорошая» или «плохая». Все пациенты и все врачи выразили свое мнение о переносимости препарата и дали только «очень хорошую» и «хорошую» оценку. Всего 70 пациентов (97,2%) оценили переносимость как «очень хорошую» и два пациента (2,8%) как «хорошую». По мнению врачей, переносимость оказалась «очень хорошей» для 71 пациента (98,6%) и «хорошей» для одного пациента (1,4%). Такой отличный результат был получен в обеих возрастных группах. Мнение врачей о переносимости препарата среди пациентов в группе от 9 до 12 лет было на 100% «очень хорошая».

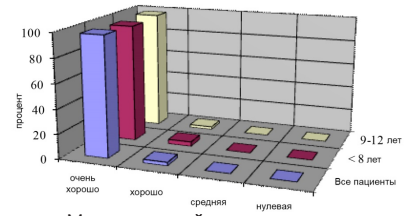
Мнение пациентов об эффективности



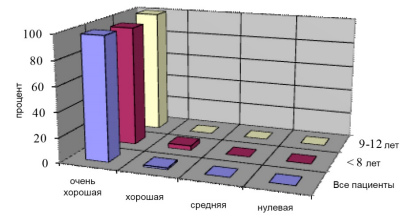
Мнение врачей об эффективности



Мнение пациентов о переносимости



Мнение врачей о переносимости



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ								
Группы пациентов	Мнение пациентов (%)				Мнение врачей (%)			
	очень хорошая	хорошая	средняя	нулевая	очень хорошая	хорошая	средняя	нулевая
Все пациенты	51,4	41,7	6,9	0	54,2	36,1	8,3	1,4
< 8 лет	59,3	37,0	3,7	0	63,0	29,6	7,4	0
9-12 лет	46,7	44,4	8,9	0	48,9	40,0	8,9	2,2

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ								
Группы пациентов	Мнение пациентов (%)				Мнение врачей (%)			
	очень хорошая	хорошая	средняя	нулевая	очень хорошая	хорошая	средняя	нулевая
Все пациенты	97,2	2.8	0	0	98,6	1,4	0	0
< 8 лет	96,3	3.7	0	0	96,3	3.7	0	0
9-12 лет	97,8	2.2	0	0	100,0	0	0	0

4.3. Побочные эффекты и прекращение лечения

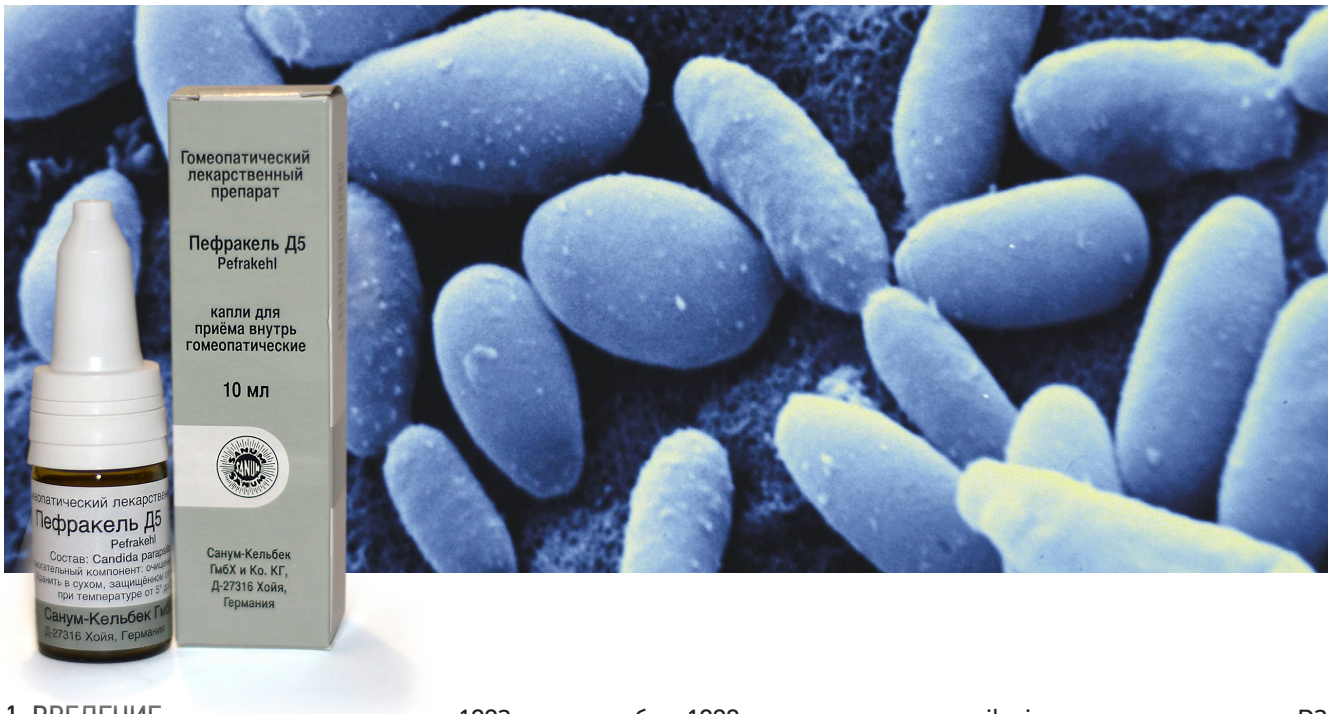
Ни один пациент не прервал терапию ЦИТРОКЕЛем.

Побочных эффектов или нежелательных последствий не наблюдалось.

Хайдль Р., д-р мед.

Heidl R. Statistical Evaluation of an Application Study with the Preparation Series PEFRAKEHL in the administration forms: capsules, drops, suppositories, ointment and injection// SANUM-Post. 2001. 76. 17-22.

Статистические данные по изучению терапевтической эффективности препарата Пефракель в ампулах, флаконах-капельницах, капсулах, свечах и мазях

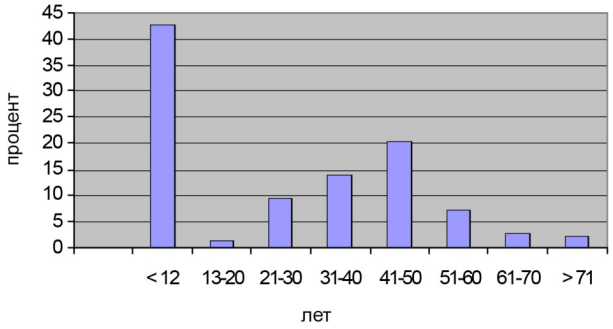


1. ВВЕДЕНИЕ

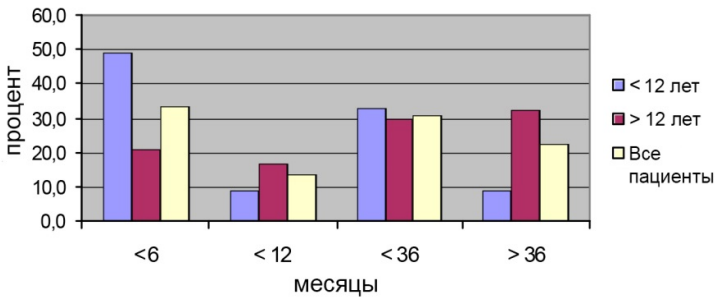
Всего в исследовании приняло участие 142 пациента, наблюдавшихся у 11 специалистов, 3 из которых терапевты, 7 врачей общего профиля и 1 отоларинголог. Исследование проводилось с июля 1993 г. по ноябрь 1999 г. по применению препарата ПЕФРАКЕЛЬ в ампулах, флаконах-капельницах, капсулах, свечах и мазях.

