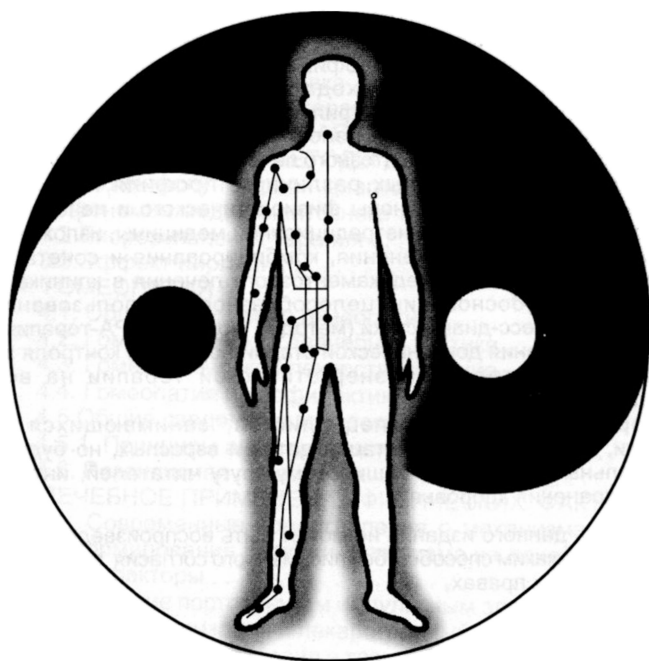


Л.К.Крупнова, Е.В.Фазлеева

ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ



***Подход ВОСТОКА и ЗАПАДА
к лечебному процессу***

КАЗАНЬ 2000

Рецензенты: *Аухадеев Э.И.* – профессор, зав. кафедрой реабилитологии и спортивной медицины Казанской государственной медицинской академии. *Бруси́на Л.И.* – доцент кафедры гомеопатии и электропунктурной медицины ИПК Федерального Управления медикобиологических проблем при МЗ и МП РФ и РМА ПО МЗ и МП РФ, член Научной коллегии Международной Академии наук (AIS) Сан-Марино. *Шакуров Р.Ш.* – доцент кафедры невропатологии и рефлексотерапии Казанской государственной медицинской академии.

В предлагаемой книге, написанной по типу руководства, представлены терапевтические концепции подхода к лечебному процессу с позиций традиционной (альтернативной) и нетрадиционной (официальной) медицины.

В рамках холистического подхода к терапии рассмотрены вопросы индивидуально ориентированной профилактики и тактики комплексной лечебно-реабилитационной терапии с учетом целостного представления о человеке.

Поскольку методы немедикаментозного лечения нередко играют ведущую роль в комплексной терапии больных различного профиля, в книге подробно рассмотрены биофизические основы физиологического и лечебного действия многих методов традиционной и нетрадиционной медицины, изложены лечебные методики и принципы их применения, комбинирования и сочетания. Особое внимание уделено тактике немедикаментозного лечения в клинике внутренних болезней, а также обоснованию целесообразности использования методов биофизической экспресс-диагностики (метод Р. Фолля, МОРА-терапия, VEGA-test и др.) с целью выявления доклинической стадии болезни и контроля за лечебной эффективностью методов биоэнергетической терапии на всех этапах реабилитации.

Книга ориентирована на специалистов, занимающихся вопросами профилактики, лечения и реабилитации детей и взрослых, но будет интересна профессиональным целителям и широкому кругу читателей, интересующихся проблемой сохранения здоровья.

Ни одна часть данного издания не может быть воспроизведена или передана ни в каком виде и никаким способом без письменного согласия авторов. Охраняется законом об авторских правах.

Л. К. Крупнова, Е. В. Фазлеева.

К78 Избранные вопросы немедикаментозной терапии. Подход Востока и Запада к лечебному процессу.— Казань.— Издательство «Матбугат йорты».— 2000 г., 720 с., иллюстраций 132.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
ВВЕДЕНИЕ	8
Глава 1. ПСИХОСОМАТИКА И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМО- ОТНОШЕНИЯ	
1.1. Психосоматический подход в медицине	14
1.2. Патогенез психосоматических расстройств	26
1.3. Методы психодиагностического исследования	32
1.4. Психотерапия и восточные психотехники в системе реабилитации психосоматических больных	36
1.4.1. Аналитически ориентированная психотерапия	39
1.4.2. Семейная психотерапия	45
1.4.3. Катарсический метод психотерапии	48
1.4.4. Телесноориентированная психотерапия	49
1.4.5. Медитация	55
1.4.6. Хатха-йога — один из путей физического и духовного самосовершенствования личности	60
1.4.7. Аутогенная тренировка	71
1.4.8. Групповая игровая терапия	76
Глава 2. ПОДХОД ВОСТОКА И ЗАПАДА К ЛЕЧЕБНОМУ ПРОЦЕССУ	78
Глава 3. БИОФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ	
3.1. Электропунктурная диагностика по методу Р.Фолля и феномен медикаментозного тестирования	131
3.2. Биорезонансная терапия	150
3.3. Эффект Кирлиан	158
Глава 4. ГОМЕОПАТИЯ	
4.1. Общие положения гомеопатии	161
4.2. Гомеопатическая врачебная тактика	172
4.3. Гомеопатическое лекарствоведение	177
4.4. Гомеопатия и профилактика	203
4.5. Общие сведения о гомотоксикологии	206
4.5.1. Принципы антигомтоксической терапии	215
4.6. Резонансная гомеопатия	221
Глава 5. ЛЕЧЕБНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ	
5.1. Современные представления о механизмах формиро- формирования реакции организма на лечебные физиче- ские факторы	234
5.2. Лечение постоянным и импульсным электрическим током	
5.2.1. Гальванизация и лекарственный электрофорез	244
5.2.2. Электросонотерапия и транскраниальная электроаналь- гезия	268
5.2.3. Диадинамотерапия	272
5.2.4. Короткоимпульсная электроанальгезия	278
5.2.5. Электродиагностика	280
5.2.6. Электростимуляция мышц и органов	299
5.3. Лечение переменным электрическим током	
5.3.1. Амплипульстерапия	305
5.3.2. Интерференцтерапия	322
5.3.3. Флюктуоризация	325
5.3.4. Местная дарсонвализация	327
5.3.5. Ультратонтерапия	330
5.4. Лечение электрическими, магнитными и электромаг- нитными полями	
5.4.1. Франклиннизация	331

5.4.2. Инфитатерапия	334
5.4.3. Индуктотермия	335
5.4.4. Ультравысокочастотная (УВЧ) терапия	341
5.4.5. Дециметроволновая терапия	347
5.4.6. Сантиметроволновая терапия	351
5.4.7. Миллиметроволновая терапия	353
5.4.8. Лечение магнитным полем	365
5.4.9. Светолечение	371
5.4.10. Лазеротерапия и лазеропунктура	382
5.5. Лечебное применение факторов электромеханической природы	
5.5.1. Ультразвуковая терапия, лекарственный ультрафонофорез	409
5.6. Лечение искусственно измененной воздушной средой	
5.6.1. Аэроионотерапия и гидроаэроионотерапия	417
5.6.2. Спелео- и галотерапия	422
5.6.3 Ингаляционная терапия	425
5.6.3.1. Общие сведения об ингаляционной терапии и ингаляционных системах	425
5.6.3.2. Лекарственные вещества, применяемые при лечении заболеваний органов дыхания у детей и взрослых	429
5.7. Общие принципы сочетания и комбинирования физических факторов в лечебном процессе	453
Глава 6. ФИТОТЕРАПИЯ	458
Глава 7. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ	
7.1. Заболевания сердечно-сосудистой системы	469
7.2. Заболевания органов дыхания	518
7.3. Заболевания органов пищеварения	572
7.4. Заболевания суставов	630
7.5. Заболевания почек и мочевыводящих путей	647
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	653
Приложение 1. Рисуночные тесты	665
Приложение 2. Метод незаконченных предложений	670
Приложение 3. Самоуправление эмоциями, деятельностью, поведением, общением. Методика рациональной психотерапии	672
Приложение 4. Гомеопатические лекарственные препараты, наиболее часто используемые в лечебной практике	675
Приложение 5. Лекарственные препараты, рекомендуемые для лекарственного электрофореза	696
Приложение 6. Лекарственные смеси, рекомендуемые для ингаляционной терапии при заболеваниях органов дыхания	701
Приложение 7. Ориентировочная схема дозирования физических факторов у детей и взрослых	705
Приложение 8. Таблица комбинирования и сочетания совместимых физических факторов	707
Приложение 9. Примерные схемы ультрафиолетовых облучений у детей	708
Приложение 10. Примерные схемы ультрафиолетовых облучений у взрослых	709
Приложение 11. Календарь сбора лекарственных растений	710
Литература	714
Список сокращений	717
Авторы книги	718

ПРЕДИСЛОВИЕ

Из глубины веков до нас дошла мудрая мысль Гиппократов, что "каждый человек носит врача в себе, надо только помочь ему в его работе". Современная действительность подтверждает целесообразность поиска высокоэффективных методов и средств, стимулирующих собственные резервные возможности организма, поскольку во всем мире отмечается неуклонное возрастание численности хронических больных, несмотря на совершенствование клинко-морфологических методов диагностики и создание высокоэффективных фармакопрепаратов.

По утверждению Kenneth Pelletier, до 90 % всех болезней связано со стрессом, а согласно современным исследованиям, свыше 70 % больных страдают функциональными расстройствами, не обнаруживая при этом почти никаких отклонений от нормы при клиническом обследовании.

Во многих случаях врачи вынуждены констатировать, что при полном или почти полном отсутствии у больного отклонений от нормы у него все же имеются жалобы, которые нельзя объяснить только наличием психосоматических изменений. Функциональные нарушения значительно ухудшают качество жизни больного, а при наличии клинического заболевания, значительно усложняют стратегию и тактику лечебно-реабилитационных мероприятий, нередко делая их малоэффективными.

Достижения современной науки способствовали не только разработке надежных и эффективных методов диагностики функциональных нарушений, но и формированию нового направления, так называемой *функциональной* (биоэнергоинформационной) *медицины*, в основе своей использующей биологические и биофизические методы терапии и диагностики (метод Р.Фолля, вегетативный резонансный тест – ВРТ, эффект Кирлиан, биорезонансная терапия-БРТ, гомеопатия и др.).

Во время, как клиническая медицина, в основном, занимается морфологическими изменениями в органах и тканях, которые можно диагностировать с помощью инструментальных и клинко-биохимических исследований, функциональная медицина ориентирована на выявление энергоинформационных (регуляторных) расстройств, которые лежат в основе скрытой доклинической стадии заболевания и которые на современном медицинском языке называются функциональными. Именно функциональные расстройства всегда наблюдаются на начальной стадии любого патологического процесса. Современная медицина, достигая прекрасных результатов в диагностировании клинических заболеваний, к сожалению, на сегодня не располагает методами, позволяющими своевременно выявлять энергоинформационные нарушения.

Как показывают исследования, функциональные расстройства возникают всегда в том случае, если организм не может компенсировать раздражение (патогенный стимул), и в результате этого происходит нарушение регуляции (т.е. процессов адаптации). И единственно возможный путь сохранить здоровье – это научиться правильно использовать резервные возможности человеческого организма. Возвращение в лечебную практику принципов холистической (монической) медицины, ставящей во главу угла *личность пациента, активную мотивацию и стимуляцию механизмов самооздоровления организма*, диктует необходимость пересмотреть

сложившиеся стереотипы лечебной тактики и с позиции целостности биосистемы рассматривать энергоинформационные и морфологические нарушения как единое целое.

Опыт и знания, накопленные медициной в последние четыре десятилетия, позволяют утверждать, что действующая исправно энергоинформационная структура (неповрежденная, ненарушенная) ответственна за исправность и целостность морфологической структуры. И поэтому причина большинства клинических заболеваний лежит в энергоинформационной области. В литературе, посвященной биорезонансной терапии (БРТ), это определяется следующим образом: "Биофизический (информационный) уровень управления находится в иерархии управления выше, чем биохимический, и управляет им".

Современная наука позволяет понять биофизическую сущность болезни, сложную иерархию функционально-энергетических взаимоотношений между органами и системами организма (теория Р. Schumacher, Bodo Kähler, "причинные цепочки" Шиммеля и др.), значение информационно-энергетических нарушений в формировании скрытой доклинической стадии болезни (предболезнь – крайнее физиологическое состояние организма человека), а также роль нервно-психического фактора и личностных особенностей индивида в формировании клинической картины болезни. Практически, ни одно заболевание без совокупного анализа перечисленного не может быть излечено.

Исходя из этих положений, авторы предлагают определенные методологические подходы к ранней диагностике, профилактике и лечению, позволяющие в процессе реабилитации одновременно осуществлять коррекцию на всех уровнях проявления жизнедеятельности организма.

В соответствии с принципами холизма в медицине и современными взглядами на реабилитацию как на процесс долговременного, последовательного и многопараметрического воздействия на организм, в книге выдвигаются и обсуждаются основные концептуальные положения, суть которых заключается в следующем:

- необходимость совокупного анализа различных этиопатогенетических звеньев формирования хронического заболевания с позиций системной целостности организма в целях планомерного восстановления нарушенных болезнью функционально-энергетических и морфологических взаимосвязей (на субклеточном, клеточном, тканевом, органном и организменном уровнях);

- синтетическое единство в лечебном процессе принципиальных подходов и методов функциональной (биоэнергоинформационной), традиционной и нетрадиционной (классической) медицины в зависимости от клинической ситуации и решаемых терапевтических задач;

- использование адекватных методов контроля за эффективностью применения методов биоэнергетической медицины и комплексной терапии в целом, в частности, биофизических методов, поскольку обычные клиничко-лабораторные методы не выявляют в полном объеме динамики болезни и процессов восстановления, что затрудняет коррекцию планомерной реабилитационной терапии;

- широкое использование в лечебно-реабилитационном процессе методов немедикаментозной терапии, обладающих универсальностью воздействия на организм, ориентированных, прежде всего, на личность пациента (различные методы психокоррекции и психорелаксации) и на стимуляцию механизмов самооздоровления организма (фитотерапия; диетотерапия; гомеопатия – унитарная, комплексная, резонансная; БРТ; физиорефлексотерапия и др.).

Эффективность такого подхода подтверждается как нашими наблюдениями за процессом реабилитации больных с хронической многофункциональной патологией, так и анализом опыта других исследователей и клиницистов.

Предлагаемая книга написана по типу руководства, основная цель которого – довести до практического врача, ведущего амбулаторный прием в поликлинике, те новые сведения, новые концепции подхода к диагностике, профилактике и лечению, которые могли бы облегчить его работу с пациентами и улучшить ее качество.

В разделах книги представлены подходы Запада и Востока к лечебному процессу и общая схема холистического подхода к терапии, приведены краткие сведения о методах холистической экспресс-диагностики и терапии (метод Р.Фолля и феномен медикаментозного тестирования, биорезонансная терапия, эффект Кирлиан и др.), о психотерапии и методах психологической диагностики, психокоррекции и психорелаксации, гомеопатии (унитарной, комплексной, резонансной), фитотерапии.

В разделе аппаратной физиотерапии описаны механизмы лечебного действия физических факторов, аппаратура, приведены основные методики лечебного воздействия, показания и противопоказания к их применению, принципы сочетания и комбинирования физических факторов в лечебном процессе. В разделе, где описаны некоторые нозологические формы заболеваний, представлена тактика поэтапной комплексной терапии с использованием методов немедикаментозного лечения.

Данная книга – это результат многолетних авторских наблюдений, раздумий, переосмысления взгляда на болезнь и поиск новых подходов к ведению сложных больных с многозвеньевой патологией.

Следует отметить несколько популяризаторский характер изложения некоторых тем, что, по мнению авторов, способствует их лучшему пониманию, а также и то, что многие вопросы немедикаментозной терапии рассмотрены лишь в общем виде. Это неизбежно при таком концентрированном изложении, к которому пришлось прибегнуть авторам при написании данной книги.

Авторы приносят извинения всем читателям за то, что часть книги оформлена более мелким шрифтом, но иначе объем книги получился бы очень большим.

Книга рассчитана как на врачей, интересующихся вопросами применения немедикаментозной терапии у детей и взрослых, так и на широкий круг читателей, заинтересованных в сохранении своего здоровья.

Авторы выражают особую признательность и благодарность директору ООО “Кантар” Расулову И.Р. без чьей поддержки и помощи книга не увидела бы свет, а также всем друзьям и коллегам за оказанную поддержку и помощь в создании книги.

Средства от реализации тиража будут использованы на приобретение современной медицинской аппаратуры.

Человек – самый таинственный и сбивающий с толку исследователей объект науки.

Тейяр де Шарден П.

Практический врач с широким кругозором должен обладать, в достаточной мере, тремя качествами: любовью к человеку, научным складом ума, интересом к раскрытию и познанию неразгаданных тайн.

П. Чайт

Многое еще остаётся сделать в этом труде и никому не запрещается что-либо дополнить.

Сенека

ВВЕДЕНИЕ

Каждой эпохе свойственны свои болезни и соответственно – методы и подходы к их терапии. Бурное развитие науки и техники, постоянная угроза технических и природных катастроф, урбанизация, социально-экономическая напряженность в обществе неизбежно отражаются на здоровье человека. Мы вступили в новую эру формирования заболеваний, когда нервно-психические факторы (стресс) играют существенную роль в развитии болезней человека.

Kenneth Pelletier в 70-е годы утверждал, что около 90 процентов всех заболеваний могут быть связаны со стрессом. На сегодня не вызывает сомнения, что нервно-психические факторы играют существенную роль в развитии такой распространенной патологии, как ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь (ГБ), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ), язвенный колит, бронхиальная астма (БА), различные иммунные нарушения, заболевания эндокринной системы, не говоря уже о многих психических пограничных расстройствах. Все перечисленные болезни относят к группе психосоматических, т.е. болезням, связанным с расстройством психики, духовной сферы человека.

На формирование психосоматической патологии оказывают влияние и особенности личности. Установлено, что среди определенных групп больных достоверно чаще встречаются определенные типы личности, например, больные ИБС, как правило, отличаются сочетанием гиперреактивности и ригидности, больные ГБ – сочетанием стремления к доминированию с тревожной мнительностью. И единственный способ справиться со всевозрастающими эмоционально-стрессовыми нагрузками – это *научиться контролировать психоэмоциональную сферу и правильно использовать резервы человеческого организма.*

Среди других причин, способствующих хронизации патологии, следует отметить высокую степень аллергизации населения, поражение хронической инфекцией, а также ожирение, дисбактериоз, хронические и скрытые интоксикации, связанные с ухудшением экологических условий, неконтролируемым приемом лекарств, в частности, антибиотиков и сульфаниламидов.

Аллергия уже является не только медицинской, но, в большей степе-

ни, социально-экономической проблемой, причина которой, в определенной мере, связана с экологией, иммунизацией, использованием химических удобрений, консервантов в пищевой промышленности, полипрагазией, бесконтрольным применением антибиотиков и т.д. Как показывают исследования Р.Фолля и его коллег, аллергия (скрытая или явная) играет значительную роль при всех заболеваниях сосудов.

Высокая степень поражения населения хронической гнойной инфекцией, очаговой инфекцией, по-видимому, объясняется меняющейся реактивностью организма, немотивированно кратковременным применением антибиотиков, когда очаговая инфекция полностью не ликвидируется, что в последующем отрицательно сказывается на течении хронического заболевания. Практически, каждая инфекция оставляет после себя в организме если не сам вирус, то след в виде его токсинов, которые изменяют состав тканевой жидкости, нарушая нормальное функционирование органов. Эти функциональные нарушения сначала незначительные, но постепенно могут усиливаться и в конце концов проявляться в виде хронического заболевания. Следует иметь в виду, что выявление очагов хронической инфекции обычными клинико-лабораторными методами затруднено, поскольку многочисленные клинические проявления могут быть не местными, а общими: повышенная утомляемость, недомогание, субфебрилитет, полиартралгии, сердцебиение, головная боль, подавленное настроение, что часто трактуется как функциональные нарушения. Однако врач, констатирующий наличие хронической патологии, меньше всего думает о причинной связи между настоящим проявлением хронической болезни с, возможно ещё в детстве перенесёнными, гриппом, корью, скарлатиной и другими болезнями. И, тем не менее, эти связи реальны и проявления констатируемого заболевания имеют очевидную связь с предыдущими болезнями. На сегодня доказано, что очаговая инфекция существенно влияет на тонус сосудов, не говоря уже о функции многих органов и систем организма.

Проблемой становится дисбактериоз и ожирение. Приблизительно 50 процентов населения имеют избыточный вес, причем у 90 процентов из них повышенный вес алиментарного происхождения. Нередко врач безуспешно лечит больных от хронического колита, гипертонической болезни, нарушения кровообращения, диабета, не придавая значения тому, что причиной этих страданий может являться ожирение, нарушение обмена веществ, хроническая интоксикация организма.

Актуальность вышеперечисленных причин возрастает в связи с ростом численности хронических больных среди всех возрастных групп населения. Из средств массовой информации известно, что 60 процентов детского населения к 6-и годам жизни страдает хроническими болезнями, а к 16-и годам эта цифра приближается к стопроцентной отметке. Более чем у 2/3 взрослого населения показатель здоровья соответствует 3 баллам по шестибальной шкале, используемой для оценки здоровья в ряде зарубежных стран.

Современные болезни отличаются от классических, описанных в прошлом, наличием множества заболеваний у одного и того же пациента, содружественностью поражений органов и систем, стертой атипичной клинической картиной, множеством функциональных нарушений и расстройств.

Все ныне существующие представления об этиопатогенезе, раскрывающая важнейшие стороны формирования заболевания, к сожалению, не указывают конкретных путей поддержания ремиссии, выхода в спонтанную длительную ремиссию, т.е. саногенез.

Рост численности хронических больных и неудовлетворенность сложившимися стереотипами лечебной тактики при терапии пациентов “хроников” объясняют, в какой то мере, возросший во всем мире интерес к немедикаментозным методам лечения, к принципам холистического подхода к терапии.

Опыт древних целителей донес до нас из глубины веков подходы и методы традиционной натуропатической медицины, всегда базирующейся на основополагающих законах Природы и использующей природные средства во благо здоровья человечества.

Древние риши Индии и Великие посвященные путем медитации и ясновидения обнаружили, что как живая, так и неживая природа наделены энергией Великого Космоса: индусы называли ее *Праной*, китайцы – *ЦИ*, японцы – *ЦИ*. Ученые древности создали первые стройные теории биоэнергетики и обосновали практическое применение иглорефлексотерапии, полевого каратэ (сгустка энергии), кинг-фу, белой и черной магии.

Многовековой опыт целителей Востока и Запада свидетельствует о том, что в рецептуре лекарств широко использовалось, так называемое, “тройное царство Природы”: повсеместно, наряду с травами, в травники включались вещества животного и неорганического происхождения (драгоценные и полудрагоценные камни в виде порошка, минералы, различные компоненты высушенных тканей животных). Из этих же компонентов готовятся современные гомеопатические лекарства.

Как и тысячелетия назад, вновь возрожденное индийское аюрведическое врачевание широко использует для лечения минералы, металлы, кристаллы (в виде драгоценных и полудрагоценных камней, камней-амулетов, камней-талисманов). Многие кристаллы и металлы далеко небезразличны для нашего организма. Они являются мощными стимуляторами духовно-энергетического потенциала организма, что подтверждается данными электропунктурной диагностики. Так, ношение браслетов из различных индивидуально подобранных металлов (медь, золото, серебро, олово) и кристаллов драгоценных и полудрагоценных камней сопровождается выравниванием электрических потенциалов точек акупунктуры. Кристаллы и металлы, являясь мощными конденсатами энергии, играют как бы роль барьера защиты организма от неблагоприятных электромагнитных излучений. В настоящее время кристаллы широко используются в технике для передачи и усиления энергии: в лазерах, ультразвуковых установках, ячейках памяти компьютеров, конденсаторах и др. В минералах, как показала современная наука, в разных комбинациях содержится почти вся таблица Менделеева, что и определяет их лечебные свойства при различных заболеваниях.

Использование природных и преформированных (преобразованных) физических факторов составляет основу современной физиотерапии и курортологии, для методов которой характерна физиологичность действия, объясняемая тем, что в процессе эволюции организм человека постоянно испытывал влияние факторов окружающей среды.

По современным представлениям, человек – это саморегулирующая-

ся, открытая система, включающая в себя подсистемы от молекулярно-генетического до социально-психологического уровней. Поэтому, понятие здоровье с общечеловеческих позиций можно определить как состояние полного физического, психического и социального благополучия. Это изначально естественное, нормальное и должное состояние души и тела, к которому необходимо стремиться, и которое необходимо поддерживать в течение всей жизни, поскольку сохранение здоровья – это каждодневная победа над самим собой.

В аспекте современного понимания человеческой природы можно по-новому осознать мудрую мысль Гиппократ, что “каждый человек носит врача в себе, надо только помочь ему в его работе”. Эта мудрость подтверждает веру древних целителей в способность человека содействовать своему здоровью и в целесообразность использования для этих целей различных психотехник (медитация, йога, и др.) и естественных факторов (лечебные травы, диета, голодание, массаж, ванны, мази, терапия дыханием, терапия движением, термотерапия в области акупунктурных точек, иглоукалывание) с целью стимуляции собственных резервных возможностей организма.

Наше собственное невежество, относительно находящихся внутри нас источников здоровья, способствовало кризису современного здравоохранения и резкому снижению показателей здоровья нашего общества. Современный больной, обращающийся в поликлинику, в большинстве своем образованный человек, признающий важность профилактики и здорового образа жизни, но нередко игнорирующий их в повседневной жизни. Поэтому перед врачом любой специальности стоит задача: направить усилия больного на самооздоровление организма, что требует от врача определенной эрудиции, знания основ логики и психологии и, безусловно, понимания патогенетических механизмов болезни и механизмов действия фармакологических и нефармакологических методов лечения.

Все методы немедикаментозной терапии обладают неоспоримым преимуществом по сравнению с фармакотерапией: хорошая переносимость, нетоксичность, потенцирующее действие на другие составляющие лечебного комплекса, положительное влияние на ЦНС и психику, исключительно редкие осложнения (только при безграмотном назначении), ограниченные противопоказания.

В современной науке существует много мнений и гипотез о развитии и становлении болезни. Экспериментально показано, что нарушение в центральных регуляторных механизмах, прежде всего, приводит к сбою в межклеточной цепи метаболических превращений в органах или висцеральных системах, имеющих исходную “дефектную ранимость”, связанную с перенесенной ранее патологией, генетическими особенностями, функциональной перегрузкой и т.д. Первоначальные сдвиги наблюдаются на субклеточном и клеточном уровнях. Нарушение последовательности биохимических процессов, т. е. “биохимического биоэнергетического конвейера” приводит к извращенному обмену в тканях и, как следствие, нарушению функции органов и тканей.

На сегодня считается доказанным, что в живых системах под генетическим контролем находятся все биохимические процессы, а скорость биохимических реакций (активность ферментов) связана с энергетикой клетки и энергетической организацией организма в целом.

С позиций биоэнергетики, нарушение нормального тока энергии в физическом теле изменяет его электромагнитное поле, приводит к блокаде его энергетических меридианов и перераспределению энергии в организме. В результате образуется где-то избыток, а где-то дефицит энергии, что приводит к формированию определенных клинических синдромов, к повреждению внутренних органов и систем, и, в конечном итоге, к развитию рака или аллергии. Но одно не исключает другого.

Достижения современной науки позволили понять биофизическую (биокибернетическую) сущность болезни, сложную иерархию функционально-энергетических взаимоотношений между органами и системами организма, значение информационно-энергетических нарушений в формировании скрытой доклинической стадии болезни, роль нервно-психического фактора и личностных особенностей индивида в формировании клинической картины болезни. Без совокупной оценки всего перечисленного не может быть излечено ни одно заболевание.

В свете этих знаний любую биоэнергетическую терапию можно рассматривать как метод энергетической коррекции, способствующий восстановлению энергетического гомеостаза организма. Любой физический фактор является естественным раздражителем для организма. По современным представлениям, физические факторы запускают и усиливают механизмы саногенеза, саморегуляции и самовосстановления. Санирующее действие физических факторов наблюдается лишь при *соблюдении принципа адекватности силы и длительности физического воздействия в соответствии с функциональными резервами больного организма и специфическими свойствами физической энергии.*

В последние годы появились доказательства, что многие методы немедикаментозной терапии имеют информационно-энергетический аспект действия: КВЧ-терапия, лазеропунктура, гальванический ток и лекарственный электрофорез, дозированные физические нагрузки и другие физические и природные факторы. Методами, действующими на энергоинформационном уровне являются также биофизические методы диагностики и терапии (метод Р.Фолля, биорезонансная терапия – МОРА-терапия, VEGA-test и др.), гомеопатия, фитотерапия, психокоррекция, наряду с диетотерапией и ЛФК.

Сложность патогенетических механизмов развития современных болезней обуславливает необходимость применения для реабилитации этих больных комплексной терапии с использованием сочетания всех методов и средств традиционной и нетрадиционной медицины. Причем, в острую и хроническую стадию болезни, преимущественно должны использоваться немедикаментозные методы коррекции нарушенного здоровья, а фармакотерапия должна в основном применяться в клинике острых и неотложных состояний.

Профилактическая направленность медицины должна быть ориентирована, прежде всего, на детское население с целью выявления доклинической стадии болезни и своевременной стимуляции систем саногенеза и самооздоровления. Именно стимуляция самооздоровления организма лежит в основе идеи холизма и холистического подхода к терапии.

Для успешного врачевания необходимо соблюдать *основные принципы современного лечения:*

– личностный подход к больному и соблюдение гиппократовского принципа – лечить не болезнь, а больного;

- принцип партнерства: врач – больной, врач – больной ребенок и родители больного ребенка, активная позиция всех по отношению к лечебному процессу;
- индивидуализация лечения;
- комплексность лечения;
- этапность лечения;
- длительное наблюдение за больным с целью управления механизмами саногенеза и контроля над симптомами болезни.

Комплексность лечения в аспекте психосоматической медицины:

- психодиагностика, психокоррекция, воздействие на микросоциальные факторы – должны являться неотъемлемой частью комплексной терапии;
- сочетание методов традиционной и нетрадиционной медицины на всех этапах реабилитации с целью воздействия на все уровни целостной биологической системы;
- медикаментозная терапия – использование только современных высокоэффективных лекарственных средств, по возможности, отдавая предпочтение гомеопатии (унитарной, комплексной, резонансной);
- использование адекватных методов контроля за эффективностью проводимой терапии;
- своевременное хирургическое лечение в случае структурных органических нарушений.

Без решения всех вышеперечисленных проблем и соблюдения изложенных принципов современного лечения невозможно осуществлять ни профилактическую направленность терапии, ни общемедицинскую реабилитацию больных любого профиля.

ПСИХОСОМАТИКА И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ

*Неправильно лечить глаза без головы,
голову без тела, так же, как тело без души.*

Сократ

1.1. Психосоматический подход в медицине

За последние десятилетия в жизни взрослых и особенно детей, вследствие урбанизации, сложности социально-экономической ситуации, учащения аномалий развития и воспитания, увеличения потока информации, повышения требований к формированию социальной зрелости, резко возросла роль психосоциальных факторов в формировании болезней, особенно тех, в патогенезе которых играют важную роль психоэмоциональные факторы. Отмечается неуклонное увеличение числа пограничных нервно-психических расстройств среди взрослых и детей.

В нашей повседневной жизни стресс неумолимо напоминает о себе огромным количеством инфарктов, инсультов, дистоний, неврозов, заболеваний желудочно-кишечного тракта, эндокринной и иммунной систем и другими нарушениями жизнедеятельности. Все перечисленные болезни относят к группе психосоматических, т.е. к болезням, связанным с состоянием психики, духовной сферы человека. "Трудные" психосоматические больные годами кочуют от врача одной клинической специальности к другой, и число этих больных имеет тенденцию к неуклонному росту. Повсеместное возрастание численности этих больных обуславливает необходимость поиска новых подходов к их лечению и разработки каких-то нестандартных путей решения этой проблемы.

В этиопатогенезе психосоматических расстройств наряду с психогениями участвуют многочисленные биологические и психосоциальные факторы, оказывающие влияние на личность больного и организм в целом. И для того, чтобы сформировать определённый взгляд на взаимоотношения между психикой и телом, между психическим и соматическим, адекватный современному уровню знаний, целесообразно проанализировать эту проблему в историческом разрезе. Это тем более важно, что на контингент психосоматических больных врачи тратят большую часть своего времени, однако далеко не все специалисты хорошо знакомы с особенностями психосоматических заболеваний у детей и взрослых. Профилактика же этих расстройств возможна лишь при своевременном выявлении детей и подростков, подверженных риску развития психосоматической патологии, что позволит предотвратить высокую заболеваемость взрослых.

Мы считаем, что врач любой специальности должен владеть "субспециальностью" – умением разобраться в личности больного, т.к.

только психосоматически ориентированный врач сможет предположить вторичность психосоматической патологии на основании анамнеза и анализа клинической картины болезни, что имеет значение для последующей лечебной тактики.

Термин "психосоматика" предложен в 1918 году К. Heinroth.

Психосоматика – это учение о тесной взаимосвязи самочувствия с психическим состоянием, настроением человека.

Интерес к психосоматике и психосоматическому подходу, наблюдаемый в мире в последние десятилетия, объясняется наличием огромного количества "функциональных" пациентов, соматические жалобы которых не подтверждаются данными объективных исследований и не поддаются общепринятым методам лечения. Всё чаще появляются исследования, подчёркивающие, что все заболевания следует считать психосоматическими, хотя, возможно, более целесообразно говорить о болезнях с психосоматическим компонентом.

Лурия Р.А. (1975) писал: "...нет только психических и только соматических болезней, а имеется лишь живой процесс в живом организме, жизнённость его и состоит в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону..."

Представление о существовании глубинных связей между переживаниями и здоровьем – болезнями человека относится к наиболее древним идеям медицины.

Ещё Гиппократ утверждал, что болезнь есть нарушение идеально-го равновесия между индивидуумом и окружающей средой, поэтому с античных времён гиппократовская школа Кносса рассматривала болезнь как расстройство отношений между субъектом и действительностью, отсюда понятие: человек болен – следует лечить не болезнь, а больного.

Существовавшая в Древней Греции школа первых анатомов Книда считала, что если есть патология органов, то, следовательно, у человека есть болезнь. Это органокалистическое понимание болезни человека было в какой-то мере подкреплено структурной (клеточной) концепцией Р. Вирхова, рассматривающего болезнь как патологию органов и тканей. И это представление легло в основу материалистического мышления и как следствие такого восприятия мира – механистически-детерменистское, причинно-следственное понимание развития патологии у живых организмов.

В традициях русской медицины всегда было глубокое внимание к психологии больного человека. Так, Мудров М.Я. в прошлом веке писал: "Зная взаимное друг на друга влияние души и тела, долгом считать заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело и почерпываются из науки мудрости, чаще из психологии".

В начале XX века стала господствовать теория психоанализа. Именно З. Фрейд соединил психику и соматическое, продемонстрировав важность эмоций в происхождении как психических, так и соматических расстройств. Он создал конверсионную модель психосоматических расстройств.

Конверсионные расстройства (потеря или нарушение физиологических функций, утрачивающих произвольное управление, вследствие психологических проблем) как бы разрешают психологические проблемы индивида, выражая подспудный конфликт символическим образом,

причём физическое расстройство не соответствует анатомическому распределению сенсомоторной иннервации.

Практически, введенные Фрейдом в лечебную практику психоаналитические идеи и психоанализ, как основное средство терапии, были первыми методами для систематического изучения человеческой личности. Он первым постулировал детерминизм психологических процессов, открыв тот факт, что наибольшая часть человеческого поведения определяется неосознаваемой мотивацией.

В дальнейшем (1940-50 гг.) доминирующей становится теория "*специфического эмоционального конфликта*", разработанная F.Alexander (1951) и его последователями. По представлениям автора, психосоматическое заболевание является физиологическим выражением хронического эмоционального напряжения, являющегося проявлением глубокого личностного конфликта и различной степени его вытеснения. Принципиально важным в этой концепции было выделение трёх основных типов вытеснения конфликта и соотношение психических расстройств и вегетативных нарушений.

1. *Истерические конверсии* (поверхностное вытеснение конфликта в бессознательное, эмоции частично и символически разряжаются; расстройства в зонах произвольной иннервации – невротические параличи, нарушение функции анализаторов).

2. *Вегетативные неврозы* (личностный конфликт вытеснен глубже, разрядка на уровне произвольной иннервации затруднена; напряжения проявляются в симптоматике вегетативных нарушений, функциональных нарушений систем и органов).

3. *Психосоматические заболевания* (конфликт вытесняется очень глубоко, в сферу бессознательного; напряжение изнутри постоянно деформирует вегетативную нервную систему, формируя психосоматическое заболевание).

По мнению F.Alexander, каждое эмоциональное состояние имеет свой физиологический синдром, поэтому одним из объяснений конкретной формы соматического заболевания психогенной природы является характеристика эмоционального статуса. Сдержанный гнев, подавленная враждебность, любые неотреагированные, не нашедшие выхода агрессивные тенденции личности, реализуются через симпатическую активацию и способствуют развитию таких заболеваний, как эссенциальная гипертензия, артриты, мигрень, диабет, гипертиреоз, тогда как заблокированные и нереализованные стремления к признанию и вниманию окружающих, удовлетворению сексуальных потребностей связываются с повышением активности холинэргических структур, способствуя развитию БА, язвенной болезни, язвенного колита и др.

Следующим этапом развития "психосоматической медицины" была теория "*профиля личности*" (F.H.Dunbar, 1943), согласно которой для определённой болезни специфично не только содержание аффективного конфликта, но и взаимодействие определённых личностных факторов и эмоционального конфликта. И если эмоциональный конфликт не получает соответствующего выражения, то хроническое напряжение выливается в сопутствующие хронические вегетативные сдвиги.

Долгие годы психосоматическая медицина базировалась на гипотетических предположениях, на субъективных впечатлениях и драматических описаниях отдельных случаев болезни. Развитие отечествен-

ной нейрофизиологии позволило поставить психосоматику на научную основу и перевести её в разряд точных наук.

Большой вклад в проблему понимания “целостности” организма внесли создатели теории нервизма Сеченов М.И. и Павлов И.П., доказывающие своими исследованиями роль нервной системы в соматических процессах. Реализация идей нервизма в отечественной медицине осуществлялась на базе кортико-висцеральной теории (Быков К.М., Курцын И.Т., 1960), доказывающей возможность развития грубой хронизированной патологии внутренних органов при первичном нарушении деятельности центральных регулирующих систем. Особое значение имело экспериментальное подтверждение того, что структурно-функциональные вегетативные нарушения, так называемые нейрогенные дистрофии, могут развиваться при расстройстве нейродинамики без регистрируемых изменений структуры регуляторных аппаратов. Экспериментально показано, что в некоторых случаях (при расстройстве регуляции) избирательная локализация патологического процесса в какой-то висцеральной системе, органе, цепи метаболических превращений во многом зависит от состояния исполнительных механизмов (“органов-мишеней”) в период пика центральных регуляторных нарушений.

Формирование зоны “повышенной ранимости” может зависеть от исходной дефектности “ранимых” висцеральных структур, связанных с генетическими, функциональными перегрузками или перенесённой органный патологией.

Доказательство возможности патологических реакций висцеральных систем на действие только условного сигнала, ранее сочетавшегося с повреждающими раздражениями, позволили Павлову И.П. высказать предположение, что вегетативные и эндокринные нарушения никогда не могут быть первичными, они лишь проявление эмоций и всегда носят условно-рефлекторный характер. И, действительно, элементарный условный рефлекс и опережающая действительность отрицательная эмоция человека имеют общую нейродинамическую основу – наличие реального сигнала с воспроизведением его последствий, зафиксированных в эмоциональной памяти. В эксперименте показано, что длительное нарушение высшей нервной деятельности сопровождается определённой динамикой постепенного формирования органического соматического заболевания: первоначально наблюдаются сдвиги на субклеточном уровне, что может сопровождаться колебанием активности органов, но постепенно нарастают явления дистрофии со стойким нарушением функции органа и ткани, что в дальнейшем может привести к некротическим процессам.

Кортико-висцеральное направление накопило достаточный экспериментальный материал, позволивший объяснить многие важные и необъяснимые с позиции психологии теоретические положения психосоматических взаимоотношений.

Важнейшим достижением отечественной нейрофизиологии является разработанная Анохиным П.К. *биологическая теория функциональных систем*. Согласно этой теории, все физиологические компоненты функционально объединены и от них идёт постоянная сигнализация в высшие нервные центры о необходимом действии с целью получения

приспособительной реакции, которая необходима в данный момент в интересах целостного организма. Мгновенная мобилизация функциональных систем в условиях целостного организма обеспечивает моментальное построение любых комбинаций в поисках запрограммированного результата для разрешения ситуации.

С позиций теории функциональных систем, любая качественно очерченная эмоция (гнев, радость, негодование и т.д.) рассматривается как целостная функциональная система с присущими ей интегративными процессами, объединяющими кору и подкорковые образования.

По Анохину, биологическим законом всех реакций, которые запускает эмоция, является стремление выжить – это самая древняя универсальная реакция живого на Земле. Эмоциональный сигнал производит почти мгновенную интеграцию всех функций организма, отсюда и мгновенная реакция приспособления (адаптации) на любую жизненную ситуацию, поскольку эмоциональный аппарат является наиболее чувствительным к действию экстремальных повреждающих факторов и первым вступает в стрессовую реакцию, что связано с вовлечением эмоций в архитектуру любого целенаправленного поведенческого акта. Эмоции запускают любой поведенческий акт и аппарат акцептора результатов действия, поэтому при несоответствии результатов этой реакции свойствам акцептора действия, возникает конфликтная ситуация, что усиливает эмоциональную напряжённость (Анохин П.К., 1972; Судаков К.В., 1981).

Комплекс поведенческих и физиологических реакций зависит от знака эмоции и от психосоциальной значимости полученного раздражения для индивида, хотя и состояние внутренних органов оказывает влияние на протекание эмоционального процесса. Напряжённое состояние, вызванное рассогласованием возможности достижения жизненно важных результатов, удовлетворяющих ведущие потребности организма во внешней среде, сопровождается нарушением гомеостаза организма, преимущественно гормонального. В конечном итоге, функция эмоций сводится, чаще всего, к повышению энергетических ресурсов организма, поддержанию контакта с внешними факторами, влияющими на индивида.

Любая эмоция формирует поведение индивида, и от того, стремится ли он поддерживать контакт или устранить от него, зависит знак эмоций: положительный или отрицательный.

Отрицательные эмоции часто сопровождаются длительными, иногда “застойными” последствиями эмоциональной перестройки, регистрируемыми на энцефалограмме, а положительные эмоции, хотя и кратковременны, но обладают важнейшей способностью – “смывать” электрофизиологические следы негативных переживаний.

По мнению М.Литвака (1993), человеку для благополучного существования необходимо воздействие трёх видов раздражителей: вызывающих *положительные эмоции* (способствуют оптимизации жизненного процесса) – 35%; *эмоционально-нейтральных* – 60%; *отрицательных эмоций* (способствуют мобилизации возможностей человека для преодоления сопротивления, и, тем самым, выполняют активационную функцию) – 5%.

Хроническое эмоциональное возбуждение отрицательного биологического знака создаёт угрозу суммации отдельных эмоциональных

процессов и генерализации повреждающего влияния эмоций на мозг и висцеральные системы, способствуя, тем самым, нарушению их физиологических функций. Поэтому функциональные соматические нарушения нельзя рассматривать как случайные явления, сопутствующие тревоге, страху, депрессии. Эти нарушения нередко являются следствием хронического эмоционального возбуждения, которое реализуется через кору мозга и подкорковые образования, а опосредующим звеном между ними является гипоталамус.

Эмоциональные состояния как бы наполняют человека определённой энергией, которая используется для мышечной активности, реализующей биологическое значение эмоций (борьба-бегство), но, если мышечная, поведенческая деятельность заблокирована, то энергия направляется на речевую продукцию, мысли, фантазии и всегда – на изменение "поведения" вегетативно-гуморальных систем.

Жизненный путь человека, начиная с детства, сопровождается длинным рядом ударов, невзгод, потерь и потрясений, в соответствии с которыми происходит скрытое накопление афферентных импульсов (их следов, памяти о них), зачастую, даже не осознаваемых индивидом, но создающих как бы предпосылку (по механизму формирования "настройки") для развития невроза и функциональных психосоматических расстройств. На этом фоне (в особенности у слабой, астенизированной личности) любое, казалось бы незначительное событие, но субъективно значимое для индивида, может стать исходным началом болезненных ощущений и расстройств. Эти пациенты, как правило, говоря о своих соматических жалобах, никак не связывают их с эмоциями. К психосоматическому заболеванию нередко приводит не тяжёлое потрясение, разом старящее человека на несколько лет, а хроническое психоэмоциональное напряжение (хронический стресс), который А.Крон в своём произведении "Бессонница" образно назвал "стресс-планктоном, подтачивающим древо жизни".

Стресс – это каждый ответ организма на любое действие окружающей среды (Н.Сelye, 1976.). Стресс по Т.Коксу (1981) – феномен сознания, возникающий при сравнении между требованием, предъявленным к личности, и её способностью справиться с этим требованием. Отсутствие равновесия в этом механизме способствует возникновению стресса и ответной реакции на него.

Понятие стресса в медицинскую литературу ввёл Н.Сelye (1936) и описал наблюдающийся при этом *адаптационный синдром*. В своём развитии адаптационный синдром может пройти три стадии: *стадию тревоги* (осуществляется мобилизация ресурсов организма); *стадию резистентности* (организм сопротивляется стрессору, если его действие совместимо с возможностями адаптации); *стадию истощения* (истощение запасов адаптивной энергии, наблюдаемое при воздействии интенсивного раздражителя или длительном воздействии слабого раздражителя, а также при недостаточности адаптивных механизмов организма). В связи с этим выделяют конструктивный – *эустресс* и деструктивный – *дистресс*.

Биологическое значение стресса определяется как процесс мобилизации защитных сил организма, т.е. начальный этап запуска и управления приспособительными процессами.

Эмоциональный стресс – состояние ярко выраженного психоэмоционального переживания человеком конфликтных жизненных ситуаций, которые остро или длительно ограничивают удовлетворение его социальных или биологических потребностей (Судаков К.В., 1986).

Психоэмоциональные стрессы значительно нарушают иммунный статус организма, что нередко сопровождается резистентной к терапии соматической патологией.

Высокая эмоциональность – наиболее характерная черта ребёнка. Он живо реагирует на любые позитивные и негативные изменения в его окружении, что имеет важное значение для его приспособления к изменяющимся условиям жизни. В большинстве случаев переживания ребёнка носят позитивный характер, но при определённых условиях могут играть и негативную роль, приводя к невротическим или соматическим расстройствам. Это наблюдается в тех случаях, когда сила эмоции достигает такой степени, что становится причиной развития эмоционального стресса.

Механизм эмоционального стресса складывается из продолжительного последствия, суммации извращённой реакции нейронов центральной нервной системы на нейромедиаторы и нейропептиды. При многократном повторении или большой длительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями, эмоциональное возбуждение может принять застойную стационарную форму. В таких случаях даже нормализация ситуации не ослабляет застойное эмоциональное возбуждение. Более того, оно постоянно активизирует центральные образования вегетативной нервной системы, а через них расстраивает деятельность внутренних органов и систем.

Чрезвычайная и крайняя ранимость вегетативной нервной системы обуславливают многообразие вегетативных реакций не только на интенсивные аффективные стимулы, но даже в ходе адаптации на слабые эмоциональные стимулы. К настоящему времени накоплено достаточно данных о вегетативно-гуморальных сдвигах при состояниях эмоционального стресса у практически здоровых людей: повышение систолического давления, учащение дыхания, пульса, изменение тонуса мочевого пузыря, моторной и секреторной активности пищеварительного тракта, липидного обмена, повышение свёртываемости крови, напряжение скелетной мускулатуры, приводящее к мышечным блокам, и другие физиологические проявления.

Синдром гипервентиляции можно рассматривать как пример острой стрессовой реакции, которая из эпизодической может превратиться в хроническую проблему индивида. Гипервентиляцию может спровоцировать и страх, в том числе страх, вызываемый настоящей одышкой. При этом гипервентиляция может сама по себе вызвать приступ бронхоспазма, если у человека имеется явная или скрытая гиперреактивность бронхов.

Аппарату эмоций свойственна избыточная мобилизация реагирующих систем, что может привести к нейтрализации стабилизирующего эффекта механизмов саморегуляции и эмоциональной перестройке деятельности внутренних органов. По мнению Судакова В.К. (1989), состояние психоэмоционального стресса приводит к усилению взаимодействия гипоталамических и ретикулярных структур, расстройству

корково-подкорковых (лимбико-кортикальных) отношений, что сопровождается повреждением и уменьшением активности нейромедиаторов, изменением чувствительности нейронов к трансммиттерам и нейропептидам и, как следствие – нарушение энергетического обмена мозга.

Нарастание возбуждения в гипоталамо-лимбико-ретикулярном комплексе мозга, регулирующем и координирующем деятельность вегетативно-эндокринной системы, становится стимулом для, так называемых, основных психосоматических осей стрессора: нейронных, симпатических и парасимпатических иннерваций кольцевых органов (при стрессе наблюдается не только эрготропная реакция, но и трофотропная), а также нейроэндокринных механизмов – адренокортикальных, соматотропных и тиреоидных.

Рассогласование деятельности вышеназванных структур и функциональных систем приводит к изменению нормального функционирования сердечно-сосудистой и дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, расстройству иммунной системы, изменению свёртывающей системы крови и т. д. У индивида возникает стереотип формирования психофизиологических реакций на различные стрессоры. Выбор поражаемого органа или системы будет определяться генетической предрасположенностью к нарушению, внешними факторами (инфекция, физические факторы и др.), структурами, участвующими в процессах физиологической реактивности, степенью вовлечённости органа в психофизиологическую реакцию. Именно от частоты, интенсивности и продолжительности активации органа зависит возникновение психосоматического расстройства (R.Sternbach, 1966; S.Lachman, 1972).

Клиническая картина функционального психосоматического заболевания складывается из “невроза” какого-то органа на фоне астено-депрессивного или субдепрессивного состояния.

Обобщая изложенное можно заключить, что эмоциональные стрессы по своему происхождению, как правило, социальны и устойчивость к ним у разных индивидов различна: одни – более предрасположены, другие – весьма устойчивы.

Развитие у индивида из-за эмоциональных расстройств клинически выраженных нервных или соматических заболеваний зависит от ряда условий, к которым, в первую очередь, следует отнести: *общую наследственно-конституциональную слабость, тип высшей нервной деятельности или тип личности, особенности вегетативного обеспечения организма, социальное окружение и характер стрессора.*

Индивид. Эмоции человека непосредственно связаны с чувствами и в совокупности являются системой, организующей осознаваемую и неосознаваемую деятельность человека в конкретных обстоятельствах жизни. Самое таинственное в человеке – это его духовный мир, что и делает человека труднопознаваемым объектом для науки. Психологическое и духовное в человеке достаточно многообразно по форме своего проявления. Чувства любви и ненависти, симпатии и антипатии, дружбы и вражды, признательности и неблагодарности порождаются опытом, системой человеческих отношений и имеют свою эмоциональную основу, формирующую настроение человека. Постоянное эмоциональное перенапряжение изменяет духовный мир индивида: у человека без видимых причин начинает превалировать негативное эмоциональное состояние, ухудшается настроение, развивается дисбаланс между положительными и отрицательными эмоциями.

Психические процессы – это динамическое отражение действительности, в частности, реального мира, окружающего человека, его собственного состояния, складывающегося из совокупности изменений, происходящих в организме и психике, информационных потоков, канализирующихся в него и ориентирующих его отношение к различным сторонам действительности. Психические процессы, хотя и можно рассматривать как результат работы мозга, однако их нельзя свести к чисто физиологическим процессам, поскольку они отражают особое качество человеческой активности, проявляющееся лишь в системе отношений и деятельности.

Духовная жизнь человека складывается из бесчисленных составляющих, отражающих всё многообразие окружающего нас мира, и, объединённая законами организации психологических реакций и человеческого поведения, составляет понятие *“личность”*.

Проблема личности – одна из основных в психологии. Личностный подход лежит в основе любого конкретного психологического и психосоматического исследования.

Человек – продукт природной и социальной эволюции, и поэтому развёртывание генетической биологической программы в процессе его становления сочетается с реализацией программы социального наследования, что, в конечном итоге, приводит к становлению развитой соматической организации – фенотипу с привычным типом реагирования на сенсорные стимулы.

При столкновении личности с неблагоприятной жизненной ситуацией возникает нервно-психическое напряжение. Раздражитель, вызвавший стрессовую реакцию, становится стрессором в силу того, какое значение ему приписывает личность. По словам Н. Selye, “имеет значение не то, что с Вами происходит, а как Вы это воспринимаете”. *Декомпенсация заболевания, в первую очередь, определяется болезненной реакцией личности на болезнь, и, во вторую очередь, самой болезнью.*

Allport W.O. (1937) – один из основателей “психологии личности”, считал личность динамической организацией тех психофизиологических систем в индивиде, которые обуславливают характерные для неё стереотипы реакций, отношений и способы приспособления к внешней среде. Личность со всеми её чертами формируется на базе основных свойств нервной системы человека – силы, уравновешенности и подвижности возбудительного и тормозного процессов.

Различие жизненных условий, воспитывающих человека, способствует развитию на базе врождённых свойств темперамента как положительных, так и отрицательных психологических качеств личности. Имеется большое количество исследований, в которых авторы обосновывают связь типов личности со склонностью к развитию определённых заболеваний (В.Н.Гарбузов, 1992г., M.Friedman, K.Rozenman, 1960).

Специалисты в области психогенетики показали, что как доминирующие свойства нервной системы, так и сомато-психические варианты конституции имеют генетические корни.

Важнейший вклад в современные представления о соматико-организменной базе психики внесли работы Блеймера М. (1954), Белкина А.И. (1985). В исследованиях авторов показано, что эндокринная

система является одним из звеньев единой нейро-гуморальной системы регуляции. Организацию поведения отдельных звеньев этой системы схематично можно представить следующим образом.

Гипоталамус – выполняет функцию висцерального мозга, регулятора всех вегетативных функций, всех жизненных процессов в организме, в том числе, и эмоциональных состояний – отсюда всё многообразие клинической симптоматики в висцеральных системах и органах. Чрезвычайная и крайняя ранимость вегетативной нервной системы обуславливают многообразие вегетативных реакций не только на интенсивный аффективный стимул, но даже в ходе адаптации на слабые эмоциональные стимулы.

Гипоталамус, обеспечивающий единство нервного и гуморального приспособительных механизмов, осуществляет регуляцию деятельности внутренних органов несколькими путями: через вегетативное нервное звено – симпатическую и парасимпатическую нервные системы (через адренергические, холинергические и пуринаергические передачи) и через нейроэндокринное звено, т.е. через гипоталамо-гипофизарную нейроэндокринную систему.

Активирующее влияние на эндокринную систему осуществляется особыми гипоталамическими структурами, обладающими способностями к нейросекреции релизинг-факторов, активирующих выброс тропных гормонов передней долей гипофиза, в частности, адренокортикотропного гормона – АКТГ, основная функция которого – стимуляция биосинтеза и высвобождения стероидных гормонов корой надпочечников.

На сегодня установлено участие ЦНС в регуляции гипофиз-адреналовой системы – ГАС, т.е. не только гипоталамус, но и вне гипоталамические области (центры лимбической системы, гиппокамп, ядра перегородки, передний гипоталамус и средний мозг) способны влиять на высвобождение АКТГ и кортизола. Следует отметить, что вне гипоталамические области мозга также включаются в регуляцию эмоционального ответа и двигательного поведения (агрессия, приём пищи и воды, половая функция...).

Как уже отмечалось, многие виды физического и психического стресса сопровождаются активацией функции ГАС, гипофизарно-надпочечниковой и симпато-адреналовой систем. *Состояние стресса может приводить к хронической и беспредметной тревоге и депрессии.*

Адекватная психологическая защита позволяет личности сопротивляться возможному развитию болезни, предотвращает дезорганизацию психической деятельности и поведения. Роль личностного адаптационного барьера, в какой-то мере, выполняют *стресс-лимитирующие системы организма*, препятствующие разрушительному действию стрессора и обеспечивающие психологическую защиту индивида, индивидуальную психическую адаптацию, возможность переработки психотравмирующего воздействия и модуляцию эмоционального поведения.

Активация опиоидергической стресс-лимитирующей системы повышает устойчивость к эмоциональному стрессу за счёт устранения нейромедиаторной интеграции отрицательного эмоционального возбуждения (Юматов Е.А., 1983).

Тесно связана с опиоидергической *серотонинергическая стресс-лимитирующая система*, активация которой (за счёт накопления серото-

нина в мозге при адаптации к трудным ситуациям) подавляет стрессовую реакцию.

Активация ГАМК-эргической стресс-лимитирующей системы подавляет агрессивность, упорядочивает поведение, предупреждает образование язв желудка и нарушение электрической стабильности сердца.

Повышение антиоксидантного статуса организма предупреждает стрессорные повреждения организма, обеспечивает адаптивное поведение в экстремальных ситуациях (Меерсон Ф.З., Пшенникова М.Г., 1988). По их же мнению, стресс-лимитирующие системы реализуются через активацию адренергической и гипофизарно-адренергической систем и, в конечном счёте, формируют активность функциональных систем, ответственных за адаптацию.

С распадом психологической защиты создаются благоприятные условия для патогенного воздействия эмоционального стресса и, как следствие, развиваются не только функциональные, но и органические расстройства. Тогда же создаются условия для развития "социопсихосоматики" – напряжения между личностью и средой, что и является основным фактором развития психосоматического заболевания (F. Labhardt, 1965).

В условиях стресс-активации воздействие кортикостероидов и АКТГ на клеточный механизм имеет свои особенности: эффект действия кортикостероидов на клетки-мишени висцеральных органов зависит от скорости синтеза и выделения гормонов, уровня их в крови, времени инактивации, а также от состояния внутриклеточных рецепторных структур, кортикотропин же, связываясь рецептором на клеточной мембране, активирует аденилциклазу, "встроенную" в мембрану, что приводит к увеличению цАМФ (Коркач В.И., 1979).

Исследования Белкина А.И. и др. (1985) подтверждают, что гормональные механизмы обеспечивают постоянство психосоматических переключений, причём динамика секреции тропных гормонов аденогипофизом под влиянием релизинг-факторов зависит от ситуации, особенностей личности и психического состояния человека, т.е. *многочисленные эффекты гормонов синхронизируются с психической установкой человека в сочетании с его активной деятельностью*. Нарушение гормонального равновесия (снижение тестостерона, повышение пролактина, отрицательный дексаметазоновый тест и др.) наблюдается при негативной установке, невозможности подчинить себе сложившиеся обстоятельства. Отступление от избранной линии поведения, психическая дезорганизация, как правило, сочетаются с нарушением гормонального равновесия и соматическими расстройствами (тахикардия, повышение АД, кардиалгия и др.). Активная же жизненная позиция, способствующая целенаправленной деятельности, приводит к нормализации эндокринного статуса.

Всё изложенное свидетельствует о *диалектическом единстве личности и организма, что и обуславливает необходимость изучения конкретных механизмов реализации соматопсихических и психосоматических взаимоотношений*.

Несомненно то, что врач любой специальности должен разбираться не только в личности больного, но и уметь понять, что недостаток доброй воли у пациента (имеется в виду активная жизненная позиция

в вопросе здоровье-болезнь) столь же серьезный дефект, как, например, и органический порок сердца. Это понимание особенно важно для педиатра, являющегося другом и наставником родителей больного ребёнка, так как система неправильного воспитания нередко сказывается на здоровье и на всей будущей жизни ребёнка.

Очень актуально в плане прогноза и построения курса реабилитационной терапии, понимание проблемы взаимоотношений личности и болезни – это, так называемая, внутренняя картина болезни (ВКБ). ВКБ – это субъективное восприятие болезненных нарушений, целостное отражение ситуаций заболевания в психике индивида, включающее все переживания и представления, связанные с заболеванием и его последствиями. Представление личности о собственном болезненном физическом состоянии и есть внутренняя картина заболевания. По Дж.Липовски (1969), болезнь может иметь следующие значения для личности:

1. Болезнь как препятствие, которое должно быть устранено.
2. Болезнь как враг, угрожающий целостности личности.
3. Болезнь как наказание за прошлые грехи.
4. Болезнь как проявление врождённой слабости организма.
5. Болезнь как облегчение.
6. Болезнь как стратегия приспособления к требованиям жизни.
7. Болезнь как невозвратимая потеря.
8. Болезнь как положительная ценность.

Автор считает, что существует 4 основных типа значения болезни: угроза, потеря, облегчение, наказание.

ВКБ является не только своеобразным психическим отражением болезни, но также способна влиять на все системы отношений личности, играя как позитивную роль организатора поведения, направленного на преодоление болезни, так и негативную, способствуя формированию пессимистических прогнозов, сопровождаемых отрицательными эмоциями (Смирнов В.М., Резникова Т.М., 1983).

Тип переживаний болезни (депрессивный, дистимический, фобический, ипохондрический, истероидный, эйфорически-анозогнозический), т.е. формирование патологической личностной реакции переживания болезни, меняет её субъективную симптоматику, осложняет течение заболевания различными вегетативными компонентами эмоциональных состояний (изменение гормонального фона, симпато- и ваготонические проявления, гипервентиляция и бронхоспастические реакции и т.д.). Эти нарушения не только отражают реальную перестройку тканевых структур в условиях того или иного заболевания, но и психологическую реакцию на заболевание. Они могут быть вегетативным проявлением эмоциональных расстройств невротического или психотического происхождения. Поэтому, при всяком несоответствии объективного и субъективного в болезни, нужно проводить тщательное психологическое обследование больного. Например, человек перенёс первый приступ БА. Как будет дальше развиваться болезнь? Сумеет ли больной самостоятельно преодолеть пережитый страх или останется навечно в плену у страха, поселившегося в нём во время первого приступа? От субъективного восприятия болезненных нарушений будет зависеть течение болезни, полиморфизм клинической симптоматики. Наличие выраженного психологического компонента в структуре за-

болевание будет способствовать расширению круга факторов, провоцирующих приступы БА и её эквиваленты, сокращению сроков ремиссии. Активная лекарственная терапия в этих случаях, как правило, успеха не имеет. Врачу, наблюдающему такого больного, необходимо понять, что в клинической картине болезни является выражением её реального анатомо-физиологического субстрата, а что дополняет соматическую картину заболевания в связи с активацией психической сферы больного. Наличие психологического компонента в текущем патологическом процессе предполагает и своеобразие терапевтической тактики – как правило, назначение методов психологической коррекции позволяет получить впечатляющие результаты лечения.

