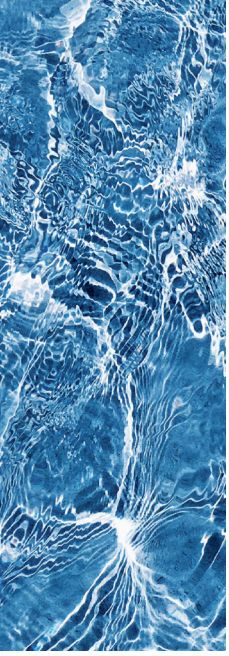



# Классическая Гомеопатия

2019

Сибирский гомеопатический вестник


Содержание:


**Чабанов Д.А.** Вступительное слово ..... 3

## Обзорные статьи в мире гомеопатии:

**Джордж Витулкас.**
Спин электронов – квантовая теория гомеопатии ..... 4

**Томкевич М.С.**
Реальная эффективность гомеопатических лекарств ..... 9

**Джордж Витулкас.** Миазмы и уровни здоровья ..... 18

**Космодемьянский Л.В.**
Гомеопатия в России – вчера, сегодня и завтра? ..... 21

## Клинические случаи:

**Заева М.М.** Идиопатический фиброзирующий альвеолит ..... 27

**Чабанов Д.А.** Случай излечения гломерулонефрита
у женщины (катамнез 20 лет) ..... 30

**Федоровских И.С.** Феномен «реверсии симптомов» на фоне
гомеопатического лечения хронического калькулёзного
холецисто-панкреатита ..... 38

**Герасенко С.И., Трофименко М.С.**
Излечение анкилозирующего спондилоартрита (болезнь Бехтерева)
с помощью метода классической гомеопатии ..... 45

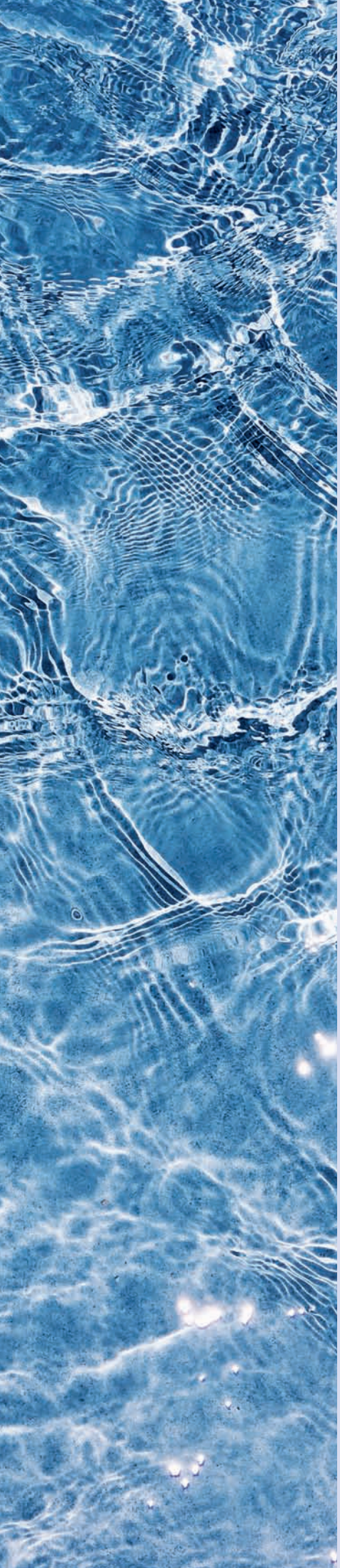
**Литвинова М.А., Чабанов Д.А.**
Случай излечения кожного лейшманиоза ..... 54

**Ермолов А.А.** Случай излечения карбункула правой почки ..... 59

**Свирина Ж.А.** Опыт коррекции врожденной миопии
гомеопатическими препаратами ..... 63

**Панов В.Л.** Случай тромбоцитопенической пурпуры ..... 70

**Герасенко С.И., Трофименко М.С.**
Случай излечения тяжёлого нейродермита у ребёнка
с помощью гомеопатического лечения ..... 75



DIPLOMA

В сентябре прошлого 2018 года профессор Джордж Витулкас закончил семинар русской группы на Алониссосе следующими напутственными словами:

***«…Перемена Вашего внутреннего состояния после правильного гомеопатического лекарства – это что-то невероятное… Как будто весь мир внутри Вас вдруг изменился. Вы просыпаетесь в той же комнате, тот же вид за окном… Но теперь все вокруг наполнено смыслом, все видится ярче и все начинает радовать. И очень важно сохранить внутри себя эти изменения после правильного гомеопатического лекарства, сберечь это внутреннее состояние Здоровья в дальнейшем. Это огромная внутренняя работа, которую Вы должны осуществить. Очень важно при таком внутреннем Развитии никогда не идти против своей Совести. Если Вы будете игнорировать голос своей Совести, болезнь неминуемо вернется, несмотря на то, что была устранена когда-то правильным лекарством. Если сказать проще: Доброта дает нам жизнь, а зло ведет к смерти. Любовь созидает, а ненависть приводит к разрушению. Это закон Природы! Если Вы мечтаете исцелять людей, загляните прежде всего внутрь себя самих и обратите внимание на то, как Вы ведете себя с другими людьми, особенно с Вашими пациентами. Если Вы на правильном пути, тогда постепенно Ваше Сознание будет развиваться, становиться все более чувствительным, Вы научитесь чувствовать другого Человека. И, таким образом, Вы сами будете развиваться как Человек, двигаясь по пути Духовной Эволюции. Лечение людей Классической Гомеопатией подарит Вам неоценимый опыт, и чем чище будет Ваше Сознание, тем легче Вы сможете находить правильное лекарство для Ваших пациентов…»***

***(профессор Джордж Витулкас,***
*Международная Академия Классической Гомеопатии,*
*Алониссос, Греция, семинар Русской группы 12.09.2018 г.)*

Какое счастье, что мы с вами посвятили свою жизнь Гомеопатии – медицине, которая не только способна исцелить от болезней, но и неразрывно связывает понятие Здоровья с внутренним развитием и эволюцией Человека. Медицине, которая нас всех, не только пациентов, но и врачей, направляет по пути самосовершенствования, учит Доброте, Любви и Мудрости, делая нас лучше!

*С уважением,*
***Дмитрий Чабанов***

**Джордж ВИТУЛКАС**

Профессор, ректор Международной Академии Классической Гомеопатии, Алонисос, Греция

Профессор Джордж Витулкас, который уже более 50 лет является одним из самых известных и плодотворно работающих учителей в гомеопатии, делится своими взглядами на то, как гомеопатия работает в квантовом поле, в эксклюзивном интервью журналу «New Homeopath». Он призывает гомеопатов к активным действиям по пропаганде гомеопатии, чтобы обеспечить ее выживание и развитие в фарватере современной медицины.

# СПИН ЭЛЕКТРОНОВ – КВАНТОВАЯ ТЕОРИЯ ГОМЕОПАТИИ

**– Расскажите, что Вы думаете о механизмах действия гомеопатии?**

– Это настолько важный вопрос, что я уверен: тот, кто ответит на него, совершит революцию не только в гомеопатии, но и во всей практической медицине. Я не претендую на истину в последней инстанции, но, возможно, мои рассуждения на эту тему могут заинтересовать некоторых ученых, в частности, исследователей, работающих в области квантовой физики, в лабораториях типа CERN (Швейцария), и подтолкнуть их к изучению данного вопроса.

Некоторое время назад у меня была дискуссия по этому поводу с физиком, работающим в подобной исследовательской лаборатории, и я хотел бы поделиться с вами главными моментами нашего обсуждения этого важного вопроса и тем, как я пытался объяснить ему все эти вещи.

Я сказал ему, что мое восприятие, после многих лет опыта лечения самых разных болезней, заключается в том, что лекарство в высокой потенции, если оно синхронизировано (является подобным. – *Прим. переводчика*) и подходит пациенту, в момент соприкосновения с организмом производит феномен электромагнитной природы. После такого контакта происходит ряд событий, прежде чем начнут проявляться симптомы. Одним из феноменов в серии подобных изменений в организме, наиболее вероятно, является изменение спина электронов.

Эта идея предполагает, что с развитием болезни, происходит изменение в спине электронов, который становится всё более хаотичным.

**ОБ АВТОРЕ:**

**С 1968 года профессор Джордж Витулкас обучил классической гомеопатии тысячи врачей-гомеопатов. Восемь раз он был удостоен звания почетного профессора и дважды – звания Doctor Honoris Causa. Он получил множество наград, в том числе Right Livelihood Award и альтернативную Нобелевскую премию за свой вклад в возрождение гомеопатии и обучение врачей-гомеопатов. Международная Академия Классической Гомеопатии, которую он основал и возглавляет, находится на переднем крае в области научных исследований в гомеопатии, а также её интеграции в современную медицину.**

Я хотел бы объяснить, как я это понимаю. Когда организм подвергается стрессу (заболевает или выходит из равновесия) и начинает развиваться хроническое заболевание, происходит изменение спина, который исходно был «гармоничным», например, вращение электронов меняется и идет теперь не по часовой стрелке, а против нее. И по мере прогрессирования и углубления хронической болезни спиновое движение имеет тенденцию становиться все более хаотичным. Затем происходит скачкообразный переход к новому хроническому состоянию и к еще более аномальному для организма движению, которое, в то же время, имеет признаки некоей организованности.

Но в любом случае, это движение отличается от исходного движения электронов, когда система находилась в состоянии здорового баланса.

Примером резкого перехода из одного состояния в другое является случай эпилепсии. Во время эпилептического припадка, спин «сходит с ума» и становится полностью хаотичным. После криза система возвращается к более стабильному, но все же болезненному состоянию.

Само собой, аналогичные изменения происходят в движениях всех элементарных частиц (кварки, бозоны и др.) внутри ядра атома, но, на мой взгляд, это будет гораздо труднее обнаружить.

Если бы мы могли показать изменение спина электронов при заболевании, этого было бы достаточно, чтобы объяснить действие потенцированного лекарства.

Высокопотенцированное гомеопатическое лекарство, если оно правильно подобрано, вероятнее всего, приводит к перезагрузке в нарушенном поле электронных спинов.

### – Почему Вы так уверены в этом?

– Практический опыт показал мне, что эффект высоких потенций гомеопатических лекарств развивается мгновенно, со скоростью молнии, а значит, на том уровне, который может соответствовать только уровню силового поля организма.

В начале болезни это первоначальное нарушение на уровне силового поля невозможно выявлять и исследовать с помощью имеющегося сегодня экспериментального оборудования, за исключением наблюдения лишь одной субатомной структуры: электрона и его «поведения». Возможно, что в ближайшие годы у нас появятся технологии, позволяющие исследовать, как болезнь меняет оттенок поведения и ряда других элементарных частиц, таких как кварки, бозоны и т. д.

Международная Академия Классической Гомеопатии

## Вставка 1:


■ Махеш С., Mallappa M., Витулкас Дж. (2018). Эмбриональная карцинома с незрелой тератомой: случай излечения гомеопатией. Дополнение Med Res 25:117–121. doi: 10.1159/000481819

■ Чабанов Д., Tsintzas, Д., Витулкас Дж. (2018). Теория уровней здоровья на примере случая ювенильного ревматоидного артрита. Журнал доказательной и интегративной медицины. http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2515690X18777995

■ Сима Махеш, Mallappa M., Витулкас Дж. (2018). Может ли гомеопатия стать альтернативной терапией при лихорадке Денге? На примере 10 клинических случаев. Журнал Медицина и жизнь 11 (1), 75-82.

■ Витулкас Дж. (2017). Инновационное предложение для научных журналов альтернативной медицины. Журнал «Медицина и жизнь» (Journal of Medicine and Life), 10(3), 197-199.

■ Витулкас Дж. (2017). Серьезные ошибки в метаанализе гомеопатических исследований. Журнал Медицина и жизнь (Journal of Medicine and Life), 10(1), 47-49.

■ Tsintzas D., Витулкас Дж. (2017). Лечение послеоперационной охриплости при помощи гомеопатического средства arnica montana: отчет о двух случаях. Журнал доказательной комплементарной и альтернативной медицины, 22(4), 926-928. https://doi.org/10.1177/2156587217735986

■ Махеш С., Mallappa M., Tsintzas D, & Vithoulkas G. (2017). Гомеопатическое лечение витилиго: отчет о четырнадцати случаях. Американский журнал клинических случаев 18:1276-1283 DOI: 10.12659/AJCR. – 905340

■ Витулкас Дж. Vacaras B., Кавурас Й, Buzoianu Д. А., Marginean M., Vacaras Д., Козма, С. (2017). Гомеопатическое лечение при длительной послеоперационной коме: клинический случай. Журнал «Медицина и жизнь», 10(2), 118-121.

■ Витулкас Дж. (2017). Полемика вокруг «памяти воды». Медицинские Научные Гипотезы. 4:1-6 DOI: 10.12659/MSH. 901167


Я уверен, что уже настало время, учитывая те исследования, которые проводятся в настоящее время в квантовой физике, чтобы ставить подобные вопросы и начать серьезные исследования в имеющихся лабораториях.

### – У вас есть общее понимание того, что представляют из себя высокие потенции, и какие потенции являются оптимальными для использования?

– У меня есть кое-какие идеи, но их пока рано обсуждать. Достаточно сказать,

что то, что Ганеман называл «жизненной силой», не является простой и однородной силой, а представляет собой чрезвычайно сложное и многоуровневое поле тонких сил.

В моем понимании, силовые поля являются более тонкими, нежели атомы, электроны, ядра, кварки, бозоны и частицы Хиггса. По сути, это уровень квантовых силовых полей, представляющих собой архаичные (базовые. – *Прим. перев.*) строительные блоки всей жизни.

Надеюсь, что уже в ближайшее время ученые, которые работают в таких лабораториях, увидят, что после дробления частицы Хиггса перед ними откроется еще более тонкая реальность в виде силовых полей. И изучение подобных полей силы станет в будущем целью научных исследований, которые, я уверен, смогут дать ответы на многие загадки, существующие сегодня в медицине. Они, в действительности, подтвердят правду о том, что говорит гомеопатия о жизненной силе, и произведут революцию не только в гомеопатии, но и во всей медицине.

### – Какой ваш любимый параграф в «Органоне» Ганемана и почему?

– Это параграф 153, в котором говорится, что для того, чтобы найти подобное лекарство, Вы должны принимать во вни-

мание, в первую очередь, наиболее яркие, странные и необычные симптомы пациента. Гомеопатия представляет собой самую индивидуализированную систему исцеления пациентов, и это уникальное качество нашего метода лечения должно не только всячески поощряться, но, прежде всего, оно должно правильно применяться. Я не уверен, что все практикующие гомеопаты понимают важность этого параграфа «Органона» и необходимость всякий раз искать особенные и уникальные симптомы, как раз и составляющие самую суть каждого случая.

Суть в каждом случае заключается не в том или ином ощущении, чувстве или мысли, а в комбинации странных, редких и необычных симптомов пациента, составляющих общую картину, характерную для специфического лекарства, как мы его знаем из прувингов (испытаний. – *Прим. перев.*) и из нашей Материи Медика.

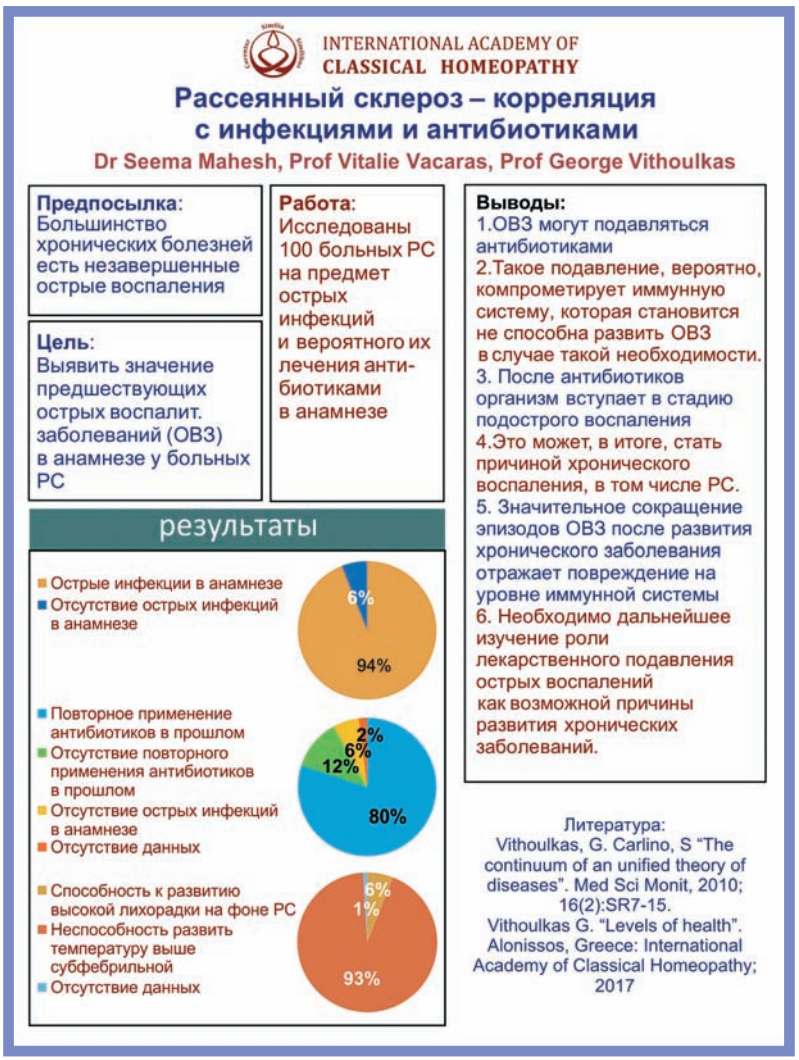
Это тяжелая работа, потому что вы должны иметь знания о лекарствах и со всей тщательностью изучить пациента, сидящего перед вами, во всей его целостности: на ментальном, эмоциональном и на физическом уровнях. Добросовестный гомеопат не станет искать легких путей и хитрых способов обойти необходимость знаний, которые он должен иметь.

Гомеопатия – это не психоанализ, в котором вы ищете корень проблемы в психической или эмоциональной травме. Травма может быть на соматическом уровне, и чаще всего это так и есть, учитывая загрязнение окружающей среды, в котором мы живем, введение огромного числа вакцин с самых первых дней нашего земного существования, разрушительное влияние химических препаратов на нашу иммунную систему, и т. д. и т. п. Многие гомеопаты были введены в заблуждение, направляя свои усилия на поиски несуществующих миражей, далеких от реальных симптомов, на основании которых можно сделать назначение пациенту. Это утопия, называемая «современная гомеопатия», которая ввела в заблуждение тысячи студентов и оставила их полностью разочарованными.

Посмотрите, как вышвырнули гомеопатию из национальной системы здравоохранения (NHS) в Великобритании несколько месяцев назад. Вы думаете, что это могло произойти, если бы гомеопаты, в своем большинстве, успешно практиковали и показывали ощутимые результаты? Локальные успехи отдельных добросовестных классических гомеопатов не являются достаточным основанием, чтобы убедить наших руководителей в том, что эта система терапии заслуживает поддержки.

До тех пор, пока не придет осознание, что все практикующие гомеопаты должны получать полное и всестороннее образование по этому чрезвычайно сложному предмету, нет никакой надежды на полное признание гомеопатии и на ее внедрение в медицину профессиональную.

**– Что вы подразумеваете под полным образованием?**



## Вставка 2:

- Synergy Conference 2017, Нью-Йорк – Аутоиммунные заболевания, 2017 – современное состояние вопроса.
- Конференция по иммуно-метаболизму и хроническим заболеваниям, 2017, Фиджи – Immunometabolism и хронические заболевания.
- 23-я конференция WONCA (Всемирная организация семейных врачей) Европа, 2018, Краков, Польша – Семейная медицина: качество, эффективность, справедливость.
- Симпозиум Keystone по молекулярной и клеточной биологии, 2018, Дублин, Ирландия – разрешение воспаления и здоровье в болезни.
- Пятая Всемирная конференция по псориазу и псориатическому артриту, 2018, Стокгольм, Швеция – псориаз – наука и пациенты: глобальные вызовы и перспективы.
- Международное общество современным исследованиям, 2018, Гарвардский университет, Кембридж, Движение: мозг, тело, познание.
- Пятый европейский конгресс по иммунологии, 2018, Амстердам, Нидерланды – Наведение мостов.

– Правда в том, что на данный момент нет учебного курса по классической гомеопатии, который можно было бы считать законченным или совершенным. Но если программа прошла экспертизу нескольких медицинских университетов и была принята ими, как, например, наш курс онлайн обучения (E-learning) в Международной Академии Классической Гомеопатии (IACH), тогда ее, скорее всего, можно считать одной из самых совершенных и полных в классической гомеопатии сегодня. Обладатели Диплома данной школы имеют наилучшие результаты в своей практике, судя по тысячам положительных отзывов, которые мы уже получили об этом курсе.

За последние два года студенты Академии опубликовали целый ряд случаев излечения в конвенциональных медицинских журналах, что случилось впервые в истории гомеопатии. И это чрезвычайно важно, когда такие случаи, где пациенты получали индивидуальные лекарства, были приняты к публикации в официальные и рецензируемые журналы (см. вставку 1). Вот что я имею в виду, говоря, что нам нужно упорно работать.

**– Мы знаем, что вы представляли свои работы на конвенциональных медицинских конгрессах. Как это было воспринято?**

– Хорошо, что вы задаете этот вопрос. Мы были приглашены представить доклады на международных медицинских конгрессах очень высокого уровня (см. Вставка 2). В этих работах изложены новые идеи, которые имеют приложение не только в гомеопатии, но и в медицине в целом. Эти новые идеи я изложил в моей книге «Уровни Health» (2), а также в моей статье, «Континуум Единой Теории Заболеваний» (3). Доклад, который мы представили на конгресс, проходивший в Гарвардской Медицинской школе, получил престижную награду как лучшая стендовая презентация (4). Так медленно, но верно, мы начали «заражать» традиционное медицинское мышление новыми идеями, исходящими из гомеопатии.

Деятельность, исходящая из Международной Академии Классической Гомеопатии (IACH) и от её преданных студентов, поддерживает жизнь нашей великой и традиционной методологии исцеления людей. Я надеюсь и верю, что ваш журнал окажет содействие нашим общим усилиям по распространению этих уникальных знаний, завещанных нам великим гением Самуилом Ганеманом.

**Литература:**

1. https://www.vithoulkas.edu.gr
2. Витулкас, Дж. (2010), Уровни Здоровья: второй том Науки Гомеопатии; Алониссос, Греция. Международная академия классической гомеопатии.
3. https://www.vithoulkas.com/writings/articles/continuum-unified-theory-diseases
4. https://www.vithoulkas.com/news/impressive-recognition-new-ideas-medicine

**ТОМКЕВИЧ М.С.**
Национальная Ассоциация
традиционной и комплементарной медицины, Москва
(mtomkevich@gmail.com)

# РЕАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВ

Применение гомеопатии для лечения различной патологии применяется в мире более 200 лет. Сформулированный немецким врачом и исследователем Ф.Х.С. Ганеманом в 1796 г. метод гомеопатии широко распространился по миру после тех результатов лечения, которые продемонстрировали гомеопаты в двух европейских эпидемиях XIX века. В 1833 г. гомеопатия пришла в Россию, была разрешена для применения Императорским Указом и начала здесь свое развитие. Российский вклад в гомеопатию известен во всем мире благодаря С.Н. Корсакову, который, будучи в переписке с Ганеманом, предложил свой метод получения гомеопатических лекарств, вошедший в наше время во все Фармакопеи, а также для лучшего анализа свойств этих лекарств изобрел сортировочную машину.

В настоящее время гомеопатия поразному регулируется, но применяется в 80 странах мира. В некоторых странах она признана на государственном уровне, в других вошла в обязательное или добровольное страхование. Всемирная Организация Здравоохранения призывает применять для лечения все лучшее и называет эту неконвенциональную, комплементарную медицину (к которой относится и гомеопатия) «ресурсом здравоохранения». Прошедший летом 2016 г. в Германии Всемирный конгресс интегративной медицины рассмотрел аргументы врачей и исследователей медицины относительно будущего медицины, которое однозначно видится в интеграции достижений современной медицины и опыта многих поколений врачей до периода доказательной медицины. В интегративной медицине гомеопатия по праву может занять достойное место [1, 2, 3]. Что же это такое – гомеопатическое лечение?!

## Введение

Предполагается, что в действии гомеопатического лечения есть вклад психологического аспекта самой врачебной консультации. Действительно, мы издавна знаем, что после консультации хорошего врача пациент должен чувствовать себя лучше. Ведь в каждом случае в лечении участвуют трое – больной, врач и болезнь. И результат лечения часто зависит от того, с кем объединяется больной.

Исследования в гомеопатии чаще направлены на изучение эффективности гомеопатических разведений в сравнении с плацебо. Но в настоящее время существует точка зрения, что если сама подробная и внимательная гомеопатическая консультация несет в себе лечебное действие, которое может быть независимым или синергичным с прописанным лекарством, то с

чем же надо проводить сравнение в исследовании.

Trevor и соавторы [4,5] провели работу, направленную на определение и оценку роли «активных участников» гомеопатического лечения. Не отрицая психологического значения хорошо проведенной консультации, авторы отмечают статистически достоверную разницу в эффекте между плацебо и гомеопатическим лекарством.

К 2016 году было проведено 1120 клинических исследований по гомеопатии, из них 483 – рандомизированных контролируемых, 127 из них – основывались на индивидуализированных назначениях, а 323 – на неиндивидуализированных. Проанализируем некоторые из них.

## Имеет ли само лекарство биологическую активность?

В эксперименте биологическая активность малых доз многократно показана [6]. В клиническом исследовании [5] на фоне назначения индивидуализированного гомеопатического лекарства половина из 18 пациентов имели гомеопатическое ухудшение, один имел симптомы прувинга[1], несколько ответили не на первый прием, а на последующие – все это свидетельствует о том, что гомеопатическое лекарство нельзя рассматривать как плацебо, а значит, оно обладает определенной биологической активностью. Учитывая это, авторы статьи полагают, что правильнее в проводимых исследованиях сравнивать эффект гомеопатического лекарства не с плацебо, а со стандартом лечения или с действием другой консультации, аналогичной гомеопатической. Плацебо не отражает сути поставленной задачи, т. к. проведенная гомеопатическая консультация оказывает определенный лечебный эффект. Во многих статьях проводится мысль о том, что дизайн гомеопатических испытаний должен быть улучшен, с тем чтобы приблизить его к принятым представлениям о клинических испытаниях, однако не потерять при этом особенностей, присущих гомеопатии [7]. Тем не менее большая часть клинических исследований в гомеопатии проводится в сравнении с плацебо.

[1] Прувинг – целенаправленная методика изучения свойств гомеопатического лекарства.

## Плацебо или лекарство

Milgrom L.R в 2007 г. [8] сравнила эффект плацебо в 25 парных двойных слепых плацебо контролируемых клинических испытаниях классических гомеопатических лекарств и фармпрепаратов. Критериями сравнения были тяжесть состояния, длительность лечения, окончательные результаты. В данном исследовании также подтверждается неправомерность сопоставления с плацебо.

Исходя из личного опыта автора настоящей статьи при обсуждении дизайна исследования следует учитывать, что нет большого смысла в двойных слепых исследованиях в гомеопатии. 20 лет назад автор принимал участие в большом исследовании по эффективности гомеопатического метода лечения при кожных заболеваниях, организованном в НИИ ТМЛ МЗ РФ (директор – академик РАМН В.Г. Кукес) и наблюдал бессмысленность «ослепления» врача-гомеопата. Через неделю при втором визите «ослепление» врача исчезает, а дизайн исследования остается прежним. Аналогичное отношение к слепым исследованиям в гомеопатии высказано в статье [9].

P. Fisher и соавт. [10] сообщают о разных вариантах проведения клинических испытаний при дерматитах и большом разбросе результатов, по которым можно сделать вывод о значительном отличии результатов «ослепленного» и не слепого исследования.

В других статьях [11, 12] критикуют современные гомеопатические исследования в связи с тем, что их проводят разнородные группы исследователей – или университетские исследователи, или гомеопатические практики. Первые сфокусированы на слепых и рандомизированных исследованиях, вторые – на описании случая, подборе индивидуального средства, т. е. обе стороны говорят на разных языках. Поэтому авторы предлагают включать в исследование в обязательном порядке специалистов как по гомеопатии, так и по клиническим испытаниям.

В 1989 г. в Великобритании было проведено исследование возможностей гомеопатического метода лечения первичной фибромиалгии. В одном исследовании

применяли Rhus toxicodendron 6C в сравнении с плацебо, в другом – гомеопатические препараты в наблюдаемой группе подбирали индивидуально. Полученные результаты позволяют заключить, что гомеопатическое лечение в обоих случаях было эффективным по критериям уменьшения болевых зон и улучшению качества жизни и общего состояния [13,14].

Reilly D et al [15,16] показали важную значимость изопатии при лечении различных аллергических состояний. 144 пациента, разделенные на две группы, получали препарат, приготовленный из пыльцы разных деревьев Pollen 30C либо плацебо. В исследованиях показано, что достоверно уменьшаются проявления поллиноза и уменьшается число необходимых для приема антигистаминных препаратов.

Учитывая распространенность туберкулеза и информацию последних лет о выраженной микробной антибиотикорезистентности, в Индии было проведено исследование возможностей смешанного лечения туберкулеза (стандартное лечение + гомеопатическое/плацебо). Было показано, что как субъективное состояние, так и данные рентгеновского контроля были значительно лучше в группе пациентов, получавших гомеопатическое лечение [17]. Chakraborty D. и соавт. [18] после многолетних исследований показал эффективность применения гомеопатических препаратов Sulfur 200C и Mercurius sol. 200C при разных формах лепры для восстановления чувствительности и структуры кожных покровов. Его данные заслушаны на Международном конгрессе по лепре в 2016 г. и включены в протоколы лечения лепры.

Представляют интерес исследования, проведенные в области акушерства и гинекологии. Плацебо контролируемое исследование было проведено у женщин с болями, связанными с приходом молока в случае, если не предполагается кормить ребенка грудью. В течение 10 дней пациенткам к противовоспалительному лечению добавляли препараты Apis mellifica 9C+ Bryonia 9 C, сравнивая с плацебо. Уже на второй день в «гомеопатической» группе самочувствие значительно улучшалось, а напряженность в груди и истечение молока прекратились к четвертому дню [19]. В 2012 г. были опубликованы результаты применения гомеопатического лечения относительно плацебо у женщин с климактерическими приливами. В исследовании участвовало 100 женщин, отмечена выраженная эффективность лечения в группе пациенток, получавших гомеопатические препараты [20].

Исследования эффективности Оциллококцинума относительно плацебо при лечении и профилактике гриппоподобных синдромов проводили во Франции, Германии, Италии, России. В этих исследованиях в двух группах принимали участие 1200 пациентов. Наблюдение вели в течение 7–10 дней, но уже через 48 часов была зарегистрирована статистически достоверная положительная динамика в группе получавших изучаемый препарат относительно скорости исчезновения повышенной температуры, других симптомов, возможности возвращения к работе, отсутствия побочных эффектов, субъективно хорошее самочувствие и уменьшение потребления других препаратов (жаропонижающих и др.), обычно применяемых в таких случаях. Кроме того, в исследовании возможности профилактировать гриппоподобные симптомы с помощью оциллококцинума приводятся убедительные эпидемиологические данные [21–26]. Beigghi G.M., Morselli-Labate A.M. [27] с 2002 по 2011 гг. проводили наблюдательное исследование по превентивному острые респираторные инфекции действию оцилококцинума. В исследовании было две группы – оцилококцинум 248 пациентов и плацебо 211. Было показано статистически достоверное действие препарата относительно плацебо. J.Jacobs и соавт. [28] из США провели метаанализ трех контролируемых клинических исследований применения гомеопатического лечения при острой диарее у 242 детей, проводимых, в основном, в Непале и Никарагуа. Гомеопатический препарат или плацебо индивидуализированно назначались один раз в пять дней до положительного результата (неоформленный стул менее трех раз в день в течение двух последовательных дней). Гомеопатическое лечение показало достоверный положительный результат относительно плацебо. Написано много системных обзоров и метаанализов по гомеопатическим работам, но ранее не проводили аналитического исследования по

сравнению плацебо-контролируемых исследований относительно индивидуализированного лечения, как это принято в гомеопатии. Mathie et al. [29] показали, что при анализе результатов таких исследований эффект гомеопатических лекарств в 1,5-2 раза более эффекта плацебо. Можно заключить, что мнение о том, что гомеопатические лекарства – плацебо, не соответствуют результатам проведенных исследований. Кроме клинических исследований, тут следует говорить об экспериментальных исследованиях (на клетках, животных и растительных организмах), а также лечении животных (например, диарее у поросят, вызванной E.coli) [30] или лечении животных в Большом Московском цирке [31].

В Меморандуме Британской гомеопатической Ассоциации приведены данные полных систематических обзоров рандомизированных исследований в гомеопатии, в которых получено квалифицированное заключение о том, что гомеопатия отличается от плацебо [32,33]. При обсуждении проблем гомеопатии в Британском парламенте Mr Wilson [34] сообщил данные об исследовании, проведенном в госпитале Шарите в Берлине. В этом исследовании принимало участие 3700 пациентов и были показаны большие преимущества применения Arnica у пациентов с длительными хроническими ситуациями, в том числе со склонностью к кровотечениям и в послеоперационном периоде. Аналогичные данные есть и в других статьях [35,36].

## Когортные исследования

Когортные исследования, проведенные при сравнительном анализе лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата методами конвенциональной медицины, смешанными методами и только гомеопатией, показали преимущественные эффекты в последней группе, особенно у молодых и никогда не куривших людей. В частности, именно в этой группе при фибромиалгии резко уменьшалось потребление анальгетических препаратов, а в случае исходной тревожности этих пациентов снотворных и психотропных препаратов. После года наблюдения этих пациентов в гомеопатической группе была показана эффективность, сравнимая с двумя другими группами, при уменьшении потребления НПВП и отсутствии побочных явлений [37–40]. Та же тенденция по значительному уменьшению необходимости в психотропных препаратах и равной эффективности в гомеопатической группе и группе, получающей стандартное лечение, наблюдалась при депрессиях и нарушениях сна [41]. Аналогичные данные получены при исследовании респираторных заболеваний. Наблюдение в течение года за пациентами, вошедшими в большое исследование Минздрава Франции EPI3, с острыми респираторными инфекциями включало оценку течения исходного заболевания, необходимость приема антибиотиков и жаропонижающих, наличие осложнений (отит, синусит и пр.), анализ заболеваемости в течение года. Отмечено, при равной эффективности в группах сравнения, в гомеопатической группе уменьшение необходимости приема симптоматических фармпрепаратов, отсутствуют осложнения, в течение года у них не наблюдали острых респираторных заболеваний [42].

Во Франции было проведено исследование эффективности гомеопатической терапии относительно антибиотиков. Это было нерандомизированное, практическое фармакоэкономическое исследование, в которое были включены дети от 13 до 18 лет, имеющие более 5 эпизодов заболевания в год. В исследовании принимали участие 529 детей, из них 231 был лечен врачами общей практики, не владеющими гомеопатией, 268 – врачами общей практики, владеющими гомеопатией. У этих детей оценивали эпизоды острых респираторных заболеваний, побочные эффекты, качество жизни, прямые и непрямые затраты на лечение, а также время родителей, освобожденных от работы для ухода за ребенком. Гомеопатическая стратегия оказалась более эффективной по медицинской эффективности ($p<0.001$), отсутствию осложнений ($p<0.001$), количеству врачебных консультаций ($p<0.001$), качеству жизни ($p<0.001$), затраченному родительскому времени ($p<0.001$), необходимым прямым затратам на лечение [43].

В Германии и Швейцарии было проведено большое исследование с оценкой качества жизни по анкете SF-36, дополненное сведениями о возрасте, поле, обра-

зовательном уровне, длительности заболевания. В исследовании был задействован 3981 пациент и 103 врача-гомеопата. Пациенты в этом исследовании рассматривали гомеопатическое лечение, как имеющее лучший результат по сравнению с конвенциональной тактикой, а также стоимостью лечения [44]. Клинически значимые улучшения наблюдались в представленных ниже группах со следующими диагнозами: мигрень и головная боль, хронический ринит, боль в спине, пожилые пациенты, менструальная боль и псориаз. Статистический анализ данных о качестве жизни в данном длительном исследовании в целом выявил позитивные отличия от величин, характерных для данных заболеваний [45]. Эти данные были перепроверены и подтверждены через два года и восемь лет [46,47].

В другом многонациональном исследовании IIPCOS-I [48] участвовали 4 страны, 30 врачей и 456 пациентов с острыми респираторными заболеваниями. 281 пациент получал гомеопатическое лечение, а 175 – конвенциональное. Результаты оценивали на 14-й день. Позитивные результаты наблюдали у 82,6% гомеопатических пациентов и у 68% – конвенциональных. Нежелательные эффекты наблюдали у 7,8% гомеопатических пациентов и у 22,3% – конвенциональных. Аналогичное исследование опубликовали другие авторы [48]. В этом исследовании принимали участие 1577 пациентов, 57 кабинетов первичной медицинской помощи из 8 стран (10 кабинетов из Великобритании). 86,9% пациентов – детей и взрослых, получавших гомеопатическое лечение, на 14 день продемонстрировали полное и достоверное излечение от острых респираторных инфекций. Улучшение при гомеопатическом лечении происходило на 7-й день, т. е. быстрее получавших обычное лечение. Нежелательные реакции чаще имели место у взрослых, получавших конвенциональное лечение. Швейцарские исследователи, проанализировав 29 клинических исследований, из которых 24 имели позитивные результаты относительно гомеопатического лечения, делают вывод о том, что гомеопатическое лечение весьма эффективно при инфекциях верхних дыхательных путей [49]. Французские исследователи определили, что при этом

затраты на пациента (включая стоимость консультации и предписанных лекарств) значительно меньше относительно конвенциональных (86, 63 евро и 68,93 евро) [50].

Интересные данные представляет анализ эффективности лечения в гомеопатических госпиталях Великобритании [51]. В гомеопатическом отделении Ливерпуля было проанализировано 1100 пациентов, получавших лечение в течение 1999–2000 гг. 76,6% отметили значительное улучшение состояния, когда они начали принимать гомеопатическое лечение, из них 60,3% считают, что основное улучшение связано именно с гомеопатическим лечением. 814 пациентов из общего числа получали смешанное лечение, из них 52% заявили, что в любой момент могут отказаться от конвенционального лечения. В 2003 г. аналогичное исследование провел Королевский Лондонский гомеопатический госпиталь, 72% пациентов с заболеваниями кожи отметили улучшение и отказались от ранее получаемого лечения. Также многие пациенты заявили, что выбирают гомеопатическое лечение, так как их беспокоит безопасность лечения. Обсервационное исследование, проведенное в Бристольском гомеопатическом госпитале в 2005 г., охватило 6500 пациентов и 23000 посещений в течение шести лет. 70% из них отметили значительное улучшение здоровья. Выборка 200 пациентов из предыдущих в 2016 г. показала статистическое продолжающееся улучшение здоровья и качества жизни. Анализ работы шести гомеопатических госпиталей в течение месяца охватил 1602 пациента, из них 34% отметили значительное улучшение уже на втором приеме, на шестом приеме уже 59% говорили о значительном улучшении самочувствия. Речь

идет о лечении таких заболеваний, как экзема, синдром хронической усталости, менопаузальные расстройства, остеоартрит, депрессия и пр.

## Анализ и метаанализ проведенных исследований

Члены немецкого общества научной гомеопатии в 2016 г. издали брошюру, посвященную современному состоянию исследований в области гомеопатии [45].

Обзор метаанализов в области гомеопатии позволяет прийти к заключению, что результаты, характеризующиеся наибольшей статистической значимостью по сравнению с плацебо, свидетельствуют об особой эффективности потенцированных лекарств.

Первый метаанализ, проведенный Kleijnen, Knipschild and ter Riet (1991), относится к периоду, который можно назвать детством доказательной медицины. Авторы начинают с того, что считают гомеопатию, с одной стороны, неправдоподобной, а с другой стороны, невозможной для исследования современными методами (контролируемыми исследованиями). В свой анализ они включили 105 исследований по гомеопатии. Из них 14 были связаны с классической гомеопатией и индивидуальным подбором лекарства, 58 – с прописыванием одного лекарства в соответствии с клиническим диагнозом, 26 исследований были связаны с применением комплексных гомеопатических лекарств и 16 – с применением изопатии. В итоге авторы заключают, что «доказательства, представленные в клинических исследованиях, позитивны, но это заключение не окончательно, т. к. проведенные исследования были невысокого качества. Исследования гомеопатии следует продолжить и проводить исследования высокого качества».

Два других метаанализа проведены Linde et al. (1997), и в этих анализах в рассмотрение брали только статьи, опубликованные в журнале Lancet. Из 119 исследований авторы сочли 89 допустимыми для включения в метаанализ. Они сочли эти работы методически качественными, используя собственные методики оценки. Из 89 работ – 52 были максимально возможного качества при оценке по шкале для клинических испытаний (Jadad Scale). Авторы заключают, что результаты данного исследования показывают, что эффект гомеопатии – это не плацебо. Но полученных результатов недостаточно для того, чтобы заключить, что гомеопатия абсолютно эффективна для какого-то клинического состояния. Требуется гарантированного качества хорошее исследование. Это было первое заключение. Но напомним, что авторы отобрали исследования для анализа по собственным критериям, а когда они повторили ту же работу, но в качестве критериев оценки исследования применили принятую шкалу (Jadad Scale), то результаты изменились. Оказалось, что высокого уровня исследования по этой шкале демонстрируют большое отличие от плацебо. Четвертый метаанализ (Cucherat et al. (2000) был рассмотрен в докладе Европейского парламента. В этом анализе были рассмотрены исследования с применением гомеопатических лекарств в разведениях выше С3. Из 118 клинических исследований 16 были отобраны и проанализированы в данном метаанализе. Оказалось, что 65% отобранных работ продемонстрировали преимущества гомеопатии и непохожесть гомеопатии на плацебо. Авторы заключают, что хотя гомеопатические эффекты далеки от плацебо, следует продолжать исследования такого рода.