Гомеопатический препарат ПЕФРАКЕЛЬ содержит иммуногенный полисахаридный комплекс Candida parapsilosis в разведениях от D3 до D6, в зависимости от лекарственной формы. ПЕФРАКЕЛЬ во флаконах-капельницах содержат водный раствор Candida parapsilosis в разведении D5, в ампулах - стерильный изотонический раствор

ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА



ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАЛИЧИЯ СИМПТОМОВ



Candida parapsilosis в разведении D6, в капсулах - Candida parapsilosis D4, в свечах - Candida parapsilosis D3, в мазях - Candida parapsilosis D3.

Цель исследования - определить область применения препарата, а также его переносимость в условиях ежедневного приема. Также было важно выявить, как препарат назначают специалисты, особенно для лечения детей. В соответствии с целями и задачами для проведения исследования использовались только описательные статистические методы. Применение индуктивных методов не предусматривалось. Проводился анализ intent-to-treat - анализ результатов исследования, исходя из первоначально назначенного лечения. Это означает, что все пациенты, которые получили хотя бы одну дозу препарата, были включены в исследование.

2. УЧАСТНИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняло участие 142 пациента, из них 31% мужчин и 69% женщин.

Возраст пациентов варьировал от 3 до 80 лет, средний возраст составил 27,0, стандартное отклонение 20,8 лет. 42,8% пациентов были младше 12, а 1,4% пациентов были в возрасте от 13 до 20 лет. Возрастная группа от 21 до 30 лет составила 9,4%, от 31 до 40 лет - 13,8%. Второй самой многочисленной возрастной группой оказалась группа пациентов в возрасте от 40 до 50 лет (20,3%). Возраст у 7,2% пациентов составил от 51 до 60 лет, 2,9% - от 61 до 70 лет и 2,2% - старше 70 лет. Что касается структуры возраста, то средний возраст пациентов мужского пола составил 24,3±21,8, что на 4 года младше женщин, средний возраст которых составил 28,2±20,2.

Рост варьировал от 62 до 186 см и в среднем рост составил 145,5±33,3 см. Вес варьировал от 5,8 до 115 кг, средний вес - 50,6±25,6 кг.

2.1. Диагнозы и сопутствующие заболевания

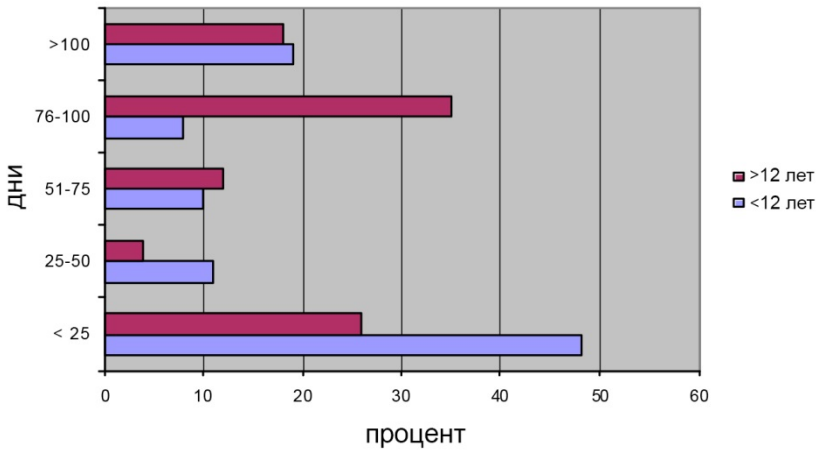
В протоколе исследования были указаны диагнозы – показания для назначения терапии препаратом ПЕФРАКЕЛЬ.

ПЕФРАКЕЛЬ, согласно правилам изопатии, применяется довольно широко. Его применение не зависит от возраста пациента. Основное назначение - микозы кишечника и микозы кожи. В возрастной группе до 12 лет ПЕФРАКЕЛЬ также назначался при бронхите, рините, ангине и отите. Диагноз ставился до и после лечения.

Согласно протокола исследования, определялась длительность заболеванием и время появления первых жалоб. Анализировались следующие варианты ответов: менее 6 месяцев, до 1 года, до 3-х лет и более 3-х лет.

33,3% пациентов были больны менее 6 месяцев, 13,5% - от 6 до 12 месяцев, 31,0% - от 1 года и до 3-х лет и 22,2% - более 3-х лет. Сравнение 2 групп пациентов до 12 лет и старше 12 лет выявило, что почти половина детей младше 12 лет (49,1%) заболели менее 6 месяцев назад и примерно 1/3 пациентов из этой возрастной группы болели от 1 года до 3-х лет. В группе взрослых пациентов старше 12 лет преобладали жалобы на хронические заболевания в течение от 1 года до 3-х лет

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ



Длительность наличия симптомов	Пациенты < 12 лет (%)	Пациенты > 12 лет (%)	Количество пациентов (%)
< 6	49,1	21,1	33,3
6-12	9,1	16,9	13,5
< 36	32,7	29,6	31,0
> 36	9,1	32,4	22,2

- у 29,6% и в течение более 3-х лет – у 32,4%.

30 пациентов (28 пациентов младше 12 лет и 2 пациента старше 12 лет), включенных в исследование, ранее принимали ПЕФРАКЕЛЬ.

3. ДОЗИРОВКА И ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

3.1. Сроки обследования, длительность лечения

Характер исследования не предусматривал жёстких сроков его проведения. Окончательные осмотры проводились в период от 3 до 733 дней, средний период составил 77±88 дней.

Длительность лечения у детей младше 12 лет в среднем составила 69,0±110,3 дней и была всего на 12 дней короче, чем длительность лечения в группе старше 12 лет, в которой её средняя продолжительность составила 81,7±67,7 дней. В возрастной группе до 12 лет острые состояния купировались максимум в течение 25 дней (48,2% пациентов), старше 12 лет - у 27,2% пациентов. У 35,8% пациентов группы взрослых длительность лечения составила от 75 до 100 дней.

3.2. Дозировка

Дозировка определялась в соответствии с инструкцией к препарату.

ПЕФРАКЕЛЬ в растворе во флаконах-капельницах принимался перорально по 8 капель 1 раз в день ежедневно до еды. Использовались ингаляции: глубокое вдыхание 20-30 раз 2-3 раза в день.

МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ:

а) 1 раз в день по 5-10 капель на пораженную область или в локтевую ямку.

б) в случаях, когда одновременно выполнялись инъекции, втирание 5-10 капель препарата проводилось 2 раза в неделю в безинъекционные дни.

1,0 мл изотонического раствора ПЕФРАКЕЛЬ в ампулах инъецировался внутримышечно, внутрикожно, подкожно или внутривенно 2 раза в неделю.

ПЕФРАКЕЛЬ в капсулах принимался по 1-3 капсулы ежедневно с небольшим количеством воды до завтрака или по вечерам перед сном.

Свечи ПЕФРАКЕЛЬ использовались ректально 1 раз в день на ночь перед сном.

Мазь ПЕФРАКЕЛЬ наносилась 1-3 раза в день тонким или толстым слоем на поражённую область с использованием повязки.

Распределение по приёму лекарственных форм было следующим: 55 пациентов принимали капсулы, 46 – раствор перорально, 12 – использовали раствор местно, 3 – делали ингаляции, 12 - вводили свечи, 50 - использовали мазь и 18 - выполняли инъекции. Некоторые формы препарата комбинировались.