Личность больного должна изучаться всесторонне, это даст ключ к пониманию причин, препятствующих успешному выходу из роли больного. В этом аспекте понятно значение ВКБ для всего периода течения болезни, успеха лечения и реабилитации. Личностный резерв позволяет не только стойко переносить страдание, но и стимулирует скрытые резервы организма для преодоления болезни. Это подтверждают примеры В. Дикюля, Ю. Власова и др. Особенно пристальное внимание должно уделяться бессознательным психическим явлениям, главным образом, феномену тревоги (наиболее часто встречающемуся у детей), т.к. повышенную тревожность можно рассматривать как состояние предболезни.

Представленный обзор литературы о психологической и физиологической составляющих психосоматической проблемы свидетельствует, что психологические факторы существенно влияют на течение основного патологического процесса и их недооценка значительно снижает качество терапевтических мероприятий.

Психосоциальная переориентация медицины будущего, углублённое изучение вопросов участия психических факторов в развитии соматических заболеваний, отказ от нозологической зашоренности, несомненно будут способствовать повышению эффективности и качества профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий у больных с *функциональными и психосоматическими* заболеваниями.

Зарубежные психологи считают, что поесеместное внедрение психологических знаний в сознание общества будет способствовать улучшению генофонда нации.

1.2. Патогенез психосоматических расстройств

На современном этапе развитие теории психосоматических взаимоотношений характеризуется тенденциями к интеграции в системном анализе разноуровневых нарушений, выявляемых у больных.

Дальнейшее развитие медицинской психологии позволит уточнить роль психологических и социальных факторов в общей клинической патологии, изучить значение профиля личности в системе здоровьесостояния, а именно, при каких обстоятельствах, какие аспекты личности и каким образом влияют на здоровье, доказать взаимообусловленность (предопределённость) профиля личности и вероятность развития соматического заболевания. Всё это в целом позволит практической медицине не только повысить терапевтическую эффективность профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, но, что особенно важно, может стать действенной мерой профилактики психосоматических болезней в детском возрасте.

В настоящее время действует многофакторная открытая модель психосоматических болезней, психосоматического подхода к анализу психосоциальных вредностей, участвующих в развитии заболевания.

В широком смысле – этот подход охватывает проблемы конверсионных (истерических), соматогенных (вызванных болезнями внутренних органов), соматизированных психических и ипохондрических (сосредоточенное внимание на собственном здоровье) расстройств, реакций личности на болезнь, искусственно продуцируемые болезни (синдромы Мюнхаузена и Полле и др.).

Мы рассмотрим ориентировочную схему формирования психосоматических расстройств у детей, поскольку именно болезни детского возраста нередко являются начальным этапом формирования заболевания у взрослых. Поэтому во многих случаях профилактика этих расстройств у детей, способна предотвратить высокую заболеваемость взрослых.

Патогенез психосоматических расстройств складывается под влиянием многих факторов, которые в разной комбинации или в отдельности делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение или утяжеляют течение соматических расстройств. В качестве иллюстративного примера при изложении материала мы будем рассматривать аллергию и БА, т.к. это одна из самых распространённых болезней века уходящего и, по-видимому, века грядущего, нередко запускающая “порочный круг” соматической предрасположенности.

1. Неспецифическая наследственность и врожденная отягощённость соматическими нарушениями и дефектами.

Эти отклонения в здоровье могут быть вызваны хромосомными aberrациями, эмбриопатией, глубокой недоношенностью, внутриутробными поражениями мозга и плода. Само по себе патологическое течение родов может приводить к повреждению стволовых структур мозга, регулирующих функции респираторной системы, что способствует формированию бронхолегочной патологии (Балаболкин И.И., 1978; Бубнова И.В., 1986). Уже доказано влияние перинатальной патологии на формирование БА у детей.

Как следствие перенесённой перинатальной патологии, частота которой у больных БА достигает 81,1% (Бубнова И.В. и др., 1986), можно рассматривать органическое поражение ЦНС, которое проявляется наличием очаговой неврологической симптоматики, синдромом минимальной мозговой дисфункции, дизэнцефальным и гипертензионным синдромами. Для данной группы больных характерна ранняя манифестация БА и более тяжёлое её течение (Балаболкин И.И., 1978).

Интересны исследования Нэя П.Г. (1987) и других авторов, в которых показано, что вербальные обиды нанесённые ребёнку (плоду), переходят из поколения в поколение. Данные подобных экспериментальных исследований позволили за рубежом разработать целостную теорию о возможности положительного вербального влияния матери на плод, а в нашей стране легли в основу, так называемого, “духовного акушерства”.

2. Наследственное предрасположение к психосоматическим расстройствам.

Например, в семейном анамнезе у 85% детей, болеющих БА, встре-

чаются аллергические заболевания. В 70% случаев наследственной астмы имеет место передача болезни по половому признаку: от отца к сыну, от матери к дочери. По данным литературы, 30% детей, отцы которых болеют аллергией, заболевают аллергией, 50% – если болеет мать, 75% – если болеют оба родителя. Роль наследственного фактора при нейродермите – 66%, при экземе – 61%. Выявлена предрасположенность и при других психосоматических расстройствах: артериальной гипертензии, тиреотоксикозе, ревматоидном артрите, язвенном колите, язве желудка и др.

3. *Нейродинамические сдвиги.* Они могут быть первичными, возникающими в связи с теми или иными повреждениями структур мозга или функциональными расстройствами ЦНС. К примеру, на сегодня распространено мнение о возможной центральной природе бронхоспазма у больных БА. Патология бронхообструкции представляется в этом случае следующим образом: бронхоконстрикторная реакция является компонентом ориентировочно-оборонительной реакции на любое раздражение. Она отражает двигательную реакцию, являясь одним из факторов её обеспечения. Бронхомоторный тонус непрерывно меняется под влиянием сигналов, поступающих из ЦНС. Возможно, пароксизмальная активность головного мозга распространяется на стволовые структуры мозга, ответственные за регуляцию тонуса гладкой мускулатуры бронхов и, тем самым, повышается базальный бронхомоторный тонус. Повышенная реактивность гладкой мускулатуры бронхов может являться следствием высокого базального тонуса, поддерживаемого центральным звеном блуждающего нерва (Фадеева М.А. и др., 1986; Leff A., 1982; Ulmer W.R., 1983).

Изменения в деятельности ЦНС, по-видимому, способствуют накоплению аффективного возбуждения (тревоги) и напряжению вегетативной активности. Вегето-висцеральные пароксизмы у детей характеризуются комплексом вегетативных реакций, в которых преобладают сердечно-сосудистые нарушения, изменения в дыхательной системе (изменение ритма и глубины дыхания, изменение просвета бронхов, что субъективно воспринимается как ощущение стеснения в груди и удушье с затруднением вдоха), как желудочно-кишечные расстройства (Вейн А.М. и др., 1981; Коровин А.М., 1984).

Гипоксия, возникающая во время приступа бронхоспазма, может приводить к ухудшению ЭЭГ.

Нарушение метаболизма триптофана, вызванное экзогенным дефицитом витамина В₆ (при нарушении вторичного всасывания) является одной из причин развития аллергического гастроудоденита у детей (Фадеева А.М., 1986).

4. *Личностные особенности.* Развитие личности – это процесс, с раннего детства находящийся в зависимости от других людей, причинно значимых объектов. Ответственными за риск развития психосоматических расстройств являются такие стороны темперамента, как низкий порог чувствительности к раздражителям, высокая интенсивность реакций на внешние раздражители, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций. Отсюда характерны – замкнутость, сдержанность, недоверчивость, тревожность, сенситивность, склонность к лёгкому возникновению фрустрации и преобладанию отрицательных эмоций над положительными,

невысокий уровень интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью и установкой на достижение высоких результатов. Имеет также значение глубина осознания стрессовых событий и умение преодолевать жизненные трудности.

5. Особенности психотравмирующих событий и психофизиологическое состояние индивида во время действия психотравмирующих событий.

Психотравма включает в себя такие понятия как эмоциональная обида, словесное оскорбление, непрямая агрессия, выражающаяся в игнорировании нужд индивида, препятствующая развитию самоуважения и межличностных способностей. Сотрудники кафедры при Индианском Университете, изучающие психологические проблемы ребёнка, разработали список типов поведения, способных нанести психологическую травму ребёнку.

Отказ – непризнание, неверие или неприятие ребёнка, что нарушает развитие самоуважения ребёнка, его взгляда на будущее и на себя. Например, относиться к ребёнку не так, как к остальным его братьям и сёстрам (Золушка) или отказывать в помощи, совместных действиях. Такие дети с младенческого возраста демонстрировали вялые способности, были возбуждены, избегали контактов и привязанностей.

Унижение – спускание с более высокой ступени на более низкую, обесценивание, словесные оскорбления. Например, называть ребёнка “дураком”, “балбесом” или другими способами прилюдно унижать ребёнка. Такие дети в 2 года проявляют злобность, непослушание, безразличие, в 3,5 года – они гиперреактивны, имеют низкую самооценку и низкий уровень самоконтроля. Словесная обида, более чем другие виды психотравматизации, способна изменить взгляд ребёнка на мир, на себя. Это может быть вызвано тем, что ребёнку трудно защитить себя, поскольку нападки со стороны других формируют определённое отношение ребёнка к своей личности. Он переносит свой прошлый опыт травматизации на окружающую среду, от которой ожидает такого же отношения, у него появляется желание нанести вред себе или другим. Такие дети испытывают чувство безнадежности, кажутся злыми, несчастными, хотят убежать, хотя и не имеют чёткого представления куда и к кому. Дети, которым наносят словесные обиды, имеют тенденцию тем сильнее обвинять себя, чем сильнее вербальное воздействие и унижение.

Терроризирование – общение с ребёнком путём запугивания. Например, угрожать физической расправой или убийством, или оставлять ребёнка без присмотра.

Изоляция – отделять ребёнка от других. Например, запирают ребёнка одного в комнате или чулане на длительное время, или отказывать в общении со сверстниками.

Отказ в эмоциональном сопереживании, эмоциональном контакте – недостаток сочувствия и заботы, так необходимых для здорового социального и эмоционального развития ребёнка. Например, игнорировать ребёнка, не обнимать, не гладить, не целовать и не разговаривать с ним. Отсутствие эмоционального контакта в семье наиболее вредно для маленьких детей, т.к. нередко у них развиваются типы поведения, указывающие на психопатологию (нервозность, мазохистские наклонности).

Сложно определить эффект последствий от психотравмы, поскольку она не оставляет ни синяков, ни шрамов, но, наносимая в течении длительного периода времени, заставляет ребёнка терять веру в свои возможности и способности, создаёт в ребёнке "психологическую пустоту", которую трудно заполнить. Ребёнок чувствует себя одиноким, обездоленным и даже обозлённым. Последствиями психологического травмирования могут быть тошнота и рвота, задержка в развитии моторных и речевых способностей, апатия и безразличие. Эмоционально отвергнутые дети также проявляют признаки замедленного физического развития и нарушения речи. Дурные привычки, такие как привычка сосать палец, кусаться, раскачиваться, а также нарушения при приёме еды могут сопровождаться истерией, компульсивностью и ипохондрией.

События раннего детства оставляют глубокий отпечаток в нашем подсознании. Ребёнок, у которого низкая самооценка, который чувствует себя изолированным, лишённым поддержки, может стать человеком жизнеспособным, но будет постоянно мучим внутренним конфликтом.

Психическое травмирование в школе может выражаться в следующих действиях: а) словесных оскорблениях и унижениях; б) доведении до слёз криком; в) обзывании ребёнка "дураком" и "идиотом"; г) попустительстве по отношению к тем детям, которые издеваются над другими.

В психологическом исследовании Харта (1987) показано, что из 27 учащихся 3-го и 4-го классов у 17 наблюдались симптомы эмоциональной травмы. К таким симптомам можно отнести переходы от положительной к отрицательной самооценке (т.е. неустойчивость настроения), головную боль, боли в желудке, пропуски занятий, замкнутость и депрессию.

Слова – ярлыки и прозвища глубоко проникают в систему самооценки личности. Оценочные суждения типа "я плохой", "я никому не могу понравиться" начинают выражать действительное отношение к своей личности, а со временем могут превратиться в реальность. Очень важно помнить, что окружающие видят нас такими, какими мы видим себя сами.

Возникновение в момент психозмоциональной травмы чувства безысходности, неверия в свои силы, отчуждённости, отсутствие активности и предприимчивости неизменно приводят к заболеванию, тогда как активная жизненная позиция в отношении происходящего, уверенность в возможности управлять событиями и принимать ответственные решения (качества, воспитываемые в раннем детстве) повышают устойчивость индивида к стрессовым воздействиям. По мнению Herberson (1981), недостаточность социальных связей может служить причиной развития стресса.

По мнению Stark T., Blum R. (1986), большинство физиологических нарушений у детей имеют психологические истоки. Это, в какой-то мере, согласуются с исследованиями Петраш В.В. и др. (1987), которые выявили дифференцированную гемодинамическую реакцию на психозмоциональную нагрузку, что расценено авторами как проявление вегетативной дистонии лёгких. Как правило, у этих больных отмечались функциональные нарушения в подкорковых структурах головного мозга, клинические признаки неврозов.

6. Фон неблагоприятных семейных и других социальных факторов.

Психологию ребёнка невозможно оценить вне контекста семьи.

С раннего детства он ищет любви и поддержки в родителях. Забота и любовь необходимы не только для его выживания, но они порождают в нём любовь к жизни. От ребёнка невозможно скрыть враждебное или тренебрежительное отношение к нему членов семьи. Ребёнок чаще всего правильно оценивает создавшуюся дома ситуацию (выявить истинное положение ребёнка в семье можно с помощью простейших психологических проб, рисуночных тестов).

Нередко ребёнок связывает возникшие в семье трудности с собственными провинностями, отчего будет постоянно испытывать чувство вины и тревоги, а нередко и страх, что родители могут покинуть его, отказаться от него, поместить в детский дом.

Внутрисемейные конфликты в раннем детском возрасте, особенно между матерью и ребёнком, препятствуют развитию индивидуальности ребёнка, не позволяют ему открыто проявлять свои эмоции, делают его ранимым по отношению к эмоциональным стрессам (Jaklewicz, 1988), увеличивают риск развития психосоматического заболевания (G.Ammon, 1978). Наоборот, наличие прочной социальной поддержки благоприятно сказывается на сопротивляемости ребёнка к заболеванию (Marmot M.G., 1983).

Систематическое и безжалостное наказание ребёнка не проходит для него бесследно, а сочетание боли, соматических страданий с переживаниями обиды, страха, негодования, беспомощности, отчаяния от того, что самый близкий человек несправедлив и жесток, нередко приводит к психосоматическим расстройствам.

Р.Киплинг, глубоко переживавший в детстве лицемерие, непонимание и жестокость взрослых, которые едва не стоили ему полной потери зрения и разума, писал так: "... если детским губам довелось испытать полной мерой горькую чашу Злобы, Подозрительности, Отчаяния, то всей на свете любви не хватит, чтобы однажды изведенное, стёрлось бесследно..."

Изложенная выше информация, по нашему мнению, должна быть осознана каждым, т.к. все мы, в какой-то мере, повинны в нанесении друг другу психических травм. Иногда – это просто саркастическое замечание, которое унижает, обижает, причиняет боль.

*"Нет ничего на свете хрупче, так называемой души,
На ней любой незримый рубчик болит, как боль ни заглуши".*

Необходимо сосредоточить определённые усилия в области профилактики и коррекции психологической травмы, т.к. предотвратить ущерб ей наносимый гораздо легче, чем устранить его последствия. По всей вероятности, в обществе, помимо принятия закона, защищающего права ребёнка, права человека, необходимо создавать службы семейных психологов, главным направлением действия которых должно стать воспитание взрослых, поскольку самые сильные психотравмы наносятся ребёнку родителями, которые чаще всего сами в детстве страдали от этих же психотравм. Чтобы *сохранить здоровье общества и создать здоровые отношения* в нем, необходимо объединить усилия психологов, социологов, врачей-психоневрологов и психиатров. Особенно следует выделить *детей группы риска* и работать с ними как в семье, так и в дошкольных и школьных учреждениях.

Болезнь – это реализация в определённых жизненных условиях психического профиля личности, который у каждого человека индивиду-

лен и предопределён, главным образом, конституцией, наследственностью и особенностями личности, поскольку больной человек – это не только носитель больного органа, но и личность, функционирующая, в той или иной степени, в патогенной среде. Поэтому раннее выявление психологических особенностей личности, своевременная диагностика и психотерапевтическая коррекция нервно-психического статуса и нервно-психического механизма патогенеза заболевания, несомненно будут способствовать улучшению результатов лечения и облегчат социальную адаптацию многих пациентов.

Поскольку современная общемедицинская концепция реабилитации предполагает, что в лечебном процессе больной выступает не только как объект, но и как субъект наравне с врачом, то для успешной реализации реабилитационных программ необходимо учитывать индивидуально-психологические характеристики пациента, его концепцию болезни (ВКБ), отношение к болезни и к роли больного, к лечению, к близким и отношение семьи к заболеванию близкого человека.

Внедрение в лечебный процесс медицинской психологической диагностики личности особенностей индивида, позволит своевременно выявлять патологические механизмы психосоматического заболевания, его манифестацию, адаптивные резервы личности, что в свою очередь, позволит проводить адекватную коррекцию личностных реакций больного и будет способствовать улучшению результатов лечения.

1.3. Методы психодиагностического исследования

В повседневной практической работе можно использовать оптимальные для клинической практики психодиагностические методы, позволяющие выявить тревожную напряжённость обследуемого и наличие острой или хронической стрессовой ситуации, приводящей к разнообразным соматическим проявлениям.

В настоящее время существует огромное количество различных методов оценки психического состояния и психологических черт личности. Для полного охвата этой темы потребовалась бы целая книга. Поэтому мы просто вкратце рассмотрим те анкетные и рисуночные методики, которые, возможно, клиницисту покажутся наиболее подходящими для измерения психологических эффектов стрессовой реакции и с которыми, возможно, он захочет ознакомиться более подробно в соответствующих руководствах.

1. Детский личностный опросник Айзенка, позволяющий оценить базальные конституциональные черты и выявить эмоциональную неустойчивость, что проявляется, в большей степени, выраженности тревожности. Методика содержит 3 шкалы:

- экстраверсии – интроверсии;
- нейротизма;
- неоткровенности.

2. Личностный опросник Кеттелла (Cattell, 1972), дающий возможность оценить характерологические личностные черты, что позволяет судить о напряжённости, фрустрированности, о неуверенности и тревожности. Этот тест состоит из 187 утверждений, распределённых по 16 шкалам:

- замкнутый – общительный;
- менее интеллектуальный – более интеллектуальный;
- эмоционально-лабильный – эмоционально-стабильный;
- подчиняемый – независимый;
- сдержанный – импульсивный;
- непринуждённый – совестливый;

- робкий – авантюрный;
- грубый – деликатный;
- доверчивый – подозрительный;
- с конкретным мышлением – с творческим воображением;
- бесхитростный – хитрый;
- уверенный в себе – тревожный;
- консервативный – склонный к эксперименту;
- зависимый от группы – индивидуалист;
- недисциплинированный, с внутренней конфликтностью ;
- уравновешенный;
- расслабленный – напряжённый.

По сравнению с MMPI тест Кеттелла основывается на меньшем количестве статистических данных и он менее сложен для интерпретации данных, чем MMPI.

3. Миннесотский многофакторный личностный тест (MMPI), даёт возможность оценить влияние длительного стресса на структуру личности с определением личностных черт. Тест состоит из 550 утверждений, которые сводятся в основные 10 клинических шкал:

- 1) ипохондрия;
- 2) депрессия;
- 3) конверсионная истерия;
- 4) психопатическая девиантность;
- 5) мужественность – женственность;
- 6) паранойя;
- 7) психостения (тревожность, как черта);
- 8) шизофрения;
- 9) гипомания;
- 10) социальная интраверсия.

4. Тест диагностики состояния агрессии у подростков – А.Басса и А.Дарки, состоящий из 75 утверждений, которые помогают выявить 8 видов реакций агрессии и враждебности:

- 1) физическая агрессия;
- 2) косвенная агрессия;
- 3) раздражение;
- 4) негативизм;
- 5) обида;
- 6) подозрительность;
- 7) вербальная агрессия;
- 8) чувство вины.

5. Патохарактерологический диагностический опросник А.Е.Личко, состоящий из 25 вопросов, содержащих 25 тем, согласно которому можно выявить следующие типы акцентуации:

- 1) гипертимный;
- 2) циклоидный;
- 3) лабильный;
- 4) сенситивный;
- 5) шизоидный;
- 6) эпилептоидный;
- 7) истероидный;
- 8) неустойчивый;
- 9) астено-невротический;
- 10) психостенический.

6. Тест "Дом-дерево-человек" Дж.Бука – это проективная методика, позволяющая определить, что является наиболее важным для человека в его взаимодействии с социумом и в его представлении о себе.

7. Рисуночный тест "Несуществующее животное", показывающий самооценку и наличие дефектов в личностной сфере.

8. Рисунок семьи, позволяющий оценить взаимоотношения в семье и косвенно судить об эмоциональном состоянии обследуемого.

9. Тест выбора цвета – Люшера, помогающий выявить душевное беспокойство и его соматические проявления.

10. Тест-опросник по изучению активного самоуправления эмоциями, деятельностью, поведением, общением.

11. Метод незаконченных предложений, позволяющий выявить направленность поведения индивида и систему его отношений, состоящий из 60 незаконченных предложений, которые необходимо закончить.

12. Психоаналитически ориентированное интервью, позволяющее в личной беседе выявить осознаваемые и неосознаваемые обследуемым психологические проблемы.

13. Шкала социальной адаптации Холмса, показывающая в баллах сумму жизненных изменений, ведущих к хроническому стрессу и психосоматическим его проявлениям.

14. Шкала тревожности Спилберга-Ханина (STAI) – тест “Тревога как черта или состояние”.

15. Шкала детской тревоги Маккендлесса-Кастаньеда (CMAS).

16. Тест детской субдепрессии Бека (CDI).

В зависимости от тактики исследования и решаемых терапевтических задач применяется комплекс тестов из вышеприведенного набора психодиагностических методик, что позволяет определить степень тревожности, конфликтности, уровень претензий к семье и социуму, и возможность применения различных видов психотерапевтического и психоаналитического воздействия (приложение 1, 2, 3).

Помимо психодиагностических исследований, позволяющих судить об особенностях личности индивида, реакции этой личности на стресс, можно использовать простые диагностические тесты (индекс Кердо, коэффициент Хильдебранта и др.), позволяющие судить о функциональной активности вегетативной нервной системы при динамическом наблюдении за эффективностью проводимой терапии (Крупнова Л.К., Камзеев В.Д., 1992; Крупнова Л.К., Фазлеева Е.В., 1997).

Вегетативной нервной системе принадлежит важная роль в обеспечении жизнедеятельности организма, главным образом, в обеспечении различных форм психической и физической деятельности и в поддержании постоянства внутренней среды (гомеостаза).

Самые первые соматические проявления (изменение ЧД, ЧСС и др.) на действие любого раздражителя возникают благодаря быстрой реакции вегетативной нервной системы с передачей возбуждения в соответствующие структуры головного мозга. В сложной совокупности симпатическая нервная система осуществляет эрготропную функцию, активируя деятельность органов, а парасимпатическая – трофотропную, замедляя и нормализуя активность органов. Но любая патология сопровождается нарушением вегетативного равновесия в организме, т.е. нарушаются вегетативный тонус, вегетативная реактивность и вегетативное обеспечение различных форм деятельности.

Современная медицинская промышленность предлагает различные приборы, позволяющие регистрировать функциональную активность вегетативной нервной системы и осуществлять её исследование в динамике.

Практический врач в своей повседневной работе для определения исходного вегетативного тонуса использует интегративные показатели состояния сердечно-сосудистой системы – АД, ЧСС, а для дыхательной системы – ЧД в минуту, минутный объем дыхания, объем выдоха. Эти интегративные показатели дают представление о вегетативных взаимоотношениях внутри кардиореспираторной системы, а подставленные в определенные формулы, дают сравнительно полное представление об исходном вегетативном тонусе организма.

Исходный вегетативный тонус и вегетативная деятельность дают представление о состоянии гомеостаза организма, а вегетативное обеспечение деятельностью – об адаптационных возможностях организма.

Вегетативный индекс Кердо: $ВИ = (1 - \frac{D}{P}) \times 100$, где D – величина диастолического давления, P – ЧСС в минуту.

Трактовка результатов: при тенденции к вегетативному равновесию (эйтении) значение ВИ приближается к нулю; если преобладают симпатические влияния, то коэффициент имеет положительный знак, а если коэффициент имеет отрицательный знак, то, следовательно, повышен парасимпатический тонус.

Межсистемные взаимоотношения математически рассчитываются с помощью **коэффициента Хильдебранта (Q)**, представляющего собой отношение ЧСС к ЧД: $Q = P/D$, где P – ЧСС в минуту, D – ЧД в минуту.

Трактовка результатов: в норме коэффициент варьирует в пределах 2,8 - 4,9, что свидетельствует о нормальных межсистемных взаимоотношениях, а отклонение от этих цифровых показателей свидетельствуют о степени рассогласования в деятельности висцеральных систем, в частности, в кардиореспираторной системе.

Использование этих нетрудовых расчётов позволяет врачу ориентироваться в

направленности реакций вегетативной нервной системы (симпатикотонической, парасимпатикотонической, смешанной – дистонической) в процессе комплексной терапии и самолечения больного.

Вышеизложенная информация позволяет сделать вывод о необходимости наличия квалифицированного психолога в системе оказания медицинской помощи пациентам, страдающим психосоматическими нарушениями. Это позволит своевременно выявить особенности данной патологии в каждом конкретном случае, увидеть пути её устранения или адаптации к существующей действительности, изменить отношение родителей и родственников к близкому больному человеку, увидеть одно из возможных звеньев патогенеза заболевания в нарушении внутрисемейных взаимоотношений, что корректируется проведением семейной психотерапии, психоаналитически ориентированной терапии с пациентом и другими методами, так называемого, лечебного поведения.

Приведенные нами методики никоим образом не исчерпывают возможности различных видов психокоррекционной терапии, выходящей за рамки кабинетов психологов и медицинских учреждений. Большое значение при коррекции психосоматических нарушений имеют музыка-, эстето-, арт- и библиотерапия, в частности, те произведения, где проходит тема страдания, различных жизненных коллизий и их преодоления любимыми героями, великими людьми, что помогало их самоопределению, самоутверждению и развитию личности, созданию того фундамента, который является надёжной базой здорового психического развития.

Необходимо отметить, что поиск смысла жизни является одной из самых психотравмирующих проблем для здорового человека, а для больного – тем более. Поэтому, в оптимальном для своего внутреннего мира поиске выхода из психологически дискомфортных ситуаций, в решении жизненных проблем, человеку, в определенной степени, может помочь приближение к непреходящим жизненным ценностям, основанным на религиозном мировоззрении, вере в Бога (в Высший Разум, Высший Абсолют) согласно культурным традициям каждого народа.

Ребёнок, растущий в вере, верующий человек в минуты душевного смятения, когда эмоциональные стрессы и тревога становятся невыносимыми и начинаются психосоматические проблемы, всегда может найти убежище и избавление от душевных страданий в религии и в вере. Наши наблюдения показывают, что верующие люди (дети) легче поддаются психотерапевтической коррекции и быстрее для себя решают проблему смысла жизни, даже если их физическое состояние не совсем благополучно.

Еще Юнг К. писал, что психоанализ кончается тогда, когда человек приходит к вере, когда он находит почву под своими ногами, на которой можно снова жить, созидать, верить и самому вызывать доверие. Сама по себе торжественность религиозных церемоний – молитвы, звуки музыки, хоровое песнопение, особенности света и цвета, своеобразные запахи способствуют умиротворению человеческой души, снимают повышенную тревожность и возвращают “базальную” уверенность в себя и окружающих. Воздействие религии на больного человека способствует также восстановлению адекватной обратной связи между личностью и окружающей средой.

1.4. Психотерапия и восточные психотехники в системе реабилитации психосоматических больных

Психотерапия – это лечебное воздействие на психическую сферу пациента с помощью вербальных средств (бесед) в целях расширения количества видов поведения, доступных пациенту, и радикального изменения отношения к себе, своему болезненному состоянию и окружающей микро- и макросоциальной среде. Говоря о болезненных состояниях, при которых психотерапия дает особенно плодотворные результаты, уместно вспомнить слова Schultz J.H.: "Если психотерапия для общих заболеваний является скорее гостем, то патологическая группа невротиков ведет в её собственное царство, где чистая психотерапия обладает собственными исключительными и незаменимыми сокровищами". Особое внимание должно быть уделено применению психотерапии в педиатрии. Клиника детских болезней существенно отличается от медицины для взрослых. И одной из сторон этого отличия является своеобразие детской психики, что играет определённую роль как в возникновении, течении, так и в лечении болезненных состояний у детей. Поэтому методам психотерапии, используемым с целью профилактики психосоматических нарушений у детей, особенно в контексте семьи и внутрисемейных взаимоотношений, будет уделено особое внимание при дальнейшем изложении содержания главы.

Следует особо заметить, что сочетание методов немедикаментозной терапии с психокорректирующими воздействиями повышает эффективность реабилитационных мероприятий за счёт стимуляции механизмов самооздоровления организма.

В настоящее время в общей патологии различают следующие группы механизмов самовыздоровления:

- "аварийные", срочные, непродолжительные (в течение минут), неустойчивые защитно-компенсаторные реакции;

- относительно-устойчивые защитно-компенсаторные механизмы (фаза адаптации по Н.Селье., 1972) умеренной длительности (в течение дней, недель);

- продолжительные и устойчивые защитно-компенсаторные процессы, продолжающиеся месяцы, а иногда и годы. К этой группе механизмов относятся прежде всего пластические реакции ЦНС, способствующие приспособлению больного организма к внешней среде (социальные факторы нередко являются ведущими при формировании патологии), благодаря включению охранительного торможения в ЦНС, а также защитно-оборонительных (условных и безусловных) рефлексов.

Именно психотерапия, в первую очередь, направлена на выработку длительных и устойчивых защитно-компенсаторных процессов, благодаря целостному действию слова. Согласно рефлекторной теории, слова-раздражители формируют доминантный очаг или концентрированное возбуждение в определённой области коры большого мозга, что приводит к выраженной отрицательной индукции больных пунктов или очагов. И если нейролептические средства разъединяют синапсы "снизу", со стороны промежуточного мозга, то адекватная психотерапия производит десинапсию "сверху" за счёт специфической активации неокортикальных-субкортикальных областей (Völgyesi F., 1970). Принципы переработки информации в мозге характеризуются *способностью мозга к отбору только полезных сигналов*, основанной времен-

но на совпадении нового сигнала с уже известным (условно-рефлекторные связи) и способностью к быстрому "обзору" уже хранящейся в мозге информации. В соответствии с учением об информации (Анохин П.К. 1972; Shannen 1958, 1963 и др.), наш мозг представляет собой сложную кибернетическую систему с огромным количеством нейронов (порядка $\sim 10^{14}$), получающую, хранящую и перерабатывающую информацию из внешнего и внутреннего мира, что и лежит в основе свойства мозга отражать и познавать мир.

Процесс самооздоровления организма имеет свои специфические закономерности, свои механизмы и они связаны, прежде всего, с активностью и компенсаторной функцией ЦНС, что и обуславливает: высокую приспособляемость организма, широкий диапазон перестройки функциональных взаимосвязей и, наконец, пластичность тканей, органов и систем. В связи с тем, что кора больших полушарий является главным регулятором всей работы человеческого организма, то путём использования разных форм психотерапии можно воздействовать на психогенно обусловленные вегетативно-висцеральные нарушения через кортикальные и инфракортикальные области, т.е. на патологические нарушения функции внутренних органов (Рожнов В.Е. и др., 1965).

Итак, психокорректирующие воздействия должны быть направлены на стимуляцию защитных систем организма и усиление физиологических мер защиты против болезни, создание условий охранительного торможения в ЦНС, уравнивание процессов высшей нервной деятельности с условиями внешней среды, выработку нового динамического стереотипа, что в совокупности будет способствовать повышению жизненного тонуса всего организма.

Нередко больные обращаются к врачу в очень тяжёлом душевном состоянии, подавленные своими собственными представлениями о болезни, боящиеся осуждения со стороны окружающих и опасющиеся, как бы их не приняли за настоящих душевно больных. Но уже после первого посещения врача-психотерапевта, сумевшего расположить к себе больного, заслужить его доверие и установить с ним тесный душевный контакт, многие больные уходят умиротворенные, с уменьшением чувства внутренней напряжённости еще прежде, чем врач успевает предпринять какие-то лечебные мероприятия. Из этого следует, что для успеха психотерапии, независимо от формы ее применения, важное значение имеет личность и авторитет врача, доверительные взаимоотношения, устанавливающиеся между ним и пациентом.

Примечательно то, что почти сто лет тому назад Виктор Торнболь, рассуждая о сущности этой личностной силы, присущей каждому, в большей или меньшей мере, назвал ее *личным магнетизмом*, разумно используя который, человек может привлекать к себе расположение, доверие, дружбу и любовь окружающих его лиц. Это одна из непознанных до сих пор личностных возможностей человека, которую, однако, каждый может использовать в своём духовном совершенствовании, что послужит идее гуманизации общества, а в повседневной работе врача — популяризации принципов и путей формирования здорового образа жизни, решению проблем физического и психического здоровья современного человека.

Психотерапевт должен учитывать, что далеко не каждого пациента может удовлетворить внушаемое ему отношение к болезни, далеко не

каждому больному хочется избавиться от своего недуга, поскольку для некоторых *боли в сердце, камни в печени* и т.д. являются излюбленной темой, на которую они могут говорить долго и при любой возможности. Поэтому для этой категории больных психотерапевтом должен являться лечащий врач любой специальности, и, следовательно, при назначении психотерапии как лечебного метода, необходим тесный контакт в работе с врачом-психоневрологом, психотерапевтом, чтобы психотерапия шла неразрывно с соматическим лечением, иногда меняясь с ним местами.

Разумеется, психотерапия психосоматических больных должна быть индивидуально подобранной с учетом возможных патологических реакций, в частности, личностных реакций на болезнь, которая может иметь следующие варианты: 1) депрессивно-астенический; 2) тревожно-фобический; 3) истерический; 4) ипохондрический; 5) эйфорически-анозогнозический (по Рохлину Л.Л., 1976). При первых четырех вариантах имеется гиперболически-пессимистическая, патологически-эмотивная оценка своего заболевания, а при последнем – патологически беспечное, бережливое отношение к своему заболеванию. В случае выраженного эгоцентризма необходимо добиться перестройки психики больного в сторону социальных интересов, что отвлекает его от постоянного анализа и самокопания.

Как уже отмечалось, психотерапия является неотъемлемой частью любой комплексной терапии. Известный психотерапевт страны Платонов К.И. делит психотерапию на большую и малую.

Большая психотерапия использует специальные методы лечения, которые проводятся врачами, имеющими специальную подготовку. Повышает эффективность психотерапии лечение *электросном*. Потенцирует гипносуггестивные методы, к примеру, *аэрофитотерапия* в виде ингаляции аэрозоля из настоя следующего сбора трав: полынь горькая – 3 части, тимьян ползучий – 2 части, душица обыкновенная – 2 части, мята перечная – 1 часть. Настой распыляется в помещении, где проводятся сеансы психотерапии или лечение электросном в сочетании с внушением.

Малая психотерапия имеет цель активного психотерапевтического воздействия на больного в процессе лечения – это соблюдение медицинским персоналом, так называемой, “психической асептики” во избежание возникновения психотравмирующих больного ситуаций. Любой сотрудник лечебного учреждения должен быть обучен умению словом и поведением воздействовать на пациента с целью потенцирования действия лечебного комплекса. Сотрудники отделения восстановительного лечения должны также владеть методикой психотерапевтического опосредования и потенцирования физио-бальнотерапевтических процедур. Медицинская сестра должна оберегать авторитет врача, всячески его поддерживать и поднимать в глазах больного, должна знать и постоянно поддерживать среди больных психотерапевтические установки лечащего врача.

Существует много методов и форм психокорректирующего лечения, некоторые из которых рассмотрены ниже. Однако при любой форме психотерапии необходимо в самом начале лечения убедить больного, что для выздоровления нужно запастись терпением и мобилизовать все свои силы на борьбу с недугом.

1.4.1. Аналитически ориентированная психотерапия

*Будь тем, чем ты кажешься,
или кажись тем, что ты есть.*

Джалаладдин Руми

Основные положения этого метода будут рассмотрены в контексте профилактики некоторых психосоматических нарушений у детей и взрослых.

Для многих психосоматических больных, в частности, страдающих респираторной или дерматореспираторной формой аллергии, характерны такие состояния, как *алекситимия* (трудность в описании чувств и ощущений на фоне нарушенной коммуникации в социуме, особенно в плане их вербализации), *символическая конверсия* (расстройство функции органа, вследствие вытесненного аффективного конфликта), *нарушение взаимоотношений с первичными объектами в раннем детстве* (мать-дети-отец). У детей, страдающих нейродермитом, усилены определённые черты личности: *гипертимность* (снижение активности, инициативы, пессимизм), *сенситивность* (склонность к чрезмерным реакциям в области эмоций, чрезвычайно чувствительны к отношениям, нуждаются в сочувствии, сопереживании), *дистимность* (снижение настроения, что формирует особый поведенческий облик), *инертность аффекта* ("застывание" на однажды возникшей эмоции), *педантичность*. Как правило, у детей, страдающих аллергическими болезнями, выявляются хронический стресс, повышенная тревожность, разочарование, невозможность найти выход из создавшейся ситуации, желание покоя и разрешения проблем помимо их участия.

Поэтому большинство исследователей, занимающихся исследованием особенностей личности, в частности, больных аллергией, приходит к выводу, что необходимо как можно ранее дифференцировать, что в структуре личности больного является врождённым, конституционально обусловленным, а что приобретено в результате рассогласования между внутренним миром ребёнка и окружающим социумом, чтобы своевременно начать психокорректирующую терапию. Общим для этих детей является *повышенный уровень нейротизма, развитие в невротических семьях*, а пусковым звеном в манифестации заболевания обычно является сумма тех или иных стрессовых моментов.

Cazzullo, Muzetti (1994) считают, что такие моменты, как овладение символом, перекодирование представлений в вербальную форму, обусловленные отношениями в диаде мать-дети, и "расковывание эмоций" при одновременном "наложении уз" на беспорядочную сверхактивность, должны приводить к тому, что ребёнок может осознать собственные возможности и научиться ясно воспринимать людей и окружающие его вещи, что нередко нарушено при выраженной клинике психосоматического заболевания. Мать обычно "без слов" понимает, что "хочет сказать" ребёнок – любые жесты, изменение мимики, самостоятельно сложные слова обретают значение символа.

Согласно теории объектных отношений (Stern D.N., 1989), существует модель отношений родитель-ребёнок-терапевт и нарушенные взаимоотношения в системе мать-ребёнок будут переноситься и на контакты с терапевтом.

Emde N.R. (1988) считает, что ребёнок способен построить символы, обращаясь к эмоциональной памяти, Kohut (1971) важнейшим патогенетическим моментом признает неудачу попыток установления эмпатической связи с близкими и неспособность сообщить о своём эмоциональном состоянии окружающим. Klein M. (1955-1959) представляет, что вербализация грёз новорождённого приводит к развитию бессознательного языка, что в очередной раз свидетельствует о необходимости эмпатического понимания ребёнка без выражения этого словами. Так, Z.Freid (1891) считал, что существуют чувства, которые не удаётся облечь в слово. В то же время Klein M. полагала, что игру ребёнка можно интерпретировать так же, как свободные ассоциации у взрослого. Предметная игра позволяет ребёнку представить мир своих внутренних объектов и по ходу игры выстроить сценарий собственной жизни, пронизанный его фантазиями. Игра также выполняет функцию сопротивления выражению конфликтов. Персонификация фигурок позволяет выявить защитный механизм ребёнка. Ребёнок не формирует, а «проигрывает» свои фантазийные продукты.

Kreisler L. (1994) определил, что психосоматическая патология означает органические расстройства, в генезе и эволюции которых усматривается преобладающее участие психологических факторов.

Бесперебойное функционирование психики при здоровой устойчивой эмоциональной конституции служит надёжным защитным механизмом, препятствующим психосоматической дезорганизации. Marty P. (1963) считал, что вследствие серьёзных дефектов в умении владеть бессознательной символикой, некоторые люди не способны интегрировать психическую травму путём ментализации. Бессознательные импульсы, лишённые возможности быть переработанными и выраженными через психику, направляются по «подземному ходу» телесных органов. Тело есть мишень, по которой плохо контролируемые эмоции бьют прямой наводкой. Marty P. (1968) также выделил эссенциальную аллергическую структуру личности. Он считал, что для истерика тело – инструмент символического выражения, а в психосоматической клинике тело – жертва подавляемых импульсов. Один говорит со своей плотью, другой страдает в своей плоти. Предсознание, находящееся между бессознательным и осознаваемым, в зависимости от его эмоционально образного содержания, гибкости и упорядоченности может приводить к патологии психики или соматики.

Центральную проблему соматизации составляет способность возбуждать возбуждение. Имеются три пути канализации возбуждения: ментализация (способность к формированию представлений, которые регулируют энергии, связанные с инстинктами и эмоциями), поведение и соматические проявления. Богатство представлений, запечатлённых первичным бессознательным, зависит от материнской функции. Она же имеет важнейшее значение для приобретения вербальных (словесных) представлений. Способность субъекта воспринимать собственные чувства – одно из основных представлений, которое приобретается в возрасте 3-4-х лет, за ним впоследствии приходит способность угадывать чувства других людей. При отсутствии подобного представления развивается алекситимия – неспособность воспринимать чувства.

Психодинамическая психотерапия (ориентированная на психоана-

лиз) акцентирует внимание на воздействие прошлого опыта, на функционирование защитных механизмов и трансфертных реакций пациента (особенно при общении с ним), которые приобрели постоянную повторяемость в его поведении. *Цель* – выявление характерных повторяющихся проблем. *Намерение* – достижение изменения поведения. *Технические приёмы*: терапевтический альянс, свободное ассоциирование, интерпретация защит и трансферта, достижение инсайта.

Защитные механизмы: вытеснение, отрицание, формирование реакции, перемещение, обратное чувство, подавление, идентификация с агрессором, аскетизм, интеллектуализация, изоляция аффекта, регрессия, сублимация; *примитивные механизмы защиты* в виде: расщепления, проекции, проективной идентификации, всемогущества, девальвации, примитивной идеализации.

Существует две точки зрения на роль психологической защиты:

- 1) необходимость оптимизации защит, адекватных личности;
- 2) необходимость срыва имеющихся защит и формирование конструктивных способов выхода из ситуации.

Современный психоанализ считает систему защиты адаптивным механизмом. Если они не эффективны – возникает патология психики. При неврозе – вытеснение настолько сильно, что оно в скрытой форме в виде симптомов возвращается в сознание, а точнее – в поведение.

Фрейд А. (1961) выделила две группы защит: 1) борьба с внутренней угрозой; 2) борьба с внешней угрозой. Каждому механизму первой группы соответствует подобный механизм второй группы.

Наан N. (1965) выделил 10 общих механизмов ЭГО, каждый из которых может выступать в двух вариантах: защитном (направленным во внутрь) и совладающем (направленным во вне). Эффективность техники той или иной защиты обычно определяется ситуацией.

Murphy L.B. (1962) ввёл понятие “совладание”, чтобы описать приспособление детей к требованиям, предъявляемым им в процессе кризисов развития. Механизм совладания является более адаптивным, чем механизм защиты. По мнению Наан N. (1965), критериями механизмов совладания являются: гибкость, устремлённость в будущее, реализм, осознанность действия.

Sgoback H. (1973) и Загерицкий Р.А. (1980) считают, что механизмы защиты характеризуются: иллюзорностью и пассивностью, генерализованностью, ригидностью, ситуационной неадекватностью, подчинённостью принципу удовольствия, близорукости.

С точки зрения теории объектных отношений существует три аспекта психических взаимоотношений:

1. Представление человека о другом – репрезентация объекта, того, что окружает человека и может привлечь его внимание.

2. Представление человека о самом себе.

3. Эмоции, аффекты, возникающие при представлении о себе, о другом и возникающих между ними взаимоотношениях. Эти представления развиваются с самого рождения до 18 лет и подразумевают под собой механизм интроецирования, интериоризации образов других.

По структуре “Я” различают два этапа:

1. Этап безобъектных отношений – доамбивалентный (с 8 до 24 месяцев): объект – хороший или объект – плохой, “Я” – хороший или “Я” – плохой, эмоции – хорошие или эмоции – плохие.

2. Этап объектных отношений: хороший объект – плохой, хороший “Я” – плохой.

Одна и та же мать начинает восприниматься в виде двух совершенно разных объектов, т.е. мир населён или очень хорошими феями или очень злыми колдуньями. В “Я” существует два разных человека и тогда в ход могут вступить механизмы расщепления. Ребёнок не может воспринять хорошую мать, как способную причинять неудобства, возникает страх потери хорошего объекта, как страх потери самого себя.

Психосоматические расстройства являются нарушением интеграции “Я” на уровне пограничных расстройств психики. Это происходит в возрасте с 8 месяцев до 1,5-2-х лет в фазе индивидуализации сепарации, в периоде становления речи.

До 1 года в психике нет константного образа объекта, целый объект возникает только к концу 1-го года. Лица с психосоматическими нарушениями, с нарушением интеграции “Я” идентифицируют себя лишь со своей положительной частью, фактически отрицая негативные стороны своей личности. Они гиперсоциальны, самооценка и поведение их могут не совпадать.

До 2-х лет, в силу усиленной симбиотической связи между ребёнком и матерью, когда преобладает невербальное общение – взгляды, ужимки, жесты – всё это фиксируется, дети приобретают состояние алекситимии, у них возникают трудности в словесном выражении переживаемых чувств и ощущений.

При переходе на амбивалентную стадию развития (с 1,5-2-х до 3-х лет) – фаза сепарации индивидуализации – происходит первичная интеграция, возникают диадные отношения. Ребёнок защищается от негативного восприятия матери расщеплением. Чем меньше при этом фрустрация, тем больше преобладают механизмы вытеснения.

С 3 до 6 лет (в эдипальную фазу) возникает стадия триадных отношений. Происходит интеграция представлений о себе в виде полового самоосознания, интеграция себя в полоролевых отношениях. При этом происходит амбивалентное ощущение другого и амбивалентное ощущение самого себя, отождествление себя и в хорошем, и в плохом поведении.

В латентную стадию (с 6 до 12 лет) происходит осознание границ самого себя и объекта, родительские нормы интроецированы во внутрь, происходит отказ от эдипового объекта, что сопровождается разочарованием и потерей хорошего объекта.

Конфликт амбивалентности – Рапрошман-конфликт циклически повторяется в развитии человеческой личности, но даже при его удачном разрешении оставляет глубокий след формированием амбивалентного образа объекта и, соответственно, самого себя. Возникает способность к релятивизму, относительности, ребёнок становится способным принимать непринимаемое, разрешать неразрешаемое, становится способным уживаться с неуживаемым. Впервые это случается в возрасте свыше 2-3-х лет.

Психосоматический пациент не способен понять свои чувства, он может отследить повторяемость событий, происходящих в его жизни, но, вследствие нарушения интеграции собственного “Я” и вследствие потери способности отождествлять себя с положительными или отрицательными чертами личности, он ощущает, но не отождествляет са-

мого себя с этим негативным “Я”. В психоаналитической практике это может проявиться в виде расщепления образа аналитика на хорошего и плохого, что сопровождается то идеализацией, то отрицанием личности аналитика. При многократном повторении этого опыта с осознанием этого процесса психосоматическим больным происходит интеграция объекта, что позволяет пациенту, научившись интегрировать образ аналитика, научиться интегрировать образ самого себя, что ведёт к интеграции “Я” и возможности вербального ответа на воздействие среды.

Пациент с расщеплённым ЭГО не знает своих чувств, его необходимо научить чувствовать и выражать словесно, а не телесно свои ощущения, научить не реагировать болезненным состоянием как защитной реакцией личности. Нарушение объектных отношений подобного рода формируется во взаимоотношениях с первичными объектами, и чем сильнее совпадает вторичная ситуация с первичной, тем сильнее происходит дезинтеграция личности с последующей патологической организацией. Специфические стрессовые ситуации ведут к регрессии и к проявлению типичных защитных реакций для нарушенных объектных взаимоотношений, соответствующих данной фазе развития, в виде манифестации симптоматики соматического заболевания.

Если совершенно утеряна способность вербально выражать свои чувства, а есть только возможность психосоматического их выражения, следует проследить за поведением пациента, за вегетативными проявлениями, отыгрыванием ситуации на анализе или в жизни. Следует увидеть особенность взаимоотношений со вторичными объектами с последующей проекцией выявленной модели на взаимоотношения с терапевтом во время сессий.

Алекситимия достаточно затрудняет процесс психоаналитической терапии у психосоматических больных, особенно страдающих БА. Нам думается, что телесноориентированные методы психотерапии, которые открывают телесный и эмоциональный опыт пациента, могут усилить способность к вербализации чувств и телесных ощущений, что при дальнейшем словесном прорабатывании этих ситуаций и ощущений, может способствовать усилению воздействия неоклассической психоаналитической терапии, базирующейся на теории объектных отношений в поддерживающем режиме. Чувство тревоги, присутствующее у многих больных, не требует совершенной её ликвидации, но так как при этом эмоциональный контакт с людьми обычно резко обедняется, то окружающий мир начинает ощущаться как потенциальная угроза, что способствует выработке “защитно-агрессивного стиля жизни”. Для уменьшения тревоги у психосоматических больных, страдающих поражением дыхательной системы, требуется применение интеграции физических движений с дыханием и голосом, а также с тактильной стимуляцией. Перенесённые жизненные стрессы также требуют эмоционального отреагирования в виде катарсической психотерапии по Брейеру-Фрейду.

Райх В. (1949) в *телесноориентированной психотерапии* применяет специфические манипуляции, направленные на раскрытие блоков или кругов мышечной брони, препятствующих нормальному психофизиологическому эмоциональному отреагированию: глаза, рот, шея, грудь, диафрагма, живот, таз – используя глубокое дыхание, мануальные воздействия в виде давления и массажа на мышечные зажимы, вер-

бальный эмоциональный контакт в виде проработки эмоционального материала. Поскольку эта методика противоречит принципам психоаналитической терапии, предусматривающей отсутствие физического контакта между пациентом и психоаналитиком, телесноориентированная психотерапия может быть рекомендована как предварительная терапия перед психоанализом и должна проводиться другим терапевтом.

Достаточно часто дети, страдающие респираторной аллергией, испытывают улучшение, если их разлучают с матерью. Состояние "parentectomy" подтверждает воздействие семейных конфликтов, взаимоотношений с матерью на происхождение и манифестацию аллергии. В частности, это проявляется как агрессивная реакция ребёнка на наличие фрустрации со стороны матери в принятии его и надлежащем уходе за ним, при имеющейся сильной бессознательной потребности в защите и ласке со стороны первичного объекта, что является ядром внутреннего психодинамического конфликта (Ф.Александр, 1950).

Minuchin S. (1978) считает, что госпитализация детей, больных гормонозависимой астмой или неврозом, приводит к выраженному улучшению: стабилизации показателей дыхания у астматиков, улучшению общего состояния у детей с неврозом. Семейная же терапия сокращает частоту госпитализации в среднем с 12 до 1 раза в год. Кристи-Сили Д. (1991) пишет, что внутрисемейные неурядицы могут снижать сопротивляемость организма к инфекции. Улучшение же взаимоотношений в семье, преодоление кризисов, предупреждение стрессовых ситуаций, по мнению Селье Г. (1983), снижает вероятность заболевания, поскольку правильная ориентация семьи повышает ответственность за сохранение здоровья и улучшает исход заболевания.

Психотерапия у детей, по мнению Каплана Г.И. (1994), сопровождается необходимостью работы с родителями, поскольку это отражает реальность зависимости ребёнка от родителей, от их внутренних взаимоотношений. В настоящее время считается, что ребёнок – это посланец семьи в клинику и поэтому при наличии в семье ребёнка, болеющего психосоматическим заболеванием, в частности, бронхиальной астмой, аллергодерматозом необходимо работать со всей семьёй, а не только с ребёнком.

Часто психотерапия с ребёнком начинается самопроизвольно, во время контакта с врачом, даже без настоящей поддержки со стороны родителей, т.к. больной ребёнок обычно вызывает фрустрацию у родителей, вследствие несбывшихся идеальных представлений о собственных детях, что вызывает неосознаваемую злобу по отношению к больному ребёнку. Желание выздоровления ребёнка может быть достаточно противоречивым из-за имеющегося желания социальной и психологической реабилитации в глазах окружения и из-за проблем, которые уже вызвало его заболевание в семье.

Существует утверждение, что все дети, здоровые или больные, в ранние годы могут извлечь пользу из анализа, поскольку *аналитическая деятельность*, как считает Фрейд А. (1995), *действует как воспитательная и развивающая помощь при решении циклически возникающих внутренних конфликтов*, разрешение которых переводит личность на более высокий уровень. "Аналитик может прийти на помощь детскому "Я" в его внутренней борьбе и при благоприятных обстоятельствах эта помощь охотно принимается ребёнком."

Родители, к сожалению, верят скорее в эффективность изменений в окружающем мире (смена школы, устранение от "плохого общества"), чем в изменения в самом ребёнке, что может приводить к прямому бегству от решения внутреннего конфликта. Подобные механизмы защиты как больного ребёнка, так и его родителей, могут вызвать противодействие психоаналитическому лечению. Лишь там, где доверие к взрослому достаточно большое, ребёнку хватает мужества подвергнуть себя анализу, поскольку ребёнок видит аналитика как взрослое лицо, являющееся для него авторитетной фигурой, что позволяет применить элементы суггестии, внушения в анализе и успокоить внутренний страх.

Игра ребёнка используется в детском анализе как замена метода свободных ассоциаций во взрослом анализе, поскольку игра – это то, что "понарошку", в игре событие проигрывается, а не происходит по-настоящему как в жизни, поэтому во время игры происходит временное освобождение от чувства тревоги, вины. Игра даёт свидетельства желаний и тревог, беспокоящих ребёнка. Райкрофт Ч. (1995) пишет, что игры, которые придумывает ребёнок с игрушками, данными ему психоаналитиком, служат свидетельствами, выявляющими природу бессознательных фантазий ребёнка.

Практически каждый пациент, так или иначе, навязывает аналитику специфическую технику психоанализа, исходя из своей собственной индивидуальной патологии, что и позволяет в дальнейшем выявлять имеющиеся нарушения.

1.4.2. Семейная психотерапия

Есть мнение, что ребёнок, лишённый в своём первичном развитии (в первые три года жизни) нормального прохождения стадий психосексуального развития, неудовлетворительно решивший для себя Раппрошман-конфликты, приводящие впоследствии к развитию психосоматических нарушений, нуждается в проработке его симбиотических отношений с матерью и должен получить компенсацию себе материнским объектом за произошедшие лишения. И решить это можно лишь индивидуальной работой с психотерапевтом в виде положительного решения сепарационных тенденций, восстановления нарушенных взаимоотношений с первичным объектом – матерью, переходом от символического психосоматического предъявления желаний и имеющихся проблем к их вербализации, озвучиванию их с последующим благополучным разрешением.

В исследованиях психологов отмечается, что нередко выздоровление хронически больного во многом зависит от отношения к нему ближайшего социального окружения – семьи, школы, сверстников, коллектива, от его отношения к своей болезни (ВКБ) и внутренней психологической ориентации на выздоровление. Многие исследователи отмечают влияние внутрисемейного психологического климата на протекание болезни ребёнка и его психологическую установку на выздоровление. Во многих случаях хронические формы аллергии являются следствием отчасти сознательного, а в большинстве случаев бессознательного, в высшей степени амбивалентного, сверхзаботливого отношения к больному в семье. Взаимоотношения в семье влияют на манеру поведения ребёнка-взрослого и бессознательные стимулы. Например,

амбивалентность к основным членам семьи – отец, мать, сёстры, братья – может принимать причудливые формы. Бунт против собственной болезни время от времени превращается в бунт против чрезмерной опеки окружающих, что может привести к развитию саморазрушающих тенденций. Эти пациенты, конечно же, испытывают огромное желание выздороветь, поэтому они готовы постоянно лечиться, озабочены поиском хорошего врача. Однако их подсознание сопротивляется каждой возможности, которая может привести к улучшению или выздоровлению (психогенная самоблокада пациента). Эти внутренние психические реакции особенно резко проявляются у пациентов, склонных к нейротизму, живущих в конфликтных семьях, смешанных семьях, состоящих из трёх поколений, где дети испытывают постоянный психологический дискомфорт и стресс из-за ограниченности личного пространства, излишней опеки, сложных внутрисемейных взаимоотношений. И чтобы изменить внутренние психические реакции, как правило, требуется несколько лет упорного лечения.

Приведем пример следующего случая:

Больной Ш, 1993 г.р., начиная с того момента, как его отняли от груди (на 12-й неделе жизни), страдает нейродермитом с локализацией кожных проявлений преимущественно на лице и на сгибах суставов. Нейродермит был вызван непереносимостью коровьего молока. Лечение ребёнка начали с трёхлетнего возраста. Сначала на фоне лечения состояние кожи улучшилось, однако вскоре ребёнок начал сильнее расчёсывать кожу (независимо от её состояния). Дальнейшее течение болезни отличалось следующим поведением ребёнка: как только состояние кожи улучшилось, ребёнок снова расчёсывал её до тех пор, пока не образовывались кровавые корки.

В приведенном примере успешности терапии препятствовали сложные взаимоотношения в семье с выраженным амбивалентным отношением матери. Ребёнок всякий раз проявлял реакцию, препятствующую успешности терапии, причём независимо от состояния кожи и тяжести обострения.

Многие исследователи, в частности Ролло Мэй (1994), считают, что в понимании личностной модели индивидуума важную роль играет его положение в семье. Утверждается, что можно обнаружить общие тенденции, связанные с положением человека в семейном созвездии. Так, у старшего ребёнка в семье развито чувство ответственности, устойчивости; у второго же ребёнка наблюдается развитие непомерного честолюбия и привычки “с боем” добиваться своего, неугасающее чувство неполноценности и желание догнать и переиграть старшего ребёнка; у младшего в семье – особое положение всеобщей любви, опеки и отсюда его очень доброжелательное отношение к миру. Всё это должно учитываться в семейной и индивидуальной психотерапии. Так как, в конце концов, семья – это то, что окружает пациента с психосоматическими проблемами, выражающимися в виде болезни, то, откуда он приходит к терапевту и куда возвращается после терапии.

Виршинг М. (1988) считает, что “в системе, стремящейся добиться стабильности путём строгого соблюдения предписаний, тесного сплочения и безграничного слияния, быстро происходит накопление разнообразных нерешённых вопросов и конфликтов, расширение зон се-

мейных табу и "образование корки" из нереализованных возможностей развития и приспособления каждого и семьи в целом". В семейной психотерапии появляется возможность говорить на запретные темы, такие, как семейные тайны, разочарования, несправедливость и обманутое доверие. Психотерапевт при этом становится посредником в семейном диалоге.

Эйдемиллер Э.Г. (1996) считает, что семья – это целостная система, которая стремится как к сохранению сложившихся связей между элементами, так и их эволюции. Существование семьи идёт через закономерные "кризисы развития": брак, отделение от родителей, беременность, рождение ребёнка, детский сад, школа, подростковый период, выбор ребёнком "своего пути", разрыв с родителями – вот основные точки разрыва семьи (Каплан Г., 1964). Семья выполняет свои функции самосохранения созданием структур семейных ролей, семейных подсистем и границ между ними.

Структуры семейных ролей – предписание того, как с кем в семье общаться, а повторяющиеся взаимодействия определяют стандарты взаимодействия. Семейные подсистемы (совокупность семейных ролей) – объединение парное: родители – дети, мужчины – женщины. Границы между подсистемами могут быть ограниченными или размытыми (Minuchin S., 1974).

Эйдемиллер Э. считает, что задачами семейной психотерапии являются:

1. Объединение с семьёй.
2. Усвоение и поддержание на первом этапе законов семьи.
3. Создание ситуации фрустрации подсоединением к разным подсистемам семьи на втором этапе с целью инициации перехода семьи на новый уровень функционирования.

Содержанием семейной психотерапии при этом является анализ взаимодействия всех членов семьи по принципу "здесь-и-теперь".

Техника первого этапа заключается в создании и усилении мотивации у обратившихся за помощью (чаще всего, это мать и заболевший ребёнок), чтобы присоединить к терапии остальных членов семьи. Присоединение терапевта к семье на этом этапе происходит сначала с позиции "вершителя судеб" с переходом на позиции человека, "который уже решил подобные проблемы", при сохранении семейного статуса, т.е. распределения семейных ролей. При этом происходит плавный переход анализа из ситуации "там-и-тогда" в ситуацию "здесь-и-теперь".

Второй этап – это реконструкция семейных отношений. Применяются ролевые игры, фрустрации членов семьи, объединение их в новые коалиции, выполнение домашних заданий с целью изменения поведения членов семьи. При этом психотерапевт сохраняет директивную позицию, олицетворяет власть для оптимизации функционирования подсистем семейной группы.

Основными приёмами присоединения терапевта к семейной структуре ролей являются: свободное расположение членов семьи на занятиях, прямое и не прямое "отзеркаливание" поведения членов семьи, подсоединение через синхронизацию дыхания, громкость и интонации речи к члену семьи, заявляющему актуальную проблему, отслеживание доминирующей репрезентативной системы членов семьи для верификации глубинных переживаний.

Обычно соблюдается некая сбалансированность в исследовании негативного и позитивного семейного опыта при проведении семейной психотерапии, принцип обратной связи и применение элементов семейной психодрамы. Психотерапия обычно проводится сеансами продолжительностью до 2-х часов, при этом заключается договор о времени, необходимом для достижения поставленных целей. Максимально семейная психотерапия может продолжаться от 10 до 16 часов. Желательно в конце терапии проверить в виде свободного обсуждения представление о совместных семейных взаимоотношениях в будущем, чтобы убедиться в эффективности проведённой работы.

Щеглов Л.М. (1996) считает, что наиболее эффективной в семейной психотерапии является семейная дискуссия, когда стимулируется совместное обсуждение проблем семьи в атмосфере доверительности, заинтересованности и искренности, при демонстрируемом умении слушать, молчать, задавать уточняющие инсайтные вопросы и резюмировать полученную информацию.

Одной из наиболее подходящих методик в детской психотерапии в целях коррекции поведения детей в их взаимоотношениях с родителями является проигрывание семейных ролей, т.е. участие в играх, символизирующих семейные отношения. Увидеть себя со стороны помогает также приём "обмена ролями", когда одни члены семьи демонстрируют стиль поведения других её членов.