Пятый метаанализ (Shang et al. (2005), опубликованный в обновленном журнале The Lancet, получил самый большой отклик в прессе и в научной литературе. Журнал «Ланцет» сопроводил данное исследование в статье под предвзятым названием «Конец гомеопатии». Авторы использовали для своего анализа почти все те же работы, которые были включены во второй анализ. Авторы включили в свой метаанализ работы, которым была присвоена довольно высокая оценка по методологическому подходу, исследования сравнивали с аналогичными по конвенциональной медицине из базы Кохрана. Все полученные сравнительные данные были достоверны. Однако авторы заключили: «Представлены плацебо-контролируемые исследования в гомеопатии и в конвенциональной медицине. Отмечено слабое специфическое действие гомеопатических средств и выраженное для конвенциональ-

ных. Это позволяет заключить, что гомеопатические эффекты сравнимы с плацебо». Это исследование получило очень большие негативные отклики в связи с непрозрачностью всех этапов исследования. Многие авторы провели повторный мета-анализ тех же исследований и полагают, что Shang et al. (2005) сделали неверные выводы, объяснимые методологической несостоятельностью и ангажированностью.

Шестой метаанализ (Mathie et al. (2014) включает в себя работы с индивидуализированными назначениями. Авторы понимали, что прописывание потенцированных препаратов не может быть интерпретировано как критерий когерентности. Клиническая гомеопатия, комплексная гомеопатия, изопатия и т. д. отличаются от классической тем, что последняя требует больших временных затрат, чем другие практики предписаний. Выбор 32 работ с индивидуализированной гомеопатией для метаанализа – не единственное ограничение этого исследования. Обзор качественных исследований по индивидуализированным назначениям был сделан по Кохрановской базе данных. Из 32 отобранных работ, по крайне мере, 22 представляют достаточно данных для гарантированно правильного включения в исследование. Эти работы представляют весьма позитивные результаты относительно гомеопатии. По данным этих авторов, гомеопатическое лечение в 1,5–2 раза эффективнее плацебо.

.

## Вместо заключения

Профессиональный анализ экспертов, являющихся специалистами доказательной медицины и гомеопатии одновременно, показал, что существенную роль играют определенные теоретические предубеждения. Этот феномен, как считают специалисты [45], является причиной систематических ошибок в ряде работ.

Несколько причин [52] настораживают критиков гомеопатии в США – даже хорошо организованные исследования не дают технологического выхода в практику, т. к. основное направление лечения индивидуализировано, а значит, должно применяться специалистами. Критики считают, что такое дифференцированное (индивидуализированное) лечение в исследованиях неправомочно. Может быть, стоит изменить правила исследования, а не подгонять вековые методы под недавно возникшие правила? Гомеопаты, в свою очередь, критикуют клинические испытания и их анализ за то, что неправильно выбирают гомеопатическое лекарство, или разведение, или условия применения, а также возражают, против проведения метаанализа клинических испытаний в гомеопатии по общим правилам.

Говоря об исследованиях в гомеопатии, следует учитывать факт того, что гомеопатия построена по другому принципу – тут в основе врачебного подхода лежит методология целостного подхода к пациенту как к личности, а не формализованная технология, принятая для оценки эффективности в доказательной медицине. Это и является тем самым «узким местом», которое не всегда правильно оценивают специалисты доказательной медицины. Для оценки гомеопатических исследований часто ретроспективно применяют метаанализ для объединения имеющихся данных в большие статистически значимые группы. При этом часто неизбежны ошибки, которые несет в себе формализация не предназначенных для этого данных, относящихся к индивидуализированному лечению. Образно выражаясь, «как бы не суммировать яблоки с апельсинами, а иногда и с лимонами». Kienle G.S. и соавт. [53] считают, что пора начинать методологический диалог. Не отрицая заслуг доказательной медицины (прозрачность в принятии клинического решения, высвобождение от гнета опиньон-лидеров, критический анализ лечебной рутины и многое другое), авторы говорят об ограничениях этой технологии и предлагают варианты выхода для решения вопроса. Например, они говорят о том, что, имея в основе медицины врача, клинические испытания не учитывают его роли вообще, не учитывают особенностей пациента, делая испытания в клиниках, не учитывают, что на первичном приеме у врача общей практики большинство пациентов имеют неспецифические жалобы, часто не имеют диагноза, а иногда диагноз сочетается с другими тяжелыми заболеваниями, являющимися критериями исключения при проведении рандомизированных клинических испытаний. Вопрос о том, как эффективное

при одной патологии фармсредство влияет на развитие другой патологии, остается по-прежнему открытым.

Данные по исследованию потока заболевших среди населения, проживающего в США, свидетельствуют о том, что из тысячи людей только один попадает в условия, соответствующие проведению клинических испытаний. Таким образом, в академической медицине выход рекомендаций из клинических испытаний в практику не так велик.

Следует помнить, что важным ограничительным моментом рандомизированных клинических испытаний является факт того, что позитивные результаты имеют клиническую значимость, а негативные не являются значимым доказательством неэффективности [53, 54]. Это важное положение внутри доказательной медицины, как правило, игнорируется в методологических дискуссиях.

В настоящее время ясно, что и в доказательной медицине есть много вопросов, требующих своего ответа. Trisha Greenhalgh, профессор Оксфордского университета, основатель доказательной медицины, пишет о кризисе в движении доказательной медицины: некоторые доказательства были разоблачены как заказные, выявленные статистически значимые данные могут не иметь значения для клинической практики, негибкие правила вынуждают к соблюдению правил, а не интересов пациента, полученные данные плохо соотносятся с мультиморбидной патологией [55].

Преимущества гомеопатии – в ее реальной эффективности у постели пациента.

**ЛИТЕРАТУРА:**


1. Томкевич М.С. – Клинические исследования в гомеопатии//ж. Традиционная медицина. 2011, N 3, с. 14-25.
2. Труды International Congress for Integrative Health and Medicine (Stuttgart, 2016).
3. Trevor D.B. Thompson. Can the caged Bird sing? Reflections on the application of qualitative research methods to case study design in homeopathic medicine // Med. Res. Methodology, 2004, 4, 4.
4. Trevor D.B. Thompson, Weiss M. Homeopathy – what are the active ingredients. An exploratory study using the Medical Research Council's Framework for the evaluatioon of complex interventions // Complement. Altern. Med., 2006, 6, 37.
5. Томкевич М.С. – Экспериментальные исследования в гомеопатии//ж. Традиционная медицина. 2011, N 2, с. 8-18.
6. Kirkby R., Herscu P. Homeopathic trial design in influenza treatment // Homeopathy, 2010, 99, 69–75.
7. Nuhn T., Luedtke R., Geraedts M. Placebo effect sizes in homeopathic compared to conventional drugs – a systematic review of randomised controlled trials //Ho-meopathy, 2010, 99, 76-82 in children undergoing stem cell transplantation // Cancer, 2001, 1, 92, 3, 684–690.
8. Milgrom L.R. -Journeys in the Country of the Blind Entanglement Theory and the Effects of Blinding on Trials of Homeopathy and Homeopathic Provings // Evd Based Complem.Altern. Med., 2007, 4, 1, 7–16.
9. Fisher P., McCarney R., Hasford Ch. et al. Evalu-ation of specific and non-specific effects in homeopathy; feasibility study for a randomised trial // Homeopathy, 2006, 95, 215–222.
10. Wallach H. The Efficacy Paradox in Randomised Controlled Trials of CAM and Elsewhere: Beware of the Placebo Trap. // The Journal of Alternative and Comple-mentary Medicine.2001;7:213–218.
11. Bell I.R. Evidence-Based Homeopathy. Empirical Questions and Methodological Considerations for Homeopathic Clinical Research. // American Journal of Homeopathy, 2003, 96, 17–31.
12. Fisher P., Greenwood A., Huskisson E.C. et al. – Effect of homeopathic treatment on fibrositis (primary fibromyalgia)// British Medical J., 1989, 299, 365-366.
13. Bell I.R., Lewis D.A., Brooks A.J. et al. Improved clinical status in fibromyalgia patients treated with individualized homeopathic remedies versus placebo. // Rheumatology, 2004, 43, 5, 577–582.
14. Taylor M., Reilly D, Llewellyn-Jones R.. et al. - Randomised controlled trial of homoeopathy versus placebo in perennial allergic rhinitis with overview of four trial series.// British Medical J 2000; 321:471-476.
15. Reilly D., Taylor M.A., Beattie N.G. et al. Is evidence for homoeopathy reproducible?// Lancet, 1994, 344, 8937, 1601–1606.
16. Chand K.S., Manchanda R.K., Mittal R. et al. – Homeopathic treatment in addition to standart care in multidrug resistant pulmonary tuberculosis: a randomized double-blind placebo controlled clinical trial// Homeopathy, 2014, 103, 97-107.
17. Berreb A., Parant O., Ferval F. et al.- Traitement de la douleur de la montee laiteuse non souhaitee par homeopathie dans le post-partum immediate// J. Gynecol.Obstet. Biol.Reprod. 2001, 30, 353-357.
18. Chakraborty D, Sengupta J. – Homeopathic medicine – an effective tool for eradication of leprosy// In: Материалы объединенного конгресса, М., 2016, 222-224 с.
19. Berrebi A., Parant O., Thenr M. et al. – Traitement de la douleur de la montee laiteuse non souhaitee par l'homeopathie dans le post-partum immediate//J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 2001, 30, 353-357.
20. Colau J.C., Vincent S., Marijnen P. et al. – Efficacy of a non-hormonal treatment, BRN-01, on menopausal hot flashes. A multicenter, randomized double blind, placebo-controlled trial// Drugs in Research and Development, 2012, 12(3), p. 107-119.
21. Ulbricht C., Chao W., Clark A. et al.- Oscillococcinum (Anas barbariae hepatis et cordis extractum 200CK HPUS). An Evidence-Based Systematic Review by the Natural Standard Research Collaboration// Alternative and Complementary therapies, 2011, 17, 1, 41-49.

22. J. P. Ferley, D. Zmirou, D. D'Adhemar et al.- A controlled evaluation of a homoeopathic preparation in the treatment of influenza-like syndromes// Br. J. clin. Pharmac. (1989), 27, 329-335.
23. R. Papp, G. Schuback, E.Beck et al. - OscillococcinumR in patients with influenza-like syndromes: A placebo-controlled double-blind evaluation// British Homoeopathic J., l998, 87, 69-76.
24. Casanova P. , Gerard R.– Bilan de 3 annees d'etudea randomisees multicentriques Oscillococinum/placebo//Proposta Omeopatica, 1988, 6, p. 14-17.
25. Селькова Е.П., Калюжин О.В. – ОРВИ и грипп, М., ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015, 224 с.
26. Marrari L.A., Terzan L., Chaufferin G. – Oscillococinum for influenza treatment//Ann. 1st Super Sanita, 2012,48,1, 105-109.
27. Beghi G.M., Antonio Maria Morselli-Labate A.M. - Does homeopathic medicine have a preventive effect on respiratory tract infections? A real life observational study// Multidisciplinary Respiratory Medicine (2016) 11:12, DOI 10.1186/s40248-016-0049-0.
28. Jacobs J, Jonas WB, Jiménez-Pérez M et al. - Homeopathy for childhood diarrhea: combined results and metaanalysis from three randomized, controlled clinical trials.// Pediatr Infect Dis J. 2003 Mar;22(3):229-34.
29. Mathie RT, Lloyd S.M., Legg L.A. et al. - Randomised placebo-controlled trials of individualised homeopathic treatment: systematic review and meta-analysis. Systematic Reviews, 2014; 3: 142.
30. https://www.hri-research.org/resources/homeopathy-faqs/the-best-studies-have-shown-homeopathy-is-just-placebo/
31. Жданова В.Ю. – Сравнительная оценка гомеопатического и аллопатического вариантов лечения цирковых животных//В: Материалах 1-го Евразийского конгресса по гомеопатической медицине, М., 2016, с. 105-107.
32. Boissel J.P., Cucherat M., Haugh M., Gauthier E. Critical literature review on the effectiveness of homoeopathy: overview of data from homoeopathic medicine trials. In: Homoeopathic Medicine Research Group, Report of the Commission of the European Communities, Direc-torate-General XII – Science, Research and Development, Directorate E – RTD Actions: Life Sciences and Technolo-gies – Medical Research, Brussels, Belgium (1996).
33. Cucherat M., Haugh M.C., Gooch M., et al. -. Evidence of clinical efficacy of homeopathy –A meta-analysis of clinical trials. // European Journal of Clinical Pharmacology, 2000, 56: 27–33.
34. Witt C.M., Luedtke R., Baur R. et al. Homeopathic Medical practice = Long-term results of a cohort study with 3981 patienys // Public Health, 2005, 5, 115.
35. Luedtke R., Hacke D. On the effectiveness of the homeopathic remedy Arnica montana. // Wiener Medizinische Wochenschrift, 2005, 155, 482–490.
36. Rutten L. The benefits of Arnica // Homoeopathy, 2004, Jan., 93, 1, 63–66.
37. Dossett M et al. Homeopathy Use by US Adults: Results of a National Survey. AJPH 2016 doi: 10.2105/AJPH.2015.303025.
38. Rossignol M.,Begaud B., Avouac B. et al. – Who seek primary care for musculoskeletal disorders with physicians prescribing homeopathy and other complementary medicine?Results from EPI3-LA-SER survey in France// BMJ Musculoskeletal Disorders, 2011,12:21, doi10.1.186/1471-2474-1221;16.
39. Grimaldi-Bensouda L, Bégaud B, Lett F. et al. – Benchmarking the burden of 100 diseases ; results of a nationwide representative survey within general practices// BMJ Open 2011; 1(2):e000215,doi10.1136/bmjopen-2011-0002;1-11.
40. Rossignol M., Begaud B., Avouac B. et al. – Benchmarking clinical management of spinal and non-spinal disorders using quality of life: results from the EPI3-LA-SER survey in primary care// European Spine J. 2011, 20(12) 2210-6 doi:10.1007/s00586-011-1780-z.D.
41. Lett F., Grimaldi-Bensouda L., Rouillon F. et al. – Characteristics of patients consulting their regular primary care physician according to their prescribing preferences for homeopathy and complementary medicine// Homeopathy.2014, 103(1), 51-57.
42. Grimaldi-Bensouda L, Bégaud B, Rossignol M. et al. - Management of upper respiratory tract infections by different medical practices, including homeopathy, and consumption of antibiotics in primary care: the EPI3 cohort study in France 2007-2008. PLoSOne. 2014 19;e89990. doi: 10.1371/journal.pone.0089990.
43. Trichard M et al. Pharmacoeconomic comparison between homeopathic and antibiotic treatment strategies in recurrent acute rhinopharyngitis in children. Homeopathy 2005:94:3-9.
44. Witt C, Keil T, Selim D. et al -Outcome and costs of homoeopathic and conventional treatment strategies: A comparative cohort study in patients with chronic disorders // Complementary Therapies in Medicine,2005, 13:79-86.
45. Ivon Ammon K., Baumgartner S., Behnke J. et al. – The current State of homeopathic research// WissHom, 2016.
46. Witt C.M., Lüdtke R., Mengler N. et al. - How healthy are chronically ill patients after eight years of homeopathic treatment? – Results from a long term observational study// BMC Public Health20088:413 https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-413.
47. Riley D, Fischer M, Singh B, et al. -Homeopathy and Conventional Medicine: An Outcomes Study Comparing Effectiveness in a Primary Care Setting.// Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2001, 7:149–159.
48. Haidvogl M et al. Homeopathic and conventional treatment for acute respiratory and ear complaints: A comparative study on outcome in the primary care setting BMC Complement Altern Med. 2007; 7: 7. doi: 10.1186/1472-6882-7-7.
49. Bornhöft G, Matthiessen PF. - Homeopathy in healthcare – effectiveness, appropriateness, safety, costs.// Berlin: Springer 2011.
50. Colas A., Danno K., Tabar C. et al. – Economic Impact of homeopathic practice in general medicine in France// Health Economic Review,2015,5(1), p.55, doi:10,1186/s13561-015-0055-5.
51. https://www.hri-research.org/resources/essentialevidence/observational-studies/
52. Merrel W.C., Shalts E. Homeopathy // Med. Clin. North Amer., 2002, Jan, 86, 1, 47–62.
53. Kienle G.S., Kiene H., Albonico H-U.- Antroposophic Medicine // Schattauer GmbH, 2006. – 349 p.
54. Koes B.W., Scholten J.P.M., Mens J.M. et al. Effi-cacy of epidural steroid injections for low-back pain and sciatica: a systematic review of randomised clinical tral // Pain, 1995, 63, 279–288.
55. Freireich E.J. The randomised clinical trial is not the best and certainly not the only way to coduct clinical research // Advances: The Journal of Mind-Body Health, 1997, 13, 41–44.

**Джордж ВИТУЛКАС**

Профессор,
ректор Международной Академии
Классической Гомеопатии,
Алонисос, Греция

Конгресс в Индии «G. VithoulkasII»,
г. Бангалор, январь 2019

# МИАЗМЫ И УРОВНИ ЗДОРОВЬЯ

## Обращение к участникам Конгресса

### Уважаемые участники!

Я уверен, все вы знаете, что существует множество способов применения гомеопатии, но Ганеман учил нас практиковать гомеопатию одним-единственным образом, и очевидно, что ему было известно лучше, чем кому бы то ни было, как ее применять правильно. Проблема в том, что его метод сложный, подразумевающий каждый раз поиск и подбор индивидуально, для каждого человека, одного-единственного средства, которое принесет истинное исцеление.

И очень часто это задача слишком сложная, а порой и вовсе невыполнимая, даже для опытного гомеопата! Сложности и привели многих гомеопатов к тому, что они начали предлагать различные способы, которые отличались от классических инструкций и указаний, изложенных Ганеманом в «Органоне».

И я очень хорошо понимаю таких гомеопатов, особенно если представить, что в критический момент перед врачом сложный пациент, которому нужна неотложная помощь, и нужно срочно найти верное гомеопатическое средство, а врач не уверен, сомневается и не знает, что предпринять, тем более, если он еще и плохо подготовлен, чтобы вести подобные случаи.

Поэтому основная проблема, с которой профессиональные гомеопаты сталкиваются сегодня, это **уровень подготовки и образования.**

Если начинающий гомеопат хочет добиться успеха и стать профессионалом, он должен очень серьезно отнестись к тому, какое гомеопатическое образование он собирается получить. И прежде, чем принять решение, он должен выяснить, насколько все возможные и доступные варианты гомеопатического образования заслуживают рассмотрения. Решение о выборе образования должно основываться на следующих положениях:

1. Гомеопатия – это не терапия химическими медикаментами, это система, в которой потенцированные средства применяют в их динамическом состоянии, при отсутствии материальной субстанции. Поэтому назначения на основании патологии – это вообще не гомеопатия, и результаты такого применения не могут быть такими же впечатляющими, как действие настоящей гомеопатии.

2. Потенцированное средство действует на динамическом уровне. Гомеопатическое средство в процессе приготовления, путем постоянных разведений и встряхиваний, становится **биологически**

**активным** и доводится до состояния, подобного силовому полю со своей специфической частотой вибраций, которая определяется видом исходного вещества, используемого для разведения. Как только такого типа биологически активное средство контактирует с жизненной силой (электромагнитным полем организма), при условии, что лекарство выбрано правильно, оно немедленно, в тот же миг, производит свое воздействие на организм и устраняет существующее нарушение баланса. Эффект такого воздействия поражает, что может подтвердить каждый гомеопат, практикующий в соответствии с этими принципами.

3. Поиск подходящего средства (Simillimum) – это трудоемкий и кропотливый процесс, который требует очень хорошего образования.

Назначение средства по патологии пациента, или назначение одновременно нескольких гомеопатических средств при той или иной болезни, не только запутывает конкретный случай, но также вызывает путаницу в сознании тех, кто не понимает достаточно хорошо принципы классической Гомеопатии Ганемана.

На самом деле, мечта почти каждого студента, чтобы опытный мастер рассказал ему, какую комбинацию средств следует давать при разных патологических состояниях. Такая логика и привела к разработке различных схем комбинирования препаратов при той или иной патологии. Вопрос в том, являются ли подобные комбинации препаратов вообще бесполезными или даже вредными? Ответ – нет, ведь какой-то эффект от этого должен быть, в противном случае у врачей, применяющих полипрагмазию, не было бы клиентов. При таком подходе состояние большого числа пациентов в определенной мере облегчается, что важно, особенно в Индии, где толпы людей приходят к гомеопатам. Но, как я уже задавался вопросом ранее, есть ли иной, лучший, более эффективный путь? Ответ: да, есть. Но для этого требуется много учиться, прилагать сверхусилия, чтобы стать мастером своего дела.

Есть другая категория учителей гомеопатии, которые базируют преподавание на теории Миазмов, изложенной Ганеманом в рамках теории хронических болезней.

Это был еще один ценнейший аспект, открытый нам гением великого Мастера. В первые годы своей практики я пытался применять данную теорию хронических болезней, поскольку она казалась мне очень правдоподобной. Но я обнаружил, что весьма сложно делать назначения, основываясь на миазме, который, казалось бы, активен. Как, например, в тех случаях, когда пациент, вне всякого сомнения, был инфицирован гонореей или сифилисом, но медорринум или сифилинум не давали ожидаемых результатов.

Идея была великолепная, но когда ее пытались применять согласно с указаниями, изложенными в Хронических болезнях Ганемана, миазматическое средство не работало. Позже я обнаружил, что эти миазматические средства иногда оказывались полезными позже, в ходе лечения, уже после того, как были назначены другие препараты!

Некоторые гомеопаты пытались назначать миазматические средства одновременно все разом, чтобы «почистить» организм от миазмов, как они это утверждали. Каков же был результат? Путаница в работе иммунной системы. Я наблюдал таких пациентов, и они тяжело страдали от своих хронических болезней, хотя получали месяцами подобное лечение комбинацией этих препаратов в высоких потенциях.

Таким образом, теория была правильная, но когда ей слепо следовали, то ожидаемых результатов не достигали. В чем же была проблема? Проблема состояла в том, что сначала необходимо было найти и дать средство, соответствующее верхнему слою – другое средство, не миаз-

матическое. Еще в начале своей практики я понял, что при лечении хронических заболеваний, в каждом случае, я должен был искать средство верхнего слоя, показанное независимо от миазматического состояния пациента. Позже я осознал, что для исцеления каждого случая глубокой хронической патологии существует **правильная последовательность необходимых средств**, которые следует назначать одно за одним в четком порядке, через определенные промежутки времени, ориентируясь на изменение картины симптомов, которая указывала на разные лекарства в разные периоды лечения. Эти открытия и привели меня к разработке теории **«Уровней здоровья»**, в основе которой лежит гениальная идея миазмов Ганемана. Но если использовать эту идею неправильно, результаты будут разочаровывать.

Что же произошло, почему нозологическая картина различных хронических заболеваний драматически изменилась и стала гораздо более сложной, чем во времена Ганемана? Очевидно, что причина – разнообразные вмешательства в работу иммунной системы человеческого организма, которые происходят в течение последних пятидесяти лет. В результате мы видим серьезные нарушения в ее работе, которые требуют очень аккуратного и точного гомеопатического лечения, чтобы иммунная система продолжала выполнять свои функции. Это означает, что проблема с хроническими заболеваниями проистекает не только лишь из трех миазмов, описанных Ганеманом: сикотического, сифилитического и псорического. Но это также означает, что современные люди глубоко поражены, помимо прививок и антибиотиков, еще и тысячами других вмешательств, которые создают блоки для нормального функционирования человеческого организма.

Оглядываясь назад, в историю, мы видим, что все так называемое гомеопатическое движение страдало не только отклонениями в сторону комплексонизма и неправильного применения миазматической теории, но также дискредитировалось разными, порой безумными идеями, которые и привели истинную Классическую Гомеопатию Ганемана в сложное положение, уязвимое для критики со стороны скептиков и ее противников. Сейчас наступает то самое время, как я думаю, когда все целеустремленные ученики нацелены на самое глубокое изучение этой блестящей науки исцеления. И те учащиеся, которые понимают эти факты, увидят гораздо лучшие результаты в своей практике.

*Алониссос, Греция,*
*12 января 2019 г.*

**Леонид КОСМОДЕМЬЯНСКИЙ**

Врач-терапевт, доктор медицинских наук, профессор кафедры гомеопатии ИВМ РУДН, заместитель главного врача по медицинской части «Московского гомеопатического центра», национальный вице-президент Международной медицинской гомеопатической лиги (LMHI), представитель LMHI по ЕврАзЭС, член рабочей группы по образованию LMHI, первый заместитель председателя Национального совета по гомеопатии, вице-президент Российской гомеопатической ассоциации, президент Российского гомеопатического общества

# ГОМЕОПАТИЯ В РОССИИ – ВЧЕРА, СЕГОДНЯ И ЗАВТРА?

## Резюме

Статья посвящена вопросам возникновения и развития гомеопатии в современной России, а также освещает проведение международного конгресса «Всемирный день гомеопатии: Москва–2018», который состоялся 9–10 апреля 2018 г. Обращается внимание на официальный ответ Генеральной прокуратуры и Государственной Думы Российской Федерации на легальность применения гомеопатии в России и на позицию некоторых ученых, изложенную в меморандуме «О лженаучности гомеопатии», документе, не являющимся правовым актом, обязательным для исполнения. В статье также рассмотрены современные аспекты развития гомеопатии в России сегодня и ставится вопрос, быть ли гомеопатии в России завтра?

Первые вести о гомеопатии в Санкт-Петербург привез в 1824 году доктор Адам. Лично познакомившись в Германии с Ганеманом, он рассказал о новом учении докторам Шерингу и Зейдлицу. Так идеи основоположника гомеопатии Х. Ф. С. Ганемана нашли благодатную почву в России. И уже в 1827 году появились первые публикации по гомеопатии – доктор Бижель издал «Экзамен теории и практики по методу лечения доктора Ганемана».

Официально гомеопатия в России впервые была признана в 1833 году Императорским Указом Николая I. Этому предшествовали жаркие дискуссии и споры как в научных медицинских кругах, так и на страницах популярных изданий. Особой критикой отличались публикации Владимира Даля, более известного как автора «Толкового словаря живого великорусского языка», а также друга и лечащего врача известного русского поэта Александра Пушкина. Благодаря литературному таланту, публикации В. Даля не оставляли у читателя ни капли сомнений в никчемности нового по тем временам направления медицины. Но его взгляды радикально изменились после успешного излечения родных и близких гомеопатическими средствами, о чем свидетельствует его раскаяние, опубликованное в открытом письме к князю В.Ф. Одоевскому. После этого он сам более вдумчиво подошел к изучению доктрины Х. Ф. С. Ганемана и впоследствии приложил немало усилий для развития гомеопатии в России. Надеемся, что и сегодняшние противники современной гомеопатии последуют примеру этого талантливого и истинного патриота отечества.

Так зарождались незыблемые основы развития гомеопатии в России, которые и по сей день служат базисом развития современной гомеопатии в наши дни.

Как и в начале становления и развития гомеопатии в России, так и сегодня, дебаты вокруг эффективности применения гомеопатических препаратов вызывают повышенное внимание как общественности, так и ученых. Несмотря на то что в России последние 25 лет гомеопатический метод лечения активно развивается и внедряет-

ся в систему государственного здравоохранения, в СМИ появляются публикации, дискредитирующие как сам метод лечения, так и врачей, применяющих его в своей повседневной врачебной практике. По всей видимости, это связано с недостаточной информированностью о существующих научных исследованиях, доказывающих эффективность и безопасность применения гомеопатических препаратов, а также с дефицитом информации о правовых аспектах регулирования применения гомеопатии на современном этапе ее развития в России. В связи с чем специалисты, изучающие гомеопатические феномены и активно применяющие гомеопатию, пришли к выводу о необходимости выделения гомеопатии как врачебной специальности, что позволит повысить образовательный уровень врачей и привлечь к обоснованию научного базиса и практической значимости гомеопатии более квалифицированные кадры.

В связи с вышеизложенным, врачи и провизоры, использующие гомеопатический метод лечения, 27 января 2017 года провели очередной VI Российский гомеопатический съезд, на котором обсуждались наиболее актуальные вопросы развития гомеопатии в России. На съезде было принято решение обсудить среди гомеопатического сообщества вопрос о необходимости введения врачебной специальности «гомеопатия». Провести обсуждение данного вопроса при активном участии Российского гомеопатического портала (http://rushomeopat.ru/) в срок до 1 декабря 2017 года; создать Рабочую группу для анализа предложений; результаты обсуждения обнародовать на VII Российском гомеопатическом съезде.

А также на этом съезде был утвержден ДЕНЬ ПРАЗДНОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ГОМЕОПАТИИ, приуроченный ко дню рождения С. Ганемана и МЕЖДУНАРОДНОМУ ДНЮ ГОМЕОПАТИИ.

Но 6 февраля 2017 года члены Комиссии по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований при Президиуме РАН опубликовали меморандум «О лженаучности гомеопатии» (который подписали 8 из 59 членов данной комиссии).

Сразу после появления меморандума, заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева отреагировала немедленно: «Гомеопатия официально признается Всемирной организацией здравоохранения. Минздравом России гомеопатия тоже признана. Если прием ведет специалист, не знающий гомеопатии, который не прошел специализацию и обучение, вот тогда это лженаука», — уточнила Яковлева.

9 февраля 2017 года состоялось расширенное заседание Экспертного совета по совершенствованию законодательного регулирования в сфере комплементарной медицины Комитета по охране здоровья Государственной Думы. Один из рассматриваемых вопросов касался применения гомеопатических препаратов в медицинской практике.

Несмотря на это, негативная реакция со стороны СМИ в адрес гомеопатии продолжала расти как снежный ком, неся явно деструктивный характер и вызывая отдаленные негативные последствия как для врачей, так и для пациентов, с большим успехом применяющих этот метод профилактики и лечения различных заболеваний, порой не поддающихся стандартизованным методам терапии.

Поэтому 10 марта 2017 года Национальный совет по гомеопатии был вынужден обратиться в Генеральную прокуратуру РФ с просьбой принять меры прокурорского реагирования по факту допущенных Комиссией по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований при Президиуме Российской академии наук нарушениях при разработке и принятии Меморандума № 2 «О лженаучности гомеопатии».

11 апреля 2017 года состоялась Научно-практическая конференция, посвященная Дню российской гомеопатии, на которой всесторонне обсуждалась негативная реакция СМИ в адрес гомеопатии.

25 апреля 2017 года Генеральная прокуратура РФ рассмотрела обращение Национального совета по гомеопатии и проанализировала нормативные правовые акты в сфере охраны здоровья и обращения лекарственных средств, регулирующие вопросы применения гомеопатических методов лечения. Приказом министерства от 29.12.2012 № 1705н утверждены Правила организации и деятельности отделения медицинской реабилитации медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которыми рекомендуется в структурах таких отделений предусматривать кабинет го-

меопатии. Таким образом, применение гомеопатии не запрещено действующим законодательством и урегулировано соответствующими нормативными документами. Принятый Комиссией по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований при Президиуме РАН Меморандум № 2 «О лженаучности гомеопатии» не является нормативным актом, обязательным к исполнению. Положения Меморандума носят рекомендательный характер, в нем изложена позиция отдельных ученых. Таким образом, ответ Генеральной прокуратуры подтвердил легальность метода гомеопатии в практическом здравоохранении.

25 мая 2017 года в ходе конгресса «Право на лекарство» Министерство здравоохранения Российской Федерации в лице директора Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Елены Максимкиной в ответ на просьбу сторонников гомеопатии не запрещать этот вид продукции не поддержало идею запрета гомеопатических препаратов.

13 июня 2017 года на заседании Международного совета Международной медицинской гомеопатической лиги (LMHI) было принято решение о проведении Международного дня гомеопатии в России.

15 июня 2017 года ПОСТАНОВЛЕНИЕ VI РОССИЙСКОГО ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО СЪЕЗДА по вопросу о необходимости введения врачебной специальности «гомеопатия» обсуждалось в докладе «Актуальность специализации по гомеопатии в России» на 72 конгрессе LMHI в Лейпциге (Германия) (докладчик: проф., д. м. н. Л. Космодемьянский).

10 ноября 2017 года был проведен опрос участников XXII межрегиональной научно-практической конференции «Гомеопатия и современная медицина», которая проходит ежегодно в г. Саратове. В анкетировании участвовали 63 респондента, из которых 83% опрошенных на вопрос: «Выступить с инициативой в МЗ РФ о введении специальности по гомеопатии» ответили: «Да».

Но нападки на гомеопатию продолжались. В Госдуму был подан законопроект о запрете рекламы гомеопатических лекарственных средств, требующий указывать на упаковках, что это гомеопатические препараты с недоказанной эффективностью. А также предусматривающий вы-

вод гомеопатических препаратов из медицинского употребления в государственных и муниципальных лечебных учреждениях; обеспечение защиты граждан от недостоверной рекламы гомеопатии, заявляющей о наличии у гомеопатических препаратов лечебных свойств; информирование пациентов, приобретающих гомеопатические препараты в аптеках, о том, что гомеопатия не имеет показаний и научных подтверждений клинической эффективности.

В результате 14 ноября 2017 года в Общественной палате РФ прошел круглый стол «Методы традиционной медицины в современном здравоохранении». Тема мероприятия: место гомеопатии в медицинской практике. Всем участникам развивающегося «антигомеопатического ажиотажа» была предоставлена возможность выступить. По итогам этого обсуждения были сделаны однозначные выводы, что необходимо прекратить эту необоснованную баталию и не мешать врачам, которые вынуждены каждый день работать в условиях негативной реакции, нагнетаемой СМИ в адрес гомеопатии, и при этом лечить своих пациентов.

29 ноября 2017 года состоялась ВСЕРОССИЙСКАЯ МЕЖВУЗОВСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ в Российском университете дружбы народов (РУДН) – «Гомеопатический метод лечения в современной системе здравоохранения», на которой также был проведен опрос участников.

В анкетировании участвовали 53 респондента, из которых 83% опрошенных на вопрос: «Выступить с инициативой в МЗ РФ о введении специальности по гомеопатии» ответили: «Да».

26 января 2018 года на VII Российском гомеопатическом съезде, прошедшем в Центральном Доме ученых РАН (г. Москва), всесторонне обсуждался вопрос о введении врачебной специальности по гомеопатии. С докладом «О результатах реализации решения VI Российского гомеопатического съезда по вопросу о необходимости введения врачебной специальности "гомеопатия"» выступил докладчик: проф., д. м. н. Космодемьянский Л. В.

**Общие итоги анкетирования:**
Всего – 304 – 100%
За – 249 – 82%
Против – 39 – 13%
Воздержался – 16 – 5%

В результате обсуждения данного вопроса было принято решение о ходатайстве перед Министерством здравоохранения РФ, Министерством науки и образования РФ, Правительством РФ рассмотреть вопрос о введении специальности «гомеопатия», и обращении в ВОЗ по вопросу разработки и утверждения стандартов и требований к образованию и аккредитации (сертификации, лицензированию) врачей, провизоров, ветеринаров по гомеопатии.

Таким образом, в России проведена проверка юридической правомочности «Меморандума» Генеральной прокуратурой РФ, которая дала однозначную оценку, что данный документ не является правовым актом, обязательным к исполнению.

Также имеется информационное письмо (из решения Экспертного совета по совершенствованию законодательства в сфере комплементарной медицины Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ) «О порядке применения гомеопатических препаратов».

Из письма следует: «Выпущенный отдельной группой частных лиц Меморандум № 2 "О лженаучности гомеопатии", принятый Комиссией по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований при Президиуме РАН, не основан на действующем законодательстве, не является официальной позицией РАН и тем более не имеет обязательного характера. Данная позиция подтверждается Генеральной прокуратурой РФ в письме № 74/1-217-2017 от 25.04.2017 г., в котором проанализированы указанные выше источники и поясняется, что "применение гомеопатии действующим законодательством не запрещено и урегулировано соответствующими нормативными документами"».

Несмотря на это, нападки на гомеопатию в России продолжаются!

В Госдуме России проходило обсуждение законопроекта о запрете рекламы гомеопатических препаратов с требованием писать на упаковке, что данные препараты с недоказанной эффективностью.

Были предприняты попытки помешать проведению очередного VII Российского гомеопатического съезда и XXVIII Московской Международной гомеопатической конференции в Центральном Доме ученых РАН, где такие конференции проводятся с 1993 г.!

Врачи и пациенты, применяющие гомеопатический метод лечения, были вынуждены принять участие в подписании петиции и обращения к Президенту России В. Путину и руководству Министерства здравоохранения РФ с требованиями защитить от травли гомеопатию в России. Петиция и обращение собрали более 60 000 подписей за 7 дней.

Совместно с Международной медицинской гомеопатической лигой российские специалисты активно стремятся противодействовать этой антигомеопатической кампании!

В 2017 году Международным советом LMHI было принято решение провести очередное празднование Всемирного дня гомеопатии в России, которое состоялось 9–10 апреля 2018 года в Москве.

Впервые в столице Российской Федерации состоялось празднование «Всемирного дня гомеопатии 2018», посвященное 185-летию гомеопатии в России, памяти С. Н. Корсакова, приуроченное ко дню рождения Х. Ф. С. Ганемана и проводимое по решению Совета Международной медицинской гомеопатической лиги (LMHI). На основании этого решения под руководством вице-президента LMHI, проф., д. м. н. Леонида Космодемьянского совместно с президентом РГО, к. м. н. Владимиром Мищенко и президентом РГА, к. м. н., представителем Еврокомитета по гомеопатии в России Николаем Замареновым был создан Оргкомитет, представленный коллективными членами LMHI в России – Российской гомеопатической ассоциацией (РГА) и Российским гомеопатическим обществом (РГО). В работе Оргкомитета приняли участие Национальный совет по гомеопатии и другие общественные объединения, представляющие отечественную гомеопатию.

В рамках празднования «Всемирного дня гомеопатии–2018» на Международном научном гомеопатическом конгрессе были представлены доклады президента Международной медицинской гомеопатической лиги (LMHI), д-ра Алока Парика, вице-президента LMHI по России, проф., д.м.н. Леонида Космодемьянского, президента Европейского комитета по гомеопатии (ECH) Элен Рену и руководителя подкомитета по науке LMHI, генерального директора Научного Совета по гомеопатии министерства AYUSH (Аюрведы, Йоги и натуропатии, Юнани, Сиддхи и тибетской медицины, и гомеопатии) правительства Индии Радж Манчанда, который зачитал его секретарь С. Гопинатхан, а также директора Международного Института интегративной медицины Робберта ван Хазелена, члена Президиума РГО Ильи Тираспольского, президента Национального Совета – Алексея Карпеева, президента Российской гомеопатической ассоциации Николая Замаренова, представителя Еврокомитета по гомеопатии в России (ECH) Ирины Буряковой, научного сотрудника Музея-заповедника «Дмитровский кремль» Людмилы Фатуевой, чьи презентации особенно ярко отразили суть освещаемых вопросов.

С приветствием в адрес Конгресса выступили: президент Международной медицинской гомеопатической лиги А. Парик, президент Еврокомитета по гомеопатии Э. Рену, секретарь совета по научным исследованиям министерства AYUSH правительства Индии С. Гопинатхан, академик РАН, проф., д. м. н. Вадим Зилов от лица Президиума Российской академии наук (РАН). В своем приветствии академик В. Зилов сообщил о высокой оценке РАН значимости проводимого Международного научного гомеопатического конгресса в России. Большое значение имеет празднование «Всемирного дня гомеопатии–2018» именно в этом году и в нашей стране, так как с момента подписания Указа императором Николаем I исполняется 185 лет официального признания гомеопатии в России. Академик РАН, проф., д. м. н. В. Зилов подчеркнул также неоценимое значение научных основ гомеопатической терапии, формирующих новые направления развития современной науки. Особенно выделив практическую роль применения гомеопатии в интегративной медицине.

Также с приветствием выступила национальный вице-президент LMHI в Армении Мариам Карабахцан, пожелав всем участникам плодотворного сотрудничества на пути интеграции гомеопатии в практическое здравоохранение и отметив, что в связи с этим можно считать целесообразным введение специальности «гомеопатия» в России, как это реализовано в Армении, что приобретает большую значимость в связи с формированием Единого экономического пространства между странами содружества (ЕврАзЭС). Это позволяет рассчитывать на возможные перспективы не только в формировании экономических связей, но в значительной степени способ-

ствует обмену опытом и повышению профессионального уровня специалистов в области гомеопатии. Также с приветствием выступили представители различных общественных объединений по гомеопатии, представленных в России и за рубежом. Проведение «Всемирного дня гомеопатии–2018» в России способствовало консолидации всех специалистов, применяющих гомеопатию в своей врачебной практике, укреплению международных отношений с коллегами за рубежом и повышению роли и статуса LMHI как в России, так и во всем мире.

Во время церемонии открытия президент LMHI д-р Алок Парик был удостоен почетной награды – медали им. С. Н. Корсакова ***«За выдающийся вклад в развитие гомеопатии во всем мире»***.

Все участники Конгресса тепло и радушно отзывались о работе и организации мероприятия.