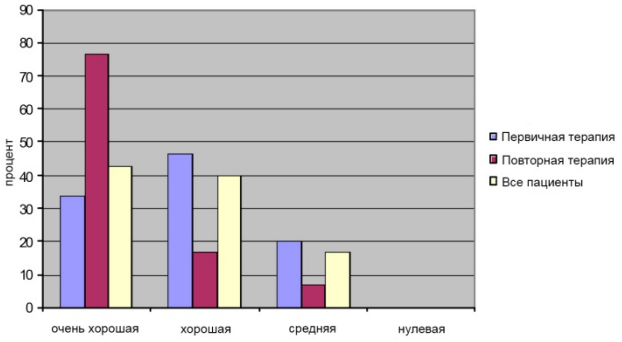
В возрастных группах младше 12 лет и старше не отмечалось значительной разницы в дозировке. Кроме монотерапии одной формой препарата применялось также лечение с применением двух или трех форм одновременно. В возрастной группе старше 12 лет преобладали комбинации инъекций с другими лекарственными формами препарата.

	ВСЕ ПАЦИЕНТЫ, n		
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ	СРЕДНЯЯ ДОЗИРОВКА	МИНИМАЛЬНАЯ ДОЗИРОВКА	МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗИРОВКА
Капсулы	1,7±0.8	1	3
Капли для перорального приема	7,8±1.8	4	10
Капли для втирания	4	6	10
Капли для ингаляции	5,3±2.0	3	8
Суппозитории	1	1	1
Мазь (см)	2,3±1.7	1	10
Инъекции (мл)	1,7± 0.5	1	2

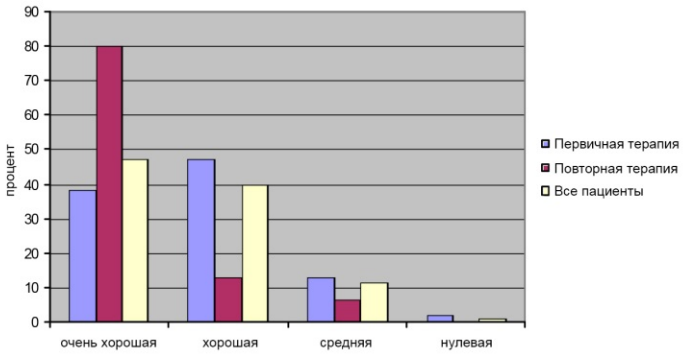
	ПАЦИЕНТЫ МЛАДШЕ 12 ЛЕТ, n			
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ	СРЕДНЯЯ ДОЗИРОВКА	МИНИМАЛЬНАЯ ДОЗИРОВКА	МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗИРОВКА	ПАЦИЕНТЫ
Капсулы	1,5±0,8	1	3	11
Капли для перорального приема	7,2±1,7	4	10	30
Капли для втирания	8,2±1,1	6	10	10
Капли для ингаляции	8	8	8	1
Суппозитории	1	1	1	8
Мазь (см)	2,4±2,0	1	10	20

	ПАЦИЕНТЫ СТАРШЕ 12 ЛЕТ, n			
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ	СРЕДНЯЯ ДОЗИРОВКА	МИНИМАЛЬНАЯ ДОЗИРОВКА	МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗИРОВКА	ПАЦИЕНТЫ
Капсулы	1,7±0,9	1	3	44
Капли для перорального приема	9,1±1,4	5	10	16
Капли для втирания	8	8	8	2
Капли для ингаляции	4,0±1,0	3	5	2
Суппозитории	1	1	1	4
Мазь (см)	2,2±1,4	1	6	30
Инъекции (мл)	1,7±0,5	1	2	18

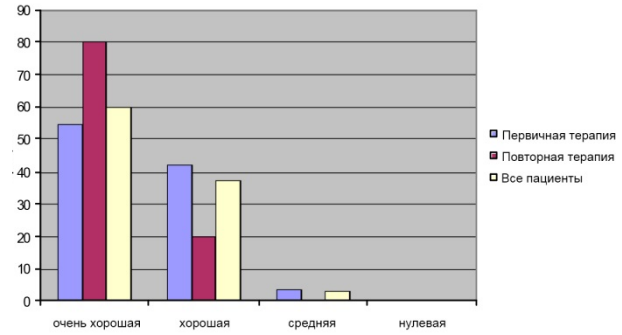
МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ



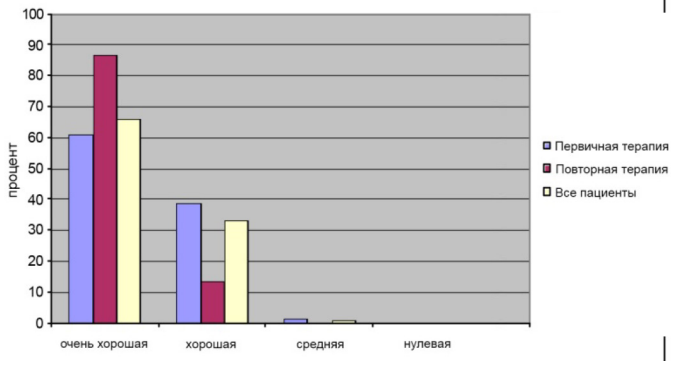
МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ



МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ОБ ПЕРЕНОСИМОСТИ



МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ ОБ ПЕРЕНОСИМОСТИ



У 16 пациентов инъекции назначались вместе с приёмом капсул, у 3 пациентов - с применением мази. 2-х пациентов лечили капсулами и свечами, а 10 пациентам назначали капсулы и мазь. 2 пациента делали ингаляции и втирали мазь, еще 2 пациентам раствор использовали местно. В возрастной группе до 12 лет инъекции не назначались. 1 пациенту в этой группе было назначено следующее комбинированное лечение: ингаляции и мазь, свечи и пероральный приём, местное применение, свечи и мазь. Применение мази и свечей, а также мази и раствора местно осуществлялось 2 пациентами. 4 пациента наносили раствор местно и использовали свечи, а 10 пациентов втирали мазь и принимали капсулы. Комбинированное лечение ПЕФРАКЕЛем в разных лекарственных формах препарата проводилось у 36% детей и 41% взрослых.

4. СРАВНЕНИЕ С ПРЕДЫДУЩИМ ЛЕЧЕНИЕМ

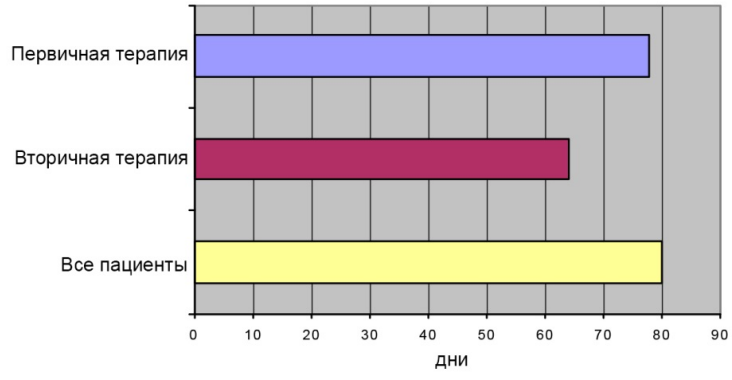
За последние пять лет 30 пациентов (21%) ранее использовали одну из форм препарата ПЕФРАКЕЛЬ. Сравнивалась эффективность и переносимость препарата в обеих возрастных группах при первичном или повторном применении.