Винникот (1994) писал, что дети очень неплохо выбирают себе матерей. Но им приходится довольствоваться тем и теми, кого они получили в качестве родителей.

Семейная и индивидуальная психотерапия способны несколько компенсировать это обстоятельство, помочь измениться и больному ребёнку и родителям, улучшить взаимоотношения среди других членов семьи, что будет способствовать конструктивному изменению семейных взаимоотношений, которые уже менее будут провоцировать личность в момент физических и психических стрессов идти по пути психосоматического выражения имеющихся проблем, даже при уже имеющейся патологической отягощённости.

Семейная психокорректирующая терапия должна быть направлена на нормализацию сложных внутрисемейных взаимоотношений, на гармонизацию личности пациента и стремление этой личности к самосовершенству, без чего невозможна успешность любой формы терапии хронического психосоматического заболевания.

1.4.3. Катарсический метод психотерапии

Психологические травмы, нанесённые психике ребёнка или взрослого, которые были не выражены в виде реакции агрессии, бегства или ступора, а были вытеснены в подсознание, остаются факторами, приводящими к развитию невротического состояния. Пациент может не осознавать те или иные причины переживаемых неприятных чувств или ощущений, приводящих к психосоматическим символическим выражениям в виде кашля, одышки, приступа удушья, невозможности дышать воздухом в причиннозначимом месте или в присутствии агента, вызывающего патологические реакции, вследствие возобновления неосознаваемого психоэмоционального стресса, что требует немедленного выражения в виде болезненной реакции с целью не допустить

до сознания причину подобного состояния. Повторное переживание психотравмы с детальным воспоминанием и проговариванием ситуации, предшествовавшей болезненному состоянию, позволяет психике человека очиститься от сохранения в своей памяти амнезированных психотравмирующих обстоятельств, и, тем самым, снизить внутреннее напряжение и излечиться.

Суть метода катарсической психотерапии Брейера-Фрейда в модификации Ойзерской Т.Б. (1990) заключается в проведении психоаналитического интервью с психосоматическим пациентом, выявлении наиболее эмоционально заряженных проблем, которые при воспоминании о них вызывают физические аффекты в виде слёз, сжатия кулаков, борьбы со слезами, кашля, удушья, спазма в груди, ощущения вялости в ногах. При этом пациента надо обязательно спрашивать: “А что вы сейчас чувствуете, что ощущаете?” Имеются в виду физические ощущения, являющиеся эквивалентами психологического состояния. Наводящие вопросы – типа: “А что бы вы сделали в этой ситуации сейчас, если бы она находилась под вашим контролем?” “Что вы хотели сделать тогда, но не посмели или не смогли?” Страх и зафиксированные переживания обычно проявляются тогда, когда люди сдерживают свою агрессию. Цель методики заключается в освобождении человека от сдерживания агрессии в той уже давным-давно пережитой, но не отпущенной для себя самой ситуации. Во время сеанса нет запретов, нет морали, нет оценки. Подавление собственной агрессии, неотреагирование её служит базой для развития заболевания. В процессе работы человек осознаёт причину возникновения подобного состояния, учится, как отреагировать на травматическую ситуацию позитивным для себя, но не аморальным для общества способом. Терапевт помогает вернуться в прожитое травматическое состояние и осознать свои физические ощущения в момент стресса, которые, не реализовавшись в то время, могут зафиксироваться в виде психосоматической болезни. Высвобождение физических аффектов освобождает психику от психологических фиксаций. Методика достаточно трудоёмка, травматична и её проведение возможно лишь при наличии умения терапевта дать психическую и физическую релаксацию пациенту после эпизода психокатарсиса в виде сеанса медитации, ребефинга, ауто-тренинга и миорелаксации.

1.4.4. Телесноориентированная терапия

Пациенты, страдающие психосоматической патологией, нередко имеют нарушение в вербализации своих чувств и ощущений, что описывается как явление алекситимии. Переживаемые же чувства и ощущения, потребности и желания кодируются в различных телесных состояниях. Человек отвечает соматическими заболеваниями или нарушениями состояния мышечных групп на нерешённые и нерешаемые психологические проблемы, на состояние эмоционального стресса. Считается, что “даже если вы намеренно и сознательно не боретесь со стрессовой ситуацией, на неё, тем не менее, автоматически реагирует ваше тело” (К.Рудестам, 1993). Например, в детском возрасте, когда происходит адаптация внутреннего мира ребёнка к окружающей социальной среде, когда внутренний эмоциональный порыв сталкива-

ется с внешним запретом, первым “нельзя”, “не смей” – маленький ребёнок при этом сознательно старается удержаться от плача, сдерживает дыхание, стискивает зубы, напрягает мышцы горла, грудной клетки, живота. Это, так называемая, первая стадия формирования “брони характера”, “мышечной брони”. Создаётся своеобразный барьер для устранения или сведения до минимума неоконченных эмоциональных переживаний. Иными словами, возникает хроническое мышечное напряжение, изолирующее ребёнка от неприятных эмоций. Позднее, подобные данной, психотравмирующие ситуации могут вызывать автоматическое затормаживание естественных двигательных, дыхательных и голосовых компонентов ответных реакций. Через какое-то время этот тормозящий импульс удерживается уже более бессознательно: мышцы лица, горла, грудной клетки и живота напряжены. Такая “мышечная броня” делает почти невозможным свободное выражение эмоций печали и горя. Когда мышцы напрягаются, чувства притупляются, иначе говоря, такая “броня” мешает течению органической энергии вверх и вниз по телу.

По мнению ряда авторов, между хроническими энергетическими блокировками на физическом уровне и подавляемыми эмоциями на психологическом уровне существует не только параллель, но и сложное соединение физических и психических параметров. Общая биоэнергетическая модель предполагает, что чувства и импульсы, выражению которых препятствует страх, видоизменяются, подавляются или скрываются, приводя к телесной ригидности, энергетическому распаду, изменениям личности, болезни, нередко имеющей психосоматические корни.

Телесноориентированная психотерапия пытается преодолеть преграду между психическим и физическим под контролем человеческого разума, научить человека доверять своему телу и уметь понимать его сигналы.

Вильгельм Райх (1949) считал, что механизмам психологической защиты, которые приводят к появлению мышечной брони, возникающей вследствие энергетических блокировок, можно противостоять путём физического воздействия на поражённую область с целью высвобождения заблокированных эмоций. Райх В. также считал, что невротики направляют свою энергию на поддержание мышечного напряжения и, тем самым, подавляют свою сексуальность. Таким образом, человек отчуждается от своего собственного тела, что приводит к нарушению межличностных отношений и развитию тех или иных заболеваний, в то время как человек может ощущать себя человеком только через гамму физических и психических переживаний.

“Броня характера” – это хроническое мышечное напряжение, изолирующее личность от переживания неприятных эмоций. Броня формирует физическую структуру характера. Считается, что характер – это индивидуальное состояние устойчивых психологических особенностей человека, обуславливающих типичный для него способ поведения в определённых условиях и обстоятельствах. Райх В. считал, что наиболее полно человеческий характер, являющийся своеобразным “психологическим панцирем”, защищающим его психику от различных и многообразных инстинктивных позывов, проявляется в мимике, жестах, поведении больше, чем в словах. “Слова могут лгать. Способ выражения никогда не лжёт”.

Лоуэн (1975) писал, что чувства и импульсы, выражению которых препятствует страх, подавляются и приводят к развитию телесной ригидности, энергетическому распаду и изменениям личности. Психотравмирующие ситуации вызывают автоматическое торможение двигательных и голосовых компонентов ответных реакций при нежелании человека проявлять свои эмоции, вследствие чего “мышечная броня” может привести к невозможности свободного выражения эмоций. Основным эквивалентом подавленных эмоций как раз и является мышечная ригидность, которая блокирует такие чувства как тревожность, гнев, сексуальное возбуждение. При выражении этих чувств, при удовлетворении эмоций эти зажимы блокировки снимаются, что, в конечном итоге, улучшает психическое состояние человека, его способность жить полноценной жизнью. Лоуэн утверждал, что личностные особенности любого человека наиболее полно проявляются в типе человеческого сложения, движениях и жестах, предпочитаемой позе.

Райх В. обнаружил 7 кругов защитных колец горизонтальной “мышечной брони”, пересекающих всё тело и расположенных под прямым углом к позвоночнику – это уровни глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, поясницы, таза. Физическое воздействие на эти круги освобождает человека от мышечной брони и эмоциональных заморозок, он становится способным плакать и выражать гнев, что в дальнейшем позволяет вербально проанализировать эти нарушения. Райх В. считал, что ослабление “мышечного панциря” освобождает заблокированную психическую энергию, в основном либидозную, и, тем самым, помогает процессу психоанализа.

Лоуэн выделял 5 типов характера, различающихся защитными позами тела, что помогает выявить проблему подвижности: шизоидный, оральный, психопатический, мазохистский, ригидный. Келеман (1975) считал, что понятие “почва под ногами”, внесённое Лоуэном, включает ощущение стабильности и уверенности в жизни на земле, связанное с эмоциональными потребностями и паттернами физических действий.

Психотерапия, ориентированная на тело, состоит, в первую очередь, в снятии мышечных зажимов каждого круга последовательно. При этом применяются: *физическое воздействие на зоны мышечных зажимов (массаж, разминание, сдавливание), полное глубокое дыхание (в целях накопления биологической энергии), психоаналитический анализ причин усиления или снятия мышечных зажимов в группе.*

Телесноориентированная психотерапия включает в себя: групповые занятия дыхательными упражнениями, применение напряжённых поз тела, активных двигательных упражнений, физического контакта и вербальных процедур высвобождения эмоций (у детей метод применять адаптированно к возрасту).

Воздействие на глазной защитный сегмент (проявляющийся маскообразностью глазничной области, малой подвижностью лба, пустотой выражения глаз) – заключается в свободном, активном движении глазных яблок во все стороны, взгляде с различным эмоциональным выражением и максимально большим раскрытием век.

Воздействие на оральный защитный сегмент (который включает в себя подбородок, горло, затылок, челюсти, и который подавляет такие эмоции как крик, плач, гнев, желание гримасничать) – заключается в разминании

соответствующих мышц, имитации плача, рвоты, совершении различных гримас и выкриков, мобилизующих к действию мышцы губ.

Воздействие на защитный сегмент, состоящий из мышц шеи и языка, основной задачей которого является удержание крика, гнева, плача – снятие зажима заключается в воспроизведении рвотных движений, насильственного крика и различных воплей.

Воздействие на грудной защитный сегмент (в него входят мышцы плеч, груди и лопаток, руки и вся грудная клетка, и основной задачей которого является блокирование смеха, гнева, печали, страстности) – заключается в разминании мышц кистей, предплечий и плеч, применении дыхательных упражнений в виде полного глубокого “йоговского” дыхания.

Воздействие на защитный сегмент, включающий в себя мышцы спины, диафрагмы и солнечное сплетение (основной его задачей является удержание сильного гнева) – заключается в разминании этих групп мышц, совершении рвотных движений и глубоком дыхании, так называемом дыхательном психотренинге.

Воздействие на защитный сегмент, состоящий из мышц поясницы и живота (который блокирует чувства злости и неприязни, боязни нападения) – заключается в массаже этих мышц, глубоком дыхании и использовании напряжённых поз.

Воздействие на последний тазовый защитный сегмент мышечного панциря, который состоит из мышц таза и нижних конечностей, как и в предыдущем сегменте, заключается в массаже, дыхании в состоянии напряжённых поз. Методика включает в себя дыхательные упражнения в напряжённой позе, например, перегнувшись назад спиной через табурет. Задерживание дыхания, как считают телесные терапевты, служит наиболее эффективным способом избежать глубинных переживаний, таких как гнев, печаль, страх и сексуальность. Учащение дыхания обычно сопровождается чувством внутренней тревоги, т.к. напряжение мышц шеи и горла создаёт препятствие нормальному и полному дыханию, а оно, в свою очередь, чаще всего является следствием удержания под контролем разума сильных чувств и эмоций. Мышечное расслабление, применяемое по кругам мышечной брони, особенно, расслабление челюстных мышц, глубокое полное дыхание могут дать возможность полноценной разрядки сдерживаемых чувств.

Также может нередко применяться в группе оценка физического облика каждого участника группы телесноориентированной терапии, что позволяет сделать вывод об имеющейся “бронированности характера”. Физически напряжённые позы, такие как “арка Лоуэна”, позволяют явственно выявить проблемы подвижности из-за мышечного напряжения. “Арка Лоуэна”, при которой воображаемая перпендикулярная линия соединяет точку, расположенную посередине между лопатками, с точкой, находящейся посередине между ног, позволяет выявить наличие чрезмерной ригидности или гибкости спины, или же внутренней расслабленности частей тела. Из этого следует, что ригидные люди склонны к упрямству и скрытности, а гибкие – могут оказаться неспособными к достаточному самоутверждению. При поддержании максимально долго различных видов напряжённых поз в сочетании с полным дыханием может возникнуть ощущение контакта человека с собственным телом, что помогает понять его язык, наличие хронических мышечных напряжений, вызванных избеганием чувственных переживаний.

Свободные двигательные упражнения в группе помогают вернуться к примитивному эмоциональному состоянию без сдерживания проявления эмоций. Поощрение свободных движений возбуждает психические импульсы и высвобождает заблокированные чувства. Брыкание символизирует реакцию протеста, выкрики “нет” и “не буду” – освобождают заблокированные эмоции гнева и ярости. Эти же эмоции могут помочь выразить удары по матрасу, стулу, что позволяет найти выход сдерживаемой ранее ярости, в результате чего хроническое напряжение ослабевает. Возможно также использовать на занятиях в группе выражение негативных чувств по отношению друг к другу, вплоть до борьбы или других физических контактов. Лоуэн считает, что подавляемые негативные чувства должны быть выражены раньше, чем положительные эмоции, потребность в контакте и успокоении. Одним из методов подобного отреагирования может выступать то, что члены группы могут не давать вставать человеку с пола, как бы символизируя этим его подавление, что может спровоцировать аффективно окрашенную вспышку гнева и ярости.

Пирракос (1978) предлагает для исследования глубоких чувственных переживаний использовать приём “мандала”, при котором участники лежат на спине так, что их ноги соприкасаются в середине, или же в обратной позе, когда они лежат головами к центру, в то время как ноги расходятся лучами. Одновременное проведение дыхательных упражнений увеличивает эмоционально-энергетическую ёмкость группы.

Телесноориентированная терапия помогает выявить преграды, мешающие свободному выражению чувств и эмоций, а также поощряет движения и действия, помогающие свободному их выражению. Олсен Р. (1976) считает, что высвобождение скрытого аффекта через физические движения и воздействия может приводить к положительным личностным изменениям.

Манипуляции на мышечных кругах в виде массажа позволяют освободить заблокированные чувства в потоке отрицательных эмоций. На уровне мышечной брони грудной клетки – это может быть давление на мышцы груди одновременно с глубоким дыханием. Подобные контакты помогают расслабить мышцы и зоны хронического напряжения, что приводит к ощущению успокоения и групповой поддержки, а это, в свою очередь, позволяет словесно выразить человеку свои противоречивые эмоции.

Человек, научившись открыто и свободно выражать ту или иную отрицательную или положительную эмоцию, становится способным переживать и ощущать всю гамму чувств, что позволяет взаимодействовать с другими людьми, улучшает межличностные взаимоотношения, а также позволяет вербализовать соматические ощущения, научиться преодолевать состояние алекситимии и получить возможность озвучить свои психические реакции и переживания при помощи второй сигнальной системы – речи без психосоматического их выражения в виде болезни.

Шутс В. (1958) считает, что первичные чувства и переживания кодируются и сразу же выражаются языком тела ещё задолго до того, как формируется способность вербализовать свои ощущения и чувства. Осознание физического “Я” личности позволяет прочувствовать ощущение напряжённости или разрядки, счастья или гнева. Подавление

ние или вытеснение имеющегося внутреннего опыта может, например, приводить к развитию бронхиальной астмы. Самораскрытие и самоосознание этого приводит к пониманию индивидом наличия длительно подавляющихся эмоций, осознанию единства тела и сознания, потому что эмоциональные конфликты чаще всего выражаются через мышечное напряжение и, в итоге, это позволяет пациенту понять причину физических недугов в телесном выражении внутренних конфликтов.

Он же внёс в групповую телесноориентированную терапию (основываясь на теории межличностных отношений, согласно которой человек в группе и социуме обычно стремится включиться в ситуацию, контролировать своё поведение и ощущать чувство привязанности) такие упражнения, как “прорвись в круг”, “доверяющие падения”, “фантазирование с закрытыми глазами”.

Упражнение – “прорвись в круг”, которое помогает перевести ощущение недоверия к группе на язык физических действий, заключается в том, что члены группы берутся за руки и образуют замкнутый круг. Выключенный участник группы пытается прорвать круг и проникнуть в него, что помогает ощутить чувство отторжения, отчуждения в его физическом эквиваленте. Участник группы, пытающийся вырваться из группы, преодолевает свои ощущения зависимости или слабости.

Упражнение – “доверяющее падение”, связанное с проблемой доверия, могущее вызвать массу травматических переживаний и их рецидив, заключается в том, что один из участников группы с закрытыми глазами падает спиной к другому, второй же участник ловит падающего до того, как он упадёт на пол.

Упражнение – “фантазирование с закрытыми глазами”, которое заключается в путешествии по своему собственному телу, зрительно представляя свои внутренние органы и контролируя свои ощущения. Оно провоцирует выражение эмоционального конфликта в символической форме, например, в виде заблокированного чувства одиночества, которое мешает установлению контакта с другими людьми и может проявляться в виде болей в желудочно-кишечном тракте или приступов удушья. Но подобное “защитное поведение”, выраженное в напряжении мышц, стесненном дыхании (“телесная броня”, “мышечные блоки”), а также подавляемая механизмами защиты жизненная энергия могут быть терапевтически высвобождены путём прямого манипулирования напряжённой областью.

Телесноориентированная психотерапия, в частности, при лечении пациентов, особенно детей, страдающих БА (в основном, средний и старший школьный возраст), помогает осознать внутренние психологические конфликты, приводящие к развитию и обострению заболевания, знакомит пациента с языком тела, помогает понять, как различные потребности, чувства и желания кодируются в различных телесных состояниях в виде эмоционально-мышечных зажимов, приводящих к продолжению атопического воспаления, приступам БА, дерматореспираторному синдрому, что даёт возможность обучить взрослых и юных пациентов, также как и их родителей, возможности реалистического разрешения подобного конфликта.

Однако телесная терапия не может быть использована в чистом виде для детей младшего и среднего возраста (до 10-12 лет). Это касается тех методик, в основе которых лежит усиление симптомов, их

провокация, т.е. когда пациент должен испытывать сильный дискомфорт, боль.

Многие методики телесной терапии в адаптированном варианте можно рекомендовать к использованию для детей среднего и старшего возраста, но при условии наличия в лечебном учреждении грамотного, квалифицированного специалиста данного профиля.

Период детства, как мы уже отмечали, является тем временным отрезком в жизни человека, когда происходит возникновение, формирование и последующее закрепление определенных мышечных “блоков” и “зажимов”, препятствующих нормальной циркуляции энергии в организме. Поэтому лечебная физическая культура с элементами телесноориентированной терапии, массаж (при правильном подходе) способствуют, если не полному нивелированию, то явному снижению процесса закрепления “блоков”. Это особенно важный аспект терапии, поскольку именно “блоки” такого характера, зачастую, могут играть роль пускового механизма в возникновении многих болезней у детей и взрослых и выполнять как бы функцию своеобразного катализатора в развитии патологического процесса.

Лечебная физкультура, дыхательная гимнастика и массаж с позиций психосоматической медицины, помимо своего тонизирующего эффекта, способствуют снятию мышечных блоков, устраняют психосоматическую и физиологическую рассогласованность, т.к. сами по себе являются не только прообразами телесной терапии, но и активными антидепрессантами. Антидепрессивные свойства метода усиливаются при сочетании ЛФК с групповым медитационным психотренингом, проводимым до занятия лечебной гимнастикой или при введении в комплекс ЛФК общетренирующих и общеразвивающих упражнений Хатха-йоги.

1.4.5. Медитация

Медитация и психотерапия, что общего и в чём отличие этих двух методов Востока и Запада, в основе своей стремящихся помочь человеку на многотрудном жизненном пути. Оба понятия – “медитация” и “психотерапия” применяются к весьма различному диапазону практических методов. Однако как для восточного, так и для западного подхода к психотерапии, в современных условиях требуется внесение в лечебный процесс более широкого понимания человеческого благополучия.

Современная Западная психология больше занята личностью пациента, а Восточная – сосредоточена на выходе за пределы личности. Поэтому Западная психотерапия обеспечивает психологическую помощь пациенту, а Восточная – духовную в аспекте древнего традиционного понимания Природы человека. Согласно восточной традиции, внутри человека существует нечто потенциально божественное, рождённое вместе с рождением его физического тела, но требующее для своего развития пищи совершенно отличной от той, которая необходима для физического тела и социального “Я”. На сегодня системы восточной психологии и медитации в практическом применении оказывают всё большее влияние на нашу культуру.

Медитацию относят к духовным психотехникам Востока. По Восточным преданиям, медитация представляет собой процесс, посредством которого достигается внутреннее “просветление” сознания, дающее

человеку новый опыт в интеллектуальной, философской и, что важнее всего, в экзистенциальной сфере.

Самые древние источники, посвящённые медитации, восходят к старым индийским обычаям и относятся к 1500 году до н.э. Эти источники включают в себя религиозные писания, известные под названием Веды, в которых рассматриваются медитативные традиции древней Индии. На протяжении всех веков различные формы медитации использовались в Китае, Японии, Египте, Греции. Наконец в середине 20-го столетия, волна медитативной практики охватила и страны Запада. В частности, в США методика была возрождена Maharishi Mahesh Yogi и получила название "трансцендентальной медитации".

В контексте этой книги термин "медитация" употребляется для обозначения методики психотренинга аутогенного типа, обладающего потенциалом для индуцирования у занимающегося его трофотропного состояния путём концентрации внимания на объекте, предназначенном для сосредоточения. При высоком уровне овладения этими методиками возможно достижение психического состояния, характеризующегося неэгоцентрическим типом мышления, а более широким восприятием жизни, известным в буддизме под названием *vipassana*, т.е. всеохватывающее осознание, помогающее видеть ситуацию более широко, превыше простого утверждения или отрицания "Я". Это более широкое осознание является основанием для сострадательного действия и служения другим людям, что и есть, по-видимому, конечная цель медитации и духовных практик вообще.

Физиологический аспект действия медитации до сих пор недостаточно изучен. В немногочисленных нейрофизиологических исследованиях показан переход при медитации доминирующей роли от левого мозгового полушария к правому, что возможно является результатом понижения активности неокортекса в доминирующем правом полушарии (Pagano R., Frumkin L., 1977; Davidson J., 1976; Orme-Johnson D., Farrow J., 1978 и др.). При изучении общего звена, присущего всем медитациям (в частности, объекта для концентрации внимания), выявлено, что если стимул для сосредоточения используется эффективно, то изменяется характер процесса обработки информации мозгом, что, по-видимому, дает возможность интуитивному, неэгоцентрическому типу мышления (который соотносят с активностью неокортекса правого полушария) занять в сознании доминирующее место, которое в обычном состоянии занимает аналитический, эгоцентрический тип мышления. "Когда рациональный (аналитический) ум затихает, интуитивный путь приводит к исключительному познанию" (Sarga F., 1975). Именно это познание является целью всех медитативных методик, практикуемых их приверженцами. Как показывают исследования вышеназванных авторов, в состоянии сверхсознания на ЭЭГ уменьшается частота волн с одновременным увеличением их амплитуды, что можно расценить как переход при медитации доминирующей роли от левого мозгового полушария к правому.

Изучение влияния медитации и концентрации на Ауру и самовосстановление системы тело-дух (использован метод ГРВ) показало, что в процессе всего упражнения возрастает уровень биоэнергии, тем самым, подтверждая эффективность метода (Чалка Т., Коротков К. Г., 1998).

Для человека, затрачивающего определенное время на медитацию и предпринимающего сознательные усилия для улучшения своего здоровья, важен сам процесс медитации, а не достижение состояния сверхсознания, которое возможно только при жёсткой самодисциплине и длительной интенсивной подготовке под руководством учителя-гуру, имеющего право учить.

Существует много видов медитаций, но общим для всех форм является *наличие стимула или предмета*, на котором концентрирует свое внимание медитирующий.

В соответствии с природой объекта существует 4 вида медитаций.

1. *Повторение в уме*. Классическим примером психического объекта для сосредоточения является “мантра” – слово или фраза, повторяемые мысленно вновь и вновь. В качестве мантры иногда используют молитвы, текст народных песен.

2. *Повторение физического действия* – фиксация внимания на каком-то физическом действии, например, повторяющихся дыхательных движениях. Различные формы дыхательного контроля – подсчёт вдохов и выдохов (так называемая, пранаяма) лежат в основе одной из форм Хатха-йоги. Другой вариант Хатха-йоги, нередко используемый медитирующими, это принятие различных поз – *асан*. Бег трусцой нередко сопровождается переживаниями, подобными медитативным. Причиной этого может быть устанавливающееся во время бега регулярное дыхание или однообразные звуки от соприкосновения ног с землёй.

3. *Сосредоточение на проблеме*. Этот объект для концентрации представляет собой попытку решения проблемы путём включения парадоксальных компонентов. Например, в качестве объекта для размышления дается парадоксальная на вид задача: “Как звучит хлопок одной ладони?”

4. *Зрительная концентрация*, когда объектом для сосредоточения является зрительный образ: картина, пламя свечи, лист дерева, внушающая расслабление сцена или вид природы, “мандала” – геометрическая фигура, символизирующая единство человека и Вселенной.

У многих пациентов с высоким уровнем психофизиологического возбуждения попытки медитировать могут быть неэффективными. С целью привести себя в более восприимчивое состояние для медитации Everly, Rosenfeld (1985) рекомендуют принять тёплую ванну перед медитацией.

Медитация обычно помогает снять стрессовые состояния и приводит к положительным психологическим результатам. Подобное изменённое состояние сознания позволяет легко и непринуждённо входить в позицию самогипноза, который даёт возможность человеку путешествовать по глубинам его собственного сознания и достигать ощущения лёгкости и парения, что позволяет слиться с окружающим миром и посредством внутренней концентрации достигнуть ощущения свободного бытия. Такое состояние сознания обычно не поддаётся вербализации, это нечто внутреннее, обращение к которому помогает избавиться от психологического напряжения, от эмоционального стресса.

Проведению эффективной медитации обычно способствует наличие помещения, где не будет посторонних людей, телефонов, где будет возможность уменьшить степень освещённости, находиться в лёгкой и удобной одежде, а при желании можно использовать и медита-

тивную музыку. Всё это помогает человеку находиться в спокойном состоянии, в спокойной позе, расслабившись, одному или в группе, с музыкой или в тишине, путём фиксации на пламени свечи, на каком-то отдельном звуке или представлении, или, сосредоточившись на акте дыхания, войти в изменённое состояние сознания.

John-Roger (1976) предлагает следующую методику “Дыхательной медитации”.

Дыхательная медитация возможна в любое время, в любом месте.

Она очень полезна при стрессах и волнениях.

Она помогает успокоиться, умиротворить дух, тело, эмоции, улучшает настроение и позволяет легче смотреть на жизнь.

Во время медитации вы не спите, вы бодрствуете.

Дыхательная медитация усиливает концентрацию вашего внимания и просветляет ваше сознание.

Она изменяет ритм вашего дыхания, вашего сердцебиения, улучшает вашу приспособляемость к жизни.

Это духовное упражнение.

Оно приносит покой, который остаётся с вами, чтобы с вами или рядом с вами не произошло.

Ваш покой передаётся окружающим и помогает им.

Садитесь удобно, закройте свои глаза.

Дышите носом, ваше внимание сосредоточено на том, как вы дышите.

Ваше дыхание замедляется.

Это хорошо. Повторяйте мысленно и представляйте.

Я расслабляюсь, я успокаиваюсь.

Я могу дышать медленнее, я могу дышать реже.

Вдох-выдох, вдох-выдох, вдох-выдох.

Я слежу за дыханием, я чувствую его, я его ощущаю.

Если мне захочется, я могу вдохнуть носом, выдохнуть ртом.

Я могу покашлять, если мне этого захочется.

Это естественно.

Так снимаются напряжения.

Я могу начать слышать звуки внутри себя.

Это хорошо.

Я остаюсь в покое.

Я наблюдаю дыхание.

Я могу почувствовать беспокойство.

Я начинаю оглядываться, вижу посторонние предметы, это я заблудился, сбился с пути.

Всё это – иллюзия, рассеянность мысли.

Я вновь возвращаюсь к дыханию.

Я вновь сосредотачиваюсь на нём.

Упражнение успокаивает.

Я успокаиваюсь и вновь собираю себя.

Появляются странные образы.

Я вижу сны наяву.

Всё это напряжения и условности.

Они вспыхивают в моём сознании и растворяются в нём.

Я продолжаю следить за своим дыханием.

Голова становится светлее и легче.

Это расширяется сознание.

Я чувствую покачивание.

Это энергия света.

Свет помогает мне.

Я продолжаю следить за дыханием.

Это очень просто.

Включается третий глаз.

Я продолжаю дышать.

Я остаюсь в покое.

Наблюдаю его.

Всё пролетает мимо меня – мысли, образы, ощущения.

Всё мимо меня.

Есть только вдох и выдох.

Мир и покой.

Я продолжаю дыхательную медитацию.

Оптимальная длительность дыхательной медитации 15-30 минут.

Murdock (1978) предлагает следующий комплекс детской медитации, которая проводится в фиксированное время, ежедневно, в полутёмной обстановке, сидя на коврике в полной тишине, скрестив ноги, закрыв глаза, положив кисти рук на колени, ладонями вверх:

- вначале дети обучаются дыхательным упражнениям, выполняемым на три счёта – вдох, задержка дыхания и выдох;

- следующим этапом является физическая релаксация, физическое расслабление, физический покой при одновременном проведении дыхательных упражнений;

- далее производится направленная концентрация внимания на заданной теме медитации.

Темы медитации могут быть на круг и точку, на разноцветные облака, шарики, на белый свет и волну. Выбор темы зависит от возраста детей и, в какой-то мере, от профессионализма инструктора, проводящего групповую медитацию. Rosmann (1975) предлагает следующую методику медитации на круг и точку.

Оставаясь с закрытыми глазами, сфокусируйте своё внимание в центре лба, между бровей, внутри головы.

Теперь в этом центре представьте себе точку, вокруг точки образуйте окружность.

Вы – точка, а окружность – мир.

Обратите внимание на цвет точки, посмотрите какого цвета окружность.

Теперь точку наполните любовью.

Растёт любовь, растёт точка.

Чем сильнее любовь, тем больше точка, всё больше, больше, больше, пока не сольётся с окружностью.

Теперь посмотрите, какого цвета окружность.

Изменился ли её цвет или остался прежним?

Обычно дети при проведении подобных медитаций становятся более общительными, эмоциональными, стремятся по её окончании поделиться друг с другом своими ощущениями и впечатлениями. Постепенно они становятся более внимательными друг к другу, начинают с большей заботой, любовью и вниманием относиться к самим себе и к окружению, становятся способными рассказывать другим о своих переживаниях, ощущениях и образах. В итоге, всё это позволяет в результате знакомства ребёнка с его собственным внутренним миром и возможностью контактирования с ним, предотвращать стрессы и напряжение, ослаблять чувство беспокойства и тревоги, развивать творческое воображение и снимать накопившиеся психосоматические проблемы.

Итак, медитация – это простейшая и естественная психотехника, гармонизирующая физическую, интеллектуальную и психическую сферы человека. С помощью специально подобранных упражнений, приёмов, музыки человек входит в медитационное состояние – состояние саморегуляции. Люди, постоянно занимающиеся медитированием, имеют более молодой биологический возраст, более высокий умственный

потенциал, повышенный иммунитет, более устойчивы к стрессам, меньше болеют и принимают медикаментов, имеют более высокую работоспособность. Чем больше людей медитируют, тем выше физическое и морально-нравственное здоровье общества.

1.4.6. Хатха-йога – один из путей к физическому и духовному самосовершенствованию личности

Как уже отмечалось, традиции Востока и системы восточной психологии и философии всё глубже проникают в нашу культуру и оказывают влияние на наше мировоззрение и мировосприятие. Возрастающую привлекательность учений Востока можно объяснить тем, что медицина Запада проявила определённую несостоятельность как в понимании Природы человека, так и в способности содействовать его психическому и физическому здоровью.

Йога – является одной из шести ортодоксальных систем индийской философии. В йоге нет ничего мистического, она не является ни обрядом, ни религиозным верованием. Слово “йога” происходит от санскритского корня “йуг”, что означает “соединение, связь, слияние”, т.е. подразумевается “единство, гармония физического и психического”.

Хатха-йога – это низшая, но очень важная ступень, являющаяся базовой основой для других видов йоги. Фактически Хатха-йога является системой воспитания здоровой психики и здорового тела. Эта система включает в себя: контроль над сознанием; различные положения тела – асаны; дыхательные упражнения – Пранаямы; рекомендации по образу жизни – этические нормы, правила поведения, режим питания, методы очищения организма. И хотя асаны в системе Хатха-йога обладают физической направленностью действия, однако главной их целью является использование связи между телом и духом. Поэтому без взаимосвязи контроля над сознанием, дыханием и положением тела немислим терапевтический эффект Хатха-йоги. Для повышения психического эффекта большинство упражнений рекомендуется выполнять с закрытыми глазами, что способствует снижению уровня внешней стимуляции, поскольку большая часть сенсорной информации поступает к нам через зрение.

Для занятия йогой не имеют значения ни возраст, ни религия, ни национальная или классовая принадлежность. Лучше начинать занятия в детском (юношеском) возрасте, когда эластичность связочного аппарата и гибкость суставов наиболее оптимальны для таких занятий. Несомненно, психокорректирующий эффект этих упражнений повышается при совместных занятиях детей и взрослых. Многие элементы Хатха-йоги можно освоить самостоятельно, неукоснительно добиваясь правильности и чёткости их выполнения.

Правила, которые следует соблюдать, занимаясь Хатха-йогой.

1. Постепенность нагрузки. Начинать с простых упражнений и очень постепенно переходить к сложным, избегая перенапряжения и учитывая свои физические возможности. Никогда не следует пытаться быстро достичь конечного результата при освоении трудных асан. Особую осторожность следует соблюдать при выполнении упражнений с задержкой дыхания.

2. Ежедневность и систематичность занятий и выполнения асан.

3. Внимательно следить за своим самочувствием. Упражнения вы-

полнять без напряжения. После выполнения упражнения должно остаться приятное ощущение и отличное физическое самочувствие.

4. Не выполнять упражнений непосредственно после еды или перед сном.

5. Следует добиваться совершенствования в выполнении асан. Совершенство достигнуто тогда, когда прекращается всякое напряжение и удаётся без усилий оставаться совершенно неподвижным.

6. Концентрация внимания на какой-то части тела во время выполнения асан означает посылку энергетических потоков и праны в эту часть. Например, сосредотачивая внимание на щитовидной железе и одновременно с каждым дыханием посылая в железу полученную на вдохе свежую Прану, мы как бы накапливаем её в ней, что улучшает кровообращение и функциональную активность органа.

7. Если желательно достичь серьёзных результатов в Хатха-йоге, то следует отказаться от курения, спиртного и других вредных привычек. Очень полезно проводить один день (предпочтительнее в новолуние или полнолуние) в полном голоде и молчании. Никогда не следует позволять чувству гнева, ненависти, зависти овладевать Вашим сердцем и умом. Следует дисциплинировать свои эмоции, т.к. плохие мысли, по мнению древних философов, отравляют душу и тело, приводят к болезням.

В конечном итоге, цель йоги – это развитие в человеке положительных начал, пробуждение могучих психологических и духовных сил, дремлющих в каждом из нас, но подавляемых неправильным воспитанием, малодушием, всевозможными запретами, страхами, неуверенностью в себе.

Упражнения Хатха-йога лучше выполнять на ковре, в проветриваемом помещении, на голодный желудок, утром или вечером. Длительность выполнения всего комплекса от 15 до 45 минут, продолжительность занятий увеличивается постепенно. Упражнения выполняются при замедленном ритмичном дыхании, (желательно дыхание через нос), количество повторений – 3-5 раз.

Упражнение сушумна кари шактивардхак – выполняется сразу после пробуждения и первой мыслью после пробуждения должна быть мысль о здоровье и счастье (по аналогии с позитивным самовнушением). Следует сосредоточиться на том, что значит для ума и тела здоровье и счастье, и пусть физическая и нравственная атмосфера будут чисты.

Исходное положение (и.п.) – лёжа на постели, ноги вместе, руки вдоль тела. Техника исполнения – сделать потягивающее движение левой ногой (пяткой вперед), затем расслабить тело и выполнить такое же потягивающее движение правой ногой и, наконец, двумя ногами вместе. Сделать каждой ногой 5-10 потягиваний и 5 – вместе. Концентрация внимания на тазобедренных суставах. Терапевтический эффект: упражнение нормализует кровообращение, оказывает благоприятное воздействие на симпатический отдел вегетативной нервной системы, снимает боли в пояснице, растягивающе действует на позвоночник, мышцы спины, шеи, рук, ног.

Ниже мы приводим упражнения и асаны, которые легко можно освоить самостоятельно без помощи гуру и использовать в своём ежедневном общетренирующем комплексе занятий.



Рис. 1. «Качалка»

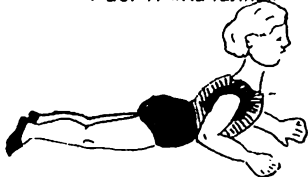


Рис. 2. «Змея»

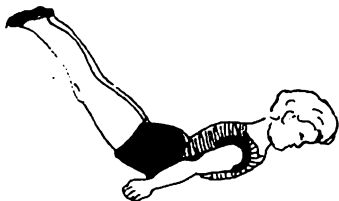


Рис. 3. «Кузнечик»



Рис. 4. «Полукузнечик»



Рис. 5. «Лук»



Рис. 6. «Перочинный нож»



Рис. 7. «Полусвеча»

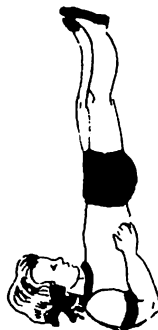


Рис. 8. «Свеча»

--



Рис. 9. «Скрученная поза»



Рис. 10. «Стойка на голове
и предплечьях»



Рис. 11. «Поза мертвого»



Рис. 15. «Поза Алмаза».



Рис. 16. «Поза льва»



Рис. 12. «Поза Лотоса»



Рис. 13. «Поза полулотоса»



Рис. 13. «Поза портного»

“Созерцательная” поза для выработки положительного настроения (с нее можно начинать занятие). И.п. – поза *“алмаза”*, используется для тренировки дыхания. Техника исполнения – дыхание произвольное, спокойное. Во время выполнения созерцательной позы следует забыть трудности жизни и смотреть в будущее с надеждой и верой, устремив свои мысли к высшим законам морали, сконцентрировав внимание на следующих мыслях:

“Будь спокоен спокойствием утра”.

“Верь в будущее, как ты веришь в восход солнца”.

“Будь справедлив и жизнь будет справедлива к тебе”.

Продолжительность выполнения позы 3-5 минут, во время которых концентрация внимания только на положительных, оптимистичных мысленных представлениях и формулах.

“Качалка” (с этой асаны лучше начинать занятие с детьми) – способствует тонизации мышц спины, участвующих в акте дыхания, улучшению подвижности грудной клетки. Из и.п., сидя на коврик, принять положение группировки (рис. 1) и покачаться на позвоночнике без остановки, не распрямляя спины 10-15 раз. Дыхание произвольное. Терапевтический эффект: укрепляет позвоночник, память.

“Змея” (рис. 2). И. п. – лечь на коврик на живот, положив обе ладони по обе стороны груди, локти поджать. Ноги прямые, сведены вместе, носки оттянуты. Сделать вдох, и, опираясь на ладони, прогнуться в пояснице, поднимая верхнюю часть туловища. Голову откинуть назад и смотреть вверх. Задержать дыхание, потом медленно выдохнуть. Вернуться в и.п. Терапевтический эффект: укрепление мышц спины, живота, принимающих участие в дыхании; усиление функции надпочечников и щитовидной железы.

“Кузнечик” (рис. 3). И.п. – лечь на живот, нос и лоб касаются коврика, руки – вдоль туловища, кисти сжаты в кулак, носки немного потянуть на себя. Делая вдох, и, задержав дыхание с опорой кулаками в пол, поднимаем выпрямленные ноги как можно выше. После небольшой паузы вернуться в и.п. – выдох.

“Полукузнечик” (рис. 4). Выполняется точно так же как и *“Кузнечик”*, только вместо двух ног попеременно поднимается то правая, то левая нога. Терапевтический эффект: укрепление мышц спины и живота, участвующих в акте дыхания, тонизация солнечного сплетения, улучшение экскурсии диафрагмы за счет уменьшения вздутия живота.

“Лук” (рис. 5). И. п. – лёжа на коврик лицом вниз. Делая медленный вдох, взяться за обе лодыжки и прогнуться, отрывая бедра от пола. Дыхание задержать, смотреть вперед – вверх. На выдохе – вернуться в и.п. Для увеличения эффективности упражнения, прогнувшись, мягко покачаться вперед-назад (при выполнении медленно дышать). Терапевтический эффект: укрепление мышц живота и спины, участвующих в дыхании, усиление функции надпочечников. При повышенном артериальном давлении упражнение выполнять не рекомендуется.

“Перочинный нож” (рис. 6). И.п. – лёжа на спине, вытянув ноги, сделать глубокий вдох. На вдохе согнуть одну ногу, прижав к груди. Задержать дыхание. Выдохнуть, выпрямляя ногу, и, выдыхая медленно возвращаться в и.п. (руки вдоль туловища). То же – другой ногой. Затем выполнить движение двумя ногами в том же порядке. Терапевти-

ческий эффект: повышается тонус мышц живота, уменьшается его вздутие, улучшается экскурсия диафрагмы и вентиляция базальных сегментов легких.

“Полусвеча” (рис. 7). Из и.п. – лёжа на спине, поднять ноги в вертикальное положение, поддерживая таз руками. Позу держать как можно дольше. Дышать животом. Вернуться в и.п.

“Свеча” (рис. 8). Из и. п. – лёжа на спине, руки вдоль туловища, после медленного вдоха поднять прямые ноги до вертикального положения. Затем, поддерживая туловище ладонями рук под рёбра, постепенно поднимая его вверх до вертикального положения. При этом подбородок крепко прижимается к груди. Остаться в таком положении до первых признаков утомления. Дышать животом. Завершая упражнение, медленно опустить туловище, затем ноги на пол (допускается для облегчения выхода из позы сгибание ног в коленях). Терапевтический эффект: благоприятное воздействие на мозг, систему кровообращения, дыхательную систему. *Противопоказано* выполнение асаны при повышенном артериальном давлении и нарушении функции щитовидной железы.

“Скрученная поза” (рис. 9). И.п. – сидя на полу с вытянутыми вперёд ногами. Согнутую в колене правую ногу поставить через левую.левой рукой взяться за большой палец согнутой ноги. Правую руку завести за спину. Сделать глубокий вдох и на выдохе максимально повернуть голову и корпус вправо. Задержать дыхание. Сделать выдох и на выдохе вернуться в и.п. То же в другую сторону. Терапевтический эффект: благодаря специфическому воздействию на мышцы грудной клетки и косые мышцы живота упражнение высокоэффективно у больных БА.

“Стойка” на голове и предплечьях (рис. 10). Это достаточно сложное упражнение. Разучивать и выполнять его дети должны в присутствии методиста. Коврик желательно положить в угол. Из и.п. – стоя на коленях, нагнуться вперед и, сцепив кисти рук, раздвинув локти, плотно поставить руки на коврик, прижав их к стенкам. Положить голову на ладони, поднять колени и подвинуть их ближе к рукам. Приподнять ноги и со страховкой методиста поставить их в угол. Стоять спокойно, расслабиться, глаза закрыты, дышать ровно. Используя помощь инструктора, осторожно опуститься в положение седа на пятках с опущенной головой. Терапевтический эффект: улучшается дренаж базальных сегментов лёгких. *Противопоказания:* близорукость, повышенное артериальное давление.

Поза “мёртвого” (рис. 11). И.п. – лёжа на спине, руки вдоль тела ладонями вверх, ноги вместе и вытянуты. Без напряжения, спокойно замедлить дыхание (как во время отдыха). Начиная со стоп, расслабляем постепенно всё тело: голени, бедра, живот, руки, грудную клетку, шею, голову. Постепенно должно уйти ощущение собственного тела. Дыхание ровное, спокойное, мысли только о полном расслаблении и отдыхе. Желательно данное упражнение сочетать с аутогенной тренировкой или с медитацией. Упражнение следует выполнять после всех асан, после занятий лечебной гимнастикой, перед сном. Терапевтический эффект: полный покой получает нервная система, благоприятное воздействие на сердечно-сосудистую и дыхательные системы.

Все вышеописанные *Асаны* направлены в основном на сохранение здоровья и силы тела, а *Пранаяма* дает возможность произвольно управлять дыханием и через него, по мнению древних, управлять разумом. Йоги считают, что дыхание есть жизнь. С позиций восточной философии, вся энергия – прана, действующая во Вселенной, так называемая, космическая энергия, находится в воздухе. Используя дыхание йогов, можно накопить существенное количество энергии, чтобы использовать её в случае необходимости. В организме человека прана трансформируется в жизненную силу, а управляющий силой для праны является мысль. Мысль – это ключ, которым можно открыть или закрыть находящуюся перед нами дверь жизни. Именно концентрация внимания на голове, сердце, желудке, эндокринных железах, и т.д. позволяет посылать воображаемую прану в определённые части тела, чтобы усилить в них кровообращение и активизировать их функцию. Таким образом, *сознательную привычку управления праной с помощью сосредоточения и регулирования дыхания древние называли Пранаямой*. Согласно Hewitt J., (1977) термин “пранаяма” может быть свободно переведен как “*расслабляющая регуляция дыхания*”.

Сознательный контроль дыхания является одним из древнейших методов борьбы со стрессом. Он использовался в течение тысячелетий не только как метод укрепления духа и тела, но и для снижения тревоги. Умение управлять своим дыханием развивалось не только в древней Индии как индуистская традиция, но и в Китае, где регулируемое (контролируемое) дыхание являлось основным компонентом такого “боевого искусства дыханий” как *Кун-Фу*, *Тай Ши*, получивших в настоящее время второе рождение в США, а в последние годы — и в нашей стране.

Контроль дыхания является важной составляющей методики, которая используется для уменьшения болевых ощущений у матери во время родового акта и для облегчения прохождения плода через родовой канал. Но самое главное, используя произвольно регулируемое дыхание, сотни людей могут сознательно изменять ритм своего дыхания с тем, чтобы вызвать состояние полной релаксации.

В исследованиях, проведенных в гарвардском Университете в 1908 году, была обнаружена взаимосвязь стресса с тревогой с одной стороны, и мышечным напряжением – с другой. Поэтому, если снизить мышечное напряжение, то тем самым уменьшается стресс и чувство тревоги.

На сегодня существует множество приёмов и методов регуляции дыхания, используемых для релаксации и лечения стрессовых состояний. Для того, чтобы овладеть способами произвольно регулируемого дыхания, следует чётко представлять процессы дыхательного цикла. Согласно Hewitt J.(1978), существует четыре фазы дыхательного цикла, имеющих значение при обучении пациента как произвольной регуляции дыхания, так и любому из методов дыхания.

1. *Вдох* (по возможности через нос, что способствует фильтрации и обогреванию воздуха) – возникает тогда, когда воздух поступает в верхние и нижние дыхательные пути, вплоть до альвеол, из которых в основном состоят доли лёгкого.

2. *Пауза* (следует за вдохом), во время которой лёгкие остаются заполненными воздухом.

3. *Выдох* – возникает тогда, когда лёгкие спадаются, выпуская из альвеол в систему верхних дыхательных путей отработанный воздух.

4. *Пауза* (следует за выдохом), во время которой лёгкие находятся в покое и не наполнены воздухом.

В зависимости от типов вдоха, по Ballentine R. (1976), различают три основных типа дыхания: *ключичное* (верхнее, верхнегрудное) – самое поверхностное и самое короткое; *грудное* (среднее, нижнегрудное) – с расширением грудной клетки, за которым следует поднятие ключиц на вдохе; *диафрагмальное* (нижнее дыхание) – самый глубокий тип дыхания, способствующий наполнению воздухом нижних отделов лёгких, что позволяет за один дыхательный цикл оксигенировать большое количество крови. При полном диафрагмальном дыхании можно видеть: как на вдохе брюшная полость расширяется наружу, затем происходит расширение грудной клетки и, наконец, поднимаются ключицы.

Врачу необходимо уметь правильно определять, какой из основных типов дыхания преобладает у конкретного пациента.

В йоге различают четыре разновидности дыхания: *верхнее, среднее, нижнее, и полное йоговское дыхание*. К сожалению, на сегодня существует немного исследований, посвящённых изучению специфических механизмов произвольной регуляции дыхания и конкретных типов дыхательного контроля. Поэтому в большинстве случаев, мы вынуждены довольствоваться эмпирическим опытом древних и относиться к “произвольной регуляции дыхания” как к давно забытому методу восточного целительства.

По мнению Nymes A. (1980), дыхательный процесс оказывает значительное воздействие на тонус симпатической и парасимпатической нервной системы. Рассмотренные выше первые два типа дыхания – ключичное и грудное – связаны с симпатической ответной реакцией и могут ее стимулировать.

Диафрагмальный тип дыхания, по мнению Harvey J. (1978), оказывает влияние как на солнечное сплетение, так и на правую ветвь блуждающего нерва, нормализуя, тем самым, деятельность парасимпатической нервной системы, и способствуя полной релаксации.

Ballentine R. (1976) в своих исследованиях отмечает также, что выдох повышает парасимпатический тонус и, по-видимому, таким образом увеличивающийся период релаксации, обусловлен парасимпатическим эффектом.

Исследователи Pratar V., Berrettini W., Smith C. (1978) выдвинули гипотезу о существовании нервного механизма, посредством которого диафрагмальное дыхание может понижать активность неокортекса: “Из описания этого метода становится ясно, что он вызывает выраженный рефлекс Геринга-Брейера. Аfferентная ветвь рефлекса Геринга-Брейера включает рецепторы растяжения в лёгких, которые раздражаются в процессе вдоха. Возникающие в результате этого импульсы восходят через блуждающий нерв к дыхательному центру, находящемуся в мосту мозга... Избыточная стимуляция (выражаясь языком физиологии), являющаяся результатом применения этого метода дыхания, может привести к функциональным изменениям в некоторых восходящих активирующих путях ретикуляторной формации, что тормозит, тем самым, приток сенсорной информации в кору и стабилизирует

психику, что имеет значение для ослабления тревоги" (цит. по Everli, Rosenfeld, 1985).

Практически все методики регулируемого дыхания способны вызывать временное трофотропное состояние. Терапевтическая значимость сознательно контролируемого дыхания может быть обоснована и с когнитивных позиций: концентрация на дыхании противодействует возникновению навязчивых мыслей и возможно даже компульсивного поведения. Поэтому следует согласиться с позицией Запада (Hewitt J., 1977; Jencks B., 1977; Hymes A., 1980 и др.) и эмпирическим опытом Востока, что регулируемое дыхание может быть одним из действенных способов достижения ровного и сбалансированного функционирования автономной нервной системы, и, тем самым, способствовать оздоровлению тела и успокоению души. И даже если пациента просто обучить умению во время прерваться и подышать в замедленном ритме, то и это уже окажет оздоровительный эффект на его образ жизни, включающий в себя такой патогенный фактор, как постоянный дефицит времени.

Дыхательные упражнения. Для эффективности дыхательных упражнений важно, чтобы носовые проходы и лобные пазухи были чисты. Следующее упражнение поможет в этом. Налить в чайник для заварки чая около 500 мл тёплой (кипячёной) воды и добавить одну чайную ложку соли. На носик чайника надеть соску-рожок с диаметром отверстия около 0,5 см. Техника исполнения: наклониться, вставить соску в носовой ход и, втягивая воду, выливать ее через открытый рот. Затем поменять носовой ход и повторить процедуру. Лучше выполнять процедуру перед сном или за два часа до выхода на улицу. После процедуры необходимо наклониться головой вниз, чтобы вылить остаток воды из носа. Следует ежедневно очищать носоглотку подсолёной содой, что гарантирует правильность выполнения Пранаямы.

Полное йоговское дыхание: и.п. – сид на пятках, ладони на коленях. Ноги от кончиков пальцев до колен касаются коврика, колени вместе, ладони положить на колени (поза "Алмаза"). Сделать энергичный выдох. Затем начать вдох, состоящий из 3-х фаз: сначала живот выпячивается вперед (воздух проникает в нижнюю часть лёгких); расширяя рёбра и среднюю часть грудной клетки – заполняем воздухом середину лёгких; и, наконец, расширяя грудь до отказа, вбираем в себя максимальное количество воздуха. В той же последовательности начинаем выдох через нос – сначала втягивается передняя стенка живота, сжимаются нижние рёбра, опускается грудь, затем – ключицы и плечи. Сжатие брюшных и межрёберных мышц для максимальной эвакуации воздуха необходимо проводить плавно, без резких движений. Общая картина всех движений должна представлять собой волнообразный переход (без задержек и перерывов) от живота вверх и от ключиц вниз. Упражнение необходимо выполнить несколько раз в течение 1 минуты. Это упражнение лежит в основе йоговского дыхания.

Упражнение на задержку дыхания на вдохе. В и.п. – основная стойка, выполнить полное дыхание. Задержать дыхание и сделать сильный выдох через рот. Провести очистительное дыхание. Упражнение укрепляет и развивает дыхательные мускулы и лёгкие.

"Очистительное дыхание": и.п. – стоя, ноги врозь. Сделать медленный вдох через нос (как при полном дыхании) и немедленно начать выдох следующим

образом: губы плотно прижать к зубам, оставив узкую щель. Через неё выпускать воздух несколькими короткими движениями (чтобы “выжать” воздух напрягаются грудные мышцы и диафрагма). Упражнение способствует очистке лёгких и отдыху дыхательной системы.

“Растягивание межрёберных мышц”: и.п. – стоя, подперевшись руками как можно ближе к подмышкам (большие пальцы кистей рук – на спине, ладони – на боках грудной клетки, пальцы – спереди на груди), сделать полный (йоговский) вдох. Затем, задержав дыхание на короткое время, сжать бока и медленно выдохнуть. Провести очистительное дыхание. Упражнение придает эластичность ребрам.

“Расширение грудной клетки”: и.п. – основная стойка, кисти сжаты в кулаки. Сделать полный (йоговский) вдох, задержать дыхание. Вытянуть руки вперед, кулаки соединить. С силой отвести руки назад (они должны оставаться на одной прямой) и вернуть их в и.п. Повторить эти движения несколько раз. Затем быстро и сильно выдохнуть воздух через открытый рот.

“Возбуждение легочных клеток”: и.п. – основная стойка. Медленно вдыхая воздух, легко похлопывать при этом пальцами по груди. После заполнения лёгких дыхание задержать и, ударив ладонями по груди, выдохнуть. Упражнение возбуждает деятельность легочных пузырьков (альвеол).

“Дыхание через одну ноздрю”: и.п. – сидя в позе “лотоса”, “полулотоса”, “портного” или “алмаза” (рис. 12, 13, 14, 15), прижать левую ноздрю правым мизинцем и выполнить четыре полных (йоговских) дыхания (повторить 4 раза), затем то же, прижав правую ноздрю левым мизинцем. Дыхание через одну ноздрю можно включать в водную часть занятий лечебной гимнастикой в следующем виде: при лёгком беге или ускоренной ходьбе на 10-20 с прижимается сначала одна ноздря, затем (на это же время) – другая. После этого следует 10-15 с обычного бега или ходьбы. Дыхание – только носом.

Ритмическое дыхание, являющееся основой многих упражнений Хатха-Йоги, позволяет согласовать ритм дыхания с ритмом колебаний организма, войти в гармонию с ритмами Космоса, что, по мнению йогов, позволяет продуктивно усваивать прану (абсолютную энергию). Правила ритмичного дыхания: вдох и выдох одинаковые по длительности (от 6 до 16 биений сердца), паузы (задержки дыхания после вдоха и выдоха) по длительности равны половине вдоха или выдоха.

“Ритмичное дыхание на ходу”. После полного выдоха сделать полный вдох в такт шагам на 4 счёта (в уме). Выдох должен быть в 1,5-2 раза дольше. Упражнение выполнять без напряжения, вначале 2-3 мин., постепенно доводя время выполнения до 15-30 минут. Вдох постепенно растягивается до 4-6 шагов, выдох – до 8-12 шагов.

Выполнение дыхательных упражнений должно проходить без напряжения, спокойно, не вызывая дискомфорта.

Следующая методика представляет собой *модифицированный вариант диафрагмального дыхания*, который можно использовать как простой и эффективный метод регулируемого дыхания в ситуациях, вызывающих чувство тревоги, когда учащается дыхание, возрастает частота сердечных сокращений, снижается концентрация внимания и мысли начинают бесконтрольно блуждать. Это упражнение позволя-

ет быстро снять эмоциональное напряжение за счёт глубокого дыхания и концентрации внимания.

1. Заняв удобное положение (стоя, сидя), положите левую руку (ладонью вниз) на пупок, а правую – поверх левой руки. Глаза могут быть открытыми, но лучше их закрыть.

2. Представьте себе пустую бутылку или мешок, находящийся внутри Вас именно там, где лежат Ваши руки. *На вдохе* – представляйте себе как воздух входит через нос, идёт вниз и наполняет этот мешок (или бутылку), поднимая ваши руки вверх и наружу. Продолжая вдох, мысленно представляйте и наблюдайте за волнообразным движением, которое началось в области живота и продолжается в средней и верхней частях грудной клетки, пока воображаемый мешок (бутылка) целиком не заполнится воздухом. Продолжительность вдоха, пока Вы овладеваете этим методом, должна составлять 2 с, впоследствии – до 3-4 с.

3. *Задержите дыхание* (на 1-2 с) и мысленно проговорите фразу: "Мое тело спокойно".

4. *Медленно начинайте выдыхать* (в течение 4-6 с), "опустошая мешок" и продолжая мысленно повторять фразу: "Мое тело спокойно".

Это упражнение (повторять подряд 4-5 раз) можно делать неоднократно в течение дня или превратить его в ежедневный утренний, обеденный и вечерний ритуал. Регулярное выполнение этих упражнений позволяет сформировать своего рода антистрессовую установку, благодаря которой стрессовые эпизоды будут восприниматься менее остро и будут протекать менее интенсивно.

Дыхательные упражнения и вышеописанные асаны можно рекомендовать и детям с повышенной тревожностью, склонным к патологии дыхательной системы, поскольку они не только оказывают общестимулирующий, тонизирующий и тренирующий эффекты на мышцы, участвующие в акте дыхания, но и позволяют научить ребёнка сознательно управлять своим дыханием.

Для детей группы риска крайне нежелательно появление симптомов респираторных заболеваний, воспалений и инфекций верхних дыхательных путей, поскольку это может осложнить течение и терапию основного заболевания. В качестве профилактической меры рекомендуется использование на занятиях с детьми (в том числе и в комплексе лечебной гимнастики) позы "Льва" (рис. 16). И.п. – сед на пятках, ладони на коленях, пальцы напряжены, расставлены в стороны. Широко открыть рот и высунуть язык как можно дальше вперед и вниз к подбородку. Все тело, особенно горло и шея, напряжены. Смотреть в центр между бровями или на кончик носа. Дышать через рот, произвольно. Если горло воспалено, повторить упражнение 6-8 раз.

Необходимо заметить, что некоторые из вышеперечисленных асан (поз) при выполнении дыхательных упражнений не могут сразу быть использованы для занятий с детьми дошкольного, младшего и среднего школьного возраста – "свеча", "полусвеча", "стойка на голове и предплечьях", поза "лотоса", "полулотоса". Это связано с тем, что ребёнок физически не готов к выполнению данных упражнений, он не сможет правильно, даже при грамотном руководстве инструктора, согласовать движения тела с дыханием, следовать необходимым при выполнении упражнения методическим указаниям. Поэтому, элемен-

ты йоги на занятиях ЛФК с детьми вводятся постепенно. Только после освоения наиболее простых упражнений переходят к более сложным. Это, в равной степени, относится и к другим упражнениям, включенным в курс ЛФК, поскольку, только добившись правильного выполнения тех или иных упражнений, можно ожидать позитивных сдвигов в состоянии больного ребёнка. Также необходимо помнить, что детям сложно механически запомнить и выполнить различные позы, дыхательные упражнения, поэтому и здесь должен присутствовать элемент игры. Это делает занятие для ребёнка не только интересным и эмоционально насыщенным, но и создаст систему опорных сигналов, позволяющих без труда запомнить упражнение, требующее сложной координации движения и дыхания. Впоследствии, это поможет ребёнку перейти к самостоятельным занятиям дома.

Заканчивая обсуждение возможности использования различных методов *произвольно регулируемого дыхания*, мы ссылаемся на авторитетное утверждение Нумес А. (1980), что "регулируемое дыхание может стать основным практическим способом достижения ровного и сбалансированного функционирования автономной нервной системы, и способствовать оздоровлению тела и успокоению духа".

1.4.7. Аутогенная тренировка

Существует множество различных методик аутотренинга. Основным результатом аутогенной тренировки (АТ) должно являться состояние физического и психического расслабления, что помогает снять психоэмоциональный стресс.

Любая форма аутогенной тренировки является методом этиопатогенетической терапии при любой форме патологии, т.к. нормализует эмоционально-волевую сферу человека и воздействует на уровень психической напряжённости. Лечебный эффект достигается за счёт состояния релаксации в результате действия специальных и целенаправленных форм самовнушения.

Согласно мнению Беляева Г.С. и Лобзина В.С. (1977), аутогенные упражнения, помогающие успокоить тело и душу, следует проводить в следующей последовательности:

1. *Принятие исходного положения и внутренняя настройка.* Обычно это достигается в положении лёжа на спине, в котором с закрытыми глазами произносятся следующие мысленные формулы:

Я очень хочу быть спокойным.

Я успокаиваюсь.

Я становлюсь совершенно спокоен.

Я успокоился.

Полный покой охватывает всё моё тело, как мягкое покрывало.

Если мешают навязчивые мысли, обычно помогает вспомогательная формула: "Мысли приходят, поднимаются вверх и уплывают от меня, как облака по глубокому вечернему небу".

Кратковременное мышечное напряжение, по контрасту с началом аутотренинга, помогает достичь в дальнейшем более полного мышечного и психического расслабления.