*Президент LMHI д-р Алок Парик в своем послании организаторам конгресса «Всемирный день гомеопатии: Москва–2018» дал высокую оценку проведенному мероприятию, подчеркнув актуальность и содержательность научных докладов, научных презентаций, программы и организации проведенного мероприятия. Особенно отметив дружеское и добросердечное отношение всех участников конгресса, энтузиазм российских врачей в изучении гомеопатии в стране с богатой и давней историей развития учения Х. Ф. С. Ганемана, от всей души поблагодарил за великолепную организацию проведенного мероприятия, теплый и дружественный прием.*

*Оргкомитет конгресса благодарит всех, кто принял участие и поддержал работу конгресса и проведение «Всемирного дня гомеопатии – 2018»!*

*Мы надеемся, что такая консолидация пациентов, специалистов, всех прогрессивно мыслящих людей на планете позволит преодолеть кризис в умах тех, кто не знает и не хочет знать, что гомеопатия в настоящий момент во многих странах мира занимает первое место по частоте применения среди всех методов комплементарной медицины, по данным Всемирной организации здравоохранения. И это лишний раз доказывает, что вопреки 200-летним нападкам гомеопатия существовала, существует и будет существовать как самостоятельное и как комплементарное направление эффективной медицины.*

Проделанная всем гомеопатическим сообществом работа и поддержка Международной медицинской гомеопатической лиги позволили обратиться в Департамент медицинского образования и кадровой политики Министерства здравоохранения РФ с вопросом о подготовке кадров по гомеопатии. Из полученного ответа следует, что среди установленного перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, – отсутствует работа (услуга) по гомеопатии, а специальность «гомеопатия» в Российской Федерации и должность врач-гомеопат не предусмотрена!

Встает вопрос, как же тогда быть с ответом Генеральной прокуратуры, из которого следует, что применение гомеопатии действующим законодательством не запрещено, а значит, разрешено и урегулировано соответствующими нормативными документами.

С этим вопросом мы были вынуждены обратиться к директору Правового департамента МЗ РФ с просьбой устранить противоречия и пробелы в правовом регулировании и предложили выступить с ходатайством о рассмотрении вопроса о введении специальности «гомеопатия» или лицензирования врачей-специалистов, применяющих гомеопатический метод лечения в медицинской практике.

Из полученного ответа следует: «...В целях организации всестороннего рассмотрения обозначенной в письме проблематики и комплексной оценки целесообразности внесения изменений в соответствующие нормативно-правовые акты Российской Федерации поставленный в письме вопрос прорабатывается с представителями профильных департаментов Минздрава России, а так же экспертами в соответствии с их компетенцией. О проработке указанного вопроса будет сообщено дополнительно».

Конечно, мы уверены, что Министерство здравоохранения РФ всесторонне проработает сложившееся правовое несоответствие современным реалиям развития гомеопатии как в России, так и за рубежом и учтет международный опыт гомеопатии и мнение врачей, практикующих с применением гомеопатического метода лечения в нашей стране. И вынесет соответствующее решение, так необходимое всем нашим пациентам, нуждающимся в гомеопатии!

**Марина Михайловна ЗАЕВА**

окончила Иркутской государственный медицинский институт в 1984 г. Врач-кардиоревматолог. Врач-гомеопат с 1991 года. С 1996 г. по 2000 г. прошла обучение в Международной Академии Классической Гомеопатии в Греции. Дипломант МАКГ 2000 г. В настоящее время работает врачом-гомеопатом и руководит гомеопатическим центром в г. Иркутске

# ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ

Идиопатический фиброзирующий альвеолит (интерстициальный легочный фиброз или криптогенный фиброзирующий альвеолит) занимает 5% в структуре всех болезней лёгких. Одним из наиболее распространенных и прогностически неблагоприятных заболеваний из группы интерстициальных заболеваний легких является идиопатический фиброзирующий альвеолит. Характеризуется воспалением и фиброзом легочного интерстиция и воздухоносных пространств, что приводит к развитию рестриктивных изменений лёгких, нарушению газообмена, быстро прогрессирующей дыхательной недостаточности и к смерти больного. Выживаемость пациентов с момента постановки диагноза 3–5 лет. Основной диагностический метод – рентгенологический. На КТ, МРТ – понижение прозрачности лёгких по типу «матового стекла», кистозные просветления до 2 см по типу «сотового легкого».

Пациент Мария Б. 1 год 10 месяцев. Первое обращение 14 октября 2013 года. Ввиду крайне тяжёлого состояния ребёнка я смотрела её дома. Увидев меня, она стала капризничать и сердиться. Когда я отходила, она сохраняла на лице недовольное выражение. Кричала, когда я приближалась. Родители сказали, что это её обычное состояние: раздражение и недовольство. В течение всей консультации Мария оставалась крайне раздражительной. На мои попытки прикоснуться к ней кричала. Всё время была на руках у родителей.

При осмотре сразу бросался в глаза выраженный акроцианоз. Губы и носогубный треугольник были темно-фиолетовые. Кисти и стопы синего цвета. Пальцы на руках и ногах в виде барабанных палочек. Ногти в виде часовых стёкол и темно-синего цвета. Лицо изменено по Кушингоидному типу. Когда Мария плакала, лицо становилось темно-фиолетового цвета, губы и кончик языка делались чёрными. ЧД 76 дыхательных движений в минуту. ЧСС 140 в минуту. В дыхании участвовала межреберная мускулатура, с втяжением яремной ямки. Дыхание в покое было шумным и клокочущим. Хриплый, клокочущий кашель, который часто заканчивается рвотой, слизью или пищей. Мокроты много, но девочка не может её откашлять. Грудная клетка бочкообразной формы, при дыхании экскурсии грудной клетки нет. Перкуторно-коробочный звук над всей поверхностью лёгких. Аускультативно – дыхание поверхностное с жёстким оттенком, при плаче – множественные влажные хрипы. Отрыжка частая, громкая, воздушная. Аппетит резко снижен. Не может съесть больше 4 чайных ложек за один приём пищи. На языке белый налёт. Живот вздут. Стул 2 раза в день, кашицеобразный с неприятным запахом. Вес девочки в 1 год 10 месяцев – 9 кг 800 г. Рост 82 см. Заметное отставание физического развития. Мария зависима от кислорода. Её сатурация 72–77%, после дыхания кислородом поднимается до 85–87%. Она сама просит кислород через 15 минут. После трех шагов одышка резко нарастает и она не может идти.

Модальности: хуже – движение (3), эмоции (3), еда и питье, общении с другими людьми; лучше – полный покой.

## Анамнез жизни:

Родилась 27.01.2012 г., от 2-й беременности в 26 лет. Есть здоровый брат старше на 4 года. У Марии при рождении был разлитой цианоз, расценили как аспирацию околоплодными водами, купировался самостоятельно. По шкале АПГАР 8–9 баллов. Вес 3500 г, 50 см. Грудное вскармливание до года. Первые зубы с 5 месяцев. В 8 месяцев было 6 зубов, к году 12. Села в 7 месяцев. Поползла в 8 месяцев. Пошла к 11 месяцам. В 11 месяцев её вес был 9 кг 160 г. Прививки по календарю, каждая с температурой 38°С в течение 2 дней. До 6 месяцев Мария была здорова. В 6 месяцев перенесла острую кишечную инфекцию, лечилась в стационаре. Получила 2 курса антибиотиков. С 7 месяцев неоднократно противовирусные препараты на каждое повышение температуры. С 8 до 11 месяцев получила 3 вакцинации АКДС. С 9 месяцев начала подкашливать, стал постепенно снижаться аппетит. Вес к 1 году был 8 кг 900 г. Физическая активность снизилась. В 1 год и 1 месяц температура поднялась до 38.2°С в течение нескольких дней. Появилась одышка, кашель с мокротой, аппетит ещё больше снизился. Появилось частое срыгивание и икота. Был поставлен диагноз пневмонии без рентгенологического исследования. Лечение антибиотиками. Через месяц вернулся кашель до рвоты вязкой слизью и одышка. Был поставлен диагноз ларинготрахеит. Получала ингаляции с бородуалом, муколитические препараты с незначительным эффектом. В 1 год 3 месяца поставлен диагноз гипотрофии. В это же время родители заметили изменение ногтей по типу «часовых стекол» и пальцев по типу «барабанных палочек». С этого времени одышка и кашель стали постоянными. Периодически рвота на фоне кашля. Аппетит и физическая активность стали ещё ниже. В 1 год 5 месяцев наросла одышка и участился кашель до рвоты. Месяц противовирусной и муколитической терапии эффекта не дал. Диагноз коклюш не подтвердили. ЧД была 60 в минуту. В 1 год 7 месяцев температура поднялась до 39.2°С. Кашель, рвота стали чаще. Одышка наросла. Девочку госпитализировали. На рентгене грудной клетки выявили признаки 2-сторонней пневмонии. В анализе крови лейкоцитоз 13.8*$10^9$/л, нейтрофилы сегментоядерные 60%, нейтрофилы палочкоядерные 2%, СОЭ 13 мм/ч. К этому моменту вес Марии был 8 кг 700 г. Сатурация 72–80%. ЧД 80 в минуту. Акроцианоз был выраженным. ЧСС 152 в минуту. Температура тела держалась 37.4°С. На МСКТ грудной клетки было видно диффузное неоднородное мозаичное изменение плотности легочной ткани за счёт локальных участков сниженной воздушности по типу матового стекла. Заключение: косвенные МСКТ признаки нарушения проходимости мелких бронхов. Через 3 недели интенсивной терапии на МСКТ картина без динамики. Девочка была на стационарном лечении с 29.08.2013 г. по 08.11.2013 г.

## Проведено обследование:

Фибробронхоскопия – 2-сторонний катаральный эндобронхит.

Ангиография – дефект межпредсердной перегородки 2 мм, легочная гипертензия 1 ст. Торокоскопическая биопсия легкого 30.10.13 г. – подобная микроскопическая картина наиболее характерна для неспецифической интерстициальной пневмонии.

ФГДС – фиброзный эзофагит, кандидоз слизистых пищевода.

В госпитализации и лечении в клинике им. Сеченова при МГМУ № 1 было отказано ввиду бесперспективности терапии. Девочка была выписана домой на 15 мг преднизолона в сутки, поддерживающем антибактериальном лечении и постоянной кислородотерапии.

## С 15.10.2013 г.

Мария получала Тартарус эметикус 30 СН по 5 гранул каждые 3 часа в течение недели. Аллопатические препараты она получала тоже. 20.10.13 г. ситуация заметно улучшилась. Мария стала физически активнее. Проходила 8–10 шагов без резкого ухудшения состояния. Начала играть. Стала спокойнее. Появились положительные эмоции. Улыбалась. Снизилась раздражительность. Кожа стала светлее. Акроцианоз уменьшился. Кашель стал реже. Хрипы тоже стали меньше слышны. ЧДД снизилась с 80 до 70 в минуту. Рвота стала реже. ЧСС 140 в минуту, была 152.

Аппетит улучшился, сама стала просить есть. Съедала 8–9 чайных ложек за один раз. За неделю вес вырос на 150 граммов. Нужно сказать, что родители давали Тартарус эметикус 30СН через 2 часа. Они заметили, что 3-й час она выдерживала с трудом. Дальше консультации были 26.11.2013 г. и 05.12.2013 г. Улучшение продолжалось. Кашель редко заканчивался рвотой. Начала свободно ходить по квартире и играть с братом. Много улыбалась. На консультации была спокойной. Стул стал оформленным, раз в день с нормальным запахом.

### С 09.12.2013 г. по 28.12.2013 г.

Мария обследовалась в отделении пульмонологии и аллергологии Научного центра здоровья детей РАМН. Диагноз подтвердили.

### 16.12.2013 г.

на МСКТ была отмечена умеренная положительная динамика. К этому времени она принимала Тартарус эметикус 30СН 2,5 месяца. Сатурация поднялась до 86–93%. ЧДД снизилась до 60. Аускультативно – хрипов нет! Дыхание проводится лучше. ЧСС 140. Синдром Кушинга стал меньше. Аппетит лучше, съедает по 100–120 г. за один раз. Вес +0,5 кг. Убрали ингаляции беродуала и снизили преднизолон до 10 мг в сутки. Но ещё оставалась кислородозависимой. Улучшение было убедительным и стабильно прогрессирующим. Тартарус эметикус был назначен с повышением на 2 потенции каждые 10 дней такими же частыми приёмами.

### Через год лечения,

девочке 2 года 10 месяцев. ЧДД не выше 48 при физической нагрузке. Во сне 33 в минуту. Сатурация 87–92%. Потребность в кислороде 1 раз в 60–90 минут. Была через 15 минут. Аппетит хороший. Вес 11 кг 300 г. 1 апреля 2015 г. прекратили давать кислород. Сама Мария отказывалась с февраля месяца. С мая 2015 г. отменили преднизолон. С июня 2015 г. у девочки начались острые состояния с температурой 39.9°С. Острые состояния давали ясную картину препарата Фосфор. Она получала Фосфор 200 разово при острых состояниях. С этого момента Тартарус эметикус был отменен.

### Спустя 2 года лечения,

девочке 3 года 8 месяцев. ЧДД 30–36 в минуту. Во сне ЧДД 28. Норма у детей в 3 года 20–30 в минуту. ЧСС 80–120 в минуту. Сатурация 98% в покое, 91% после значительной физической нагрузки. Кашель только при плаче или большой физической нагрузке. Физически очень активная. К этому моменту она 6 месяцев без всех лекарств. Только на острые состояния. Острые состояния часто, через 2–3 месяца. МСКТ легких от сентября 2016 года положительная динамика.

### В 4 года 5 месяцев

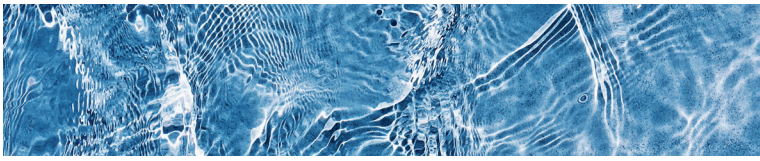
плановое обследование в стационаре. DS: Хронический облитерирующий бронхиолит с организующейся пневмонией, умеренно выраженное обострение, постоянная дыхательная недостаточность. Мария ходит в детский сад с 4 лет 7 месяцев.

### В 5 лет и 2 месяца,

через 3 года 4 месяца лечения вес 18 кг. Рост 109 см. 2 последних года лечение только на острые состояния, которые теперь 1 раз в 3–5 месяцев. Кашель после острых состояний до двух недель. В июле 2017 г. стационарное обследование. DS клинический тот же. Рентген грудной клетки 06.07.2017 – патологии не выявлено. В августе 2017 г. на МСКТ заметная положительная динамика в её лёгких.

### Сейчас Марии 7 лет.

В феврале она перенесла ветряную оспу. Температура была до 39,9°С, сыпи было много и был сильный зуд. 1 доза Тартарус эметикус 90СН (осталась с прошлых времен) сняла зуд. В этом году Мария идёт в школу.



**Дмитрий Алексеевич ЧАБАНОВ**

Врач, кандидат медицинских наук, президент Сибирской Гомеопатической Ассоциации, главный врач Новосибирского Научно-Практического Центра Традиционной Медицины и Гомеопатии. Руководитель Программы дистанционного обучения на русском языке Международной Академии Классической Гомеопатии (ректор, профессор George Vithoulkas, Алонис, Греция), преподаватель МАКГ

# СЛУЧАЙ ИЗЛЕЧЕНИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИНЫ 23 ЛЕТ (КАТАМНЕЗ СЛУЧАЯ 20 ЛЕТ)

**Больная В. Т.**, женщина 23 лет (29.10.1975 г. р.), обратилась в ЗАО «Новосибирский Центр Гомеопатии» 26.02.1999 года (амбулаторная карта № 6958) с жалобами на массивные отеки ног.

## Анамнез болезни:

после родов (30.04.98) обнаружено повышение цифр билирубина в крови и положительные тесты на HCV. Под наблюдением инфекциониста в мае – июне 1998 года получала гепатопротекторы (специфическая терапия была отложена, т. к. продолжала кормить ребенка грудью). Чувствовала себя хорошо. Заболела внезапно 23.12.98 – проснулась утром с сильным отеком лица и ног. Самостоятельно принимала мочегонные, но отеки постепенно нарастали, и после новогодних праздников обратилась к терапевту. Была направлена на госпитализацию. С 22.01 по 17.02.99 проходила обследование и лечение **в нефрологическом отделении ОКБ** г. Новосибирска (см. справку). На основании гематурии (75.000 в анализе мочи по Нечипоренко), белка в моче от 2,0 до 3,0 г/л, а также данных нефробиопсии был установлен диагноз: **«Хронический гломерулонефрит с минимальными изменениями клубочков, нефротическая форма, активное течение (липоидный нефроз)»**. Получала мочегонные и антибактериальную терапию. Была выписана из стационара под наблюдение нефролога с рекомендацией приема преднизолона (10 табл./сутки). При выписке белок мочи оставался на уровне 3,0 г/л, отеки сохранялись. Пациентка категорически отказалась применять преднизолон. В течение недели после выписки отеки резко нарастали на фоне прекращения приема мочегонных.

**В анамнезе жизни** (см. рис. 1): Пациентка родилась здоровой от здоровых родителей. Получила все обязательные вакцинации. С двухлетнего возраста стала часто болеть различными ОРЗ с фебрильной температурой. Этот период продолжался до 7 лет. В возрасте 7 лет девочке произвели аденоидэктомию, после чего она перестала болеть частыми ОРЗ и оставалась здоровой до 22–23 лет (не болела ничем, кроме редких ОРВИ). В 21 год случайно были обнаружены яйца описторхисов в кале и проведена дегельминтизация бильтрицидом. В 22 года она родила, и немедленно после родов врачи обнаружили какие-то «серьезные проблемы с почками» и провели интенсивное лечение по этому поводу.

## Динамика в ходе лечения:

Учитывая совокупность симптомов: жаркая, не переносит горячего питья и еды, ревнивая, гневливая, накануне болезни была ссора с мужем и его родителями, был назначен Lachesis LMXII ежедневно (см. реперторизацию – рис. 3, 4). Однако через две недели (12.03.99) улучшения не отмечалось. По-видимому, слишком большая (4) степень была присвоена симптому «Ревность», поэтому Lachesis обошел Apis в результатах реперторизации. Был назначен Apis LMXII ежедневно в растворе два раза в день. В течение последующих 14 дней отеки уменьшились на 50–70% (оставалась лишь выраженная пастозность голеней). На фоне уменьшения отеков резко усилилась жажда, перестала ограничивать себя в жидкости. Лечение было продолжено.

**02.04.99** – головокружение вплоть до обморока, вызывала СМП. Головокружение прошло самостоятельно к вечеру. В связи с появлением головокружения, потенция препарата была изменена и увеличена до Apis LMXVIII (также ежедневно).

**24.04.99** – отечность на прежнем уровне (что можно было расценить как позитивную клиническую динамику, учитывая отсутствие ограничений в питье, в условиях исключения мочегонных препаратов). Однако на фоне уменьшения гематурии (Эр – 0–2–6 в п/зр), сохранялась высокая лейкоцитурия (сплошь в поле зрения), протеинурия нарастала, достигая в отдельных анализах 5,0–12,5 г/л. Тем не менее, показатели общего белка в крови не падали ниже 65 г/л, креатинин держался на уровне 63 мкмоль/л, мочевина – 3,2 ммоль/л. Был назначен Apis LMXXX ежедневно.

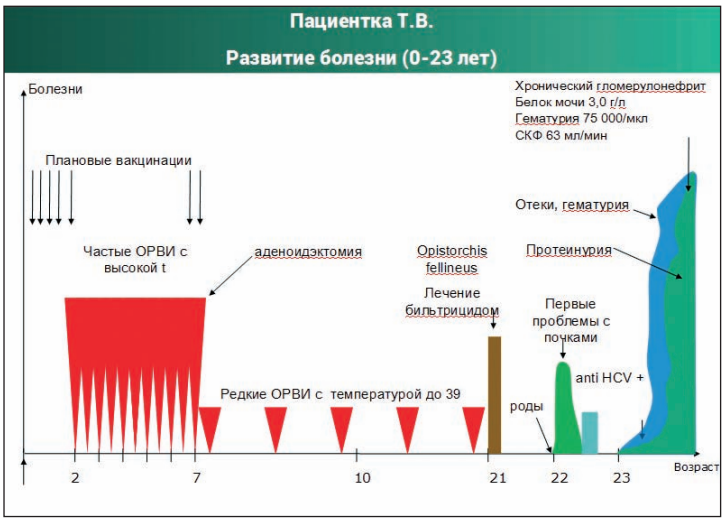



Рис. 1

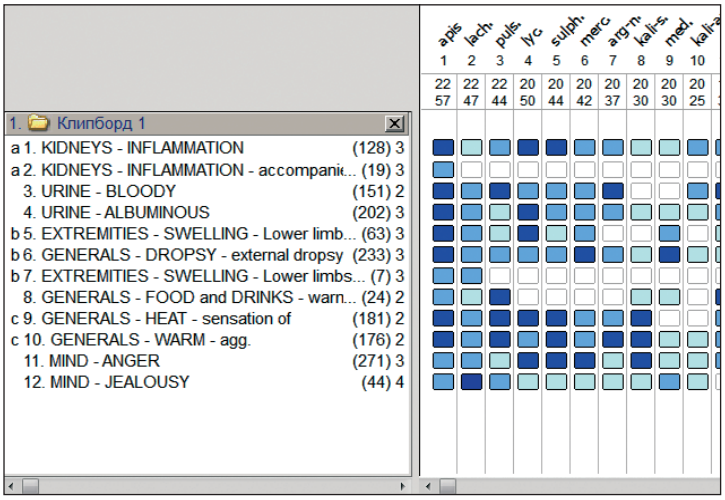



Рис. 3

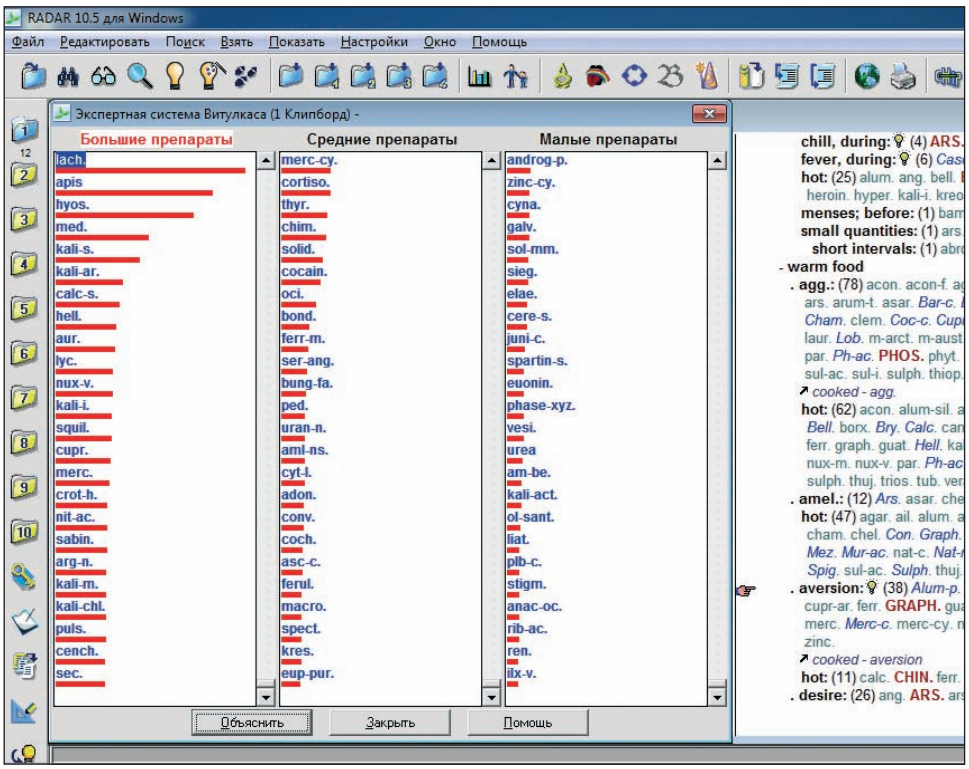



Рис. 4

**07.05.99** – с 25.04 развилось ОРЗ с сильным кашлем, t 39, герпесом на крыльях носа и на губах. Все дни острого заболевания пациентка принимала Apis LMXXX ежедневно три раза в день, поскольку не было очевидной картины острого средства. На этом фоне отеки ног к 30.04 исчезли полностью, белок в моче снизился до 1,0 г/л, количество эритроцитов в общем анализе мочи снизилось до нормы (1–2), а лейкоцитов – до 10–15 в п/зр. 07.05. был назначен Apis C200 в течение 4-х дней подряд (врачу-гомеопату часто трудно удержаться от искушения ускорить процесс выздоровления, повышая потенцию лекарства, которое, тем более, показало себя эффективным. Но, анализируя случай с точки зрения теории, ретроспективно, повышение потенции в тот момент было неверным. Правильно было продолжить ту же потенцию, т. к. продолжалось улучшение).

**18.05.99** – самочувствие хорошее, отеков нет. Белок в моче 2,1 г/л, лейкоциты в моче 4–6 в п/зр, эритроциты 1–2 в п/зр. СОЭ в общем анализе крови снизилась до 26 мм/час (исходно в январе – 53 мм/час). Таким образом, дальнейшего улучшения не происходило, а белок в моче нарастал. Назначение: Apis C1000 ежедневно в течение 4-х дней подряд (комментарий: также неверное назначение, необходимо было вернуться к более низкой потенции, учитывая исходно низкий уровень здоровья пациентки, наличие морфологических изменений в тканях и хорошую реакцию на XXX).

**28.05.99** – нарастание отеков «без видимых причин» (белок мочи по-прежнему 2,1 г/л), что свидетельствовало в пользу излишне сильной реакции организма на высокую потенцию гомеопатического лекарства. Новое назначение: Apis LMXXX ежедневно (комментарий: это также было ошибкой, поскольку, с точки зрения теории, правильно было ждать прекращения данного лекарственного обострения, вызванного несвоевременным назначением лекарства, и к тому же в высокой потенции в течение 4-х дней подряд. Попытка дать снова XXX была продиктована желанием проверить заявления некоторых гомеопатов об эффективности назначения более низкой потенции для купирования обострения, возникшего после высокой).

**04.06.99** – отеки уменьшились, но эффект прувинга слишком высокой потенции Apis сохранялся и проявился в повышении белка мочи до 11,6 г/л (анализ от 04.06). Назначение: PL.

**25.06.99** – самочувствие удовлетворительное, вышла на работу. Отеки еще уменьшились и появлялись в виде пастозности голеней к вечеру лишь в отдельные дни, белок мочи снизился до 2,0 г/л (анализ от 24.06). Учитывая появление агрессии с желанием ударить (даже импульс убить), слюнотечения ночью и выраженных отпечатков зубов на языке, был назначен Mercurius solubilis 30 в течение недели ежедневно (см. реперторизацию – рис. 5).

**20.07.99** – отеков практически нет, белок мочи 2,2 г/л (лейкоциты 0–1, эритроциты 1–2 в п/зр.). Сохраняется высокая раздражительность. Назначение: Mercurius solub 200 в течение 4-х дней ежедневно.

**31.08.99** – без динамики. Mercurius solub 200 в течение 3-х дней ежедневно.

**13.09.99** – отеков нет, белок мочи – 0,033 г/л. Появились периодические (незначительные) боли в правом подреберье.

**11.10.99** – самочувствие хорошее, жалоб нет, но 01.10 была вынуждена сделать медицинский аборт. Белок мочи в анализе от 04.10 – 0,9 г/л. Mercurius solub 200 в течение 3-х дней ежедневно (рецидив после МА).

**27.10.99** – Депрессивное состояние, связанное с конфликтом в семье и подавленным раздражением, плохо себя чувствует после дневного сна. Назначение: Staphisagria 200 ежедневно в течение 3-х дней подряд (комментарий: правильнее было подождать, не давая нового средства на фоне отсутствия полной картины Staphisagria и хорошего эффекта Mercurius solub).

**09.11.99** – белок мочи 3,2 г/л. Сохранялась депрессия и внутреннее раздражение, появилось выраженное стремление к одиночеству, нежелание делиться с кем-либо своими проблемами, стала замечать озноб, начинающийся со ступней ног, когда нервничала, развилась бессонница с невозможностью долго уснуть, развилась высокая потребность в соли и соленой рыбе. Новое назначение: Natrium muriaticum 200 ежедневно в течение 3-х дней подряд (см. реперторизацию – рис. 6).

**15.12.99** – самочувствие и настроение резко улучшились, сон нормализовался, отеков не отмечалось. Белок мочи держался на уровне 2,4 (в анализе от 22.11) и 2,5 г/л (от 14.12). Назначение: PL.

**26.01.2000** – белок мочи в общем анализе мочи от 06.01 – 0,8 г/л. Но 11.01 появилась резкая боль в животе справа, t 38,5, лейкоцитоз и п/я сдвиг до 15%. Пациентка не сообщила мне о своей болезни, но 13.01.00 была вынуждена вызвать СМП и была **прооперирована по поводу гангренозного аппендицита,** проходила антибактериальную терапию (см. справку). Белок мочи от 25.01 – 0,28 г/л. Назначение: Natrium muriaticum LMXXX в течение 3-х дней подряд (препарат был назначен, учитывая высокую вероятность антидотирования после операции и антибиотиков, для профилактики возможного рецидива болезни).

**15.03.00** – отеков нет. Белок мочи от 0,33 до 0.36 г/л. Перенесла сильный стресс 23.02, после чего вернулась бессонница и потребность плакать в одиночестве, сохранялась повышенная потребность в соли. Назначение: Natrium muriaticum 200 ежедневно в течение 3-х дней подряд, затем PL.

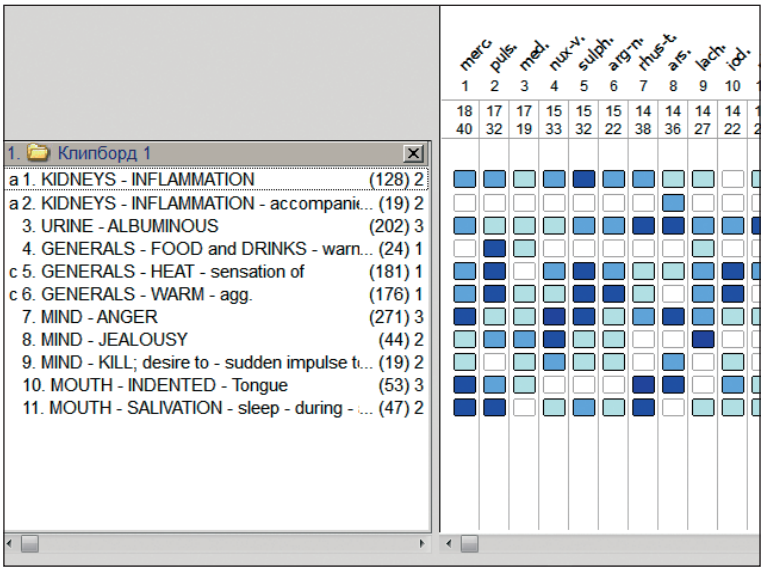



Рис. 5

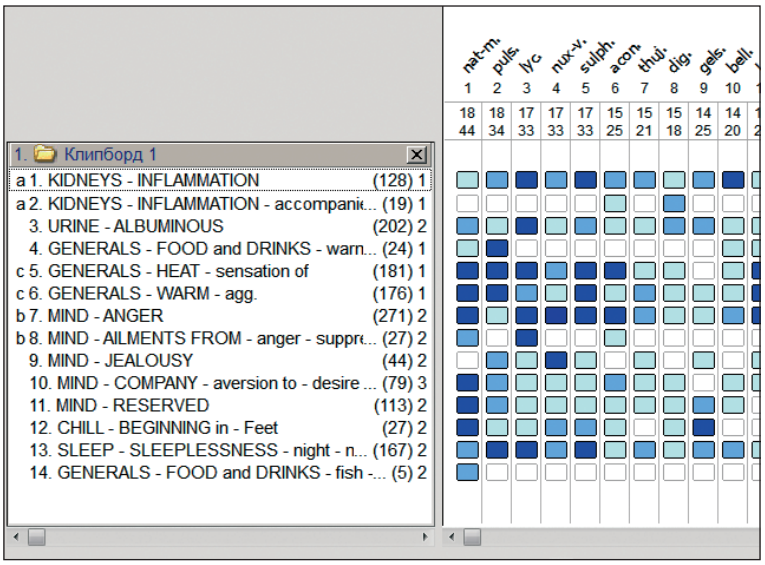



Рис. 6

**26.06.00** – в течение последних 2-х месяцев белок мочи колебался от 0,1 до 0,2–0,4 г/л, самочувствие было хорошим, существенных жалоб не предъявляла. Назначение: PL.

**20.07.00** – Вернулась повышенная раздражительность. Белок мочи 0,33–0,59 г/л. Назначено: Natrium muriaticum 200 (две дозы), затем PL.

**11.09.00** – с 05.09 – клиника цистита с лихорадкой до 39. Назначено: Natrium muriaticum LMXXX три раза в день в течение 3-х дней, с улучшением (антибактериальная терапия не проводилась).

**25.10.00** – в общем анализе мочи: 1011, белок 0,071–0,084 г/л, лейкоциты 2–3 в п/зр., эр – 0.

## В 2001 году:

Жалоб на физическое состояние не предъявляла (за исключением периодов учащения мочеиспускания ночью), периодически беспокоила раздражительность, бессонница. Белок мочи колебался между 0,02 и 0,09 г/л. Сохранялось высокое желание соли. 20.11.01 на фоне клиники цистита получила Natrium muriaticum 1000 (в течение 3-х дней подряд).

## В 2002 году:

Белок мочи: следы (во всех анализах). В августе 2002 – клиника острого цистита, получила Natrium muriaticum LMXXX три раза в день в течение 3-х дней, с улучшением

(антибактериальная терапия не проводилась). В конце октября – ОРВИ с затяжной лихорадкой до t 39 (ничем не лечилась).

### В 2003–2004 годах:

Существенных жалоб не предъявляла, во всех анализах мочи в течение года белок мочи был отрицательным.

### 04.04.2012 г.

С 2004 года чувствовала себя хорошо, за исключением нескольких эпизодов ОРВИ с лихорадкой до 38,5 (последний в 2009 году, по поводу чего лечилась в поликлинике, получала терафлю и арбидол). Также отмечался эпизод рецидивирующего фурункулеза в 2010 году (живот, локти, нога) и эпизод аллергического дерматита на лице, по поводу чего лечилась у дерматолога, пользовалась какими-то мазями (названия не помнит). Наблюдалась у нефролога. Анализы крови и мочи, которые она сдавала ежегодно, были в норме, включая СКФ. С января 2012 г. стала нарастать слабость, утомляемость, появились головные боли. В общем анализе мочи от 29.03.12 – белок 0,35 г/л, лейкоцитоз до 30–40 в п/зр., клубочковая фильтрация снизилась до 64,8 мл/мин, мочевина крови – 5,6 ммоль/л, креатинин 105. Диагноз нефролога: Хронический пиелонефрит. Назначение: Natriummuriaticum 200 (две дозы) (сохранялась необщительность, желание досаливать, часто хотелось слабосоленой рыбы, головные боли развивались в утренние часы).

**06.07.12** – самочувствие улучшилось, слабость прошла, КФ – 86,5 мл/мин, в ОАМ – лейкоциты единичные, белок – отрицательно, креатинин – 80.

**20.09.13** – КФ – 94, ОАМ – норма.

### В течение 2014–2018 гг.:

Существенных жалоб не предъявляла, ОАМ были в норме (белок – отрицательный), СКФ возросла до 94, затем до 104 мл/мин. Остальные общеклинические анализы были в норме. Дополнительных назначений не требовалось.

### Заключение и обсуждение:

**В схематической форме динамика исцеления представлена на рисунке 7.**

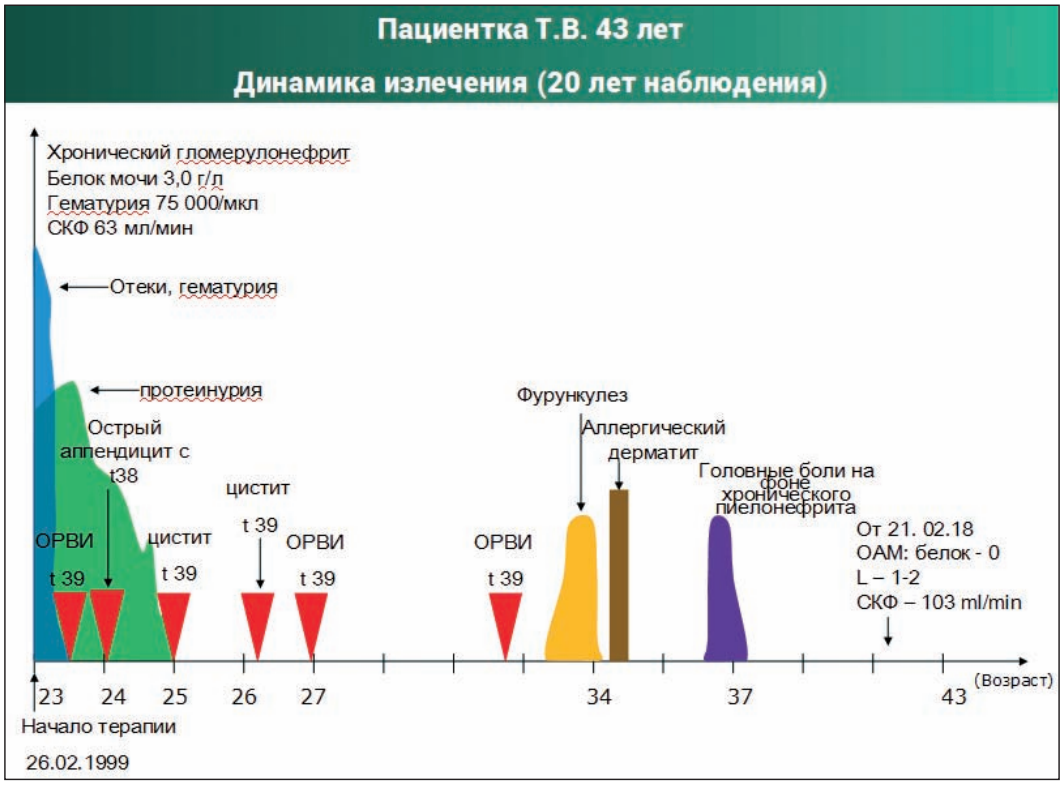



Рис. 7

Диагноз гломерулонефрита с высокой активностью течения был установлен у данной пациентки клинически и подтвержден как лабораторно, так и при патоморфологическом исследовании биоптата почки в условиях специализированного отделения областной больницы. В результате гомеопатического лечения отечный синдром был купирован на 70% без применения стандартной терапии (в том числе без мочегонных средств) уже в течение первых 4–5 недель лечения. Клиническая ремиссия была достигнута через три месяца лечения, и с 4-го месяца лечения пациентка вышла на работу. Динамика альбуминурии на этом фоне была волнообразной и значительно более медленной. В первые 3 месяца (96 дней) лечения показатели белка мочи в отдельных пробах достигали 11–12,5 г/л.

В последующие 7 месяцев лечения показатели белка в моче достигали 2,5 г/л. После этого, с января 2000 года, с 11-го месяца лечения, произошло скачкообразное (в 10–20 раз) уменьшение протеинурии до 0,02–0,59 г/л. Этот уровень сохранялся в течение последующих 8–9 месяцев лечения. Обращает на себя внимание, что этот качественный сдвиг в течении болезни, с резким улучшением функции почек, совпал по времени с развитием острого гангренозного аппендицита, по поводу чего пациентка была прооперирована. Этот факт объясним с позиций динамики по уровням здоровья (см. ниже) и хорошо иллюстрирует возможные качественные перемены в работе организма при переходе с 7 на 6 уровень [4, 9]. Весьма интересным и важным для меня наблюдением стало то, что сама по себе тяжелая острая болезнь (воспаление, осложненное нагноением и гангреной аппендикса), оперативное вмешательство и последующая антибактериальная терапия не привели к ожидаемому рецидиву гломерулонефрита. Это подтверждает теорию уровней здоровья в отношении биологической целесообразности острых воспалений (ОВ) и о возможности тяжелого, даже опасного ОВ при переходе пациента с 7 на 6 уровень здоровья [4, 9]. Через 1,5 года от начала лечения развился острый цистит с температурой 39°С в течение нескольких дней, что также было весьма интересным, т. к. ранее у пациентки циститов никогда не отмечалось. Данный факт полностью соответствует идее иерархического устройства организма [3, 4, 9] и отражает динамику исцеления в соответствии с законом Геринга «от более важного к менее важному» [3]. Вместе с тем это хорошо иллюстрирует возможность появления в ходе исцеления симптомов, никогда не наблюдавшихся в прошлом. Это важно иметь в виду, поскольку чаще всего в процессе излечения мы наблюдаем динамику симптомов в обратном порядке к их появлению. Также крайне интересно было наблюдать, что после эпизода острого цистита с высокой температурой произошло новое качественное (скачкообразное) изменение в работе почек, и протеинурия полностью прекратилась. Таким образом, через 1 год и 7 месяцев лечения была достигнута полная лабораторная ремиссия: отмечались лишь следы белка в общем анализе мочи при нормальных остальных показателях мочи, а также при нормальных показателях общих и биохимических анализов крови. Стойкая лабораторная ремиссия, несмотря на прекращение гомеопатического лечения сохраняется до настоящего времени, в течение уже 17 лет. Эпизод лейкоцитоза мочи с повышением белка мочи до 0,35 г/л в январе 2012 года не сопровождался отеками и был связан, вероятнее всего, с течением пиелонефрита, и был достаточно быстро купирован при возобновлении гомеопатического лечения.