В плане переносимости результаты оказались лучше у пациентов, которые принимали препарат повторно, в отличие от тех, кто принимал ПЕФРАКЕЛЬ впервые. В группе пациентов, которые впервые принимали препарат, и врачи, и пациенты оценили переносимость как «очень хорошую» и «хорошую». Оценка переносимости как «очень хорошая» превалировала в группе пациентов, которые раньше принимали ПЕФРАКЕЛЬ. Полученные данные говорят об отсутствии риска возникновения аллергической реакции у пациентов на активное вещество Candida parapsilosis.

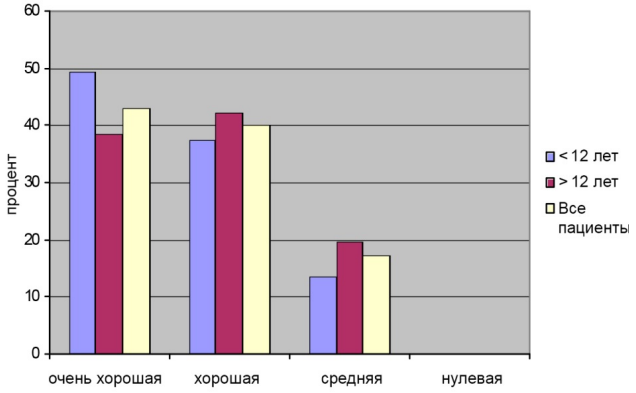
Что касается эффективности, то пациенты, ранее принимавшие препарат, и врачи оценивают ее как «очень хорошую». Результат в этой группе вдвое выше, чем у пациентов, впервые принимавших ПЕФРАКЕЛЬ.

Средняя длительность лечения составила 66,6±39,0 дней. При чём в группе пациентов, ранее принимавших препарат, длительность лечения составила 11 дней, что меньше среднего показателя. Те,

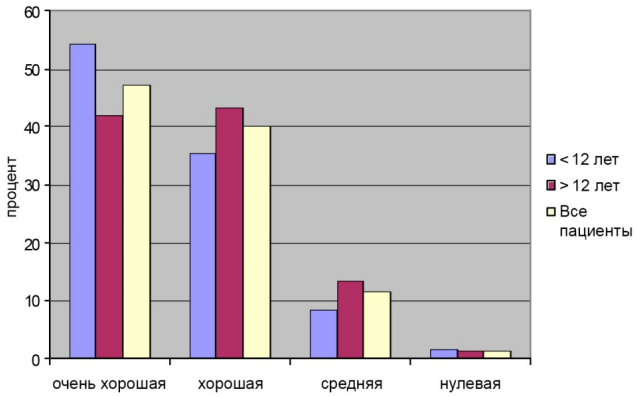
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ



МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ



МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ



кто принимал препарат впервые, лечились в среднем на 14 дней дольше (80,0±96,8 дней).

5. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ

5.1. Мнение врачей и пациентов об эффективности препарата

По окончанию исследования врачи и пациенты оценивали эффективность и переносимость препарата. Оценка эффективности была следующей: «очень хорошая», «хорошая», «средняя» или «нулевая». Врачей также просили оценить соблюдение пациентами терапевтической схемы: «очень хорошо», «хорошо», «средне» и «нулевая». Оценка эффективности показала, что 42,9% пациентов оценили эффективность как «очень хорошую», 40,0% - как «хорошую», 17,1% - как «среднюю». Никто из пациентов не оценил препарат как неэффективный. Результаты оценки эффективности препарата врачами также оказались положительными. В 47,1% случаев врачи оценили эффективность как «очень хорошую», 40,0% - как «хорошую», 11,5% - как «среднюю» и 1,4% - как «нулевую».

По мнению врачей (n=124), эффективность препарата была оценена как «очень хорошая» у 76 пациентов, «хорошая» - у 38 и «средняя» - у 10.

Таким образом, 80,3% из всех пациентов, участвовавших в исследовании, получили оценку «хорошо» и «очень хорошо». Ни у одного из пациентов не было оценки «без эффекта».

5.2. Мнение врачей и пациентов о переносимости препарата

В заключение исследования врачи и пациенты оценивали переносимость препарата. Варианты оценки переносимости: «очень хорошая», «хорошая», «средняя» или «нулевая». 59,9% пациентов и 66,2% врачей оценили переносимость как «очень хорошую», а 37,3% пациентов и 33,1% врачей оценили переносимость препарата ПЕФРАКЕЛЬ, как «хорошую», 2,8% пациентов и 0,7% врачей поставили оценку «средняя» и никто не поставил «ноль».

В группе детей до 12 лет пациенты и врачи оценили переносимость лучше, чем в группе старше 12 лет. В 1-й группе оценку «очень хорошо» поставили 78,0% пациентов и 84,7% врачей, в то время как во взрослой

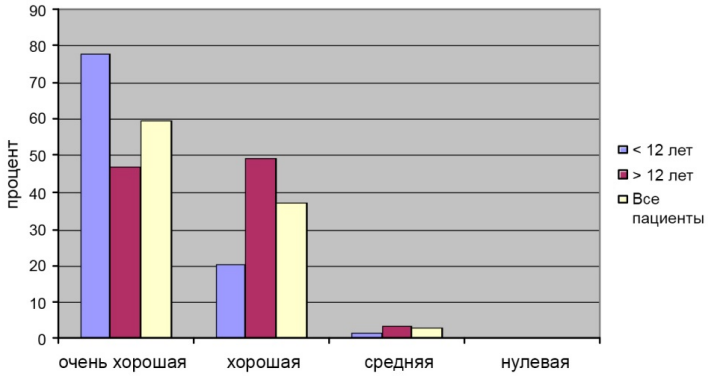
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

	Мнения пациентов (%)				Мнения врачей (%)			
	очень хорошая	хорошая	средняя	нулевая	очень хорошая	хорошая	средняя	нулевая
< 12 лет	49,2	37,3	13,5	0	54,2	35,6	8,5	1,7
> 12 лет	38,3	42	19,7	0	42	43,2	13,6	1,2
Все пациенты	42,9	40	17,1	0	47,1	40	11,5	1,4

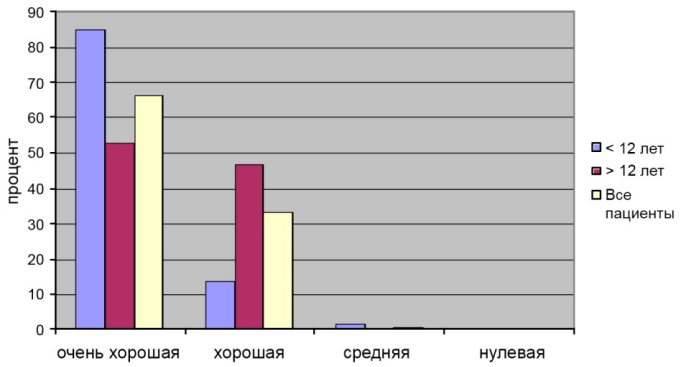
ОЦЕНКА ПЕРЕНОСИМОСТИ

	Мнения пациентов (%)				Мнения врачей (%)			
	очень хорошая	хорошая	средняя	нулевая	очень хорошая	хорошая	средняя	нулевая
Первичная терапия	54,5	42	3,5	0	60,7	38,4	0,9	0
Повторная терапия	80	20	0	0	86,7	13,3	0	0
Все пациенты	59,9	37,3	2,8	0	66,2	33,1	0,7	0

МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ОБ ПЕРЕНОСИМОСТИ



МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ ОБ ПЕРЕНОСИМОСТИ



группе эти показатели составили 47,0% и 53,0%, соответственно. В обеих возрастных группах не было поставлено оценки «ноль» ни врачами, ни пациентами.