2. *Релаксация мышц.*

Обычно строится формула расслабления для каждой конечности отдельно, начиная с правой половины тела, потом расслабляются мышцы лица и кистей.

Существуют определённые правила чередования напряжения и расслабления мышц, которые помогают достичь желаемого эффекта:

а) чтобы почувствовать расслабление, надо сперва добиться напряжения;

б) напряжение надо выполнять постепенно, плавно; расслабление должно наступать сразу, резко. Очень важен контраст в переживаемых ощущениях;

в) напряжение – на вдохе, расслабление – на выдохе.

В качестве примера можно привести упражнение для расслабления мышц лица в виде “маски гнева”. В любом положении на медленном выдохе надо постепенно хмурить брови, стремясь сблизить их как можно сильнее. Задержать дыхание, не более чем на секунду, и с выдохом опустить брови.

3. *Упражнение, направленное на вызывание ощущения тепла.* Применяются различные формулы – последовательно для каждой конечности:

Я очень хочу, чтобы моя правая рука стала тёплой.

Очень хочу, чтобы моя правая рука стала тёплой.

Хочу, чтобы моя правая рука стала тёплой.

Чтобы моя правая рука стала тёплой.

Моя правая рука стала тёплой.

Правая рука стала тёплой.

Рука стала тёплой.

Чувство внутреннего покоя обычно совпадает с ощущением тепла, для достижения которого можно представить себе тёплую ванну, воздушную ванну под солнцем на берегу моря, реки или тепло в конечностях при пробуждении.

4. *Упражнение, направленное на регуляцию ритма дыхания.* Обычно стараются представить, как дышит спокойно засыпающий человек.

Применяются следующие формулы:

Я дышу совершенно спокойно.

Дыхание свободное, без усилий.

Дыхание при этом глубокое и ровное, взгляд мысленно направлен на грудь или на середину подбородка, или вверх к “третьему глазу”.

После того, как этот комплекс аутогенной тренировки усвоен пациентом и достигнуты положительные результаты, можно переходить к его сокращённому по времени варианту:

Я совершенно спокоен.

Полный покой охватывает всё моё тело, как мягкое покрывало.

Мои руки и ноги расслабленные, тяжёлые и тёплые.

Все мускулы моего лица расслаблены.

Я дышу совершенно спокойно, свободно и ровно.

Клейнзорге Х. и Клюмбиес Г. (1965) рекомендуют проводить направленную тренировку органов по сходным психосоматическим синдромам. Например, комплекс “Лёгкие” включает в себя тренировку ритма дыхания, что обеспечивается мысленным счётом времени фаз вдоха, паузы и выдоха. При этом рекомендуется следующая формула самовнушения:

Я совершенно спокоен, совершенно спокоен.

Легко и свободно струится воздух, прохладный и освежающий.

Дышится совершенно спокойно, без моего участия, самопроизвольно.

Так прекрасно струится воздух, свободно, свободно и легко.
Я совершенно спокоен.

Совершенно спокоен.

Внимание при этом концентрируется на процессе дыхания. При вдохе мысленно произносится слово “вдох” и всё внутреннее внимание направляется на вдох, то же самое производится и при выдохе. Аналогично можно проводить направленную тренировку и других органов.

Классическая методика аутогенной тренировки по Шульцу. По мнению Шульца И.Г., при значительном расслаблении поперечно-полосатой и гладкой мускулатуры возникает особое состояние сознания, позволяющее путем самовнушения управлять различными функциями организма. Основная задача АТ – добиться путем самовнушения снижения тонуса скелетной мускулатуры, ощущения мышечной тяжести и ощущения тепла, что является следствием расширения сосудов.

Добиваясь поставленной цели, больные обучаются способности управлять мышечной сферой, сердечно-сосудистой и дыхательной системами, желудочно-кишечным трактом. В методике Шульца имеется шесть стандартных упражнений. На первом занятии разъясняется суть методики. Обязательно следует объяснить больным, что формулы самовнушения мало выучить наизусть – их надо “прочувствовать”, чтобы они дошли до “сердца”. Механическое произношение формул, а тем более с целью “проверить – получится ли”, положительного результата не дают. Изменять формулы самовнушения нельзя. Первые сеансы АТ продолжаются в пределах 1-2 мин, с 5-6-го занятия продолжительность увеличивается на 1-2 мин и доводится до 5 мин и к концу курса вновь уменьшается до 1 мин. Пациенты, хорошо усвоившие курс, могут в течение нескольких секунд добиться всего комплекса ощущений 1-ой ступени АТ.

Упражнения выполняются при закрытых глазах, формулы самовнушения повторяются на фазе выдоха по 5-6 раз.

Переходить к последующим упражнениям можно лишь после прочного усвоения предыдущих.

Курс занятий АТ по Шульцу длится 3-4 месяца. С целью ускорения обучения Либих С.С. предлагает методику безусловно-рефлекторного подкрепления: при овладении первым упражнением держать в руке тяжелый предмет, при втором – опустить руку в теплую воду, при пятом – тепло на область солнечного сплетения. Облегчает овладение АТ лёгкий гипноз, электросон, аэрофитотерапия.

Во время занятий АТ пациент может лежать или сидеть в положении “кучера”. Но главное, чтобы больной чувствовал себя удобно, спокойно и был весь поглощён таинством обучения.

После выполнения упражнения пациент вначале сидит/лежит спокойно в течение 1 минуты и только потом выводит себя из состояния АТ. Строго следить за последовательностью выхода из АТ. “Согнуть 2-3 раза руки в локтевом суставе, глубоко вдохнуть, на выдохе открыть глаза”.

Упражнения начинают с подготовительной фразы: “Я совершенно спокоен”.

1-е стандартное упражнение – цель научиться вызывать ощущение тяжести:

– “Моя правая рука тяжёлая”.

- “Моя левая рука тяжёлая”.
- “Обе руки тяжёлые”.
- “Моя правая нога тяжёлая”.
- “Моя левая нога тяжёлая”.
- “Обе ноги тяжёлые”.
- “Все мое тело тяжёлое”.

Напоминаем! Приступать к последующему упражнению можно только после прочного усвоения предыдущего. Упражнение осваивается в течение 10-12 дней.

2-е стандартное упражнение – цель вызвать ощущение тепла.

- “Моя правая (левая) рука (нога) тёплая”.

После овладения всеми упражнениями: 1-е и 2-е упражнения объединяются единой формулой: “Мои руки и ноги тяжёлые и тёплые”. Каждая формула самовнушения повторяется 5-6 раз.

3-е стандартное упражнение – цель научиться управлять ритмом сердечной деятельности. После вызывания ощущения тяжести и тепла во всем теле пациент обучается мысленно считать частоту сердечных сокращений. Далее 5-6 раз повторяется: “Сердце бьется мощно и ровно”.

4-е стандартное упражнение – цель научиться управлять дыханием. После выполнения трёх первых упражнений повторяется – 5-6 раз: “Мое дыхание спокойное, дышится свободно и ровно”.

5-е стандартное упражнение. Цель обучения – влияние на органы брюшной полости: “Моё солнечное сплетение излучает тепло”.

6-е стандартное упражнение – влияние на сосуды головы: “Мой лоб слегка прохладен”.

Пациенты, усвоившие метод, приобретают умение и навыки саморегуляции психовегетативными функциями и самоуправления эмоциями, деятельностью, поведением, общением.

АТ практически не имеет противопоказаний, но ее эффективность зависит, в какой-то мере, от общей информированности пациента о терапевтических возможностях релаксационных методик. Поэтому перед началом курса занятий с пациентом проводится индивидуальная беседа, в которой дается информация об АТ.

Занятия АТ проводятся групповым методом в кабинете, оборудованном мягкими креслами с подголовниками и подлокотниками. Продолжительность занятия до 1-1,5 часа, численность группы не более 10-12 человек.

До и после каждого занятия медицинская сестра измеряет каждому больному АД, подсчитывает пульс. Целесообразно, измеряя АД и подсчитывая пульс после занятия, информировать пациентов о достигнутых результатах, иногда несколько преувеличивая их с психотерапевтической целью.

Каждое занятие целесообразно строить из 2-х этапов: сначала обсуждаются результаты самостоятельных тренировок каждого участника группы, даются ответы на возникающие вопросы, затем проводится занятие АТ, направленное на овладение приёмами релаксации и формами самовнушения.

Метод позитивного самовнушения. Сужение круга интересов вокруг симптомов своего заболевания с нежеланием анализировать причинные факторы и предпринимать реальные действия по оздоровлению своего образа жизни – одна из характерных черт образа мышления и поведения многих больных, страдающих хроническими болезнями. В связи с этим,

важной задачей психотерапии является формирование позитивного образа мышления, направленного на осознание необходимости постоянной заботы о своем психическом и физическом здоровье.

В процессе работы над собой больной должен придти к убеждению, что позитивное самовнушение – это путь, идя по которому можно выработать новое желаемое отношение к своему состоянию: “Мой сегодняшний образ жизни – благоприятная почва для болезни. Я меняю свое поведение, мышление с целью создания условий для свободного развития духа и тела”.

С целью реализации декларированного лозунга в жизнь пациенту предлагается программа активного самовнушения.

При условии, если больной добросовестно выполняет советы врача, то постепенно содержание программы становится привычкой, неотъемлемым атрибутом жизнедеятельности и поведения пациента.

Стать здоровым – вовсе не значит сделать что-либо полезное для здоровья *однажды*. Быть здоровым – значит делать для этого всё необходимое *постоянно*.

Несмотря на своё состояние, вставать с постели счастливым, довольным собой. Обязательно мысленно, полузакрыв глаза, отвлекшись от всего постороннего, сосредоточившись внутренне, внушить себе: “Сегодня у меня всё будет хорошо. Никакие события не повлияют на планомерное выполнение программы активного самовнушения”.

Важно с утра настроить себя на то, чтобы в любых, самых неприятных ситуациях отыскивать положительные стороны, сконцентрировать на них внимание и активно внедрять их в сознание, подчеркивая свои способности к активному самовнушению, и переживая при этом радость победы.

Такое поведение в неприятных ситуациях открывает Вам, что Вы обладаете поразительной внутренней силой, способной трансформировать в реальность надежду на выздоровление, на преодоление трудной ситуации.

Теперь Вы начинаете следить за своими словами, т.к. поняли, что за словами стоит дело. Вы убедились, что если вы сказали: “Я попытаюсь сделать”, то это значит, что вы задуманного не сделаете. Нужно говорить: “Я хочу, и я сделаю; я хочу, и я добьюсь!” “Если Вы говорите: “Я начну завтра, т.к. у меня сейчас болит голова”, то это значит, что успеха не будет. Нужно сказать: “Несмотря на свое плохое самочувствие, я уже начал работу над собой”.

Следует сосредотачивать своё внимание на переживании успеха и удачи. Неудача – это только повод для оценки своих сил и мобилизации своей деятельности по преодолению препятствий.

Вы приходите к убеждению, что Ваша болезнь – результат неправильного, заниженного представления о себе, своих возможностях. У Вас постепенно формируется такой образ, каким бы Вы хотели стать. Сознательно вызывайте представление этого образа, постоянно совершенствуйте его, убеждайте себя в реальности достижения цели.

Начинайте превращать мечты о себе в реальный план действий и строго, неотступно следите за его выполнением. Вы будете испытывать огромное удовлетворение и радость, если будете активно идти к намеченной цели.

Развивайте искусство воображения. Ежедневно мысленно представляйте себе (не отрываясь от действительности), как Вы в чем-то добиваетесь успеха.

Воспитывайте в себе чувство собственного достоинства, чувство уважения к себе. Без стеснения принимайте похвалу на свой счет. Не нужно сравнивать себя с другими. Вы единственный и неповторимый – пусть другие сравнивают себя с Вами.

Правильно оценивайте свои возможности, знайте, чего Вы хотите добиться. Относитесь к людям с теплотой и заботой.

Знайте, что зависть, гнев, злость, жажда мести разъедает Ваше здоровье. Не очистившись от этих чувств, Вы не сможете стать здоровым.

Много работайте над собой, над улучшением своих взглядов на различные жизненные проблемы.

Стройте свое поведение так, чтобы лучше выглядеть, лучше ходить, лучше говорить.

Программа позитивного самовнушения может иметь успех только при наличии постоянного активного самоконтроля и активной мотивации.

Вы пришли к убеждению, что стать здоровым зависит прежде всего от Вас самих.

Вы обязаны контролировать события и извлекать из них пользу для себя. Вы прямо и открыто воспринимаете критику и похвалу.

Вы исключили из своего словаря: “Я не могу”.

Постоянно совершенствуйте самоконтроль.

От того, какую часть хороших советов и рекомендаций Вы воспримите, зависит, насколько эффективным будет Ваш путь к успеху.

Основное – это целеустремлённость, убеждённость, последовательность и постоянство.

1.4.8. Групповая игровая терапия

Игра, как и рисование, позволяет лучше понять переживания и тревоги, помогает отретировать различные возможные жизненные ситуации, что позволяет как ребёнку, так и взрослому лучше адаптироваться к ним в реальной жизни. По мнению Захарова А.И. (1995), игра является способом выражения чувств, познания и моделирования окружающей действительности. Автор считает, что психологически направленные игры снимают избыток торможения, скованности и страхов, имеющихся у пациентов, а также позволяют корректировать имеющиеся нарушения. Во время игры язык тела пациента обретает свою неповторимую форму. Взрослый пациент начинает играть свою роль, практически, также искренне, как и ребёнок. Вот тогда и происходит чудесный момент целительства. Из подсознания выплывает тот самый образ, который многие годы осознанно или неосознанно находился в глубинах сознания у человека. В это время и происходит тот самый катарсис в его классической форме, т.е. через активное творчество произошел процесс открытия внутренних скрытых ресурсов, повлиявших не только на улучшение физического, но и духовного состояния, изменившего восприятие жизни.

Могут быть полезны такие игры, как игра “мяч в кругу”, целью которой является снятие торможения в общении; игра “проникновение и выход из круга”; игра “сжатие в круге”; игра “автобус” и др.

Достаточно полезна для выражения чувства агрессии, злости и раздражения игра под названием “Куда уходит злость” в описании Дегтерёва Ю. В. (1995):

“Мы собрались с вами здесь, чтобы поиграть. Однако, возможно, что не всем всё нравится в обстановке, в людях, в самом себе. Подумайте о том, что вас тревожит больше всего в данный момент? Что бы вы хотели сказать плохого? Представьте себе, что мы пришли сюда поругаться и выразить друг другу свои претензии. Пожалуйста, кто готов начать? Постарайтесь выразить по возможности всё, что у вас накопело. Пожалуйста, по очереди высказывайте резкие критические замечания. Это – игра, так что все понимают условность происходящего и судить строго не будут. *Реагировать ответными репликами на замечания не разрешается.* Таким образом, высказывания будут односторонними и не перерастут в споры и настоящую ругань. Пожалуйста, говорите...”

А сейчас вообразим себе такую картину. Всё, что мы высказали здесь, вдруг превращается в лёгкие клубы пара, который медленно поднимается вверх и исчезает через открытую форточку или открытую дверь. Прикройте глаза, чтобы картина стала достаточно ясной. Спасибо. Игра закончена.”

Такая физически подвижная игра как “пятнашки”, позволяет как взрослым, так и детям: обеспечить эмоциональную разрядку – отреагирование накопившегося нервного напряжения; уменьшить страх и напряжение при неожиданных ситуациях, особенно – *страх нападения и наказания со стороны родителей*; усвоить групповые правила поведения и совместной деятельности; наладить более непосредственный контакт между родителями и детьми. Обычно эта игра служит разминкой к последующим подвижным играм “жмурки”, “прятки” и др. *Условием для игры является наличие игровой площадки, на которой в беспорядке расставлены предметы мебели, через которые нельзя перепрыгивать, эмоциональное хлопанье по спине в знак запятнания, эмоциональные угрозы во время игры.* Всё это даёт возможность обеспечить двусторонний уровень взаимоотношений в системе взрослый-взрослый, взрослый-ребёнок. Юмористическое восприятие угроз, эмоциональный подъём во время игры, возможность физического контакта помогают улучшить межличностные и внутрисемейные взаимоотношения, а детям – наладить взаимопонимание с родителями и избавиться от страхов по отношению общения с ними.

ПОДХОД ВОСТОКА И ЗАПАДА К ЛЕЧЕБНОМУ ПРОЦЕССУ

Современная медицина, рассматривая организм человека как некую абстрактную физиологическую структуру, стремится поставить диагноз, основанный на анатомических, клинических и лабораторных показателях, и, в большинстве случаев, в качестве основных методов терапии использует химиотерапевтические препараты, направленные на устранение симптомов заболевания или заместительную терапию. Фармокотерапия в основном базируется на правиле “доза – эффект”, на линейном принципе воздействия, согласно которому интенсивность воздействия и величина дозы находятся в прямой зависимости. Функции же саногенеза, самовосстановления и саморегуляции организма в процессе развития заболевания и терапии нередко остаются вне поля деятельности врача.

Для любой терапии характерен принцип – “лечить не болезнь, а больного”. Но в современной официальной медицине это условие провозглашается всуе, поскольку преобладающее значение в научной медицине имеет медицинский нозологический диагноз. Индивидуальные особенности больного, чувствительность больного к данному лекарству, подбор индивидуальной дозы лекарства, качество ответной реакции организма на назначенную дозу и вид лекарства заранее не определяются и даже не прогнозируются.

Можно согласиться, что принцип устранения симптомов вполне оправдан при оказании неотложной помощи и реанимации (приступ астмы, ложный круп и т.д.), когда терапия против симптома служит устранению экстремальных ситуаций в организме, но этот принцип совершенно не оправдывает себя при терапии хронических болезней человека. Несомненно, узкая специализация, в определённой мере, необходима для нозологической диагностики и качественного улучшения специализированной медицинской помощи. Однако узко специализированная нозологическая оценка состояния здоровья, доминирующая в настоящее время в медицинском мире, не всегда позволяет воспринять больного как целостную личность (систему), понять динамику патологического процесса в целостном организме во всех его информационно-энергетических и функциональных взаимосвязях с учётом генетически детерминированных резервов и возможностей человеческого организма. Кроме того, узко специализированная направленность официальной медицины затрудняет не только оценку причин заболевания, но и выявление причинно-следственных взаимосвязей между отдельными симптомами (синдромами) в такой сложной системе, как человеческий организм, а это ведет к неуклонному увеличению численности “хронически больных”.

На Востоке традиции врачевания, связанные как с медицинской, так

и духовной практикой, сохранились в неприкосновенности до наших дней. Прогресс науки, способствуя развитию альтернативной медицины, возвратил эти традиции на Запад, а научно обоснованные биоэнергетические феномены легли в основу новой развивающейся науки о жизни, бросая вызов с позиций физики живого правящей научной парадигме.

Современная традиционная медицина (альтернативная) ориентирована, прежде всего, на физиологические жизненные процессы и исходит из принципа интеграции, синтеза процессов, активации гомеостатической авторегуляции. Выбор лечебных мероприятий в каждом конкретном случае осуществляется с позиций системной (структурной и функциональной) целостности человека в соответствии с природными возможностями организма в области регуляции, регенерации, адаптации и самооздоровления. Все методы традиционной медицины стимулируют поражённый болезнью организм, запускают механизм саморегуляции, способствуя восстановлению внутриклеточных повреждений и активации заблокированных болезнью механизмов восстановления, компенсации и приспособления. Это имеет особую практическую значимость, поскольку позволяет избирательно стимулировать и поддерживать внутренние системы саморегуляции и самооздоровления организма.

Статистика большинства высокоцивилизованных стран свидетельствует об уменьшении острых заболеваний и росте хронических. Значительный рост хронических заболеваний требует от современной медицины использования всех возможностей, всех методов и средств традиционной и нетрадиционной медицины в едином лечебно-профилактическом процессе, чтобы помочь этим больным.

Ещё со времени знаменитого спора доктора Коха с доктором Пентенкоффером, когда последний, исчерпав в пылу спора все аргументы в пользу доказательства того, что для возникновения болезни нужен не только микроб, но и предрасположенность к этой болезни, взял и выпил содержимое ампулы с бациллами туберкулёза – и не заболел. И стало ясно, что одного возбудителя недостаточно для возникновения болезни. Есть еще какие-то причины, которые одному организму позволяют сопротивляться инфекции, а другому – сдаваться недугу. Однако и сегодня на рубеже века уходящего медицинская наука вынуждена признать, что несмотря на успехи в изучении этиопатогенеза многих заболеваний и создание высокоэффективных лекарственных препаратов, во всём мире наблюдается увеличение хронизации патологии, смертности среди детского и взрослого населения, что заставляет многих современных ученых задуматься над механизмом болезни в целом.

Хроническая патология, как правило, мультипричинна и многопланова, её развитие во времени и пространстве не подчиняется причинно-линейным закономерностям и в значительной степени определяется недостаточностью компенсаторных возможностей организма, нарушением информационноэнергетических и регуляторных процессов, обеспечивающих функцию отдельных систем и органов, генетически детерминированная слабость которых манифестирует в том или ином синдромокомплексе. Нередко этот клинический синдромокомп-

лекс, на первый взгляд находящийся в этиологической зависимости от той или иной причины, вызвавшей его возникновение, напрямую с ней не связан. Это подтверждает необходимость лечить не болезнь, выраженную в нозологическом диагнозе, не симптоматические последствия дисфункции органов и систем, а *оздоравливать человека с учётом психоэмоциональных, энергоинформационных и морфологических особенностей за счёт повышения резервных возможностей организма.*

Из глубины веков звучит мысль Гиппократов, что болезнь – это нарушение идеального равновесия между индивидумом и окружающей средой. Действительно, систему “здоровье-болезнь” можно рассматривать как форму балансирования организма в условиях постоянно меняющейся внешней и внутренней среды, которая обеспечивается как определённым уровнем функциональной активности регуляторных и органотканевых систем, так и развитием компенсаторно-приспособительных (саногенетических) механизмов.

С этих позиций, единственный способ справиться с болезнью – это научиться правильно использовать резервы человеческого организма. “Весь мир – аптека”, – писал Парацельс, имея в виду, что всё в природе в одних условиях является фактором повреждения, а в других – лекарством. Мудрая мысль Гиппократов, что каждый человек носит врача в себе, надо только помочь ему в его работе – подтверждает целесообразность использования природных факторов, истоки применения которых теряются в глубине веков. Физиологичность действия естественных природных (и преформированных) факторов объясняется тем, что в процессе эволюции организм человека постоянно испытывал влияние факторов окружающей среды.

Древнекитайские врачи, считавшие, что болезнь связана с нарушением энергетического обмена в организме, создали первые стройные теории биоэнергетики и обосновали практическое применение игло-рефлексотерапии (ИРТ) и дистанционного целительства. Древневосточная концепция биоэнергетики, обобщающая эмпирический опыт многих поколений целителей, очень объёмна и сложна, и мы коснёмся лишь фрагментарно некоторых её положений, чтобы помочь врачу общемедицинской практики взглянуть на болезнь с позиций целостности биологической системы, что позволит ему более обоснованно сочетать методы традиционной и нетрадиционной медицины при лечении и реабилитации различного контингента больных.

С позиций древневосточной философии, организм представляет собой открытую систему, которая активно взаимодействует с окружающей средой через систему каналов и коллатералей – ЦЗИН-ЛО, по которым, циркулирующая по всему организму ЧИ (энергия) и “кровь”, проникает внутрь органов (система ЦЗЯН-ФУ) и выходит на поверхность тела, образуя как бы сеть, связывающую воедино весь организм (рис. 17 А, Б). Причем, энергии древние врачи отводили ведущее место, а “кровь” (кровь, лимфа, тканевая жидкость) – второстепенное, считая, что в основе жизнедеятельности организма лежит циркуляция энергии. *Энергия в самом широком смысле слова – это основа всего сущего на Земле.*

По концепции Восточной медицины, именно в системе “покровы тела” происходит интенсивный обмен энергией между организмом и

окружающей средой, что возможно является первым этапом трансформации энергии (информации) на уровне *"третьей регулирующей системы"* через призму системы *"покровы тела – внутренние органы"*. Кожа, с проходящими по ней *"каналами связи"*, является как бы посредником между окружающей средой и внутренними органами, обеспечивая как отграничение организма от внешней среды (персонализацию), так и взаимосвязь с ней (экологизацию).

Универсальность системы *"покровы тела – каналы – внутренние органы"* (системы ЦЗИН-ЛО и ЦЗАН-ФУ) состоит в том, что она одновременно отражает в себе весь внутренний мир человека и является плацдармом взаимодействия внутренних органов как между собой, так и с окружающей средой. Эта универсальность системы используется как для диагностики состояния ЦЗАН-ФУ органов, так и для их лечения.

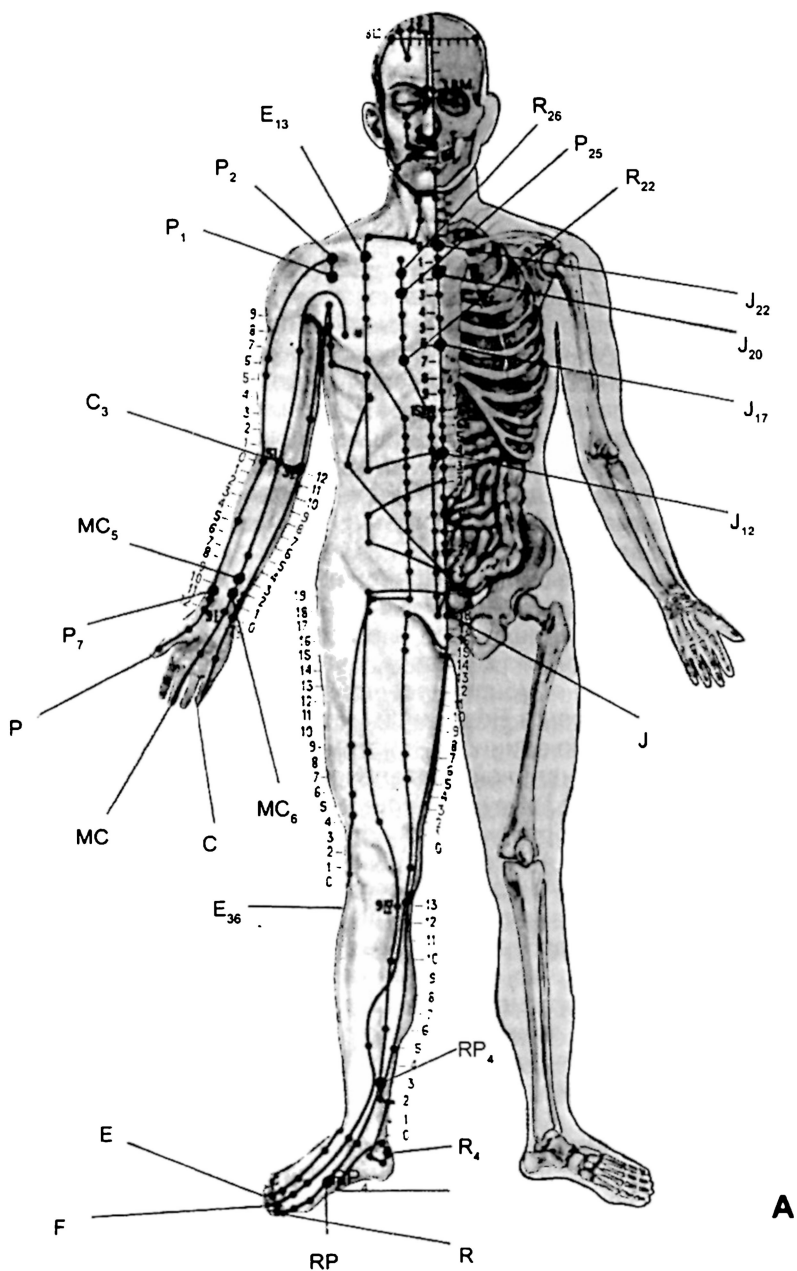
Система ЦЗИН-ЛО включает в себя: 12 главных каналов тела, 12 ответвлений от главных каналов, 8 *"чудесных сосудов"*, 15 коллатералей, 12 мышечно-сухожильных каналов и 12 кожных зон, *имеет четкую биоритмологическую организацию и живёт по своим законам*, объясняемым с позиций древнекитайской философии, которую современная наука пытается расшифровать и применить в хронодиагностике, хронотерапии и хронобиологии.

На сегодня ещё большинство врачей не осознает понятие *"биоритмы"*, как имеющее общее и биологическое значение, но проблематика существования *"внутренних часов"* в организме уже для многих выходит за рамки чисто научного интереса, в частности, *для нового направления – функциональной (биоэнергоинформационной) медицины*.

Под термином *орган* в Восточной медицине понимают структурно-функциональные единицы – системы ЦЗАН-ФУ, объединенные по общности функциональной деятельности, т.е. по принципу функциональных систем. Поэтому *концепция органа* является как бы натурфилософским прообразом теории функциональных систем, блестяще разработанной Анохиным П.К. Именно тесной взаимосвязью систем ЦЗИН-ЛО и ЦЗАН-ФУ объяснялось то, что при повреждении органа или внедрении в него патогенного фактора, последний может по *"каналам связи"* внедряться в другие органы (так называемая, трансмиссия заболевания), что особенно часто наблюдается у наружно-внутренне связанных органов (например, лёгкие – толстый кишечник).

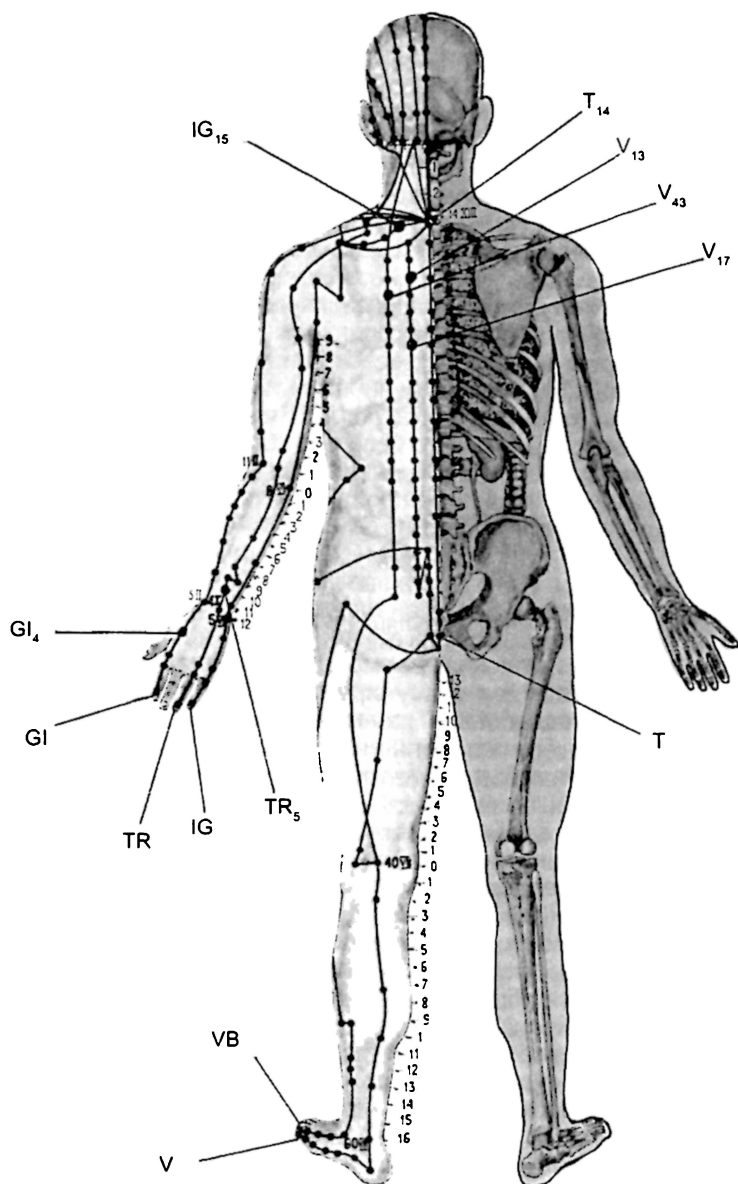
Для нормального функционирования системы ЦЗАН-ФУ необходимо наличие специфической энергии ЧИ. По древневосточной философии, ЧИ является материальным субстратом Вселенной и все изменения последней являются следствием движения и изменения ЧИ. В современной понимании в термин ЧИ вкладывается интегральная функция всей деятельности организма, то есть его жизненная энергия, жизненный тонус, являющиеся равнодействующей всех биоэнергетических процессов. Уровень жизненной энергии ЧИ зависит от качества паренхимы внутренних органов (плотные паренхиматозные органы относятся к системе ИНЬ), тонуса и проходимости каналов (меридианов и их коллатералей), потребностей организма в энергозатратах.

По представлениям древних врачей, *внутренняя энергия* (восполняемая энергия) образуется из *"космической пищи"* – воздуха и *"земной пищи"* – продуктов питания и последовательно проходит все 12 основных меридианов за 24 часа.



A

Рис.17 (А,Б). Система ЦИН-ЛО, деление областей тела на пропорциональные части в цунях, точки воздействия (АТ): I (P) – канал легких; II (GI) – канал толстого кишечника; III (E) – канал желудка; IV (RP) – канал селезенки – поджелудочной железы;



Б

V (C) – канал сердца; VI (IG) – канал тонкого кишечника; VII (V) – канал мочевого пузыря; VIII (R) – канал почек; IX (MC) – канал перикарда; X (TR) – канал трёх обогревателей – САНЬ-ЦЗЯО; XI (VB) – канал желчного пузыря; XII (F) – канал печени; XIII (J) – переднесрединный канал; XIV (T) – заднесрединный канал.

Каждый из меридианов имеет свой как максимальный, так и минимальный базовый потенциал (рис.18). Кругооборот энергии начинается с меридиана легких (P), на котором максимальная активность отмечается в 3-5 часов утра, а минимальная – через 12 часов (в 15-17 ч), когда энергия проходит по диаметрально противоположному меридиану мочевого пузыря (V).

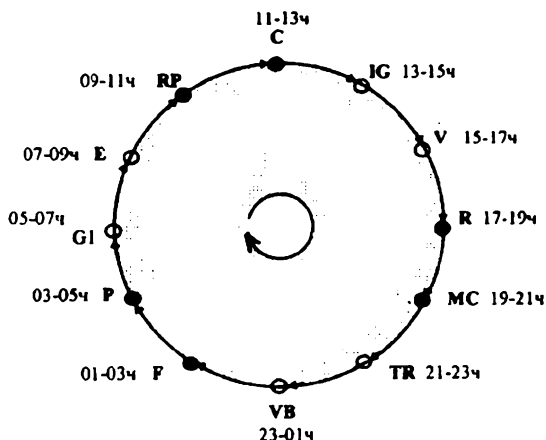


Рис.18. Суточная циркуляция ЧИ по каналам тела

Другой вид энергии, так называемой *“особой энергии”*, начинается от почек (врожденная ЧИ) и циркулирует по 8 “чудесным сосудам” (в которые входят *заднесрединный канал* – управитель всех ЯН каналов и *переднесрединный* – управитель всех ИНЬ каналов). “Чудесные сосуды” вбирают в себя избыток энергии и отдают энергию каналам при её дефиците в них, выполняя как бы роль “шлюзов” при нарушении циркуляции ЧИ в определённом регионе.

В клинике прослеживается *тесная взаимосвязь между лёгкими, кожей и органами пищеварения*, что объяснялось древними врачами с позиций циркуляции ЧИ. Например, если в лёгких наблюдается дисгармония ЧИ, то нос и его придаточные пазухи либо заложены, либо из носа начинает течь; дисгармония лёгких при хронической патологии может сопровождаться общими симптомами: непродуктивный кашель или со скудной вязкой мокротой, хрипы, одышка с затруднением вдоха или даже астматическое дыхание, а в тяжелых случаях – ортопноэ. Циркуляция ЧИ лёгких нарушается, если “кишечник закупорен” (учитывая наружно-внутреннюю связь канала лёгких с каналом толстого кишечника), что может проявляться кашлем, чувством заложенности в грудной клетке, кожными проявлениями. Если в селезёнке или почках наблюдается хронический дефицит ЧИ, то в организме может быть много слизи, что клинически может проявляться кашлем, астмой, бронхитом или упорным синуситом.

Во всех ЦЗАН-ФУ органах, как считали древние врачи, *дисгармония ЧИ может быть вызвана перенапряжением и стрессом, длительной депрессией, длительным состоянием тревоги*, что приводит к развитию соответствующих клинических синдромов. По древнекитайской философии, *психика* (хранилище души) связана со всеми ЦЗАН-ФУ органами *энер-*

гетически и функционально. Каждый ЦЗАН-орган связан с определёнными эмоциями и при избытке последних страдает в первую очередь: гнев поражает печень, печаль и тоска – бронхи и лёгкие, тревога – селезёнку, а страх и испуг – почки. Эмоциональные факторы могут поражать сначала один ЦЗАН-орган или несколько, проявляясь сначала функциональными нарушениями, которые перерастают в органические расстройства при длительном воздействии отрицательных эмоций, причём параллельно расширяется и сфера этих расстройств.

Древние врачи, с позиций циркуляции энергии, уделяли большое внимание вопросам *питания и физической активности.*

Таким образом, с позиций классической Восточной медицины энергетический потенциал организма складывается из *наследственной ЧИ и выполняемой ЧИ. Наследственная энергия* (врожденная ЧИ) наследуется от родителей и определяет жизненную (иммунную) активность организма. *Восполняемая энергия* (образуется в процессе пищеварения, дыхания, общения) формирует *антипатогенный вид энергии*, циркулирующий вне меридианов и обеспечивающий невосприимчивость организма к патогенным факторам внешней среды, то есть иммунную активность, а также отвечающий за активность опорно-двигательного аппарата, кожи и слизистых.

ЦЗАН-ФУ органы продуцируют различные виды энергии, которая циркулирует по замкнутой меридианальной системе, взаимно дополняя друг друга. Система меридианов ЦЗИН-ЛО выполняет следующие функции: управляет потоком жизненной энергии ЧИ и потоком крови; осуществляет передачу энергии от внутренних органов к покровам тела и обратно (прямая и обратная связь); поддерживает гармонию ИНЬ-ЯН. Понятие ИНЬ и ЯН в восточной медицине отражает противоположность двух энергетических начал: ИНЬ означает материальное в теле, а ЯН – функции организма. Понятие ИНЬ и ЯН, составляющее единое целое – Монаду (рис. обложки), как бы объединяет кажущиеся противоположности, что соответствует основному принципу древнекитайской философии: нет ничего абсолютного в этом мире.

В каждом цикле движения энергии на уровне головы соединяются пары ручного и ножного ЯН-меридианов, а на уровне туловища – пары ручного и ножного ИНЬ-меридианов. В анатомическом плане – все ИНЬ-меридианы начинаются или заканчиваются на груди, все ЯН-меридианы – на голове, функционально – каждый ИНЬ-меридиан и каждый ЯН-меридиан соединяются между собой на какой-либо конечности. Множество межмеридианальных связей (наружный ход меридиана, внутренний ход меридиана, продольные и поперечные коллатерали) образуют функционально-энергетическую сеть, обеспечивающую функциональное и энергетическое единство внутренних органов как между собой, так и с окружающей средой.

Патология, возникающая в какой-либо части тела, воздействует на другие его области (трансмиссия заболевания по “каналам связи”) и способствует прерыванию связи в системе меридианов в соответствии с ходом меридиана, что нарушает функциональное и энергетическое единство биологической системы.

Долгие десятилетия установки традиционной медицины нам казались в философском отношении наивными, чем и объяснялся скепсис многих врачей по отношению к её методам. Но в наш век углублённого изучения биологических закономерностей экспериментально обосно-

вываются и возвращаются в официальную медицину многие методы альтернативной (традиционной) медицины, и с позиций современной науки мы вынуждены признать правильность её практических подходов. Современная наука подтверждает и обосновывает многие постулаты Восточной медицины, в частности, тесную взаимосвязь между органами и меридианами. В современной науке о биоэнергетике аналогией понятия *энергетическая гармония и дисгармония*, используемого в традиционной китайской медицине, являются *“причинные цепочки”* Шиммеля, которые в последующем автор назовет *“резонансными цепочками”*.

“Причинные цепочки”, в основе которых лежат функционально-энергетические взаимосвязи между внутренними органами и меридианами, не только включают в себя все физические и психические реакции на болезнь, но и показывают, что тяжелая степень поражения отдельного органа может стать причиной различных заболеваний за счёт прерывания связи в системе меридианов. С помощью *“причинных цепочек”*, отражающих сложную иерархию взаимосвязей в организме на уровне энергии меридианов, практическому врачу легче понять природу тех симптомов, которые нельзя объяснить с помощью современной анатомии, физиологии и биохимии.

Многолетние эксперименты с использованием различных методов обследования (компьютерная сегмент электрография, вегетативный резонансный тест – BPT, VEGAtest, ЭПДФ, БРТ и др.) позволили автору показать, что большая часть *“причинных цепочек”* ведет свое происхождение от пяти основных патогенетических моделей. Образно говоря, патогенетические модели можно представить в виде дерева с толстыми ветвями, а *“причинные цепочки”* в виде более тонких ветвей, большая часть которых ведет свое происхождение от 5 патогенетических моделей. Schimmel H.W. (1991) считает, что у 90% хронических больных поражены в основном следующие органы: печень с внутрипечёночными желчными протоками, поджелудочная железа, тонкий и толстый кишечник, почки и придаточные пазухи носа, которые наиболее часто являются органами с максимальной степенью нагрузки (*“доминантный патологический очаг”*), и от которых исходит патогенное влияние на другие органы за счет нарушения взаимосвязи в системе меридианов.

Восприимчивость индивида и характер ответной реакции на любой повреждающий стимул (стресс, инфекция, химиопрепараты и т.д.) будут зависеть от его предрасположенности, конституции и генетической организации. То есть, в зависимости от индивидуальной конституции (наследственно-генетический фактор), предрасположенности, восприимчивости и провоцирующих факторов внешней и внутренней среды развивается одна из патогенетических моделей хронического заболевания, запускающая одну или несколько *“причинных цепочек”*, которые, в свою очередь, вызывают появление многочисленных клинических симптомов и синдромов, образующих *“порочный круг”* болезни, сбивающий с толку врачей и трудно поддающийся лечению. Другими словами, *“причинные цепочки”* как бы отражают цепочку событий, которые описывают болезнь, причем начальному звену цепочки соответствует начало болезни, а последнее звено цепочки обычно отражает ту часть тела, которая поражается в последнюю очередь. Экспериментальные исследования с использованием биофизических методов неоднократно подтверждали, что источником болезни может быть либо

орган с максимальной степенью нагрузки, либо доминантный патологический очаг, который в свою очередь оказывает патогенное влияние на другие органы, что вызывает впоследствии разнообразные симптомы, накопление которых сбивает с толку врачей: например, ПЖ – предстательная железа – мочеточник – почки – *гипертония*; ПЖ – щитовидная железа – *тиреотоксикоз* – *тахикардия*; ПЖ – желчный пузырь – печень – *дисбиоз* – *кожные болезни*; ПЖ – печень – желудок – придаточные пазухи носа – *полиартрит*. Исследуя соответствующую причинную цепочку, врач как бы выстраивает диагностическую модель, которая не только объясняет причину появления болезни и большого числа разнообразных симптомов/синдромов, но и позволяет понять различные труднообъяснимые клинические симптомы и осуществить более рациональный выбор лечения. Многие хронические болезни могут быть излечены, если отказаться от общепринятых в классической медицине схем их лечения.

Многолетние исследования Х. Шиммеля показали, что большая часть “*причинных цепочек*” начинается в области живота и таза и за счет межмеридианальных взаимосвязей оказывает отрицательное влияние на область головы (и наоборот). Конечно, с точки зрения анатомии и физиологии, сложно объяснить существование взаимосвязей между брюшной полостью и тазом – с одной стороны и слизистыми оболочками в области головы – с другой. Но опыт показывает, что большая часть очагов в области головы возникает из-за поражённого органа или наличия патологического очага в брюшной или тазовой области. И если в области живота возникает дисфункция, она отрицательно влияет на область головы, а если же возникает хроническая, вызывающая болезнь энергетическая блокада в области головы (патологический очаг – синусит, зубы, миндалины и т.д.), то связь может быть обратной, и следовательно, может возникнуть дисгармония между органами, находящимися в брюшной или тазовой области в соответствии с ходом меридиана.

При рассмотрении “порочного круга” болезни, который определяют “причинные цепочки”, следует опираться на теорию У-СИН (теория 5-первозлементов: огонь, земля, металл, вода, дерево), позволяющую понять основные модели и принципы энергетических взаимосвязей в динамике, теорию ИНЬ-ЯН и другие принципы и правила Восточной медицины, отражающие единство организма и теснейшие взаимосвязи его функциональных и органических структур. Такой системно-структурный подход, основы которого в современной теоретической и практической медицине заложены академиком Анохиным П. К., позволяет не только анализировать болезненное состояние, но и оказывать целенаправленное лечебное воздействие на все органы (патологические очаги), входящие в определенную “причинную цепочку”.

Недооценка, так называемой, *доклинической (функционально-энергетической) стадии* болезни, которой врачи общей практики, как правило, уделяют мало внимания, привела к тому, что мы имеем огромную армию больных с *функциональными (регуляторными) расстройствами*, нередко берущими начало в детском возрасте, поскольку проявление патологии на органном уровне происходит не в течение дня (недели, месяца), а готовится годами. Своевременная диагностика этих нарушений (к сожалению, не выявляемых общепринятыми методами клинического обследования) во многих случаях могла бы предотвратить развитие

хронической патологии в организме. В качестве наглядного примера в соответствии с обсуждаемой проблемой приводим схемы некоторых "причинных цепочек" (рис.19-29), в которых стрелками показано как одностороннее движение энергии, так и взаимное влияние органов – двойные стрелки (цит. по Готовскому Ю. В. и соавт., 1998).

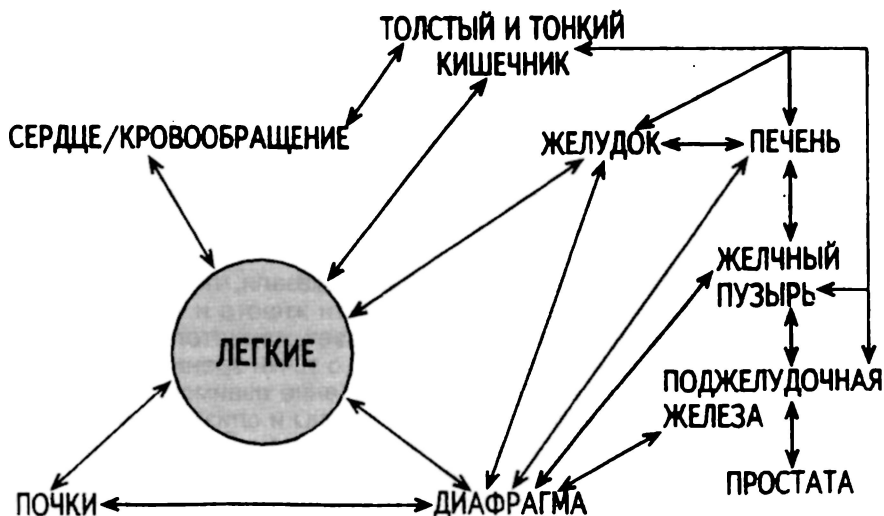


Рис.19.Причинная цепочка – "Лёгкие"

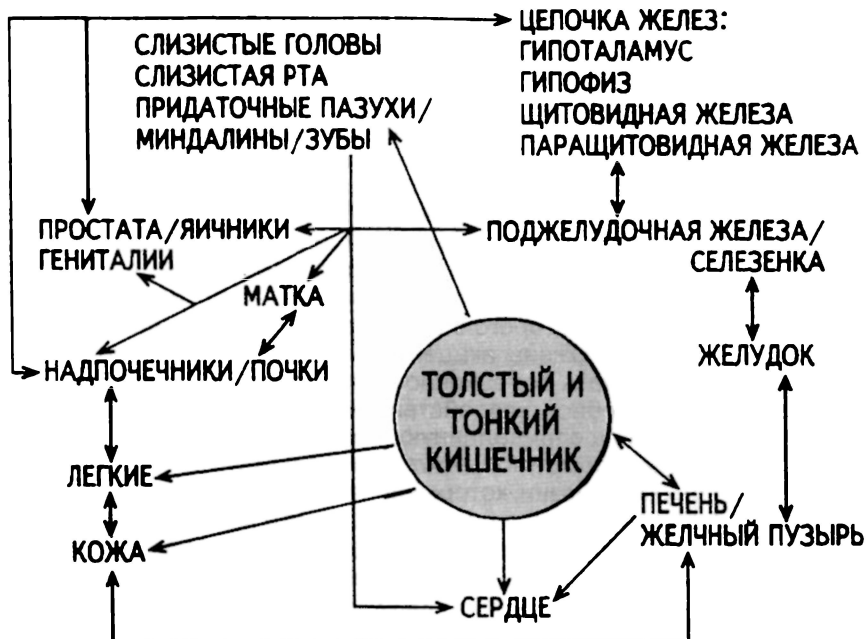


Рис.20.Причинная цепочка – "Толстый и тонкий кишечник"

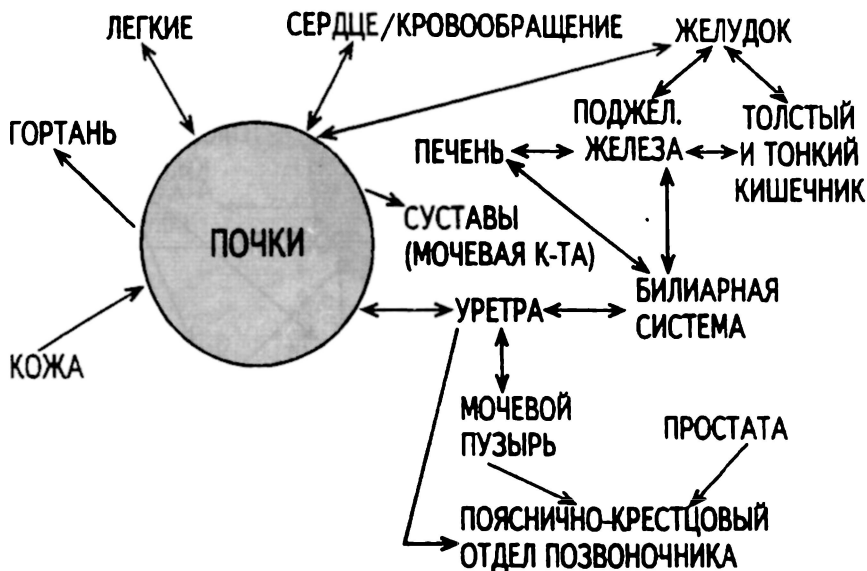
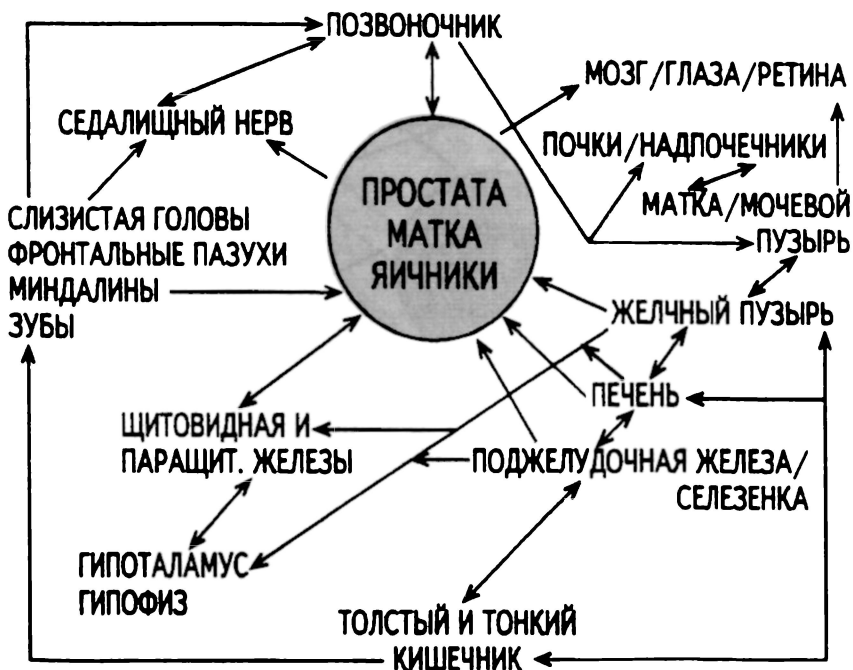


Рис. 25. Причинная цепочка – “Почки”



26. Причинная цепочка – “Предстательная железа, яичники, матка и маточные трубы (POUT)”

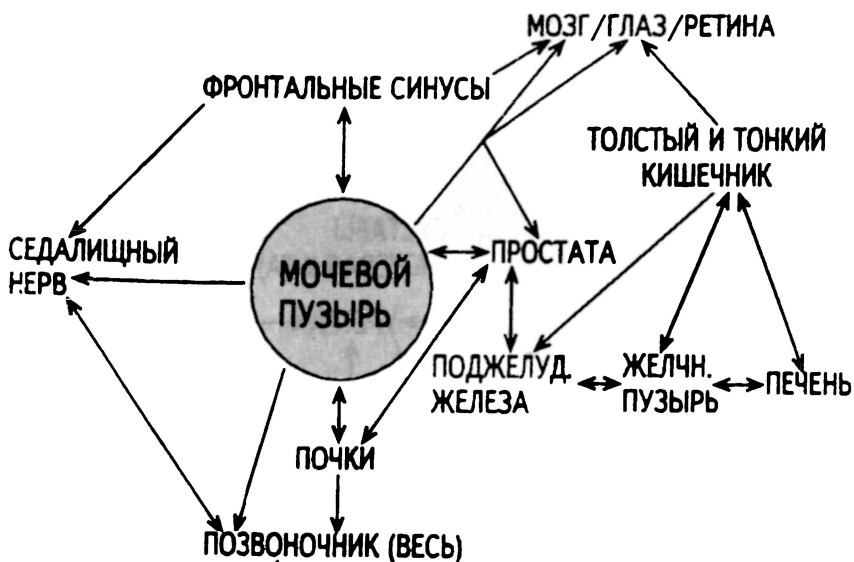


Рис.27. Причинная цепочка – “Мочевой пузырь”



Рис.28. Причинная цепочка – “Поджелудочная железа — селезенка”

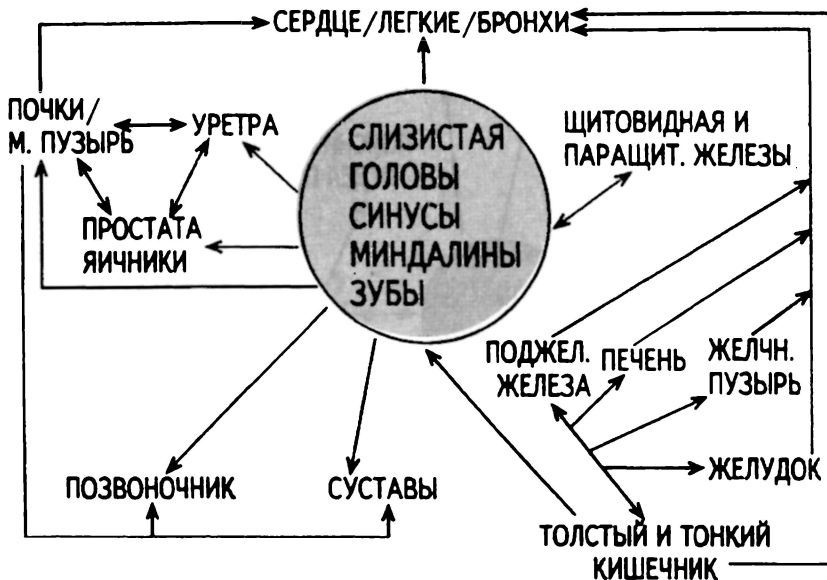


Рис.21.Причинная цепочка – “Слизистые оболочки в области головы – придаточные пазухи носа – миндалины – зубы”

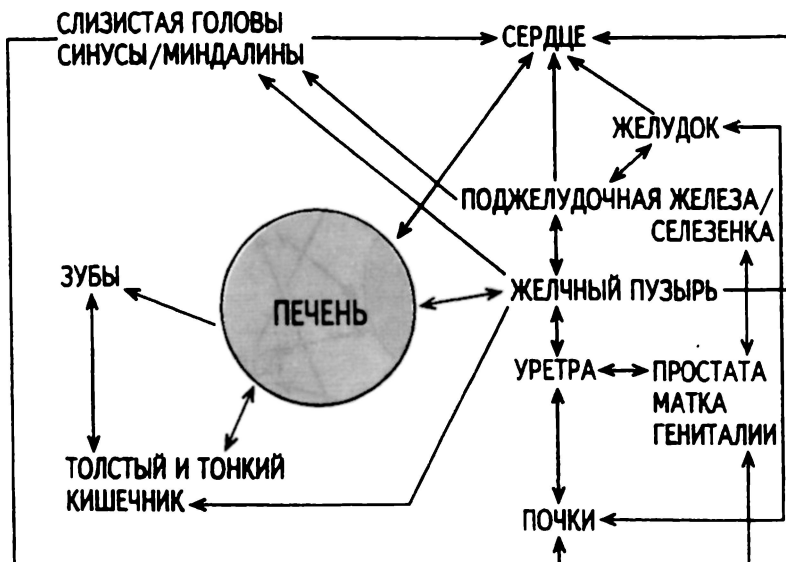


Рис. 22.Причинная цепочка – “Печень”

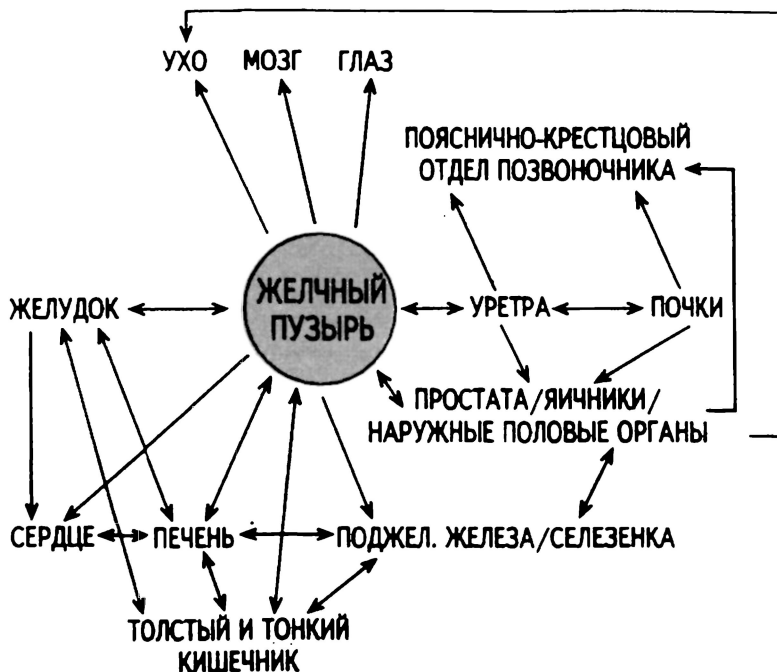


Рис.23.Причинная цепочка – “Желчный пузырь”



Рис.24.Причинная цепочка – “Желудок”

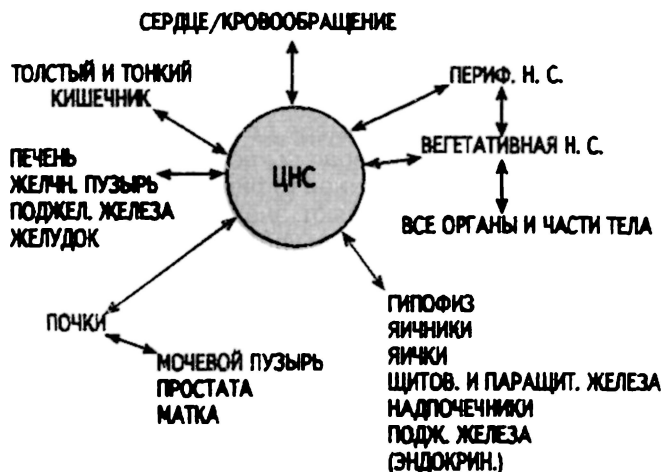
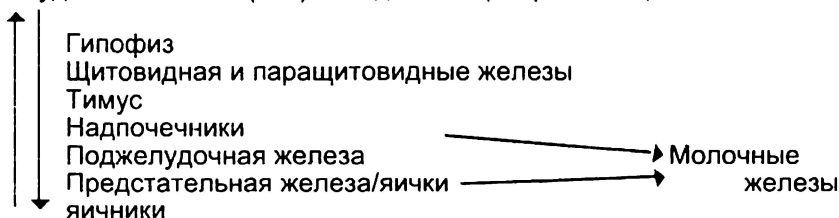


Рис.29.Причинная цепочка – “Центральная нервная система”

Рассматривая причинную цепочку желез, мы видим, что поджелудочная железа (ПЖ) находится в центре этой цепочки.



И одна из важнейших связей в этой цепочке – это тесная связь ПЖ с предстательной железой/яичками и яичниками, ПЖ с молочными железами, ПЖ с щитовидной железой, ПЖ с системой гипоталамус-гипофиз (эпифиз), а так же с сердцем и суставами. Доктор Шиммель Х. считает, что ПЖ – это “убийца сердца”, которая несёт ответственность за многие инфаркты. Основанием для такого заключения послужили многолетние исследования автора, которые показали: во-первых, патология ПЖ вызывает ацидоз, а во-вторых, в соответствии с суточной циркуляцией ЧИ по каналам тела (рис.18) – активность органа сердца (11-13ч) следует за ПЖ (9-11 ч), и поэтому с позиций биоэнергетики сердце подвержено всем состояниям энергетической недостаточности ПЖ. Однако своевременное целенаправленное лечение поражённой ПЖ может устранить все расстройства со стороны сердца.

Шиммель установил также, что 90 процентов пациентов с заболеваниями ПЖ недостаточно умеют любить и быть любимыми, чрезмерно задумчивы, обременены слишком большим количеством мыслей, что может блокировать энергию селезенки и нарушить ее функцию (на меридиане РР представлена основная защитная система – соединительная ткань и клеточная защитная система).

Необходимо обратить внимание на тесную связь ПЖ и околоушной железы, что объясняет причину и следствие того, что частым ослож-

нением паротита является панкреатит (скрытый или явный), который затем по причинной цепочке ведет к предстательной железе и яичкам, следствием чего может стать импотенция.

В своих дальнейших рассуждениях мы коснемся, в основном, причинной цепочки “Лёгкие”, т.к. на примере лечения БА мы хотим разобрать принципиальные подходы к терапии хронической патологии с позиций традиционной и нетрадиционной (официальной) медицины. Как уже отмечалось, лёгкие осуществляют энергетическую защиту организма от внешних воздействий, т.к. они управляют кожей и всеми органами ИНб. Отмечено, что у людей живущих в постоянном ощущении тревожности, лёгкие часто бывают органом с максимальной степенью нагрузки.