**Анализ динамики развития болезни и исцеления с позиций уровней здоровья, закона исцеления и теории хронических болезней (рис. 8.1 и 8.2):**

С позиций теории уровней здоровья [2, 9] пациентка с рождения и до 2–2,5 лет находилась в 1(А) группе здоровья (рис. 3). Затем, наиболее вероятно, в связи с большой вакцинальной нагрузкой (при отсутствии других факторов, дестабилизирующих иммунную систему), ее организм опустился во вторую (В) группу здоровья. Это соответствовало периоду высокой реактивности ее организма с развитием ча-

стых ОРВИ с фебрильной температурой (4–5 уровень здоровья, учитывая нетяжелый характер ОВ), который продлился до 7 лет. Интересно, что после аденоидэктомии и, казалось бы, «подавления» этой реактивности (рис. 8.1), пациентка вернулась практически к исходному уровню здоровья самостоятельно. Это очевидно, поскольку с 7 до 22–23 лет она оставалась абсолютно здоровой, не имея каких-либо физических, эмоциональных и, тем более, ментальных расстройств, и лишь изредка, не ежегодно, болела ОРЗ с фебрильной температурой. Возможно, что данный факт объяснялся механическим препятствием пассажа слизи в носоглотке, возникшим в результате гипертрофии аденоидов, что способствовало вспышкам инфекции. И удаление механического препятствия привело к выздоровлению. При этом сам процесс гипертрофии был к тому моменту завершен организмом, и, таким образом, болезнь как процесс прекратилась, поэтому подавления не произошло. В 21 год при случайном исследовании были обнаружены яйца описторхисов в кале и проведена дегельминтизация бильтрицидом. Известно, что бильтрицид, являясь токсичным веществом [6, 7], имеет большое количество осложнений и, теоретически, мог привести к снижению уровня здоровья на фоне повреждения почек. С 21 года пациентка перестала болеть ОРВИ, а в 22 года, немедленно после родов, врачи уже обнаружили какие-то «серьезные проблемы с почками» и провели интенсивное лечение по этому поводу (справки из роддома нет).Таким образом, приблизительно с 22 лет организм пациентки опустился в 3(С) группу здоровья, и фактически развитие той или иной тяжелой хронической патологии в ближайшем будущем было предрешено. И в 23 года, после сильного стресса, произошла манифестация гломерулонефрита (С8 уровень здоровья). Необходимо отметить, что снижение уровня здоровья в данном случае было драматическим: больная из 1(А) группы опустилась сразу же в 3(С), минуя период частых ОВ, характерных для 2(В) группы. Данный случай четко демонстрирует необоснованность заявлений некоторых гомеопатов, что сниже-

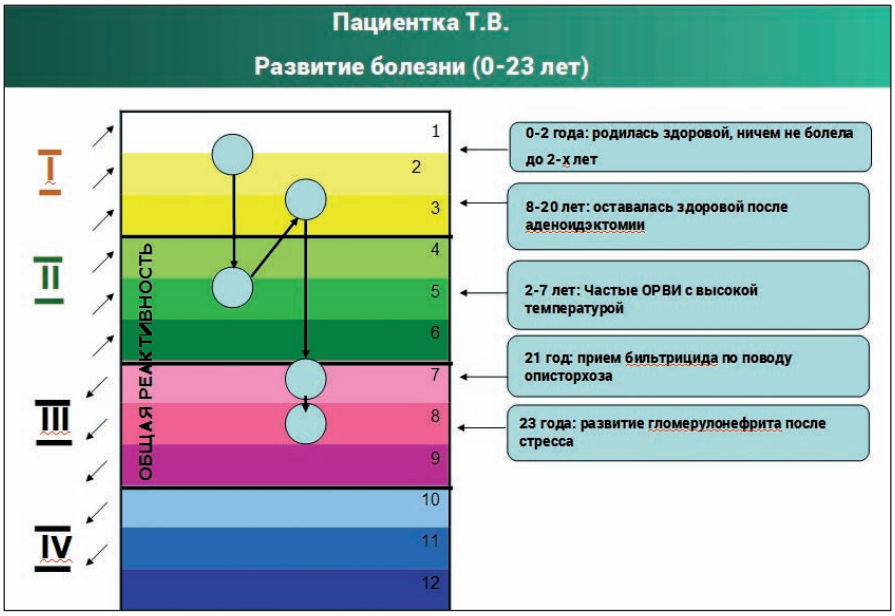



Рис. 8.1

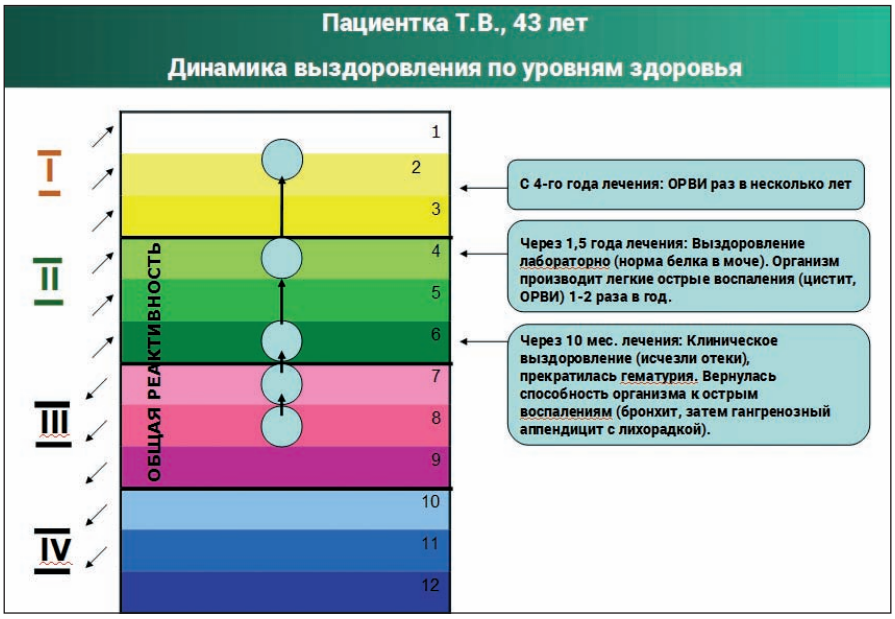



Рис. 8.2

ние уровня здоровья носит строго поэтапный характер.

Динамика выздоровления по уровням представлена на рис. 8.2. Уже через 3 месяца после начала лечения, на фоне прогрессирующего клинического улучшения (исчезли отеки), вернулась способность организма к ОРЗ и фебрильной температуре (бронхит в мае 2000 года с лихорадкой 39°С), что свидетельствовало в пользу повышения уровня здоровья до С7. На этом уровне пациентка оставалась в последующие 7 месяцев лечения, когда сохранялся высокий уровень протеинурии, а ОВ не повторялись. Развитие острого гангренозного аппендицита на 11 месяце лечения ознаменовало качественное улучшение в работе иммунной системы. Это выразилось в скачкообразном снижении протеинурии вследствие снижения интенсивности воспалительного процесса в клубочках почек. Таким образом, организм переместился из 3(С) во 2(В) группу здоровья на 6 уровень. Через 8 месяцев (после острого цистита с высокой лихорадкой) организм поднялся до В4 уровня, что сопровождалось следующим качественным и скачкообразным улучшением состояния в виде полного прекращения протеинурии. Еще приблизительно через год лечения (через 2,5–3 года от начала лечения) пациентка вернулась к своему исходному уровню здоровья. Следует подчеркнуть тот факт, что если снижение уровня здоровья ее организма было драматическим от 2 сразу к 7–8 уровню, то обратный процесс восстановления занял около 3-х лет и был ступенчатым, с достаточно долгим выходом из 3(С) группы, а также с длительным пребыванием во 2(В) группе здоровья.

Данный случай хорошо иллюстрирует идею С. Ганемана, который писал, что «…излечение хронических болезней очень редко возможно посредством одного средства. Требуется применение нескольких лекарственных средств…, а в самых запущенных случаях – применение довольно большого числа препаратов, назначаемых одно за другим для полного излечения…» [4]. При этом он неоднократно повторяет [4, 5], что каждое такое средство должно быть «подобрано в соответствии со строгими гомеопатическими принципами» [4, стр. 154]. Фактически, постулируется идея «послойного» лечения хронической болезни [2, 9], ориентируясь на изменяющуюся картину симптомов. В данном случае потребовалось 3 препарата, данных последовательно и в строгом соответствии с изменением симптомов и модальностей. Первый препарат Apis, снизив интенсивность воспаления почечной паренхимы, устранил сильный отек, Mercurius solubilis в еще большей степени уменьшил воспаление, существенно снизил протеинурию и продвинул случай в сторону Natrium muriaticum, который завершил излечение. Интересно, что Apis и Natrium muriaticum являются дополняющими препаратами. Но механическое назначение одного препарата за другим не могло дать эффекта, т. к. между картинами этих двух средств организм неожиданно произвел картину Mercurius solubilis, и это требовало соответствующего лекарства.

## Вывод:

Гомеопатическое лечение, при исключении стандартной терапии и любых других методов воздействия, показало в данном случае гломерулонефрита высокую эффективность.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Новая модель здоровья и болезни, Дж. Витулкас, М. 1997 г.
2. Уровни Здоровья, второй том руководства «Наука Гомеопатия», Дж. Витулкас, М. 2012 г.
3, Гомеопатия. Г. Келлер, М. 1989 г.
4. Хронические болезни, их особая природа и гомеопатическое лечение. С. Ганеман, М. 2016 г. (стр. 134).
5. Органон врачебного искусства. С. Ганеман, М. 1998 г.
6. Бронштейн А. М., Озерецковская Н. Н., Бычков В. Г. Анализ причин неэффективности лечения описторхоза в очаге этой инвазии // Мед.паразитол. – 1987. – N 2. – С. 22–25.
7. Озерецковская Н. Н. Подходы отечественной школы паразитологов-иммунологов к терапии паразитарных болезней // Мед.паразитология N 2. – 1998. – С. 12–15.
8. Сиротинин Н. Н. Эволюция резистентности и реактивности организма // М. Медицина. – 1981. – 235 с.
9. Levels of Health, revised edition. G. Vithoulkas, Alonissos, 2017.

**Ирина Сергеевна ФЕДОРОВСКИХ**
окончила Новосибирский медицинский институт в 1995 году.
Стаж работы в гомеопатии – 9 лет.
Врач-терапевт, семейный врач-гомеопат Центра семейной медицины и гомеопатии доктора Герасенко.
Выпускница МАКГ 2013 г.

# ФЕНОМЕН «РЕВЕРСИИ СИМПТОМОВ» НА ФОНЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТО-ПАНКРЕАТИТА

**Данная работа была удостоена первой премии конкурса Сибирской Гомеопатической Ассоциации «Врач года» в номинации «Практика Гомеопатии» в 2018 году.**

Любому врачу в процессе лечения пациента, важно понимать, укрепляется ли здоровье человека или, наоборот, ослабляется. Однако это возможно только основываясь на холистическом подходе к оценке здоровья пациента. Важно понимать, что сегодняшнее состояние здоровья человека является отражением его наследственной предрасположенности, всех прошедших болезней и их лечения на протяжении жизни.

Динамика происходящих процессов при правильном лечении является отражением «Закона исцеления» К. Геринга.

Согласно закону Геринга, при правильном лечении:

1. Симптомы исчезают в обратном порядке их появления, то есть хронологически наиболее поздние сменяются симптомами, отмеченными на более ранних стадиях болезни.

2. Симптомы будут «двигаться» от наиболее жизненно важных органов к менее важным, изнутри – наружу (на кожу).

3. Симптомы будут двигаться от верхней части тела вниз, исчезая вначале в области головы, затем в теле, далее в конечностях, в направлении от плеча к локтю, запястью и пальцам кисти или от бедра к колену, голеностопному суставу и стопе.

Таким образом, излечение протекает обратно первоначальному развитию заболевания, то есть оно происходит сверху вниз, изнутри наружу, от более жизненно важных органов к менее важным.

Кроме того, важным инструментом в руках врача, позволяющим оценить глубину патологии пациента, сделать прогноз в развитии болезни, возможности исцеления и дополняющим закон Геринга, является Теория уровней здоровья Дж. Витулкаса.

Рассмотрим данные законы на примере лечения хронического калькулёзного холецисто-панкреатита.

## Случай

В августе 2016 года на приём пришла женщина 36 лет, мама 4 детей, истощенная, бледная, с жалобами на постоянную тошноту, которая была хуже вечером и в положении лежа; тошнота начиналась утром сразу после пробуждения, немного лучше в течение 1–1,5 часов после еды,

лучше на свежем воздухе. Беспокоили также слабость, ломота в теле, боли в эпигастральной области и опоясывающие боли, которые начались после 2-х курсов антибактериальной терапии. Снижение аппетита, за 9 месяцев похудела на 6 кг (вес на приёме – 47 кг). Кроме того, за последние 2 месяца появилась тревожность за свое здоровье +2, за здоровье детей +3 (до паники), страх, что что-то случится +2. Апатия +2, отчаяние в выздоровлении. В начале болезни появлялись гнойничковые высыпания на лице возле рта, больше справа, которые через месяц прошли самостоятельно.

Заболевание началось 9 месяцев назад, когда вся семья переболела острой кишечной инфекцией, все быстро поправились, а она нет, наоборот, тошнота и слабость нарастали. Кроме того, до этого заболевания был длительный стресс, связанный с работой. Принимала 2 курса антибиотиков по поводу гастрита и синусита, после которых начались опоясывающие боли. Принимала Урсофальк в течение 2-х месяцев, на фоне которого тошнота немного уменьшалась и возвращалась опять. Начинала лечение в гомеопатическом центре с применением большого количества препаратов, на фоне которых тошнота беспокоила немного меньше, но появился ком в горле, больше после еды и к вечеру и ощущение неполного вдоха.

Обследовалась: по УЗИ от 01.06.2016 г. – множественные камни в желчном пузыре, 3–6–10 мм (заполнена половина желчного пузыря), признаки холецистита, панкреатита. В биохимическом анализе крови – повышена панкреатическая амилаза – 113 МЕ/л (примерно в 3 раза) и общий билирубин – 48,8 Ммоль/л (в 2 раза). На МРТ – признаки правостороннего верхнечелюстного синусита, по поводу которого получила курс антибиотиков. На ФГС – эрозии антрального отдела, поверхностный гастрит, недостаточность кардии, хеликобактер+ (получила курс эрадикационной терапии)

УЗИ от 01.06.2016 г.

## Анамнез жизни

В детстве часто болела. Температуру выше 39°С не помнит. Сейчас банальные ОРВИ бывают редко, температура повышается до 37,5°С, редко –38°С.

Вакцинирована полностью.

В начальной школе – аллергический ринит, аллергия на кошачью шерсть.

В 12 лет поставлен диагноз: «Бронхиальная астма». Обострение редко, при простудах, пользуется Беродуалом.

В возрасте 12–13 лет – пятно на щеке типа лишая, быстро прошло на лечении мазями.

В возрасте 15–16 лет – часто стоматиты.

В 18 лет – первая беременность (всего 4), после которой начались частые циститы, геморрой.

В 30 лет – частые боли в спине, прострелы, заклинивало поясницу.

В 32 года – геморрой после последней беременности

Психоэмоциональное состояние – плаксивость (+2) на фоне болезни, отчаяние в выздоровлении (+1). Могла быть всегда вспыльчивой (+1), но сейчас раздражительность больше (+2). Может легко обидеться, но и отходит легко.

## Общие характеристики

Слабость (+2), нарастала постепенно в течение 9 месяцев. До болезни была энергична и подвижна. Слабость уже с утра, есть постоянное ожидание тошноты и болей.

Зябкость (+3). В последние месяцы мерзнет больше, чем обычно. Духота – хуже (+1), лучше одеться и на свежий воздух.

Сон – тревожный (+2) из-за тошноты и переживаний, особенно последние 2 месяца, легче спать на высокой подушке на спине. Появилась общая потливость (+3) ночью.

Пищевые пристрастия – аппетита нет. Когда появилась тошнота – было же-

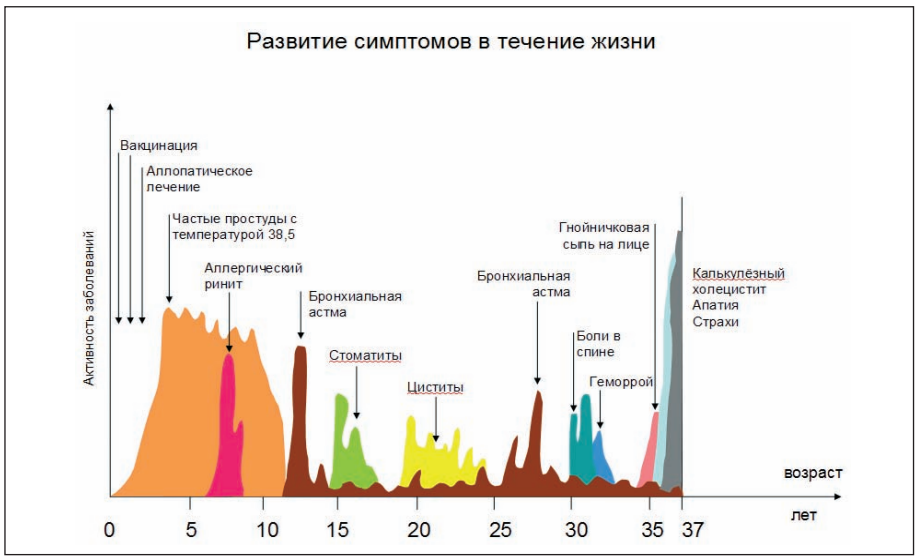



Рис. 1. Анамнез жизни (развитие болезни)

лание сладкого +2 (конфеты, шоколад, пирожные). Всегда любила мясо +3 (острое, копченое), любит солёное +1, жареное, приправы. Жажда – немного, тёплое (чай).

## Наследственность

Мама – ревматизм, гипертоническая болезнь, тревожность.

Папа – умер из-за травмы.

Бабушка – гипертоническая болезнь.

Тётя – бронхиальная астма.

Патологии желудочно-кишечного тракта в семейном анамнезе нет.

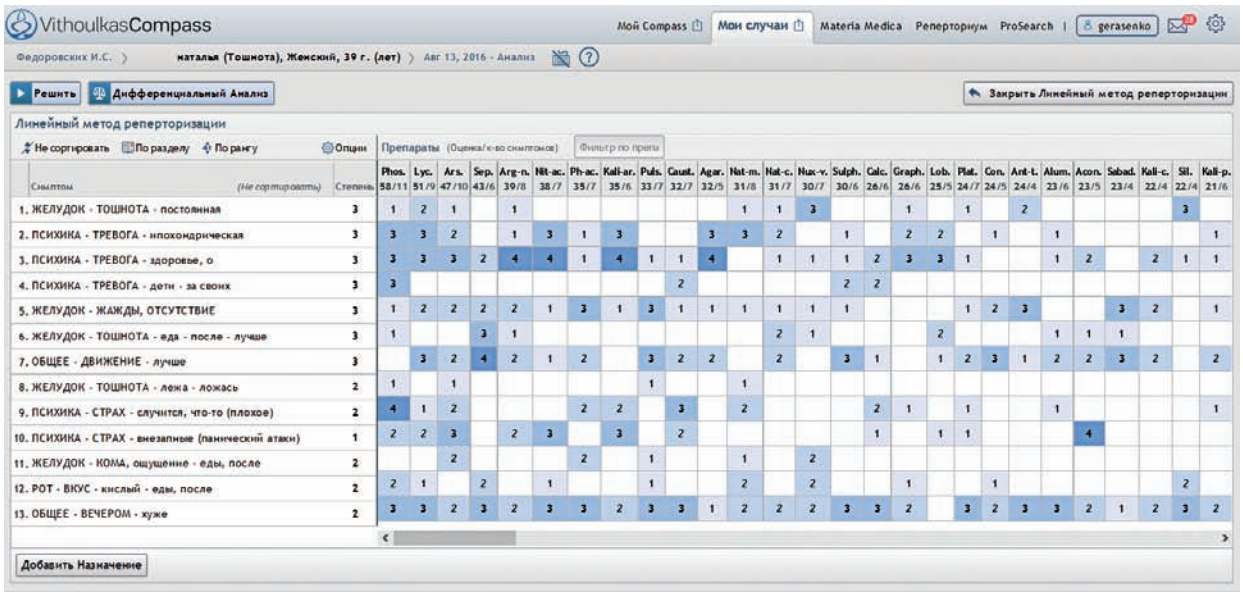
## Анализ случая

Пациентка родилась на верхних уровнях здоровья (вероятнее всего, 3–4 уровень), но в течение жизни (см рис. 1), в результате активного подавляющего лечения и заболеваний, её уровень здоровья переместился вниз по шкале и находится в группе С (7–8 уровень), поскольку имеется хроническое дегенеративное заболевание, а острыми заболеваниями практически не болеет или болеет с невысокой температурой. (Джордж Витулкас «Уровни здоровья»). Имеется серьёзная хроническая патология (ревматизм, гипертония, бронхиальная астма). Последние 2 месяца имеет место углубление болезни на эмоциональный уровень (тревожность, страхи, апатия). Прогноз – лечение длительное, со сменой нескольких препаратов, учитывая уровень и группу здоровья.

При реперторизации дифференциальная диагностика проводилась между Арсеникум альбум и Фосфор, так как оба имеют похожие психоэмоциональные характеристики, тропность к печени. Но небольшая жажда преимущественно теплых напитков – противоречит Фосфору.

Назначение – Арсеникум альбум XXX – по 1 дозе 1 раз в день в течение недели.

Фото реперторизации (от 13.08.2016 г.):



### Через 1 месяц – 26.09.2016 г.

Биохимические анализы лучше (билирубин, амилаза) – см. рис. 3 и 4.

По основным жалобам состояние намного лучше (на 60%) – тошнота не постоянно, периодически; опоясывающих болей нет.

Сил больше. Сон лучше.

Было небольшое обострение по астме – усилилось ощущение неполного вдоха и кома в горле, прошло в течение недели.

Апатии нет, тревожности меньше +1. Раздражительности, вспыльчивости стало больше +3.

Динамика хорошая. Было небольшое обострение (усилилось ощущение кома в горле, обострение астмы). Снижение тревожности, апатии – положительная динамика.

Назначение: Арсеникум альбум XXX по 1 дозе 1 раз в день 5 дней.

Рис. 3

Рис. 4

### Повторный приём через 3,5 месяца – 12.01.2017 (через 5 месяцев от начала лечения)

Раздражительность меньше, страхов, тревожности – нет.

Аппетит лучше. Боли, тошнота – не беспокоят.

На лице – множественные гнойничковые высыпания с зудом (см. рис. № 2).

Назначение: ждать (PL).

### Повторный приём через 3 месяца – 13.04.2017 (через 8 месяцев от начала лечения)

Несколько раз – явления стоматита (см рис. № 2).

2 раза – простуда с температурой 37,5°С, першение и боль в горле, конъюнктивит.

Появилась периодическая несильная распирающая боль в правом подреберье и сзади под ребрами справа.

Гнойничковые высыпания на лице – сильнее.

Опять усилилась тревожность за здоровье детей, особенно ночью, когда все болели, не могла спать и смотрела, «как бы чего не случилось».

Жажда – чаще хочется пить чай теплый.

Назначение – Арсеникум альбум 200С – по 1 дозе 2 дня.

Повторный приём через 3 месяца – 13.07.2017 (через 11 месяцев от начала лечения).

До начала приема – опять простуда с температурой 38,3 – 2 дня.

Раздражительности меньше, страхов, тревожности.

Сразу после приема Арсеникум альбум 200С – ночью обострение астмы, не сильное, но продолжалось в течение 2 недель, несколько раз применяла Беродуал.

Умеренные боли в правом подреберье в течение всего месяца, появились и усилились боли в левом подреберье.

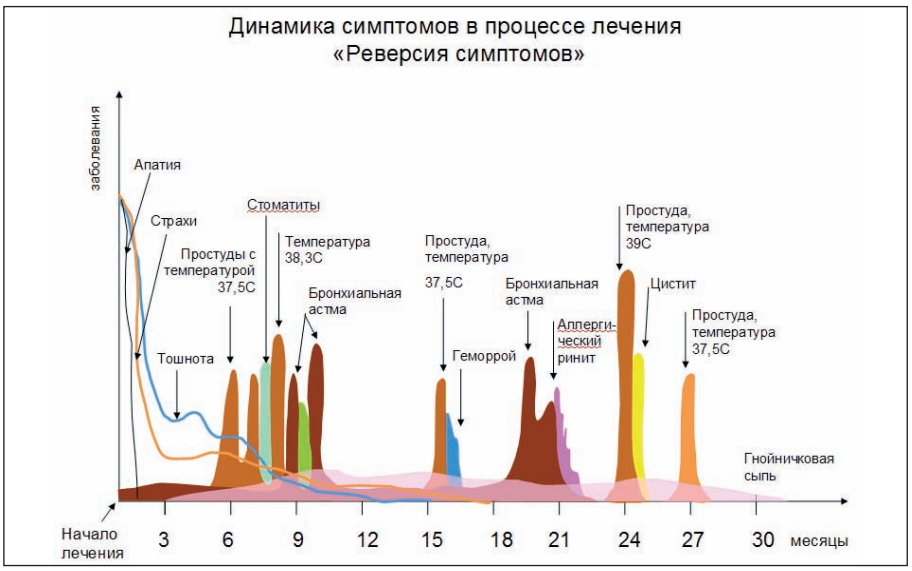



Рис. 2

Был приступ сильной спастической боли в животе в течение часа, лучше согнувшись пополам. Последнее время боли нарастают. Периодически появляется тошнота. Бывает иррадиация боли под правую лопатку.

Появилась слабость периодически, неосвежающий сон.

Сразу после приема отмечалась сильная раздражительность и обидчивость – примерно в течение 2 недель.

«Заклинило» поясницу – несколько дней, в первые дни приема (как было 6 лет назад) – (см. рис. № 2).

Динамики по показателям амилазы и билирубина – нет (см. рис. № 3 и 4).

## Заключение:

Арсеникум альбум хорошо подействовал в первый раз (уменьшилась тошнота, тревога, апатия, нет панических приступов, улучшились биохимические показатели, отмечался эпизод ОРЗ с лихорадкой 38,3, возврат прошлой патологии – усиление гнойничковой сыпи, проявлений астмы). Однако в последнее время, динамики по основной патологии нет, нарастает боль в правом подреберье. Появилась иррадиация болей в спину, под правую лопатку, боль в левом подреберье. Таким образом, организм выдвинул на первый план симптомы, указывающие на органный препарат Хелидониум.

Назначение: Хелидониум30С, по 1 дозе в течение недели.

**Через 2 недели** (по телефону) – немного меньше болит левый бок, но тошнота стала постоянной и боли в правом боку усилились. Учитывая патологию (ЖКБ в сочетании с холестазом), выраженный болевой синдром не только в правом, но и в левом подреберье, выраженную тошноту, явления застоя в области малого таза (геморрой) был назначен Кардуус марианус 6С по 1 дозе 2 раза в день в течение месяца (органный препарат).

## Повторный приём через 3 месяца – 13.11.2017 г. (через 16 месяцев от начала лечения)

Принимала препарат в течение 3-х месяцев.

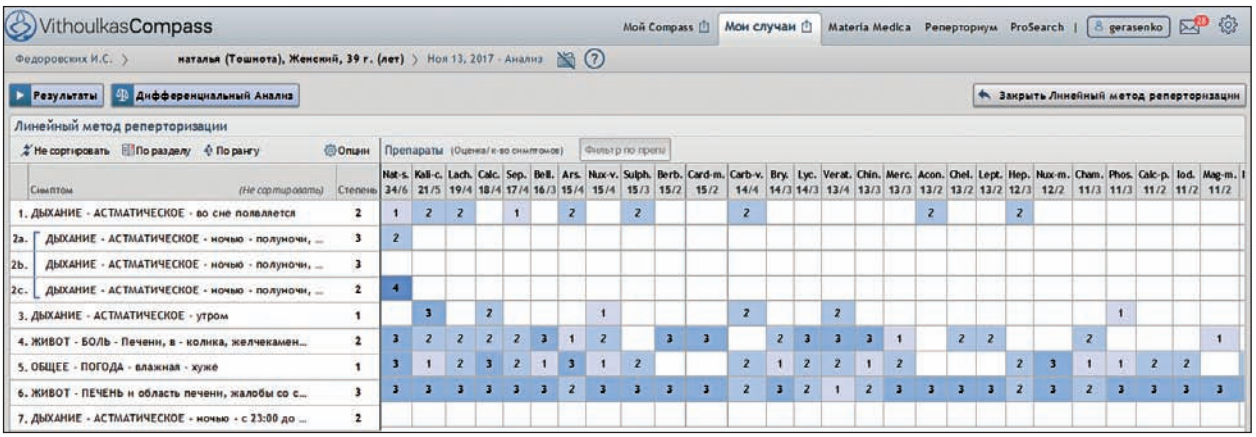
Боли полностью прошли в течение месяца. Психоэмоциональное состояние хорошее. Анализы крови лучше (см. рис. № 3). Последнюю неделю стали беспокоить приступы удушья, которые чаще возникали, когда пациентка ложилась спать, или в 5 утра, хуже становилось от повышенной влажности, лучше, если встать и расходиться. Приходилось пользоваться Бородуалом. Приступы нарастают. Спать лучше на левом боку +3.

Зябкость +3, стали сильно мерзнуть ступни.

## Заключение:

Хороший эффект Кардуус марианус с развитием четкой картины следующего лекарства. Дальнейшая динамика с возвратом прошлой патологии (астма). Учитывая патологию печени и желчного пузыря, обострение бронхиальной астмы в 5 утра, ухудшение от сырости – принято решение назначить препарат Натриум сульфурикум 200С по 1 дозе 2 дня.

Реперторизация от 13.11.2017.




## Повторный приём через 2 месяца – 13.01.2018 (18 месяцев от начала лечения)

После приема препарата астматические приступы пошли на спад и через неделю больше не беспокоили. В целом все хорошо.

Обострение геморроя – возврат прошлой патологии (см. рис. № 2).

Назначение: ждать (PL).

В течение последнего года Натриумсульфурикум применялся повторно в потенциях 30С – 8 раз по 1 дозе, 200С – 2 раза по 1 дозе, 1М – 1 раз 1 доза. Приступы астмы быстро облегчались при применении данного препарата в потенции 30С (без применения Беродуала), а после 200С и 1М – проходили на длительное время. На этом фоне, в течение последних 2 месяцев, обострился аллергический ринит (без «видимых причин», как сказала пациентка) в течение месяца. Подобная клиника ринита была раньше до астмы в детстве (возврат прошлой патологии). Проблемы с желудочно-кишечным трактом в течение последнего года не беспокоили, биохимические показатели (амилаза) пришли в норму (см. рис. № 3). На УЗИ органов брюшной полости от 15.12.2018 – в просвете желчного пузыря гиперэхогенные включения до 2–4 мм, по типу взвеси. Продолжает болеть ОРЗ приблизительно один раз в 2–3 месяца. Саму пациентку на данный момент беспокоят только проблемы с кожей (гнойничковая сыпь, розовый лишай) и старая травма (травматическая эрозия роговицы левого глаза, которая была 10 лет назад, лечила у окулиста, сейчас сухость и неприятные ощущения).

## Анализ случая

Катамнез случая составляет 2,5 года. В настоящее время пациентка продолжает нами наблюдаться, так как излечения

УЗИ от 15.12.2018 г.

полностью не достигнуто. Как и предполагалось, учитывая невысокий уровень здоровья, в процессе лечения пришлось сменить несколько препаратов. Несмотря на сложный прогноз, сразу же через месяц отмечалось выраженное улучшение состояния, страхи и тревожность прошли на 60%, появилось больше сил, энергии, улучшился аппетит, стала набирать вес (см. рис. № 5), улучшились биохимические показатели крови. На этом фоне, ожидаемо, временно обострились местные физические симптомы (боли в области печени, тошнота), что отражало перемещение патологии на фи-

Рис. 5

зический уровень, с формированием картины следующего лекарства, и являлось положительной динамикой в соответствии с законом Геринга. Также прошли панические состояния, тревога и апатия. Данная эмоциональная патология сменилась временным усилением раздражительности, что также являлось позитивным признаком, отражая динамику от более важного к менее важному на эмоциональном уровне, с учетом иерархии эмоциональных симптомов (Джордж Витулкас «Уровни здоровья»). Необходимость применения малых органотропных препаратов (сначала Хелидониум – без заметного улучшения, затем Кардуус марианус) была обусловлена резким усилением локальных симптомов (боли в правом и левом подреберье, тошнота), связанных с основной патологией печени и желчного пузыря, при отсутствии явно выраженных общих и психических симптомов. Очевидно, что Кардуус марианус был правильным средством и привел к существенному улучшению, как лабораторно, так и клинически, устранив основные симптомы пациентки – тошноту и боли. На этом фоне организм стал сильнее и переместился во 2-ю (В) группу здоровья. Соответственно, произошел возврат бронхиальной астмы (позитивная динамика в соответствии с законом Геринга), вернулась способность организма производить фебрильную температуру на фоне банальных ОРЗ, появились четкие симптомы нового слоя, позволившие назначить более глубокий препарат Натриум сульфурикум, специфически действующий на область печени и желчного пузыря. На фоне Натриум сульфурикум сразу же исчезли симптомы астмы, отмечалось дальнейшее улучшение состояния печени и желчного пузыря и дальнейшая позитивная динамика лабораторных показателей (см. рис. № 3 и 4). Через 2 года от начала лечения пациентка заболела с температурой 39°С, что свидетельствовало в пользу восстановления реактивности организма и улучшения уровня здоровья на фоне повторных назначений Натриум сульфурикум. На данный момент уровень её здоровья можно оценить приблизительно как В (4–5). Необходимо отметить, что в процессе лечения поэтапно проявлялись все заболевания, симптомы которых были подавлены в прошлом. С началом лечения вернулась сыпь на лице, которая держалась в течение всех 2,5 лет наблюдения, то уменьшаясь, то усиливаясь, боли в спине, цистит (были рецидивирующие циститы около 15 лет назад), геморрой, стоматит (были стоматиты в подростковом возрасте). После исчезновения приступов бронхиальной астмы – целый месяц беспокоил аллергический ринит (как в возрасте 12–13 лет до возникновения приступов астмы). Это хорошо иллюстрирует пункты закона Геринга, такие как переход заболевания изнутри наружу, от более важного к менее важному, и от нынешней патологии к прошлой. В настоящее время все жалобы сосредоточены на кожной патологии – еще сохраняется гнойничковая сыпь на лице. Перемещение проблем на уровень кожи – это тоже очень хороший признак, говорящий по закону исцеления Геринга, что лечение идёт в правильном направлении. Через год после начала лечения появились пятна типа розового лишая на коже груди и спины, которые стали распространяться. Аналогичное пятно на щеке было примерно в возрасте 12–13 лет.

## Выводы

1. Если лечение идёт в правильном направлении, то по «закону излечения» Геринга происходит «реверсия симптомов», то есть то заболевание, с которым пришел пациент, постепенно уходит и возникают те болезненные состояния, симптомы которых отмечались раньше и были подавлены другими терапевтическими методами. Симптомы уходят в порядке, обратном возникновению. Детальная запись заболеваний, возникающих в течение жизни, дает врачу возможность прогнозировать динамику излечения, а также правильно оценить те состояния, которые возникают в процессе лечения.

2. Функциональные нарушения проходят значительно быстрее, чем органические. Но, руководствуясь законом Геринга, врач может быть уверен в том, что лечение движется в правильном направлении.

3. Знание теории уровней здоровья (Джордж Витулкас «Уровни здоровья») также помогает врачу правильно оценить динамику лечебного процесса. Очень важным фактором является восстановление реактивности организма и возможности болеть острыми инфекциями, особенно банальными ОРЗ с фебрильной температурой, что свидетельствует в пользу повышения уровня здоровья пациента и знаменует переход из 3-й (С) группы здоровья во 2-ю (В).

4. Данный случай наглядно демонстрирует принцип целостного подхода при лечении методом Классической Гомеопатии и показывает возможности гомеопатического лечения случаев тяжелой хронической патологии.

**Светлана Ивановна ГЕРАСЕНКО,**
врач общей практики, врач-инфекционист, врач-гомеопат, руководитель «Центра семейной медицины и гомеопатии доктора Герасенко» (Новосибирск–Москва), учредитель «Сибирской Гомеопатической Ассоциации», дипломант МАКГ 2013 г.

**Мария Сергеевна ТРОФИМЕНКО,**
врач-терапевт, врач-гомеопат, выпускница МАКГ, врач-ассистент С. И. Герасенко, руководителя «Центра семейной медицины и гомеопатии доктора Герасенко», г. Новосибирск

# ИЗЛЕЧЕНИЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА (БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА) С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА КЛАССИЧЕСКОЙ ГОМЕОПАТИИ

**Данная работа была удостоена второй премии конкурса Сибирской Гомеопатической Ассоциации «Врач года» в номинации «Практика Гомеопатии» в 2018 году.**

Болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилоартрит) – хроническое системное заболевание суставов с преимущественной локализацией процесса в сакроилеальных сочленениях, суставах позвоночника и паравертебральных мягких тканях. Воспалительным процессом поражаются преимущественно суставы «хрящевого» типа – крестцово-подвздошные сочленения, мелкие межпозвонковые суставы, грудино-ключичные и реберно-грудинные сочленения. По мере прогрессирования заболевания происходит усиление болевого синдрома и распространение его на весь позвоночник. В дальнейшем происходит анкилозирование межпозвонковых суставов, ограничение роста грудной клетки и снижение роста человека. Характерно развитие иритов и иридоциклитов. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечаются аортит, недостаточность аортальных клапанов, перикардит и различные нарушения ритма. Может развиваться амилоидоз почек. Академическая медицина считает данное заболевание неизлечимым, медикаментозная терапия направлена на снятие болевого синдрома и снижение воспалительного процесса, используются глюкокортикоиды, а также нестероидные противовоспалительные препараты, иммунодепрессанты, биологические модификаторы иммунного ответа (ингибиторы ФНО-альфа). Прогноз заболевания условно неблагоприятный, своевременное и адекватное лечение данными препаратами лишь замедляет развитие болезни и повышает качество жизни, но при этом не устраняет. Заболевание, как правило, прогрессирует.

Данный случай демонстрирует возможности метода классической гомеопатии при лечении патологии, которая считается неизлечимым заболеванием. Реперторизация проводилась с помощью программы VithoulkasCompass. Результат лечения – выздоровление. Катамнез 3 года.

### Пациент М., мужчина, 1990 г. р., первая консультация 25.10.2013 г.

#### Жалобы при поступлении:

1. На момент осмотра жалуется на боли в илеосакральных, коленных, лок-

тевых, межпозвонковых суставах. Если пациент перестает принимать назначенное ревматологом лечение, то болевой синдром усиливается. Принимает ежедневно утром сульфосалазин 1,0 г, арткоксия 100 мг – 1 раз в 3 дня, артрокер 100 мг в сут., метипред 4 мг раз в 3 дня. Сейчас из-за болевого синдрома ведет малоактивный образ жизни.

2. Зудящие высыпания на тыле правой кисти возле 5 пальца с осени 2011 года, а также сухие зудящие высыпания на лбу. Хуже в холодное время года – с осени по весну. Летом высыпания проходят. 3–4 года назад отмечал высыпания на волосистой части головы. Периодически использует гормональные мази.

## Анамнез заболевания:

В мае 2011 г. заболел сустав третьего пальца правой стопы. Тогда боль купировалась после трех инъекций диклофенака. Через год, примерно в мае 2012 г., боль в суставе вернулась, болевой синдром был умеренной интенсивности. Вскоре, после переохлаждения, начались острые боли в области илеосакрального сочленения (3). Температура 37,5–38°С. Боли уменьшались после бани. За месяц до данного обострения внезапно началось жжение при мочеиспускании и умеренные слизистые выделения из пениса. Предшествующего полового контакта, переохлаждения не было. Выделения продолжались 2 недели и прошли самостоятельно, лекарств не принимал. В течение года до настоящего обращения постоянно присутствовал незначительный болевой синдром (в области крестца то справа, то слева), использовал противовоспалительные средства. С июня 2012 г. наблюдался у ревматолога, принимал гормональные препараты и сульфосалазин. Получил 3 курса антибактериальной терапии (азитромицин). Воспалительный процесс был приглушен. По МРТ определялись признаки воспаления илеосакральных суставов вне обострения.

МРТ-заключение от 06.06.2013 г.:

**Ф.И.О.:**
**Дата рождения/лет: 06 01. 1990 / 23**
**Дата исследования: 06.06.2013**
**Код исследования: 14723**
**Область исследования: илиосакральные сочленения**
**Направлен: КДРЦ «Здоровые суставы»**
**Искусственное контрастирование не проводилось**

Описание: Проведена МР-томография илиосакральных сочленений во фронтальной плоскости с шагом сканирования 5 мм.

На Т1 и Т2 ВИ и последовательности STIR были визуализированы: крестец, крылья подвздошных костей, подвздошно - крестцовые сочленения.

**Правое и левое илиосакральное сочленение:** Суставные поверхности конгруэнтны, с нечеткими, неровными контурами. Гиалиновый хрящ неравномерно истончен.

Ширина суставных щелей до 2 мм, не прослеживаются в дорзальных отделах.

Костная ткань суставных поверхностей крыльев подвздошных костей неоднородная за счет участков жировой дистрофии.

Костная ткань суставных поверхностей боковых масс крестца негомогенная за счет жировой дистрофии и субхондрального остеосклероза.

Сформированы остеофиты по проксимальным краям крыльев подвздошных костей и по нижним краям суставных поверхностей.