5.3. Побочные эффекты и прекращение лечения

Начатое лечение препаратом ПЕФРАКЕЛЬ ни в одном случае не прерывалось.

В 6 случаях установлены побочные эффекты. Так, через 3 дня перорального приёма (1 раз в день по 8 капель) ПЕФРАКЕЛя у 10-месячного мальчика с микозом кишечника участился плач, который прошел после снижения дозировки. Через 9 дней для перорального применения (1 раз в день по 8 капель) у шестилетнего мальчика появилась скарлатина. Через 6 дней для перорального применения ПЕФРАКЕЛя у 1 пациента установлено развитие бронхита. Через 4 недели после применения мази ПЕФРАКЕЛЬ 49-летний пациент сообщил о гриппозной инфекции и межрёберной невралгии. Спустя 6 недель после применения мази ПЕФРАКЕЛЬ 50-летний пациент пожаловался на диарею, а через 7 недель у него появился насморк. Через 6 недель после использования мази у 48-летней пациентки возник насморк. Однако все эти состояния не имеют никакой связи с использованием ПЕФРАКЕЛя.

О побочных эффектах сообщалось при использовании разных форм препарата. Так, в 6 случаях после инъекции ПЕФРАКЕЛя отмечалось местное раздражение, которое прошло само по себе без дополнительных мер.

В период между 3-м и 12-м днями монотерапии микоза кишечника капсулами ПЕФРАКЕЛя сообщалось о появлении диареи (3 случая). Один случай диареи был отмечен у пациента с анальной экземой, которому проводилась комбинированная терапия (капсулы и мазь). Благодаря корректировке дозы, удалось избавиться от диареи. То же самое касается 8 случаев с тенезмами. В 3 случаях наблюдалась усталость на фоне комбинированной терапии капсулами и мазью (2 случая), капсулами и подкожными инъекциями (1 случай). Лечение продолжалось без изменений и все последствия прошли самостоятельно без всякой коррекции.

На 2-й и 20-й день лечения капсулами ПЕФРАКЕЛЬ и подкожными инъекциями у 26-летней пациентки с микозом кишечника появились жалобы на сухость во рту, которая через 20 дней терапии прошла.

В целом, никаких неконтролируемых реакций в ходе лечения не отмечалось.

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

142 пациента и 11 врачей (7 врачей общей практики, 3 терапевта и 1 отоларинголог) приняли участие в исследовании с июля 1993 г. по ноябрь 1999 г. по применению препарата ПЕФРАКЕЛЬ в различных лекарственных формах.

Возраст пациентов варьировал от 3 месяцев до 80 лет. Более 40% пациентов были младше 12 лет.

ПЕФРАКЕЛЬ, согласно правилам изопатии, применяется довольно широко. Применение препарата не зависит от возраста пациента. Основное назначение - микозы кишечника и микозы кожи. В возрастной группе до 12 лет ПЕФРАКЕЛЬ назначался при бронхите, рините, ангине и отите. Диагноз ставился до и после лечения.

Среди детей младше 12 лет лечение длилось в среднем 69,0±110,3 дней и было на 12 дней короче, чем во 2-й группе (81,7±67,7). Терапевтический эффект оценивался до и после лечения. Оценка эффективности препарата показала, что 82,9% пациентов и 87,1% врачей оценили эффективность как «очень хорошую» и «хорошую».

Оценка переносимости во 2-й группе показала, что 97,2% пациентов и 99,3% врачей оценили переносимость как «очень хорошую» и «хорошую». Терапия не прерывалась ни в одном случае.

Побочные эффекты и явления непереносимости проходили сами без применения дополнительных мер. Возможная связь с приёмом препарата ПЕФРАКЕЛЬ может иметь место только в 6 случаях (местное раздражение после инъекций). Показатели переносимости и эффективности препарата оказались лучше в группе пациентов младше 12 лет, чем в группе старше 12 лет.

Pay T., д-р мед.

Rau T. FOMEPIKEHL drops for the Treatment of Prostatic Adenoma. Results of an Application Study // SANUM-Post. 2003.64. 17-22.

Статистические данные по изучению терапевтической эффективности препарата ФОМЕПИКЕЛЬ во флаконах-капельницах при аденоме простаты



ВВЕДЕНИЕ

60 пациентам проводилось лечение гомеопатическим препаратом ФОМЕПИКЕЛЬ Д5 в форме капель. Активное вещество препарата ФОМЕПИКЕЛЬ Д5 – полисахаридный иммуногенный комплекс из Fomitopsis pinicola e muribus mycelia (трутовик окаймленный) Д5 в растворе во флаконах-капельницах 10 мл.

Главная задача исследования - выявление фактического действия препарата и определение переносимости в условиях повседневной терапевтической практики.

В исследовании применялись исключительно описательные статистические методы анализа. Проводилась оценка с «намерением вылечить» пациента, то есть учитывались все пациенты, даже те, которые принимали препарат хотя бы однократно.

Цель исследования — доказать, что гомеопатические капли ФОМЕПИКЕЛЬ Д5 могут успешно применяться лечении аденомы простаты.

ДИАГНОЗЫ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В исследовании приняли участие 60 пациентов. В протоколе исследования указывался диагноз аденомы простаты – показание для назначения препарата ФОМЕПИКЕЛЬ.

ВОЗРАСТ УЧАСТНИКОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ВАРЬИРОВАЛ ОТ 30 ДО 88 ЛЕТ, СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ СОСТАВИЛ 59 ЛЕТ:		
30-45 лет	11	(18%)
46-55 лет	16	(27%)
56-65 лет	12	(20%)
66-75 лет	12	(20%)
76-85 лет	8	(13%)
>85 лет	1	(2%)

Все 60 пациентов были включены в исследование с диагнозом «аденома простаты». О сопутствующих диагнозах не сообщалось.

Таким образом, выборка пациентов, принявших участие в исследовании охватила широкую группу лиц среднего возраста и несколько пожилых людей. Что касается возраста, мы видим, что выборка более или менее соответствует общему распределению пациентов, которым был поставлен аналогичный диагноз.

СРОКИ КОНСУЛЬТАЦИИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

У врачей не было фиксированного времени для осмотра пациентов, который проводился в период от 7 до 193 дней. Среднее время составило 48 дней.

Дозировка: средняя ежедневная доза составила 11 капель.

ДРУГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, НАЗНАЧАЕМЫЕ ОДНОВРЕМЕННО

В нескольких случаях были дополнительно назначены другие

препараты. Из них, не все препараты были назначены для лечения заболевания, изучаемого в данном исследовании:

ПРЕПАРАТ	КОЛ-ВО ПАЦИЕНТОВ
Плантаго	10
Витамин С	1
Флогензим	1

В остальных случаях, это были препараты, обладающие специфическим действием на аденому простаты:

ПРЕПАРАТ	КОЛ-ВО ПАЦИЕНТОВ
Сабаль (Сереноя)	6
Витамин Е	3
Сабаль + невральная терапия	1

Сабаль применяется для лечения аденомы простаты. Витамин Е, как известно, снижает риск развития рака, в частности рака предстательной железы. В этих 10 случаях, сложно оценить действие исследуемого препарата. Однако мы можем сделать предположение, что эти препараты принимались периодически, с перерывами, так как врачи могли включать в исследование только тех пациентов, которых лечили исключительно препаратом ФОМЕПИКЕЛЬ Д5.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Оценка эффективности и переносимости исследуемого препарата давалась отдельно врачами и пациентами.