Как следует из приведенной схемы (рис. 19), *меридиан лёгких* тесно связан с кровообращением и, проходя через диафрагму, соединяется с толстым кишечником. Дисгармония лёгких (нарушение циркуляции ЧИ лёгких) может вызывать нарушения в брюшной полости (желудок, печень, желчный пузырь и поджелудочная железа) и тазовой области (кишечник, почки, предстательная железа) и, наоборот, нарушения в брюшной полости и области таза могут привести к дисгармонии в грудной клетке и лёгких.

Рассмотрим основные составляющие данной “причинной цепочки” с позиций традиционной медицины.

Толстый и тонкий кишечник имеют как анатомо-физиологическую, так и энергетическую взаимосвязь с печенью, желчным пузырём и желчными протоками, поджелудочной железой, селезенкой, желудком и 12-перстной кишкой, кожей и почками. Симптомы, которые появляются при расстройствах функции толстого и тонкого кишечника в 90% случаев связаны с хроническим дисбактериозом (раздражение слизистой оболочки кишечника за счёт непродуманного приёма лекарств, употребления в пищу рафинированных и переработанных продуктов в твёрдом и жидком виде и т.д.), нарушающим экологическое равновесие кишечной флоры. И если дисбактериоз толстого кишечника лечится неправильно, он может сильно нарушить гомеостатическое равновесие в организме и привести к тяжёлым патологическим явлениям. Например, дисбактериоз тонкого кишечника может вызывать хронические заболевания ушей; дисбактериоз толстого кишечника – поражение желчного пузыря, а также (через внутripечёчные желчные протоки) – печени. По мнению Шиммеля Х., редко встречается пациент с хроническим синуситом, дерматитом, у которого не было бы дисбактериоза. Многие дисбактериозы могут возникать за счёт нарушения ферментной функции поджелудочной железы, которые излечиваются при своевременной диагностике и соответствующем лечении.

Для решения проблемы *дисбактериоза* необходимо соблюдать соответствующий режим, провести лечение с помощью ацидофильных и бифидо-бактерий и специальных пищевых добавок. Кроме того, целесообразно применение биорезонансной терапии, различных спецрезонансных препаратов, имеющих резонанс и регрессивный эффект с микробиологическим циклом в кишечнике, причем при терапии дисбактериоза кишечника должна учитываться концепция дисбиоза, поскольку из кишечника, поражённого дисбиозом, через кровь, лимфу, а также ликвор инфицируются органы и системы органов. При этом ле-

чении необходим достаточный питьевой режим в виде почечного или печёночного фиточая (подбирается с помощью ТМ по Фоллю) или доброкачественной питьевой воды (2-3 литра в день).

Не менее актуальной следует считать проблему *паразитарных заболеваний желудочно-кишечного тракта* (лямблиоз, описторхоз, дифиллоботриоз, аскаридоз, трихоцифалёз, энтеробиоз и др.). Паразитарные инвазии закономерно приводят к длительному персистированию дисбактериозов, нарушению местной иммунологической защиты слизистых оболочек, извращению процессов переваривания и всасывания в желудочно-кишечном тракте и снижению общей иммунологической реактивности. Наличие невыявленных паразитарных заболеваний не только усугубляет течение хронической бронхолегочной патологии, дерматореспираторного синдрома, респираторного аллергоза, но и снижает эффективность любой формы терапии. Всё это диктует настоятельную *необходимость тщательного и неформального паразитологического обследования* пациентов, страдающих хроническими болезнями.

Желудок редко является источником первичного заболевания. В большинстве случаев за жалобами на желудок скрываются нарушения со стороны поджелудочной железы, печени и желчных путей, целенаправленная терапия которых позволяет быстро устранить все жалобы со стороны желудка.

Связь почек с лёгкими, печенью, сердцем и кровообращением обусловлена естественным ходом меридиана. Особое значение имеет связь – почки – лёгкие (bronхи), так как при многих простудных и инфекционных заболеваниях почки поражаются бактериями и медикаментозными токсинами, что, нарушая их обезвреживающую функцию, затрудняет излечение заболеваний лёгких и бронхов и многих хронических болезней.

Почки – контролируют состояние всех костей и способствуют образованию костного мозга. Головной мозг – это “море мозга” и, следовательно, почки оказывают влияние на головной мозг и поэтому расстройства со стороны головного мозга нередко лечатся через меридиан почек и управляющий меридиан. Почки помогают поддерживать жидкостный баланс в организме. Если у пациента появились симптомы, связанные с почками, значит болезнь проникла далеко вглубь организма.

Кроме того, патология почек нередко включает в себя депрессию и изменение личности, что может еще более усугублять течение хронической патологии.

Печень и поджелудочная железа (в акупунктуре поджелудочная железа и селезёнка с функциональной точки зрения рассматриваются как единое целое) анатомически тесно связаны с диафрагмой, поэтому раздражение диафрагмы приводит к нарушению брюшного дыхания, нарушению местного кровообращения и сердечной деятельности, и другим симптомам.

Шиммель Х. называет поджелудочную железу “большим чудесным органом”, расстройство функции которого нередко прячется за неспецифическими симптомами и поэтому не обнаруживается годами. Поджелудочная железа, проявляя нарушение своей функции лишь отдалённо через энергетическое отягощение других органов, нередко использует меридианы желчного пузыря и печени и в этом случае может

вызывать тяжёлые заболевания придаточных пазух носа, ушей, глаз, дёсен. Многие аутоагрессивные заболевания суставов (ревматоидный артрит, хронический полиартрит) провоцируются хронической патологией поджелудочной железы.

При всех аллергических заболеваниях кожи следует искать очаги хронической инфекции (миндалины, зубы и др.) и исключить дисфункцию поджелудочной железы. Большая часть кожных заболеваний вызывается накоплением токсинов в поджелудочной железе, печени, желчных протоках, почках, кишечнике, что необходимо учитывать при комплексной терапии аллергодерматозов.

Изложенная информация, может быть дополнена клинико-экспериментальными наблюдениями отечественных авторов, в которых убедительно показано, что гиперреактивность бронхов и выраженность эозинофильного воспаления в значительной мере зависят от биоэнергетических, нейрогенных, гуморальных и генетических нарушений (Миняев В.Н., 1993; Александрова Р.А. и др., 1995 и др.), которые могут проследиваться на субклеточном, клеточном, органном и организменном уровнях. Установлена достоверная энергетическая взаимосвязь гиперреактивности бронхов с концентрационно-кинетическим потенциалом ЭДС точек-источников акупунктурных каналов лёгких, желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы, что согласуется как с традиционными представлениями о генезе этих заболеваний, связанных с нарушением циркуляции энергии и "застоем энергии", так и с клиническими данными о частоте патологии органов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы у больных БА, ВЗЛ. Авторы допускают, что это, в какой-то мере, связано с активизацией синтеза БАВ (серотонина, гистамина, кининогена и др.) апудоцитами гастродуоденальной системы.

В других исследованиях показано, что при нарушениях в системе дыхания и при наличии аллергического компонента в клинической картине, обнаруживаются изменения не только в меридианах лёгких и толстого кишечника, но и в меридианах почек, мочевого пузыря и тонкой кишки (Илларионов В. И., Косоверов Е. О., 1993).

При нарушении корковой нейродинамики патология, прежде всего, проявляется в меридианах желчного пузыря и тонкой кишки, а при отклонении в функционировании подкорковых центров – в меридианах тройного обогревателя, перикарда и желудка. То есть ЦНС как бы прямо и косвенно связывает всё тело и органы, и на этом уровне практически замыкается порочный круг при всех хронических заболеваниях.

Достижения современной науки в области физики живого позволили приблизиться к пониманию проблемы системной целостности биосистемы и поставили перед медицинской наукой задачу изучения человека не только с позиции анатомо-физиологических взаимоотношений, но и в совокупности с его биоэнергетикой и окружающей средой.

Физики, занимающиеся исследованием "малых кластеров" часто биоэнергию называют "антиматерией", "пятым состоянием материи". Биоэнергия имеет очень много замечательных свойств: сверхчувствительность, не подчиняется пространственным ограничениям, тесно связана с сознанием, отрицательное энтропийное влияние – неспецифический оздоровительный эффект и другие свойства, для объяснения которых выдвинута концепция не классических полей – Не-Герце-

вых полей". Важной является идея, что эти поля несут *информацию*, и что многие формы биоэнергетической медицины, например, гомеопатия, действуют путём передачи информации, которую тело потеряло в процессе заболевания.

Современная концепция биоэнергетики и биоэнергетического поля позволяют рассматривать организм как открытую авторегулируемую систему, работающую по определенной программе, заложенной в самой структуре системы при её эволюционном развитии во взаимосвязи с внешним миром. Эта взаимосвязь открытой системы с окружающей средой осуществляется через систему биокommunikационных каналов и АТ, которая является мощным накопителем энергии и зоной эффективного влияния на биоэнергетику человека, благодаря постоянному обмену во времени и пространстве *информацией, энергией и веществом*, что и является гарантом здоровья человека. Вопрос о структурах, воспринимающих информацию (ЭМП, ЭМИ), пока остаётся открытым.

Отечественными учеными (Охатрин А.Ф., Симеонова Н.К. и др.) разработана теория о микролептонном поле как материальном носителе информации, как материальной основе биополя человека и его ауры, что позволило авторам рассматривать человека в единении с космосом. В рамках этих представлений, основанных на восприятии человека как части информационно-энергетического поля мироздания, *здоровье рассматривается как гармония взаимодействия между человеком и окружающей средой, а болезнь – результат дисгармонии и полевых деформаций с последующими молекулярными и анатомо-физиологическими нарушениями.*

Благодаря новейшим открытиям квантовой физики и биофизики доказано, что все объекты Вселенной – от субатомных частиц до гигантских Галактик наряду с физико-химической стороной имеют также энергоинформационный аспект. Практически каждый атом, молекула, клетка, организм в целом с физической точки зрения представляют собой физические системы с определёнными свойствами (цвет, вес, состав и т.д.) и свойственными только для этой системы информационными характеристиками, носителями которых являются *ультраслабые электромагнитные колебания определённого спектра*. Этот спектр состоит из спектра колебаний всех отдельных частиц системы (элементарные частицы, вращаясь вокруг собственных осей, способствуют возникновению микротоков и микромагнитных полей; электроны становятся, таким образом, электромагнитами, направление движения которых определяет их полярность), которые комбинируются для каждой системы в одно суммарное поле (Becher R.O., 1977; Sheldrake R., 1990 и др.), структурно организованное по законам взаимодействия различных форм энергии (материи и поля в неразрывном единстве). Каждый живой (неживой) объект Вселенной создаёт свое материальное поле сложной конфигурации, изменяющееся как от внешних, так и от внутренних воздействий и состояний (Кулин Е.Т., 1980; Валькенштейн М.В., 1988 и др.).

Поскольку любая материя обладает элементарными частицами, к которым магнитная энергия подводится через магнитное поле Земли, можно говорить, что Природа существует в форме электромагнитной информации. Поэтому все живые существа находятся в ведении элек-

тромагнитной организационной схемы и все биологические процессы можно свести к определенным электромагнитным взаимодействиям. Электромагнитные колебания имеют место, практически, при любом физико-химическом процессе (Казначеев В.П. и Михайлова Л.П., 1981; Lakhovsky G., 1981; Popp P., 1983 1990 и др.).

Согласно исследованиям Казначеева В.П. и Михайловой Л.М. (1995), информационные электромагнитные взаимодействия представляют собой один из общих принципов функционирования живых систем: внешнее воздействие влияет на собственное поле клеток и тканей, а через их взаимодействие – на процессы жизнедеятельности. Это влияние может быть избирательным и целенаправленным благодаря резонансному механизму. Эти исследования вполне согласуются с физической моделью жизни Герберта Фрёлиха (Herbert Froehlich, 1983, 1988). Это новое научное направление – *физика живого* основано на изучении физических принципов устойчивости и регуляции живых систем.

Профессор Ливерпульского университета Фрёлих Г. в ходе изучения и осмысления биоэлектромагнитных феноменов в активных биосистемах, послуживших затем основой для построения квантовой (биокибернетической) теории жизни, утверждал, что живые системы обладают высокоразвитым биокоммуникационным механизмом и когерентность сигналов обеспечивает этим системам высочайшую прозрачность для передачи информации слабой интенсивности. Из наиболее доступных нашему пониманию факторов жизни, объясняющих её когерентность (т. е. квантовую природу жизни как явления), можно назвать: относительную стабильность биосистем, системный характер макроскопических реакций живых систем и неодинаковость последних в силу внутренних биоритмов, нелинейности адаптации и т. д. И как утверждал и доказывал автор, для живого организма когерентность должна быть достаточной, чтобы нести модуляцию биосигнала для обеспечения биокоммуникации, а живой клетке необходим последовательный биокоммуникационный канал в оптическом (энергоинформационном) диапазоне, параллельно с которым в этой роли выступают также эндокринная система, АПУД-система, диффузная эндокринная и другие регуляторно-молекулярно-пептидные звенья, в совокупности выполняющие всю работу в реальном режиме времени.

На сегодня считается доказанным, что биоэнергетические процессы лежат в основе жизнедеятельности человека, и любые физиологические процессы в организме сопровождаются биотоками (электронная поляризация, ориентационная поляризация, ток покоя, ток смещения и проводимости и др.), причём эти биотоки подобны у человека как вида, подобны для каждого органа и системы. По характеру изменения биотоков делается заключение о здоровье или болезни с помощью методов ЭПДФ, БРТ, РЭГ, ЭЭГ, ЭКГ, ЭМГ и др. Но любой биоток, протекающий в биоструктурах (нервное волокно, мышечное волокно и т.д.), наводит вокруг себя магнитное поле, копирующее форму тока и, следовательно, информацию, содержащуюся в нём. Это несущее информацию магнитное поле, распространяясь за пределы организма, воздействует на окружающие биообъекты, которые используют магнитное поле в качестве *универсального языка*. Центральное свойство живой материи – её замечательная организация и динамический характер: все мак-

ро- и микроструктуры клетки вносят свой вклад в её структуру, находясь в постоянном движении и трансформации, координатором которых является "поле". Поэтому, человеческое тело с физической точки зрения можно рассматривать как энергетический комплекс, способный генерировать и воспринимать все известные физике формы энергии, а с физико-химической – это сложный биокolloид, пропитанный электролитами. Ткани взрослого человека более чем наполовину состоят из воды, молекулы которой представляют собой электрические диполи, имеющие положительный и отрицательный заряды. Полярные молекулы воды сцепляются через водородные мостики в кластеры (по английски cluster – скопление), содержащие информацию. Дипольная структура воды даёт возможность хранения информации как это имеет место на магнитных лентах. В аспекте физики воды это, в какой-то степени, объясняется гипотезой о наличии сложившегося водно-структурного гомеостазиса, который складывается из взаимосвязанных водно-концентрационного (ионного) и физического (в частности, электромагнитного) гомеостаза и который поддерживает нативное состояние биомолекул, клеточных органелл, самих клеток и организма в целом (Сосновский Л. А., Мосиенко В. С., 1991; 1994).

Еще Дель Джуудиче и др. (1986, 1988, 1989) на основании положения о взаимодействии в квантовом потоке (квантование магнитного потока является фундаментальным свойством когерентности в магнитном поле) показали способность воды вести себя как двухжидкостный сверхпроводник при обычных биологических температурах, к которым применим эффект Джозефсона, поскольку его основа заключается в квантовании магнитного потока. Исходя из современных основ физики воды, объяснение процессов, происходящих в жидких средах организма под влиянием внешних (физических) факторов, только процессами электролитической диссоциации (Аррениус) и изменением ионной конъюнктуры (Лазарев П. П.) явно недостаточно. Примас Х. – специалист в области квантовой химии ещё в 1982 г. указывал, что богатство химических явлений делает невозможным рассмотрение их исключительно с одной точки зрения, поэтому вода, как и ткани организма, должна рассматриваться с позиции двух концепций: молекулярной и волновой (информационной). Однако клеточная система человека в состоянии хранить биосигналы и передавать информацию через биорезонансные цепи в другие клеточные соединения только тогда, когда клетка содержит самую чистую по качеству воду, обладает естественным осмосом, и когда мембрана клеток не загрязнена различными токсинами. В этом аспекте вполне понятна целесообразность своевременного включения в лечебно-профилактический комплекс биологических и биофизических средств и методов с целью восстановления способности клеток адекватно отвечать на терапию.

Итак, вышеизложенные концепции и теории на современном уровне развития науки не позволяют более пренебрегать фундаментальными положениями квантовой физики, положенной в основу физики живого и использующей применительно к тканям организма в основном две концепции: *концепцию молекулярную*, отражающую аспект материи, и *концепцию волновую* (полевою), отражающую аспект континуума, в совокупности основанные на том, что живая система реагирует как единое целое на любое воздействие (молекулы не изолиро-

ваны, а скорее объединены в непрерывной структуре плотности заряда (поля), распространяющегося на всю Вселенную). Каждая частица биосистемы “знает” о состоянии и деятельности всех остальных её частей и отвечает на все отклонения и нарушения коллективного равновесия так, как будто бы она также знает, каким образом лучше всего сохранить целостность всей системы во взаимодействии с остальными составляющими (Реш Г., Гутман В., 1994; Weiss A. P., 1973 и др.). Живые системы обладают высоко развитыми системами управления обратной связью, коммуникационными механизмами, которые обеспечивают межклеточные и клеточно-матриксные регуляторно-молекулярно-субмолекулярные отношения и связи (Богданов Н. Н. и др., 1996). Чтобы нести модуляцию биосигналов, живой клетке для обеспечения биокommunikации необходим последовательный коммуникационный канал в оптическом диапазоне. Когерентность сигналов обеспечивает всем системам высочайшую прозрачность для переноса информации слабой интенсивности. А поскольку, как показано экспериментально, специфическая информация может переноситься электромагнитными частицами, находящимися в фазе, то это и отличает их от любых других некогерентных влияний и придает сходство с техническим лазером (Popp F., Warneke U. et al. 1989; Smith C., 1990 и др.).

Обобщая вышеизложенное, можно сказать, что живая материя, представленная различными клетками и тканями, из которых состоят физиологические системы, различные биохимические реакции, протекающие в этих клетках, тканях и физиологических системах, представляет собой материальную сферу и эта сфера есть среда обитания классической медицины. Именно согласованная работа этих систем и есть та формирующая сила, через посредство которой информация оказывает свое воздействие на живой организм. Основываясь на открытиях настоящего времени можно предположить, что *всё как-либо функционирующее в этом мире, подчинено законам управления и регуляции, действующими в информационной сфере*. Все процессы жизнедеятельности, процессы роста, развития, обмена веществ, болезни – здоровья, жизни и смерти, хотя и протекают в материальной сфере путём различных биохимических процессов, получают информацию, позволяющую управлять этими процессами, из некоей “надстройки”. В конечном итоге, изменения на биофизическом уровне регуляции функциями организма продуцируют нарушения регуляторных процессов на биохимическом уровне.

Таким образом, информационная сфера стоит выше всех функциональных процессов, протекающих в материальной сфере, и поэтому все функциональные процессы могут управляться из информационной сферы. Однако реализация этого управления возможна лишь при условии наличия в организме работоспособных формирующих сил, адекватно реагирующих на эти управляющие факторы (сигналы).

Признание “полевых” свойств живой и неживой материи и раскрытие роли полей, как носителя энергоинформационной функции, обеспечивающей взаимосвязь на всех уровнях организации живых систем, послужили мощным импульсом для развития и обоснования биофизических методов диагностики и терапии (ЭПДФ, БРТ, МРТ, классическая и современная гомеопатия, фитотерапия и др.). В исследованиях Морреля и Раше по передаче и приёму информационных сигналов доказано,

что действие гомеопатических медикаментов имеет электромагнитную природу: практически все медикаменты обладают специфическими для своего вида электромагнитными сигналами. Организм, согласно принципу резонанса электромагнитных частиц, выбирает спектр колебаний, действующих в человеческом теле терапевтически. Практически, любое медицинское вмешательство можно рассматривать как активный управляющий элемент окружающей среды, который может оказывать как положительное, так и отрицательное действие, способное нарушить функционирование организма.

Современная трактовка восточной биоэнергетики с позиций наличия в живых организмах функциональной информационноэнергетической системы со своей пространственно-временной структурой позволили науке сформулировать и обосновать роль *информационноэнергетического (информационноволнового) патогенеза в развитии и становлении заболевания*, раскрыть тайну информационноэнергетических взаимосвязей АТ и рассматривать АТ как приёмно-передающее устройство этой системы, пусковым фактором которой является ЭМП биосферы. (Dumitrescu I.E., 1989). Именно достижения современной науки позволили учёным активно обсуждать и экспериментально обосновывать существование *"третьей регулирующей системы"* – *информационноэнергетической*, которая активно взаимодействует с окружающей средой, обеспечивая адаптацию организма к требованиям этой среды и поддерживая гомеостаз. *Нарушения в этой системе можно выявить в доклиническую стадию болезни, когда целенаправленная профилактика может вернуть организму состояние здоровья.*

Полагают, что энергия, привносимая в биологические структуры внешним ЭМП (излучением) на информационном уровне, служит своеобразным "триггером" перераспределения свободной энергии клеток и тканей, что существенно изменяет их метаболизм и функциональное состояние. Воздействие на информационно-волновом уровне предусматривает сопоставимость параметров внешнего ЭМП с параметрами собственного ЭМП организма, что позволяет быстро и эффективно восстанавливать нарушенный гомеостаз, обеспечивая, тем самым, оптимальные условия для функционирования организма как целостной системы. Резонансное взаимодействие обладает выраженным стимулирующим эффектом, который зачастую проявляется не во внешне выраженных реакциях, а в функциональных нейрогуморальных сдвигах (биохимических, биофизических, иммунологических и др.), приводящих к изменению реактивности организма и уровня резервной адаптации к факторам внешней среды, что в свою очередь изменяет функциональное состояние больного организма. Формирование ответной реакции на низкоэнергетические стимулы развивается преимущественно при локальном воздействии на элементы биологических каналов связи (АТ, БАТ), на двигательные точки, проекцию вегетативных ганглиев и эндокринных желез, связанных с определенными БАТ и БАЗ.

Успехи точных и естественных наук во второй половине XX-го столетия выводят медицинскую науку на новое мировоззрение, иные представления о природе здоровья и болезней человека, позволяя формулировать и обосновывать *современную научную медицинскую парадигму – биофизическую (биокибернетическую) модель здоровья и болезни, в которой энергоинформационной системе принадлежит приоритетная роль.* Это объясняется тем, что, во-первых, она является бо-

лее высокоразвитой коммуникационной системой, состоящей из электромагнитных волн и фотонов и осуществляющей непрерывный обмен информацией в клетках и между клетками, во-вторых, эта система обладает гораздо большими скоростями и возможностями транспортировки информации в пространстве и времени, чем коммуникационные системы нервных клеток, гормонов и других молекул и, следовательно, она иерархически стоит выше. В этом аспекте у биофизических методов, осуществляющих влияние (подобно гомеопатии) на полевого уровне, видится определенное преимущество в плане профилактики по сравнению с другими лечебными методами, действующими на физическом (материальном) уровне.

Современные теории и научные концепции, подтвержденные экспериментально, позволили практической медицине вновь вернуться к принципам холистической медицины и признать правильность и правомерность ее подходов.

Официальная медицина, как правило, базируется на доскональном изучении и понимании физического тела, а традиционная (функциональная) – невидимого электромагнитного тела (поля), постоянно изменяющего свою форму в зависимости от патологического, физиологического и психологического состояния индивида. Рассмотренные свойства биоэнергии и полевые феномены выводят понимание жизни на позиции физических построений.

С позиций *биофизической модели здоровья – болезни*, организм человека можно рассматривать как многоуровневую иерархию систем управления (меридианы, сегменты, надсегментарные структуры и т.д.), задача которых состоит в обеспечении здоровья и максимальной продолжительности жизни.

Sheldrake R. (1990) и Schumacher P. (1994) так описывают уровни проявления биофизической системы: *материальный* (физический, сфера материи) – известен нам из курса анатомии и физиологии и доступен нашему восприятию и измерению (вещество, ткань, биохимические процессы и т.д.) и *информационный* (нематериальный) уровень управления и регуляции процессами жизнедеятельности. Это управление передается на уровень материальной сферы через ультраслабые колебания определённого спектра, состоящего из спектров колебаний всех отдельных частей системы (т.е. волнового поля системы).

Информационные уровни клеток образуют информационное поле человека, а энергетические потоки, через которые осуществляется обмен информацией между уровнями, образуют *энергетическое* поле человека.

Через энергоинформационное поле человека осуществляется постоянный энергоинформационный обмен как между уровнями, так и с окружающей средой. По-видимому, организм посредством какого-то сложного, ещё до конца не изученного механизма, поддерживает иерархическую связь всех уровней целостной биосистемы.

Известный исследователь врач-гомеопат Джордж Витулкас (1996), рассуждая о биоэнергетическом комплексе человеческого тела, как бы дополняет теорию Шумахера, говоря, что в организме существуют типы тонких энергий, связанные, главным образом, с ментальным (духовным), эмоциональным (психическим) и материальным (физическим) уровнями. По мнению автора, именно ментальный и эмоциональный уровни терпят наибольший ущерб от побочного действия химиопрепаратов, эмоционального стресса и других повреждающих факторов.

Поскольку все уровни БС (информационный, энергетический и материальный) взаимосвязаны между собой, а информационный уровень является определяющим и управляет функциями организма, то прежде чем начинается развиваться заболевание, появляются нарушения на этом уровне в виде "отпечатков", "следов". Информация о них в виде определенных сигналов (колебаний) передается на другие уровни, что впоследствии может приводить к проявлению заболевания на материальном уровне. В приложении к информационному уровню "отпечатки", "следы" – это энергоинформационные блокады, причиной которых могут быть психоэмоциональные проблемы, метаболические, экологические факторы, травмы детского возраста, в первую очередь – родовые травмы и многие другие причины.

Как показывают современные исследования, блокирование протекания энергии играет существенную роль не только в развитии заболевания, но и мешает успеху терапии. Блокады могут возникать на разных уровнях регуляции биологической системы: в меридианальной системе и энергоинформационных центрах, на различных уровнях ЦНС, периферической и вегетативной нервной системы, на уровне эндокринной системы, рецепторного аппарата клеточных мембран и внутренних сред организма и т. д. Степень их патогенности будет зависеть от того, помехой какого уровня (энергоинформационного или материального) они являются. Снятию многих блокад материального уровня способствуют: сауна, мануальная терапия, РДТ, психокоррекция, определенные виды физической активности, в частности, йога и другие виды немедикаментозной терапии.

На сегодня наиболее достоверными и распространенными методами диагностики и терапии энергоинформационных блокад являются ЭПДФ, БРТ, ВРТ, позволяющие изучать не только статику, но и динамику процесса "стирания следов", в первую очередь, на информационно-энергетическом уровне (Махонькина Л.Б., 1996; Schumacher P., 1994 и др.), что способствует восстановлению нормальных функционально-энергетических взаимосвязей в организме и нормализует циркуляцию энергии в организме по "большому кругу циркуляции энергии" и по системе У-СИН.

При лечении хронических заболеваний целесообразно придерживаться принципов гомеопатического подхода к терапии, а также принципов традиционной медицины, позволяющих максимально индивидуализировать терапию. Например, если взглянуть на аллергию с позиций биофизической модели хронического заболевания, то запускающий болезнь фактор (триггер) чаще всего находится на физическом уровне, а местоположение патологического процесса определяется конституциональной предрасположенностью индивида и находится выше физического уровня, то есть на энергоинформационном уровне. Поэтому, при выявлении патогенетических механизмов заболевания, врач не должен останавливаться лишь на видимых симптомах болезни, а необходимо выявлять *глубокие причины, выводящие организм из стабильного состояния*, поскольку хроническое, длительно текущее заболевание формируется только лишь в том случае, если организм уже подвержен каким-то изменениям (длительный психоэмоциональный стресс, плохое душевное состояние, родовая травма и травмы детского возраста, экологические вредности и т.д.).

Многие исследователи считают, что недостаточная эффективность терапии хронических болезней, объясняется как отсутствием выявляемости в доклиническую стадию болезни, так и односторонним подходом к лечению этого сложного контингента больных. Официальная медицина фиксирует своё внимание преимущественно на материальном (физическом) уровне, а для эффективного лечения, по современным представлениям, необходима терапия, которая одновременно осуществляла бы коррекцию на всех уровнях проявления жизнедеятельности организма. *Поэтому в доклиническую стадию болезни при профилактической направленности терапии реабилитационные мероприятия должны быть направлены на своевременную диагностику и коррекцию нарушений на функциональном (энергоинформационном) уровне, а при лечении длительно текущей хронической патологии необходима целенаправленная, индивидуально подобранная комплексная терапия, которая была бы направлена на все уровни проявления жизнедеятельности организма.*

Подтверждением сказанному являются многочисленные клинические исследования Шумахера (Schumacher P., 1994), в которых показано, что для полного излечения больного от аллергии, необходимо своевременное применение методов информационно-волновой терапии (ЭПДФ, БРТ, гомеопатия, подобранная с помощью ТМ, и др.), которые позволили бы разрушить существующую на информационном уровне "энграмму аллергена". Под "энграммой" автор подразумевает "следовую память", которая запоминает раздражение аллергеном на информационном уровне. Выявленная возможность разрушения "энграммы аллергена" или её ослабление с помощью БРТ позволили автору высказать предположение, что "запоминание осуществляется на уровне ультраслабых колебаний". Однажды запечатлённая "энграмма аллергена" сохраняется в неактивном состоянии до тех пор, пока не состоится повторный контакт с аллергеном, который, благодаря специфической информации, активизирует "энграмму" и вызывает через управляющий импульс (энергетический поток) запуск определённых механизмов в физической сфере, т.е. развитие аллергической реакции.

Поскольку, "адекватная информация" для любой "энграммы аллергена" представляет собой биофизический колебательный образ аллергена, т.е. его физический код, то, используя этот физический код, можно установить наличие "энграммы аллергена" (ЭПДФ, БРТ и др.), а затем оказать лечебное воздействие.

Практически все методы информационно-волновой терапии базируются на таком фундаментальном явлении, как наличие "информационных отпечатков" и возможность "стирания" этих отпечатков, что и лежит в основе биофизических методов диагностики и терапии.

Современная наука, обосновывая и доказывая правомерность многих постулатов восточной медицины, вынуждена обратить внимание на то, что традиционная медицина, создавая первые стройные представления об энергетическом бюджете организма, умела не только выявлять нарушения циркуляции энергии на уровне каналов и АТ, но и направлять поток энергии по меридианам, контролировать уровень энергии и в соответствии с этим использовать многие методы и средства немедикаментозной терапии.

Следует отметить, что и в нетрадиционной медицине издавна широко используются методы электротерапии (аппаратная физиотера-

пия и физиорефлексотерапия) с лечебно-профилактической целью как у детей, так и у взрослых. При назначении физических методов, как правило, врачи используют усреднённые дозы энергии преформированного фактора. Однако, как показали исследования Обросова А.Н. (1989), лишь незначительная часть принесённой в организм энергии требуется для терапевтического эффекта. На что же расходуется остальная часть внесённой в организм физической энергии, пока не ясно. По мнению Обросова А.Н. (1990), доминирующая в современной медицине теория рефлекторного механизма действия физических факторов, накопившая огромный клинико-экспериментальный материал о динамических изменениях параметров систем гомеостаза, объясняет лишь путь движения рефлекса, а не его механизм, который вероятно в будущем будет обоснован теоретически и экспериментально с позиций открытых (неравновесных) систем, законов квантовой физики, биофизики и достижений всего современного естествознания. По-видимому, в XXI веке актуальным станет вопрос создания совершенно новой электромагнитной физиологии человека с учетом роли ЭМП (и других, пока еще гипотетических полей) как универсального источника и переносчика информации, как управляющей системы в организме человека и в окружающем нас мире. Это позволит медицинской науке совершить революционный переход как в диагностике заболеваний, так и их терапии, и утвердить новую научную медицинскую парадигму. *Физиотерапия, как и любая область медицины, должна быть подчинена общеприродным закономерностям.*

В настоящее время, с позиций современной науки, мы вынуждены констатировать, что несмотря на актуальность проблемы поиска путей и средств повышения эффективности любой формы терапии, не менее актуально понимание проблемы энергетического бюджета организма, его контроль в процессе использования методов энергетической медицины, поскольку для организма безразлично любое вмешательство в регулируемую и управляемую сферу (энергоинформационную).

С позиций восточной традиционной медицины энергетический бюджет организма (жизненная энергия ЧИ) определяет его жизненный потенциал и именно энергетическая дисгармония лежит в основе любого патологического процесса. Поэтому цель любой терапии – это достижение гармонии, т.е. уравнивание системы ИНЬ-ЯН. Эта идея, прошедшая в традиционной медицине красной нитью через все века, в наше время экспериментально подтверждается и рационально дополняется.

В начале XVIII века основоположник гомеопатии С.Ганеманн, обращая внимание врача на необходимость бережного использования жизненной энергии организма, писал в своем знаменитом “Органоне лечебного искусства”: “Гомеопатия знает, что исцеление может быть обусловлено только реакцией жизненной силы..., а скорость и надёжность исцеления пропорциональна тому, в какой мере жизненная сила сохранилась у больного. ... Поэтому гомеопатия избегает всего, что хотя бы в малейшей степени ослабляет больного”. “Гомеопатия немыслима без тщательнейшей индивидуализации... Именно этим гомеопатия созвучна Природе и опыту”.

В начале XX века на необходимость бережного отношения к энергетическим и пластическим ресурсам организма указывал Боткин

С.П., а его ученик и последователь – проф. Волков М.М. (1904) в своих “клинических этюдах” с помощью математических формул и выкладок даже показал источники, распределение, компенсации (“займы”) жизненной энергии и её расход на внешние и внутренние нужды организма.

Представления о преимуществе использования малых доз и слабых раздражителей для организма постоянно дополняются и расширяются. Потребности организма в энергозатратах зависят от режима его активности: в экстремальных ситуациях (болезнь) включаются аварийные, стрессовые режимы, быстро истощающие организм. Эти вопросы нашли отражение в современных работах Н. Selye, Гаркави Л.Х. и др. об *адаптационном синдроме*.

С позиции энергосберегающего подхода к лечебному процессу рассмотрим современную тактику комплексной терапии. Многие методы немедикаментозной терапии, в частности, методы энергетического воздействия (электро-, магнито-, светолечение и др.) являются неотъемлемой частью лечебного процесса, поскольку они оказывают воздействие на все уровни регуляции жизнедеятельности организма, но лишь при соблюдении принципа оптимальности и адекватности. Этот принцип базируется на наблюдении за Природой, которая во всех своих проявлениях стремится к экономии и оптимальности, выполняя свои функции в каждом конкретном случае наилучшим способом из всех возможных вариантов. Исходя из этого можно заключить, что методов терапии может быть множество, но фундаментальные законы Природы неизблемы.

Современные биологические и биофизические методы относятся к методам энергосберегающей терапии. Целесообразность использования низкоэнергетических воздействий для достижения максимального терапевтического эффекта подтверждена многими исследованиями и наблюдениями (Обросов А.И., 1983; Улащик В.С., 1994; Князева Т.А. и др., 1994; Мизин В. И., Богданов Н. Н., 1996 – 1998; F. Bahr, 1986 и др.), в которых показано, что любая функциональная система на уровне клетки и на уровне ткани работает на очень низком энергетическом потенциале, и поэтому подведение большого количества энергии может не повышать, а, наоборот, угнетать функцию системы. Субпороговая информация воспринимается разнообразными рецепторами зоны воздействия, преобразуется в нервное возбуждение, передаваемое в ЦНС, где трансформируется, хранится и реализуется за счёт многочисленных условных и безусловных связей с вегетативной нервной системой и её центрами. (Плеханов Г.Ф., 1963).

Широко используя в комплексной терапии разнообразные физические факторы, следует помнить, что это сильные раздражители, вызывающие в организме сложную адаптационно-приспособительную реакцию, характер которой зависит от множества причин, в частности, от метода, режима, локализации, дозы, вида энергии, сочетания факторов и др. И если рассматривать физический фактор (лечебный комплекс в целом) как стрессор для организма, то механизм ответной реакции на это воздействие можно представить с позиций универсального механизма развития стрессовой реакции, открытого канадским ученым Н. Selye.

Организм человека вынужден постоянно адаптироваться к меняю-

щимся условиям внешней среды, а ЦНС, играющая роль буфера и координатора в отношениях индивида с окружающей средой, старается приглушить эти естественные раздражители и сохранить оптимальный физиологический статус организма, необходимый для полноценной жизнедеятельности.

Еще в прошлом столетии Сеченов И.М. установил, что благодаря "скрытому возбуждению" нервных центров, они способны суммировать возбуждение при повторном воздействии раздражителя и повышать устойчивость организма к различным раздражителям, если они не чрезмерны, и если повторное воздействие производится пока не исчезло последнее предшествовавшее.

Дальнейшее развитие эта концепция получила в работах Н. Selye об адаптационном синдроме, согласно которой все внешние воздействия вызывают в организме совокупные изменения, названные автором *реакцией тревоги*. Последняя запускает в организме многоступенчатый процесс мобилизации функциональных резервов организма. Вызванные реакцией тревоги функциональные изменения в организме как бы подготавливают его к повторной встрече с раздражителем, т.е. развивается вторая стадия ответа организма на внешнее воздействие – *реакция ожидания*.

Реакция тревоги находится в прямой зависимости от вида и интенсивности раздражителя, а *реакция ожидания* специфична, поскольку в ответ на действие раздражителя формируется повышенная устойчивость организма к данному виду воздействия. Но если через сутки не происходит повторной встречи с раздражителем, то *реакция ожидания* значительно ослабевает, а если наблюдается постоянное несовпадение во времени реакции ожидания с раздражителем, то ослабевают или совсем не развиваются реакции приспособления и компенсации (этот феномен важно учитывать работникам отделений восстановительного лечения).

В исследованиях Н. Selye показано, что кратковременный стресс (в физиологических пределах) приводит к повышению адаптивных способностей организма, и в процессе реакции на стресс развиваются почти *одновременно стрессовая, адаптивная, гомеостатическая реакции и функциональные нарушения*.

Стрессовая реакция проявляется в изменении биохимических и физиологических показателей, функционального состояния всех образований мозга и внутренних органов и направлена на поддержание гомеостаза или переход на более высокий уровень регуляции; *адаптивная реакция* проявляется в специфике деятельности каждого органа и образований мозга, улучшая их взаимосвязь, что и обеспечивает полезный результат изменения их активности; *гомеостатическая реакция* – функционирование происходит на уровне нормы или близком к исходному уровню деятельности. В случае *функциональных нарушений* (чрезмерная сила раздражителя) имеются изменения в деятельности функциональных систем, несопряжённые с целями организма.

В экспериментальных исследованиях Гаркави Л. Х. и соавт. (1979) показано, что *раздражители разные по качеству, но умеренные по силе* вызывают однотипный физиологический процесс (отличный от стресса), который авторы называли *адаптационной реакцией активации*. На

слабые воздействия организм реагирует *адаптационной реакцией тренировки*, задача которой – улучшение саморегуляции организма в процессе *реакции на раздражитель физиологического диапазона*. Именно реакции тренировки и активации, вызываемые искусственно, должны лежать в основе лечебно-профилактических мероприятий, поддерживающих здоровье и излечивающих от болезни. При соблюдении этих принципов реакции организма на раздражители физиологического диапазона развиваются в рамках общего адаптивного синдрома и проявляются в повышении неспецифической резистентности организма к факторам внешней среды. Однако этот вывод должен быть дополнен данными с позиции физики живого с учётом наличия в организме сверхпроводящих систем и биоэлектромагнитных феноменов, также участвующих в обеспечении устойчивости и регуляции живых систем.

В свете изложенного, при проведении комплексной терапии необходимо соблюдать последовательность и очерёдность временных интервалов всех составляющих лечебного комплекса, установленную в начале курса лечения, что будет способствовать формированию аналогичной последовательности *реакции ожидания* на следующие сутки. При использовании физических факторов в комплексной терапии целесообразно процедуры проводить ежедневно, допуская колебания во времени не более 1-2 часов. Поскольку многие физические факторы (ЭС, МРТ, лазеропунктура и др.) обладают широким спектром биофизических и биохимических эффектов, то больной организм не в состоянии обеспечить устойчивость сразу к нескольким сильным раздражителям, поэтому ограничение "ассортимента лечебных процедур" необходимо для получения *оптимальной реакции приспособления и компенсации* в процессе курсового лечения.

Как показывают многочисленные наблюдения, для *любой терапии* имеет значение не столько сила физиологического раздражителя, сколько реакция организма на него, поскольку то, что является слабым раздражителем для одного, может оказаться чрезмерным для другого. Поэтому соответствие раздражителя функциональным резервам больного организма должно определяться строго индивидуально, учитывая извращенную реактивность ослабленного болезнью организма. Другими словами, *цель любой терапии – это перевод организма из стрессового режима в режим активации и тренировки*, поэтому процесс лечения должен быть длительным и контролируемым, что требует большого искусства и терпения врача и обязательной активной позиции пациента по отношению к лечебному процессу.

Оптимальный лечебный эффект наблюдается лишь при проведении курсового лечения, поскольку морфофункциональные изменения, возникающие после проведения предыдущей процедуры, закрепляются последующей, а суммация этих реакций обеспечивает длительное последствие лечебного курса. Периоды последствия для большинства физических факторов (при соблюдении принципа оптимальности) составляют от 2-х недель до 4-х месяцев.

На сегодня оценить энергетический уровень организма (исходный и в динамике терапии) и оптимальность лечебного курса (метода) позволяют *биофизические методы – методы холистической экспресс-диагностики*, терапевтические возможности которых еще полностью не раскрыты.

Контроль за состоянием ЭП определённых точек на определённых каналах позволяет врачу судить о состоянии ЦНС, симпатической и парасимпатической нервной системы, нейроэндокринной и лимфатической системы, желудочно-кишечного тракта, наблюдать за состоянием органов иммуногенеза и антиоксидантной системы, за системой регуляции обменом веществ, за бронхопульмональной системой, т.е. контролировать состояние энергоинформационного и физического уровней биосистемы.

Изложенные выше теории и различные концептуальные аспекты, подтверждённые многочисленными и разносторонними исследованиями, пожалуй, едины в своем практическом устремлении – показать правомерность биофизической модели жизни и подтвердить перспективность развития нового направления немедикаментозной терапии – биофизического (информационноэнергетического). Накопление данных и дальнейший анализ установленных закономерностей с позиций физики живого, синергетики и других наук несомненно будут способствовать не только углублению знаний об информационном механизме действия лечебных физических факторов, но и постепенному переходу от физиотерапии, основанной на энергетических подходах, к низкоинтенсивной физиотерапии, физиорефлексотерапии, т.е. информационной физиотерапии, что находится в соответствии с подходами к лечебному процессу с позиций холистической медицины, правомерность которых проверена временем и подтверждена современной наукой.

В качестве примера лечебной тактики с позиций холистического подхода к терапии пациентов-хроников мы разберем лечение детской астмы. Более подробно лечение различных клинических вариантов БА представлено в книге авторов – “Лечение и реабилитация детей, больных бронхиальной астмой, методами традиционной и нетрадиционной медицины” (Казань, 1997 г.).

Ведущие специалисты мира, занимающиеся Проблемой Астмы, вынуждены констатировать, что несмотря на успехи в изучении этиопатогенеза заболевания и создание высокоэффективных лекарственных препаратов, во всем мире наблюдается увеличение заболеваемости и смертности от астмы, что заставляет многих ученых задуматься над механизмом болезни вообще и аллергии, в частности. Практические врачи, воспитанные на принципе преимущества эффективной фармакотерапии, по мере накопления клинического опыта вынуждены распрощаться с иллюзией всемогущества лекарств, поскольку конечный результат лечения не всегда пропорционален количеству назначенных фармакопрепаратов.

Следует заметить, что в настоящее время не существует чёткого международного определения астмы, так как она относится к заболеваниям с до конца нераскрытым патогенезом. Если рассматривать аллергию как болезнь, поражающую многие органы и системы (кожу, лимфатическую, бронхолегочную, гепатобилиарную системы и желудочно-кишечный тракт), то против болезненной системы и образуемого ею “порочного круга” болезни можно бороться только противопоставив “круг здоровья” как систему лечения и профилактики. Для выполнения этого принципа необходима ранняя диагностика и профилактика заболевания, причём понятие профилактика должно включать сис-

темный подход к диагностике и терапии на доклинической стадии болезни с учётом всех индивидуальных особенностей пациента, с последующим обучением его стратегии и тактике здорового образа жизни. Такой методологический подход с позиций целостного представления о человеке позволит своевременно расшифровать механизмы формирования и течения аллергии, не всегда вписывающейся в каноны нозологического диагноза, дифференцировать соматические расстройства от психосоматических и, с достаточно высокой степенью вероятности, определить первично пораженные органы и системы, что в целом даст возможность на более раннем этапе проводить этиопатогенетическую терапию.

Предлагаемая нами схема лечения детской астмы составлена с учётом подходов холистической медицины к лечебному процессу. Перед началом любой терапии сначала как бы подготавливается фон организма, т.к. при неподготовленном фоне снижается эффективность основной терапии. Поэтому, если время терпит, то лечение следует начинать с установления контакта с пациентом и его родителями, с рекомендаций по нормализации образа жизни (режима труда, учёбы, отдыха, питания, мероприятий по закаливанию), проведения соответствующих методов диагностики (биофизических, клинико-лабораторных и др.)

Поскольку наибольшая нагрузка в организме падает на *две системы: пищеварительную и нервную* (на уровне ЦНС замыкается порочный круг при всех психосоматических заболеваниях), то используют в качестве *фоновой терапии следующие методы:*

- *психотерапию* (с целью воздействия на личность больного, снятия настроенности организма на извращённую реактивность, нормализации психосоматических взаимоотношений);

- *диетотерапию* (с целью самоочищения организма, нормализации бактериального симбиоза гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта, лечения дисбактериоза и паразитарных заболеваний);

- *ЛФК, дыхательную гимнастику и массаж, закаливание* (с целью снятия мышечных блоков, устранения рассогласованности между психическим и физиологическим, уменьшения склонности к спазму бронхов за счёт тренировки полного дыхания, восстановления правильной регуляции аппарата дыхания);

- *фитотерапию* (по-возможности подбирается с помощью ТМ по методу Р. Фолля), оказывающую всестороннее влияние на организм.

При проведении *основного лечения* важен правильный выбор как оптимального варианта лечебной тактики, так и оптимального времени, т.е. выбор *оптимума энергозатрат* для данного времени у конкретного больного. (хронобиологический аспект терапии).

При среднетяжёлой и тяжёлой форме БА *фоновая терапия* должна идти параллельно с *основным противоастматическим лечением*. В современном понимании – это комплексная терапия с использованием методов и средств традиционной и нетрадиционной медицины.

Для того чтобы назначенная терапия была достаточно эффективной, следует параллельно с проводимым лечением, а еще лучше до начала основного лечения, оценить биологическую среду организма, поскольку в большинстве случаев у больных выявляется *скрытая форма ацидоза*. Доктор Реккевер в своей книге “Гомотоксикология” пи-

сал, что 80-90% всех случаев аллергия проявляется в кислой среде (мезенхимы, не крови). Он высказывает мысль: "Отними у болезни её питательную среду и она отомрет". Выявив скрытый ацидоз у больного, следует проанализировать его диетический режим и по возможности сделать питание избыточным по щелочам, обеспечив также обильное потребление чистой, бедной минералами воды до 2-2,5 л в день. Как правило, коррекция кислотно-щелочного баланса и санация всех очагов хронической инфекции (зубы, миндалины и т.д.) повышают эффективность лечения.

Согласно вышепредставленной биофизической модели болезни и в соответствии с пониманием "причинных цепочек" Шиммеля, основная задача, встающая перед врачом при лечении БА – это *выделение ядра патологии*, т.е. основного комплекса проблем (основных звеньев патогенеза), решение которых может привести к стойкой ремиссии заболевания, а в некоторых случаях – к выздоровлению пациента. Для каждого больного необходимо составить план основного лечения в зависимости от реактивности отдельных уровней болезни.

Ориентировочная схема основного лечения БА

На первом этапе: активизация дезинтоксикационной и выделительной функции органов и тканей, назначение дренажных гомеопатических препаратов (для дренажа печени, почек, кишечника, бронхов, лимфодренажа ...), адекватная эфферентная терапия.

На втором этапе: элиминация аллергенов, назначение препаратов и методов, активирующих иммуно-нейро-эндокринную систему (Calcium-Heel, Sulfur-Heel, Echinacea comp., Phytolacca decandra, Serum olive, Glandula suprarenalis suis, Corpus pineale, Nervoheel, Nervo-Injeel, Valerianaheel, Lachesis trigonocephalus, Argentum nitricum, Gallium-Hell, Glyoxal-comp., Engystol, Traumeel S и др.).

На третьем этапе осуществляется воздействие на основной очаг, используя *противоастматические аллопатические, гомеопатические моно- и комплексные препараты: органоспецифические препараты* (для поддержки защитной системы организма и антигемотоксической терапии – Pulmo suis Injeel, Bronchus suis Injeel, Splen suis, Tonsilla suis, Cutis suis, Bryonia Injeel, Naso-Heel, Carbo vegetabilis Injeel, Sulfur Injeel, Mucosa nasalis, Glandula suprarenalis suis Injeel и др.); *нозоды* (используются как средство восстановления организма после перенесенной болезни, поскольку способствуют выведению абсорбированных в мезенхиме токсинов, а также могут являться средством промежуточной терапии наряду с показанными гомеопатическими препаратами); *конституциональные средства* (устанавливаются путём целенаправленного опроса пациента и сопоставления основных клинических симптомов, соматического статуса, клинико-лабораторных данных и иммунологического профиля или путём сбора целенаправленного анамнеза и ТМ по Р. Фоллю); *катализаторы* (Adrenalin, Histamine, Acetylcholine chloride); *комплексы* (Psorinoheel, Lymphomyosot, Engistol и др.); *компози́ты* (Echinacea comp., Hepar comp., Pulsatilla comp. и др.); *микроэлементы* (Calcoheel, Calcium-Hell, Molybden comp. и др.); *ферменты* (Coenzyme comp., Ubichinon comp., Coenzyme A и др.). Каждое средство подбирается индивидуально для конкретного больного.

Последовательность второго и третьего этапов лечения может ин-

дивидуально видоизменяться в зависимости от динамики обратного развития болезни.

Как дополнительные средства, при БА могут быть показаны следующие биотерапевтические препараты: Tarteppedreel, Drosera Homaccord, Atropinum Homaccord, Berberis Homaccord, Husteel, HUP-коктейль (состоящий из Histamin Injeel, Urtica Injeel, Psorinoheel), Droperteel, Spascupreel, Mucosa comp. и др.

Включение гомеопатических препаратов (унитарных, комплексных, резонансных), метода БРТ в комплексное лечение астмы стимулирует защитные силы организма и оказывает динамическое влияние на организм, *содействуя выздоровлению без подавления симптомов.*

Комплексные биологические препараты *при системном подходе к их применению и при разумном сочетании их с другими методами немедикаментозной и медикаментозной противоастматической терапии позволяют получить выраженный терапевтический эффект при лечении любого клинико-патогенетического варианта БА*, поскольку осуществляется одновременное воздействие на множество взаимосвязанных симптомов болезни. При этом для адекватной гомеопатической терапии БА целесообразно различать аллергические острые и хронические состояния.

В настоящее время накоплен достаточный практический опыт использования принципиальных подходов традиционной медицины к комплексной терапии БА, в которой биофизические методы диагностики и терапии, психокоррекция, гомеотерапия и гомеопатизированная аллопатия, фитотерапия, пунктурная физиорефлексотерапия, физиотерапия и другие методы немедикаментозного лечения прекрасно сочетаются с противоастматической химиотерапией. Только антибиотическую терапию, за редким исключением, надо прекратить или снизить до минимума (после начала гомеопатического лечения), поскольку гомеопатия оказывает стимулирующее влияние на механизмы иммунитета, а антибиотики могут этому помешать, так как известно, что антибиотики снижают все виды иммунных реакций. С такой же осторожностью следует относиться к использованию сочетания гомеопатического лечения с гормональными препаратами (в большей степени это касается вопроса лечения аллергодерматозов гормональными наружными средствами), поскольку они могут помешать гомеопатии оказать в полном объеме стимулирующее и оптимизирующее влияние на иммунонейроэндокринную систему.

Представленная схема лечения в первую очередь ориентирована на нормализацию энергоинформационной системы организма, а противоастматическая химиотерапия, физиотерапия – на физическую (клинико-морфологический уровень) систему организма. Как уже подчёркивалось, холистический подход к терапии ориентирован на излечение через стимуляцию систем самооздоровления организма, а не через подавление симптомов болезни. Поэтому, процесс лечения рассчитан на многие месяцы планомерного, последовательного, контролируемого лечения, направленного на оздоровление всех систем организма. Следует отметить, что включение в лечебный комплекс физиотерапии по общепринятым в лечебной практике методикам (интенсивность воздействия, экспозиция и др.) часто сопровождается ухудше-

нием клинической симптоматики основного заболевания и курс лечения, как правило, прерывается.

Чётко структурированная, индивидуально подобранная и контролируемая комплексная терапия – вот базовая основа эффективного противоастматического лечения, поскольку только контролируемая комплексная терапия стимулирует и поддерживает жизненные процессы при минимуме побочных эффектов. *Включение в комплексную терапию различных методов и средств и, прежде всего, биологических, биофизических методов и физиорефлексотерапии должно быть основой на принципах энергетического выравнивания меридианов (по данным ЭЛДФ, ВРТ, акупунктурной или пульсовой диагностики и др.) и коррекции всех звеньев этиопатогенеза заболевания.*

Настроенность врача на выявление всех звеньев патогенеза заболевания и соответствующий подбор методов терапии особенно важны для больных со среднетяжёлой и тяжёлой астмой, в связи с ограниченными энергетическими возможностями длительно болеющих детей, поскольку любая неадекватная их энергетике терапия (в том числе и гомеопатия) может привести к истощению энергетического бюджета организма и полному срыву механизмов адаптации и компенсации.

Таким образом, *многопараметрическая, долговременная, контролируемая терапия является основным принципом холистического подхода к лечебному процессу в целом.* Такой подход к терапии, стимулируя механизм самооздоровления организма (в первую очередь пластические ресурсы ЦНС, обеспечивающие приспособление организма к внешней среде), способствует развитию продолжительных и устойчивых защитно-компенсаторных процессов, продолжающихся месяцы, а иногда и годы.

В официальной медицине в основу современного лечения всех аллергических заболеваний у детей положены одни и те же принципы: использование методов специфической и неспецифической гипосенсибилизации.

Поскольку в настоящее время БА рассматривается как хронический воспалительный процесс в бронхах, приводящий к гиперреактивности и обструкции, то основным направлением в лечении является базисная противовоспалительная терапия, а ингаляционный метод введения β_2 -агонистов, стабилизаторов тучных клеток и стероидов – основной формой терапии. (Международный консенсус по Проблемам Астмы, 1992).

В соответствии с современным пониманием этиопатогенеза заболевания основные направления в лечении БА у детей следующие:

- предотвращение реакции антиген-антитело, так называемая, элиминационная направленность терапии, заключающаяся в предупреждении, прекращении, элиминации (насколько это возможно) действия вызывающего заболевание аллергена;
- повышение устойчивости больного к антигену, что обеспечивается проведением специфической иммунотерапии этиологически значимыми аллергенами;
- предотвращение высвобождения медиаторов из клеток-мишеней, используя различные методы и способы введения в организм стабилизаторов мембран тучных клеток, гистоглобулина и аллерглобулина;

– ослабление действия освобождающихся медиаторов (БАВ) назначением антимадиаторных препаратов (антигистаминных, антисеротониновых, антикининовых и др.) в сочетании с другими методами неспецифической гипосенсибилизации аналогичной направленности действия;

– подавление синтеза медиаторов воспаления, что достигается назначением кортикостероидов (используя преимущественно физико-фармакологические методы их введения) и других методов, стимулирующих эндогенный стероидогенез и повышающих чувствительность тканей к кортикостероидам;

– предупреждение образования иммунных комплексов и снижение их уровня в организме, что достигается применением методов детоксикации организма (иммуносорбция, плазмофорез, гемосорбция, РДТ, энтеросорбция и др.);

– воздействие на иммунную систему организма с помощью иммуномодулирующих методов и средств;

– лечение сопутствующих соматических заболеваний, нередко поддерживающих и усугубляющих течение аллергического заболевания.

Первые два направления относятся к методам специфического лечения (специфическая гипосенсибилизация, специфическая иммунотерапия – СИТ), а другие – к методам неспецифической гипосенсибилизации.

Все методы неспецифической гипосенсибилизации направлены на восстановление гомеостатических взаимоотношений в организме, что способствует повышению толерантности больного к аллергенам, активизирует компенсаторно-защитные силы. Практически, подходы традиционной и нетрадиционной медицины к лечению БА не противостоят друг другу, а оптимально дополняют друг друга.

Специалисты Педиатрической Группы Международного Консенсуса (1992), признавая аллергию важным звеном патогенеза астмы, тем не менее, подчёркивают, что постановка специфического аллергологического диагноза мало сказывается на эффективности проводимой терапии. Поэтому иммунотерапия занимает неопределённое место в лечении детской астмы. Рекомендую иммунотерапию больному ребёнку, всегда следует учитывать, что больные, чувствительные ко многим аллергенам или пусковым факторам неаллергенной природы, могут не прореагировать на специфическую иммунотерапию, а риск развития осложнений в виде системных реакций может наблюдаться, по данным разных авторов, у 5-20% больных.

Анализ клинической ситуации показывает, что зачастую практический врач не имеет другого выбора, кроме как назначить *специфическое для данной болезни официальное лечение, в котором основное место занимает химиотерапия*. Однако беспорядочное, чисто эмпирическое назначение одних и тех же лекарственных препаратов без учёта индивидуальной чувствительности к ним оказывает пагубное влияние на иммунную систему ребенка, срывая его защитные системы, делая его уязвимым не только для болезней, к которым он предрасположен, но и к внушающим тревогу совершенно новым болезням. Пожалуй следует отметить, что нет такой хронической болезни, которая по числу методов и средств лечения могла бы сравниться с БА, что

несомненно свидетельствует как о многообразии её клинических форм и вариантов, так и о сложности выбора и адаптации лечебного комплекса к конкретному больному. Неадекватность терапии в свою очередь приводит к прогрессированию болезни, развитию соответствующих осложнений. В этом аспекте, *идея холизма* представляет собой "новую", богатую потенциальными возможностями для системы практического здравоохранения модель лечения как аллергии, так и любой другой патологии.

В качестве подтверждения вышесказанному приводим данные нашего небольшого исследования, при котором метод ЭПДФ использован нами как тест-контроль за эффективностью проводимой терапии.

Эффективность комплексной терапии исследовали у больных БА средней тяжести (постприступный период), взятых без отбора в отделении восстановительного лечения обычной детской больницы. Все больные (27 человек в возрасте от 10 до 14 лет) получали обычный лечебный комплекс: противоастматические средства, ЛФК и массаж грудной клетки, физиотерапию (по общепринятым методикам воздействия). Исследуя показатели ЭПДФ (исходные, после курса лечения, а у 20 больных через 4-6 недель после курса лечения), мы практически ни в одном случае не наблюдали достоверной тенденции изменения их в сторону нормализации, несмотря на субъективное улучшение состояния больных после проведённой терапии. Сравнительно небольшое количество наблюдений позволяет лишь высказать предположение, что субъективное улучшение состояния (даже на фоне незначительного улучшения клинико-лабораторных данных) не является достаточным критерием для прекращения реабилитационного процесса. По-видимому, лечение по общепринятым схемам не сопровождается достаточной стимуляцией саногенетических механизмов, позволяющих перевести организм в длительную ремиссию – 20 больных спустя 4-6 недель снова обратились к врачу, по существу, с теми же жалобами. К сожалению, больные со среднетяжёлой астмой представляют большую трудность для лечения, поэтому необходим тщательный анализ всех этиопатогенетических звеньев формирования хронического заболевания и последовательное воздействие на каждое звено патогенеза на фоне адекватной противоастматической терапии.

Более обнадеживающие результаты мы наблюдали у больных предастмой и лёгкой степенью астмы (12 человек), которым проводилась целенаправленная планомерная профилактическая терапия, включающая в качестве фоновой терапии – индивидуально подобранную психотерапию, ЛФК и дыхательную гимнастику (постоянно в поликлинике и самостоятельно дома под контролем старших), мероприятия по закаливанию, диетотерапию, (включая фракционную РДТ), фитотерапию, а из физиотерапии использовали лазеропунктуру и спелеотерапию или МРТ и спелеотерапию. Лишь по прошествии более чем 2-3-х месяцев планомерного лечения у больных, по данным ЭПДФ, наметилась *тенденция* к изменению показателей ЭП основных точек на меридианах (ЛМ, МЛ, МА, МТолК, МНД, МЭПД, МЭС, МСТД), в сторону нормы.

В процессе исследования выявлена интересная закономерность: при положительной динамике лечения основного заболевания (в наших наблюдениях это больные БА и ВСД) наблюдается улучшение

психосоматических показателей (по данным анализа результатов психологического тестирования), а при отсутствии такой динамики или её отрицательном характере достоверного улучшения психосоматического состояния больных не обнаружено.

Этот небольшой клинический опыт подтверждает, что для получения удовлетворительных результатов лечения требуется последовательное всестороннее воздействие на организм больного, планомерно используя раздражители физиологического диапазона, причём *процесс лечения должен быть длительным и контролируемым*, что требует большого искусства и терпения врача и обязательно активной позиции как больного, так и его ближайшего окружения.

Итак, эмпирический опыт врачей многих поколений, подтвержденный современной наукой (теория функциональных систем, “причинные цепочки” Шиммеля, биофизическая модель жизни, достижения в области изучения психосоматических взаимоотношений, расшифровка тайны энергоинформационного переноса и др.) и многочисленные практические наблюдения, убедительно доказывают необходимость подхода к терапии с позиций целостного представления о человеке. *Подходы традиционной медицины к лечению больных с позиций целостности системы, направлены на основные аспекты человеческой жизни: психический, физиологический, поведенческий, взаимодействие с окружающей средой*, что не противоречит современной медицине, а значительно дополняет и обогащает её, поскольку позволяет *лечить не болезнь, а оздоравливать человека с учётом его генетической детерминированных или приобретенных в процессе жизнедеятельности психоэмоциональных и морфофизиологических особенностей. Системный подход к лечению позволяет врачу не только оценить роль энергетического гомеостаза в поддержании здоровья, но и целенаправленно и осознанно применять все методы немедикаментозной и медикаментозной терапии, без комплексного использования которых невозможна успешная терапия любого хронического заболевания.*

Однако, как мы уже отмечали, *холистическая модель лечебного процесса – это динамическая, долговременная, структурированная, контролируемая терапия*; поэтому для успешности такого подхода требуется *индивидуальная программа реабилитации с учётом этиологических, патогенетических, клинических особенностей заболевания и личностных особенностей пациента.*

Принцип построения реабилитационного процесса в рамках холистической модели будет рассмотрен нами также на примере детской астмы.