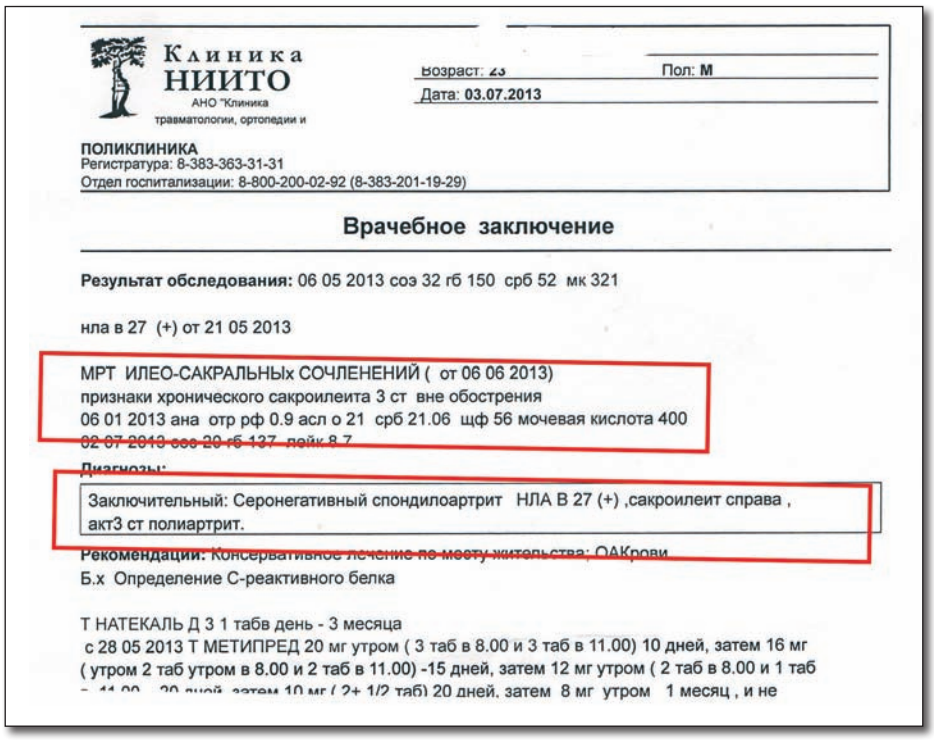
Количество суставной жидкости не увеличено.

Костно-деструктивных изменений нет.

Заключение: **МРТ признаки двухстороннего хронического сакроилиита III ст. вне обострения.**

**Д.М.Н., профессор кафедры ЛД и ЛТ НГМУ** **Егоров А.Б.**

Заключение ревматолога от 03.07.2013 г.:



Клиника НИИТО
АНО "Клиника травматологии, ортопедии и

Возраст: 23 Пол: М
Дата: 03.07.2013

ПОЛИКЛИНИКА
Регистратура: 8-383-363-31-31
Отдел госпитализации: 8-800-200-02-92 (8-383-201-19-29)

**Врачебное заключение**

**Результат обследования:** 06 05 2013 соэ 32 гб 150 срб 52 мк 321

нла в 27 (+) от 21 05 2013

МРТ ИЛЕО-САКРАЛЬНЫх СОЧЛЕНЕНИЙ ( от 06 06 2013)
признаки хронического сакроилеита 3 ст вне обострения
06 01 2013 ана отр рф 0.9 асл о 21 срб 21.06 щф 56 мочевая кислота 400
02 07 2013 соэ 20 гб 137 лейк 8.7

**Диагнозы:**

Заключительный: Серонегативный спондилоартрит НЛА В 27 (+) ,сакроилеит справа , акт3 ст полиартрит.

**Рекомендации:** Консервативное лечение по месту жительства; ОАКрови
Б.х Определение С-реактивного белка

Т НАТЕКАЛЬ Д 3 1 табв день - 3 месяца
с 28 05 2013 Т МЕТИПРЕД 20 мг утром ( 3 таб в 8.00 и 3 таб в 11.00) 10 дней, затем 16 мг ( утром 2 таб утром в 8.00 и 2 таб в 11.00) -15 дней, затем 12 мг утром ( 2 таб в 8.00 и 1 таб
11.00 20 дней, затем 10 мг ( 2+ 1/2 таб) 20 дней, затем 8 мг утром 1 месяц , и не

Поставлен диагноз: **Серонегативный спондилоартрит**. С июня 2012 г. принимал много обезболивающих препаратов, ко времени обращения к врачу-гомеопату дозу снизил до поддерживающей. В мае 2013 г. начала подниматься температура до 38$^0$С, снова принимал противовоспалительные препараты. После этого опять очень сильно заболел сустав третьего пальца правой стопы. Потом заболел сустав соседнего второго пальца, правый голеностопный сустав, далее левый локтевой, левый голеностопный суставы, правая и левая ключица, фаланги пальцев, появилось ощущение скованности в шее, как будто «надуло шею», не мог поворачивать голову. Боль во всех суставах одновременно, хуже от сгибания в суставе (3). Визуально суставы были красные и опухшие (сильнее всех голеностопные суставы (3) и пальцы ног (3), левый локтевой сустав (2). Противовоспалительные препараты – без эффекта. Анализы на половые инфекции – отрицательно. За 2 месяца до данного обострения заболевания суставов перенес пищевое отравление с повышением температуры. Эти симптомы прошли в течение дня после того, как принял антибиотик. С мая 2013 г., несмотря на прием всех назначенных ревматологом лекарств, сохранялось обострение в виде болей, хотя все лабораторные показатели (СОЭ, СРБ) пришли в норму.

## Анамнез жизни:

- Рецидивирующий ячмень на правом глазу в течение всего 2011 года – лечил антибактериальной мазью.
- В детстве был лямблиоз, стул всегда оформленный, но на фоне противовоспалительных препаратов стал более жидкий.
- В спине чувствовал усталость последние 7 лет (умеренные боли в спине, усталость в области верхней части грудного отдела позвоночника, между лопатками и в поясничном отделе). Было ощущение, как будто позвонок не на своем месте – желание щелкнуть. В пояснице при наклоне – резкая боль.
- Аллергические высыпания на локтевых сгибах с детского сада (лечили мазью «Синафлан») – прошли в 15 лет. Долгое время был зуд 3-го пальца правой кисти и сыпь на 4-м пальце левой кисти.
- Частые простуды в детстве. С 2011 г. болеет простудой 1 раз в год, с температурой 37,5°С или без нее. При про-

студе принимает противовирусные и противовоспалительные средства. Простуда проходит за неделю. Гриппом болел 1 раз в жизни – в 15 лет, ангина 1 раз в жизни.

- Половая жизнь с 16 лет. Половых партнерш было 3. Половое желание – несколько раз в день.

## Объективно:

Высыпания на голове и правой руке возле основания 5 пальца. Суставы на момент осмотра – без особенностей.

## Психологический статус:

(Пришли на первый прием вместе с мамой, потому что их напугал диагноз – «Болезнь Бехтерева»). Далее пациент приходил на прием один. Со слов родителей пациент часто с ними спорит. Активный, не любит сидеть на месте. Целеустремленный, рассудительный. Общительность (3), лучше в обществе. Говорит то, что думает, прямолинеен, уверен в себе, решителен. Со слов мамы: «моментами вспыльчивый (2), моментами очень добрый и ласковый (2). От настроения много зависит. Верный друг, не предаст. Поддерживает близких, друзей». Дома беспорядок (2), но свою машину держит в чистоте. Моется ежедневно, но белье меняет 3 р/неделю (надевает то же белье). Постоянной девушки нет, была меньше полугода назад, но расстались в 2013 г. в январе, т. к. «не любил, и не сошлись характерами». Не влюбчивый, еще никого не любил. Живет с мамой, есть сводная сестра по отцу, младше на 6–7 лет. Родители развелись давно, но только 7 лет назад отец уехал. Со слов матери, развелись, т. к. муж вел двойную жизнь на две семьи.

## Общие модальности:

По словам пациента, до начала традиционного медикаментозного лечения «запас сил был безграничен». В последние полгода слабость, сонливость, мало энергии и сил (2). Особенно сильно упадок сил был заметен, когда пациент принимал высокие дозы аллопатических лекарств. Теплокровный (3). Никогда не мерзнет, не реагирует на сквозняки. В холоде нейтрально. Любит жаркую погоду. Хуже от духоты (1). Сон хороший. Поза во сне – на животе (3). Раз в 3 месяца бывает бессонница, ни с чем не связанная. Любит поспать – может спать до обеда. Нужно часов 10 сна, чтобы выспаться из-за общей слабости. Если спать 7 часов, то трудно просыпается. Любит поздно ложиться и поздно вставать – после 24.00. Аппетит повышенный (3). Любит жареное (3). Любит «все самое вредное». Желание мяса (3). Желание спелых фруктов (1), но и кислые тоже ест, неспелые фрукты не любит. Желание жира (2). Желание перца, острого (3). Желание копченостей: любит копченую рыбу (2). Колбасу, мясо копченое (1) – с пивом раз в неделю. Сейчас пиво не пьет, т. к. из-за него возникает неоформленный стул (2). Отвращение к сладкому (2) – никогда чай с сахаром не пил, пирожные не ел. Шоколад не любит. Желание молока (3). Желание яиц (2), когда занимался спортом, ел по 4 яйца за завтрак, сейчас ест меньше.

## Семейный анамнез:

Мама – хронический тонзиллит, варикозная болезнь вен нижних конечностей. Папа – боли в суставах. У родителей был трихомониаз еще до рождения сына, также мама очень долго не могла вылечить молочницу. Гонорею отрицают.

## Анализ случая:

Пациент длительно не болеет с высокой температурой, но простудными заболеваниями болеет. Имеется тяжелая хроническая патология аутоиммунного характера, которая является инвалидизирующей, не дает возможность жить полноценной жизнью. Уровень здоровья на текущий момент – С (7). До начала приема антибиотиков защитный механизм находился в лучшем состоянии. Возможно, перенесенные инфекционные заболевания вместе с подавляющей терапией привели к ослаблению защитного механизма.

Табл.1. **Общая совокупность симптомов на момент первичного приема**

| МЕНТАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ | ОБЩИЕ СИМПТОМЫ | ЛОКАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ |
|---|---|---|
| Общительный (3)<br>Лучше в компании<br>Вспыльчивый (2) | Жаркий (3)<br>Повышенный аппетит (3)<br>Желание жирного (2)<br>Желание острого (3)<br>Желание мяса (3)<br>Ухудшение от пива (2)<br>Отвращение к сладкому (2)<br>Желание молока (3)<br>Лучше вечером (3)<br>Желание яиц (2)<br>Слабость, недостаток энергии (2)<br>Сон на животе (3) | Боли в суставах<br>Высыпания на голове<br>Высыпания на правой кисти |

## Реперторизация:

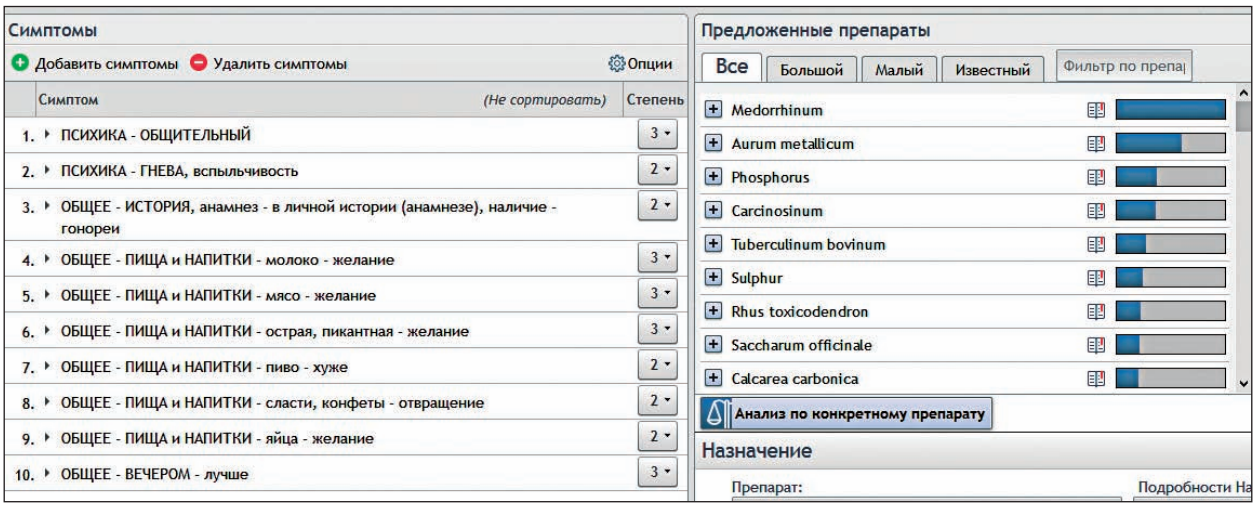



Рис. 1. Результаты реперторизации

## Дифференциальный диагноз лекарств:

Учитывая то, что пациент очень жаркий (+3), этот симптомом взят как элиминирующий. При анализе случая было учтено, что до развития болезни у пациента возникали выделения из половых путей. Учитывался также семейный анамнез (отягощенность по ИППП). Выбран препарат MEDORRHINUM. В начале лечения было ожидаемо увидеть обострение основных жалоб (первоначальное обострение), с дальнейшим их облегчением; возможно усиление высыпаний на коже и возврат выделений из уретры, как проявление синдрома реверсии. Уровень здоровья С(7).

## Лечение:

MEDORRHINUM 200 две дозы с интервалом в 24 часа.

## Повторная консультация № 1 – через 1,5 месяца после MEDORRINUM 200 – 5.12.2013

На первой неделе после приема препарата стало хуже. Начали умеренно болеть суставы на обеих нижних конечностях, вернулась тяжесть в позвоночнике. Постепенно боль самостоятельно купировалась, оставаясь только в суставах ступней еще в течение недели, что отражает динамику развития случая «сверху вниз» согласно закону исцеления по К. Герингу. Через 2 недели после начала лечения пациент смог играть в футбол. Все симптомы, связанные с суставами, прошли и не возвращались. Постепенно в течение первых 2-х недель от начала лечения пациент отменил все обезболивающие препараты, которые принимал ранее. К концу первого месяца от начала лечения усилились высыпания

на лбу (зуд и эритема), на волосистой части головы неинтенсивные высыпания с небольшим зудом. На тыле кисти и пальцах правой руки отмечал усиление экземы с сухостью кожи и с нестерпимым зудом и жжением, от чего дважды использовал гормональную мазь. Стул стал лучше – оформленный или кашицеобразный, ежедневно. Общий запас сил и энергия намного лучше. Не стало подавленности, как во время болезни. Работает много – по 10 часов в день.

### Анализ действия лекарства

Лекарство оказало очень хороший эффект:

- Отмечено первоначальное гомеопатическое обострение с последующим значительным улучшением. Исчезли боли в суставах, исчезла необходимость в приеме противовоспалительной обезболивающей терапии.
- Процесс излечения проходил по закону Геринга: боли в суставах проходили сверху – вниз.
- Произошло резкое усиление кожных высыпаний, что так же отражает закон Геринга (излечение «изнутри наружу», «от более важного к менее важному», и «в обратном порядке к появлению симптомов»).
- Восстановился уровень энергии, стал много работать, легче вставать по утрам, улучшилось настроение.

Графически подобная реакция на лекарство и ее интерпретация представлена в книге Дж. Витулкаса «Уровни Здоровья» (стр. 99). Этот тип реакции означает, что было назначено правильное лекарственное средство и что данное заболевание поддается излечению, поскольку у пациента отмечается общее хорошее состояние здоровья.

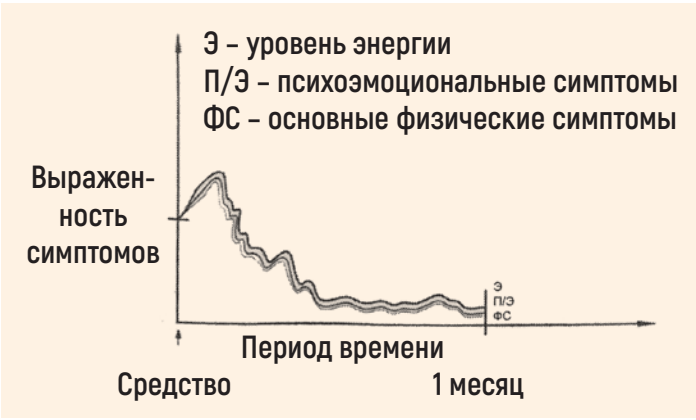



Рис. 2. Ухудшение основных симптомов с последующим быстрым выздоровлением

### Лечение:

PL. Не использовать мази для подавления кожного процесса. При обострении на коже – лактофильтрум (кишечный сорбент) по 2 т. 2–3 раза в день через час после еды – на период обострения.

### 13.05.2014 – повторная консультация № 2 – через 6,5 месяца после MEDORRINUM 200

Сил, энергии достаточно. Настроение в норме. Суставы не беспокоят. Полностью прошла боль в спине, которая была в течение последних 4–5 лет. Остаются высыпания на тыле правой кисти. На лбу акне с зудом; сухость и дискомфорт на коже лица, лучше на солнце. Раз в неделю, несмотря на запрет врача-гомеопата, применяет гормональную мазь бетасалик. Месяц назад был ячмень на левом глазу. Сейчас его нет, но периодически бывает зуд.

### Вкусовые пристрастия:

Желание мяса (3), желание жира (2), желание яиц уменьшилось, молока стал пить меньше, хотя все еще любит. Любит морепродукты.

### Анализ:

Действие лекарства еще продолжается. Наблюдался феномен возврата прошлых симптомов (появление ячменя) согласно закону Геринга, что отражает правильное направление излечения.

### Лечение:

PL. Категорически запрещено применять мази для подавления кожного процесса! Можно ежедневно делать маски с белой или голубой глиной на область лба. В период обострения на коже применять лактофильтрум по 2 т. 3 раза в день.

### Повторная консультация № 3 – через 8,5 месяца после MEDORRHINUM 200 – 29.07.2014

Сыпь на лице улучшилась (не мазал никакими мазями ни разу). Сохраняется небольшой зуд на лице, голове и пальцах. Неделю назад стала болеть подушечка второго пальца правой стопы, и немного припух палец, как 2 года назад. Появились боли в межфаланговом суставе 1 пальца

левой кисти, на момент приема боли немного меньше. Температура два последних дня 37,3–37,5$^0$С, небольшая боль в суставах. Месяц назад простывал, болели уши, в течение недели использовал ушные капли «Отипакс»; 1,5 недели назад конъюнктивит справа, потом слева (закапывал антибактериальные капли). До этого в течение месяца рецидивировали ячмени. На верхнем веке зуд, покраснение, гиперкератоз. В наружном угле правого глаза – маленькая папиллома на ножке. Возникла примерно полгода назад. До этого папиллома была на нижнем веке.

### Анализ:

Произошёл неполный возврат болезни, который связан с использованием подавляющих симптомы лекарств во время простудного состояния. Необходимо повторить лекарство, так как после подавляющего воздействия организм не может справиться с рецидивом самостоятельно.

### Лечение:

1. MEDORRHINUM 200 2 дозы с интервалом 12 часов. 2. При ОРЗ или конъюнктивитах (халязионах) – PL. Категорически запрещено применение любых лекарственных препаратов без согласования с лечащим врачом!

## Повторная консультация № 4 – 17.11.2014 (через 4 месяца после MEDORRHINUM 200С)

На фоне лечения боли в суставах полностью прошли. В сентябре простыл – насморк, боль в горле, температура 37,5°С первые 3 дня. Принимал ремантадин и колдакт. Через неделю – ячмень на глазу. В середине октября снова простыл, использовал снова ремантадин и колдакт. Через 2 недели вновь заболел, примерно 10 ноября – слабость, небольшая температура, легкая заложенность носа. С сентября значительно усилились боли в спине (2) и в левом илеосакральном сочленении (+2) по утрам. Ночью сильные боли в спине. Сейчас спина ночью болит сильней (+3), чем утром. После того как расходится, становится лучше. Днем спина не болит. Болей в спине не было в течение года до этой простуды. С октября вернулась боль в суставе второго пальца правой стопы. Частые ячмени на обоих глазах. Зуд. Кожа на лице в норме. Бетосаликом не пользовался. Иногда использует увлажняющий крем. По утрам при умывании бывает, что краснеет лицо. Летом на солнце высыпаний было мало. Сейчас бывают красные высыпания с зудом в области левого плеча.

### Общие характеристики:

Теплокровный (3). С осени 2014 года стал хуже спать из-за болей в спине (3) – просыпается. Сон на животе (3).

### Пищевые пристрастия:

Желание мяса (3), желание жира (2) Желание фруктов (2) – яблоки, бананы, апельсины, мандарины. Яйца (1). Рыба (2). Соленая рыба (1). Соль – без особенностей. Сладкое: отвращение (1).

### Анализ действия лекарства:

Полный возврат болезни в связи с простудой и подавляющим её симптоматическим лечением. Поскольку симптомы не изменились и сохраняются ключевые симптомы MEDORRINUM, то следует снова повторить это лекарство в той же потенции.

### Лечение:

MEDORRHINUM 200 две дозы с интервалом в 12 ч.

## 07.08.2015 – повторная консультация № 5 – через 9 месяцев после назначения MEDORRHINUM 200 в ноябре 2014

В последнее время снова появились боли в спине ночью, больно спать (2). К утру появляется боль «как отечность». Проходит утром после «расхаживания». В основном боль локализуется в поясничном отделе позвоночника. В течение 2-х последних месяцев усилилась боль в илеосакральных сочленениях (3), как и в начале лечения. Усилился дискомфорт в правом тазобедренном суставе. Данное обострение началось 2 месяца назад с воспаления и опухания сустава 1 пальца на правой стопе и повышения температуры 37$^0$С в течение 1-го или 2-х дней, так же, как и 2 года назад. Высыпания прошли самостоятельно к лету, без применения мазей. В настоящее время кожа чистая. Такого не было никогда. Под кожей на руках и ногах появились

липомы. Один раз за 9 месяцев болел простудой, поправился быстро. Стало меньше сил, сонное состояние в течение дня, что связывает с тем, что не высыпается. Выделений из половых органов не было за весь период лечения. Достаточно легко раздражается (2), значительно чаще, чем раньше. Конфликт возникает «из ничего» на бытовой почве. За последние 2 года стал реагировать на сквозняки. Стал менее жарким. Желание мяса (3), желание жира (3).

### Анализ действия лекарства:

Лекарство закончило свое действие – вновь отмечается рецидив болезни. Последняя доза лекарства продолжала действовать в течение 8 месяцев. Потенция MEDORRHINUM C200 давалась уже несколько раз, и каждый раз болезнь через более или менее длительный промежуток времени рецидивировала. В связи с этим решено повысит потенцию препарата.

### Лечение:

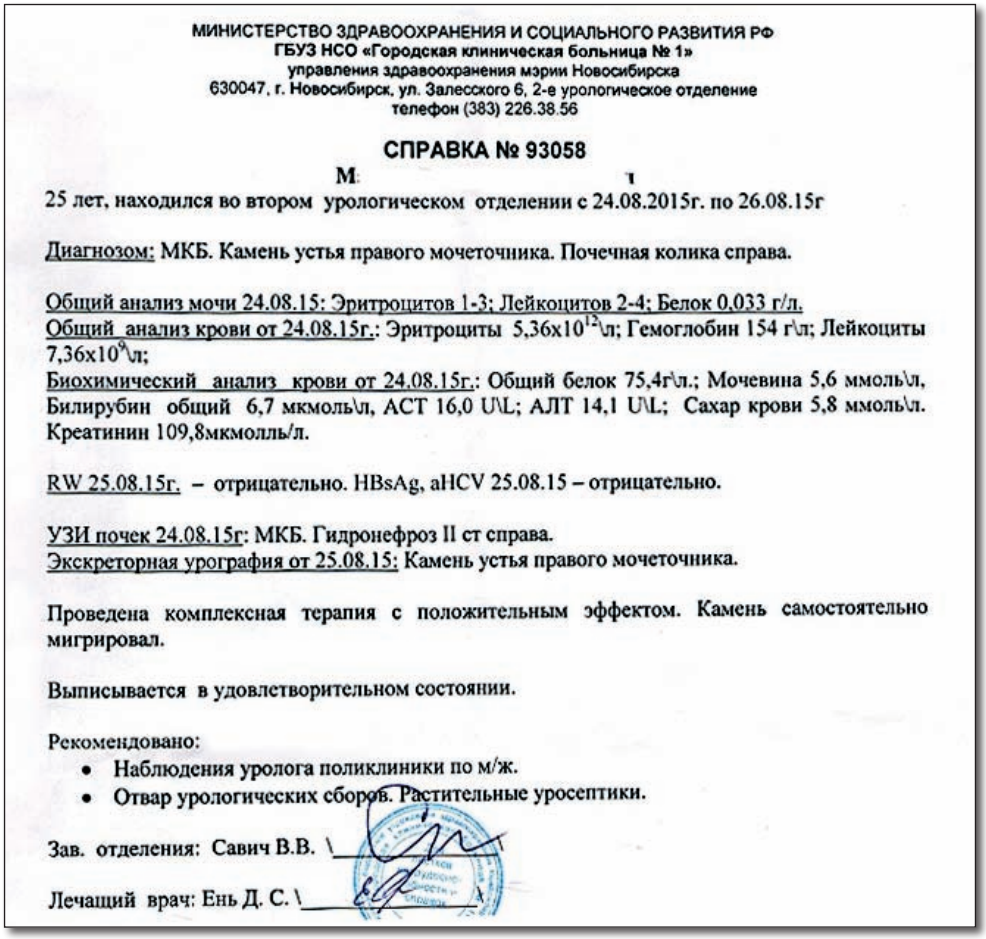
MEDORRHINUM 1M – 2 дозы с интервалом в 12 ч.

### Повторная консультация № 6 – 29.10.2015 (через 2,5 месяца и через 2 года от начала лечения)

После MEDORRHINUM 1M в течение недели наступило улучшение. Температура нормализовалась, ушли боли в илеосакральных сочленениях и в спине.

24 августа случился приступ почечной колики (3), боль была очень сильная, буквально орал от боли (3). Непосредственно до приступа почувствовал дискомфорт и жжение при мочеиспускании, по характеру такой же, как и до развития заболевания. Вызвал «скорую помощь» исключили аппендицит, инъекционно ввели спазмолитик и анальгетик. Боль держалась в целом около 2 часов, потом утихла. По данным рентгенологического обследования – камень устья правого мочеточника.

Заключение уролога, 26.08.2015 г.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ
ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1»
управления здравоохранения мэрии Новосибирска
630047, г. Новосибирск, ул. Залесского 6, 2-е урологическое отделение
телефон (383) 226.38.56

**СПРАВКА № 93058**

М. ч

25 лет, находился во втором урологическом отделении с 24.08.2015г. по 26.08.15г

Диагнозом: МКБ. Камень устья правого мочеточника. Почечная колика справа.

Общий анализ мочи 24.08.15: Эритроцитов 1-3; Лейкоцитов 2-4; Белок 0,033 г/л.
Общий анализ крови от 24.08.15г.: Эритроциты 5,36x$10^{12}$\л; Гемоглобин 154 г\л; Лейкоциты 7,36x$10^{9}$\л;
Биохимический анализ крови от 24.08.15г.: Общий белок 75,4г\л.; Мочевина 5,6 ммоль\л, Билирубин общий 6,7 мкмоль\л, АСТ 16,0 U\L; АЛТ 14,1 U\L; Сахар крови 5,8 ммоль\л. Креатинин 109,8мкмолль/л.

RW 25.08.15г. – отрицательно. HBsAg, aHCV 25.08.15 – отрицательно.

УЗИ почек 24.08.15г: МКБ. Гидронефроз II ст справа.
Экскреторная урография от 25.08.15: Камень устья правого мочеточника.

Проведена комплексная терапия с положительным эффектом. Камень самостоятельно мигрировал.

Выписывается в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано:
- Наблюдения уролога поликлиники по м/ж.
- Отвар урологических сборов. Растительные уросептики.

Зав. отделения: Савич В.В. _____\

Лечащий врач: Ень Д. С. _____\

В начале октября 2015 г. сделал УЗИ мочевого пузыря повторно – камень не визуализируется. На момент осмотра беспокоит то, что к утру болит спина в области поясничного и грудного отдела. Как и летом. Недавно стали возвращаться боли в нижней части спины – и только после неподвижного состояния – к утру сильно болит (2). Через 5 минут – проходит, когда встает и «расходится». Простуд за этот период не было, только один раз легкий насморк. Кожа в норме.

## Анализ действия лекарства:

После приема MEDORRHINUM 1M наступило быстрое улучшение по симптомам основного заболевания (прошла субфебрильная температура, боли в илеосакральных суставах, исчезла боль в спине). Через 2 недели была почечная колика с возвратом жжения в уретре при мочеиспускании, которое предшествовало началу болезни. Данный факт интерпретирован как синдром реверсии – вернулось то состояние, которое предшествовало началу заболевания, поэтому можно считать, что наступила полная ремиссия.

## Дальнейшая динамика случая:

Со времени последней консультации и на момент телефонного опроса 20 февраля 2019 г. пациента ничего не беспокоило. По поводу данного заболевания к врачам не обращался. При опросе пациент отметил, что редко возникают умеренные боли в проекции седалищного нерва, после сильного переохлаждения. Отмеченные боли проходят самостоятельно, никакого лечения пациент в настоящее время не принимает.

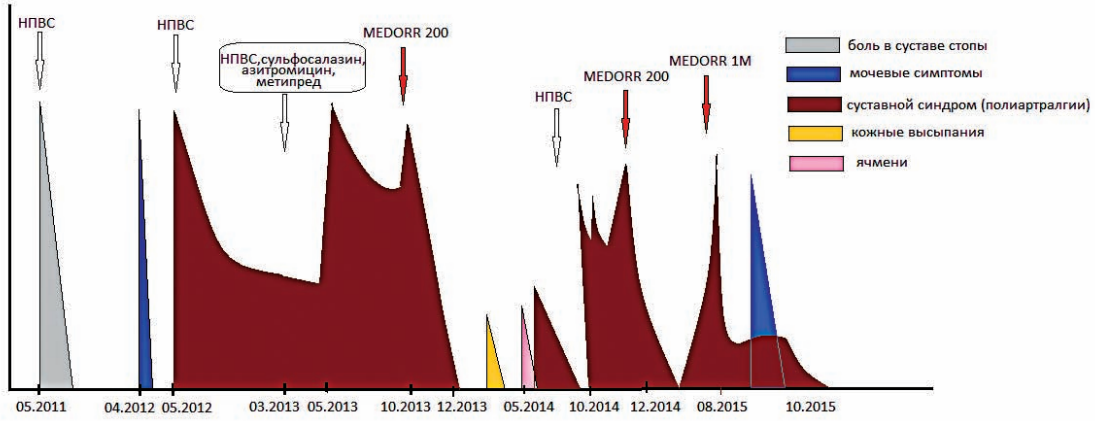



Рис. 3. График динамики симптомов

## Выводы:

1. Данный случай подтверждает возможность излечения (или, как минимум, достижения многолетней ремиссии) при болезни Бехтерева с помощью метода классической гомеопатии.

2. Динамика процесса выздоровления в данном случае хорошо иллюстрирует теорию уровней здоровья профессора Джорджа Витулкаса. Процесс излечения соответствовал пунктам закона Геринга: сверху – вниз, изнутри – наружу, от более важного к менее важному и в обратном порядке к развитию симптомов.

3. В начале лечения пациент находился на уровне здоровья С7 (Теория Уровней здоровья Дж. Витулкаса). Из анамнеза известно, что пациент ранее часто болел, и простуды прекратились к моменту развития основного заболевания. На фоне лечения пациент снова стал часто болеть простудами. Каждый эпизод «простуда – аллопатическое лечение» приводил к рецидиву болезни Бехтерева. К моменту последнего приема уровень здоровья пациента поднялся до А3. Таким образом в течение 2-х лет уровень здоровья значительно улучшился с С7 до А3. О такой возможности улучшения функции защитной системы на фоне гомеопатического лечения пишет Дж. Витулкас в своей книге «Уровни Здоровья».

4. Обычно на таком низком уровне здоровья для излечения необходимо использование серии последовательных лекарств. Но в данном случае эффективен был один препарат, MEDORRHINUM, который являлся его конституциональным средством. Потребность в этом лекарстве, вероятно, была связана с наследственной предрасположенностью к воспалительным заболеваниям суставов в комбинации с заболеваниями урогенитальной сферы.

**Мария Анатольевна ЛИТВИНОВА**
К. м. н., врач общей врачебной практики,
врач-инфекционист,
Новосибирский гомеопатический центр

**Дмитрий Алексеевич ЧАБАНОВ**
К. м. н., главный врач
Новосибирского гомеопатического центра

# СЛУЧАЙ ИЗЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

**Данная работа была удостоена третьей премии конкурса Сибирской Гомеопатической Ассоциации «Врач года» в номинации «Практика гомеопатии» в 2018 году**

## Состояние вопроса

Кожный лейшманиоз – трансмиссивная инфекция, вызываемая простейшими рода Leishmania. Завозится на территорию Российской Федерации из стран Средиземноморского бассейна, Ближнего и Среднего Востока. Патологический процесс развивается последовательно со сменой стадий: пролиферации (бугорок), деструкции (язва), репарации (рубец). Типичное расположение язв на коже лица, шеи, конечностей. Течение инфекции хроническое, процесс репарации обычно (однако далеко не всегда) завершается к концу годичного срока с образованием на месте язвы грубого вдавленного рубца с измененной пигментацией кожи. В лечении кожного лейшманиоза используют местные способы терапии, такие как: парамомициновые мази; локализованная термотерапия (50°С в течение 30 секунд); местное введение препаратов пятивалентной сурьмы; криотерапия поражения с использованием жидкого азота (–195°С). Уровень доказательности данных способов разнороден. Эффективность локальной терапии в значительной степени зависит от вида возбудителя, географического региона заражения, резистентности к используемым средствам и контроля над вторичными поверхностными инфекциями (Доклад № 949 на заседании Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с лейшманиозом, Женева, 22–26 марта 2010 года).

Пациент Г. А., 40 лет, обратился 13.10.2001 г. с уже установленным диагнозом антропонозный кожный лейшманиоз. Поводом для обращения послужило длительно (более 1 года) незаживающее инфильтративно-язвенное поражение кожи. История заболевания началась в августе 2000 г., когда пациент еще проживал в Азербайджане. На латеральной поверхности первого пальца правой кисти около ногтевой фаланги появилось бугорковое образование красного цвета диаметром около 1 см. Постепенно его размеры увеличивались, появилась отечность пальца. В ноябре 2000 г. на границе первого пальца правой кисти и запястья появилось второе образование, сходное с первым. В феврале 2001 г. на медиальной стороне лучезапястного сустава справа появился уже третий элемент. С этих пор пациент проживал уже в Новосибирске. Пораженная кисть продолжала постепенно утолщаться и увеличиваться в размерах. Спустя год от начала заболевания на пораженном пальце правой кисти (на первом элементе) появилась язва, которая в течение месяца значительно увеличилась в размере. Лечение, назначаемое дерматологами в течение года, не оказывало ожидаемого эффекта. Врачами был заподозрен кожный лейшманиоз, а при исследовании мазков с пораженных участков кисти при микроскопии обнаружены лейшмании. Специфического

лечения пациент не получил ввиду токсичности и прекращения использования, к тому моменту мономицина (единственный антибиотик, к которому лейшмании проявляли относительную чувствительность), в качестве альтернативной терапии ему рекомендовали гомеопатическое лечение. При осмотре: правая кисть значительно увеличена в размере, пораженный первый палец правой кисти достиг гигантских размеров. Главной особенностью развития всех трех элементов являлся массивный гранулематозный процесс с гиперкератозом кожи, что проявлялось в виде больших наростов тканей – инфильтрата и корок. Изъязвлению подвергся первый элемент на концевой фаланге правого пальца ниже ногтевой пластинки. Язва занимала полностью всю тыльную и боковую поверхности большого пальца. Края язвы – высокие, подрытые, дно – чистое, гладкое, блестящее. Второй элемент в области первой пястной кости с тыла был утолщением гранулематозной ткани площадью примерно 5х3 см, чуть выше запястья возвышался третий элемент размерами 2х2 см, кожа была инфильтрирована, на ней отдельные мелкие остроконечные элементы разрастания ткани (см. фото 1 и 2).

## Другие симптомы случая

С болезнью стал менее общительным, появилось желание быть одному (+3+4). Не очень открыт: «Не могу сказать, почему я ничего я не рассказываю друзьям». Религиозен. Каждое утро молится, чтобы день прошел удачно для него. Размышляет на тему, «что же такого сделал, за что такое наказание?» Возникают мысли о том, чтобы отрезать палец, периодами не хотелось жить с таким заболеванием. Вздыхает. Выражение печали на лице. Не любит жару (больше 30°С «не могу терпеть»). Из пищевых модальностей – любит сладкое, острое, соленья (но не саму соль). Сексуальное желание – «норма». Похудел на 24 кг за последние 1,5 года. В детстве частые ОРВИ, в 14 лет перенес гнойный отит. В возрасте 18–20 лет – эпизоды колющих болей в правом подреберье. Перед настоящим заболеванием перенес Herpes simplex на губах.

## Анализ и прогноз

Особенность данного случая заключалась в том, что на фоне затянувшегося инфекционного процесса, у пациента болезнью был затронут не только физический, но также и эмоциональный уровень здоровья, поражение которого можно было расценить как депрессию с отчаянием и нежеланием жить. Учитывая яркие психоэмоциональные симптомы (закрытый пациент, не делится своими проблемами и переживаниями даже с друзьями, особое состояние депрессии с элементами отчаяния и мыслями о ненужности жизни, религиозность) и общие симптомы случая (плохо переносит жару, желание соленых продуктов, острой пищи, эпизод Herpes simplex в анамнезе, непосредственно перед заболеванием), проводился дифференциальный диагноз между Aurum metallicum и Natrium muriaticum.Используя стратегию комбинации препаратов, был назначен препарат Aurum muriaticum natronatum.

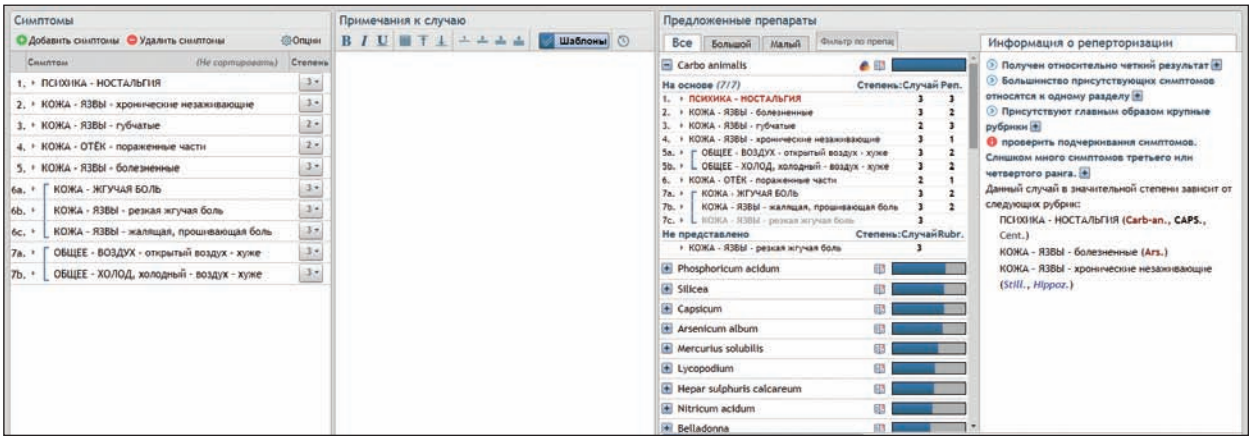
## Назначение

Aurum muriaticum natronatum С 6 по 6–7 крупинок 2 раза в день рассасывать ежедневно в течение 1–1,5 месяца.

### Повторная консультация № 1 через 1,5 месяца, 26.11.2001

В течение первых двух недель отметил общее улучшение состояния. Постепенно уменьшались размеры инфильтративных разрастаний. Язва на первом элементе стала плоской. Последние 10 дней произошли изменения в клинической картине случая, появились новые симптомы. Стала беспокоить сильная боль в области изъязвленной поверхности на коже правой кисти (иногда даже были необходимы обезболивающие средства). От боли пытается расчесать здоровые ткани. Место: сильное жжение («как перцем»), хуже от контакта с открытым воздухом. Появился сильный запах «паленого мяса» от раневой поверхности. Сильный отек пораженной кисти сохраняется. По-прежнему закрыт, не общителен, молится, но мыслей о ненужности жизни больше нет. Спонтанно отметил сильную тоску о доме и о близких (давно не был на родине). В эксперименте, проведенном непосредственно в ходе приема (выставил руку на полминуты за окно, на мороз, около –20°С), боль заметно усилилась от свежего холодного воздуха.

Реперторизация: (в 2001 году реперторизация проводилась «вручную», используя печатное издание реперториума Д. Т. Кента, а для наглядности в данной публикации она была продублирована на программе VithoulkassCompass)




При реперторизации по новым симптомам случая, с учетом физической патологии и психологического состояния – препарат выбора Carbo animalis.

Кент Д. Т. MateriaMedica *Carbo animalis* – через весь патогенез лекарства проходит тема гипертрофии. Такие язвы обычно горят, располагающиеся вокруг них ткани инфильтрируются, уплотняются, темнеют. Появляется сильное жжение в воспаленных участках, которые уплотняются. Организм пациента пребывает в инертном состоянии; для него не характерны быстрые перемены; все реакции замедленны. В то же время профессор Дж. Витулкас указывает на ностальгию как на один из ведущих ключевых психических симптомов Carbo animalis. Также для этого препарата характерна замкнутость, держит чувства в себе, человек бывает погружен в мысли, избегает разговоров, нет желания общаться. Эти психические особенности случая мы увидели уже на первом приеме.