Она осуществлялась по следующим критериям:

- вылечен (врач) или жалоб нет (пациент),
- состояние улучшилось,
- состояние немного улучшилось,
- без изменений.

Врачи оценили результат лечения, как «вылечен» у 26 пациентов, «состояние улучшилось» у 23 пациентов, «состояние немного улучшилось» у 8 пациентов и «без изменений» у 3 пациентов.

Оценка самих пациентов: жалоб не было у 28 пациентов, состояние улучшилось у 24 пациентов, состояние немного улучшилось у 6 пациентов и 2 пациентов оценили свое состояние «без изменений».

Мы видим, что мнение врачей и пациентов во многом совпадало.

Во всех случаях, врачи отмечали восстановление нормального мочеиспускания или сообщали о том, что период между актами мочеиспускания в ночное время увеличился.

Наряду с 47 положительными результатами, у 13 пациентов состояние немного улучшилось либо было без изменений.

ОЦЕНКА ПЕРЕНОСИМОСТИ, НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Оценка переносимости осуществлялась следующим образом:

- нет побочных эффектов,
- появление побочных эффектов.

По мнению врачей, у 56 пациентов переносимость препарата была «хорошей» или «без побочных эффектов». У 4-х пациентов были отмечены побочные эффекты, у 3-х из этих 4 случаев, установлен неудовлетворительный результат лечения. У 2 пациентов была отмечена диарея, как побочный эффект лечения. В другом случае это была диарея и зуд. Этот побочный эффект не может относиться к лечению исследуемым препаратом, учитывая принцип действия капель ФОМЕПИКЕЛЬ Д5. О других побочных эффектах после приема данного препарата не сообщалось.

Следовательно, мы можем прийти к выводу, что побочные эффекты у пациентов, принимавших участие в исследовании, были вызваны не только препаратом, но и другими дополнительными факторами. Несомненно, любые побочные эффекты неприятны для пациента, но в данном случае, побочные эффекты не влияют на здоровье. Ни в одном из случаев, лечение не было прервано из-за побочных эффектов.

ОЦЕНКА

Проводилось открытое неконтролируемое клиническое исследование. Цель исследования — показать, что гомеопатические капли ФОМЕПИКЕЛЬ Д5 можно успешно применять в лечении аденомы простаты.

В исследовании приняло участие 60 пациентов и в результате, было проанализировано 60 отчетов. В 10 случаях пациенты принимали другие препараты, которые обладают подобным действием, что и гомеопатические капли ФОМЕПИКЕЛЬ Д5 и назначаются при аналогичном заболевании (аденома простаты). Однако, так как врачей предупредили, что в исследовании могут принимать участие только те пациенты, которые лечились исследуемым препаратом, мы делаем вывод, что прием сопутствующих препаратов не был регулярным.

В выборке пациентов разного возраста после приёма средней ежедневной дозы 11 капель большинство, по оценке врачей, вылечились или их состояние улучшилось.

В большинстве случаев препарат хорошо переносился пациентами. У 4-х пациентов были отмечены побочные эффекты (диарея, зуд, тошнота), хотя предполагается, что эти состояние были вызваны не препаратом, а дополнительными факторами. Никто из пациентов не прекратил исследование по причине возникновения побочных эффектов.

Результаты данного исследования показали, что гомеопатические капли ФОМЕПИКЕЛЬ Д5 хорошо переносятся и являются эффективным средством терапии аденомы простаты.



Полякова Н.Б., Иноземцева И.Е., к.б.н.

Иммуномодулирующие эффекты Хеликсора: *случаи из ветеринарной практики*



Омелотерапия с использованием Хеликсора, как опухольлизирующего средства, получает всё большее распространение в ветеринарной практике, особенно по онкологическим показаниям, являющихся основными для назначения препарата. В то же время известны его иммуностимулирующие и иммуномодулирующие эффекты, выраженность которых при внутривенном введении Хеликсора существенно выше, что может значительно расширить спектр терапевтического применения Хеликсора.

СЛУЧАЙ 1.

Сука ирландского волкодава, 5 лет. В июне 2016 г. заболела с высокой температурой и респираторными явлениями. В течение 2-х недель получала гомеопатическое лечение. Состояние после лечения нормальное.

16.07.2016 г. возврат симптомов: подъём температуры до 41ОС, тяжелое дыхание, апатия, отказ от корма. УЗИ: небольшой плевральный выпот в синусах; отёк плевры; участки уплотнения в лёгких с обеих сторон; признаки умеренной объёмной перегрузки сердца.

Вновь назначено гомеопатическое лечение. Через 2 недели температура нормализовалась. Но крупные (до 5-7 см!) участки уплотнения в лёгких сохранялись. Собака похудела на 10 кг, аппетит восстановился только частично. Отмечалось отхаркивание небольших количеств беловатой, слизистой мокроты.

Вплоть до конца августа 2016 г. на УЗИ сохранялся отёк плевры без выпота; диагностировались небольшие плотные очаги в лёгких. Отмечалась умеренная дистрофия сердечной мышцы. Животное постепенно приходило в норму.

На 29.09.2016 г. собака находилась в относительно хорошем состоянии, но умеренный отёк плевры и небольшие плотные очаги в лёгких сохранялись.

В связи с отсутствием чётких симптомов и модальностей и дальнейшей положительной динамики продолжение используемого лечения было очень проблематичным по соображениям высокой вероятности рецидива болезни.

Было принято решение о проведении омелотерапии Хеликсором в виде внутривенных инъекций (в смеси с физиологическим раствором). Выполнено 6 инъекций: по 2,5 мг 2 раза и по 5 мг 4 раза.

Результаты лечения на 24.11.2016 г.: животное в нормальном состоянии, восстановился вес. На УЗИ: плевра без отёка, нет очагов уплотнения легочной ткани. Сердце без признаков патологии.



СЛУЧАЙ 2.

Сука бернского зенненхунда, 3-х лет. Летом 2016 г. владельцы обратились по поводу гомеопатического лечения типичной пиометры. По данным УЗИ увеличение рогов до 30-40 мл за счёт заполнения воспалительным экссудатом.

Общее состояние собаки - удовлетворительное. Лечение продолжалось в течение 3-недель, но стойкого эффекта не было - матка очищалась плохо, а затем стали нарастать симптомы интоксикации (присоединилась рвота и отмечался полный отказ от корма; собака сильно похудела). Было принято решение о хирургическом удалении матки. Операция прошла успешно.

Через неделю после операции возникло сильное кровотечение из культи матки, причиной которого мог быть ДВС-синдром. В течение 6 часов кровотечение было остановлено 3 дозами Миллефолиума 200С. Собака была ослабевшей, похудела на 12 кг. Учитывая необычную реактивность организма и особенности иммунитета, никаких препаратов не назначали.

Через 2 недели владельцы собаки сообщили, что у неё есть некоторые проблемы с пищеварением, а в животе прощупывается объёмное образование размером с человеческий кулак. На УЗИ: образование диаметром 8 см (послеоперационная гранулёма на культе матки, усугубившаяся перенесенным кровотечением в брюшную полость и, как следствие, спаечный процесс с кишечником).

Назначен курс внутривенных инъекций Хеликсора (на физиологическом растворе) в последовательно нарастающих концентрациях 1,6 мг; 2,5 мг; 5 мг; 7,5 мг; 10 мг – всего 8 инъекций. После проведенной омелотерапии внешне собака выглядела вполне здоровой.

На УЗИ в начале октября 2016 г. размер гранулёмы составлял 2-2,5 см. Периодически отмечались незначительные проблемы с желудочно-кишечным трактом, которые купировались гомеопатическими препаратами, назначаемыми в зависимости от симптоматики. В декабре 2016 г. владельцы сообщили, что собака полностью восстановилась.