Реабилитация – это комплекс мероприятий, воздействующих на эволюционно сформированные саногенетические механизмы в их биосоциальном единстве, которые организм постоянно запускает при различных заболеваниях с целью управления жизнедеятельностью. По сути своей, реабилитация – это гибкая схема управления жизнедеятельностью, а не система регламентированного схемного назначения различных видов лечения. На современном этапе реабилитация играет интегративную роль в клинической медицине, поскольку позволяет рассматривать лечебный процесс во всем комплексе проблем, используя при этом весь арсенал средств как официальной, так и традиционной медицины.

С позиции системной целостности организм можно рассматривать как открытую систему: здоровый организм – нормальная система, больной организм – патологическая система, которая обменивается со средой веществом, энергией и информацией. Поэтому, любое медицинское вмешательство можно рассматривать как активное управляемое влияние окружающей среды. Однако, следует учитывать, что это вмешательство у хронически больного БА, в связи с ограничением адаптивных возможностей ослабленного болезнью организма, должно иметь определённые оптимальные количественные границы, то есть дозировку.

Рассматривая реабилитацию как метод гибкого управления жизнедеятельностью организма, можно предположить, что с помощью некоторых лечебных методов, оказывающих влияние на клеточный метаболизм и обмен веществ, можно влиять на некоторые наследственные и приобретенные “биологические дефекты”. С этих позиций термин “биологический дефект” не следует понимать как нечто структурно жёсткое, наследственное и неисправимое. Тем более, если предположить, что клеткам организма, хранящим генетическую информацию, свойственно изменять химизм цитоплазмы, пространственную конфигурацию структур, ответственных за хранение генетической информации под влиянием многих лечебных методов (гомеопатия, РДТ, и др.), то это подтверждает возможность внешнего влияния на саму наследственную информацию. Поэтому, своевременное воздействие на этот механизм и коррекция всех нарушений в организме, особенно важны для ребёнка, в частности, ребёнка-аллергика, поскольку у него в большей степени, чем у взрослого, появляется шанс “выздороветь” от аллергии за счёт перестройки функционально-регулирующих систем организма (особенно в возрастные периоды 10-14 лет) или возможности коррекции “биологических дефектов”, нередко являющихся причиной болезни.

Конечная цель реабилитационных мероприятий – против “круга болезни” создать “круг здоровья”, то есть перестроить систему “больной организм”, имеющую различные биологические дефекты, в систему “здоровый организм”.

В современной науке теория систем и системный подход к исследованию общеприняты как для биологии, так и для медицины.

Организм, как открытая авторегулирующая система, работает по определённой программе, заложенной в самой структуре системы при ее эволюционном развитии во взаимосвязи с внешним миром. Эта программа организма функционирует на принципах опережающего отражения действительности, то есть самообучения, самовосстановления и гибкого перепрограммирования за счёт развитого механизма резервирования и дублирования функциональных авторегулирующих систем. Повторная активация системы одним и тем же возмущающим фактором протекает по ускоренному циклу выработки ответа на этот фактор (при условии структурной и функциональной целостности системы) за счёт накопления системой опыта, что в целом обеспечивает устойчивость организма и его высокую приспособляемость к меняющимся условиям жизнедеятельности. С позиции целостного представления о человеке в совокупности с его биоэнергетикой и окружаю-

щей средой, любое вмешательство извне приводит к изменению “входных” параметров системы. При этом, в зависимости от применяемых методов лечения, изменяются не только параметры “на входе” в систему, но и свойства самой системы “на выходе” за счёт различных взаимосвязанных реакций внутри системы. Исходя из таких теоретических представлений, предполагается, что, используя различные методы терапии, можно целенаправленно регулировать поток “вещества” в систему, чтобы изменить структуру самой системы и получить положительный клинический результат.

Следует отметить, что традиционная медицина всегда подходила к проблеме “здоровье–болезнь” с позиций системности и взаимозависимости от окружающей среды.

Согласно биокibernетических (биофизических) представлений о болезни, можно утверждать, что если различные формы бронхиальной астмы рассматривать как патологические системы, то им свойственен единый патогенетический механизм – это способность системы к обучению.

Термин “обучение” в широком понимании – это не только свойство организма изменять ответ в сфере условно-рефлекторных или поведенческих реакций, но и способность системы в меняющихся условиях закономерно изменять свое поведение под влиянием экзогенных и эндогенных стимулов. Под обучением системы понимается возможность формирования различных физиологических и патофизиологических стереотипов с использованием всего арсенала детерминированных биологических реакций. Кокосов А.Н., Черемнов В.С. (1995 г.), рассматривая БА как политриггерную многоуровневую патологическую систему, развивающуюся от моноаллергии к полиаллергии с хроническим течением, считают, что *хронизация болезни* от преастмы до бронхиальной астмы — это *негативное обучение системы*, а *выздоровление, стабилизация симптомов астмы – позитивное обучение системы*.

Исходя из свойства системы к позитивному обучению, как одному из механизмов саногенеза, планируется длительная реабилитационная терапия больных, которая должна включать в себя коррекцию, переобучение, перетренировку адаптивных механизмов на всех уровнях формирования патологической системы. Такова концептуальная основа современного взгляда на реабилитацию, что должно ориентировать врача и больного на долговременный, последовательный процесс восстановительного лечения.

Практическому врачу всегда приходится решать дилемму: бороться ли с симптомами астмы с помощью фармакологических средств или ориентировать больного на применение тренирующих саногенетических методов неспецифической гипосенсибилизации. При этом важно придерживаться принципа очерёдности и последовательности использования немедикаментозных методов лечения БА для достижения лучшего клинического результата. В каждом конкретном случае профессионализм и клинический опыт должны помочь врачу выбрать правильные рекомендации для больного. Но следует иметь ввиду, что бронходилататоры и кортикостероиды становятся ведущими методами лечения только тогда, когда эволюционные саногенетические механизмы организма становятся несостоятельными.

Для отечественной медицины считается общепринятым *этапный принцип реабилитации*. Система реабилитационных мероприятий у детей должна строиться с учётом современной концепции саногенеза, согласно которой динамика всех стадий болезни определяется не только её патогенезом, но и саногенезом, то есть системой защитно-приспособительных эффектов (системой саморегуляции, самовосстановления и самоуправления), заложенной в любом живом организме, что и определяет резистентность к болезни, способность к ликвидации различных нарушений и повреждений. Вся динамика болезни, ее стадии, клиническая картина и исход зависят от соотношения противоположно направленных процессов – *патогенеза и саногенеза*.

Исходя из общепринятой трехэтапной системы реабилитации: стационар – поликлиника – санаторий или стационар – санаторий – поликлиника (последовательность зависит от того, сохранилась ли к концу стационарного этапа активность воспалительного процесса и возможно ли применение климатобальнеотерапии) составляется индивидуальная программа реабилитации.

При составлении программы реабилитации необходимо учитывать реабилитационный потенциал больного (т.е. реальную возможность восстановления здоровья больного ребенка), который определяется лечащим врачом и другими специалистами, наблюдающими ребенка. Все данные о ребёнке должны быть отражены в индивидуальной программе медико-социальной реабилитации, которая может корректироваться в процессе лечения.

Эффективность реабилитационной программы в целом определяется уровнем реабилитационного (саногенетического) потенциала организма, правильностью его оценки, подбором оптимальных методов социально-восстановительного действия с учётом показателей и задач этапной реабилитации.

Средствами реабилитации являются практически все методы традиционной и нетрадиционной медицины, направленные на подавление патогенетических и стимуляцию саногенетических механизмов с целью восстановления структуры и функции поврежденных органов и систем организма.

Основными принципами реабилитации больных БА детей следует считать: *раннее начало, комплексность и рациональность сочетания восстановительных мероприятий, учёт клинических особенностей заболевания и индивидуальных психологических и психосоциальных факторов, прогнозирование исходов реабилитации, контроль за выполнением назначений врача и эффективностью проводимой терапии, включая и самоконтроль больного. Активная позиция больного по отношению к лечебному процессу и болезни мобилизует его волю, заставляет перейти из категории пассивного наблюдателя в категорию активного помощника врача в борьбе с недугом*. По этому поводу ещё древний сирийский врач Фарада говорил: "Смотри: нас трое – я, ты и болезнь, если ты будешь помогать мне, мы одолеем третьего".

К реабилитации больных БА детей, особенно с прогрессирующим течением заболевания, необходимо активно привлекать родителей и родственников (братьев, сестёр) больного ребёнка, которые должны быть ознакомлены с программой реабилитации, в особенности с теми

мероприятиями, которые проводятся при их непосредственном участии. Кроме того, они должны иметь представление об эффекте реабилитации, особенно при условии чёткого выполнения всех элементов реабилитационного комплекса, зависящих от них.

За рубежом подсчитано, что каждая единица капиталовложений в реабилитацию окупается в 10-30-кратном размере (без учёта потерь от временной нетрудоспособности родителей по уходу за больным ребёнком). Анализ опыта большинства высокоразвитых стран, достигших высоких показателей здоровья в обществе, подтверждает, что основные капиталовложения следует направлять на развитие массовой культуры и спорта, на строительство оздоровительных центров, на пропаганду в обществе престижа здоровья и здорового человека, поскольку, *согласно данным ВОЗ, среди слагаемых здоровья на окружающую среду приходится – 20 процентов, наследственность – 20 процентов, образ жизни – 50 процентов и лишь 10 процентов – на медицину.*

Если рассматривать БА с позиций психосоматического заболевания, то в формирование патологии вовлекаются средовые, социальные, личностные и соматические факторы. В исследованиях отечественных учёных убедительно показано, что гиперреактивность бронхов и выраженность воспаления у больных БА, в значительной мере, зависят от *нейрогенных, гуморальных, биоэнергетических и генетических* нарушений, поэтому лечебные мероприятия должны быть направлены на все эти факторы патогенеза с особым акцентом на психическую и соматическую сферы. Это обосновывает следующее: *дифференцированное воздействие на психофизиологические механизмы болезни; устранение дефекта регуляции и функционирования вегетативных систем жизнеобеспечения; непосредственное воздействие на "шоковый орган" – "орган-мишень",* ибо, как писал С. Ганеманн, "...лёгкие являются рефлекторным органом, участвующим во многих глубинных процессах, которые обозначаются тремя понятиями: страх, спазм, избыточные реакции – аллергия, гиперергия".

Такой подход к терапии обеспечивается *сочетанием в лечебном комплексе противоастматических средств и методов немедикаментозной терапии*, что сопровождается каскадом нейрогуморальных реакций саногенетической направленности действия. В каждом конкретном случае следует логично оценивать границы возможностей различных методов лечения на отдельных этапах становления болезни. Однако, всегда объектом лечебно-профилактических мероприятий должны являться основные факторы патогенеза заболевания. Эту истину подчеркивали в своих трудах древние целители Востока, которые, описав более 5-ти форм астмы, отмечали невозможность шаблонного схематизированного подхода к лечению БА. С.Ганеманн в своем знаменитом "Органоне" также писал, что *лечить нужно не болезнь, а большую астмой, ибо индивидуальные различия настолько велики, что лечить необходимо с учётом этих индивидуальных особенностей. Из всех методов неспецифической терапии только гомеопатия и психотерапия оказывают воздействие на организм в целом с учётом личностных особенностей больного* и поэтому необходимо шире использовать их в комплексе лечебно-профилактических мероприятий. Особый оптимизм в решении этой проблемы внушают методы биологической и био-

физической терапии, позволяющие оказывать целенаправленное воздействие на все основные звенья патогенеза аллергии.

Если же рассматривать патогенез БА только как динамическое хроническое заболевание бронхолегочной системы (как принято в официальной медицине), то такой подход требует целенаправленного воздействия на "соматическое" звено патогенеза, что должно способствовать как максимальному накоплению лекарственного вещества в "шоковом органе", так и максимальному проявлению его специфического действия. Однако, до сих пор такая лечебная тактика не привела к решению Проблемы Астмы, несмотря на успехи в изучении патогенеза астмы и создание высокоэффективных противоастматических средств. Например, статистика показывает, что только в Великобритании ежегодно умирает от астмы свыше двух тысяч человек и болезнь, в той или иной форме, поражает более 20% населения (Джон Челмен, 1996). Разумеется, степень тяжести заболевания различна: для одних – это лишь состояние, которое мешает заниматься любимым видом спорта или любимой работой, для других – симптомы заболевания имеют лишь сезонный характер (реакция на пыльцу, на холодную сырую погоду) и лишь 12-15% страдают хронической БА, с повторяющимися приступами удушья или астматического состояния. Но, несомненно, болезнь отражается на психическом состоянии каждого больного, поскольку только сильная боль по своему стрессовому воздействию на организм может сравниться с ощущением недостаточности дыхания. На фоне повышенной аллергической чувствительности и извращённой реактивности организма клинические проявления многих заболеваний приобретают причудливые формы и сочетания, что нередко ставит в тупик практическую медицину, поскольку размотать такой запутанный клубок симптомов и синдромов и привести детский организм к гармонии очень непросто.

Всё вышеизложенное свидетельствует об актуальности проблемы реабилитации больных с хронической патологией, в частности больных с аллергопатологией, которая может быть решена только совместными усилиями многих специалистов, что позволит как своевременно выявлять заболевание, так и разрабатывать соответствующую тактику профилактики, лечения и контроля за симптомами заболевания.

В основу успеха любого этапа реабилитации БА должны быть положены две важные составляющие комплексной терапии:

1. Психологический и психосоциальный аспект реабилитации;
2. Постоянный контроль за симптомами астмы.

Нередко эффективность реабилитационной терапии у детей и подростков зависит от поведенческих особенностей больных, их родителей и ближайших родственников, что во многом определяется их психологическими установками в отношении здоровья и лечения, личностными особенностями, представлениями о болезни и возможности её излечения, отношением к службе здравоохранения вообще и к врачу в частности. Поэтому врач любой специальности, *лечащий больного с хронической патологией*, должен учитывать, что помимо клинических проявлений болезни он сталкивается с явлениями психологического характера, т. к. любая хронически текущая болезнь оказывает существенное влияние на многие стороны жизни больного, изменяя характер его взаимоотношений с окружающими и внося новые особенности в поведение.

Основные моменты, на которые необходимо обратить внимание при проведении психологической реабилитации больных БА детей:

1. Изучение психологического статуса больного астмой (роль психологических и психосоциальных факторов в развитии заболевания, какие аспекты личности влияют на формирование психосоматического заболевания, отношение к болезни и т.д.).

2. Отношение больного (его родителей) и участкового врача к проведению реабилитационных мероприятий.

3. Взаимоотношения врача, больного и его родителей в процессе длительной реабилитационной терапии.

4. Выбор оптимального сочетания методов психокоррекции и противоастматической терапии.

Врачи должны быть внимательны к психологическим и психосоциальным проблемам как ребёнка, так и его семьи. Проявляя определённое понимание этих факторов риска утяжеления болезни, врачу необходимо всегда помнить о том, что у больных даже без выраженных психосоциальных проблем, может развиться состояние хронического стресса на фоне астмы из-за повышенной тревожности, панического настроения во время обострения заболевания, низкой самооценки, социальной стигматизации, постоянного напряжения во внутрисемейных взаимоотношениях, связанных с наличием в семье больного ребёнка, трудностях самого больного, вынужденного смириться с наличием болезни.

Выявив у больного психопатологические нарушения, определив степень неблагоприятного влияния болезни и нарушений психического статуса на состояние больного в целом, следует составить план психологической реабилитации, что требует большого искусства от врача, т. к. достоверное улучшение психологического состояния обычно отмечается лишь по истечении 6-12 месяцев от начала лечения.

У каждого больного ребёнка следует обратить особое внимание на механизмы психологической защиты и всеми методами и средствами способствовать формированию оптимальных форм реагирования в условиях эмоционального стресса (приступ БА, конфликтная ситуация в семье, в школе и т. д.). Сложность формирования правильной стратегии реагирования требует длительного применения различных форм психотерапевтического воздействия (рациональная психотерапия, семейная психотерапия, гипносуггестивная терапия, психоанализ, аутотренинг, медитация и др.). Поэтому, чтобы смягчить патогенное влияние стресса, в лечебный комплекс вводятся другие методы неспецифической терапии (БРТ, гомеотерапия, ЭС, ИРТ, лазеропунктура, ЭФ лекарственных веществ терапевтически направленного действия и др.), повышающие не только адаптационные возможности организма, но и обеспечивающие защиту вегетативных систем регуляции. Ориентируясь на преимущественную активацию симпатического или парасимпатического звена вегетативной нервной системы, следует также применять препараты и методы, блокирующие передачу избыточной адрено- или холинергической активации на рецепторный аппарат внутренних органов.

В каждом конкретном случае на основании тщательного изучения жалоб больного, показателей психодиагностики, вегетативного статуса, кли-

нической картины болезни удаётся определить наиболее перспективное направление комплексной терапии и выбрать наиболее адекватный метод психокоррекции. У детей предпочтительнее использовать психокоррегирующие мероприятия немедикаментозного плана, оптимально дополняющие комплексную противоастматическую терапию.

Адекватный контроль за симптомами астмы необходим с целью наблюдения за ходом заболевания, оказания помощи пациентам в понимании хронической и изменяющейся природы астмы, а также для быстрой стабилизации состояния.

Конечно, трудно убедить родителей и больного ребёнка, испытывающего эпизоды дыхательного дискомфорта (нередко проходящие самопроизвольно) в том, что необходимо вести постоянный контроль за состоянием респираторных путей. Ещё труднее склонить к этому тех, у кого болезнь протекает, казалось бы, бессимптомно (если не принимать во внимание бесконечные простуды). Однако следует помнить, что *необратимость патологии* часто является результатом недооценки тяжести обострения хронического заболевания, *неадекватности и недостаточности лечения на начальных стадиях болезни*.

Поэтому очень важно выяснить отношение больного к своему заболеванию и определить степень его готовности к проведению лечения в условиях поликлиники и самолечения – в домашних условиях.

Само по себе неадекватное восприятие болезненных нарушений (искаженный сенситивный образ болезни) запускает механизмы тревожного состояния, ипохондрической фиксации, смягчить которые позволяет грамотное разъяснение больному природы заболевания и осознание больным психологических механизмов болезни. Это позволяет избежать ситуации, когда на фоне активной противоастматической терапии, психологически больной продолжает оставаться в плену болезни, что резко снижает эффективность реабилитационных мероприятий.

Взаимоотношения врача и больного должны строиться с учётом психозмоционального состояния пациента и его полной информированности о заболевании, методах терапии и контроля за симптомами болезни, при этом ролевая позиция врача может определяться следующим образом: "руководитель", "партнёр", "руководитель-партнёр", что зависит от возраста пациента, личностных особенностей пациента и его родителей. У них должно сложиться чёткое представление о заинтересованности врача в лечебном процессе и его искреннем желании помочь в преодолении болезни.

В амбулаторной практике наиболее рациональной является манера общения на основе "руководства-партнёрства", что чаще всего позволяет наладить эффективный эмоциональный контакт в процессе длительной реабилитационной терапии. В случае нарушения больным плана реабилитационных мероприятий, негативного отношения к медицинским работникам, больному следует в спокойной деловой форме разъяснить на конкретных примерах необходимость систематического выполнения рекомендаций врача, избегая при этом запугивания пациента неблагоприятным прогнозом. Врачу необходимо избегать подкрепления неадекватного поведения больного или его родителей, проводя разъяснительную психокоррегирующую терапию, так как обычно больной неосознанно стремится вызвать у врача по отношению к себе негативную реакцию, которая могла доминировать в его прежних

межличностных контактах. Следует сохранять доброжелательность при негативном поведении больного, поскольку, уловив даже невербальные проявления эмоций (мимика, жесты, интонация речи), почувствовав раздражение врача, больной может полностью прекратить терапевтический контакт.

Врач и больной (родители ребёнка), разрабатывая совместно план лечения, должны обсуждать и прогнозировать наиболее важные результаты терапии, которые они хотят получить, так как у больного должна быть уверенность в правильности и действенности назначенного лечения, необходимости именно сочетанного применения медикаментозной и немедикаментозной терапии, периодического посещения поликлиники и ведения дневника самоконтроля состояния.

С практической точки зрения, важно предусмотреть поведение врача при недостаточной эффективности рекомендованной терапии. Например, перед увеличением дозы противоастматических средств необходимо подчеркнуть, что не всегда удаётся быстро подобрать оптимальную схему лечения, что в начале была предложена более "мягкая" схема терапии и сравнительно небольшие дозы лекарственных средств, а в дальнейшем предполагалось их увеличение. Но всегда полезно напомнить больному, что БА – это длительно текущее заболевание и в организме происходят такие функциональные изменения, которые требуют систематической коррекции, продолжительной терапии, и если пациент будет строго придерживаться предложенного плана лечения, то в дальнейшем возможно снижение интенсивности противоастматической терапии. Больные среднего и старшего школьного возраста должны понимать разницу между лечением, обеспечивающим быстрое устранение симптомов БА, и лечением, направленным на подавление или уменьшение симптомов воспаления дыхательных путей. Желательно больному, кроме устных советов, дать чёткие письменные инструкции, содержащие: план поддерживающей терапии (в частности, медикаментозной) в домашних условиях, стратегию поведения при появлении признаков ухудшения состояния (включая пикфлоуметрический контроль ПСВ), меры, которые больной должен выполнять поэтапно (начало и изменение интенсивности терапии), а также критерии обращения за неотложной помощью. Больной должен осознанно вести ежедневный *самоконтроль состояния*. Цель таких ежедневных симптоматических записей – это приучить его к самоконтролю, научить правильно реагировать на каждое изменение в своем состоянии и соответственно корректировать лечение и поведение. *Информированность о болезни и самоконтроль за состоянием* организма способствуют более успешному самостоятельному лечению, что в целом позволяет уменьшить частоту обострений заболевания.

Из вышесказанного следует, что для эффективности терапии детской астмы важно активное участие больного и его родителей в разработанной врачом индивидуальной программе самоконтроля и самолечения. Больной (и родители ребёнка) должен осознавать, что если он не может полностью излечиться от астмы, то обуздать её и подчинить её своей воле ему по силам. Эта уверенность в своих силах предотвратит уход в болезнь, даст возможность вести нормальный образ жизни и сведёт к минимуму необходимость в стационарном лечении обострений заболевания.

Динамичность течения астмы предусматривает разработку гибкого плана противоастматической терапии, интенсивность которой зависит от степени тяжести заболевания и индивидуальных особенностей больного. Использование подходов пробиотической и холистической медицины на поликлиническом этапе реабилитации позволяют свести к минимуму тяжёлые обострения астмы, требующие немедленной госпитализации больного. Санаторный этап реабилитации (в частности, в соответствующих приспособленных местных санаториях) вносит свою положительную лепту в общую схему реабилитационного процесса.

Конечная цель всех действий врача, больного и его родителей – это обеспечение максимального контроля над симптомами астмы, с помощью минимума лекарственных средств (при среднетяжёлой и тяжёлой БА), а в идеале – полное избавление от симптомов астмы, т.е. перевод заболевания в длительную ремиссию.

Лечение любого хронического рецидивирующего заболевания является сложнейшим творческим процессом. От врача требуется повседневное творчество в терапии, что обусловлено неповторимым сочетанием биологических, психологических и социологических факторов в развитии патологии. Значимость каждого из перечисленных факторов в становлении болезни различна, а, следовательно, различной должна быть и патогенетическая лечебная тактика.

Современная концепция системного подхода к жизнедеятельности живого организма, позволяющая рассматривать его как открытую сложную систему, обменивающуюся со средой *информацией, энергией и веществом*, требует такого же системного подхода и к лечению болезни, когда *любое медицинское вмешательство следует рассматривать как активный управляющий элемент окружающей среды*. Сама по себе болезнь обуславливает новое качество функционирования всех систем индивида (личности и организма в целом), что требует сочетанного воздействия на все её компоненты. В каждом конкретном случае необходимо понять, что в клинической картине болезни является выражением ее реального анатомо-физиологического субстрата, а что дополняет клиническую картину болезни в связи с активацией психической сферы и изменением функциональной активности взаимосвязанных органов и систем, от чего, собственно, и будет зависеть своеобразие терапевтической тактики.

Успех лечения в каждом конкретном случае будет зависеть от того, насколько точно была определена мишень терапевтического воздействия и, соответственно, насколько точно будут подобраны методы и средства, поражающие её с максимальной эффективностью. То есть основным объектом профилактического и лечебного воздействия являются факторы этиопатогенеза заболевания, и в зависимости от вовлечённости в формирование патологии средовых, личностных и соматических факторов подбираются варианты лечебных комплексов этиопатогенетической направленности действия. Психодиагностика и психокоррекция, ЛФК и дыхательная гимнастика, фитотерапия, диетотерапия (включая РДТ), биофизические методы диагностики и терапии, физиорефлексотерапия — вот тот фундамент, на котором должно строиться здание лечебно-профилактической терапии, при необходимости дополняемые другими методами, в частности, физиотерапией, эффективной фармакотерапией.

Следует учитывать, что методы альтернативной медицины хорошо помогают как средство профилактики заболеваний и как средство лечения на начальных стадиях болезни. Хроническое рецидивирующее заболевание требует комплексной терапии с использованием всех методов и средств, способных помочь больному.

Для повышения эффективности комплексной реабилитационной терапии следует отказаться от традиционно применяемых в медицине принципов дифференциации лечения. Необходимо стремиться к максимальной концентрации различных методов лечения на уровне одного специалиста или небольшого коллектива врачей, хорошо ориентирующихся в этиопатогенезе и клинической картине болезни, что значительно повысит возможность контроля и управления процессами саногенеза организма.

Важнейшим элементом эффективности реабилитационных мероприятий является создание устойчивой мотивации к лечению и мобилизация активного поведения больного и его родственников, направленного на преодоление болезни, активацию резервных ресурсов личности больного, поскольку "здоровье не стабильное состояние, а активный процесс преодоления влияния множества патогенных факторов и вызываемых ими то больших, то меньших повреждений, которым неизбежно подвергается любая живая система". Постоянная направленность мысли в сторону здоровья выполняет важные терапевтические функции, защищая организм от бегства в болезнь, от болезненной зависимости, поскольку позитивная направленность мыслей ведет к позитивной направленности действий и, следовательно, появляется больше поводов для радости, чем для депрессии.

Для обеспечения принципа динамизма лечебного процесса врачу необходимы не только глубокие знания патогенетических механизмов болезни, но и понимание механизма действия всех составляющих лечебного комплекса, чтобы правильно организовать преемственность и непрерывность комплексной терапии на разных этапах реабилитации. Занимаясь реабилитацией больных, следует ориентироваться не на увеличение количества пролеченных больных, а на количество больных, достигших состояния излечения (т.е. многолетней ремиссии) или стабильной ремиссии.

Заключение

В данной главе, не вдаваясь в тонкости протекания физических процессов в человеческом теле, не сопоставляя изложенные выше теории и концептуальные аспекты, авторы старались быть последовательными в своем практическом устремлении: познакомить читателя с биофизической моделью жизни, биофизическими методами диагностики и терапии, преимуществами низкоэнергетической контролируемой терапии, руководствуясь единственной целью – обосновать целесообразность сочетанного использования в комплексной профилактической и лечебно-реабилитационной терапии подходов Востока и Запада к лечебному процессу.

И сейчас, как нам кажется, настало время рассмотреть целостную схему (модель) каждого подхода, которая может быть использована практикующим врачом для систематизации терапевтических методов или в качестве концептуальной основы в своей работе, или для осоз-

нанного выбора лечебной тактики сообразно интересам конкретного больного.

По современным представлениям, здоровье – это не статическое условие жизни, а динамическое равновесие биоэнергетически управляемых, упорядоченных процессов, обеспечивающих нормальное функционирование организма на структурном и функциональном уровнях, что проявляется соответствующими реакциями на внешние (стресс, питание и т.д.) и внутренние (гомотоксины, вирусы и т.д.) раздражители в пределах, допустимых для процессов физиологического функционирования биосистемы.

С целью поддержания здоровья или процессов оздоровления нетрадиционная (официальная) медицина использует различные методы и подходы к терапии:

специфическая терапия (нацелена на болезнь);

неспецифическая терапия (общие лечебные мероприятия);

каузальная терапия (направлена на причины болезни, например, на патогенны, используя антибиотики);

симптоматическая терапия (паллиативная, смягчающая терапия фокусируется на таких симптомах как боль и т.д.)

При выборе лечебных методов и средств, по-прежнему, в нетрадиционной медицине используется идея Галена, о так называемом, “аллопатическом подходе к терапии”, когда с целью возвращения пациенту здоровья используются средства, вызывающие противоположные симптомы, т.е. используется принцип “подавления” (жар – жаропонижающие, спазм – спазмолитические средства и т.д.). Тенденция нетрадиционной медицины к узкой специализации привела к тому, что она потеряла “целостность”, и поэтому любой пациент с хронической многозвеньевой патологией ходит от одного специалиста к другому, каждый из которых назначает свое узкоспециализированное лечение.

Подходы *пробиотической и холистической медицины* к лечебному процессу позволяют, прежде всего, возродить “дух целительства”, “искусство целительства”, что подразумевает творческий врачебный подход к концепции *здоровье – болезнь* и возможностям *самооздоровления организма*. Врачевание – это одновременно и наука и искусство.

Пробиотическая медицина, ядро которой составляет концепция С.Ганеманна, дополненная Р.Фоллем, Х.-Х. Реккевегом, Х.Шиммелем, представляет собой *лечение стимулирующее и поддерживающее естественные защитные системы организма (внутренние системы самооздоровления организма) и жизненно необходимые ритмы*, поскольку эта медицина признает, что фундаментальные процессы жизни зависят не только от физических и химических процессов, но и от ритмов, связанных со временем. Поэтому пробиотическая медицина использует те формы лечения, которые восстанавливают *управляющие и регулирующие системы организма*, стимулируя, тем самым, *саногенез, саморегуляцию и самооздоровление*.

Термин холизм и холистическая модель лечения для разных людей означают различные понятия, поэтому остановимся на *сущности холизма*. Основной темой Восточной философии в течение нескольких тысячелетий был холистический (монический) взгляд на психику и тело. Другими словами, признавалось существование нерасторжимого внутренне-

го единства между психикой и телом, и поэтому не могло возникнуть психической деятельности без соответствующей соматической (телесной) активности. Холистическая позиция древних была отвергнута в связи с зарождением основ современной науки в XVII веке. В рамках этой науки любое человеческое поведение и даже метафизические проблемы объяснялись с точки зрения *материалистической логики и теории закрытых систем*. Наиболее ответственными за принятие научным сообществом такого механистического взгляда были Рене Декарт и Исаак Ньютон.

Рене Декарт, опубликовав философский трактат "О человеке" в 1662 году, практически ввел представление о дуализме. Дуализм Декарта разделял психику и тело (тело рассматривалось как машина) и это разделение вскоре стало общепринятым как в медицинских, так и в философских кругах. Ньютоновская физика отличается своим механистическим замкнуто-системным взглядом на природу Вселенной.

По мере развития медицины в течение нескольких столетий дуалистическая концепция Ньютона и Декарта во многом служила обоснованием высокоспециализированной и умозрительно схематизированной врачебной деятельности, которую мы наблюдаем и сегодня.

И только в конце XX века взгляд на род людской, присущий восточной философии в течение тысячелетий, начинает приобретать популярность в научных кругах Запада. Основы этого возрождения заложены в работах А.Эйнштейна, позволивших рассматривать Вселенную и человеческое поведение в контексте открытых динамических систем. Исходя из этого представления появилась гипотеза о том, что "целое представляет собой согласованно функционирующую сверхсистему, состоящую из тесно связанных между собой подсистем (принцип "кибернетической модели"). Нельзя понять подсистему до тех пор, пока не понято её место в сверхсистеме. Но если действительно человеческое поведение и организм представляют собой не набор составных частей, а сложную суперсистему тесно связанных подсистем (энергоинформационные и морфофизиологические структуры в системной целостности), то возникает вопрос: целесообразно ли лечение больного в рамках крайне специализированного и фрагментированного подхода к лечению, как это делается и в настоящее время. Теоретически следует признать, что чем более специализированным является план лечения, тем дальше он отстоит от холистической концепции. Например, если представить ответную реакцию организма на физическое воздействие в рамках стрессовой реакции, то она представляет собой концентрированное проявление холизма и холистического функционирования человеческого организма. А поскольку при целостном рассмотрении ответной реакции, она представляет собой сложнейшую систему взаимодействующих подсистем, то представляется разумным строить лечебную концепцию применения физических факторов в соответствии с холистическими принципами в плане снижения уровня стрессогенности воздействия, т.е. с позиции энергосберегающего подхода к лечебному процессу и использования низкоэнергетических нагрузок.

Холистическое лечение, как важный параметр исхода терапии, признает и учитывает индивидуальные особенности пациента, являются ли они генетическими, психологическими, физиологическими, нажитыми или преходящими (ситуационными), что играет важную роль в целостном процессе лечения.

Таким образом, *холистическая медицина* в основе своей содержит целостную концепцию лечения или модель, которая, в сущности представляет собой *цепочку взаимосвязанных, последовательно применяемых различных терапевтических методов и средств*:

1. Самопомощь и мотивация (вышеизложена как фоновая терапия – психотерапия, диетотерапия, фитотерапия, ЛФК, массаж, самомассаж, дыхательная гимнастика, закаливание, йога, мануальная терапия);
2. Гомеопатия (унитарная, комплексная, резонансная);
3. Биофизические методы терапии (ЭПДФ, БРТ, ВРТ и др.);
4. Акупунктура, невральная терапия;
5. Физиорефлексотерапия и физиотерапия;
6. Водотеплолечение;
7. Замещающая фармакотерапия;
8. Аллопатия;
9. Коррективная хирургия.

Представленная схема свидетельствует, что во главу угла холистического подхода к терапии ставится *самопомощь и мотивация*. Другими словами, каждый должен в интересах поддержания собственного здоровья активно использовать методы и средства, направленные на самооздоровление организма (методы психокоррекции и психорелаксации, различные виды физической активности, РДТ и фитодиету и др.)

Холистический и пробиотический подходы к терапии требуют многопараметрического (обширного) лечения патологического состояния с учётом естественных взаимоотношений органов и систем, используя в совокупном единстве последовательно применяемые, индивидуально подобранные лечебно-профилактические методы и средства. Как правило, врачи, практикующие пробиотическую и холистическую медицину, стараются поддерживать как частную, так и глобальную саморегуляцию в основном за счёт стимуляции естественных защитных систем организма.

Следовательно, для того чтобы терапия была холистической она должна быть системной, динамической (изменяющейся), многомерной (воздействующей одновременно более чем на две-три подсистемы) и учитывать индивидуальные особенности пациента. Эта терапия представляет собой очень гибкую модель лечения, ориентированную на личность и поведение пациента, его образ жизни и в целом способствует формированию у него положительного, улучшающего здоровье поведения, сохраняющего его телесное, духовное и социальное благополучие. Активное поведение в отношении здоровья должно воспитываться с раннего детства.

Диагностические методы и методы контроля за эффективностью такой терапии должны, по возможности, соответствовать холистическим принципам: диагностическая оценка не должна сосредотачиваться на отдельных подсистемах, а учитывать и синергетическую роль, которую играет каждая из подсистем в функционировании сверхсистемы (биосистемы) в целом. Этим требованиям вполне соответствуют биофизические методы диагностики, т.е. *методы холистической системной экспресс-диагностики* состояния человека, которые при необходимости дополняются соответствующими методами, используемыми в нетрадиционной медицине.

Обобщая изложенное в этой главе, необходимо отметить, что на рубеже двух веков – XX и XXI сформировалась новая наука о законах жизнедеятельности энергоинформационной системы “Человек” и систем космопланетарного мира – *нейрокосмогенетика*, объединяющая уникальные достижения многих наук в единую космогенетическую картину. Взаимодействие человека и Вселенной зиждется на признании триединства системы Мироздания, объясняющей закономерную взаимозависимость системно-структурного строения организма человека (любой биосистемы) от информационно-пространственного (информационноэнергетического) гомеостаза. Автор нового научного направления – Павловская-Хохлова О.В. отмечает, что хотя управление непроявленным миром (информационно-пространственным) – это задача будущего, однако уже сегодня биоэнергоинформационные представления о человеке позволяют создать систему функционально-анатомической диагностики. Как показывают исследования многих авторов, биоэнергоинформационные знания и разработка на их основе новейших биотехнологий и приборов воздействия на экзо- и эндогенную среду, в первую очередь, должно быть направленно на стабилизацию и стимуляцию систем самооздоровления, учитывая, что человек – это уникальная биоэнергоинформационная (биофизическая) структура – самонастраивающаяся, саморегулирующаяся, самовосстанавливающаяся.

Таким образом, бурное развитие современных научных исследований во всех областях, практический опыт, накопленный за последние три десятилетия, позволяют говорить о перспективности применения в практической медицине биофизических методов, которые несомненно в недалеком будущем будут внедрены в практику экспресс-диагностики, тотальной диагностики и терапии.

Обновленная идея холизма, в свете современных научных достижений, представляет собой богатую потенциальными возможностями для системы здравоохранения модель лечебного процесса. Однако, в конечном итоге, практикующий врач непосредственно работающий с больным, должен решать, какие терапевтические методы и какие подходы он должен применять, руководствуясь, прежде всего, интересами конкретного больного и клинической ситуацией. Только при таком подходе успех лечения будет максимально эффективным.

Вероятно, в обозримом будущем только диагностика на доклинической стадии заболевания, активная профилактика, внедрение в практическую медицину “идеи холизма” позволят практической медицине повысить показатели здоровья нашего общества.

БИОФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

3.1. Электроakupунктурная диагностика по методу Р.Фолля и феномен медикаментозного тестирования

В последние десятилетия всё большую популярность в научной медицине и у населения получают методы диагностики и терапии, представляющие собой синтез восточной медицины с современными достижениями в области физиологии, биологии, квантовой физики, биоэнергетики, экологии и других наук, позволяющие рассматривать человека как открытую сложную авторегулирующую информационно-энергетическую систему. В какой-то мере популярность традиционной медицины можно объяснить тем, что в сознании человека такие методы, как ЭПДФ и ТМ (электроakupунктурная диагностика по Фоллю и медикаментозное тестирование), гомеопатия, цветотерапия, современная диетология, система йоги и другие методы немедикаментозной терапии окружены ореолом "таинственности", что не может не повышать их психотерапевтическую насыщенность.

В восточной медицине хорошо известна взаимосвязь биофизических характеристик АТ (электрокожное сопротивление, электропроводимость, теплочувствительность, температура и т.д.) с нормой и патологией органов и систем человека, что используется в многочисленных вариантах ЭПД с целью оценки функционального состояния организма и его систем. В китайской акупунктуре состояние *akupунктурных точек* – АТ – рассматривается в двух фазах активности: *янской* ("открытая точка", "полная точка", "возбуждённая точка") и *иньской* ("закрытая точка", "пустота точки", "заторможенная точка"). Акупунктурная точка в состоянии "полноты" характеризуется: повышением электрической проводимости, снижением сопротивления, преобладанием заряда отрицательной полярности, повышением значения при ЭПД, функцией биологического конденсатора и донатора электронов, т.е. при адекватной реактивности меридианальной системы "открытая точка" отдаёт избыток энергии, компенсируя энергетический дисбаланс. Терапевтические воздействия должны быть направлены на скорейшее восстановление нарушенного баланса с внешней средой методами "рассеивания". Точка в состоянии "пустоты" характеризуется: повышением сопротивления и снижением электрической проводимости, преобладанием заряда положительной полярности, функцией биологического аккумулятора и акцептора электронов. Терапевтическое воздействие должно быть направлено на "восполнение" энергии.

Являясь "окном" энергоинформационного обмена между внешней средой и внутренней средой организма, АТ меняют свои свойства в за-

висимости от состояния целостного организма или отдельных его органов, поддерживая стабильность внутренней энергетической среды.

Исходя из оценки электрических свойств АТ, отражающих энергоинформационную взаимосвязь состояния внутренних органов и систем организма, немецкий исследователь Р.Фолль создал *новый подход к диагностике и терапии патологических состояний, представляющий собой синтез электроакупунктурной диагностики, гомеопатии, медикаментозного тестирования и частотной электротерапии*. В основу метода положена концепция о роли информационноэнергетического патогенеза в процессе развития и становления болезни.

Если представить болезнь, по концепции Давыдовского И.В., как форму приспособления организма к существованию в изменившихся условиях внешней и внутренней среды, обеспечивающуюся определённой функциональной активностью регуляторных и органотканевых систем, то выход за пределы функционального напряжения этих систем в результате чрезмерности раздражителя или функционально-структурной слабости какой-то из систем формирует патологию в этой системе или системах с ней взаимосвязанных. Поскольку пределы физиологических колебаний функциональной активности живых структур генетически детерминированы, то выразив их количественно в условных единицах (усл. ед.), автор предложил *ex tempore* определять не только состояние органов, систем, органотканевых структур, но и оценивать качественно и количественно степень и глубину их поражения.

Такой методологический подход к диагностике позволяет представить общую картину состояния человека как единого целого, исследовать энергетический баланс организма, вскрыть взаимосвязь развития патологического процесса с информационноэнергетическими и морфоструктурными нарушениями, расшифровать механизм формирования и течения хронической патологии на доклинической стадии, дифференцировать соматические расстройства от психосоматических и, с достаточно высокой степенью вероятности, определить первично поражённые органы и системы. Этот метод позволяет уже на ранних этапах становления болезни проводить этиопатогенетическую терапию и осуществлять реактивацию мезенхимы с помощью гомеопатических средств, апробированных для каждого пациента как в качественном, так и в количественном отношении. В отличие от классической акупунктуры в ЭПДФ различают 20 меридианов: 12 китайских и 8 новых, открытых и описанных автором (рис. 30). Начальные и конечные ТИ меридианов находятся у углов ногтевых лож пальцев кисти и стопы. По классическим меридианам осуществляется энергетическое управление паренхиматозных органов, а по фоллиевским – управление определёнными тканевыми системами (нервы, сосуды, кожа и т. д.).

Знание и понимание причинно-функциональных взаимосвязей в организме является основополагающим в методе Р.Фолля.

Основой для проведения топической диагностики служат описанные Р.Фоллем 850 АТ, часть из которых являются классическими акупунктурными точками, а другие (около 300 точек) установлены автором и его коллегами.

В большинстве случаев для проведения ЭПДФ используется ограниченное число точек, локализующихся, главным образом, на пальцах рук и ног.

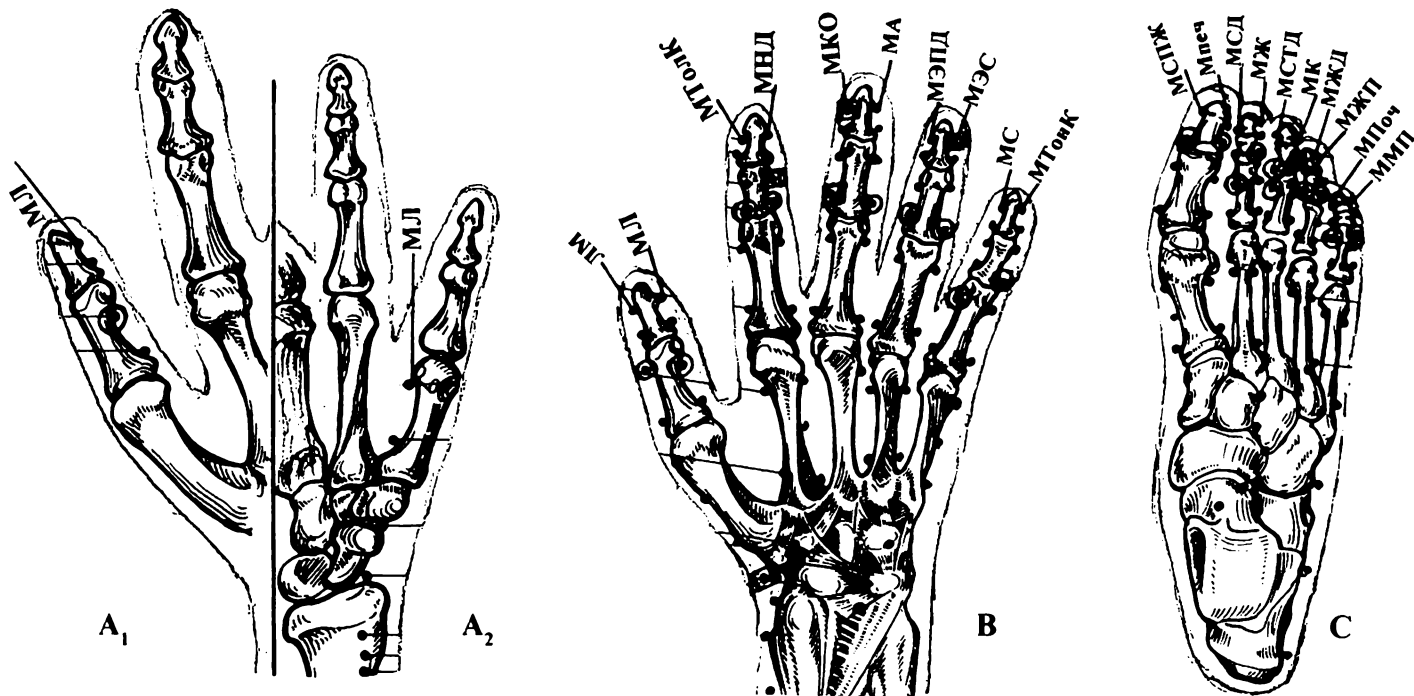


Рис.30 (А₁, А₂, В, С). Локализация точек измерения (ТИ) на меридианах.

А₁ – ТИ меридиана лёгких на тыльно-локтевой поверхности большого пальца; А₂ – ТИ меридиана лёгких на ладонной поверхности правой кисти; В – ТИ на тыльной поверхности правой кисти; С – ТИ на тыльной поверхности правой стопы;

Условные обозначения.

- – точка измерения (ТИ);
- ⊙ – контрольная точка измерения (КТИ или КИТ);
- ⊠ – общая суммарная точка измерения (ОСТИ);

1. ЛМ(Ly) – лимфатический меридиан; 2. МЛ(P) – меридиан лёгких; 3. МтолК (GI) – меридиан толстой кишки; 4. МНД(Nv) – меридиан нервной дегенерации; 5. МКО (MC) – меридиан кровообращения; 6. МА(Ag) – меридиан аллергии; 7. МЭПД (Pr) – меридиан эпителиальной и паренхиматозной дегенерации; 8. МЭС (TR) – меридиан эндокринной системы; 9. МС(C) – меридиан сердца; 10. МтонК(IG) – меридиан тонкой кишки; 11. МСПЖ (RP) – меридиан селезёнки – поджелудочной железы; 12. Мпеч (F) – меридиан печени; 13. МСД(Gj) – меридиан суставной дегенерации; 14. МЖ (E) – меридиан желудка; 15. МСТД(Bi) – меридиан соединительно-тканной дегенерации; 16. МК (Ht) – меридиан кожи; 17. МЖД (Fm) – меридиан жировой дегенерации; 18. МЖП (VB) – меридиан желчного пузыря; 19. Мпоч(R) – меридиан почек; 20. ММП(V) – меридиан мочевого пузыря.

Автором на каждом меридиане выделены основные измерительные точки:

- КИТ – в наибольшей степени отражает состояние меридиана;
- ОСТИ – даёт представление о соответствующей тканевой системе и позволяет определить степень её нарушения;
- ЧСТИ – даёт информацию о состоянии соседних органов, имеющих общую функцию.

Поскольку доказано, что АТ представляют собой информационный канал связи между органами и окружающей средой, то при ЭПДФ, применяя силу тока в диапазоне 5,5-11 мкА (напряжение до 1,2 В), получаем адекватный ответ на раздражение за счёт наличия информационных путей, связывающих внутренний орган (систему) с окружающей средой.

Здоровое состояние органа характеризуется активацией, равной по силе приложенному внешнему раздражителю (5,5-7,0 мкА), что соответствует: *состоянию нормэргии* – стрелка прибора устанавливается в диапазоне 50-65 усл. ед. квадратичной шкалы, (имеющей 100 усл. ед); *при слабой силе ответной реакции* (требуется большая сила тока) – на приборе регистрируется смещение стрелки в левую часть шкалы; *при высокой силе ответной реакции* (требуется меньшая сила внешнего раздражителя) – на приборе регистрируется смещение стрелки в правую часть шкалы.

Таким образом, ЭПДФ позволяет косвенно оценить реактивность органов и систем организма через меридианальную энергопроводящую систему при её структурной целостности и нормальном функционировании всех её звеньев. Косвенным показателем нормального функционирования всех систем организма является определение его *исходного энергетического состояния*, которое исследуется методом измерения квадрантной проводимости. Поэтому, если энергобюджет организма нарушен, то до исследования ЭП точек акупунктуры, важно привести этот показатель к норме (80–85 усл. ед.) методом частотной электротерапии (прибор это позволяет выполнить).

При правильно выполненной технике измерения максимально стабильное отклонение стрелки прибора происходит за 2-3 сек, что оценивается как нормальное, а если стрелка электродиагностического прибора устанавливается очень быстро – за 1-2 сек, то это интерпретируется как *интоксикационное отягощение органов и систем*. Если же максимальный уровень отклонения стрелки устанавливается очень медленно (более 3 сек), то говорят о замедленном подъёме стрелки, что коррелирует с наличием физиологического напряжения или патоло-

гического морфофункционального изменения в исследуемом органе или тканевой системе. Автор определил это как *“состояние усталости органа”* или как *первую фазу развития недостаточности*, или как *декомпенсацию функций*.

Степень и характер патологического процесса (компенсация или декомпенсация) определяются по величине измерительного уровня (ИУ). Не менее важным диагностическим критерием является феномен падения стрелки (ПС), представляющий собой диагностический критерий острого воспалительного процесса или хронического заболевания с выраженными явлениями дистрофии клеточной массы органа или тканевой системы.

Обратное движение стрелки является отражением уменьшения отдачи энергии на периферию от поражённого органа к АТ. Падение стрелки продолжается вплоть до восстановления равновесия между величинами измерительного тока и биологическим отражением электрических величин с реакцией отклика органа или тканевой системы. Величина ПС в условных единицах, соотнесенная с максимально стабильным или максимально лабильным ИУ, отражает характер и стадию патологического процесса.

При интерпретации результатов ЭПДФ обязательно учитывается максимально стабильное или лабильное значение ИУ, при этом величина ошибки измерения не должна превышать 2 усл. ед.

Фолль Р. для градации ИУ, отражающих разную степень выраженности патологического процесса, ввел разграничение этого показателя по каждой 10-й условной единице.

1. ИУ 90-100 усл. ед. соответствует полному воспалительному поражению органотканевой структуры. При этом величины максимально стабильного ИУ 98-100 усл. ед. соответствуют развитию острого тотального, генерализованного воспаления (гнойного процесса) в соответствующих органах и тканях. При максимально лабильном ИУ 98-100 усл. ед. плюс феномен ПС – это генерализованное воспаление с деструктивным или альтеративным процессами, гнойным воспалением тканей, объем и выраженность которых отражает величина ПС. Если при максимальном ИУ 90-98 усл. ед. определяется ПС – то это интерпретируется как развитие в соответствующих тканях альтеративных с разной степенью выраженности некробиотических нарушений. Степень и выраженность деструктивных процессов соответствует величине ПС.

2. Величины максимально стабильного ИУ 90-80 усл. ед. соответствуют развитию острого разлитого экссудативного или пролиферативного воспаления с незначительными альтеративными процессами.

3. Величины максимальных ИУ в пределах 81-89 усл. ед. соответствуют подострому генерализованному, острому очаговому воспалительному процессу, локализованной форме воспаления с декомпенсированной или субкомпенсированной функциональной активностью соответствующей органотканевой системы.

4. Величины максимальных ИУ в пределах 71-80 усл. ед. соответствуют развитию в органах и тканях предпатологических процессов с адаптивно-компенсаторным повышением обмена веществ и энергии на фоне начальных, обратимых дистрофических изменений в клеточно-тканевых структурах. При этом часто имеет место гипертрофия органов с субкомпенсированной функциональной активностью соответствующих органотканевых систем.

5. Величины максимальных ИУ в пределах 66-70 усл. ед. соответствуют предпатологическим изменениям без воспалительной реакции в органотканевых структурах на фоне гиперэргии и незначительно нарушенных обменных процессов. Функция органотканевой системы компенсирована или субкомпенсирована.

6. Величины максимальных ИУ в пределах 52-65 усл. ед. соответствуют активации компенсаторно-приспособительных механизмов с развитием физиологического напряжения на разных уровнях обеспечения жизнедеятельности органов, тканей и организма в целом. Функциональная активность сохраняется и полностью компенсируется адаптивными механизмами регуляции, в том числе и с учётом циркадных ритмов. Величина ПС, если она не ниже 50 усл. ед., соответствует напряжению нейрогуморальных процессов регуляции в организме.

7. Величины ИУ в пределах 49-51 усл. ед. соответствуют нормозрительному, нормофизиологическому состоянию органов и систем, определяемых как здоровье.

8. Величины максимальных ИУ в пределах 40-48 усл. ед. соответствуют начальным стадиям дегенеративных процессов с регрессивным типом обмена веществ и энергии и начальным стадиям развития дистрофических процессов, которые носят обратимый характер и не прогрессируют. Выраженность этих процессов определяется величиной ПС. Компенсаторно-приспособительные механизмы обеспечивают возможность развития регенераторных и репаративных процессов в измененных тканях. Функция соответствующих органотканевых систем снижена и находится в условиях субкомпенсации.

9. Величины максимальных ИУ в пределах 31-40 усл. ед. соответствуют дегенеративной фазе развития патологии при прогрессирующих деструктивных процессах и субатрофии в органотканевых структурах с ограничением регенераторных и репаративных возможностей при субкомпенсированных адаптивных возможностях. Выраженность этих процессов определяется величиной ПС. Функциональная активность органотканевых систем снижена и не компенсирована.

10. Величины максимальных ИУ в пределах 22-30 усл. ед. соответствуют некомпенсированным дистрофическим процессам на клеточно-тканевом уровне с необратимой потерей клеточной массы и прогрессирующим деструктивным и атрофическим изменением органотканевых структур. Выраженность этих процессов определяется величиной ПС. Функциональная активность снижена и не компенсирована.

11. Величины максимальных ИУ в пределах ниже 20 усл. ед. соответствуют либо необратимым дистрофическим процессам с глубоким нарушением обмена веществ и тотальной атрофией органов, либо неоплазии – развитию злокачественных опухолей.

В интерпретации результатов диагностики помимо скорости движения стрелки электродиагностического прибора, феномена падения стрелки (ПС) имеет значение величина асимметрии ИУ парных АТ. Это особенно важно в тех случаях, когда величины всех АТ лежат в пределах 75-50 усл. ед., а эффект ПС отсутствует. При этом различие в величине парных АТ, более чем в 10 усл. ед. расценивается как признак дисрегуляции функции соответствующего органа или тканевой системы.

Помимо описанных диагностических критериев, обнаружение ПС более чем на 20 усл. ед., но не ниже 50 усл. ед. по шкале Фолля на меридианах кровообращения, сердца, эндокринной системы, селезёнки – поджелудочной железы, печени, почек, аллергии и дегенерации нервной ткани может свидетельствовать о следующих состояниях:

- аллергические процессы (патофизиол. и патохим. стад.);
- хронические инфекционные процессы, протекающие одновременно в нескольких органах и, как правило, локализованные в ЛОР-органах или зубочелюстной системе;
- продромальная стадия острого инфекционного процесса;
- геморрагический синдром;
- острые инфекционные или химические интоксикации (например, пищевая токсикоинфекция, сальмонеллёз и т.д.);
- выраженные болевые синдромы (колики при желчнокаменной и мочекаменной болезнях, ишиалгия и т.д.);
- синдром предменструального напряжения;
- тромбоз.

В процессе своих исследований доктор Р.Фолль выявил, что состояние АТ меняется не только после проведения лечебных мероприятий, но даже и тогда, когда пациент берет в руки медикамент, находящийся в упаковке. При контакте пациента с лекарством (гомеопатическим, аллопатическим) изменение состояния АТ (в сторону нормы или патологии) соответствовало клиническому действию медикамента. Это позволяло по реакции соответствующих АТ определить как вид, так и оптимальную дозу необходимого лекарства для конкретного больного.

В литературе известно несколько способов применения ТМ. Например, ТМ широко применялась в индотибетской медицине специалистами по пульсовой диагностике. Сначала пульсодиагност, варьируя силу нажима подушечек пальцев попеременно в точках пульса (связанных с определенными органами) правой и левой рук пациента, как бы поочередно “опрашивает” внутренние органы. Затем, поместив в руку пациента определённый медикамент, пульсодиагност в той же последовательности совершает пульсовую диагностику и полученные результаты сравнивает с предыдущим исследованием пульса. И в заключение исследования врач устанавливает диагноз с указанием индивидуально установленной дозы фитотерапевтического или другого средства.

Доказательству существования дистанционного взаимодействия между препаратами и организмом человека, на чём собственно и основан феномен ТМ, посвящено много исследований (Эндлер К., Понгратц В., 1994; Hartman E., Gutz J., Langer F.K., 1992 и др.), в которых установлено, что действующим началом различных препаратов, в частности, гомеопатических является слабое ЭМП. Биофизическая суть ТМ состоит во взаимодействии двух объектов, каждый из которых обладает своим специфическим внешним спектром волнового излучения. Контакт двух волновых спектров – биологической системы и тестируемого вещества через цепь прибора приводит к их взаимодействию: при совпадении волновых характеристик тестируемого вещества и биологической системы, появляется резонансный отклик, проявляющийся в изменении функционирования данной системы, что сказывается на электропроводности АТ и, наоборот, реакция организма может отсутствовать, если характеристики двух волновых спектров не подобны.

Резонансную реакцию БАТ на слабое ЭМП медикамента исследователи объясняют тем, что при той или иной патологии органу не хватает определенных специфических частот и при правильно подобранном препарате (в основном гомеопатического или изопатического) этот частотный дефицит в определенной мере восполняется, что и приводит к нормализации состояния органа (Konig L., Kullmer R.M., 1988).

Экспериментальное подтверждение возможности резонансно-волнового воздействия лекарственными веществами (гомеопатическими, аллопатическими, изопатическими) на АТ и через ее первично-функциональные взаимосвязи на сопряженные с этой АТ органы и системы организма, легло в основу обоснования методов резонансно-волновой диагностики и терапии.

Уникальность феномена ТМ состоит в том, что через дистанционное (резонансно-волновое) воздействие лекарственных веществ буквально за несколько секунд получаем ответную реакцию организма на это воздействие, что позволяет оценить и спрогнозировать их действие на пациента с учетом его психоэмоционального и морфопатологического состояния.

Поскольку метод ТМ основан на принципе прямой корреляции между фармакологическими эффектами определённого препарата и изменением электрической активности АТ корреспондируемого органа, то метод особенно информативен при тестировании препаратов, которые оказывают непосредственное воздействие на корреспондируемые органы или системы. Если же ТМ применяется к препаратам (например, витамины, антигистамины, анальгетики, антибиотики и т.д.), которые в организме способствуют развёртыванию цепи взаимосвязанных биохимических реакций с последующим изменением состояния соответствующего органа или функциональной системы, то в этом случае метод позволяет своевременно обнаружить отрицательные побочные эффекты. А так как концентрация этих препаратов более высокая по сравнению с гомеопатическими средствами, то при их тестировании может наблюдаться эффект блокирования проводимости измеряемых АТ, что требует определённого времени для восстановления ЭП точки после выключения тестируемого препарата из измерительной цепи. Этот феномен необходимо учитывать в практической работе.

Поэтому метод ТМ, в большей степени, предназначен для тестиро-

вания определенных групп препаратов, преимущественно используемых в низких и сверхнизких концентрациях, основную часть которых составляют биологические препараты природного происхождения – растительного, минерального, животного, их синтетические аналоги, микробиотические препараты, препараты из продуктов жизнедеятельности микроорганизмов (Schmidt F., 1993), а также классические гомеопатические средства, гомеопатизированные препараты и композиты, состоящие из витаминов, коферментов, органопрепаратов, микроэлементов, нозодов, гомеопатических субстанций.

Одним из важнейших достижений ЭПДФ, является диагностика интоксикации всего организма или отдельных его органов экзогенными (экологическими) или эндогенными токсинами. Поэтому на международном конгрессе, посвящённом 30-летию ЭПДФ, метод назван *зеркалом все нарастающей токсичности окружающей среды*. К воздействию токсинов наиболее чувствительны сплетения вегетативной нервной системы. Интоксикация приводит к нарушению вегетативного обеспечения соответствующих органов, что отрицательно сказывается на их трофике и функции. Для наглядности приводим данные R.Voll и F.Kramer, выявивших, что присутствие в ротовой полости несовместимых стоматологических материалов или очаговые процессы в зубах (пломбы, коронки, кариес, пульпит, гранулема, киста) постепенно приводят к развитию разнообразных токсических расстройств в органах и системах, выраженность которых в основном зависит от того, с какого зуба исходит токсическая нагрузка в соответствии с энергетическими взаимосвязями органов и систем целостного организма. Так 6,7-й зубы на нижней челюсти (НЧ 6,7) энергетически взаимосвязаны с трубной миндалиной, решётчатым лабиринтом, лёгкими, бронхами, толстой кишкой, аппендиксом, артериями (НЧ 7), венами (НЧ 6), полостью носа, седлищным нервом, суставами - плечевым, плечелучевым, лучезапястным, большого пальца ноги, позвонками C₅₋₆₋₇, Th₃₋₄, L₄₋₅. По данным J.Thomsen, H.Raue (1982, 1988), токсическая нагрузка, исходящая из ротовой полости, клинически может проявляться разнообразными нарушениями в организме, в частности:

- нарушением общего состояния (расстройство сна, снижение аппетита, снижение реактивности, быстрая утомляемость, слабость мышц и конечностей, головокружения и др.);
- понижением резистентности к простудным заболеваниям;
- бронхиальной астмой;
- со стороны нервной системы и психики – дегенеративными изменениями нервной системы, снижением памяти, депрессией и др;
- кожными заболеваниями;
- артрозами и ревматоидным полиартритом;
- со стороны желудочно-кишечного тракта – тошнотой, рвотой, тазмезмами, поносом, гастроэнтеритом, кишечной коликой.