### Назначение:

Carbo animalis С 6 по 5 крупинок 2 раза в день ежедневно в течение 2-х недель. Низкая потенция, несмотря на психические симптомы, была обусловлена (как и в случае с Aurum muriaticum natronatum), с одной стороны, наличием грубой морфологической патологии и, соответственно, необходимостью повторного, ежедневного назначения препарата. С другой стороны, желанием избежать обострения в том случае, если Carbo animalis окажется близким, но неточным средством. Поскольку, несмотря на достаточно ясную картину случая, мы впервые сталкивались с подобной патологией, и не было полной уверенности в препарате.

### Повторная консультация № 2 через 15 дней, 11.12.2001.

Боль сразу же уменьшилась и полностью исчезла в течение 2–3 дней. Пе-

рестал использовать обезболивающие. Улучшение в виде подсыхания язвы, и образования желто-коричневых бугристых корок. Уменьшился отек кисти и пальца (с 4х3,8 см до 3,5х3,2 см). Запах от кисти еще оставался, но незначительный, с оттенком кислого.

## Назначение

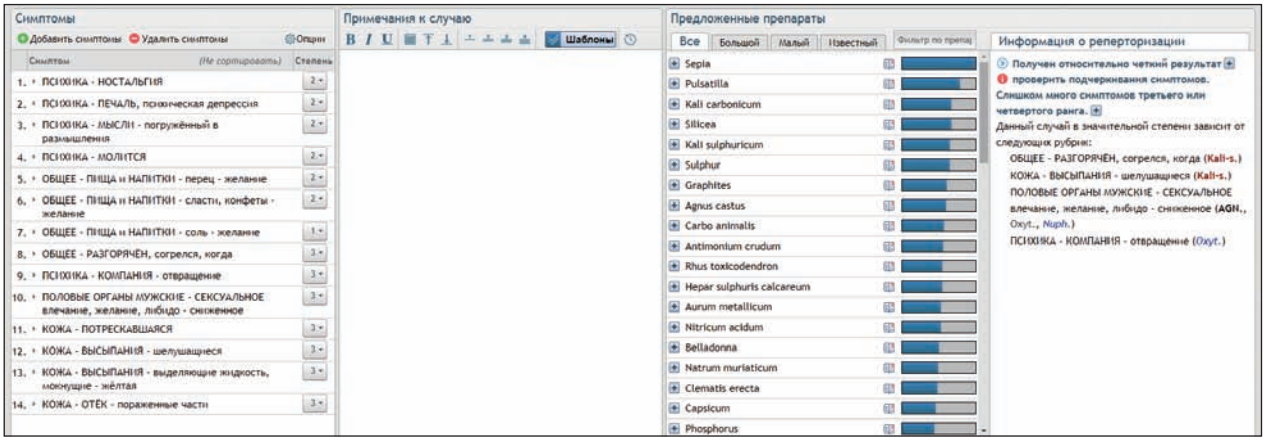
Продолжить прием Carbo animalis С 6 по 5 крупинок 2 раза в день ежедневно.

## Повторная консультация № 3 через 13 дней, 24.12.2001

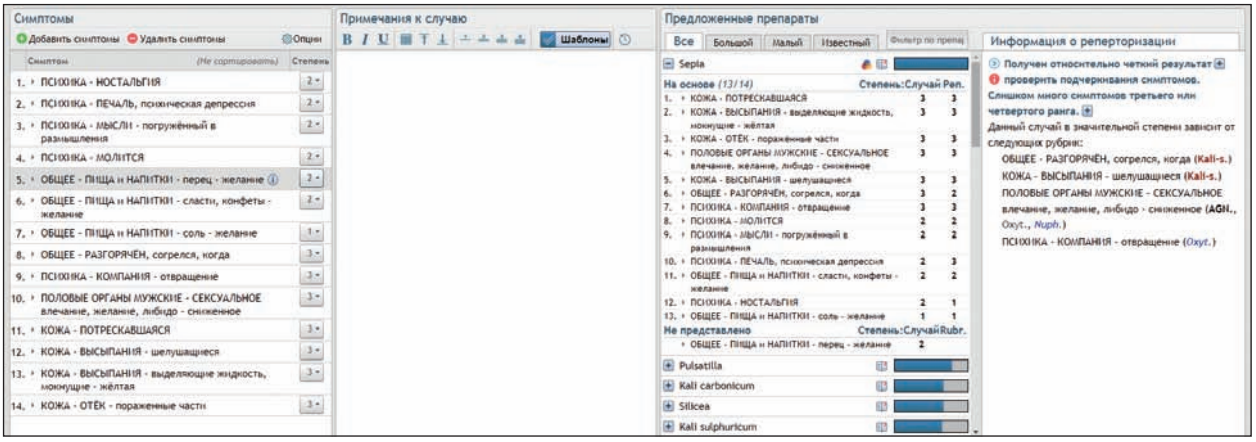
Состояние без дальнейшей положительной динамики. Раневая поверхность практически полностью покрыта бугристыми многослойными корками серо-желтого цвета, высотой до 5–6 мм, с трещинами и просачиванием сукровицы, которая снова приобрела интенсивный, но уже гнилостный запах. Психологически пациент был очень сдержан, но снова отметил усиление депрессии, нежелание общаться с друзьями и соседями, сказал, что по-прежнему, полностью избегает любых компаний, стремится к одиночеству, много молится. Тем не менее, в целом, стал более оптимистичен, ностальгия уменьшилась, нет «нежелания жить». По-прежнему не выносит сильной жары. Либидо отчетливо снижено.

Учитывая ментально-эмоциональную суть случая, а также совокупность симптомов, препаратом выбора стала Sepia, что ясно подтвердилось результатами реперторизации:

Реперторизация 2:




Реперторизация 2.1




## Назначение:

Sepia LM XII в растворе (40 гранул на 250 мл воды с добавлением 1 столовой ложки спирта) по 1 чайной ложке 1 раз в день – 3 недели.

### Повторная консультация № 4 через 21 день 15.01.2002

Через две недели от начала приема препарата отметил улучшение состояния в целом (лучше настроение, больше энергии) уменьшение мокнутия элементов на кисти.

### Назначение

Sepia LM XII продолжить также по 1 чайной ложке 1 раз в день в течение полутора месяцев.

### Повторная консультация № 5 через 4,5 месяца 01.06.2002

Постепенно прогрессировало улучшение. В течение двух последних месяцев элементы на кисти стали плоскими, и рука имеет практически нормальный вид. Наблюдается активная эпителизация, на месте бугристых корок появилась тонкая розовая пергаментоподобная кожа. Остается незначительная отечность кисти (см. фото 3). Ментально-эмоциональное улучшение отмечает сам пациент. На вопрос, в чем заключается улучшение, он ответил: «Помните, я говорил, что не могу общаться, когда много людей. Теперь могу пригласить соседа и поговорить с ним» Восстановил свой вес за 7 месяцев.

### Назначение

Sepia 1000 – 10 крупинок (2 дозы).

### Повторная консультация № 6 через 5 месяцев 05.11.2002 (по телефону):

Самочувствие хорошее, депрессии нет, тяга к одиночеству исчезла, без напряжения общается с соседями и друзьями. Рука в порядке.

### Анализ и обсуждение:

Данный случай демонстрирует возможности и относительно быстрый эффект гомеопатии (полное излечение за полгода) при лечении тяжелой инфекции, не поддающейся стандартным способам терапии. Более того, в ходе гомеопатического лечения, заживление обширного язвенного дефекта на кисти пациента произошло без образования грубого вдавленного рубца, что было бы типично для подобного случая кожного лейшманиоза. Таким образом, в результате лечения, была не только предотвращена альтерация и гибель пораженных тканей и клеток, но, напротив, произошло их полное восстановление, что говорит о возможности глубокой активации репаративных процессов при помощи гомеопатического лечения. Полностью исчез воспалительный инфильтрат, отек, была восстановлена целостность, структура и цвет кожных покровов. Однако, очевидно также и то, что в данном случае болезнью был поражен не только физический, но и эмоциональный уровень пациента, что выражалось в депрессивном состоянии с отвращением к жизни, желанием одиночества, замкнутостью, невозможностью общения и болезненной ностальгии. И не менее важным представляется тот факт, что вместе с устранением инфекционного поражения в ходе гомеопатического лечения здоровье было восстановлено не только на физическом, но и на эмоциональном уровне организма. Это наглядно, на клиническом примере, демонстрирует возможность «излечения человека в целом», а не отдельной локальной патологии, что является неотъемлемым принципом классической гомеопатии. Препараты Aurum muriaticum natronatum и Carbo animalis были, вероятнее всего, необходимы, поскольку «открыли случай», т. е. привели к некоторому общему улучшению и к модификации локальных симптомов, полностью прояснив картину Sepia. Но именно Sepia, являясь глубоко подобным случаю препаратом, соответствуя прежде всего ментально-эмоциональной картине (essence) случая, привела уже к быстрому улучшению (в течение 3–4 недель), а затем и к полному выздоровлению пациента в течение последующих 2-х месяцев.

**Алексей Андреевич ЕРМОЛОВ**

г. Иркутск

Окончил в 2005 году Иркутский государственный медицинский университет по специальности «Лечебное дело». Практикует гомеопатию с 2007 года. Первичная подготовка «Центральная Гомеопатическая Школа», г. Москва в 2009 году. Выпускник МАКГ 2017 г.

# СЛУЧАЙ ИЗЛЕЧЕНИЯ КАРБУНКУЛА ПРАВОЙ ПОЧКИ

**Данная работа была удостоена специальной премии конкурса Сибирской Гомеопатической Ассоциации «Врач года» 2018 «За смелость и хладнокровие, проявленное в лечении неотложной патологии, и за вклад в популяризацию Классической Гомеопатии»**

### Первичный прием 25.08.2018

Жалобы:

- Боль тянущего характера внизу живота, ощущение, «как будто мочевой пузырь тянет вниз».
- Повышение температуры тела до 40–41 градуса в течение 5-ти дней. Лихорадка сопровождается дрожью. Постоянно кутается и закрывается с головой.
- Профузное потоотделение ночью, после которого температура снижается до 37,5–38,0°С. Потоотделение при незначительной физической нагрузке. Пот липкий.

Наблюдение:

Женщина худощавого телосложения 160 см – 47 кг; выражение лица болезненное, множественные постакне, выраженная бугристая поверхность щек; сухость губ. Несмотря на жаркую погоду, голова закрыта шалью, а тело окутано пледом.

Осмотр:

Физикальная диагностика не выявила патологии. Симптом Пастернацкого отрицательный. При осмотре волосистой части головы – перхоть мелкая, белая. Общее состояние средней степени тяжести.

Обследование от 20.08.2018:

Проба Нечипоренко – лейкоциты – 7000, эритроциты – 2000; ОАК – лейкоциты – $14*10^9$, СОЭ – 34.

Предварительный диагноз: хронический цистит, стадия обострения.

### Семейный анамнез

Мать – язвенная болезнь желудка, ИБС, ГБ.

Отец – причина смерти – послеоперационный перитонит, вследствие операции по поводу язвенной болезни желудка.

### Анамнез болезни

Считает себя больной в течение трех недель, когда появились небольшие тянущие боли внизу живота, участилось и стало болезненным мочеиспускание, после того как в жаркую погоду зашла в магазин, где работал кондиционер.

### Анамнез жизни и хронология болезни

Второй ребенок в семье. Роды преждевременные, на 35–36 неделе. В детстве

перенесла корь и ветрянку. 2 раза в год беспокоили тонзиллиты – применялось местное лечение (полоскание). Не помнит, поднималась ли температура в течение жизни.

В 10 лет менархе. Менструации были всегда крайне болезненными, принимала анальгетики.

С 11 лет беспокоила угревая сыпь, розовые угри на щеках. Применяла в домашних условиях настойку чистотела. С 14 лет начала регулярное косметологическое лечение угревой сыпи – механическая чистка лица с применением антисептиков и цинковой мази.

В 20 лет вышла замуж. Перенесла гепатит А накануне беременности (за 1 месяц). Беременность в 22 года, первая и единственная, протекала с тяжелым токсикозом (рвота, тошнота). Потеря массы тела с 48 кг в начале до 38 кг в конце беременности.

В 27 лет на осмотре выявлена эктопия шейки матки (бессимптомное течение) – произведена электрокоагуляция.

В 29 лет испытала психоэмоциональный стресс по поводу развода родителей. На фоне стресса начали беспокоить боли в желудке. Диагностированы язвы ДПК. До 35 лет 2 раза в год проходила стационарное курсы консервативного лечения, которые приносили временное облегчение.

В 31 год – дебют острого цистита, лечение антибиотиками. Затем до 49 лет тяжелые дизурические расстройства появлялись 1–2 раза в год, по которым назначались антибиотики, и примерно каждые 2 месяца были небольшие обострения, которые снимались теплыми компрессами либо приемом горячей ванны. Обострения цистита были всегда связаны с охлаждением, даже малейшим.

В 35 лет – произведена овариэктомия по поводу распространенного эндометриоза. После проведенной операции исчезла угревая сыпь, купировались боли в желудке.

В 49, 50, 51 год – перенесла бронхопневмонии – 1 раз в год. Протекали без лихорадки, проявляли сухим длительным кашлем. Лечение пневмоний проводилось в стационаре, в связи с неэффективностью амбулаторного лечения. С остаточным кашлем получала в 2016 году гомеопатический препарат Каустикум 30, с улучшением.

До лета 2018 года 1 раз в год беспокоили ОРВИ, которые не требовали лечения. Вакцинация ежегодная от гриппа (работник социальной сферы).

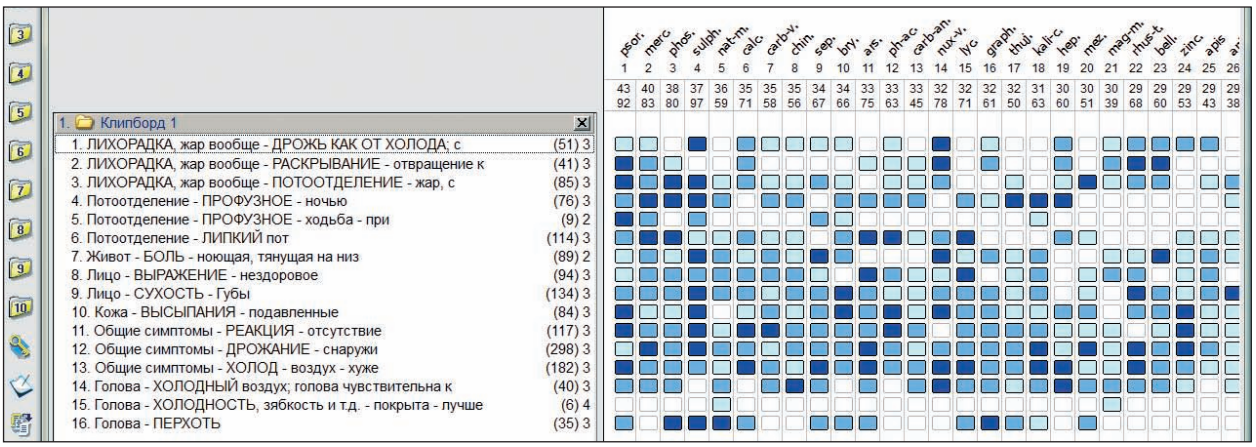
## Анализ состояния

Пациентка изначально не имела высокий уровень здоровья, и относилась к нижним уровням 2 группы, это показывает отсутствие высоких лихорадок, но были перенесены корь и ветрянка, менструации были крайне болезненны (хронический воспалительный процесс). Длительная подавляющая терапия угревой сыпи, затем циститов, электрокоагуляция эктопии шейки матки, способствовали развитию эндометриоза и углублению хронической патологии (циститов, разрастание эндометриоидной ткани) и падению уровня здоровья с переходом в третью группу здоровья. Отсутствие реактивности у организма (слабо выраженные симптомы пневмонии и отсутствие лихорадки) на тяжелые патологические процессы указывает на 3 группу, уровень здоровья 8–9. Наличие высокой лихорадки показывает на выраженный воспалительный процесс и в случае неправильного лечения может значительно ухудшить состояние жизни и здоровья.

## Назначение

ПСОРИНУМ 30 С.

Реперторизация



## Динамическое наблюдение

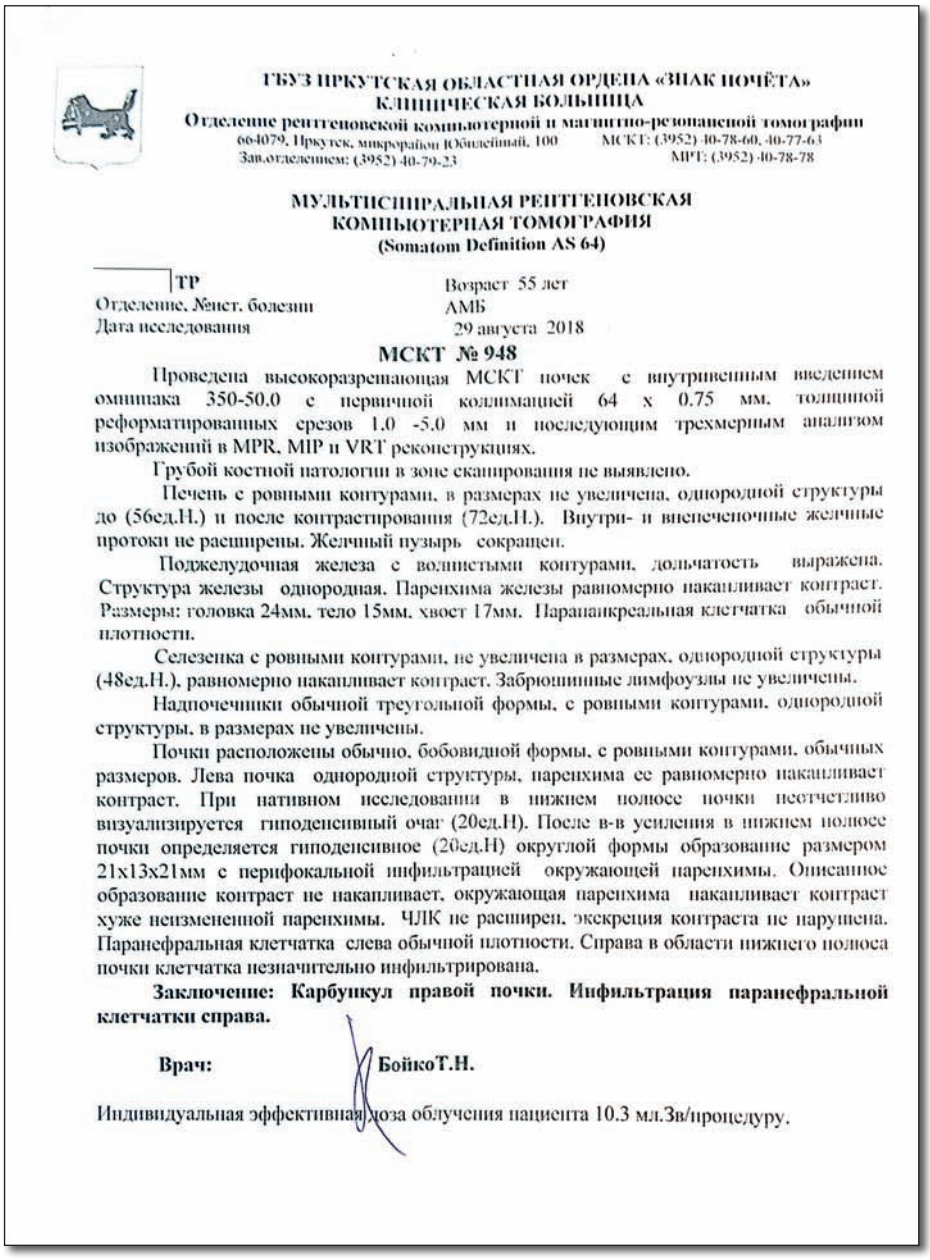
Первичный прием состоялся в субботу вечером. Были даны направления на общий гематологический анализ, общий анализ мочи, биохимию крови, УЗИ брюшной полости и почек. Исследование произведено через 3 дня (вторник). Обострения после приема препарата не последовало. Состояние пациентки стабилизировалось, снизилась температура до 37,1–37,4°С, улучшилось общее состояние, улучшился аппетит, купировались тянущие боли в животе. В ОАК – лейкоциты – 7,7х$10^9$/л; СОЭ 50 мм/ч; моноциты – 13. На УЗИ (28.08.2018) выявлено: очаговое образование правой почки (абсцесс, фурункул). Пациентка направлена в стационар на консультацию уролога и проведение МСКТ. Заключение МСКТ (29.08.2018): Карбункул правой почки. Инфильтрация паранефральной клетчатки справа. В связи с прогрессивным улучшением состояния и нормализацией температуры пациентка отказалась от госпитализации. УЗИ проводилось ежедневно. Данные УЗИ от 07.09.2018 г. – описанное ранее образование в нижнем полюсе правой почки достоверно лоцировать не удается. Контроль УЗИ от 07.12.2018 – очаговых изменений в почках нет.

Прием – Псоринум 30С – первые 5 дней – каждый час, затем 2 раза в день до 07.09.2018.

## Вывод

Гомеопатический препарат был подобран верно. Отсутствие первоначальной реакции в виде обострения на препарат указывало на низкий уровень здоровья и остро протекающее патологическое состояние. Практически все симптомы указывали на необходимый подобный препарат. Данный случай подтверждает эффективность гомеопатии как метода консервативного альтернативного лечения, даже при тяжелой хирургической патологии. Прогноз для жизни и здоровья благоприятный.

## Обследование



ГБУЗ ИРКУТСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ОРДЕНА «ЗНАК ПОЧЁТА» КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
Отделение рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографии
664079, Иркутск, микрорайон Юбилейный, 100 МСКТ: (3952) 40-78-60, 40-77-63
Зав.отделением: (3952) 40-79-23 МРТ: (3952) 40-78-78

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОВСКАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ
(Somatom Definition AS 64)

ТР Возраст 55 лет
Отделение, №нет. болезни АМБ
Дата исследования 29 августа 2018

МСКТ № 948

Проведена высокоразрешающая МСКТ почек с внутривенным введением омнипака 350-50.0 с первичной коллимацией 64 х 0.75 мм, толщиной реформатированных срезов 1.0 -5.0 мм и последующим трехмерным анализом изображений в MPR, MIP и VRT реконструкциях.

Грубой костной патологии в зоне сканирования не выявлено.

Печень с ровными контурами, в размерах не увеличена, однородной структуры до (56ед.Н.) и после контрастирования (72ед.Н.). Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь сокращен.

Поджелудочная железа с волнистыми контурами, дольчатость выражена. Структура железы однородная. Паренхима железы равномерно накапливает контраст. Размеры: головка 24мм, тело 15мм, хвост 17мм. Парапанкреальная клетчатка обычной плотности.

Селезенка с ровными контурами, не увеличена в размерах, однородной структуры (48ед.Н.), равномерно накапливает контраст. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены.

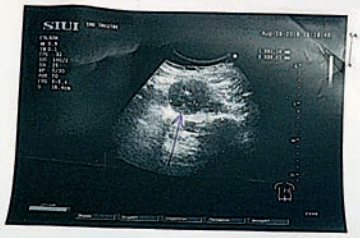
Надпочечники обычной треугольной формы, с ровными контурами, однородной структуры, в размерах не увеличены.

Почки расположены обычно, бобовидной формы, с ровными контурами, обычных размеров. Лева почка однородной структуры, паренхима ее равномерно накапливает контраст. При нативном исследовании в нижнем полюсе почки неотчетливо визуализируется гиподенсивный очаг (20ед.Н). После в-в усиления в нижнем полюсе почки определяется гиподенсивное (20ед.Н) округлой формы образование размером 21х13х21мм с перифокальной инфильтрацией окружающей паренхимы. Описанное образование контраст не накапливает, окружающая паренхима накапливает контраст хуже неизмененной паренхимы. ЧЛК не расширен, экскреция контраста не нарушена. Паранефральная клетчатка слева обычной плотности. Справа в области нижнего полюса почки клетчатка незначительно инфильтрирована.

**Заключение: Карбункул правой почки. Инфильтрация паранефральной клетчатки справа.**

**Врач:** **БойкоТ.Н.**

Индивидуальная эффективная доза облучения пациента 10.3 мл.Зв/процедуру.



г. Иркутск,
р-т. Маршала Жукова, 13\4
тел. 480-199

**Протокол ультразвукового исследования органов мочевыделительной системы.**

Ф.И.О. Т.Р. Возраст 55

Почки расположение стоя обычное, опущена правая, левая на см ниже 12 ребра
Подвижность почек в норме, ограничена в подвижности правая, левая.
Паранефральная клетчатка в норме
размеры: правая 106* 47 мм. левая 104* 47 мм.
Форма обычная, контуры ровные, волнистые, неровные.
Надпочечники не лоцируются

**Паренхима:**

| | |
|---|---|
| Гомогенна. Толщина 18-19 мм<br>Очаговые изменения: в нижнем полюсе изоэхогенное образование 31*33 мм. с мелкими полостями. ЦДК сосуды огибают данное образование. | Гомогенна. Толщина 15-17 мм<br>Очаговые изменения нет. ЦДК норма |

**Почечный синус:**

| | |
|---|---|
| Компактен | Компактен |

Мочевой пузырь: Стенки ровные не утолщены, просвет свободный.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Очаговое образование правой почки (абсцесс, карбункул)? Для уточнения диагноза рекомендуется МСКТ.

Аппарат APOGEE 3800

Дата 28.08.18 г. Врач: Лебедев Н.

Заключение не является клиническим диагнозом. Для постановки диагноза следует обратиться к лечащему врачу

---

**ГБУЗ Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница**
г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100
**Отделение ультразвуковой диагностики**

**Ф.И.О., возраст:** Т.Р., 55 л. **Дата:07.09.2018 (12.05)**

**Отделение: амбулаторно**

**Ультразвуковое исследование почек** A04.28.001

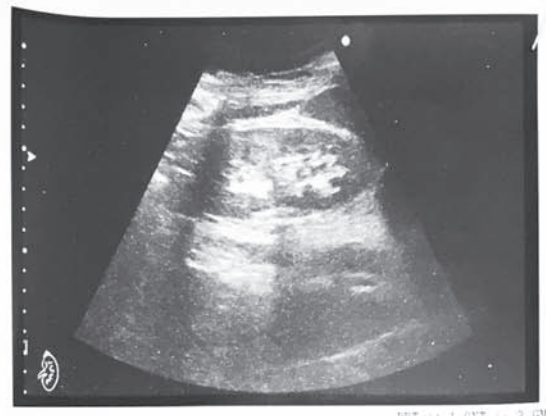
**Почки:**
Размеры: правая – 11,0 x 5,4 см левая – 10,8 x 5,5
Подвижность: физиологическая.
Форма: обычная.
Контуры: слабоволнистые, четкие
Паренхима 1,6 см; эхогенность паренхимы нормальная, структура однородная.
Дифференцировка на слои сохранена.
ЧЛК: разрыхлен, неоднороден, не эктазирован.
Описанное ранее образование в нижнем полюсе правой почки достоверно лоцировать не удается.

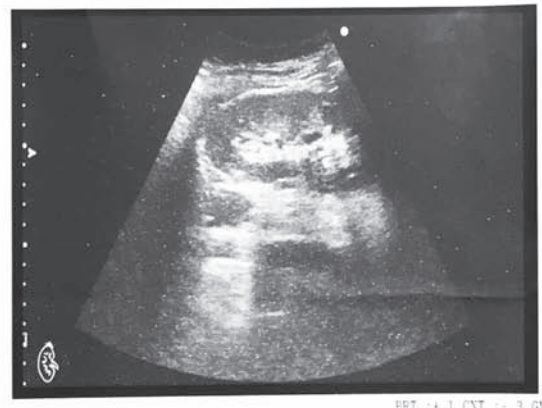
**Заключение:**
Положительная динамика.

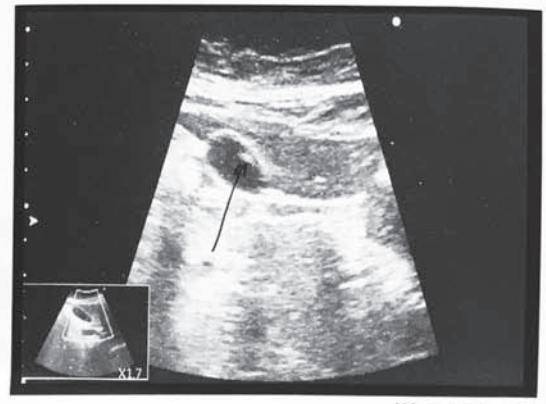
Врач: Дульская К.В.

Данное заключение не является клиническим диагнозом.
Для определения дальнейшей тактики необходима консультация лечащего врача.

---








---

ЦЕНТР МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

г. Иркутск,
ул. Рабочего штаба, 29/1
тел, 480-199

**Протокол ультразвукового исследования органов брюшной полости**

Ф.И.О. Т.Р. Возраст 55

**Печень:** размеры в норме, увеличены, КВР 139 мм, край ровный, острый, закруглен, волнистый, неровный.
Эхоструктура: однородна, диффузно неоднородна, эхогенность обычная, повышена, понижена, смешанная. ЦДК норма.
печеночные ходы не расширены
гепатикохоледох диаметр 5 мм, просвет чистый
воротная вена Д 10 мм, селезеночная вена Д 5 мм, печеночные вены норма, нижняя полая вена Д 19 мм.
очаговые изменения нет.
**Селезенка:** гомогенна не увеличена S= 41см2
**Желчный пузырь:** форма обычная, изогнут в теле, шейке, S образный, размер 75*20 мм, стенка 3 мм. в просвете полип 5 мм.
**Поджелудочная железа:** головка 25 мм, тело 12 мм, хвост 16 мм, структура однородна, неоднородна, эхогенность обычная, повышена, понижена, смешанная. Контуры ровные, неровные, волнистые. Очаговые образования нет.
Жидкости и объемных образований в брюшной полости нет.

**Почки расположение** стоя обычное, опущена правая, левая на см ниже 12 ребра
**Подвижность почек** в норме, ограничена в подвижности правая, левая.
**Паранефральная клетчатка** в норме
размеры: правая 103* 49 мм. левая 105* 50 мм.
**Форма** обычная, контуры ровные, волнистые, неровные.
**Надпочечники** не лоцируются

**Паренхима:**

| | |
|---|---|
| Гомогенна. Толщина 18-20 мм<br>Очаговые изменения нет. ЦДК норма | Гомогенна. Толщина 18-20 мм<br>Очаговые изменения нет. ЦДК норма |

**Почечный синус:**

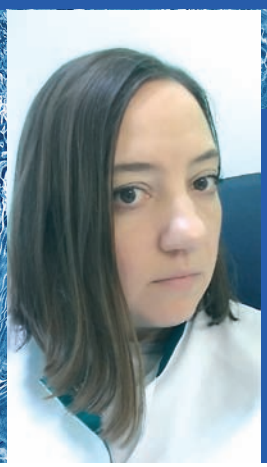
| | |
|---|---|
| Компактен | Компактен |

**Мочевой пузырь:** Стенки ровные не утолщены, просвет свободный.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Полип желчного пузыря.

Аппарат **SIUI Apogee 3800**
**Дата** 07.12.18 г. **Врач:** Лебедев Н. С.

Заключение не является клиническим диагнозом. Для установления диагноза требуется консультация лечащего врача.



**Жанна Александровна СВИРИНА,**

врач-гомеопат Рязанского гомеопатического центра Классической Гомеопатии «Симилия», ассистент кафедры патофизиологии РязГМУ, кандидат медицинских наук, автор монографии «Научное доказательство существования закона подобия в гомеопатии, экспериментальное исследование». Медицинский стаж 19 лет, гомеопатический стаж 13 лет.

# ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННОЙ МИОПИИ ГОМЕОПАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

**Данная работа была удостоена специальной премии конкурса Сибирской Гомеопатической Ассоциации «Врач года» 2018 «За научный поиск и за вклад в Науку Гомеопатию»**

## Состояние вопроса

Врожденная миопия – патология рефракции, характеризующаяся увеличением продольной оси глазного яблока во внутриутробном периоде, в результате чего главный фокус проецируется перед сетчаткой. Врожденная миопия составляет 12% всех встречающихся миопий, а ее осложнения, приводящие к инвалидизации, встречаются в 20–30% случаев врожденной миопии. [1] Данная патология имеет тенденцию к прогрессированию, поэтому раннее выявление заболевания и своевременная коррекция миопии позволяют остановить изменения рефракции и предотвратить потерю ребенком зрения. Традиционная терапия чаще всего недостаточно эффективна при врожденной миопии.

Вашему вниманию представляется уникальный клинический случай трехлетней пациентки с врожденной миопией, у которой мы наблюдали регресс близорукости в течение 5 лет. В 2014 году к нам обратилась пациентка с данным заболеванием. Передний отрезок глаза не изменен. Глазное дно: Оба ДЗН, ML без особенностей. По данным рефрактометрии в условиях циклоплегии: OD sph –4 cyl –2,75 ax 164, OS sph –4,25 cyl –3,5 ax 178. Поставлен диагноз: Сложный миопический астигматизм. Врожденная миопия средней степени. Амблиопия слабой степени. Рекомендации: подбор очков.

Выписаны очки: OD sph –4 cyl –2 ax 180 = 0,3–0,4, OS sph –4 cyl –2,5 ax 180 = 0,4–0,5.

В 2015 году: vis в/о OD 0,5 OS 0,6. По данным рефрактометрии в условиях циклоплегии сферический компонент миопии уменьшился: OD sph –2,5 cyl –2,5 ax 171, OS sph –2,75 cyl –3,75 ax 179. Подбор очков: OD sph –2,5 cyl –2 ax 180 = 0,6–0,7, OS sph –3,0 cyl –2,5 ax 180 = 0,6–0,7.

В последующие годы наблюдения миопическая рефракция продолжала уменьшаться, острота зрения расти.

В 2016 году: vis в/о OD 0,4 OS 0,5. По данным рефрактометрии в условиях циклоплегии: OD sph –2,25 cyl –2,25 ax 163, OS sph –2,25 cyl –3,25 ax 5. Выписаны очки: OD sph –2,5 cyl –2 ax 165 = 0,5, OS sph –2,5 cyl –2,5 ax 5 = 0,5.

В 2017 году: vis в/о OD 0,7 OS 0,5. По данным рефрактометрии в условиях циклоплегии: OD sph –1,75 cyl –1,25 ax 165, OS sph –2,25 cyl –2,5 ax 14. Выписаны очки: OD sph –1,75 cyl –1 ax 165, OS sph –2,25 cyl –2 ax 15.

Данные ПЗО ОД:23,44 мм

ОС:22,77 мм

Данная пациентка параллельно получала гомеопатическую терапию. Ребенок наблюдался одновременно в двух медицинских центрах города Рязани: гомеопатическое лечение проводилось в центре «Симилия», подбор очков и наблюдение

за миопией проводились в центре «Риал Вижен» опытным врачом профессором Соколовым В. А.

## Клиническое наблюдение врача гомеопата

4 ноября 2013 года в центр «Симилия» г. Рязани обратилась девочка Т. 3 лет с высыпаниями аллергического характера на локтевых сгибах, высыпания сопровождались зудом. Частые носовые кровотечения.

Это была приветливая и контактная девочка, со слов мамы: «Она всегда первая идет на контакт, любит общение, хочет утешений, всегда хочет всем помогать, на приеме задает вопросы врачу: «Как ваши дела?» В ходе сбора анамнеза удалось выяснить, что девочка родилась от второй беременности путем физиологических родов, беременность развивалась нормально, грудное вскармливание до 2 лет.

Страхи: молнии (1), грозы (2), страх собак (1). Сон в норме, любит спать на левом боку, скрежет зубами во сне, анализ на гельминтоз отрицательный. Пищевые симптомы: любит мороженое (3), бананы (1), мясо, копченую колбасу и шашлык, есть жажда холодной воды (3), молоко только прохладное (2). Наследственность: у мамы поллиноз весной и часто была положительная проба Манту, дедушка по маминой линии болел туберкулёзом лёгких, папа девочки здоров, у бабушки по папиной линии зоб щитовидной железы. Дедушка умер от рака легких и в роду есть по маминой линии рак, у мамы выявлен онкогенный вирус ВПЧ, по этому поводу у неё есть сильный страх рака шейки матки (мама врач-гинеколог). Из прививок только БЦЖ в роддоме.

По результатам реперторизации был назначен фосфор С200 (однократно). Рис. 1.

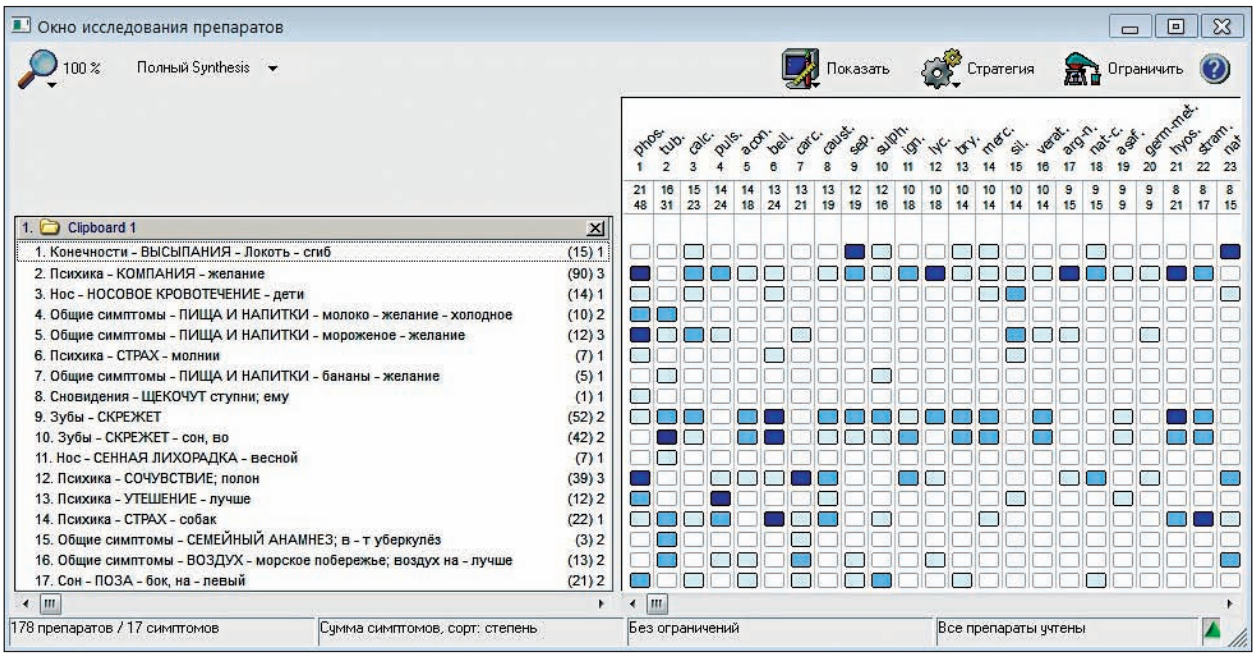



Рис. 1

Сразу после приёма Phos.C200 последовал короткий период обострения кожных высыпаний, к концу месяца кожа стала очищаться, и носовые кровотечения прекратились, маму и ребёнка ничего не беспокоило в течение полугода.

## Повторный приём через 7 месяцев

Жалобы: во время прохождения профилактического осмотра врач-офтальмолог выявил миопию средней степени, сложный миопический астигматизм (фото 1). Важ-

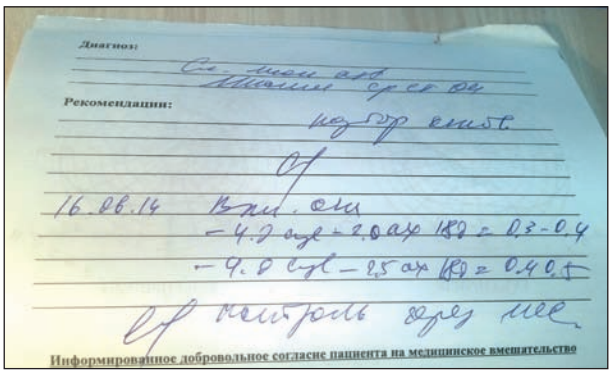



Фото 1

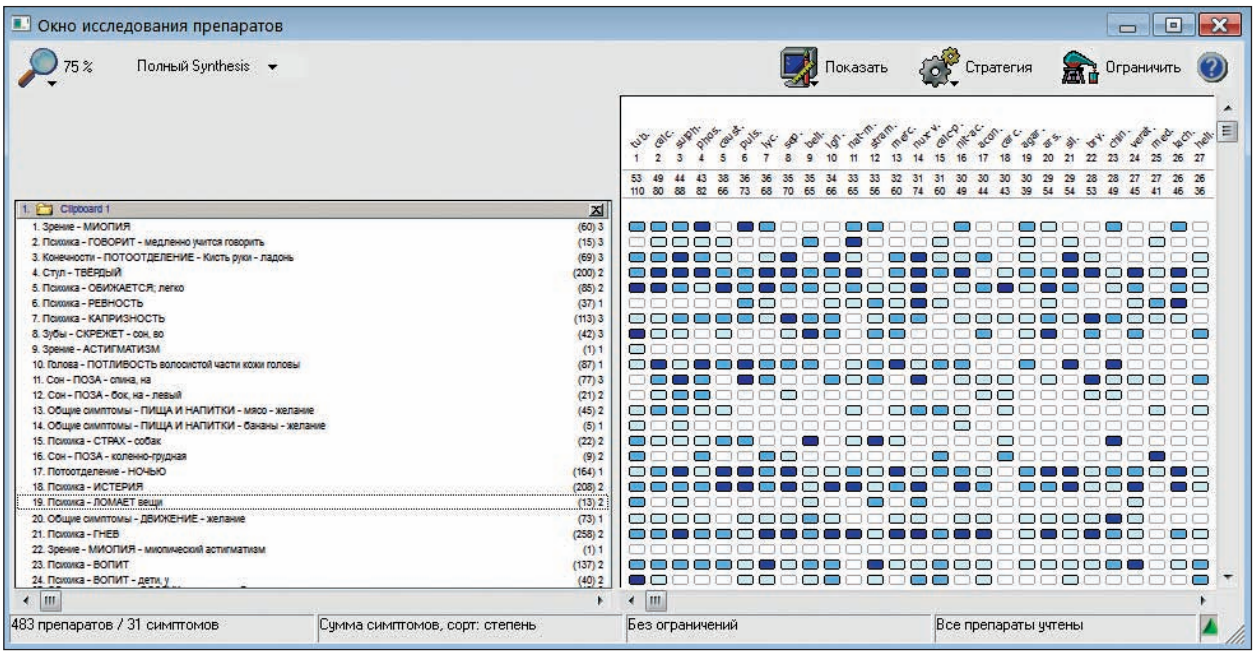



Рис. 2

но отметить, что в роду по двум линиям у всех родственников проблем со зрением нет и все здоровы. Профессор-офтальмолог предупредил родителей ребенка о том, что если так быстро будет прогрессировать миопия, то придется делать в дальнейшем операцию. После повторного приема и реперторизации был назначен Tuberculinum, (рис. 2, рис. 3) препарат выходил с высоким уровнем доверия. Из-за наличия врождённой патологии зрения, скрежетания зубами во сне, особенностей поведения ребёнка (гневливость, истерия, ломает вещи брата, вопит) и учитывая наличие туберкулёза в семейном анамнезе, был назначен препарат в очень высокой потенции.