ВЫВОДЫ

Хеликсор, назначаемый курсом внутривенных инъекций, является эффективным иммуноукрепляющим средством у животных. Отмечается его хорошая переносимость и отсутствие отрицательных побочных эффектов.

Липин А.В., Д.В.Н.

Глубокая пиодермия у собак: *рекомендации по САНУМ-терапии*

Пиодермия - бактериальная кожная инфекция, чаще всего вызываемая болезнетворными стафилококками. Это одно из самых распространенных кожных заболеваний у собак. При поверхностной пиодермии могут поражаться либо волосяные фолликулы (фолликулит), либо все слои эпидермиса (импетиго). При глубокой пиодермии (пододерматит) дерма поражается на всю толщину, иногда вовлекается подкожная жировая клетчатка. Проявляется отечностью дистальной области конечностей, болезненностью, хромотой и формированием свищей. Глубокая пиодермия у собак чаще проявляется в области плюсны, пястья и в межпальцевых складках.

Помимо стафилококков, этиологическим фактором пиодермии могут быть стрептококки, синегнойные палочки, протей и другие бактерии. Распространены также смешанные формы заболевания (например, совместно с демодекозом или дерматофитозами).

Глубокая пиодермия плохо поддаётся противомикробной терапии из-за низкого тканевого иммунитета.

Самое эффективное лечение на сегодняшний день - это иммуномодулирующая САНУМ-терапия с помощью противовоспалительных и специфических нозодов/вакцин Нотакель Д5, Пефракель Д5 и Утилин Д4, которые назначаются в виде подкожных инъекций 3 раза в неделю.

Кроме того, дополнительно используются Санукель Стаф Д5, Санукель Стреп Д5 и Санукель Канд Д5 – 1 раз в неделю поочерёдно.

Продолжительность САНУМ-терапии составляет – от 1,5 до 3-х месяцев.



Липин А.В., Д.В.Н.

Артрит у собак: методические *рекомендации по биотерапии*



Артрит – распространённое заболевание у собак.

Артриты встречаются в любом возрасте и в зависимости от причины, могут протекать остро или хронически. Исходя из причины, артриты можно разделить на две большие группы: артриты, возникающие из-за врождённой или приобретённой деформации сустава (дисплазия, недоразвитость связок и др.), и артриты, связанные с возрастной дегенерацией хрящевой ткани. Реже встречаются инфекционные и иммунореактивные артропатии.

К первой группе относятся артриты, возникающие из-за перегрузки участков хряща в результате нарушения механики сустава или травмы. Они проявляются внезапно в виде острого воспаления. Собака начинает припадать или вовсе не наступать на одну из лап. При этом попытка разогнуть конечность вызывает боль. Иногда можно заметить увеличение размера сустава (отёк), например, если это локтевой или коленный суставы. Такие артриты могут развиться в любом возрасте, но чаще встречаются у молодых животных.

Дегенеративные артриты характеризуются истончением основы суставного хряща, развиваются медленно и почти всегда переходят в остеоартроз. Дегенеративные изменения в суставах характерны для взрослых и старых собак. Хромота при таких артритах в первое время малозаметна, не очень выражен и болевой синдром. Однако в запущенных случаях боль может быть сильной и плохо сниматься анальгетиками.

Лечение артритов представляется довольно сложной задачей. Назначение только противовоспалительных препаратов редко приводит к полному выздоровлению, к тому же побочное действие этих лекарств ограничивает их применение.

В последнее время с большим успехом применяются биологические препараты, обладающие одновременно противовоспалительным и регенеративным действием. К ним относятся хондротропные пептиды в гомеопатических разведениях, клеточные катализаторы (Санувис, Цитрокель), изопатические САНУМ-препараты.

Биологический подход даёт возможность не только быстро купировать воспаление сустава, но и восстановить его функцию даже при выраженных дегенеративных/атрофических изменениях хрящей при остоартрозах.

Среди изопатических средств препаратами выбора являются Артрокелан А, Нотакель (острый артрит), Утилин, Формасан (артрозо-артриты).

Продолжительность лечения составляет 1-3 месяца в зависимости от степени дегенерации сустава и от активности воспаления.

При необходимости курсы биотерапии можно повторять без ограничений, поскольку все перечисленные препараты хорошо переносятся и не имеют побочного действия.

Для лечения иммунореактивных/аутоиммунных артритов на первом этапе для подавления аутоиммунного воспаления используется Хеликсор А по десенсибилизирующей схеме и препараты клеточных пептидов фетального тимуса и фетальной части плаценты. На втором этапе применяются вышеперечисленные хондротропные, изопатические средства, катализаторы.

Аутоиммунная патология суставов требует длительной и комбинированной терапии. Только при тщательном подборе лекарств с их этапным использованием удаётся добиться хороших и устойчивых результатов.



Липин А.В., Д.В.Н.

Медикаментозная гепатопатия у собак: *методические рекомендации по биотерапии*

Печень жизненно важный орган и самая большая железа в организме собаки. Она регулирует общий гомеостаз, перерабатывает все, всасываемые из кишечника питательные вещества, вырабатывает и выделяет желчь, обеспечивая нормальный процесс пищеварения. Кроме того, печень является основным регулятором углеводного обмена, а также участвует в синтезе альбумина и глобулина.

Печень очень устойчива к негативным воздействиям и может выдерживать даже длительную токсическую нагрузку, не проявляя каких-либо признаков недостаточности. Её способность к морфофункциональному восстановлению чрезвычайно высока, поэтому токсическое поражение печени происходит только при определённых условиях:

при попадании в организм гепатотоксического яда, передозировке лекарственного средства, при идиосинкразии на препарат, хорошо переносимый в других случаях.

Медикаменты с гепатотоксическим действием применяются не так часто. Это, прежде всего, цитостатики, тетрациклин, фенобарбитал.

В то же время повышенная чувствительность (идиосинкразия), может неожиданно проявиться ко многим препаратам. Например, описано много случаев токсического поражения печени от применения глазных капель, содержащих глюкокортикоиды, причем в некоторых из них препарат использовался однократно. После отмены препарата печень очень часто восстанавливается самостоятельно, но когда этого не происходит, токсические гепатопатии приобретают хроническую форму и протекают в виде липидоза, некроза, фиброза или цирроза печени.

Клинические проявления хронического поражения печени весьма разнообразны и часто не специфичны. К ним можно отнести плохой аппетит, не сформированный стул, сменяющийся запорами, стул с кровью (мелена), иногда быстрая утомляемость, угнетение. Может наблюдаться недостаточность массы тела животного, даже при полноценном его питании или, наоборот, ожирение.

Диагноз по медикаментозному поражению печени ставится на основании информации о приёме лекарственных средств, ультразвукового и рентгенологического обследований и данных биохимического анализа, который необходим для объективной оценки функциональной активности печени.

Лечение хронической печёночной недостаточности, развившейся в результате негативного медикаментозного воздействия, в ветеринарной практике вызывает большие затруднения, если используются традиционные подходы. Наиболее эффективно применение биологической терапии, направленной на регенерацию клеток печени и восстановление её функций. Очень важно, что такая биотерапия не вызывает дополнительной токсической нагрузки на организм и исключает риск неадекватной реакции со стороны печени.

Наилучший результат отмечается при использовании следующей терапевтической схемы: препараты пептидов печени и тимуса, нозода Фортакель и гомеопатических средств, содержащих высокие разведения Arsenicum album.