Кроме стоматологических материалов и очаговых изменений в зубах, токсическую нагрузку на организм могут оказывать зубные пасты и порошки, предметы парфюмерии и косметики, украшения (бижутерия), пищевые продукты в случае их индивидуальной непереносимости и др. Во всех перечисленных случаях эта индивидуальная несовместимость проявляется возникновением нарушений в организме, подобных токсической нагрузке стоматологическими материалами. Несовместимость же пищевых продуктов проявляется общей аллергизацией организма.

Для выявления характера токсической нагрузки, исходящей из ротовой полости, проводят ТМ потенцированными стоматологическими материалами и их компонентами, используя точки меридианов аллергии, эндокринной, лимфатической и нервной систем. Дезинтоксикация внутренних органов достигается заменой несовместимых материалов на совместимые, в случае невозможности этого – поддерживающая гомеотерапия потенцированными стоматологическими материалами и их компонентами, а так же используются соответствующие дренажные гомеопатические препараты, подобранные с помощью ТМ.

Такая же тактика используется на начальном этапе лечения заболеваний, сопровождающихся массивной интоксикацией и зашлакованностью выделительных органов (например, при аллергии, РА и др.), когда необходимо применить эффективную дренажную терапию и средства, восполняющие дефицит микроэлементов и катализаторов тканевого дыхания.

Основными дренажными средствами являются:

- для печени – *Berberis, Carduus marianus sive benedictus, Chelidonium, Flor de piedra, Hamamelis, Oxalis acetosella, Taraxacum, Fumaria officinales, Lycopodium, Chianothus virginica, Juglans, Myristica sebifera* и комплексные препараты – *Hepar comp. (амп), Hepar (амп., табл.), Nux vomica* Homaccord (нутьевые ампулы), *Injeel-Chol Ampullen, Carduus marianus, Hamamelis* Homaccord, (капли, инъекции);

- для легких и бронхов – *Coccus cacti, Kalium jodatum u bichromicum, Kalium sulfuricum, Naphthalinum, Stannum jodatum, Antimonium arsenicosum, Antimonium suefuratum aurantiacum, Sulfur jodatum, Ephedra vulgaris, Cetraria islandica, Senego, Inula heleniun* и комплексные препараты – *Echinacea comp. + forte (амп.), Euphorbium comp. (амп., капли, спрей без газа-носителя);*

- для почек – *Acidum nitricum, Berberis, Equisetum, Ononis spinos, Ruta, Sarsaparilla, Solidago, Urtica urens, Apis, Apisinum, Petroselinum, Juniperus communis, Betula alba, Abrotanum, Lithium carbonicum, Asparagus officinalis, Apium graveolens* и комплексные препараты – *Solidago comp. (амп.), Cantharis comp. (амп), Berberis* Homaccord – средство для почек и печени, *Apis* Homaccord (*Apis, Apisinum, Scilla, Tartarus sybiatus*) – препараты противоположной направленности, *Nux vomica (амп. для нутья), Injeel – Chol Ampullen, Chelidonium, Carduus marianus, Lycopodium, Hamamelis – Homaccord* (капли, инъекции);

- для дренажа кишечника – *Baptisia, Berberis, Carbo vegetabilis, Hydrastis, Kalium phosphoricum, Sedum scro, Causticum, Natrium choleinicum, Ruta, Scrophularia* и комплексные препараты – *Mucosa comp. (Амп.), Hepar comp. (амп.), Tonsilla compositum (амп.)* – стимуляция аппарата лимфы;

- для желудка – *Argentum nitricum, Asa foetida, Condurango, Hydrastis, Moschus, Ornithogalum;*

- для поджелудочной железы – *China, Imperatoria, Senna, Scrophularia;*

- для желчного пузыря – *Magnesium sulfuricum, Mercurius dulcis, Natrium sulfuricum, Ornithogalum, Ptelea trifoliata;*

- для лимфатической системы – *Phytolacca, Stellaria media, Teucrium scorodonia;*

- для сердца – *Cactus, Convallaria, Crataegus, Oleander, Spongia, Adonis vernalis, Ammi visnaga, Apocynum, Arnica, Aurum, Digitalis,*

Glonoinum, Kalmia, Scilla, Strophanthus и комплексный препарат – *Carbo compositum* (амп.) – антигемотоксический регуляторный эффект.

При выявлении несовместимости пищевых продуктов используют потенцированные пищевые аллергены (потенцированные токсины), выпускаемые фирмой Staufen – Pharma в ФРГ. Этот метод лечения несравненно более привлекателен для пациента любого возраста, чем использование элиминационных диет, РДТ и энтеросорбции, поскольку позволяет в течение нескольких минут выявить пищевые аллергены, затем провести курс детоксикации организма с помощью гомеопатических средств и подобрать сбалансированный пищевой рацион.

Основной этиологической диагностики и терапии в методе ЭПДФ являются *нозоды, так называемые, “продукты болезней”* – изопатические средства, представляющие собой стерилизованные потенцированные (в гомеопатических разведениях от 10^{-3} до 10^{-1000} , что значительно превышает число Авогадро) кровь, лимфу, выделения из патологически измененных органов и тканей, токсины бактериальных микроорганизмов и простейших, в том числе и детских инфекций – в общей сложности их на сегодня насчитывается более 900. В качестве сопутствующей дренажной терапии к нозодам используют классические (вышеперечисленные) гомеопатические средства. Обычно в начале проводится ТМ нозодов, а затем других гомеопатических средств.

В связи с тропностью лекарств для каждого меридиана, перечень тестируемых средств небольшой, что позволяет осуществлять быстрый и точный подбор медикаментов применительно к АТ, имеющим патологические значения ЭП. В зависимости от патологии корреспондируемого органа на определённой АТ могут тестироваться несколько наименований нозодов, потенцированных токсинов, классических гомеопатических средств в различных потенциях.

На основании многолетних исследований авторами метода разработаны стандартизированные наборы (KUF – ряды) аллопатических и гомеопатических средств в ампулах (нозоды – “продукты болезней”, классические гомеопатические лекарственные средства сопутствующей терапии к нозодам, потенцированные экзогенные и эндогенные токсины и др.), используемые в ЭПД для этиологической диагностики и терапии (R.Voll, 1988).

При проведении ТМ необходимо соблюдать ряд правил:

1. Отменить приём медикаментов за несколько дней до исследования в зависимости от эффекта последствия аллопатического препарата или уровня потенции гомеопатического препарата;
2. В день исследования рекомендовать пациенту одежду из натуральной некрашеной ткани, не применять парфюмерных, косметических и синтетических моющих средств, а в момент исследования – снять украшения, часы, очки, съёмные протезы и др.;
3. Исследование проводить в кабинете один на один с пациентом;
4. Не рекомендуется проводить исследование в метеорологически неблагоприятные дни.

Существует два варианта тактики ТМ.

Вариант 1. Вначале проводится общее электроakupунктурное исследование больного и оценивается состояние всех АТ. Анализируя и сопоставляя полученные результаты измерения ЭП акупунктурных точек различных меридианов (с учётом правил традиционной китайской

медицины – правила парных органов, правила пяти первоэлементов, правила “полдень – полночь”, “муж–жена” и вертикальных энергетических связей головных патологических очагов и внутренних органов) с фармакологическими свойствами тестируемого препарата, с клинико-лабораторными и инструментальными методами исследования, выявляют картину заболевания и механизм взаимодействия отдельных звеньев патологического процесса. Проводят ТМ на репрезентативных точках того органа или системы, которые являются первопричиной заболевания, например, потенцированные органопрепараты тестируются на АТ гомологичных органов, нозоды – на АТ лимфатических сосудов и лимфоузлов, потенцированные химические токсины – на АТ вегетативных сплетений и т.д.

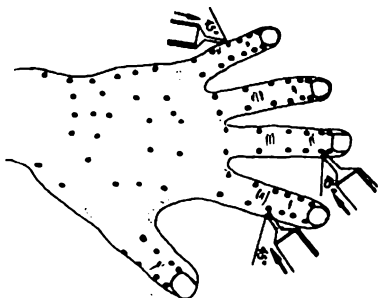


Рис. 31 Общая картина расположения измерительных точек. Тыльная поверхность правой кисти. Положение электрода-щупа при измерении.

При правильном анализе находят медикамент, который нормализует патологические показатели всех меридианов – это в идеале. Практически, приходится подбирать несколько медикаментов для коррекции нарушений ряда органов и систем, поскольку энергетическое отягощение вызывает функциональные изменения в органах только на начальных этапах заболевания, а по мере прогрессирования патологического процесса орган, подвергающийся вторичному воздействию, поражается органически.

Биофизический подход к ТМ (уровневый, органный) позволяет максимально полно представить механизм развития болезни и построить последовательную тактику воздействия на отдельные звенья патогенеза, используя в той или иной последовательности классические гомеопатические препараты (их более 600); нозоды (их более 900); органопрепараты (их более 400); катализаторы, гомаккорды, комплексы, композиты – это комплексные гомеопатические препараты.

Вариант 2. Исследование АТ совмещают с ТМ. Этот вариант используется наиболее часто в целях экономии времени. Исследование начинают с меридиана – ЛМ и, обнаружив патологические значения АТ, тестируют ряд медикаментов, оставляя в цепи прибора “подобные”. Затем переходят к исследованию следующих меридианов. Нередко к концу исследования в цепи прибора накапливается несколько медикаментов.

Для лечения любого заболевания имеется не один десяток гомеопатических и потенцированных аллопатических средств, но для конкретного больного в определенное время подходит одно (в идеале) или несколько лекарственных средств, подобранных, благодаря ТМ, с максимальной степенью “подобия”.

Для недифференциальной оценки действия тестируемого медикамента достаточно исследовать энергетику ряда универсальных меридианов – ЛМ, МЭДП, МСТД, МА, МЭС, МНД, МСПЖ. Для большей достоверности результатов измерения используют 2-3 точки на одном именованном меридиане, поскольку медикамент, нормализующий ЭП главной точки меридиана (выбирается исследователем), как правило, нормализует показатели остальных. Наиболее ярко проявляют свою активность КТИ, дистальные ТИ, ТИ уровня вегетативных сплетений и лимфатических сосудов.

Основные принципы ТМ.

1. Использовать минимальное количество тестируемых медикаментов, т.к. при большом количестве измерений АТ возбуждается и последующие значения ЭП начинают возрастать.

2. До проведения ТМ врачу необходимо представлять перечень медикаментов, лекарственный патогенез которых наиболее подобен болезни, причём при различных заболеваниях последовательность включения препаратов будет различной: при кардиосклерозе с наличием постинфарктного рубца или при дегенеративных процессах следует начинать ТМ с органопрепаратов, при хроническом тонзиллите – с нозодов и т.д.

3. До проведения ТМ необходимо настроить прибор и подготовить кожу пациента (чрезмерно сухую кожу увлажнить водой, чрезмерно влажную – подсушить салфеткой).

Начинают исследование: пассивный электрод пациент держит в свободной руке, а активный электрод – щуп располагается (под углом 45°) на измеряемой АТ (давление щупа должно быть достаточным и стабильным, но не чрезмерным) и через 3-5-7 с фиксируется полученный результат (рис.31). Проводится три последовательных однократных измерения, в которых следует обратить внимание на ПС и зафиксировать нижнее значение ИУ. Перед каждым исследованием электрод-щуп смачивается водой.

4. Перед проведением ТМ каждого медикамента необходимо замыкать активный и пассивный электроды прибора после отключения предыдущего, причём после отключения препарата должно пройти 5-10 с, чтобы избежать наложения действия одного медикамента на другой.

5. Подбрав медикамент по принципу подобия, приступают к выбору оптимальной потенции и минимально необходимой дозы.

Выбор потенции проводят последовательным тестированием КУФ-ряда препаратов фирмы Stauphen-Pharma (от Д5 до Д200) или баланса потенций препаратов фирмы Heel (Д10, Д30, Д200 или Д6, Д12, Д30, Д200).

Применение баланса потенций (как это наблюдается в комплексных препаратах) более оправдано, поскольку патологический процесс может одновременно иметь несколько компонентов патогенеза с разной степенью энергетической активности, каждый из которых требует своего уровня разведения.

При ТМ ряда потенций (от Д6 в сторону повышения) ориентируются на ту, которая оптимально компенсирует АТ.

6. Подбрав потенцию препарата, приступают к выбору минимальной разовой дозы препарата (ампул, таблеток, гранул, капель). Например, количество капель на приём определяют следующим образом: на

резонатор помещают стакан из кварцевого стекла с 30-50 мл дистиллированной воды и вносят последовательно по 1-2 капли лекарства с последующим повторным измерением АТ до максимально возможной нормализации ЭП точки. Таким же путём определяют количество ампул, гранул, таблеток, помещая их на резонатор.

Для удобства проведения ТМ применяют тестирование с помощью кассет, в ячейках которых находятся нативные медикаменты или их информационные копии.

Признаком полного подобия подобранных лекарств является нормализация значений АТ, т.е. стрелка прибора устанавливается на 50 усл. ед. без её падения, хотя на практике чаще удается достичь относительного подобия – максимальной тенденции к нормализации показателей АТ.

Методика ТМ позволяет подобрать препарат (препараты) по принципу подобия на уровне функционального подобия, органотропности и трофотропности. Обычно рецепт может состоять из изопатических средств, потенцированных органопрепаратов, классических гомеопатических средств, растительных препаратов, коферментов, катализаторов, микроэлементов и т.д.

При правильно подобранной терапии любой медикамент работает максимально лишь в отдельные фазы болезни, поэтому целесообразно неоднократное проведение ТМ, частота которых будет зависеть от активности течения заболевания и скорости смены симптомов, индивидуальных особенностей больного и возможностей врача и больного. По данным Р.Фолля (1976) нозоды в потенциях Д3-Д15 сохраняют своё дезинтоксикационное и иммуномоделирующее действие 2-3 дня, а в потенциях выше Д15 – 8-10 дней (поэтому их инъецирование должно быть соответственно два и один раз в неделю). Для каждого нозода должно быть подобрано гомеопатическое средство сопутствующей терапии.

Пероральные формы гомеопатизированных растительных и минеральных препаратов оказывают терапевтический эффект в течение 6 часов, поэтому их можно принимать до трех раз в день вне зависимости от времени приёма пищи.

Терапевтический эффект разовой дозы гомеопатических препаратов животного происхождения (Apis, Lachesis и др.) держится в течение 2-3 дней. (Rossmann H., 1994).

При повторных измерениях выбранной точки контролируется эффективность гомеопатического средства или лечебного комплекса в целом (обязательное условие – ограниченный «ассортимент лечебного комплекса» и точный подбор его составляющих). И если при повторных ЭПДФ не наблюдается положительной динамики восстановительного процесса, т.е. изменения ЭП точки не направлены в сторону нормы, то необходимо пересмотреть все составляющие лечебного комплекса, т.е. *результаты ЭПДФ могут выступать в качестве абсолютного аргумента для принятия решения как по выбору терапевтической рецептуры для ТМ, так и общей лечебной тактики.*

Медикаментозное тестирование является одновременно и своеобразным методом диагностики.

1. Лекарственный патогенез классического гомеопатического препарата подобен патогенезу болезни.

2. ТМ органических препаратов (это определенные части органа или ткани животных, взятые *ex tempore*, гомогенизированные в растворе глицерина до суспензии и в дальнейшем потенцированные в физиологическом растворе в десятичных потенциях от Д2 до Д30 и выше) позволяет выявить преимущественное поражение органов и тканей, а тестирование потенций препаратов – уровень активности патологического очага.

3. ТМ катализаторов, ферментов, метаболитов, токсинов, потенцированных аллопатических препаратов позволяет выявить уровень их активности в организме, уровень их агрессивности к макроорганизму и чувствительность к ним со стороны тканей, органов и систем целостного организма.

4. ТМ аллопатических препаратов (выявляется лишь сходство волнового спектра, а не химического субстрата, что не одно и то же) позволяет определить механизм действия лекарства, побочный эффект действия и возможные аллергические реакции. Признаком последних является повышение значений на меридиане, отражающем состояние иммунной системы. Токсическое действие медикамента проявляется изменением значений ЭП на МЭПД, меридианах паренхиматозных органов (прежде всего печени и почек) и в точках вегетативных сплетений. При ТМ антибактериальных средств констатируется только их действие на макроорганизм и важно подобрать такой медикамент, который не изменяет значений на МСТД и, следовательно, его применение не будет способствовать активизации рубцовых процессов и хронизации болезни.

5. Тестирование нозодов позволяет выявить подобие биохимического субстрата болезни лекарственному патогенезу препарата, т.е. определить специфический тип биохимических расстройств и характер депонированных токсинов. Накопление в организме любых чужеродных химических веществ (специфических продуктов жизнедеятельности, распавшихся микроорганизмов и т.д.) происходит на мембране клетки, что нарушает специфическую мембранную проводимость, внутриклеточный биохимизм и, как следствие, наблюдается нарушение функции клетки в целом. Такая патология на тканевом и органном уровнях может длительно существовать латентно как следовая реакция после перенесённого заболевания, проявляя нарушение функции лишь отдалённо через энергическое отягощение других органов (в соответствии с “причинными цепочками” Шиммеля).

Нозоды подразделяются на две группы: *этиологические* (*Bacillinum, Vaccininum, Streptococcus viridans* и др.) и *нозоды заболеваний* (*Asthma, Sinusitis, Gripp, Polynus nasalis, Tonsillitis* и др.). Констатируя при ТМ подобие нозодов болезней и возбудителей, мы выявляем перенесённую или наличествующую инфекцию, тип расстройств и возможные причины болезни, при этом заключение об уточнённом диагнозе выводится по названию того нозода, под влиянием которого восстанавливается нормальное значение ЭП соответствующих АТ. Все нозоды как лечебные препараты применяются при лечении соответствующих заболеваний, из продуктов которых они производятся.

Воздействие нозодных препаратов осуществляется на уровне реакции “антиген - антитело”, а также на уровне гомеопатического противоактного механизма “Со-репрессоров”. Как писал Мецгер И. (1977): “Нозоды – прекрасное средство для восстановления организма после

перенесённой болезни, т.к. способствуют выведению абсорбированных в мезенхиме токсинов". Тестирование конституциональных нозодов (*Psorinum*, *Medorrhinum*, *Luesinum*, *Tuberculinum*) позволяет выявить специфическое изменение реактивности целостного организма. Например, нормализация показателей АТ при тестировании нозода *Psorinum* является признаком, прежде всего, иммунодефицита. Таким образом, нозоды можно рассматривать не только как этиологическое средство терапии, но и как средство санации внутренней среды организма.

Благодаря достижениям в области изучения резонансно-волновых свойств лекарственных веществ в середине 70-х годов зарубежными исследователями запатентованы устройства для "перезаписи" гомеопатических лекарств, позволяющие перенести информацию (т.е. резонансно-волновую характеристику) с лекарственного вещества на другой носитель (сахарная крупка, вода, воск, водно-глицериновый раствор и т.д.) в течение нескольких секунд. Это позволяет ускорить как процесс диагностики, так и лечения вне зависимости от наличия препаратов в аптечной сети. Используя устройства для перезаписи, можно изготавливать лекарства (т.е. информационно-матричные носители, на память которых переносится спектрально-волновая информация патологически измененных органов, систем, различных лекарственных веществ и т.д.) для конкретного больного с целой гаммой необходимых свойств. Этот принцип безмедикаментозной терапии представляет особый интерес для терапии хронических больных детей и взрослых.

В последние годы за рубежом и в России разрабатываются электронные медикаментозные селекторы, в которых специфические волновые свойства потенцированных препаратов (более 3500-4000 препаратов) зафиксированы на микросхемах ПЗУ, что значительно облегчает процесс выбора медикамента, хотя более достоверным является тестирование нативных ампулированных препаратов фабричного производства.

В современных отечественных и зарубежных компьютерных диагностических комплексах используются медикаментозные селекторы с автоматическим переключением контакта с медикаментом через компьютер, при этом медикамент включается в цепь прибора автоматически по заданной программе или по выбору врача.

В последнее десятилетие за рубежом все большее распространение получают комбинированные препараты, так называемые, гомеопатические комплексы, содержащие стандартизированные наборы гомеопатических средств в сбалансированных потенциях, которые так же тестируют на точках акупунктуры. Например, для активации иммунной системы используют препарат *Echinacea compositum*, состоящий из 26 гомеопатических компонентов в определенных разведениях, для лечения заболеваний печени и желчных путей – *Hepar compositum*, состоящий из 26 различных гомеопатических компонентов и т.д.

Комплексные гомеопатические препараты – это достижение современной гомеопатии, которая в сочетании с классической гомеопатией обеспечивает более высокий терапевтический эффект.

Таким образом, метод ЭПДФ через измерение биофизических параметров позволяет: проводить диагностику функционального и морфоструктурного состояния каждого органа или системы в процессе коррек-

ции энергетического гомеостаза; осуществлять топическую диагностику как на доклинической (функциональной), так и на ранней стадии заболевания; выявлять латентно протекающие очаги инфекции; осуществлять эффективный поиск аллергенов, препаратов бытовой химии, несовместимых продуктов питания и т.д., выявляя даже скрытую аллергию; контролировать и корректировать ход лечебного процесса.

Компьютеризация метода ЭПДФ значительно повысила точность диагностики и подбора адекватных средств, осуществляя индивидуальный качественный и количественный подбор гомеопатических, потенцированных аллопатических средств, фитокомпозиций, продуктов питания, аллергенов и других средств с целью коррекции здоровья пациента и процесса лечения.

Метод ЭПДФ и ТМ достаточно прост, информативен, терапевтически эффективен и должен широко использоваться при планомерном и последовательном лечении как детей, так и взрослых.

Принципы электротерапии по Фоллю. Низкочастотная электротерапия успешно применяется на Западе на протяжении более 30-ти лет при лечении различных патологических состояний. В отличие от множества аппаратов, разработанных для электропунктурной рефлексотерапии в ЭАП-аппаратах применяются главным образом импульсные электромагнитные колебания в диапазоне 0,9-10,0 Гц, частота которых может быть как фиксированной, так и меняющейся, что зависит от характера патологического процесса. Действие низкочастотных токов направлено на дезинтоксикацию и дренаж тканей (Voll.R. 1976; Kuhn H., Kramer F., 1962, 1973, 1976; Ролик И.С. и др., 1991).

Терапевтический блок в ЭАП-аппаратах позволяет использовать два вида электротерапии: *электропунктура – воздействие на АТ и зональная электротерапия – воздействие на БАЗ, проекцию патологического очага.* Для воздействия используются различные точечные, роликовые однополярные, биполярные, двуроликовые, пластинчатые (латунные) электроды, выбор которых зависит от локализации, характера патологического процесса и выбранной методики воздействия.

При острых состояниях (воспаление, интоксикация и др.), когда показатели АТ составляют более 80 единиц, используются *однополярные положительные токи низкой интенсивности*; *при хронических* (включая дегенеративные) – *однополярные отрицательные токи высокой интенсивности*; *при сочетании хронического и дегенеративного процессов* – вначале используются токи отрицательной полярности, затем положительной, интенсивность воздействия подбирается по ощущению ползания мурашек, чувства покалывания или вибрации под электродами.

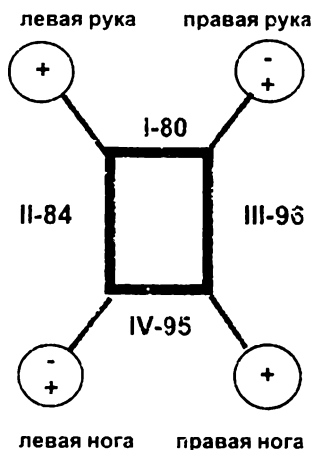
Низкочастотные импульсные токи были выбраны для электропунктурной терапии, исходя из того факта, что человеческий организм живет в соответствии с различными ритмами и жизнедеятельность организма осуществляется в очень низком энергетическом режиме (например, частоты альфа- и бета-волн на ЭЭГ здоровых людей лежат в диапазоне 4-10 Гц). Уже в древнем Китае врачи знали о биологических часах человека и учитывали их как в диагностике, так и в терапии (биологические часы, внутренние часы, часы органов, пики в 2-часовом ритме активности и т. д.). Поэтому низкочастотная терапия в рамках ЭАП-приборов с использованием определенных методик и частот была предназначена, прежде всего, для управления физико-химическими и

электрическими процессами во внутриклеточном и внеклеточном пространстве органов и тканей. Как свидетельствуют исследования, живые ткани с нарушенным обменом веществ лучше всего реагируют на низкие частоты, обладающие выраженным вазомоторным эффектом. Вследствие локального расширения сосудов, гиперемии, устранения застоя лимфы, наблюдаются тонизирующий, спазмолитический и анальгезирующий эффекты. Боль, по определению Фолля,— это "крик тканей, изголодавшихся по энергии".

По мнению некоторых исследователей, физиологическое действие низкочастотной терапии можно рассматривать как "гимнастику для вегетативной нервной системы" или как лечебное раздражение, которое соответствует всем свойственным организму собственным частотам, и которое способно привести в состояние гармонии вегетативные процессы, особенно при учёте хронобиологических ритмов (например, более эффективно воздействие близкое к периоду временной активности органа). Как показали исследования, частоты 0,1-4 Гц являются резонансными для лимфатической и кровеносной систем; 4-7 Гц — для нервной системы; 7-10 Гц — для паренхиматозных органов и костных структур; 1,75 Гц — для симпатической нервной системы, 6,0 Гц — для блуждающего нерва, 4-10 Гц — универсальная частота. Эффективность проводимой терапии контролируется измерением ЭП соответствующих АТ, что, благодаря наличию прямой и обратной связи между АТ и корреспондируемым органом (системой), позволяет осуществлять динамический контроль за правильностью подбора АТ, а также за частотой, полярностью и характером пульсаций низкочастотного тока.

Однако ЭАП-приборы можно использовать не только для локальной неспецифической терапии с целью устранения нарушений циркуляции энергии, но и для измерения *общего энергетического баланса организма*. Эти измерения целесообразно проводить как перед проведением ЭПДФ, так и перед любым видом нагрузочных и энергоёмких методов лечения.

Установлено, что значение проводимости в пределах 80-85 делений шкалы, является мерой общего энергетического баланса. Измере-



ние проводимости по 4-м отведениям: I — рука-рука; II — рука-нога (слева); III — рука-нога (справа); IV — нога-нога) является базовым для ЭПДФ, т. к. в случае, если нарушен энергетический баланс организма, то измерения ЭП в точках могут быть использованы с оговорками. Оценка результатов измерения 4-х проводимостей позволяет сделать как общие диагностические выводы, так и выявить отклонения по отдельным отведениям, свидетельствующие об энергетических нарушениях в соответствующих областях тела.

При измерении необходимо придерживаться определённой нумерации четырёх проводимостей, показанных на схеме. Выявленные отклонения результатов измерений по отдельным

отведениям указывают на то, что имеется воспалительный процесс в правой части живота или таза (например хронический аппендицит или хроническое воспаление придатков (ЭПДФ позволит уточнить точную локализацию воспаления).

Но как уже отмечалось, от состояния энергетического бюджета организма зависит терапевтическая эффективность любого вида медицинского вмешательства, особенно физиобальнеотерапевтического, хирургического, психотерапевтического. Если величина проводимости ниже 80 или выше 85, то целесообразно провести соответствующую низкочастотную терапию с целью доведения проводимости до нормальных значений, лежащих в пределах 80-85, что оптимальным образом мобилизует энергетические ресурсы организма и способствует повышению эффективности любого вида терапии.

Если проводимость находится в пределах 90-95 делений шкалы, то это свидетельствует, что пациент энергетически сильно перевозбужден. Рекомендуются его энергетический баланс привести к норме, в особенности, если пациенту предстоят большие физические и психические нагрузки. Величина проводимости выше 85 не является большим препятствием для измерения ЭП в соответствующих меридианальных точках при проведении ЭПДФ.

Если значение проводимости ниже 80, то это свидетельствует о дефиците в энергетическом бюджете организма данного пациента. Такого пациента нельзя подвергать большим нагрузкам, таким как оперативное вмешательство, физиобальнеотерапевтическое лечение, а также электроakupунктурной диагностике до восстановления общего энергетического баланса с помощью терапии проводимости. Наблюдения показывают, что оптимальному восстановлению биоэлектрических запасов организма способствует полноценный естественный сон, общий массаж с элементами мануальной терапии, роликовой массаж конечностей, ЭС.

Для оценки общего энергетического состояния пациента необходимо проводить измерения проводимости в динамике, по возможности в одинаковых условиях, что позволяет выявить тенденцию, на основании которой можно делать диагностические и терапевтические выводы, контролировать динамику реабилитационно-восстановительного процесса, избегая небιологических воздействий на организм. Как правило, у пациентов с лабильной нервной системой, у пациентов с заболеваниями дегенеративного характера или у пациентов пожилого возраста динамический контроль за энергетическим бюджетом организма и его соответствующее выравнивание (в первую очередь нужно доводить до нормы недостаток энергии) улучшают общее состояние пациента и повышают реакционную способность организма по отношению к любого вида терапии.

Врачи – приверженцы биофизических (биологических) методов и холистического подхода к терапии, оптимально мобилизующих энергетические ресурсы организма (саморегуляцию), считают, что по мере внедрения этих методов в практическую медицину во многих случаях отпадет необходимость в использовании дорогостоящей энергоёмкой физиотерапевтической аппаратуры. Сами по себе, биофизические методы являются ценным дополнением современной клинической медицины и их включение в лечебный процесс, во многих случаях, позволя-

ет гораздо быстрее добиться положительных результатов терапии, нежели использование тех или других методов в отделимости.

3.2. Биорезонансная терапия (БРТ)

Биорезонансная терапия – это уникальный метод диагностики и терапии с использованием собственных электромагнитных колебаний тела пациента. Истоки биорезонансной терапии (другими словами, MORA-терапия – аббревиатура от фамилий авторов: MO – Morell и RA – Rasche) исходят из классической акупунктуры, классической гомеопатии, и поэтому метод представляет собой как бы сочетание многовекового опыта и современных технологий. Современная наука подтвердила многовековой эмпирический опыт древних целителей и их подходы к терапии, направленные на активацию целебных сил самого организма, на использование таких техник врачевания, которые полезны конкретному больному, и которые предполагают постепенное проникновение в течение патологического процесса. В этом аспекте хочется ещё раз отдать должное гениальной прозорливости врачей-практиков – С.Ганеманна и Р.Фолля. Именно С.Ганеманн почти два века назад высказал мысль, что нематериальная информация (в виде высокопотенцированных гомеопатических препаратов) может оказывать весьма сильное влияние на организм, а Р.Фолль в середине нашего столетия изобрел методы ЭПДФ и ТМ, с помощью которых можно судить о ходе функциональных процессов в организме и энергетическом состоянии организма и его систем.

Но только величайшие открытия XX века в области квантовой физики и физики субатомных частиц, современная теория полей позволили взглянуть на окружающий нас мир с других позиций и попытаться понять, в чем заключается единство живой и неживой природы. И именно с этих позиций рассматривать человека как неотъемлемую частичку Вселенной, увидеть единство человека с Природой, с планетой Земля и окружающим космическим пространством.

Материальный мир, частицей которого мы являемся, триедин: он состоит из материи, энергии и информации. В своих дальнейших рассуждениях на эту тему мы постараемся несколько упрощенно коснуться области сложных биофизических процессов, сложнейших вопросов квантовой физики, биофизики, поскольку, на наш взгляд, для врача важно представить себе все сложнейшие взаимосвязи в организме, чтобы осознанно использовать современные технологии диагностики и терапии.

До настоящего времени в медицинской науке доминирует ньютоновское, сугубо материалистическое представление о материи и окружающем нас мире, хотя прошло почти три века с тех пор как Исаак Ньютон научно изложил, что материя является первопричиной всего сущего. И это представление легло в основу материалистического мышления и как следствие такого восприятия мира – механистически-детерменистское, причинно-следственное понимание развития патологии у живых организмов.

И вот в конце XX века звучит другой тезис: *жизнь возможна только при наличии трех категорий – материи, энергии и информации*. И это должно быть осознано каждым.

Куун Т.С., теоретически исследовавший процесс развития науки,

ввел выражение “смена парадигм”, понимая под этим теории и методы работы, свойственные определённым группам учёных и вполне определённой эпохе. По мнению многих ученых, в физике, биологии уже в нашем столетии свершилось множество смен парадигм, но к сожалению, они не были осмыслены и оценены классической медициной. Поэтому развитие новых диагностических и лечебных технологий нередко зарождалось не в стенах академических вузов, а благодаря подвижническому труду и гениальной прозорливости врачей-одиночек.

На протяжении последних 50-ти лет как результат “квантовой революции в физике” появилось понятие “дуализм материи”. Жизнь представляется как взаимодействие между энергией и материей, динамикой и структурой, а сама материя служит реализации информационного потенциала. Эту мысль подтверждает закон относительности Эйнштейна, согласно которому материя представляет собой другое состояние энергии, т.е. материя не что иное как уплотненная энергия, которая может исчезнуть за доли секунды. Материальный мир – это лишь определённая временная форма заданного энергетического образца. Решающим формообразующим началом является не масса, а энергия, управляемая стоящей за ней информацией. Материя же представляет собой лишь временную форму выражения энергетического уплотнения.

Видимая материя – это лишь одна форма реальной действительности, другая же ее сторона – это невидимая волновая форма, т.е. определенное энергетическое поле. По утверждению нобелевского лауреата Карло Руббна, видимая материя – это лишь миллиардная часть фактически существующего мира. Квант энергии – это взаимодействующие силы (Мухайм И.Т.), которые создают материю по заданному образцу или уничтожают её.

Таким образом, не вдаваясь в сложности квантовой физики, не касаясь вопросов о происхождении Вселенной, мы можем констатировать, что жизнь, как явление, возможна лишь при наличии трёх категорий: *материи*, имеющей волновую природу и включающей все физические свойства волн (интерференция, резонанс и т.д.), *энергии и информации*. Понимание таких категорий как материя и энергия неясностей не вызывает, а вот такая категория как информация требует дополнительных разъяснений, поскольку именно с этой категорией мы имеем дело при проведении БРТ.

Создание метода БРТ было бы невозможным без фундаментальных исследований многих учёных-физиков, но мы коснемся лишь нескольких, на наш взгляд, основополагающих. Можно гордиться тем, что первым человеком, который коснулся приоритетной роли процессов энергетической регуляции жизни, был русский ученый Гурвич А.Г., открывший в 1922 году явление “митогенетического излучения” и постулировавший идею “регулируемого биополя”. В 30-е годы другой учёный (Lakhovsky G.) впервые указал на электромагнитную резонансную связь при передаче биологической информации и на то, что “жизнь возникает и управляется благодаря излучению”. И только в 1964 году в США появилась обобщающая публикация на тему “Биологические эффекты влияния магнитных полей”, а в 70-е годы появилась книга академика Пресмана А.С. “Электромагнитные поля и жизнь”. И наконец в 1981 году были опубликованы работы Казначеева В.П., Михайловой Л.П. “Сверхслабые излучения в межклеточных взаимодействиях”.

ях”, которые можно считать основополагающими, поскольку в них с помощью точных методов была доказана реальность существования электромагнитных внутриклеточных и межклеточных взаимодействий (“электромагнитная биоинформация”). В своей работе авторы чётко сформулировали мысль, что понимание жизни основано не только на понимании обмена веществ (обмен энергией и материей), но и, в частности, на анализе передачи информации в живых системах.

В настоящее время предполагают, что в каждой живой клетке за одну секунду протекает много миллиардов стадий биохимических превращений. “Если бы мы хотели познать информацию одной единственной клетки, то нам понадобилась бы 100 и более лет, чтобы прочитать её отдельные информационные данные, причём читать нужно было бы день и ночь”, — писал ученый-исследователь Рорр F.A.

Немецкий физик Рорр F.A. в 70-80-е годы сумел убедительно доказать, что передача информации внутри клетки и между клетками осуществляется посредством фотонов — безмассовых квантов света, за которыми сегодня признается функция основных носителей и переносчиков информации, и по отношению к которым видимая и осязаемая нами материальная действительность составляет одну миллиардную часть реально существующего вокруг нас и внутри нас мира. То есть мир вокруг нас и внутри нас насыщен и пронизан информацией. Рорр F. сумел экспериментально показать, что ДНК живых клеток накапливают фотоны (“биофотоны”) и затем может отдавать их излучая. Он доказал, что *все биохимические реакции в живых организмах управляются и регулируются сверхслабым электромагнитным излучением, т.е. посредством волнового поля.*

И наконец, в работах российского учёного, нашего современника — Горяева П. убедительно доказан волновой характер механизма реализации как внутриклеточного генома, так и структур внеклеточного матрикса, обладающих генетическими свойствами.

Информация волнового поля, с точки зрения кибернетики, и не энергия, и не материя, она представляет собой третью нематериальную сущность, которую можно сравнить с “сообщением” от некоей передающей системы (т.е. системы, содержащей информацию) к системе улавливающей её.

И всякий раз при передаче информации определяющим моментом является согласование между передатчиком и приемником, т.е. необходимым условием приёма информации является понимание системой соответствующей информации: информация должна быть “адекватна системе” (резонансна). Здесь речь идет о сверхнизкоинтенсивных колебаниях, спектр которых лежит в диапазоне, там называемого, “широкополостного шума”, возникающего во всех веществах под влиянием хаотического движения элементарных частиц — молекул, атомов.

Американский нейрофизиолог Р.Эди, проводя эксперимент с клетками мозга цыплят, установил, что с одной стороны восприятие информации клетками происходит селективно на строго определенной частоте (10 Гц), но в то же время при условии, что интенсивность сигналов соответствует строго определённой области значений, т.е. полезный сигнал для системы должен соотноситься по частоте и амплитуде. Эта ограниченная область параметров воздействия сигнала, определяющая способность биологической системы к восприятию информации, называется “*окном Эди*” или “*биологическим окном*”. *И если интенсивность сигналов*

слишком мала, т.е. ниже порога чувствительности, то они не оказывают влияния, а если интенсивность слишком велика, то эффект воздействия приводит к разрушению белковых цепей и сигнал блокируется. Поэтому оказалось неверным укоренившееся в официальной медицине представление о том, что если интенсивность сигнала не может быть измерена, то такие сигналы не способны оказывать влияние.

Обобщая всё вышеизложенное можно сказать, что материя, форма, клетка, ткань, биохимические реакции представляют материальную сферу и именно эта сфера, и есть среда обитания классической (официальной, нетрадиционной) медицины. Однако, основываясь на открытиях науки настоящего времени, можно утверждать, что *всё как-либо функционирующее в нашем мире подчиняется законам управления и регуляции, действующими в информационной сфере.*

Информация не является ни материей, ни энергией, она оказывает влияние на биологические системы посредством сверхслабых электромагнитных сигналов, но именно информации принадлежит приоритетная роль во всех жизненных процессах (Sheldrake R. и его теория накопления в виде памяти коллективного опыта индивидумов в коллективном физическом поле). На сегодня считается доказанным, что организм и его функциональные системы являются источником ультраслабых электромагнитных колебаний в достаточно широком диапазоне частот, и именно на этом уровне контролируются и стимулируются все процессы жизнедеятельности организма. В современной действительности наилучшим вариантом согласования клинической картины болезни данного пациента с воздействием лекарства является гомеопатия (классическая, комплексная, резонансная), поскольку дает возможность оказывать влияние на живую систему частотой (содержание информации) и интенсивностью биологического сигнала, находящегося в строго определённом частотном диапазоне (окно Эди). Т.е. *гомеопатию можно рассматривать как один из методов, дающий ключ к информационной системе пациента.*

Биорезонансная терапия (БРТ) – это метод лечения, затрагивающий исключительно информационную сферу организма. Создатель метода немецкий врач Франц Моррель, прежде всего, исходил из представления, что все процессы в организме сопровождаются электромагнитными колебаниями и, следовательно, эти процессы могут возбуждаться и регулироваться этими же колебаниями. Практически, каждый человек обладает определённой матрицей (образцом), состоящей из спектра электромагнитных колебаний, которые характерны только для данного индивида, и которые формируются в его организме в каждый момент времени при всех процессах жизнедеятельности. И если организм не отягощён хронической патологией или вредным воздействием (интоксикацией), то он обладает спектром колебаний, предусмотренных самой Природой.

Поэтому в основе метода БРТ лежит использование сверхслабых электромагнитных колебаний человеческого организма с учётом информационной системы органа (организма в целом), что позволяет возвращать ему состояние физиологического гомеостаза.

Поскольку тканевые структуры организма обладают специфическим спектром электромагнитных колебаний, то при воздействии на организм любого патогенного стимула возникают новые источники электромагнитных колебаний (патологические частотные составляющие), ко-

торые могут нарушать динамическое равновесие между физиологическими и патологическими колебаниями (за счёт явления интерференции). Изменения на информационном уровне регуляции функций организма, в конечном итоге, приводят к нарушению регуляторных процессов на биохимическом уровне. И чем дольше существует патологический процесс (к примеру, хроническое воспаление), тем когерентнее (когерентность – колебания волн одной длины) патологические колебания и стабильнее излучаемые частоты. Выраженность и стабильность изменений частотных характеристик тканей, свидетельствует о стабилизации патологического процесса, поскольку для нормальных тканей характерна относительная изменчивость частотных характеристик.

И для того, чтобы провести дезинтоксикацию в области патологического очага, вывести токсины, восстановить нормальное функционирование поражённого участка ткани (органа) необходимо произвести снятие электромагнитного спектра излучений организма человека, а затем произвести фильтрацию и разделение патологических и физиологических составляющих этого спектра, стереть когерентное электромагнитное поле.

Информация о спектре электромагнитных колебаний с поверхности кожи (с акупунктурных точек) поступает в прибор, где с помощью “биологического фильтра” колебания подразделяются на физиологические и патологические. Патологические колебания с помощью соответствующего электронного устройства инвертируются и ослабляются, а физиологические – усиливаются и направляются к пациенту. Использование частотных фильтров позволяет избирательно подавать в организм колебания, обладающие наибольшим терапевтическим эффектом. Кроме того, в аппаратах для БРТ предусмотрена возможность записи нормальных электромагнитных колебаний (физиологических) и патологического спектра электромагнитных колебаний на различные информационные носители (вода, гомеопатическая крупка и т.д.), которые пациент может принимать между курсами “собственно” биорезонансной терапии.

В процессе курса БРТ (на курс 5-10 процедур, при длительности сеанса 5-15 мин) дисгармонические колебания и сама болезнь могут быть полностью устранены. А сочетание методов ЭПДФ и БРТ позволяет не только получить контроль над информационным каналом между организмом и окружающей средой, но и повысить эффективность диагностики и терапии.

В практической медицине используются приборы: выпускаемые в Германии (“Mora Super”, RITEC 2000, BICOM, Rayocomp PS 1000) и ряд отечественных аналогов (“Имедие БРТ”, “ДЕТА-Profesional” и др.), предоставляющие врачу возможность выбора оптимального для данного пациента вида и метода лечения с учетом позиций Запада (современная классическая медицина) и Востока (традиционная китайская и биоинформационная медицина).

Метод БРТ обладает широким диапазоном терапевтических возможностей.

1. Активизирует саморегуляцию организма и гармонизирует организм в целом, используя его резервные возможности в оптимальной для данного пациента форме. Это очень важный аспект терапии – воздействие на общерегулирующие механизмы организма, поскольку в научном мире сформировалось мнение о функционировании в орга-

низме единой иммунонейроэндокринной системы, обеспечивающей адаптацию и комплексную защиту от различных патогенных экзо- и эндо-факторов. (Besedowsky H.O., 1977; Alder R. et al., 1995 и др.).

2. Позволяет выводить из организма накопленные экзо- и эндотоксины (мезинхимальная реактивация) и снимает гепатогенные нагрузки.

3. Снимает блокады на различных уровнях.

4. Позволяет выявлять и устранять побочное действие аллопатических средств.

5. Позволяет записать физиологические и патологические колебания на различные носители информации (вода, воск, крупка) для пролонгирования эффекта терапии.

6. Помогает в разрешении психологических проблем пациента и повышает эффективность психокорректирующей терапии.

7. Позволяет осуществлять ТМ с новыми возможностями: тестировать вещества уже находящиеся в организме, приготавливать гомеопатические препараты, нозоды и аутонозоды, органопрепараты и аутопрепараты, избирательно работающие на любом органе или меридиане.

8. Является самым эффективным методом лечения любых видов, форм и проявлений аллергии. Аллергия – актуальнейшая проблема современности. По данным Wertmann K., 1989; Rossmann H., 1994 и др., приблизительно 84% населения страдает скрытой формой аллергии на различные продукты питания, причем у 60% из них выявлена аллергия на молоко и молочные продукты, затем идут злаковые – пшеница, рожь, кукуруза, овёс, а так же свинина, говядина, рыба, раки, картофель, томаты, цитрусовые, пряности и др.

Как показывают наблюдения, этот сравнительно новый метод наиболее эффективно зарекомендовал себя при лечении аллергии, хронических заболеваний бронхолегочной системы, поскольку позволяет максимально индивидуализировать лечение в каждом конкретном случае и добиться эффекта в тех случаях, когда общепринятая терапия неэффективна. Уникальность БРТ заключается в том, что метод позволяет осуществлять как этиологическую диагностику аллергии, выявляя всю систему патологических нарушений в организме, так и проводить коррекцию выявленных нарушений.

В программу исследования аллергии с помощью БРТ в первую очередь входит испытание на переносимость пищевых продуктов и аллопатических медикаментов, а также биоэлектрическая диагностика трёх жидкостей тела – крови, слюны и мочи, экскретов и секретов, микозов, выявление гепатогенных отягощений, тяжелых металлов, химических элементов и т.д.

В процессе исследования осуществляется автоматическое селектирование информации, пока не будут обнаружены все аллергены и дифференцированы, на так называемые *“аллергены-триггеры”* и *“аллергены-причины”*.

“Аллергены-триггеры” – это те субстанции, осцилляторная информация которых действует на организм “сверхпотокм”, а для запуска острой аллергической реакции зачастую бывает достаточно небольшого неблагоприятного осцилляторного влияния, выводящего организм из состояния неустойчивого равновесия.

“Аллергены-причины” – выявляются при тестировании патологически измененных измерительных точек.

После завершения программы исследования, индивидуальной для

каждого пациента, все субстанции, выявленные как “аллергены-причины”, тестируются вместе и готовится противоаллергический десенсибилизирующий препарат в определенной потенции, а также осуществляется планомерная детоксикационная терапия и аннулирование нагружающей информации. Лечение должно проводиться на фоне обильного приёма чистой воды, диуретических чаёв и обезшлакивающих средств.

Конечная цель БРТ – снова привести организм к энергетическому балансу на всех уровнях функционирования БС.

Но всегда необходимо помнить, что несмотря на уникальность метода БРТ, успех лечения аллергии зависит от многих факторов и причин, раскрытие, понимание и устранение которых возможно только при *длительной индивидуальной управляемой и контролируемой терапии* на всех уровнях функционирования организма. Например, невыявленная скрытая форма ацидоза способствует повторным рецидивам заболевания. Этот фактор следует учитывать при каждой форме непереносимости пищевых продуктов или при поражении микозом, поскольку современный образ жизни создаёт условия для инвазии дрожжевыми грибами, вследствие употребления в пищу больших количеств белого хлеба, сахара, ненатуральных продуктов с пищевыми добавками и т.д. Лечение аллергии будет безуспешным, если у больного не выявлены и не санированы все очаги хронической инфекции вплоть до зубного кариеса, не выявлены и не скорректированы проблемы ментального уровня (повышенная тревожность, депрессия и др.), поскольку каждый случай телесного проявления болезни обусловлен дисгармонией на психоэмоциональном уровне.

И хотя полностью терапевтические возможности метода еще не раскрыты, тем не менее, уже сегодня можно говорить, что “терапия с помощью собственных колебаний пациента” – является совершенно универсальным методом, эффективным при любой форме и стадии болезни, благодаря широкому диапазону терапевтических возможностей метода.

Показания к БРТ (аналогичные как для гомеопатии, акупунктуры):

- любые формы проявления аллергии (как скрытой, так и явной);
- острые и хронические воспалительные заболевания (тонзиллит, гайморит, ринит, холецистит, панкреатит, простатит, пиелонефрит);
- заболевания, в патогенезе которых имеется раздражение, воспаление, отёк (отёчно-болевые синдромы, радикулиты при грыжах межпозвоночных дисков, невриты, ревматоидный полиартрит и др.);
- последствия перенесённых инфекционных заболеваний (грипп, корь, вирусный гепатит и т.д.);
- гнойно-септические процессы и послеоперационные гнойные осложнения (длительно незаживающие раны, язвы, последствия сепсиса и т.д.);
- с целью стимуляции процессов регенерации и репарации после операционных вмешательств.

Относительные противопоказания: нецелесообразно использовать БРТ при наличии рубцов и спаечного процесса после массивного оперативного вмешательства, при психических болезнях, болезнях крови, аутоаллергических и системных заболеваниях соединительной ткани, системных заболеваниях нервной системы, состояниях тяжёлой экзогенной и эндогенной интоксикации (например, печёночная кома, острые пищевые отравления и др.).

При многих заболеваниях, в развитии которых ведущую роль играют воспалительные, обменно-дистрофические и аутоиммунные меха-

низмы, возможно сочетание БРТ с адекватной эфферентной терапией (от лат. *effere*ns – выводить) с целью более полного воздействия на все уровни проявления жизнедеятельности организма.

Эфферентная терапия – как метод экстракорпоральной детоксикации организма направлена на очищение крови и других биологических сред организма от балластных веществ и различных специфических патологических ингредиентов.

Методами экстракорпоральной детоксикации являются: гемо-, иммуно-, лимфо-, плазмо-, энтеро-, гемоспленосорбция, плазмофорез.

Гемосорбция – рассматривается как метод детоксикации (при прохождении крови через гемосорбент “извлекаются” токсические вещества, циркулирующие иммунные комплексы, продукты метаболизма) и как метод иммунокоррекции (активизируется функция лимфоцитов, фагоцитов, повышается количество рецепторов к кортизолу на поверхности мембран лимфоцитов). К примеру, метод эффективен при экзогенной БА (в том числе и при поливалентной аллергии), при кортизон-зависимой БА и у лиц с неустановленным аллергеном. Как правило, после проведения гемосорбции повышается эффективность лекарственной терапии. У больных диффузным токсическим зобом, благодаря гемосорбции, быстро улучшается общее состояние, уменьшается тахикардия, исчезает тремор рук, достоверно снижается концентрация тиреоидных гормонов. Эффективность гемосорбции во многом зависит от функциональных резервов печени и степени интоксикации. Берсенов А.В. и др. (1983) разработали простую формулу для прогнозирования эффекта гемосорбции:

$B = C (E + \Phi)$, где $C = 1$, если количество сегментоядерных нейтрофилов больше 65 процентов; $C = 0$ – при других условиях;

$E = 1$, если количество эозинофилов меньше 2 процентов; $E = 0$ – при других условиях;

$\Phi = 1$, если количество лимфоцитов меньше 20 процентов, $\Phi = 0$ – при других условиях.

Если $B > 0$, то гемосорбция более эффективна.

В результате *лимфосорбции и плазмосорбции* “извлекаются” в определенном количестве иммуноглобулины, из плазмы удаляются продукты, блокирующие рецепторы клеток.

Иммуносорбция – при пропускании крови больных через сорбент, на котором иммобилизован аллерген, к примеру, домашней пыли, на нём осаждаются антитела (к домашней пыли), развивается иммунотулирующий эффект, увеличивается число активных адренорецепторов в бронхах, что в целом способствует улучшению состояния больных, а при моноаллергии – излечению. С целью повышения эффективности гемо-, лимфо-, иммуносорбции, для более полной и активной элиминации целесообразно активизировать окислительно-восстановительные процессы и устранить гипоксию, используя для этой цели сочетание с методами УФОК, ВЛОК, ЭЛОК, а также электроанальгезию, транспечёночную и трансселезёночную анодную гальванизацию, что позволяет существенно активизировать факторы неспецифической защиты, улучшить реологические свойства крови, функцию печени, состояние нервной и сердечно-сосудистой систем.

Плазмофорез, лимфоцитофорез – это гравитирургические лечебные методы, позволяющие разделить кровь на фракции различной плотности и вывести из кровеносного русла циркулирующие иммун-

ные комплексы, избыток иммуноглобулинов, клеток-киллеров, супрессоров, компонентов комплемента, продуктов нарушенного метаболизма и токсических веществ с низкой и средней молекулярной массой.

С целью детоксикации при многих вторичных иммунодефицитных состояниях, при ряде эндокринных заболеваний (инсулинозависимом сахарном диабете, гнойно-воспалительных осложнениях сахарного диабета – гангрена и сепсис, аутоиммунных тиреоидитах и др.) применяют гемоспленотрансфузию (ксеноселезёнку). Детоксикационная функция селезёнки обусловлена элиминацией из крови микробов, токсинов, снижением уровня средних молекул и лейкоцитарного индекса интоксикации, биологической стимуляцией фагоцитарной активности лейкоцитов, иммунных механизмов захвата микробов. В результате активности Т-супрессоров повышается иммунологическая реактивность организма. Иммуномодулирующий эффект проявляется увеличением числа лейкоцитов (спустя 1 час после процедуры), повышением активности клеточного иммунитета, активацией выделения БАВ, повышающих метаболическую активность макрофагов и нейтрофильных гранулоцитов, нормализацией прокоагулянтной и фибринолитической активности, что положительно влияет на профилактику дессеминированного внутрисосудистого свёртывания крови.

Изложенная информация ещё раз подтверждает, что по своей природе биофизическая система “здоровье-болезнь” – нуждается в своевременной и адекватной коррекции нарушений на всех уровнях БС с целью своевременной стимуляции механизмов саногенеза, саморегуляции, самовосстановления.

3.3. Эффект Кирлиан

Феномен свечения различных объектов в ЭМП высокой напряжённости был открыт более двух столетий назад и затем был надолго забыт в научном мире. В конце 30-х годов он был заново открыт российскими изобретателями супругами Кирлиан и получил название – *эффект Кирлиан*. В настоящее время под этим термином понимается визуальное или приборное наблюдение газового разряда, который возникает вблизи поверхности исследуемого объекта при помещении его в электрическое поле высокой напряжённости. Поэтому в научной литературе при изучении ауры человека используется не только термин “эффект Кирлиан”, но и “Газо-разрядная Визуализация” (ГРВ), “Био-электрография”.

Что же такое аура? Научкой подтверждено, что энергия в самом широком смысле слова – это основа всего сущего на Земле и именно энергетические процессы лежат в основе жизнедеятельности организма. Причём имеется в виду не ньютоновское понятие энергии, измеряемое в Джоулях, а множество феноменов, которые не соответствуют обычному понятию энергии, а во многих случаях относятся даже к паранормальным эффектам – феномен дистантного целительства, психокинез, лозоходство и т.д., которые также относятся к полевым эффектам, пока неизвестной нам физической природы.

Современной наукой получены многочисленные данные о сложной картине электромагнитных полей человека. Эти поля занимают широкий диапазон спектра, они пульсируют в унисон с ритмом сердца и мозга, они отражают все особенности тончайших электрических систем нашего организма. Складываясь, эти поля дают сложную динамическую пространственно-временную картину поля – основного крите-

рия Жизни. В современной медицине уровень электрической активности мозга является основным критерием жизни /смерти, хотя исследования энергоинформационного состояния человека после его смерти показали, что и после смерти энергетика сохраняется определенное время и её трансформация зависит от типа смерти (насильственная, внезапная и т.д.).

Экспериментально показано, что организмы взаимодействуют друг с другом и с окружающим пространством через ультраслабые электромагнитные взаимодействия. По современным представлениям, биологический объект является открытой системой, поэтому его невозможно рассматривать без учёта всех внешних связей и взаимодействий. И физической аурой биологического объекта является вся совокупность физических полей и излучений, формируемых телом в пространстве за счёт собственной эмиссии и за счёт взаимодействия с процессами в окружающей среде.

К настоящему времени накоплено достаточно данных, позволяющих утверждать, что одновременно с физическим полем у биологического объекта есть поле информационное – поле следующего уровня реальности. Допускают, что информационная аура (совокупность всех информационных полей) формируется у человека постепенно под влиянием воспитания, образования, среды, но особенно важны врождённые факторы. Информационная аура является неотъемлемой частью более глобального поля, сформированного за счёт вкладов всего человечества.

Физическая аура самым непосредственным образом связана с информационной аурой и эта связь взаимообразна, т.е. она действует в обе стороны по типу прямой и обратной связи, отражая различные изменения в состоянии человека.

Используя современную физическую аппаратуру, мы можем говорить о регистрации только физической компоненты аур, отражающей комплекс параметров и особенностей, связанных как с глобальными процессами взаимодействия человека с окружающим миром, так и с локальными электро-химическими явлениями, протекающими на ограниченном участке кожного покрова. (определенные БАТ, БАЗ и т.д.)

Газоразрядные изображения пальцев рук и ног человека позволяют оценить энергетику отдельных систем организма в соответствии с распределением характеристик свечения по энергетическим каналам, судить об общем уровне физиологической активности человека, контролировать влияние на организм различных воздействий – физиотерапевтических, аллопатических и гомеопатических, психотерапевтических и т.д., а также по характеру свечения ауры судить о психологическом состоянии личности и даже ауральной совместимости людей.

На сегодня *“эффект Кирлиан”* в классической и традиционной медицине рассматривается как один из методов *холистической системной экспресс-диагностики состояния человека*, позволяющий оценить как организм в целом, так и во взаимодействии его отдельных частей друг с другом.

Компьютеризация и использование современных технологий наделяют метод определёнными преимуществами: неинвазивность и объективность получаемой информации; возможность контроля и сопоставления структурных, функциональных, временных процессов в организме; экономичность, доступность и простота получения информа-

ции, а в перспективе – возможность проводить автоматизированную диагностику состояния человека.

По ряду параметров метод ГРВ сопоставим с методом Р.Фолля и другими методами электрофизиологического исследования, но охватывает, по мнению автора, гораздо больший комплекс параметров, пока неустраиваемых практической медициной.

В отечественных приборах ГРВ серии “Корона” используется высоковольтное напряжение (конструкция аппарата ограничивает параметры выходного тока до безопасных пределов), в поле которого помещается исследуемый объект (палец, рука и т.д.), и фотографируется.

Затем производится типизация изображений (тип ауры) по выделенным авторами (Коротков К.Г. и др.) типам и системе признаков, и осуществляется процесс анализа и диагностики. Компьютеризация метода позволяет строить пространственную картину ауры.

Для типизации изображений за рубежом использовалась классификация Манделя П., выделявшего три типа ауры: эндокринный, токсический, дегенеративный. Коротков К.Г. увеличил количество признаков типизации до 7, обозначив разные типы газоразрядных изображений пальцев рук человека буквами: K, R, L, N, S, O, V – производными от имен собственных авторов метода. Каждый из выделенных типов характеризует определенное энергетическое состояние человека. Наряду с канальной диагностикой может быть осуществлена и чакровая диагностика (чакры считаются энергетическими узлами, связывающими физическое тело со спиритуальным), поскольку имеется соответствие различных пальцев определенным зонам организма и чакрам.

Затем заполняется диагностическая карта по принципу рассмотрения систем и органов сверху (от головы) вниз, особо уделяется внимание позвоночнику, поскольку наблюдения авторов показали, что блокирование энергии по позвоночнику является причиной многих проблем в различных зависимых системах (за счет вертебро-висцеральных и висцеро-вертебральных взаимодействий).

Практически, каждый относительно здоровый человек принадлежит к определённому типу ауры и его ГРВ – изображения имеют столь же индивидуальные признаки, как и отпечатки пальцев рук. Они могут сохраняться неизменёнными в течение многих лет и являться одним из критериев нормального физического состояния, т.е. свидетельством того, что организм реагирует на внешнюю среду как единое целое, и все системы работают в унисон. Это коррелирует с холистическим взглядом на строение и развитие организма.

Таким образом, ГРВ является одним из объективных методов контроля за энергоинформационным состоянием человека.

Кроме перечисленных, к биофизическим методам диагностики следует отнести: биоэлектронную функциональную диагностику (БФД) и вегетативный резонансный тест (BPT, VEGA-test). Метод БПТ, в основе которого лежат методы ЭПДФ и БФД, разработан в Германии доктором Х.Шиммелем в 1978 году. ВРТ является эффективным методом диагностики, а также позволяет оптимизировать процесс выбора режимов БРТ и контроль за результатами терапии.

Следующие методы – терморегуляционная диагностика (ТРД), компьютерная сегментарная электрография и декодерная дермография практически мало описаны в отечественной литературе.

ГОМЕОПАТИЯ

4.1. Общие положения гомеотерапии

Основоположник медицины Гиппократ учил, что медицина едина. Существует два терапевтических подхода: лечение подобным (гомеопатия) и противоположным (аллопатия).

Достижения современной науки позволяют рассматривать гомеопатию как один из методов, дающий ключ к информационной системе пациента. Концепция гомеопатии составляет ядро пробиотической медицины, представляющей собой лечение, стимулирующее и поддерживающее естественные и жизненно необходимые ритмы организма.

Гомеопатия – как система лечения была разработана на рубеже XVIII-XIX веков немецким врачом-исследователем С.Ганеманном, (Hahnemann S.), который, проводя исследования на себе, своих близких и добровольцах, пришёл к выводу, что каждое лекарство вызывает в человеческом организме своего рода болезнь (т.е. искусственную болезнь). Факт существования искусственной лекарственной болезни осознан нами только сейчас, и мы называем ее “побочным действием лекарств”.

С.Ганеманн в своем “Органоне врачебного искусства” (1796 г.) писал: “Чтобы лечить верно, безопасно, быстро, надёжно, подбирай в каждом конкретном случае только такое лекарство, которое может вызвать состояние, подобное тому страданию, которое предстоит исцелить. *“Similia similibus curentur”* – “Подобное лечится подобным”. Такую закономерность отмечали в своих трудах и Гиппократ, и Гален, и Парацельс, и арабские врачи, использующие для лечения лекарства, подходящие к болезни по принципу подобия. Правило подобия базируется на сопоставлении симптомов болезни и лекарственного патогенеза: симптомы больных должны быть в значительной мере подобны симптомам, которые лекарство вызывает у здоровых, так называемое, *феноменологическое подобие*. Причём, уменьшение доз “подобных” лекарств (высокая степень разведения) закономерно усиливает их лечебный эффект.

Истинность принципа подобия, постулированного С.Ганеманном, имеет многочисленные частные подтверждения. Например, *ртутные препараты* в токсических дозах поражают организм, затрагивая многие органы и системы, в частности, при этом значительно поражается кишечник. Но эти же препараты, в ничтожно малых дозах, действуют благоприятно при дизентерииподобных колитах; *мышьяк* вызывает холероподобный понос, а в гомеопатии мышьяк излечивает поносы различной этиологии; *сера* – при длительном применении приводит к распространённому дерматиту, а в гомеопатии *сера* излечи-

вает различные кожные заболевания; *хина* – потому заняла исключительное положение в лечении малярии, поскольку сама способна вызывать такую же картину болезни; *белладонна* издавна применялась врачами для лечения мозговых расстройств, похожих на те, которые может вызывать сама белладонна. В какой-то степени, повторяют принципы гомеопатии приёмы специфической десенсибилизации организма при аллергических заболеваниях. Например, при лечении пищевой аллергии используются гомеопатические разведения аллергизирующего организм продукта.