Назначение – Tuberculinum 50M. Контрольный осмотр через 1 месяц.

## Повторный приём через 1 месяц – 30 июля 2014 г.

Жалобы на нарушение поведения. Со слов мамы ребенок вредничает, очень гневливый и раздражительный, невозможно ее успокоить и угодить. На Tuberculinum не изменилась ментально-эмоциональная картина, но девочка перестала ломать вещи. При повторном анализе случая и реперторизации (рис. 4), была учтена рубрика: зрение – миопия – миопический астигматизм, где единственный препарат Lil. – t. Профессор Витулкас в своих лекциях приводит описание Lil. – tig, как «стер-

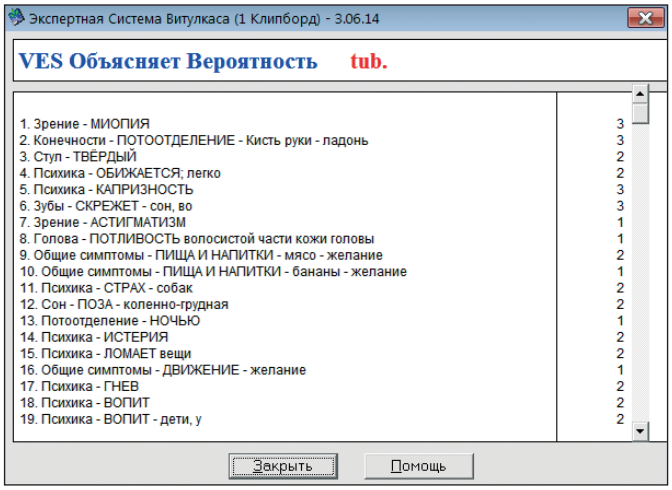



Рис. 3

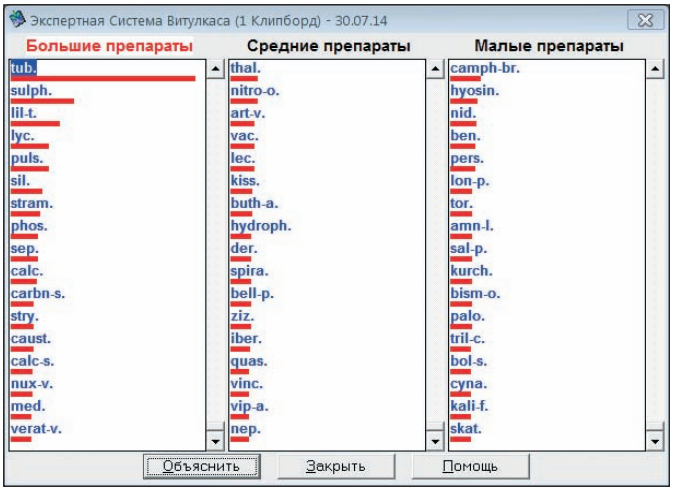



Рис. 4

возная, гневливая, вопящая, ей невозможно угодить», именно так мама описывала поведение ребенка. С учетом того, что профессор-офтальмолог Соколов В. А. (фото 1, 2) говорил, что у ребенка именно миопический астигматизм, был дополнительно назначен препарат – Lil. – tig C200.

## Повторный прём 18 сентября 2014 г.

На Lil-tig перестала часто истерить и гневаться, перестала вопить, «стервозность» прошла, но жалобы оставались, и вновь появилась деструктивность поведения. При реперторизации были учтены следующие симптомы: непроизвольное мочеиспускание ночью, скрежет зубами во сне, спит в позе эмбриона, желание копченого, хочет драться с братом, ревность к сестре и ломает назло игрушки.

Назначен Tuberculinum C 200, даны две дозы и рекомендовано через 3 месяца созвониться с врачом-гомеопатом и по согласованию с врачом повторить Tuberculinum C 200 (рис. 5, рис. 6, рис 7).

Телефонная консультация через 4 месяца 20 января 2015 года, Назначение – повторить Tuberculinum C 200.

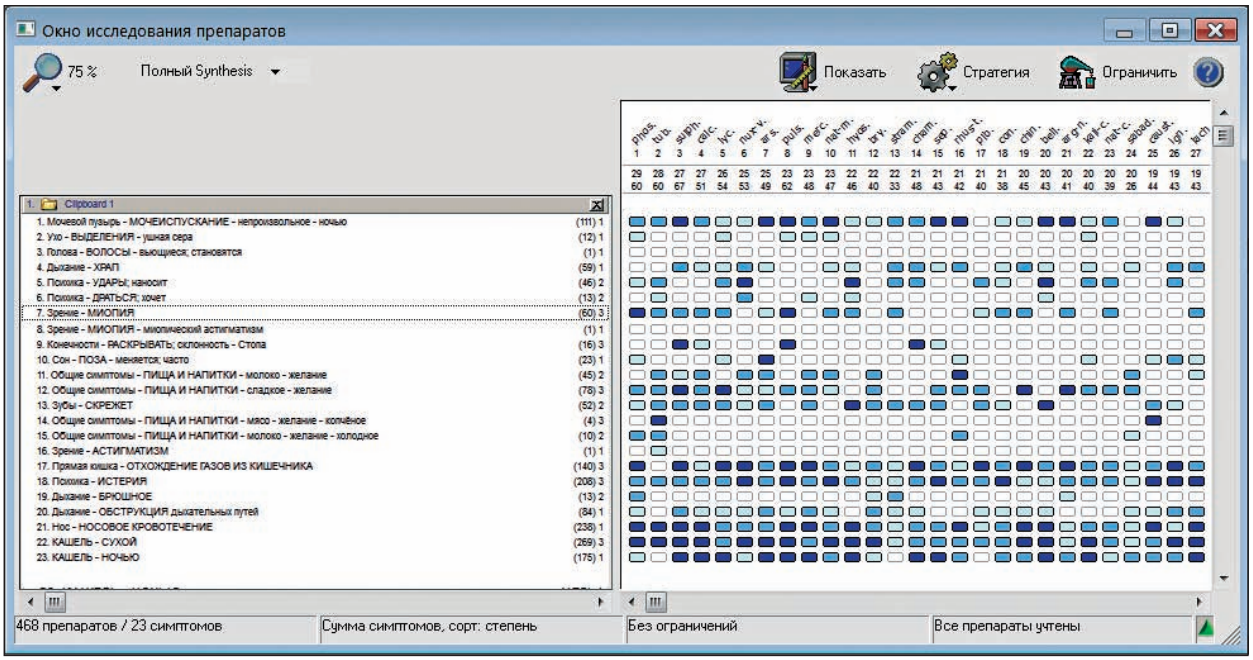



Рис. 5

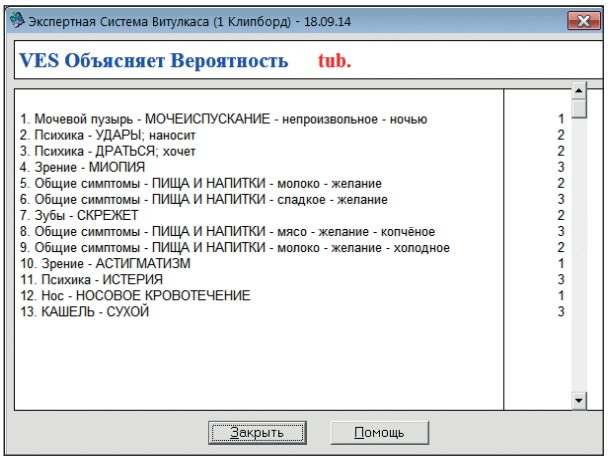



Рис. 6

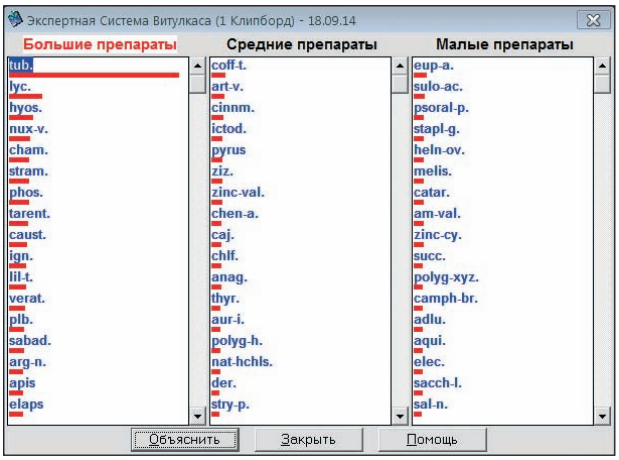



Рис. 7

Консультация профессора Соколова 14.05.15 г. – профессор испытал шок (фото 3), два раза перепроверял результаты исследования у ребенка на двух аппаратах и не мог поверить в результат исследования. «Впервые за 30 лет моей практики я вижу такой уникальный случай улучшения миопии без операции у ре-

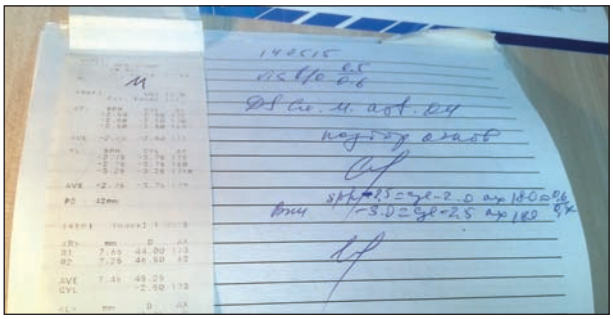


Фото 3

бенка с помощью гомеопатического лечения, вольно-невольно я не могу теперь не верить в истинность гомеопатического лечения, так как никакие больше методы лечения не использовались, кроме подбора очков и лечения у гомеопата».

Результаты исследования от 14.05.15 г. (миопия от – 4 с помощью гомеопатии перешла в – 2.5).

17.12.15 – консультация профессора В. А. Соколова. Приблизительно все на прежнем уровне (фото 4).

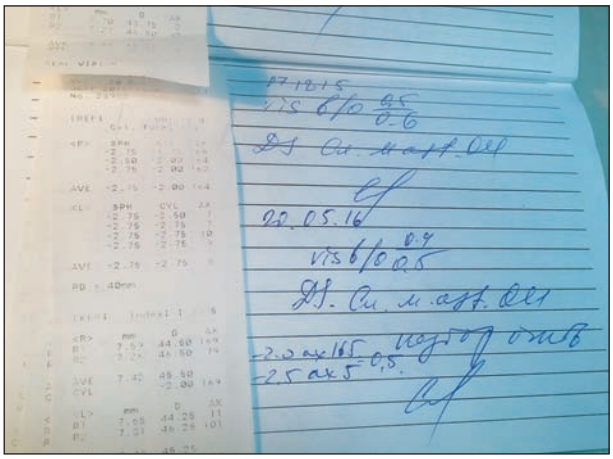


Фото 4

## Повторный приём 23 января 2016 г.

Жалобы: маму беспокоит гнев и раздражительность ребёнка.

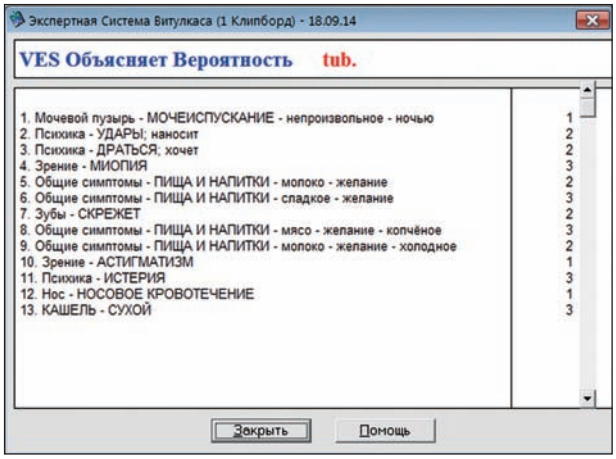



Рис. 8

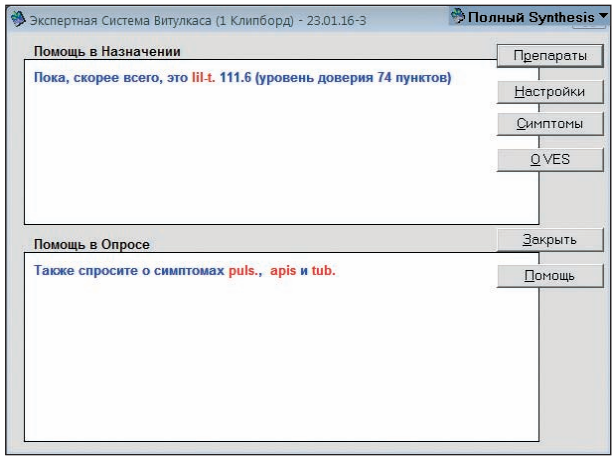



Рис. 10

На основании жалоб и результатов реперторизации было принято решение повторить Lil. – tigrinum C200 (рис. 8, рис. 9, рис. 10).

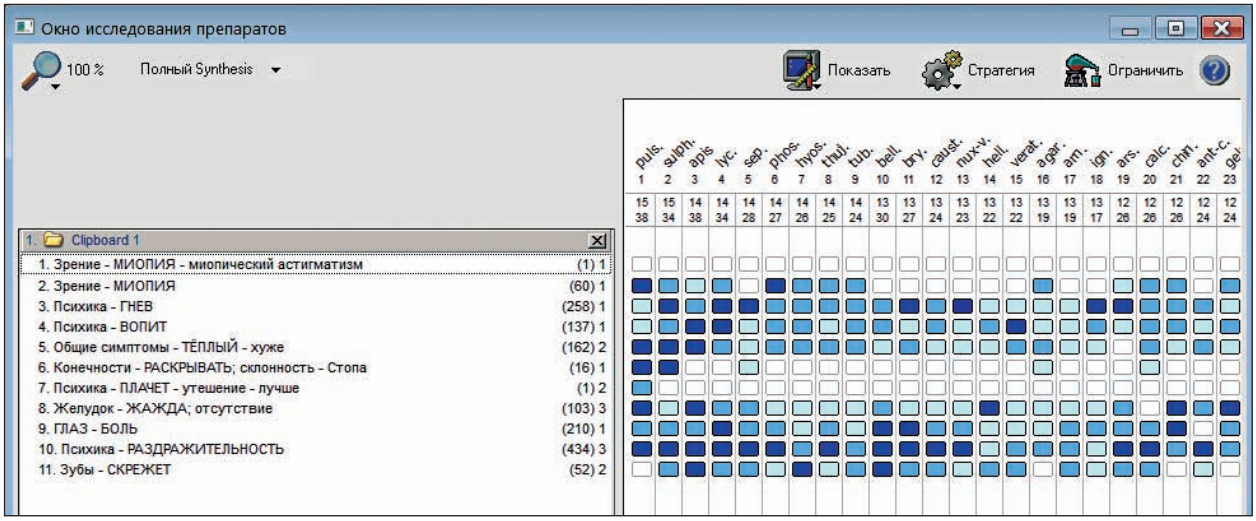



Рис. 9

20.05.16 г. – консультация профессора В. А. Соколова: состояние стабильное, ухудшения зрения нет, небольшое улучшение по сравнению с осмотром от 14.05.15 г. Рекомендовано продолжить лечение у гомеопата и контроль через 3 месяца.

## Повторный приём 31.10.16 г.

Жалобы те же. Состояние без динамики. Было принято решение вернуться к препарату Tuberculinum, но в более высокой потенции.

Назначение – Tuberculinum 1M.

## Повторный приём 21.08.17 г.

Жалобы практически те же. Динамика незначительная.

Назначение – Tuberculinum 10M, 2 дозы с перерывом в 3 месяца (рис. 11).

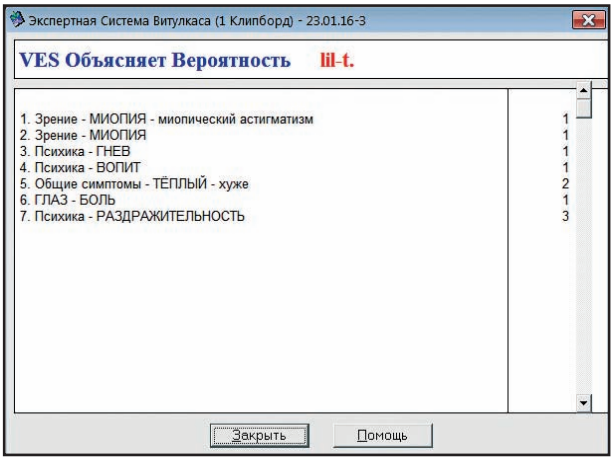



Рис. 11

11.12.17 г. – консультация профессора В. А. Соколова: улучшение продолжается на один глаз, второй – прежние показатели (фото 5).

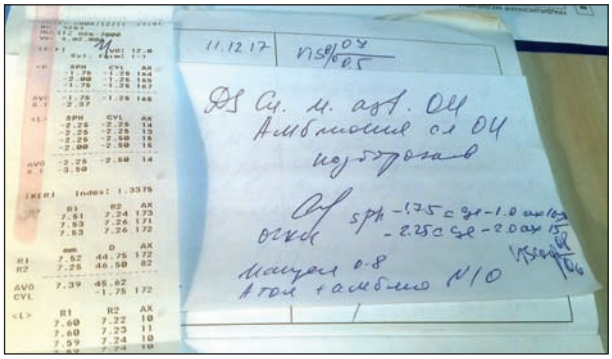


Фото 5

Рекомендовано продолжить лечение у гомеопата и взять согласие у врача на публикацию случая с докладом на студенческой конференции РязГМУ.

## Повторный приём 08.01.18 г.

Назначение – Tuberculinum 50M.

Данное назначение было последним, последующее наблюдение за состоянием ребёнка дополнительных назначений не требовало. Жалобы на аллергию отсутствуют, зрение не ухудшается, ребенок чувствует себя хорошо.

Стабильное состояние и отсутствие жалоб сохраняется и до сегодняшнего дня.

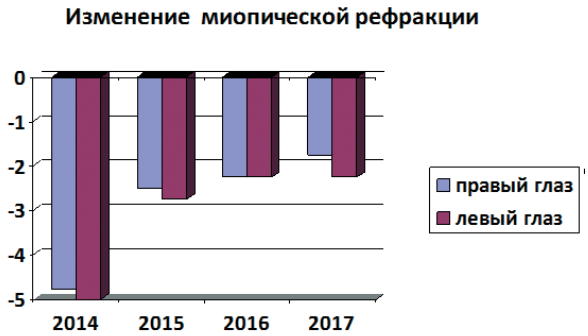
## Анализ случая*

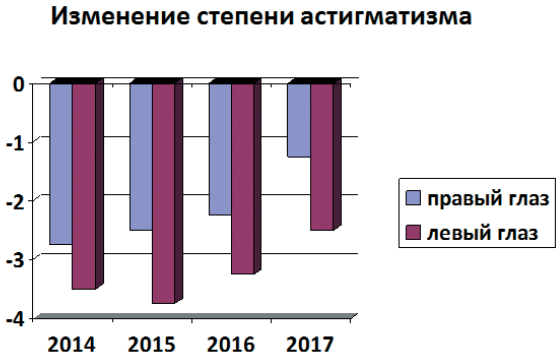
В ходе лечения аллергии и миопии назначались последовательно несколько лекарств – Фосфор, Туберкулинум и Тигровая лилия. Причем можно задать вопрос: почему туберкулинум был назначен первый раз в очень высокой дозе 50M и почему такая доза не улучшила ментально-эмоциональный уровень ребенка и поэтому был дополнительно назначен препарат Тигровая лилия? При первичном приеме Фосфор был назначен как конституциональный препарат и по динамике случая он хорошо сработал: ушли через обострение все высыпания, прошла аллергия и прошли носовые кровотечения. Туберкулинум назначался последовательно по симптомам ребенка, и надо сказать, что это лекарство было антимиазматическим препаратом (туберкулиновый миазм: в роду есть туберкулез, у мамы положительные пробы Манту, у мамы поллиноз, страдает аллергией). Давление профессора-офтальмолога Соколова В. А. на то, что у нас мало времени и что миопия быстро развивается, и если дальше будет прогрессировать заболевание, то будут, возможно, необходимы оперативные методы лечения – все это привело к тому, что врач-гомеопат принял решение дать высокую ударную дозу 50M Туберкулинума на случай, когда была 100% уверенность в правильности лекарства и убеждённость в том, что этот препарат сможет улучшить здоровье организма и окончательно излечить аллергию у девочки. Профессор Соколов дал нам 3 месяца – не мешать нашему лечению, на тот момент не было цели у врача-гомеопата и профессора-офтальмолога вылечить миопию, мы понимали, что это невозможно теоретически. Туберкулинум на протяжении всего лечения улучшал картину состояния ребёнка, и нельзя думать, что он совсем не повлиял на ментально-эмоциональный уровень. Если проанализировать симптомы ребенка, что

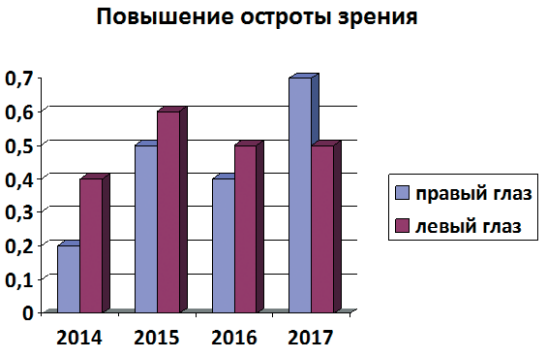
* Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

на фоне лечения Туберкулинума не уходила гневливость, истерия, желание вопить, но зато уходила деструктивнось – желание ломать вещи брату назло, при возврате последнего симптома мы повторяли Туберкулинум и последовательно (по шкале Кента) повышали дозы каждые 3 месяца. Тигровая лилия была нужна дополнительно, потому что она покрывала симптомы ментально-эмоционального уровня, которые не улучшались на Туберкулинуме, – это желание вопить, истерить, «стервозный ребёнок», невозможно угодить и еще очень важная рубрика в репертории – это миопический астигматизм (в этой рубрике есть препарат Тигровая лилия), профессор Соколов В. А. тоже нам помог своим заключением для назначения малого органотропного лекарства Тигровой лилии для улучшения зрения, и эффект был.

Изменения данных миопической рефракции и зрительных функций представлены на диаграммах:




## Выводы

Представленный нами клинический случай демонстрирует у нашей пациентки уменьшение сферического компонента миопической рефракции с 5,0 Д. до 2,0 Д в течение четырех лет наблюдения. Помимо традиционной очковой коррекции и приема гомеопатических препаратов других методов лечения не получала.

Уменьшение цилиндрического компонента рефракции обычно связано у детей раннего возраста с ростом глазного яблока.

Увеличение остроты зрения традиционно происходит при назначении своевременной адекватной очковой коррекции, применяемой для лечения амблиопии.

## Заключение

У девочки 3 лет случайно на фоне лечения аллергии с помощью классической гомеопатии на профилактическом осмотре была выявлена прогрессирующая миопия средней степени тяжести, которая стала хорошо компенсироваться на гомеопатическом лечении. Препараты Tuberculinum и Lilium-tigrinum назначались последовательно, и, как итог – выраженное влияние гомеопатического лечения на врождённую миопию, что по литературным данным и по мнению врачей невозможно теоретически. Но на практике мы видим иногда такие уникальные случаи, и все это происходит благодаря лечению методом Классической Гомеопатии.

Этот случай улучшения зрения на фоне лечения врожденной миопии является важным показателем успеха совместной работы врача-гомеопата и врача-офтальмолога.

Хочется выразить признательность профессору В. А. Соколову за проявленную им чуткость и терпение в ведении этого случая, и спасибо маме этой девочки за понимание, за выполнение всех врачебных предписаний и огромную любовь к Гомеопатии.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.**

1. Поспелов В. И., Пугачев С. И., Хребтова Л. А. Наш подход к лечению врожденной прогрессирующей близорукости у детей // Межрегиональная конфер. офтальмол., посвящ. 40-летию детской глазной службы Красноярского края: Сборник статей. – Красноярск: ООО Изд-во «Красноярский писатель», 20003. – С. 60–61
2. Витулкас Д. Наука гомеопатии / Пер. с англ. – М.ООО «Классическая медицина», 2007. С. 352
3. Берике В. Materia Medica гомеопатических препаратов – М.: Гомеопатическая медицина, 2010. – 640 с.

**Владимир Леонидович ПАНОВ**

Закончил АГМУ в 1980 г. по специальности врач-педиатр.
Врач–невролог, врач-гомеопат.
Директор ООО «Гомеопатический центр»,
г. Бийск, Алтайский край.
Выпускник МАКГ 2008 г.

# СЛУЧАЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ

**Данная работа была удостоена специальной премии конкурса Сибирской Гомеопатической Ассоциации «Врач года» 2018 «За преданность Гомеопатии и за успешное лечение угрожающей патологии»**

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) является приобретенным аутоиммунным заболеванием, характеризующимся изолированной тромбоцитопенией. Заболевание встречается с частотой 3–10 на 100 000 детей в возрасте с рождения до 15 лет. Тромбоцитопеническая пурпура у детей начинается остро и проявляется выраженной клинической картиной (кожные геморрагии, кровотечения) на фоне значительной тромбоцитопении $<50 \cdot 10^9$/л. Заболевание чаще начинается спустя 2–3 недели после перенесенной вирусной инфекции или иммунизации. Пик заболевания приходится на возраст 1–6 лет и 12–15 лет, что связано, во-первых, с режимом прививочного календаря и интенсивной вакцинацией детей этого возраста, а во-вторых, с ростом заболеваемости детей инфекционными заболеваниями, обусловленными особенностями иммунного ответа организма ребенка в эти возрастные периоды, так называемыми «критическими периодами иммунной системы». Представления о возникновении ИТП исключительно вследствие появления антитромбоцитарных антител (АТ), сопровождающегося повышенным разрушением тромбоцитов, были оспорены в ходе современных клинических и экспериментальных исследований. Выявлен более сложный механизм разрушения тромбоцитов с участием Т-лимфоцитов, которые играют существенную роль в этом процессе. Клинические проявления заболевания разнообразны и зависят от числа тромбоцитов в периферической крови. Кожно-геморрагический синдром представлен у всех больных. Характерными его чертами являются спонтанность возникновения, полиморфность, полихромность, асимметричность геморрагических высыпаний. Повышенная ломкость капилляров обусловливает положительные симптомы «щипка», «жгута». Несмотря на неоднократно проведенные рандомизированные исследования, до сих пор не существует единого мнения по лечению ИТП. Кроме того, у ряда пациентов побочные реакции от терапии могут превышать проблемы, вызванные самой ИТП. Терапию ИТП подразделяют на терапию первой и второй линии. Терапия первой линии – кортикостероиды, ВВИГ, переливание тромбомассы, рекомбинантный человеческий фактор VIIa. Терапия второй линии – спленэктомия. Факторы тромбопоэза (AMG531, Eltrombopag) могут стать альтернативной терапией данного состояния (1).

## Первичный прием 02.11.2015 года:

Девочка Г. З., 4 года.

Состояние на момент обращения:

**Общие симптомы:**

– сильнейшая слабость;

– мелкие геморрагические кровоизлияния по всему телу;

– кровоподтеки на ногах (обширные сливные петехии) и огромный кровоподтек на левой руке (кровоизлияние при попытке взять кровь из локтевой вены).

**Психика:**

– не может длительно находиться одна, требует постоянного присутствия матери;

– ночью просыпается, плачет, ищет маму.

**Пищевые пристрастия:**

– очень любит мороженое, но его ей не дают;

– любит шоколад;

– потребность в большом количестве холодной воды.

## Из анамнеза болезни:

В середине октября 2015 года отец забрал из детского сада девочку с геморрагической сыпью на коже и отвез ее в танцевальный кружок. После занятия в кружке у девочки на ногах появились кровоподтеки. 19.10.15 г. ребенка госпитализировали с диагнозом тромбоцитопеническая пурпура.

Результаты обследований в стационаре.

**Общий анализ крови:**

| дата | RBC $10^{12}$/л | HGB г/л | PLT$10^{9}$/л | WBC $10^{9}$/л | NE% | LYM% | MON% | EO% | ESR мм/час |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19.10.2015 | 4,16 | 122 | 5 | 9,8 | 63 | 32 | 1 | 4 | 6 |
| 27.10.2015 | 4,12 | 121 | 28 | 19,6 | 50 | 43 | 3 | 4 | 6 |
| 30.10.2015 | 4,0 | 121 | 21 | 13,9 | 57 | 37 | 4 | 2 | 3 |

27.10.15 г. Длительность кровотечения до 10 минут.

**Общий анализ мочи:**

| | Удельный вес | Белок, г/л | Лейкоциты, поле зрения | Эритроциты, поле зрения | Соли |
|---|---|---|---|---|---|
| 20.10.2015 | 1024 | 0,2 | ед. | 3–4 | - |
| 25.10.2015 | 1020 | 0,14 | Ед. | 5–6 | фосфаты+++ |

от 22.10.15 г. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 200/мл, эритроциты – 4200/мл.

**Биохимический анализ крови 20.10.2015**

| | |
|---|---|
| Общий билирубин, мкмоль/л<br>Прямой билирубин<br>Непрямой билирубин | 19<br>3<br>16 |
| АЛТ, ед/л | 20 |
| АСТ, ед/л | 23 |
| Общий белок, г/л | 69 |
| Глюкоза, ммоль/л | 4,35 |
| Р, ммоль/л | 1,44 |
| Са, ммоль/л | 2,29 |
| Mg, моль/л | 0,85 |
| СРБ, мг/л | отр |
| Фибриноген, г/л | 3,0 |
| АПТВ, сек | 30,7 |
| ТВ, сек | 14,9 |

**УЗИ внутренних органов 20.10.2015:**

Увеличение размеров печени, уплотнение стенок ее вен; признаки реактивного панкреатита; увеличение размеров мезентериальных лимфоузлов; увеличение левой почки; УЗ-признаки гипоплазии правой почки.

Терапия в стационаре: Преднизолон 32 мг в сутки, Курантил 25 мг 2 раза в день с 19.10 по 29.10. 2015.

После попытки взять кровь из локтевой вены, приведшей к огромной гематоме на руке, 30.10.2015 г. родители забрали девочку из стационара (потребовали выписки). И 2 ноября 2015 г. привели ее на прием в ООО «Гомеопатический центр», г. Бийск.

Дополнительно из анамнеза выяснил, что за последние полтора года девочка очень часто болела с фебрильной темпе-

ратурой и более пяти раз у нее была ангина, которую всегда лечили антибиотиками и неспецифическими противовоспалительными средствами.

Со слов отца: «Мы переборщили с лекарствами», что, вероятнее всего, стало причиной возникновения тромбоцитопенической пурпуры.

**Назначение 02.11.2015 г.:**

Phosphorus 30C по 1 крупинке 3 дня в одно и то же время, а затем по 1 крупинке 1 раз в неделю. Аллопатическое лечение было отменено.

## Повторная консультация № 1 05.11.2015 г.

Через три дня девочку привели на прием с ангиной. Гематома на руке, петехии и кровоизлияния существенно уменьшились. На первый план вышли следующие симптомы:

– огромная багрово-красная миндалина слева (очень болезненная при касании шпателем), с петехиями на дужках и белым налетом на миндалинах;

– боль при глотании;

– температура 37,5°С, выше не поднималась;

– пить отказывается (особенно горячее питье);

– боль усиливается в ночное время.

**Назначение**: Lachesis 30C по 1 дозе 3 дня, контроль 06.11.2015 г.

**Консультация по поводу острого состояния 09.11.2015 г.**

Симптомы не изменились, t –37,2°С. Со слов родителей – улучшение было, но сейчас все как будто бы остановилось. Вновь усилилась боль в левой миндалине, и боль в горле при глотании.

**Назначение**: Lachesis 200 – 1 доза.

## Повторная консультация № 2 04.12.2015 г.

За последние две недели состояние девочки значительно улучшилось: слабость уменьшилась, ангина полностью купировалась, появился аппетит. Единичные петехии остались только на нижних конечностях.

3 декабря 2015 г. девочку возили в КГБУЗ «Краевая Клиническая Больница» на консультацию в гематологический центр. Проводилось обследование. Привожу только отклонения от нормы: гематокрит – 40.10% (34,00–40,00), тромбоциты – $186 \cdot 10^9$/л (220–360), индекс распределения тромбоцитов – 12.20 (9,5–11,5), тромбокрит – 0,18% (0,20–0,50), нейтрофилы – 35,00% (37,00–56,00), лимфоциты – 55,10 % (35,00–51,00).

Инфекционная иммунология: цитомегаловирус IgG (колич.)> 5,00 ме/мл (0,00–0,25); цитомегаловирус IgG – положительно (отриц.) ВЭБ NA IgG (idx) 22,04 индекс (0–1), ВЭБ NA IgG – положительно (отриц.). Но ДНК EBV не обнаружено и ДНК цитамегаловирус (CMV) не обнаружено.

УЗИ внутренних органов от 03.12.2015 г.: гепатомегалия, портальная гипертензия.

Самочувствие у девочки хорошее. Без назначений.

## Повторная консультация № 3 13.01.2016 г.

– вновь появилась слабость;

– несколько геморрагий на лице и руках;

– вновь требует холодную воду в большом количестве.

**Назначение**: Phosphorus 200 – 3 дозы (по 1 крупинке 1 раз в день в одно и то же время).

## Повторная консультация № 4 20.01.2016 г.

– тревожная, плохой сон, часто просыпается (не может оставаться одна);

– частые, неожиданные капризы;

– постоянно двигается, мечется в постели;

– обильные, водянистые едкие выделения из носа;

– пьет воду комнатной температуры мелкими глотками;

– t 37,2–37,5°С.

**Назначение**: Arsenicum album 200 – 3 дозы (по 1 крупинке через 12 ч.).

## Повторная консультация № 5 23.03.2016 г.

– тревожность и ночные кошмары сохраняются;

– появились кровянистые выделения из носа;

– постоянно зябнет.

**Назначение**: Arsenicum album 200 – 1 доза.

## Повторная консультация № 6 23.05.2016 г.

– насморк незначительный;

– продолжает пить часто и мелкими глотками;

– со слов матери: «Всех достала своей щепетильностью: и это не так, и то не эдак. Требует чистоты, порядка, собирает соринки с пола». Мама говорит, что она такой никогда не была. Но страхи у девочки прошли, стала нормально спать, улучшилось настроение.

**Назначение**: Arsenicum album 1м – 1 доза.

## Повторная консультация № 7 12.10.2016 г.

До этого приема девочка дважды болела без температуры с осиплостью голоса, лающим кашлем – ларинготрахеит. Выздоровела без назначений.

На приеме:

– самочувствие удовлетворительное;

– имеются признаки фарингита (сухость, саднение, чувство шероховатости, боль в горле);

– обильно пьет холодную воду крупными глотками;

– вновь требует шоколад и мороженое.

Со слов родителей эти перемены произошли резко (за два-три дня). Других симптомов не предъявляли, но я сделал назначение: Phosphorus 200 – 3 дозы (по 1 крупинке через 12 часов).

## Повторная консультация № 8 26.12.2016 г.

– ангина левосторонняя с гнойным налетом;

– t 38,7°C;

– болтливая, требовательная;

– пить и есть отказывается.

**Назначение**: Lachesis 200 – 5 доз. Первые три дозы через 6 часов, а последующие через 12 часов.

## Консультация по поводу острого состояния 29.12.2016 г.

– t до 38°C;

– боль в горле сохраняется с обеих сторон;

– присоединился кашель с большим количеством трудно отделяемой слизи;

– сильная головная боль.

**Назначение**: Lachesis 1 м – 1 доза.

## Повторная консультация № 9 14.11.2017 г.

И следующий прием состоялся через 11 месяцев. В течение этого года самочувствие девочки было хорошее, геморрагических высыпаний не было, тромбоциты в анализе крови были в норме. На прием привели с обструктивным бронхитом. Состояние после ОРЗ.

– тяжелый кашель с обильной мокротой;

– t до 38,5°C в течение 4 дней;

– сильный насморк;

– хрипы в легких;

– дистанционные булькающие хрипы из легких;

– сильная слабость, сонливость;

– боли в животе.

**Назначение**: Antimonium tartaricum 200 – 3 дозы (по 1 крупинке через 12 часов).

В анализе крови от 17.11.2017 г. тромбоциты снизились до 186 тыс.

Через неделю девочка была полностью здорова.

## Последний прием состоялся 20.03.2018 г.

Обратились снова по поводу ОРЗ. Симптомы:

– легкий насморк;

– кашель с трудно отделяемой мокротой;

– обильно пьет холодную воду;

– требует шоколад и мороженое;

– сочувствующая;

– t до 38°C около 1 дня.

**Назначение**: Phosphorus 1 м – 1 доза.

По телефону (27.09.2018 г.): В целом пациентка чувствовала себя хорошо, проявлений тромбоцитопении не отмечалось. В последнем анализе крови 15.09.2018 г. Тромб $301 \cdot 10^9$/л. Длительность 1 мин. 00 сек. Свертываемость 3 мин. 10 сек. Девочке исполнилось 7 лет. Физическое развитие по возрасту, в умственном развитии опережает сверстников. Психологическое состояние хорошее. За последние полгода девочка болела два раза: отмечалась легкая простуда без температуры, выздоравливала через 3–4 дня самостоятельно. Никакого лечения не получала.

## АНАЛИЗ СЛУЧАЯ

Девочка родилась с благоприятной наследственностью и до 3-летнего возраста была достаточно здоровой – развивалась по возрасту, хронической патологии не отмечалось, ОРЗ болела редко и легко переносила эти заболевания самостоятельно. Вероятнее всего, в тот период она относилась к первой группе здоровья. Но после окончания периода плановых вакцинаций (что совпало по времени с началом посещения детского сада) реактивность ее организма резко возросла. Девочка начала часто болеть с высокой температурой и перешла во вторую группу здоровья. Наиболее вероятно, что на ее здоровье сначала негативно повлияли вакцинации, создав предрасположенность к частым ОРЗ и к аутоиммунной патологии, а затем неадекватное лечение этих ОРЗ, а также последующих ангин, антибиотиками и жаропонижающими препаратами. В результате, уровень здоровья ребенка снизился сначала до 4–5, а затем и до 6–7 уровня, когда организм потерял способность развивать фебрильную температуру, а вскоре развилась основная патология – тромбоцитопеническая пурпура (патология, типичная для 3-й группы здоровья). Интересен факт, что первая ангина после назначения гомеопатического лекарства протекала еще с субфебрильной температурой (девочка оставалась еще на 7 уровне группы С). Но уже через год от начала гомеопатического лечения, когда основная патология отступила, организм ребенка восстановил способность к развитию фебрильной лихорадки и смог развить температуру до 39°С. В настоящее время, вероятнее всего, девочка находится на 3 уровне 1 группы здоровья.

## ПРОГНОЗ

Катамнез случая составляет более 3-х лет. Рецидивов тромбоцитопении за это время не отмечалось. Учитывая уровень здоровья на данный момент, при правильном образе жизни и при отсутствии подавляющей терапии в будущем, прогноз благоприятный, рецидивов заболевания у данной пациентки мы не ожидаем.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исцеление такой патологии при помощи классической гомеопатии свидетельствует в пользу эффективности данного вида лечения. Длительность наблюдения случая (3 года), показывающая отсутствие признаков болезни за весь период наблюдения, демонстрирует глубину и силу воздействия на организм гомеопатических лекарств.

**ЛИТЕРАТУРА:**

В. Ю. Петров, Г. И. Сосков, Т. Г. Плахута, Э. В. Агеенкова. Современные представления о патофизиологии и терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры. Педиатрия/2009/Том 87/№4.

**Светлана Ивановна ГЕРАСЕНКО,**
врач общей практики, врач-инфекционист, врач-гомеопат, руководитель «Центра семейной медицины и гомеопатии доктора Герасенко» (Новосибирск–Москва), учредитель «Сибирской Гомеопатической Ассоциации», дипломант МАКГ 2013 г.