При подозрении на вирусную природу гепатопатии лечение дополняется препаратом Хеликсор А или М. Продолжительность омелотерапии – от 3 до 6 месяцев.

Общее состояние заболевшего животного улучшается уже после первых нескольких дней от начала лечения, а биохимические показатели крови приходят в норму, как правило, к концу второго месяца лечения.

В дальнейшем, желательно проводить мониторинг состояния животных с токсическим поражением печени – с начала 1 раз в 3 месяца, затем – 1 в полгода.

КРЕМ, КОТОРЫЙ ДОЛГО ЖДАЛИ –

уникальное увлажнение и омоложение с Дидьер® крем с Германием



Крем с Германием для дневного и вечернего ухода для всех типов кожи, но особенно подходит для зрелой и чувствительной кожи

В данный момент на рынке косметологических средств присутствует великое разнообразие продукции по уходу за кожей. Как только производители не стараются привлечь внимание, добавляя нестандартные ингредиенты: регенерирующие, отбеливающие и даже драгоценные.

Крема содержащие золото, серебро и жемчуг уже не редкость на российском рынке. Даже янтарь можно встретить в качестве полудрагоценной добавки.

Новинка на российском рынке - **Дидьер® Увлажняющий крем с Германием**

Основной активный компонент крема – органический Германий (торговое название Санумгерман®) – собственная разработка фирмы САНУМ Кельбек ГмбХ, Германия. Здесь необходимо акцентировать внимание на свойствах этого редкого элемента: он активизирует периферическое кровообращение, ликвидирует спазм сосудов, повышает оксигенацию крови, способствует восстановлению эластичности сосудов. Именно благодаря своим вазоактивным действиям **Германий способствует насыщению тканей кислородом изнутри, ускоряя процесс регенерации клеток.**

Особенно хочется обратить внимание на некоторые компоненты, входящие в состав этого чудесного крема:

- **аргановое масло** – крайне редко встречается в кремах по уходу за кожей, Витамин Е, концентрация которого особенна высока в аргановом масле, улучшает кровообращение и мироциркуляцию крови, оказывает противовоспалительное действие, активизирует процессы грануляции и эпителизации, ускоряет заживление повреждений кожи

- **масло макадамии** часто называют «исчезающим» за его поразительно быстрое впитывание. Оно качественно выделяется из группы базовых масел не только своим составом, но и легкостью распределения по коже. У него рекордное содержание пальмитиновой кислоты. Обладает целым комплексом ценных свойств – регенерирующим, смягчающим, противовоспалительным, омолаживающим, увлажняющим

- **масло примулы вечерней** – питает, смягчает и увлажняет кожу, помогает устранить сухость и шелушение кожи, поддерживает оптимальную увлажненность кожного покрова.

- **аллантоин и пантенол** дополняют идеальное сбалансированное сочетание всех остальных компонентов.

Хорошо известно, что Германий - мощный антиоксидант, превосходно защищающий кожу от окислительных процессов. В отличие от традиционных антиоксидантов – Германий остается на поверхности кожи в виде тончайшей пленки не проникая внутрь, препятствуя контакту кожи с активным кислородом

Крем без запаха с легкой консистенцией, моментально впитывается, увлажняя кожу и не оставляет жирного блеска

Сбалансированный состав этого крема позволяет говорить об уникальности и настоящей новизне на рынке косметологических средств в России.



В дополнение к уникальному крему с Германием предлагаем также удовольствие для тела и души в виде Дидьер® Жемчужины для ванны с Германием

Тщательно подобранные компоненты Жемчужин дают естественную помощь для кожи, обеспечивая продолжительный эффект стимулирования и восстановления организма.

При приеме горячей ванны с Жемчужинами раствор мягко впитывается кожей и приводит к длительному ее увлажнению.

Дидьер ® Жемчужины для ванны с Германием при регулярном использовании придают коже свежесть, эластичность и упругость.

ДИСТРИБЬЮТОР В РОССИИ:
ООО Натурвита, 127106, Москва,
Гостиничный проезд, д.6, корп.2
Тел. +7 495 482 47 47
Email: info@naturvita.ru
www.naturvita.ru

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ: Биофрид Косметик ГмбХ и Ко КГ, Германия

Книги издательства НОЦ Натурвита

naturvita.ru



ОМЕЛОТЕРАПИЯ: КОМПЛЕКСНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

И.С. Ролик, И.Е. Бахлаев, М.О. Симонишвили и др.
Руководство для практикующих врачей./ Под общ. ред. И.С. Ролика.
Москва: НОЦ НАТУРВИТА. 2005. 448 с.

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 в лечении ряда других заболеваний в комплексе с природными средствами и методами, выступающими в качестве синергистов экстрактов омелы белой.



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИНЪЕКЦИОННОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЭКСТРАКТОВ ОМЕЛЫ И МОРОЗНИКА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

М.: Натурвита. 2017. 67 с.

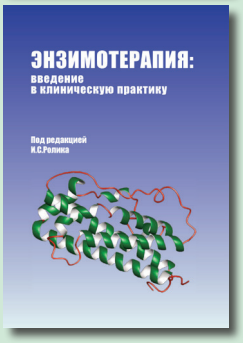
В рекомендациях приведены схемы эффективного применения экстрактов омелы и морозника при некоторых хронических заболеваниях, предопухолевых состояниях, предраках и в иммунореабилитации больных раком. Показания к инъекционной терапии основываются на более чем 100-летнем опыте их использования. Это эксклюзивные средства терапии ряда хронических заболеваний, предрака и предопухолевых состояний, приоритет которых в сравнении с другими природными средствами не оспорим.



IV ЭТАПА САНУМ-ТЕРАПИИ

Вертманн К. Руководство. Пер. с немецкого. М.: НАТУРВИТА, 2017. 64 с.

Эта книга - введение в САНУМ-терапию, основанную на эндобионтной теории профессора Г.Эндерляйна и фармпредприятия САНУМ Кельбек. 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.
Книга – хорошая помощь для новичков в иммунотерапии САНУМ-препаратами.



ЭНЗИМОТЕРАПИЯ: ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Ролик И.С., Чуйкина Е.Э. Москва: НАТУРВИТА. 2010. 416 с.

Впервые в отечественной литературе раскрыты возможности метода энзимотерапии в клинической практике, основанного на применении высокотехнологичных ферментов растительного и грибкового происхождения. Являясь средствами заместительной и системной энзимотерапии, ферменты широко используются в лечении аллергий, аутоиммунных болезней, сердечно-сосудистой патологии, метаболических расстройств, заболеваний желудочно-кишечного тракта, злокачественных опухолей. Это единственная группа ферментов, обладающая энзимовосстановительными эффектами.
Книга предназначена для широкого круга практикующих врачей.



ГИНКГО - ДРЕВО ЖИЗНИ: ГИНКГОТЕРАПИЯ

Чуйкина Е.Э., Ролик И.С., Горбунов А.Э. Москва: Натурвита, 2011. 68 с.

В экстрактах листьев гинкго были выявлены флавоноидные гликозиды, терпеновые соединения (гинкголиды и билобалиды) и ряд других биологически активных веществ, обладающих широким спектром фармакологического действия, среди которых ведущее значение имеют сосудистые, иммунные и омолаживающие эффекты.
В конце XX века экстракты гинкго стали «модными» препаратами, а метод гинкготерапии прочно вошёл в практику медицины. К настоящему времени доказана его эффективность при хронических сердечно-сосудистых заболеваниях, в поддержании функций мозга, торможении процессов старения и лечении рака.

ISSN 1999-0476
9 771999 047772