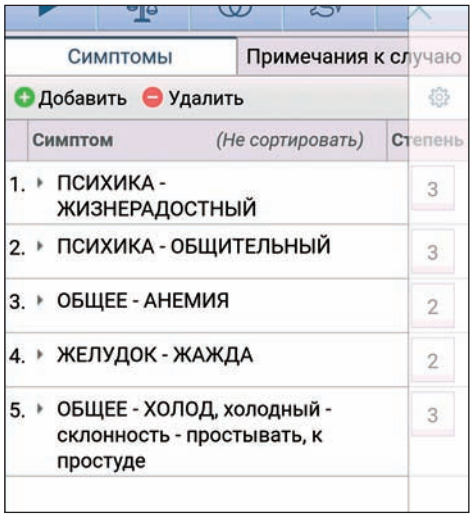
**Мария Сергеевна ТРОФИМЕНКО,**
врач-терапевт, врач-гомеопат, выпускница МАКГ, врач-ассистент С. И. Герасенко, руководителя «Центра семейной медицины и гомеопатии доктора Герасенко», г. Новосибирск

# СЛУЧАЙ ИЗЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО НЕЙРОДЕРМИТА У РЕБЕНКА С ПОМОЩЬЮ ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Представляем случай, для верного лечения которого необходимо было применить стратегию назначения гомеопатических лекарств по essence. При назначении лекарств на основании стратегии совокупности симптомов динамики излечения не наблюдалось. Реперторизация проводилась при помощи программы Vithoulkas Compass.

Пациент Ю. Л., наблюдался у врача-гомеопата с 5,5 месяца по поводу частых простудных заболеваний (в первый год жизни болел практически постоянно) с высокой температурой или без нее. На фоне гомеопатического лечения острые заболевания проходили, но организм не укреплялся. И ребенок продолжал болеть. Из анамнеза известно, что ребенок от 3-й беременности, третьи самостоятельные роды, во время беременности у мамы наблюдались анемия средней тяжести, тахикардия. В родах в связи со слабостью родовой деятельности – окситоцин в/в капельно во время схваток. Добавлена PULSATILLA 30 в родах каждые полтора часа – 6 раз. Оценка при рождении 8/9 баллов по шкале Апгар. Первые 2 дня ребенок провел в детском отделении на искусственном вскармливании в связи с нахождением мамы в ПИТ по поводу послеродового кровотечения (кровотечение после родов у мамы было с каждыми родами, в этот раз протекало легче всего). Далее ребенок получал грудное вскармливание. Ежемесячные росто-весовые прибавки были хорошие, развитие соответствовало возрасту. Вакцинаций не проводилось. До 1,5 месяца сходящее косоглазие (прошло самостоятельно). В 3 месяца была сухость кожи на голенях, ягодицах. Получал на основании стратегии совокупности симптомов CALCAREA CARBONICA 200, SULPHUR 200, CALCAREA PHOSPHORICA 200 – без эффекта. Частота простудных заболеваний не снижалась. Лабораторно с 8–9 месячного возраста определялась анемия средней степени тяжести. В 11 месяцев на основании стратегии ключевых симптомов (открытый (3), эмоциональный (3), за последнее время увеличилась жажда, анемия с гемоглобином до 80) назначен PHOSPHORUS 200.

**Реперторизация:**



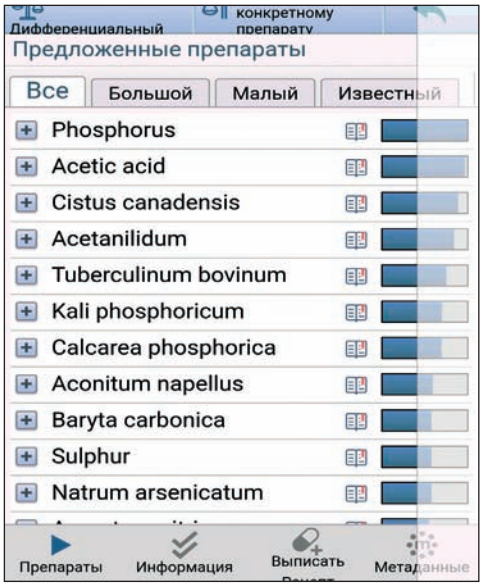




Рис. 1. Реперторизация (ребенку 11 месяцев)

*Назначение:* PHOSPHORUS 200 – 2 дозы с интервалом в 12 часов.

## 13.02.2014 г. – через 6,5 мес. после PHOSPHORUS 200 (1 г. и 6 мес.)

Ребенку 1 г. и 6 мес. Появились высыпания на щеках и на левой нижней конечности с мокнутием. Высыпания впервые появились в ноябре в левой подколенной ямке, в январе – на щеках. Последние 2 недели высыпания усилились (2). Кожа на всем теле немного шершавая на ощупь, зуда нет. Мама описывает его характер как «замечательный, очень позитивный, человек-праздник. Никогда не капризничает. Всегда веселый, балуется, хохочет». Речь слабо развита, из слов только «мама», «папа». Очень любит возиться в воде. Побаивается громких и резких звуков – дрели, перфоратора. Со слов мамы, показатели общего анализа крови нормализовались в августе 2013.

Клинический анализ крови от 06.02.14 – HGB 115г/л, RBC 5,16 x$10^{12}$/л, WBC 6,8 x $10^{9}$/л, ESR 3 мм/час. Частота и тяжесть острых состояний значительно уменьшились. В середине июля болел ветряной оспой, протекала легко; в декабре затяжной ринит. Осенью болел редко.

При реперторизации учтены следующие симптомы:

Табл. 1. **Симптомы на момент осмотра 13.02.2014**

| МЕНТАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ | ОБЩИЕ СИМПТОМЫ | ЛОКАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ |
|---|---|---|
| Открытый 3+ | Желание сладкого 2+<br>Желание сливочного масла<br>Отвращение к холодной воде<br>Жажда 3+ | Высыпания с мокнутием без зуда<br>Шершавая кожа |

**Анализ:** Учитывая, что после назначения PHOSPHORUS 200, ребенок перестал болеть частыми простудными заболеваниями, они стали протекать намного легче, прошла анемия, то динамика на лечение явно положительная. Появление сыпи на коже расценено как хороший признак – выздоровление изнутри наружу. Т. к. сохраняются ключевые симптомы и essence PHOSPHORUS, было решено повторить лекарство в связи с ухудшением и распространением сыпи.

**Лечение:** PHOSPHORUS 200 – 2 дозы с интервалом в 12 часов.

## 20.03.2014 – через месяц после повтора PHOSPHORUS 200. Ребенку 1 г. 7 мес.

С конца февраля высыпания ухудшились. Принимали лактофильтрум (сорбент), после чего стало немного лучше – без мокнутия и корост. С 7.03.14 резкое ухудшение высыпаний – за ночь расчесал обе щеки, они отекли (3). Сыпь на момент осмотра сохраняется. Хуже к вечеру – усилива-

ется эритема, зуд. Зуд хуже ночью (но ухудшение не каждую ночь). Четкой реакции на продукты питания мама не отмечает. Любит играть с водой, но мыться не любит. Не нравится, когда на него льется вода. С 16.03.14 внезапно перестал одеваться. В этот день ходил голый. До этого его как оденут, так он и ходил. А сейчас стал раздеваться. Жаркий (3+). Характер более капризный, особенно когда усиливаются высыпания. Из слов говорит «мама», «папа», «баба». Стал более обидчивым и более упрямым. Его стало сложней отвлечь, уговорить. Появилось пристрастие к порядку, чистоте, педантичность. Аккуратный, все ставит на место, закрывает, поправляет.

Табл. 2. **Симптомы на приеме 20.03.14**

| МЕНТАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ | ОБЩИЕ СИМПТОМЫ | ЛОКАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ |
|---|---|---|
| Пристрастие к порядку, чистоте<br>Обидчивый<br>Упрямый (2)<br>Капризный (2) | Педантичный<br>Жаркий (3)<br>Желание сливочного масла (3)<br>Сладкое (3)<br>Жажда (3)<br>Отвращение к мытью (2) | Ярко-красные высыпания с сильным зудом (3)<br>Зуд < ночью, < от тепла постели (2) |

Симптом – «желание ходить голым» у 1,5-годовалого ребенка расценен как «жаркий» пациент.

**Анализ действия лекарства:** PHOSPHORUS на данном этапе был неверным препаратом, его повтор был не оправдан, поскольку это привело к ухудшению состояния и появлению симптомов на ментально-эмоциональном уровне. Используем стратегию по совокупности симптомов + ключевые симптомы.

**Реперторизация:**

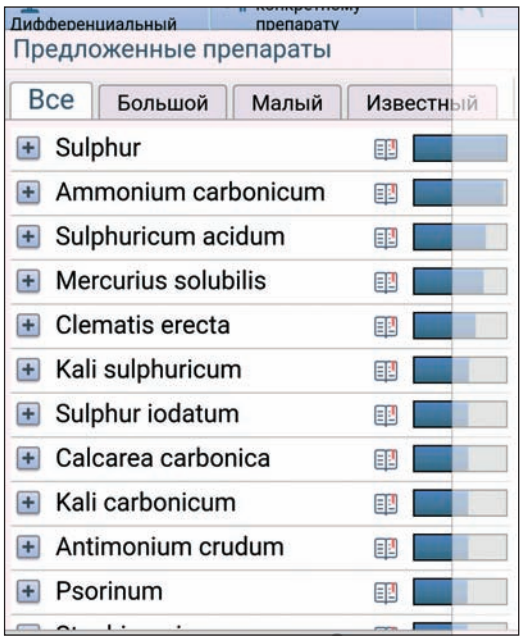



Рис. 2. Реперторизация 20.03.2014

**Прогноз:** от лекарства может быть небольшое обострение (не больше недели), после чего сыпь должна начать проходить. Чтобы смягчить возможное обострение, назначена потенция LM 12.

**Лечение:** SULPHUR LM XII 2–4 недели 1 раз в день.

## 28.04.2014 – через 1 мес. и 1 нед. после SULPHUR LM 12 (1 г. и 9 мес.)

Первоначального обострения высыпаний не было. Максимальный эффект от препарата отмечался на 2–3 неделе приема лекарства. Щеки еле розовые, руки полностью очистились, сыпь на ягодицах и нижних конечностях заметно меньше. Почти сразу высыпания изменили характер – корочки и мокнутия сменились на сухость и шелушения, царапинки. Временные ухудшения высыпаний были на сладкое. В середине апреля высыпания вновь постепенно ухудшались, стали сильней на щеках, ягодицах, нижних конечностях. 25.04.18 г. простуда с температурой 37–38$^0$С, на фоне которой появилось обострение на коже, которое длилось сутки и прошло самостоятельно. После простуды ребенок начал любить купаться, вставать под воду. Около 1–2 недель назад стал бояться резких звуков (2). Появились истерики – орет и не может успокоиться, сложно его отвлечь.

Разговаривать начинает чуть больше – мама, папа, баба, может мимикой и жестами общаться по теме. Очень избирателен в одежде. Выносливый физически.

Рис. 3. Ухудшение на коже от 20.05.2014, ребенку 1 г. 10 мес.

Спит на животе, вертится во сне. Желание сладкого (3–4) – сильно, до истерики. Желание сливочного масла (2).

**Анализ:** Уровень здоровья В (5). Острое состояние развилось через 1,5 месяца от начала лечения, протекало легко 1 день, что на его уровне здоровья является хорошим признаком. Прогноз благоприятный. Лекарство сработало очень хорошо. Но сейчас требуется более сильный стимул, чтобы повлиять на новое кожное ухудшение и ментально-эмоциональные симптомы.

**Лечение:** SULPHUR 200 – 2 дозы с интервалом в 12 часов.

## 27.05.2014 – через 1 мес. после повтора SULPHUR в 200 потенции (1 г. 10 мес.)

После приема лекарства обострения на коже не было. На следующий день после приема препарата мальчик был самостоятельный, сам играл, после чего на следующий день значительно усилилась капризность, появились истерики. 7–8 мая было небольшое усиление высыпаний. 9–12 мая – острое состояние (конъюнктивит, ринит с зеленым отделяемым, повышением температуры до 38$^0$С), протекало легко, лечения не требовалось. С 20.05.2014 г. резкое ухудшение после сна – экзематозные высыпания с мокнутием почти по всему телу, папулезно-гнойничковые элементы. Зуд, ухудшение от воды. В течение недели принимал SULPHUR С6 – без особого эффекта.

В последние 2 недели скачок в речевом развитии, освоил много слов, стал чисто повторять слова. Упрямый, истеричный (3), может долго кричать, добиваясь своего.

Не любит одежду на шее (3), снимает, как будто давится от этого. Желание молока (2), но мама ограничивает, т. к. боится кожного ухудшения.

**Анализ:** SULPHUR повлиял хорошо: на ментальном уровне быстрое развитие – появилась речь. Но сейчас болезнь еще сильнее переместилась на физический уровень (на кожу). С целью смягчения кожных проявлений рекомендовано повторить препарат в потенции LM XII.

**Лечение:** 1. SULPHUR LM XII ежедневно в микстуре 2–4 недели, встряхивая микстуру перед каждым приемом 10 раз. Кожу в местах, где нет мокнутия, смазывать Витапринолом. Мокнутие бинтовать – 1 раз в день.

## 17.06.2014 – через 20 дней после повтора SULPHUR в потенции LM 12 (1 г. 10 мес.)

Сыпь на теле усилилась, сейчас почти тотальная по типу экземы.

Краснота, сухость, шелушение, корки. Мокнутие на щеках, в подколенных ямках, на голенях.

Рис. 4 Внешний вид от 17.06.2014 1 г. 10 месяцев

Рис. 5. Высыпания на туловище и ногах, 1 год 10 месяцев

Зуд хуже ночью, с утра, после дневного сна с последующим усилением к вечеру.

Днем нестабильная температура тела – 36,6–37,2$^0$С. Краснеет, когда температура поднимается. SULPHUR вызвал сильное обострение на коже с мокнутием и температурой. С 31.05.2014 г. начали принимать BELLADONNA XXX – каждые 2 часа до 3.06. С 4.06–8.06 по 3 раза в день. Обострение на коже уменьшилось.

Мама стала отмечать следующие появившиеся особенности поведения мальчика, которые раньше не наблюдала:

- Всегда теребит мамину грудь, когда сосет другую.
- Стал часто сосать грудь.
- Дефекация исключительно в штаны, назло (3). Испражняться на горшок не будет. Если посадить на горшок – просто посидит и пойдет испражняться в другом месте.
- Мочеиспускание в штаны. Двое старших детей этой мамы в этом возрасте уже осуществляли мочеиспускание и дефекацию на горшок. Этого ребенка мама тоже начала высаживать над тазиком еще до момента ползания.
- Когда ходит раздетый, то трогает гениталии (2), может потянуть, разглядывать.
- По характеру веселый, много смеется, много играет со старшей сестрой. Но при этом достаточно жадный – все забирает, говорит «мое», «мне».
- Стал очень хорошо говорить – словосочетаниями.
- Любит долго переливать воду из чашечки в чашечку, будет делать, пока не расплескает.
- Упрямый (2).
- Хочет ходить раздетым (2), но мама не разрешает, т. к. сильные высыпания.
- Конечности холодные на ощупь.
- Аппетит повышен.
- Любит масло (1), хлеб (2), печенье (1).
- Желание молока (+2), но мама редко дает.
- Отвращение к яйцам (+2).

Табл. 3. **Симптомы на приеме 17.06.14**

| МЕНТАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ | ОБЩИЕ СИМПТОМЫ | ЛОКАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ |
|---|---|---|
| Желание ходить голым (2+)<br>Упрямый (2+)<br>Мочеиспускание и дефекация специально в штаны (3+)<br>Трогает гениталии (2+) | Желание молока (2+)<br>Отвращение к яйцам (2+) | Высыпания с мокнутием (3+)<br>Зуд (2+)<br>Холодные кисти и стопы |

**Реперторизация:**

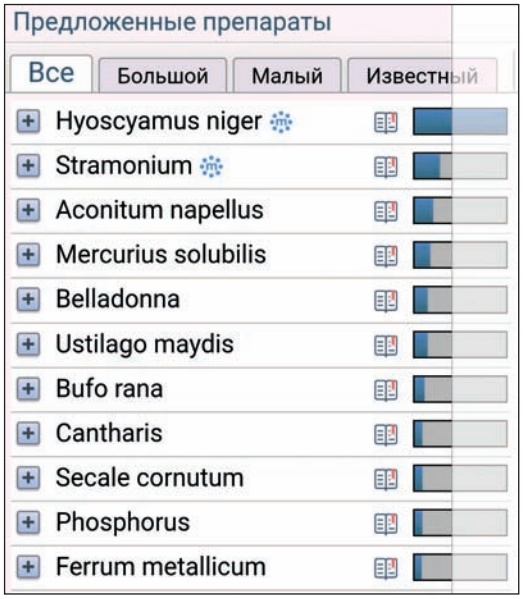



Рис 6. Реперторизация 17.06.2014

**Анализ случая:** очевидно, что SULPHUR в этот раз был неверным лекарством, однако его назначение позволило более ярко проявить essence HYOSCYAMUS. Поэтому, назначение SULPHUR оправданно. Потенция и длительность HYOSCYAMUS была выбрана, учитывая тяжесть высыпаний с целью предотвратить возможное сильное обострение. Дифференциальный диагноз лекарств:

CALCAREA CARBONICA (желание молока, холодные кисти и стопы, упрямый).

HYOSCYAMUS (желание быть голым, трогает гениталии, мочеиспускание и дефекация специально в штаны).

**Лечение:** HYOSCYAMUS XXX – 1 раз в день 7 дней.

## 31.07.2014 – через 1,5 мес. после HYOSCYAMUS XXX (ребенку 2 года)

На фоне начала лечения началось небольшое улучшение. Но сразу после окончания приема HYOSCYAMUS сильное ухудшение: тотальная эритема с пустулезными элементами. Просыпался, от зуда, нужно было долго укачивать, дрыгал ногами, когда засыпал. Рекомендовано продолжить прием HYOSCYAMUS XXX, после чего с 1.07–13.07.18 выраженное улучшение: кожа на спине и конечностях очистилась, элементов сыпи нет, на месте высыпаний розовый цвет, зуд.

Рис. 7 улучшение на прием HYOSCYAMUS XXX

С 18.07 снова сильнейшее ухудшение: выраженная эритема, мокнутие, по всей поверхности кожи гнойничковые элементы. Но при этом общее улучшение – спал очень хорошо 2 дня.

Рис 8. Ухудшение высыпаний с 18.07.2014

HYOSCYAMUS XXX продолжен до 27 июля 2014 г. На фоне приема препарата наблюдалось улучшение до 22 июля. 24 июля снова ухудшение, но без гнойничковых элементов. На момент осмотра кожа сильно шелушится. Гнойников меньше. Под шелушением красная кожа. Локализация – щеки, лоб, подбородок, грудь, живот, спина, ягодицы, конечности.

- Зуд хуже после просыпания, хуже от гнева.
- Сон улучшился, засыпает быстро, теперь не нужно долго укачивать, если ночью проснется, то быстро засыпает снова.
- Успокаивается, лучше засыпает, когда лежит и его гладит мама по телу.
- Ночное мочеиспускание практически прекратилось.
- Дефекация продолжается также в штаны, несмотря на просьбы мамы, ребенок кричит, что будет какать в штаны специально и так ходить. Не дает себя мыть.
- Мочеиспускание теперь может осуществлять на горшок, может терпеть.
- Мама заметила, что передние зубы стали портиться. От одного верхнего зуба откололся кусочек. Всего прорезалось 20 зубов.
- Много говорит – все вокруг комментирует. Говорит постоянно, предложениями. Говорить стал гораздо больше.
- Много энергии, неспокойный, все время ходит, ему что-то надо, настойчивый.
- Ручки и ножки чаще холодные.
- Аппетит нормальный, повышенный (2) – вперед всех бежит кушать.
- Желание молока (2).
- Желание сладкого (печенье) (2).

**Анализ:** Лекарство хорошо повлияло, но реакции были волнообразными. Видим общее улучшение (улучшился сон), улучшение по произвольному мочеиспусканию и в целом положительную динамику на коже. Однако, т. к. сохраняется нарочитая дефекация в штаны, остается ключевой симптом HYOSCYAMUS. Так как была хорошая реакция – обострение с последующим улучшением, что подтверждает правильность выбора средства, то нужно ждать. Возможно, в будущем потребуется CALCAREA CARBONICA.

**Лечение:** PL.

## 03.10.2014 – через 3,5 мес. после HYOSCYAMUS XXX (2 года 2 мес.)

В конце июля и начале августа мальчик еще плохо спал и много чесался, особенно когда был голый. Корочки на коже подсыхали и отваливались самостоятельно. Постепенно сыпь проходила.

Рис. 9. Кожные высыпания 8.07.2017

С 6–13 августа острое состояние с температурой несколько дней 37,5–38$^0$С, скудный насморк и покашливание, самостоятельно прошло за неделю, лечения не требовалось. Течение кожных высыпаний волнообразное, но наблюдается общая тенденция к улучшению. В начале сентября – практически чистое лицо, руки и живот. С 21 сентября 2014 г. на фоне легкого простудного состояния ухудшение на коже. Зуд проходил постепенно и волнообразно.

- Стал потеть соразмерно обстоятельствам, терморегуляция восстановилась. Ладони и стопы стали теплее. Раньше он мог сильно перегреться или замерзнуть. Сейчас такого нет.
- Сон – в последнюю неделю спит хорошо. Укладывается хорошо, раз в 2 часа высаживается мамой на горшок.
- Ночью чешется, только если проснется, если нет – будет спать хорошо.
- Желание ходить голым уменьшилось (1).
- С конца августа он неделю мочился сам в горшок, стоя. После этого снова перестал.
- Мочеиспускание в штаны или когда посадят на горшок. Дефекация тоже в штаны.
- В середине сентября у него снова испортился характер, мальчик

ни с чем не соглашается, противоречит, закатывает истерики (3+), орет, когда на чем-то зацикливается: например, раз ночью проснулся и кричал, чтобы дали ему полосатые носки. Громко и настойчиво просит, повторяя до тех пор, пока его просьбу не выполнят.
- В последние 2 недели слюнотечение при разговоре. Болтливость (+3). Говорит очень много и понятно.
- Грудь сосет редко, не теребит.
- Категорически отказывается мыть руки (3), не любит, когда на руки что-то попадает, психует, пока не вытрут насухо. Не любит, когда руки грязные или мокрые.
- Может толкать и отгонять старших брата или сестру, когда они играют, забирает у них игрушки.
- Подвигает их, отстраняя от мамы (ревность (2).
- Очень упрямый (3).
- Скрип зубами (1), не каждую ночь.
- Бормочет во сне, когда переворачивается.
- Желание сладкого (2).

**Анализ:** видим в целом улучшение на физическом уровне по основной патологии (улучшения на коже с июня значительные), в последнее время небольшое ухудшение.

Улучшение общее (улучшение сна, восстановилась терморегуляция). Улучшение на ментальном уровне (хорошее речевое развитие). Но сейчас вернулось ухудшение на эмоциональном уровне – ухудшилось поведение, вернулись истерики. Есть навязчивый невроз – не переносит воды или грязи на руках. Остается essence HYOSCYAMUS – дефекация назло в штаны, ревность, болтливость.

Так как в целом динамика положительная и возврат не полный, то лучше не торопиться с назначением и подождать.

**Лечение:** PL.

### 9.12.2014 – через 5 мес. после HYOSCYAMUS XXX (2 г. 4 мес.)

- Высыпания на коже – волнообразное течение, то лучше, то хуже, сейчас высыпания практически не заметны, ночного зуда нет.
- Ментально-эмоционально: истерики в целом чуть уменьшились, периодически – то лучше, то хуже. Речь очень хорошая. Рассказывает сказки, пересказывает тексты.
- Страхи: темноты, (+2). Стал отказываться гулять, выходить на улицу. Жадность усилилась. Очень жадный (3+).
- Не хочет садиться на горшок, отказывается, сам не просится, к горшку не подходит.
- Мочеиспускание и дефекации так же в штаны. Не говорит, что испражнился, не хочет подмываться («буду ходить с какашками в штанах и размазывать их»).
- Желание мыть руки уменьшилось, нет истерики, когда капельки воды остаются на руках.
- Жаркий, дома ходит почти раздетый, если укрыть, вспотеет. На улице сильно мерзнут руки и лицо.
- Аппетит в целом уменьшился. Желание хлеба, хлеба с маслом. (2+). Желание молочных продуктов (кефир, творог, йогурт).

29 ноября сломал левую верхнюю конечность в районе эпифиза плечевой кости.

**Анализ:** появился страх темноты. У такого маленького ребенка непонятно, что это – вытеснение из более глубоких слоев подсознания, или новый симптом, или последствия испуга? Остается отсутствие поведения к горшку. В норме в этом возрасте дети уже идут на горшок. У нашего пациента это может быть вариант начинающегося энкопреза. Так как на лекарство ранее был хороший ответ, сейчас нужно повторить HYOSCYAMUS 200. Ожидаем улучшения характера, улучшения поведения с горшком, уменьшения истерик. Возможно временное ухудшение кожных высыпаний.

**Лечение:** HYOSCYAMUS 200 1 доза.

### 22.12.2014 – через 13 дней после повтора HYOSCYAMUS 200

Высыпания усилились, но зуда сильного нет. С 21 декабря стал по ночам просыпаться и ходить. Стал говорить, что испражнился в штаны и ему это мешает, просит подмыть.

**Анализ:** есть ожидаемая положительная динамика с улучшением на ментально-эмоциональном уровне и ухудшением на коже. Нужно ждать.

**Лечение:** PL.

### 30.12.2014 – через 21 день после повтора HYOSCYAMUS 200 (2 г. 5 мес.)

Болеет с 26 декабря, насморк, повышение температуры 38–38,5$^0$С. Ночью 29 декабря заболело правое ухо, t 38,5$^0$С, на следующий день днем температура самостоятельно нормализовалась, боль в ухе больше не беспокоила, появился аппетит.

**Анализ:** действие препарата продолжается, острое состояние протекало легче и короче, чем обычно, и не потребовало лечения.

**Лечение:** продолжить PL.

### 7.04.2015 – через 4 мес. после повтора HYOSCYAMUS 200 (2 г. 8 мес.)

14–15 января повышение температуры 37–38$^0$С, возможно, простуда, прошла самостоятельно. 20–26 марта ОРЗ с температурой 38,5–39$^0$С, насморком.

- Высыпаний нет, кожа чистая. Небольшая шершавость кожи. После простуды в марте был небольшой рецидив высыпаний на ногах, который прошел самостоятельно.
- Сон хороший, спит раскрытым.
- Истерик с закатываниями сейчас нет. Но остался вредным – с ним часто проще согласиться, чем объяснять и просить.
- Говорит очень хорошо, много, рассказывает стихи.
- Веселый, недавно стал шутить на тему «какашек» – читает стихотворение и подставляет туда «каки». Очень сообразительный.
- Сильно обострилась жадность (3) и ревность (3). Не дает сесть брату и сестре на диван, где можно сесть всем троим. Отбирает и не дает игрушки, орет. Может специально швырять вещи и сбрасывать со стола назло, если недоволен.
- На улице ведет себя очень хорошо, спокойно, мало с кем общается.
- С середины февраля стал проситься мочиться на горшок. Ходит без памперсов, в штаны не мочится.
- Сам ходит на горшок мочиться, но дефекация так же – в штаны. В последнее время был период, когда просил помыть попу после стула. Сейчас по этому поводу снова истерит, отказывается подмываться после дефекации – «буду ходить с какашками и соплями!», «оденьте мне обратно грязные штаны с какашками!»
- Отвращение к мытью (3).
- С начала февраля стал очень обидчивым. Обижается на все, на любую критику.
- Ябедничает на брата.
- Портятся зубы (3).
- После простуды в марте испортился аппетит – ест только хлеб. Отвращение к мясу (3).

Рис. 10. Кожные высыпания апрель, 2015 г.

Рис. 11. Кожные высыпания. Апрель 2015 г.

**Анализ:** динамика на лечении очень хорошая – улучшались ментально-эмоциональные симптомы и кожа. Но снова произошел возврат симптомов. Сейчас лекарство нужно повторить, так как остаются проблемы с дефекацией, истерики, скандальность, ругательства. Остается essence HYOSCIAMUS. Ожидаем, что мальчик станет более покладистым, наладится стул, улучшится иммунитет.

**Лечение:** HYOSCYAMUS 200 – 2 дозы с интервалом в 12 часов.

Далее на прием пациент не приходил, жалоб у мамы на ребенка больше не было.

Проблемы с дефекацией и истерики какое-то время еще сохранялись, имели волнообразное течение – улучшение сменялось периодами небольшого ухудшения с последующим самостоятельным дальнейшим улучшением. Проблемы с дефекацией полностью ушли через 6 месяцев, истерики через 8 месяцев с момента последнего приема.

По кожным высыпаниям полная ремиссия.

После смены зубов коренные зубы все здоровы.

Катамнез случая 3 года.

## Выводы*:

1. У маленьких детей сложно найти правильное лекарство, так как у них сложно увидеть essence препарата. Важно своевременно пересмотреть случай, учитывая все симптомы.
2. Появление кожных высыпаний после PHOSPHORUS не было улучшением, выходом патологии наружу. Это было продолжением болезни, она продолжала развиваться. Однако он вылечил анемию.
3. SULPHUR был частично подобным препаратом, однако был правильным, т. к. позволил проявиться симптомам лекарства, которое излечило случай.
4. Когда началась экзема и на фоне приема SULPHUR, у мальчика произошел мощный скачок в ментально-эмоциональном развитии. Возможно, появление кожных высыпаний и требовалось организму для активации ментального развития.
5. Возможно, нашему пациенту изначально требовался HYOSCYAMUS, но мы не видели его ключевых симптомов из-за возраста ребенка. Из Материи Медики мы знаем, что пациент типа HYOSCYAMUS часто с виду очень хороший на людях, открытый, но он все делает исподтишка. *«У пациента Hyoscyamus проявляется ревность, зависть… Сексуальность извращена, они постоянно касаются своих гениталий (особенно дети)… Другое извращение состоит в том, что им нравится говорить о фекалиях… Характерно отсутствие стыда. Мы видим тенденцию к демонстрации своей наготы… РЕВНИВЫЙ».* (Дж. Витулкас). *«НЕПРОИЗВОЛЬНЫЙ стул, НЕПРОИЗВОЛЬНОЕ мочеиспускание»* (В. Берике).

Рис 12. Фотография мальчика через 2 года после окончания лечения

* Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

6. У данного ребенка исходно была серьезная ментально-эмоциональная патология, поэтому мы ожидали, что вначале не будет сразу улучшения на коже. Ожидали, что вначале улучшится ментально-эмоциональное состояние с ухудшением на коже.
   Однако в данном случае произошло наоборот. После того, как кожа полностью очистилась, оставались ментально-эмоциональные симптомы.
   Данная реакция на лекарство и ее объяснение представлена в книге Дж. Витулкаса «Уровни здоровья».

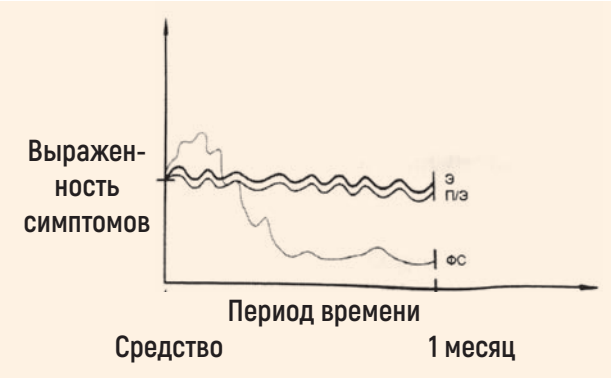



Рис. 13. После первоначального ухудшения физических симптомов отмечается улучшение физических симптомов, уровень энергии и ментально-эмоциональные симптомы в течение первого месяца лечения не меняются

*«В некоторых случаях, особенно при сосредоточении фокуса болезни в области психоэмоциональной сферы, отмечается длительное стойкое усиление психоэмоциональной симптоматики, которое сопровождается улучшением отдельных физических симптомов и повышением уровня энергии. Во время консультации пациент сообщает об ухудшении состояния, однако если гомеопат правильно интерпретирует ситуацию, то он не совершит ошибку и не назначит ему другое средство. Описанный выше тип реакции указывает на назначение корректного средства; следовательно, в подобных случаях целесообразна выжидательная тактика»* (Дж. Витулкас, «Уровни здоровья»)

7. Защитный механизм у данного пациента был изначально ослаблен. Скорее всего, мальчик родился во 2 группе здоровья, 4 уровень. По мере взросления он переместился на 6 уровень здоровья, так как все гомеопатическое лечение, которое он получал до HYOSCYAMUS, не было полностью подобным и не укрепляло защитный механизм.
8. Важно понимать семейный анамнез и особенности взращивания детей грудного возраста в семье. В данном случае это была мама, которая всех детей начала рано (с 7 дня жизни) высаживать на горшок, и старшие дети уже с возраста 1,5 лет самостоятельно осуществляли дефекацию и мочеиспускание на горшок. У нашего пациента это не произошло. Поэтому в данном случае после достижения этого возраста мы могли с уверенностью взять это как симптом для нашего пациента.
9. Излечение кожных и ментально-эмоциональных симптомов происходило волнообразно с периодами обострения и улучшения. Эта тенденция часто встречается при гомеопатическом лечении. Не всегда нужно повторять гомеопатическое лекарство при очередном обострении. Оно может пройти самостоятельно. Для повтора лекарства необходимо учитывать также и общее ухудшение.
10. На фоне верного гомеопатического лечения произошло не только излечение нейродермита, ментально-эмоциональных симптомов, но и укрепление иммунитета и повышение уровня здоровья до А (2). Т. е. ребенок повысил свой уровень здоровья, данный ему от рождения.

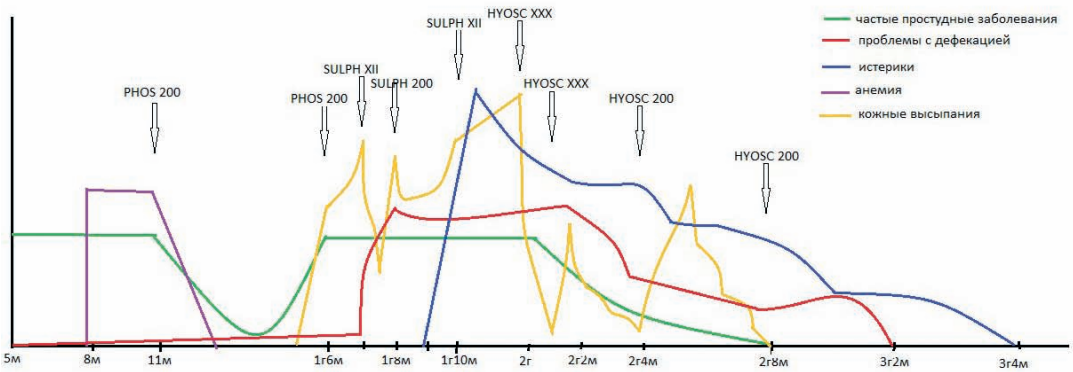



Рис. 14. График динамики симптомов

VithoulkasCompass
HOMEOPATHY SOFTWARE

# Создание работающих решений в гомеопатии

**Новейшее программное обеспечение для гомеопатов,** представляющее результаты уникальных новаторских исследований

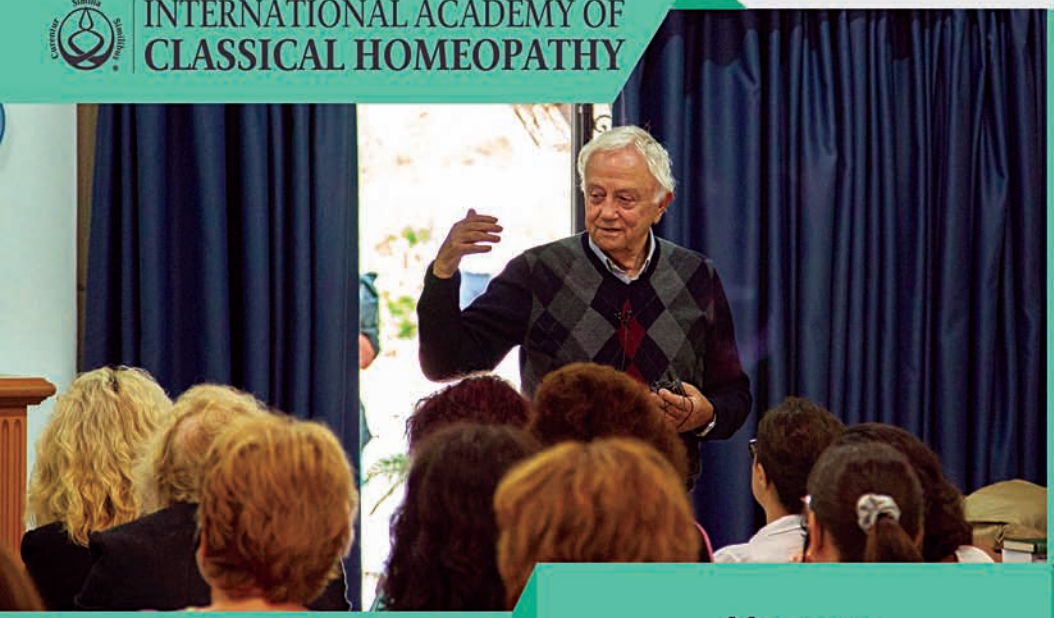
**Исчерпывающий набор инновационных функций,** которые помогут в поиске оптимального препарата для каждого случая

**Удобная в использовании система,** которая позволит добиться максимального успеха в гомеопатической практике

Зарегистрируйтесь, чтобы получить бесплатную пробную подписку и заказать демонстрацию продукта!

www.vithoulkascompass.com

INTERNATIONAL ACADEMY OF CLASSICAL HOMEOPATHY



# Программа E-Learning профессора Джорджа Витулкаса

**Единственный курс по гомеопатии, утвержденный в ряде медицинских ВУЗов разных стран мира**

## Содержание

300 часов видео
300 часов занятий
150 часов клинической практики

## Модули

Теория
Материя Медика
Реперторизация
Случаи и Анализ
Уровни здоровья

## Языки

Английский
Испанский
Русский
Бразильский
Итальянский, Греческий

## Главные особенности

- Полное учение профессора Витулкаса
- Развернутые пояснения по Теории и Материя Медика
- Форум с вопросами модератору
- Материя Медика и Органон через Интернет
- Полезные ссылки по каждой видео-лекции
- Экзамены по Интернету на получение Диплома
- Административная и техническая поддержка
- Доступ с мобильных устройств (смартфоны, планшеты)

## Преимущества нашего учебного курса:

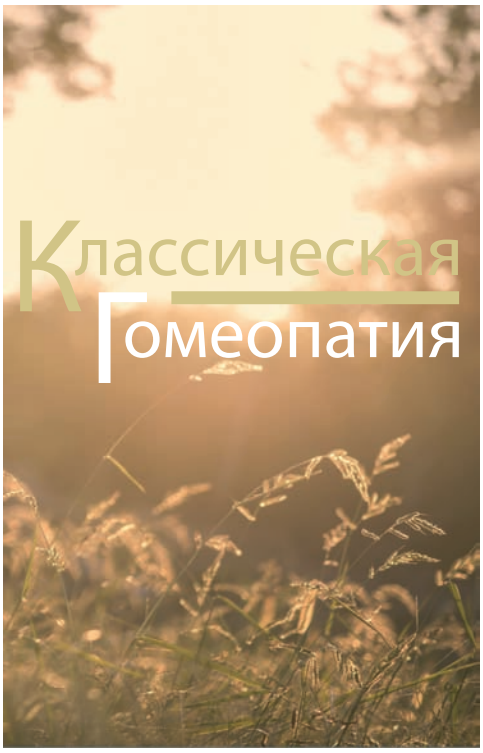
- Понимание Континуума единой теории болезней проф. Витулкаса
- Новаторская теория Уровней здоровья проф. Витулкаса включена в курс – понимание процессов в ходе лечения острых/хронических состояний!
- **Студенты получают возможность:** следовать за ходом длительного лечения многих случаев, наблюдать, как Джордж Витулкас рассматривает случай, как он анализирует и обобщает информацию с целью найти правильное средство, какие стратегии он использует для назначения, каким образом он дифференцирует средства.
- В 1996 году профессор Витулкас был удостоен Премии «За правильный образ жизни» (известной также как Альтернативная Нобелевская премия) **"...за его выдающийся вклад в возрождение гомеопатического знания и подготовку гомеопатов по наивысшим стандартам"**

**ДЛЯ БЕСПЛАТНОГО ПРОБНОГО ОБУЧЕНИЯ ПЕРЕЙТИ НА**

**WWW.VITHOULKAS.EDU.GR**

СИБИРСКАЯ
ГОМЕОПАТИЧЕСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ

НОВОСИБИРСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР ТРАДИЦИОННОЙ
МЕДИЦИНЫ И ГОМЕОПАТИИ





## Сибирский гомеопатический вестник

**2019 г.**

*Главный редактор*
Чабанов Д.А.

*Выпускающие редакторы*
Долженкова А.В., Литвинова М.А.

*Учредители*
Сибирская гомеопатическая ассоциация
Новосибирский Гомеопатический Центр

Адрес издателя:
г. Новосибирск, ул. Кирова, 46,
тел.: (8-383) 217-82-92, (8-383) 206-41-61,
e-mail: homeopatia@bk.ru

Подписано в печать 8.04.2019 г.
Формат 60x84/8. Тираж 300 экз.

Отпечатано в типографии «Деал»
630033, г. Новосибирск, ул. Брюллова, 6а.
Тел./факс: (383) 334-02-72,
e-mail: zakaz@dealprint.ru