Принципы гомеопатии рекомендовал использовать И.П.Павлов, указывая, что при лечении больных неврозами использование доз брома, уменьшенных в сотни раз, нередко бывает очень эффективным.

Арсенал гомеопатических средств насчитывает несколько сотен препаратов, но наиболее часто употребляются 100–150 из них, вполне обеспечивающих индивидуализацию лечения, что является основополагающим в гомеопатии.

В гомеопатии существует два основных направления лечебной тактики: *унитаристы* – предлагают при лечении больного использовать только одно, но точно подобранное лекарство, и *плюралисты* – допускают одновременное или последовательное использование нескольких средств, охватывающих большое число выявленных у больного симптомов и нарушений.

В настоящее время гомеопатия разделилась на три самостоятельных направления. Часть ортодоксальных или классических гомеопатов по-прежнему придерживаются унитарного подхода в выборе и применении гомеопатического препарата – *“унитарное” направление*. Промежуточное направление занимают *гомеопаты-“плюралисты”*, использующие в лечении как комплексные, так и единичные препараты. *“Комплексное” направление* – предполагает широкое использование комплексных гомеопатических препаратов, одновременно содержащих шесть и более гомеопатических средств, преимущественно в низких потенциях. Этому направлению преимущественно придерживается часть молодых специалистов французской, немецкой, итальянской гомеопатических школ.

Но, несмотря на несколько направлений, классическая гомеопатия, как и в прежние времена, базируется на *двух принципах*: первый – *принцип подобия*, в соответствии с которым лекарство выбирается, исходя из подобия действия лекарственного вещества субъективным и объективным симптомам болезни; второй – это *специфическая для органа пороговая терапия*, то есть употребление лекарственных веществ в ступенчатых разведениях. Однако, чем больше простых компонентов входит в состав комплексного препарата, тем дальше на второй план при выборе лекарства отступает ориентация на картину лекарственного патогенеза и в большей степени приходится ориентироваться на показания к назначению препарата. Критерием правильности выбора для конкретного больного как простого, так и комплексного гомеопатического препарата, является метод ЭПДФ и ТМ.

Доказано, что гомеопатия действует не на молекулярном или атомном уровне, а на информационно-волновом (в зоне присутствия сверх-

малых частиц или электромагнитных волн), поскольку, по мнению академика А.Д.Сахарова (1967) и многих других, "...большая часть обычного мира сосредоточена в невидимой для нас форме "скрытой массы". Предполагают, что гомеопатические лекарственные препараты действуют путём передачи информации, которую тело потеряло в процессе развития заболевания.

Гомеопатическая информация через сложные биорегулирующие системы (пептидные медиаторы и близкие к ним вещества типа цитокинов) или через "свою" рецепторную систему оказывает биорегулирующее влияние на обмен веществ и гомеостаз.

Сам по себе процесс "динамизации лекарства" (система встряхивания по мере разведения лекарств) создает "информационно-силовое поле" с его сигнальными для организма значениями.

Гомеопатическое лекарство, оказывая регулирующее воздействие на центральные процессы управления, ставит своей целью саморегуляцию и самоизлечение организма. В этом аспекте гомеопатия близка целям фитотерапии, физиорефлексотерапии, ИРТ и другим методам традиционной медицины.

Одной из важнейших особенностей гомеопатии является то, что одно и то же гомеопатическое средство способно воздействовать на больных с самыми различными заболеваниями.

Гомеопатия, как личностная терапия, стремится к интеграции врачевания души и тела, что зиждется на единстве психосоматических проявлений болезни. С самого своего начала гомеопатия заложила в основу терапии психосоматический подход, т.к. факт наличия избирательной взаимосвязи между характером психических нарушений и выбором органа поражения не вызывал у С.Ганеманна и его последователей никаких сомнений.

Описывая основные формы психосоматического равновесия, С.Ганеманн определял здоровье – как упорядоченное состояние динамического равновесия всех жизненных процессов (внутренняя и внешняя гармония), а болезнь – как отклонение гармонического приспособления к внутренним, внешним и космическим условиям. При хронических психосоматических заболеваниях наблюдается три направления этих отклонений в функциях и структурах всего живого: *соматические реакции, нервные реакции и умственно-психические реакции.* Раскрытие этиологии психосоматических нарушений в совокупности с соматическими симптомами нередко позволяет найти лекарство, помогающее устранить неосознанный психосоматический конфликт, реализующийся в соматизацию.

В качестве подтверждения сказанному, можно проанализировать часто встречающийся у пациентов симптом страха, при котором всегда можно выявить корреляцию между индивидуальной симптоматикой страха и наблюдаемыми при этом нарушениями циркуляции крови. В гомеопатии, например, рассматриваются следующие психосоматические комплексы страха:

- состояние страха с бледной холодной кожей (*Verratum album*);
- состояние страха с покраснением, гиперемией, приливом крови к голове (*Belladonna*);
- страх, сковывающий всё тело, с прерывистым дыханием (*Lachesis*);

– нередко эквивалентом неосознанного страха являются приступы пароксизмальной тахикардии.

Пример. У 6-летнего ребёнка, страдающего заиканием, в анамнезе выявлен этиологический фактор – пережитый испуг, страх. Из рассказа матери: ребёнок часто болеет простудными заболеваниями, излишне пуглив, боится оставаться один, отмечается слабость мочевого пузыря.

При осмотре обращал на себя внимание симптом: у ребёнка при заикании потеет голова и он становится красным как рак. Его состояние быстро удалось улучшить, назначив *Orium C30* в растворе, а затем *Calcium carbonicum C6 (D12)* в шариках. Успех лечения подтверждал правильность выбора лекарства.

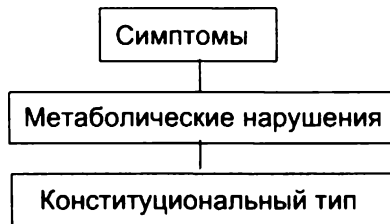
Во многих случаях используя гомеопатические лекарства группы "*психическая травма*" с последующим конституциональным лечением, удается добиться стойкого результата.

Давно подмечено соответствие некоторых гомеопатических препаратов конституционально-психологическим типам людей (*Ignatia, Pulsatilla, Platina, Nux vomica, Dulcamara, Argentum nitricum, Chamomilla* и др.). Как правило, назначение пациентам конституциональных средств в соответствии с их психологическими и поведенческими характеристиками уменьшает как невротические явления, так и соматические жалобы, характерные для современных неврозов (при, так называемом, феномене соматизации неврозов).

Поэтому с методических позиций гомеопатию можно рассматривать как метод "*двух подобий*": во-первых, лекарство подбирается в соответствии с конституционально-психологическим типом индивида (характер, душевное настроение, темперамент, телосложение), т.е. соблюдается принцип "потребности лекарства"; во-вторых, подбирается такое лекарство, которое более всего соответствует проявлениям данного заболевания (по нозологическому или синдромальному принципу), т.е. принцип *подобия между лекарством и болезнью*.

Эти два направления успешно сочетаются, дополняя друг друга, в зависимости от личности больного, характера, течения болезни и профессионализма врача.

Чтобы легче представить соотношение больного, болезни и лекарства, можно воспользоваться схемой, предложенной известным французским гомеопатом Л.Ванье.



В основании этой схемы – конституциональные свойства человека.

Средняя часть схемы – биохимические изменения, патофизиологические процессы, нейрогуморальные нарушения, способствующие развитию тех или иных симптомов болезни.

Верхняя часть схемы – симптомы, связанные с морфологическими поражениями органов, т.е. более глубокие патологические нарушения.

В гомеопатии понятие *конституция* (конституциональный тип) – это врождённая и приобретённая душевная, психическая и соматическая организация человека, которая определяется по строению тела, психическому и душевному складу, способу реагирования на внутренние и внешние раздражители. К конституциональным признакам относят: *строение тела* (округлый, костистый, нежный, маленький, большой, толстый, тощий); *особенности тканей* (упругие, дряблые, тугие, спонгиозные); *цвет кожи* (бледный, красный, жёлтый, землистый); *цвет волос* (чёрный, светлый, пепельный, рыжий); *температура кожи* (тёплая, холодная); *свойства кожи* (сухая, потливая, грубая, пористая, нежная, прозрачная, гладкая, морщинистая, чистая, нечистая); *осанка* (прямая, сутулая, напряжённая, расслабленная); *жестикаляция* (скупая, оживлённая, возбуждённая); *спокоен, беспокоен*, напряжён, расслаблен, медлителен, тороплив; *мимика* (открытая, скудная, симметричная, кривая, приветливая, печальная, растерянная, пугливая); *тип психовегетативных реакций*.

С.Ганеманн первый описал и испытал конституциональные средства, идентичность которых настолько велика, что иногда это лекарственное средство проглядывает во внешнем облике и определённых физических особенностях больного. Поэтому в гомеопатии принято выражение: ребёнок типа *Calcium carbonicum* или женщина типа *Sepia*, ревнивая жена – *Lachesis*-тип, домашний тиран – *Lycopodium*-тип и т.д.

Знание лекарственных типов особенно помогает в детской практике, т.к. у детей типологические признаки выступают особенно чётко, без искажений, обусловленных воспитанием и многообразным влиянием окружающей среды. Дети с лимфатическим диатезом имеют много общих и отличительных признаков с их соответствующими конституциональными лекарственными средствами (*Calcium carbonicum*, *Calcium phosphoricum*, *Calcium fluoricum*, *Hepar sulfur*, *Silicea*). При выборе препарата необходимо собрать анамнез для подтверждения диагноза по внешности, и чтобы общее впечатление о строении тела и поведении коррелировало с совокупностью симптомов. Другими словами, чтобы воздействовать на основу, нужно изучить весь процесс становления болезни (*биографический анамнез больного*). Но если у больного остро протекающее заболевание не укладывается в картину типологически соответствующего лекарства, то необходимо назначить лекарственное средство, ограниченное рамками наблюдающихся нарушений, в последующем переходя к конституциональному лечению.

В качестве иллюстрации своеобразия гомеопатического подхода к лечению приводим два клинических наблюдения, наглядно подтверждающих вышесказанное.

Пример. У 5-летнего ребёнка при сборе биографического анамнеза выявлено, что ребенок на втором месяце жизни страдал молочным струпом (себоррейные корочки на волосистой части головы и лице), который лечили мазями; на пятом месяце – нарушение функции желудочно-кишечного тракта, по поводу чего лечился в детской поликлинике; на десятом месяце перенес бронхопневмонию, которую лечили антибиотиками.

При обращении к врачу, наблюдаемые у ребёнка общие симптомы, внешний вид ребенка (маленький, толстый, пастозный, бледный) и дан-

ные биографического анамнеза нашли своё отражение в лекарственном патогенезе *Calcium carbonicum*, действующим на все нарушения, по поводу которых ребёнок лечился неоднократно (*Calcium carbonicum* С6 в растворе).

Пример. Ребёнок 6-ти лет. При обращении к врачу – основная жалоба: постоянные простудные заболевания.

Из рассказа матери: ребёнок без конца болеет (ОРВИ, бронхит, ринит, тонзиллит, отит); стул один раз в два-три дня, а при простуде часто наблюдается понос с кисловатым запахом; в детский сад ходить не хочет, всё время стремится быть с матерью и почти не играет с другими детьми. Ночной сон прерывистый, часто вскрикивает по ночам и, проснувшись с криками бежит к матери, голова потная, в глазах – страх.

Из направленного опроса матери выясняется, что в раннем детстве у ребёнка был экссудативный диатез, в лёгкой степени рахит, отмечалась непереносимость молока. Ходить ребёнок начал ближе к двум годам и поздно научился говорить. У ребёнка всегда была очень чувствительная кожа и после мытья усиливались кожные высыпания и кожные ранки долго не заживали.

При осмотре. Внешний вид ребёнка – маленький, бледный, с крупной головой, жмущийся к матери, с замедленной реакцией при разговоре. Кожа бледная, холодная на ощупь, на лице экзема; лимфатические узлы увеличены, мягкие, безболезненные; миндалины увеличены, рыхлые, но без признаков воспаления; зубы мелкие, много кариозных; в лёгких – несколько ослабленное дыхание, тоны сердца ясные; живот вздут, толстый слой жира на животе, гениталии недоразвиты, мигрирующее правое яичко.

Конституциональный диагноз: проявляется уже по внешнему виду ребенка (короткий, с большой головой, вздутым животом) в сочетании с конституциональными признаками (медлительный, зябкий, бледный ребёнок с лимфатическим диатезом) – *Calcium carbonicum*. Он подтверждается склонностью к потливости затылка, ночными страхами, стремлением всегда быть с матерью, экземой и склонностью к нагноению кожи, задержкой развития (ходьба, речь), склонностью к запору и непереносимости молока.

Таким образом, чтобы распознать лекарственный тип пациента, необходимо хорошо знать конституциональные средства.

В повседневной практике врачу, чаще всего, приходится подбирать лекарство по конституциональным признакам или по характерным и своеобразным симптомам, или искать лекарственное средство, патогенез которого подобен случаю *"tout ensemble"*. Когда мы говорим о лекарственном типе (например, о кашле типа *Rumex*; головной боли типа *Belladonna* и т.д.), то подразумеваем индивидуализацию нашего выбора лекарства, как бы подтверждая зеркальное соответствие между лекарством и болезнью – *подобное нужно лечить подобным*.

В настоящее время не секрет, что у детей, подверженных частым инфекциям (простудным и др.), любая из них нередко по стереотипу шаблонно лечится антибиотиками. И врач-аллопат практически не ставит перед собой вопрос, почему у данного ребёнка постоянно имеется склонность к инфекциям. С позиций *гомеопатии* причина кроется не в возбудителе, а в особенностях конституции ребёнка.

Современная медицина мало интересуется конституцией пациента, что является следствием одностороннего подхода к болезни с точки зрения органопатологии, хотя очевидно, что *факторы риска развития болезни заключаются не только в окружающей среде, но преимущественно в личностных и конституциональных особенностях больного.*

С.Ганеманн был первым, кто указал на *изменение здоровой конституции под влиянием хронической инфекции.* В раннем детском возрасте эта изменчивость особенно велика. Врождённое предрасположение и воздействие окружающей среды (экологическое, социальное, бытовое, конфликты в раннем детском возрасте и т.д.) формируют общее развитие человека, и отметины раннего возраста имеют для разных индивидумов различное значение, но они формируют конституцию человека.

С.Ганеманн опередил свое время в вопросе понимания этиологии хронических болезней (злоупотребление лекарствами, отягощённость устранимыми вредностями, хронические миазмы) и лишь новейшие исследования, доказывающие существование медленной вирусной инфекции, подтверждают его высказывание почти 200-летней давности: *“Многие хронические заболевания – следствие инфекции”.*

Словом “миазмы”, существующим в медицинской терминологии со времен Гиппократы, С.Ганеманн обозначает основу нарушения, обусловленную “заражением и наследственностью”. Постулат Ганеманна – хронические миазматические болезни возникают (закрепляются) вследствие *“заражения или наследования”.* Ганеманн описывает три основные формы хронических миазматических болезней – *псоры, сикозы, сифилис,* которые в настоящее время рассматриваются как модель типичного конституционального реагирования, т.е. отражают патологический тип реагирования и конституциональные дефекты хронически больных людей. Например, *при латентной конституциональной готовности к сикотическому типу реагирования* чёткую картину сикоза с подагрически-ревматическими жалобами или склонностью к камнеобразованию могут вызвать прививки, инъекции чужеродного белка, трансфузия крови, перекармливание белковой и углеводистой пищей, хронические воспалительные заболевания в области малого таза и др.

Описанные три формы хронических миазматических болезней не имеют нозологического и патогенетического единства, не имеют и единого, с точной характеристикой возбудителя, но зато имеют общую особенность развития: первые проявления заболевания разыгрываются на коже, постепенно заболевание распространяется через слизистые оболочки к жизненно важным органам, т.е. снаружи—внутрь.

При хронических миазматических болезнях существует феноменологическое сходство с теми инфекциями, клиническая картина которых подобна лекарственному патогенезу препаратов-нозодов: *Psorinum, Medorrhinum, Luesinum, Tuberculinum* и сопоставимыми диатезами. Знание лекарственного патогенеза нозодов необходимо врачу.

Поскольку большинство хронических заболеваний имеет свою основу в конституции больных, то они могут быть излечены только теми лекарствами, которые влияют на конституционально обусловленную готовность к заболеванию. Рекомендованные С.Ганеманном лекарства по патогенезу соответствуют феноменам многих инфекционных болезней, хотя их лекарственный патогенез намного шире и богаче и

направлен на распознаваемое в психической и соматической сферах. То есть принцип "*Similia*" остаётся неизменным.

Наиболее часто используются следующие лекарственные средства, при той или иной конституциональной готовности к определённому типу реагирования.

Psora – строительный материал организма: *Calcium, Kalum, Natrium, Magnesium, Phosphorus, Silisea, Sulfur* и их соединения и соли. Микроэлементы: *Alumina, Antimonium crudum, Arsenicum album, Barium, Cuprum, Zincum*. Растительные средства: *Lycopodium, Mezereum, Sarsaparilla*. Нозод: *Psorinum*.

Sykoze – *Thuja, Natrium sulfuricum, Acidum nitricum*. Нозод: *Medorrhinum*.

Syphilinie – *Mercur, Acidum nitricum, Aurum, Iodum, Kalium bichromicum, Kalium iodatum, Plumbum, Thallium*. Нозод: *Luesinum*.

Tuberculinie – *Phosphorus, Stannum*. Нозоды: все *Tuberculinum Nozoden*.

Псо́ра – функциональная слабость, гипотрофия, гипотония; принцип – дефицит. Состояние дефицита обусловлено нарушением усвоения минеральных веществ в процессе обмена. Дефицит эссенциальных элементов в клетках, вследствие нарушения их усвоения, ведёт к типичной симптоматике, характерной для каждого вещества. Поэтому, подбирая препарат, необходимо тщательно анализировать совокупность симптомов, чтобы распознать индивидуальное нарушение. У кровных родственников пациентов часто находят лекарственную конституцию – *Magnesium* (иногда быстро добиваемое исцеления, назначая *Magnesium*). В семейном анамнезе часто встречаются аллергические заболевания и лимфатический диатез. В биографии болезни следует выявлять феномены "подавления" (кожной сыпи, физиологических выделений и т. д.), провоцирующие реализацию реактивной готовности, вследствие которой патология смещается вглубь с развитием нарушений в дыхательных путях или заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Сикоз – гуморальные нарушения ведут к отложениям и разрастаниям: гипертрофия, гипертония; принцип – избыток. У родственников пациентов часто находят нарушения обмена веществ: заболевания опорно-двигательного аппарата, отложение камней в почках и желчевыводящих путях, повышение содержания холестерина. Сикотический тип реагирования провоцирует гонорею, хронические воспаления в области таза, значительное количество прививок, инъекции чужеродного белка, трансфузия крови, перекармливание белками и углеводами.

Си́филиний – повреждения с изъязвлением и разрушением, дистрофия, дистония; принцип – деструкция. У родственников встречаются малягномы, болезни крови, дегенеративные нервные заболевания, психозы, алкоголизм, часто попытки к самоубийству. Данный тип реагирования обуславливает врождённый или приобретённый сифилис, медленные вирусные инфекции и др. Подавление патологических выделений, язв и изъязвлений может усиливать лuesинические реакции.

Каждая из вышеперечисленных 4-х форм хронических болезней может быть отнесена к соответствующему диатезу (заложенная в конституции готовность к болезни), хотя это отождествление несколько условно, поскольку конституциональные типы в чистом виде встреча-

ются редко и процесс перехода их из одной формы в другую осуществляется плавно. Жизнь всегда в движении, поэтому чаще встречаются смешанные состояния с преобладанием признаков определённых форм: в детстве-юности чаще псорические болезненные состояния, в среднем возрасте могут быть более выражены сикотические процессы, которые в старости ведут к дегенеративным псориатическим состояниям.

Лимфатический диатез (идентичен лимфатическому или экссудативному диатезу) развивается в раннем детском возрасте на основе псорической отягощённости. Его развитие соответствует наблюдениям С.Ганеманна: сначала кожа, затем слизистые оболочки и система органов. По мнению Ганеманна, 7/10 всех хронических болезней относится к "псоре" ("внутреннее зудящее заболевание с высыпаниями на коже или без них"). Это — как бы предболезнь, предпосылка к развитию болезни. Voegeli A. (1961) обозначал "псору", как конституциональное нарушение в ассимиляции строительных минералов. Современной наукой подтверждён этот эмпирический опыт.

Дефицит эссенциальных элементов в клетках (минералов и микроэлементов), вследствие нарушения их усвоения, ведет к типичной симптоматике, характерной для каждого вещества. Поэтому при выборе препарата необходимо тщательно анализировать совокупность синдромов, чтобы распознать индивидуальные нарушения.

При гомеопатической терапии речь идет не о замещении недостающего вещества, а о регуляции первично нарушенного равновесия потенцированным лекарством, подобным по совокупности синдромов псорическому средству.

Уже на первых месяцах жизни у ребенка находят молочный струп, дерматит, интертриго (опрелость), мокнущую экзему; позднее — бронхит, рецидивирующие простудные инфекции. Развитие ребёнка часто замедленное; склонность к рахиту и спазмофилии. Лимфатическая система, которая в детстве и в нормальном состоянии очень активна, резко гипертрофирована.

Клиническая картина лимфатического диатеза: увеличение лимфатических узлов и миндалин (глоточная, язычная, нёбные, трубные — кольцо Вальдейера).

Кожа: у маленьких детей экссудативные процессы, интертриго, строфулюс (детская почесуха), позднее — шероховатая, нездоровая кожа с экземой, нейродермитом; крапивница, себоррея.

Нос: гипертрофия лимфатической ткани и набухание слизистой оболочки носа (заложенность носа); отмечается предрасположение к воспалению придаточных пазух. Отсутствие носового дыхания способствует неправильному росту зубов.

Бронхи: повышенная секреция в бронхах, бесконечные простудные инфекции.

Аллергические реакции: астма, сенной насморк, контактная экзема, предрасположенность к инфекциям и воспалению, псевдокруп.

Наиболее часто применяемые лекарственные средства: *Calcium carbonicum*, *Barium carbonicum*, *Calcium phosphoricum*, *Calcium fluoratum*, *Kalium carbonicum*, *Silicea*, *Hepar sulfur*, *Psorinum*.

Лимфатический диатез может трансформироваться в скрофулёз (молочный струп на коже лица и головы) при сильной туберкулиновой отя-

гощенности (вследствие заражения или семейного предрасположения). Эти дети нередко после прорезывания первых зубов начинают часто болеть и дают выраженные лимфатические реакции. Кроме общих лимфатических признаков бывает сильный запах изо рта, гиперсаливация, бледное с зеленоватым (синеватым) оттенком лицо, отёки, часто анемия. Бросается в глаза внешний облик ребёнка – выступающая передняя часть рта, утолщение губ (напоминает пятачок свиньи). У этих детей часто положительный туберкулиновый тест.

Наряду с указанными выше лимфатическими средствами показаны: *Mercurius solubilis*, *Mercurius biiodatus*, *Tuberculinum Koch* или *Tuberculinum bovinum*.

При *сикотической* форме конституциональных нарушений часто наблюдается *мочекислый диатез*, отличительными признаками которого являются ревматические заболевания и подагрические отложения (нервы, суставы, мышцы, сухожилия), образование камней (уратов) и воспаление мочеполовой сферы; заболевание печени и желчного пузыря (образование камней в желчевыводящих путях); нарушение обмена веществ с гиперурикемией, гиперхолистеринемией, гиперлипидемией, диабетом и, следовательно, высок риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и доброкачественных опухолей (фиброма, аденома, липома, бородавки).

Самочувствие больных, как правило, ухудшается в сырую и влажную погоду, во время пребывания во влажных климатических зонах (но не на море), при обливании холодной водой, после холодной ванны, прививок.

Наиболее часто применяемые средства: *Thuja*, *Natrium sulfuricum*, *Acidum nitricum*, *Lycopodium*, *Berberis*, *Acidum benzoicum*, *Acidum formicicum*, *Antimonium crudum*, *Sarsaparilla*, *Lithium carbonicum*, *Rhus toxicodendron*, *Colchicum*, *Dulcamara*, *Urtica urens*, *Medorrhinum*.

Дискразический диатез (относится к люзиновому кругу основных конституциональных нарушений) является конечной стадией состояний, развившихся на почве *псорической*, *сикотической* и, прежде всего, *туберкулиновой* отягощённости. На почве этого диатеза часто развиваются злокачественные опухоли, гемобластозы (лейкозы и др.), дегенеративные заболевания нервной системы (сухотка, паралич).

Наиболее часто применяемые средства: *Acidum nitricum*, *Arsenicum album*, *Carbo animalis*, *Hydrastis*, *Iodum*, *Kalium bichromicum*, *Kalium jodatum*, *Kreosotum*, *Silicea*. Тяжелые металлы: *Aurum*, *Plumbum*, *Thalium*, *Mercur*. Нозод: *Luesinum*.

Углубленное изучение конституции и диатеза позволит врачу не только понять врождённую неполноценность органов и систем, тип реагирования и предрасположенность индивида к определённым заболеваниям, но и подобрать лекарственное гомеопатическое средство, влияющее на конституциональную готовность к заболеванию. *Преодолеть склонность к хроническим болезням можно только благодаря профилактической лекарственной гомеопатической терапии, которая соответствует самой основе нарушения.*

В отношении выбора потенции гомеопатических лекарств Ганеманн писал, что её величина должна быть тем больше, чем более подобно веществу заболеванию, то есть, чем точнее совпадают спектры симптомов лекарства и болезни, тем выше должна быть потенция лекарства,

выбранного для лечения. Лекарства, подобранные по закону подобия, "... по своему гомеопатическому свойству действуют именно на те части, которые более всего подвержены влиянию естественной болезни".

Такое действие многие исследователи, проводя эксперименты на животных, называли "*парафармакологическим*" и объясняли его воздействием продуктов распада молекул.

Внедрение в медицинскую практику ЭПДФ и ТМ по Р.Фоллю и других биофизических методов позволит практическому врачу в считанные минуты безошибочно определить максимально подобное лекарство и, следовательно, получить максимальный лечебный эффект, не причиняя ущерба здоровью больного, не опасаясь побочных эффектов лекарственной терапии, столь свойственных аллопатии.

Немаловажно и то, что врач-гомеопат может большинство лекарств носить с собой в маленькой коробочке и при необходимости приготовить нужное лекарство самостоятельно (так было в старые времена), не прибегая к помощи дорогих химиопрепаратов, которые широко используются врачами-аллопатами.

Таким образом, основной принцип гомеопатии – это *принцип максимальной подобия*. Поэтому лекарственный патогенез гомеопатического средства кроме морфологических особенностей и внешних признаков (конституционально-типовые особенности) содержит много разнообразной информации: характеристику реактивных свойств организма, особенности темперамента, психических реакций, индивидуальную чувствительность к лекарствам, индивидуальные особенности протекания как настоящего, так и прошлых заболеваний, включая характер боли, влечения (например, к соли, к воде, к сладкому), биоритмы, метеочувствительность, симметричность или разносторонность поражения и многие другие черты, которые не являются болезненными, но которые необходимо учитывать при выборе лекарства. "Я не знаю, причём тут луна, но состояние больного *типа йода* ухудшается на ущербе луны" – пишет американский гомеопат Нэш. Иными словами, поиск подобия распространяется не только на место проявления болезни, но и на все без исключения проявления в организме, поскольку только оценив всю совокупность нарушений у больного и сравнив их с картиной повреждения каким-либо веществом, взятым из литературы, можно отыскать наиболее подобное и, следовательно, наиболее эффективное лекарство. Практически гомеопатический патогенез лекарства – это своеобразная формулировка показаний к применению с учётом *Ганеманновского принципа малых доз* ("... дозу следует уменьшать до тех пор, пока непостижимым образом яд не перейдет в свою противоположность и не станет лекарством") и *динамизации (потенцирования) лекарства*.

Величайшая заслуга Ганеманна состоит в том, что он ввел в медицину термин "*Гомеопатия*", доказал своей более чем полувековой врачебной практикой всеобщность принципа подобия при выборе лекарства, развил научную идею относительно закономерностей развития болезней, их лечения, связи между человеком и окружающей средой и осуществил на практике создание нового вида лекарств и фармакологии.

Существует мнение, что гомеопатию лучше использовать как монотерапию, в частности, это касается вопросов комбинирования с физио-

терапией. Наш небольшой опыт и опыт наших коллег свидетельствует о возможности использования сочетания гомеопатии с физическими факторами (в низких интенсивностях), но только под контролем ответных реакций организма на комбинированную терапию. Эта физиотерапия должна использоваться в качестве оздоровительного средства, поскольку целостная концепция точно структурированного длительного лечения предусматривает фазу физиотерапевтической реабилитации с целью добавочной активации сенсорных и ментальных процессов.

Гомеопатия прекрасно сочетается с различными видами психотерапии, фитотерапии, дыхательной гимнастикой в комплексе с медитативным расслаблением, различными видами двигательного режима и ЛФК, массажем, климатотерапией. Эффективность сочетанной терапии, как правило, повышается при санации очагов хронической инфекции и управлении симбиозом кишечника. Вопросы комбинированной терапии подлежат дальнейшему изучению и уточнению.

4.2. Гомеопатическая врачебная тактика

Повседневная работа врача-гомеопата имеет свои особенности: в начале ставится общий клинический диагноз (основной и сопутствующий) в соответствии с правилами академической научной медицины, а затем ставится, так называемый, лекарственный патогенез. Как обычно с опроса больного начинается работа врача-гомеопата, но особенность опроса заключается в том, что наибольший акцент делается на выявлении индивидуальных особенностей болезни как основной, так и сопутствующих. Гомеопату нужно выявить как можно больше деталей: выясняется отношение больного к движению, покою, холоду, теплу, времени дня и года, то есть индивидуальные биоритмы и гомеопатические модальности. В отличие от других видов лечения в гомеопатии есть преимущественно левосторонние (*Lachesis*, *Spigelia*, *Thuja*) и правосторонние (*Sanguinaria*, *Lycopodium*) средства, мужские (*Nux vomica*) и женские (*Pulsatilla*). Выясняя характер боли важно уточнить, усиливаются ли они в покое или при движении (*Bryonia*) или при движении они как раз уменьшаются (*Rhus*), уменьшение боли в тепле усиливает показания для *Arsenicum album*, а если на холоде – то для *Sulfur* или *Pulsatilla*. Гомеопат очень внимательно слушает все жалобы больного, оценивая характер и темперамент больного, индивидуальные черты его психики и делает он это исключительно с целью установления подобия и выбора наиболее подходящего лекарства. Поведение больного оценивается с первой минуты общения: слезливый больной подтверждает назначение *Pulsatilla*, сердитый или скандальный – *Nux vomica*, вязкий – *Arsen*, больной экстравертированный, склонный много говорить о своем заболевании – *Phosphor*, склонный пофилософствовать – *Sulfur*.

Переходя к анамнезу болезни, гомеопат не только анализирует историю развития того заболевания, с которым обратился больной, но непременно уделяет большое внимание всем индивидуальным проявлениям болезненных состояний в хронологическом порядке. Так формируется впечатление об эволюции болезни у конкретного больного. Картиной прошлых болезней дополняется картина подобия. Далее

опрос и поиск подобия распространяется на анамнез семьи (имеются в виду кровные родственники).

Осмотр больного и объективное изучение внутренних органов проводится гомеопатом по обычным правилам академической медицины, но с большим акцентом на индивидуальных чертах. Например, очень важен осмотр кожи больного: сухая кожа с сухими, часто чешуйчатыми высыпаниями указывает на *Arsenicum album*; грязная с краснотой и гнойными высыпаниями – *Sulfur*, сосудистые пятна – *Phosphor*, бородавки – *Thuja* и *Causticum*; пузырьчатые высыпания на коже указывает на *Hepar sulfuris*, *Rhus*, *Cantharis*; влажная эластичная кожа – *Kalium carbonicum*. Оценивается и телосложение больного: плотное с развитым костным скелетом – *Calcium carbonicum*; астеническое – *Phosphor*, *Natrium muriaticum*, *Calcium phosphoricum*; диспластическое – *Calcium fluoricum*; гиперстеническое телосложение с гипертрофическими чертами лица, избытком волос на коже у мужчин, бородавками на коже – это *Thuja*; ложное или истинное увеличение грудных желёз у мужчин – это *Conium*, *Pulsatilla*, углеродистые препараты. Цианоз губ и лица – *Digitalis*. Туп кальция – фиброзный тип, туп ликоподия – липоматозный абдоминальный тип с солевым диатезом.

Зубы – зеркало костной системы и конституции. Большие лошадиные зубы – *Calcium*; неправильное развитие и расположение зубов – *Calcium fluoricum*; зубы с черными точками – *Kreosotum*.

Не ускользает от внимания гомеопата запах больного и выражение лица. Больной, которому показан *Cantharis* – хмурый со страдальческим видом; скандальный и агрессивный – *Nux vomica*; эмоциональный – фосфорный больной.

Эта краткая схема характеризует принцип работы врача. Искусство гомеопата зависит от того, насколько у него развиты интуиция и скорость возникновения ассоциативных связей, формирующих образ больного, поскольку исцеляющее лекарство должно соответствовать умственному, духовному и физическому складу пациента.

Лабораторные и инструментальные исследования, имеющие важное значение для постановки научного клинического диагноза практически не имеют такого важного значения для постановки гомеопатического лекарственного диагноза. Обследование больного врачом, как правило завершается выбором гомеопатического лекарства. При этом картина подобия может укладываться не в одно, а в несколько гомеопатических лекарств.

При лечении острых заболеваний и обострений хронических, когда в клинической картине доминирует та или иная чёткая соматическая симптоматика, лучше использовать метод "двух подобий". Например, если у ребёнка остро протекающее заболевание не укладывается в картину типологически соответствующего лекарства, то необходимо назначить лекарственное средство, ограниченное рамками наблюдающихся нарушений, в последующем переходя к конституциональному лечению.

Определив, что при данном синдроме или заболевании могут быть назначены несколько лекарств, врач нередко останавливается на том, которое соответствует или ближе к конституциональному типу больного.

Выбор "*Similia*" у больных, страдающих хроническими заболеваниями, должен соответствовать совокупности симптомов и признаков – настоящих, биографических и семейных (развитие картины болезни),

т.е. учитываются оба фактора: инфекция (миазмы) и конституциональная отягощённость, т.к. этиология, модальности, локализация болезненного процесса находят свою реальную основу в конституции. Если при первом контакте с больным не удаётся точно поставить лекарственный диагноз и выбор лекарства не завершён, то назначают лекарственные средства в следующем порядке: *растительные средства, нозоды, минеральные соли, металлы*. И если лекарственные средства соответствуют различным конституциональным дефектам и затруднено определение основного нарушения, то лечение проводят в следующей последовательности: псора, туберкулин, сикоз, сифилиний.

В каждом конкретном случае тактика лечения будет зависеть от характера патологии, профессионализма и творческих качеств врача.

В гомеопатической практике имеет значение не только выбор лекарства, но и большую роль играет выбор разведения (потенции). Название гомеопатических лекарств соответствует химическому, ботаническому или биологическому наименованию, а цифра означает различные степени разведения. При разведении (потенцировании) жидких веществ из уртикуры (настойки, готовящейся из смеси чистого спирта с соком свежих растений или путем вымачивания растения) её на каждой ступени смешивают с веществом-носителем (вода, алкоголь, молочный сахар) посредством 10 сильных встряхиваний. Например, *Belladonna D1* – берут одну часть исходного вещества и девять частей растворителя, в результате чего получается первое десятичное разведение (потенция); *Belladonna D2* – берут одну часть первого десятичного разведения и девять частей того же растворителя и т.д.

Для приготовления гомеопатического лекарства по сотенной шкале берут одну часть исходного лекарственного вещества и девяносто девять частей растворителя: C1 – первое сотенное разведение. Подобным же образом готовят и последующие сотенные разведения.

В некоторых руководствах десятичная шкала разведения обозначается римской цифрой "X" (X1, X2, X3 и т.д.), а сотенная – цифрой без дополнительного знака.

Разведения D1, D2, D3, D6 считаются низкими, C6, C12 – средними, высокими – 30 и выше.

Выражение: "высокая, средняя, низкая потенция" – это относительное понятие, отражающее меру воздействия на больной организм. Основным принцип выбора потенции: низкая потенция влияет на органы, средняя – на их функции, высокая – на психику. Однако, выбирая потенцию лекарства, всегда следует учитывать состояние жизненных сил пациента и соответствие между клиникой болезни и патогенезом лекарства, поскольку реактивность организма в конечной фазе болезни резко снижена и поэтому потенция, превышающая C 200, может не соответствовать силам организма.

Выбирая потенцию, следует учитывать также, что для многих больных свойственен феномен *аллергических и гиперергических реакций на минимальное раздражение*, что может быть связано с вегетативной лабильностью. Поэтому больным с неуравновешенными реакциями вегетативной нервной системы следует использовать: низкие потенции – при вялых вегетативных реакциях, для лечения наружных проявлений; средние потенции – при равновесии тонуса *n. Vagus* и *n. Sympaticus*; высокие потенции – при гиперергических, аллергических реакциях, вегетативной дисфункции, а также при нервных болезнях.

Замечено, что высокие разведения лекарств дают более выраженные обострения, поэтому частота их приема должна быть более редкой – 1 раз в неделю или даже в месяц. Однако в любом случае, обострение, ярко выраженное или едва заметное из-за своей незначительности, свидетельствует о правильности выбора лекарства и обычно способствует более быстрому выздоровлению. При возникновении обострения в процессе гомеопатического лечения (ухудшение субъективного состояния больного и усиление имеющихся жалоб; появление новых болезненных явлений, которых не было ранее; возобновление патологических явлений, имеющих место в прошлом; смещение манифестации болезни в краниокаудальном направлении, от внутренних органов к покровам тела; кровотечения – носовые, маточные, геморроидальные и др.) следует изменить прежнюю частоту приёма лекарства: его на некоторое время отменяют, а при затухании обострения приём лекарства возобновляют, но в более редком ритме. Частота приёма зависит также от остроты болезни. Для ослабленных больных или в остром периоде болезни предпочтительнее более низкие разведения. Есть такое правило, что если правильно выбранное и хорошо показавшее себя лекарство перестало себя проявлять, то, прежде чем назначить другое лекарство, надо сменить потенцию уже подобранного. В Индии принято давать одно лекарство в последовательно возрастающей потенции на 1-2 приёма.

Обычно в острых случаях у детей и взрослых используют низкие потенции (Д4-Д6), при инфекциях, спастических состояниях (астма, псевдокруп) используют кумулятивную дозировку с дальнейшим потенцированием: дают однократную дозу в средней потенции (Д12, С6), а затем эти же дозы разводят 1/2 чашкой охлаждённой кипячёной воды и в течение 3 мин помешивают неметаллической ложечкой (как при сбивании сливок). Этот потенцированный интенсивным помешиванием раствор больной принимает по маленькой ложечке сначала каждые 5-10-20-30 минут и далее с более длительными интервалами в зависимости от эффекта, причём, раствор необходимо длительно держать во рту.

Детям, в зависимости от возраста, обычно на один приём назначают 1-2, 3-5 капель, 1 пилюлю, 3-5 крупинок или 1/2 косяной ложечки порошка, дозу взрослых можно незначительно увеличить.

Можно готовить лекарство в растворе: 10-15-20 капель лекарства на 1 стакан чистой воды и давать через определённые промежутки по чайной ложечке или по глотку. Если лекарство в крупинках, то берут 20-30 крупинок на стакан воды.

Стакан с лекарством нужно тщательно закрыть стеклянной пластинкой или чистой бумагой и никогда не оставлять ложки в стакане.

Крупинки и пилюли принимать сухими: положить на язык или под язык и медленно их рассасывать.

Капли: 1-2-3-5 капель на чайную ложку воды.

Порошок: 1/2 косяной ложечки насыпать на язык и запить водой.

Следует отметить, что проблема выбора дозы в естественнонаучном плане разработана недостаточно и нередко врач вынужден руководствоваться собственным опытом и наблюдениями.

Лучшее время для приёма лекарства: утром натощак, за 1 час до завтрака (до того, как больной умоется или почистит зубы) и вечером, через

1 час после еды или перед сном. Это правила следует придерживаться неукоснительно. Комплексные препараты нередко назначаются с учетом хронотерапевтической активности того или иного органа или системы.

В острых случаях, когда врач рассчитывает на быстрый эффект, предпочтительнее использовать низкие разведения при частом приёме (каждый час или 30 минут, или каждые 5-15 минут подряд 4-6 раз). В течение всего периода проведения экстренного гомеопатического лечения врач должен находиться около постели больного. Данный подход превращается в очень дорогостоящий для пациента и трудный для врача, однако для врача имеет смысл полностью погрузиться в проблемы актуального пациента, добиваясь положительного результата.

Если у больного наступило улучшение, иногда полезно отменить лекарство. Если же после этого наступило вновь ухудшение, то полученный эффект, скорее всего, специфичен и следует продолжать лечение, перейдя на более редкий приём этого лекарства и в более высоких разведениях. При хронических заболеваниях лекарство принимают 4-5-10 дней подряд, затем делают на несколько дней перерыв, наблюдая за последствием лекарства, и в случае необходимости опять его повторяют, меняя потенцию на более высокую, или назначают другое лекарство. В высоких разведениях назначают обычно конституциональные средства.

Как уже отмечалось, в практике гомеопата иногда бывают случаи "лекарственного обострения", требующие временной отмены лекарства. При дальнейшем использовании препарата, но в более высоком разведении, можно достичь хорошего результата. Снять временное ухудшение можно, назначив лекарство-антидот. Универсальным антидотом всех гомеопатических препаратов считается *камфора*.

При лечении хронических заболеваний необходима санация очагов хронической инфекции (в частности, зубов), т.к. они могут реагировать на лекарственную терапию и проявлять себя. Предварительное лечение может проводиться посредством *Arnica C6* (D12) в течение 3-5 дней по 8 капель 2 раза.

Следует объяснять пациентам отрицательные последствия от применения на фоне лечения, так называемых, домашних средств. Назначая гомеопатию, следует также учитывать влияние и последствие аллопатических медикаментов. Но не стоит их резко отменять вообще. При необходимости проводимую аллопатическую терапию (гипотензивную, антидиабетическую и др.) можно продолжить, постепенно уменьшая дозы, а затем, по возможности, отменяя вообще.

Однако желательно, чтобы другие врачи, наблюдающие больного, учитывали бы, что больной принимает гомеопатическое лечение и квалифицированно снижали бы дозу негемеопатических средств под контролем анализов и самочувствия больного. Считается спорным целесообразность сочетания гомеопатии с антибактериальной и гормональной химиотерапией. При гомеопатическом лечении улучшение субъективного состояния больного часто наступает быстрее, чем изменяются данные объективного обследования, поэтому, несмотря на улучшение самочувствия, обычно не следует считать лечение завершённым.

Рекомендации по регуляции питания и образа жизни должны быть разумными и индивидуальными с учётом модальностей. *Неправильная диета* способна свести на нет даже экстренное гомеопатическое

лечение, поэтому во время лечения необходимо исключить из рациона больного (хотя бы на несколько часов при экстренной терапии) следующие продукты: свиное мясо, копчёности, солёности, колбасу, мясо гусей, уток, кур, солёную и копчёную рыбу, сало, старый сыр, все жирные продукты и продукты, содержащие острые приправы, сладкие и жирные кондитерские изделия, все виды орехов, крепкий кофе и чай, спиртные напитки, минеральные воды и лимонад, уксус, грибы, призовые пряности, горчицу, редиску, хрен, петрушку, перец, цитрусовые.

Необходимо иметь в рационе: овощи (картофель, капуста, бобы), свежий сыр, свежее сливочное масло, яйца всмятку, фрукты (слива, груши, персики, яблоки, изюм), ягоды (малина, смородина и все лесные), супы из постной говядины с лапшой, бобовыми и рисом, молоко, можно детский шоколад без добавок – разумеется с учётом переносимости перечисленных продуктов.

Во время гомеопатического лечения больному не только нельзя курить, но и находиться в накуренной комнате.

До и после приема лекарственных средств нельзя применять зубную пасту – зубы следует чистить только водой и зубной щёткой.

4.3. Гомеопатическое лекарствоведение

Вся классическая гомеопатическая фармакология построена на веществах естественного происхождения, лечебное действие которых объясняется эффектом *потенцирования и применением по законам гомеопатии*. Сырьём для приготовления гомеопатических препаратов служат вещества *минерального, растительного и животного происхождения*. Из аптеки гомеопатические препараты выдаются в форме жидкостей (*dilutio*, сокращенно *dill.* или *gtt.*), крупинок (*granulae*, сокращенно *gran.*), порошков (*trituration*, сокращенно *trit.*), мазей (*unguentum*, сокращенно *ung.*), жидкостей для растирания или масел (*opodeldok*, *oleum*, сокращенно *opot*, *ol.*).

По современным представлениям, гомеотерапия – это регулирующая терапия, цель которой – воздействие на центральные механизмы саморегуляции с помощью лекарств, подобранных строго индивидуально с учётом всех реакций больного. Гомеопатическое лекарство оказывает воздействие не на проявление болезни, а на “почву”, на которой болезнь возникла.

В контексте биофизической модели, болезнь можно рассматривать как нарушение центральной управляющей и поддерживающей жизнь энергии. Каждый живой организм в соответствии с внутренним законом жизни стремится к поддержанию равновесия, что обеспечивается соответствующими реакциями на внешние и внутренние раздражители. При нарушении механизмов саморегуляции лечение должно быть направлено на помощь “внутреннему врачу”, помогающему самоизлечению организма. В этом аспекте, гомеопатия – это помощник самопомощи организму, главная цель которого активизация механизмов саморегуляции и самоизлечения. Управлять саморегуляцией можно только с учётом исходного состояния конкретного больного.

Любой больной человек предстает перед врачом как личность, личность индивидуальная в единстве ума, души и тела. И если классическая медицина рассматривает процессы саморегуляции как преимущественно физиологические явления, то на личностном уровне каж-

дый симптом, каждое проявление болезни приобретает особый, более глубокий смысл.

Ганеманн С. и его последователи считают, что каждый симптом – это проявление реакций целого организма (объективные данные дают возможность определить болезнь как нозологическую форму, субъективные – позволяют заглянуть вглубь), но лишь совокупность симптомов отражает целостный ответ организма на болезненный фактор.

Понятие “симптом” в гомеопатии включает не только проявления болезни, которые беспокоят больного, и не только те структурные изменения, которые можно выявить в процессе клинического обследования, но и те особые индивидиуальные признаки, присущие конкретному больному и напрямую не связанные с самой болезнью.

Среди симптомов, с учётом которых осуществляется подбор гомеопатического лекарства, различают следующие:

1. *Общие симптомы* – малоценные, присущие многим средствам, например, вроде “усталости, разбитости, головной боли” и т.д.

2. *Характерные симптомы*, т. е. присущие тому или иному средству, например, “боязнь высоты”, “беспокойство и страх в полночь” и т.д.

3. *Редкие и своеобразные*, так называемые “*странные симптомы*”, например, “потребность чрезмерно солить пищу”, “свойство всякий раз пугаться и вскрикивать при неожиданном звуке”, “особенности болей, стула, менструаций” и т.д.

4. *Главные симптомы* лекарственного средства, совершенно подобные симптомам болезни пациента.

Рассматривая организм как целостную систему и воздействуя на совокупность симптомов подобно действующим средством, можно добиться нормализации функций организма, поскольку именно это средство будет стимулировать защитно-приспособительные механизмы.

Следующая задача, стоящая перед врачом – это выбор дозы (потенции) лекарственного средства. Больные ткани по сравнению с окружающими здоровыми обладают повышенной чувствительностью к действию “подобного лекарственного средства”. Как показывают исследования, патологически изменённые ткани находятся в разных формах парабиоза – от слабого возбуждения до запредельного торможения. Антипарабиотическими, в таких случаях, являются дозы лекарств намного меньшие минимальных, но все же дающие физиологический эффект. Эмпирический опыт, подтверждающий получение достоверного терапевтического эффекта под влиянием субминимальных доз лекарственного средства, положен в основу фармакологического принципа гомеопатии: “действуй на подобное подобным, но в очень малых дозах”. Реакция организма на очень малые дозы объясняется тем, что организм является саморегулирующейся системой к факторам, способствующим нормализации физиологических процессов, протекающих в нем.

Считается, что низкие дозы применяются при острых поражениях, при хронических – более высокие. Считается также, что низкие разведения следует давать при органических поражениях, промежуточные – при функциональных, а самые высокие – при психопатологических симптомах.

Самое важное и привлекательное в гомеотерапии – это возможность “лечить больного, а не болезнь”, руководствуясь важным посту-

латом Ганеманна: “Высочайшим идеалом лечения является быстрое, мягкое, стойкое восстановление здоровья или полное устранение и истребление болезни надёжным и безвредным путём на рациональной основе”. Ниже, приводится, в качестве иллюстративного примера, лекарственный патогенез некоторых гомеопатических средств, составленный преимущественно по книгам: Г. Кёлер (1988), А. фон Гергардт (1993), Ж. Шаретт (1998),

ACONITUM **(борец ядовитый)**

Aconitum – самое лучшее средство при острых воспалениях, приливах крови и артериальных гиперемиях; это превосходное противовоспалительное средство, но только в начале воспаления (период формирования) до появления транссудата, гепатизации или изменения ткани.

Модальности

Ухудшение: после пребывания на сухом, холодном ветру; ночью около полуночи.

Улучшение: после потения; от отдыха; от вина или стимулирующих продуктов; на свежем воздухе.

Преобладающая сторона: левая.

Характерные симптомы

Крайнее беспокойство и возбуждение с сильной тоской и страхом (такое состояние наблюдается при некоторых сердечно-сосудистых, эндокринных заболеваниях, тяжелых воспалительных лихорадках). “Постоянный непостижимый, необъяснимый страх”; страх “как бы чего не случилось”, “боязнь переходить улицу”, “находиться среди малознакомых людей”.

Ухудшение симптомов: боль, тоска и т.д., особенно ночью, после полуночи. Выраженность симптомов, которые появляются внезапно и развиваются с большой скоростью.

Главные показания

Воспалительные лихорадки, сопровождаемые сухим жаром, жаждой, при горячей сухой коже и красном лице. Бред.

Бронхиты, плевроиты с характерной для *Aconitum* лихорадкой; переохлаждение как причина болезни.

Насморк с мучительной сухостью в носу, с сухостью и ощущением жара в коже и отливом крови от периферии к центру.

Ангину с лихорадкой, жжением, багровым зевом, возбуждением и тоской.

Кашель – обычно сухой и отрывистый, свистящий как при крупе. Усиливается к вечеру, ночью от сухого холодного ветра или сквозняка, курения, питья. Сопровождается одышкой, острыми болями, лихорадкой, возбуждением и тоской. Мокроты нет или отделяется незначительное количество вязкой слизи.

Головная боль. Конгестивная головная боль с ощущением полноты, словно тяжесть давит на голову в области лба. Головная боль с чувством жара, тяжести, пульсации, раскалывания, после простуды или пребывания на солнце. Ощущение прилива крови с сильным жаром; сопровождается сильным сердцебиением, пульсацией височных артерий, лихорадкой, тоской, страхом.

Носовые кровотечения с повышением АД.

Кровохарканье с беспокойством и страхом.

Ларинготрахеит *Aconitum* – это нередко следствие охлаждения без испарины. Это простуда во время пребывания в холодных помещениях. Вот почему для детей, которые часто простужаются при беготне с испариной больше подходит *Belladonna*.

Простудные лицевые невралгии – (главным образом у людей, склонных к приливам и полнокровных) с сильным приливом крови к пораженной области (обычно к лицу), с последующим покраснением и опуханием (чрезвычайно резкие боли с чувством ползания мурашек и онемением).

Ревматизм. *Aconitum* – главное средство при остром суставном ревматизме, при местных острых проявлениях ревматического диатеза во время лихорадочного периода.

Болезни сердца. Аортит и начальные стадии эндокардита, перикардита и артерииты с повышением давления. Сердцебиения с чувством тоски. Приступы резких болей, отдающих в левую руку и сопровождающихся ощущением онемения и ползания мурашек в пальцах.

Повышение кровяного давления без органических повреждений. Ничто не сравнится с *Aconitum* по скорости действия в случаях резкого подъема АД.

Тяжелая желтуха. В патогенезе *Aconitum* есть симптомы тяжелой желтухи (желтушное окрашивание кожи, геморрагии, лихорадка). Но *Prosphorus* воспроизводит эти симптомы еще лучше, поэтому эти два средства против тяжелой желтухи.

Резюме. *ACONITUM* – важное средство при сильных, с острым началом застойных процессах, сопровождающихся тоскливостью, возбуждением и повышением температуры. Важнейший характерный признак – физическое и психическое возбуждение. При всех заболеваниях после пребывания на холоде и, особенно, на холодном ветру нужно думать об *Aconitum*, как о первом средстве при воспалительных лихорадках с ознобом и онемением.

ARGENTUM NITRICUM **(азотнокислое серебро, ляпис)**

Модальности

Ухудшение: от жары; сахара и сладостей; во время менструаций.

Улучшение: на свежем воздухе, когда ветер дует в лицо.

Преобладающая сторона: левая.

Характерные симптомы

Общая слабость дрожание и атаксия, голокружения.

Сильное влечение к сладостям и сахару.

Ощущение увеличения в объеме различных частей тела (головы при головной боли и т.д.).

Боль как от занозы в различных частях тела, но особенно в горле и области матки. Изъязвление слизистых оболочек и слизисто-гнойное истечение из воспаленных и изъязвленных слизистых.

Боли – всегда усиливаются от тепла, нередко сопровождаются слабостью и дрожью и двумя характерными симптомами: ощущением распухания большой части и занозы, засевшей в пораженной области. Сильное давление и тугая повязка уменьшают боль.

Стул – испражнения всегда зеленоватого цвета (иногда зеленеют на белье), разбрызгиваются в стороны и сопровождаются громким выделением зловонных газов.

Понос часто появляется после употребления сладостей, питья, во время сборов на какое-то собрание, начинается почти мгновенно и опорожняется тотчас. Это наиболее характерный тип нервного поноса.

Менструации – нерегулярные, то обильные, то скудные, но кровь выделяется всегда “черными сгустками”. Ухудшение общего состояния в период менструации – разного рода болезненные ощущения, диспепсические расстройства, может появиться кровяная рвота из-за изъязвления желудка.

Главные показания

Атаксия. Чрезвычайная слабость, упадок сил, дрожание, сопровождающееся общим упадком сил, головокружением. Средство полезно при двигательной атаксии.

Эпилепсия (припадки от испуга, ночью, во время менструации).

Головная боль. Сильная пульсация, приливы крови к голове с биением шейных артерий. Боль с ощущением распухания мозга (после продолжительной умственной работы). Головная боль часто появляется в виде правосторонней мигрени, часто заканчивается рвотой.

Лицевая невралгия (особенно при поражении подглазничных и зубных нервных ветвей).

Амавроз истерический (внезапная слепота с сохранением рефлекса зрачка). Кожица на глазу (мясистый, крыловидный пучок на роговице); слезотечение; продолжительные глазные воспаления; пятна и язвы на роговой оболочке; куриная слепота. Гнойные заболевания глаз.

Зуд в носу; нарывание слизистых оболочек носа; истечение гноя (иногда с кровью).

Молочница.

Заболевание гортани. Хроническая хрипота, появляющаяся ночью, сопровождающаяся по утрам симптомами со стороны глотки и выделением слизи, что заставляет больного кашлять с отплевыванием мокроты. Гортанная чахотка. Хроническая хрипота у певцов – “высокие ноты вызывают кашель”.

Язва желудка. Жесточкая гастралгия: распространение боли от желудка во все стороны. Коликообразные боли в животе.

Сужение мочевого канала. Мочеиспускание с кровью.

Чесоточные сыпи; бородавки на коже.

Резюме. *ARGENTUM NITRICUM* глубоко поражает нервную систему, что вызывает нарушение физического и психического равновесия: страхи, порывы, тревоги, общая слабость с дрожанием, головокружение, эпилепсия, атаксия. Раздражает слизистые оболочки, воспаляет и изъязвляет их, особенно слизистые желудка и кишечника.

ARNICA

(горный баранник, баранья трава)

Одно из основных средств для лечения травм и их последствий.

Модальности

Ухудшение: при малейшем прикосновении. Усиление страданий от холода; разговора; движения; шума.

Улучшение: вытянувшись с низко лежащей головой.

Характерные симптомы

Ощущение разбитости, расшибленности, болезненности.

Чрезмерная чувствительность во всем теле: постель кажется слишком жёсткой, невозможно носить одежду, туго стягивающую грудь и живот.

Приливы крови к голове с жаром, тогда как остальные части тела остаются холодными. Кровоподтёки появляются при малейшем прикосновении.

Гнилостный запах: от дыхания, отрыжки, стула, пота.

Боли – похожи на те, которые бывают после побоев – все тело болит. Это ощущение боли особенно часто наблюдается в области матки, где ощущение ушиба и раны мешает держаться прямо при ходьбе.

Боли усиливаются вечером и ночью.

Стул – темно-коричневый, сопровождающийся коликами вследствие вздутия живота и отхождения газов с запахом тухлых яиц (Sulfur). Непроизвольный стул ночью во время сна, или во время глубокого оцепенения, сопровождающийся произвольным мочеиспусканием.

Менструации – намного раньше срока, обильные, со сгустками, ярко красного цвета. Во время менструации голова горячая, тело и конечности холодные.

Главные показания

Травматизм недавний или давний и даже его отдаленные последствия: мигрени после ушиба головы, диспепсические расстройства после удара в живот, недержание мочи после оперативного вмешательства или падения и т.д.

Рубленые, рваные, огнестрельные раны и разрывы тканевых волокон; изъязвленные места на коже, пролежни; кровоподтёки.

Следы ужаления насекомых. Тетанические судороги и конвульсии после повреждений.

Миалгии – боль после чрезмерной физической нагрузки здоровых или ослабленных мышц. Боль в боку из-за переутомления мышц или при движении.

Гипертрофия сердца. От физических упражнений, расширение сердца у атлетов.

Головная боль. Ощущение давления, как после ушиба мозга, с головокружением, с колющим в области лба.

Лихорадка с краснотой лица и жаром в голове, причем остальное тело холодное; озноб как только немного приоткрывается одеяло. Сильная жажда даже перед ознобом. Ощущение, словно тело обито холодной водой. Травматическая лихорадка.

Кашель после перенапряжения голоса с отхаркиванием яркой пенистой крови со сгустками.

Кашель по ночам или после слез.

Кровохарканье после сильного кашля.

Хрипота при переутомлении голосовых связок.

Фурункулы, особенно, когда они мелкие, многочисленные и сопровождаются жаром и зудом.

Гнилой или горький вкус во рту, отвращение к пище, особенно к мясу и мясному бульону.

Рвота темной, свернувшейся кровью.

Мочеиспускание во время ночного сна. Бурная моча кирпичного цвета с осадком. Бессознательные дефекации во сне.

Резюме. *ARNICA* является ценным средством при травматизме и всех его более или менее отдаленных последствиях. Ее главная характеристика – это ощущение болезненности и расшибленности как после побоев. Она также очень полезна при заболеваниях, вследствие перенапряжения и утомления органов, в частности, при сердечных заболеваниях у спортсменов.

ARSENICUM ALBUM (белый мышьяк)

Модальности

Ухудшение: после полуночи от часа до трех ночи; от холода; от физической нагрузки.

Улучшение: от тепла, от всего теплого; на свежем воздухе; после сытной еды.

Преобладающая сторона: правая.

Периодичность: каждый 2-й или 4-й; 7-й или 14-й день (широко используется при болотных лихорадках).

Характерные симптомы

Тоскливость и возбуждение всегда бывают после полуночи.

Сильнейший упадок сил, нередко несоответствующий тяжести болезни, с головокружением, насморком, рвотой и т.д.

Периодичность появления симптомов, продолжительность которых тем длиннее, чем больше давность заболевания.

Последовательность болезненных проявлений: астма после исчезновения экземы или коревой сыпи; желудочные расстройства, симулирующие язву желудка, после подавления сыпи какой-либо мазью. Необыкновенная жажда: пьет часто, понемногу, предпочитает холодную воду, хотя она вызывает ухудшение, а облегчает тепло.

Боли – жгучего характера, их часто сравнивают с болями от укола раскаленной иглой или от горячих углей, часто сопровождаются отёками, тоскливостью, возбуждением или отчаянием. Холодные примочки на короткое время облегчают боли, но затем наступает ухудшение.

Главные показания

Большой упадок сил; холод; чрезвычайно тревожное состояние, уныние, боязливость.

Головная боль. Боли стучащего характера преимущественно во лбу, над переносицей, над левым глазом; тяжесть головы; сильная мигрень (ночные головные боли всегда заставляют думать об этом препарате).

Боль волос и кожи на голове; струнья на голове.

Осунувшееся, бледное, землистого цвета лицо, синева под глазами.

Лихорадка перемежающаяся, без жажды при ознобе. Ярко выраженная периодичность и упадок сил. Палящий жар с сильной жадой (больной пьет часто, но понемногу).

Насморк – водянистый, незначительный, разъедающий, с чувством жжения на верхней губе.

Астма (основное средство), особенно после исчезновения сыпи. Пенистая, похожая на сбитый яичный белок, мокрота. Усиление симптомов и беспокойство ночью, чувство жжения в груди.

Кожа – все сыпи, сопровождающиеся зудом и жжением, успокаивающиеся от тепла.

Плеврит (особенно при склонности к обморокам).

Пневмония с сильной лихорадкой, большим упадком сил и ночным возбуждением.

При болезнях органов дыхания – острая, иногда жгучая боль в верхней трети правого лёгкого, на уровне 3-го межреберного промежутка.

Острый гастроэнтерит (желудок раздражен, любое количество питья или пищи вызывает боли, или немедленную рвоту, понос, или то и другое вместе).

Желудочные боли у страдающих женщин.

Тяжелые формы дизентерии (в начальном периоде).

Наружные геморроидальные шишки.

Гломерулонефрит. Общая водянка, отёк, одутловатость, белок в моче, бледная восковидная кожа, истощающий понос, чувство жжения и жажды. Это лучшее средство при хроническом гломерулонефрите.

Кожные заболевания (все сыпи, сопровождающиеся зудом, жжением и облегчением от тепла): язвы (в том числе и раковые), жгучие как огонь, с синеватым дном, черные или сальные, легко кровоточащие, со зловонным выделением; гангрена (особенно сухая старческая); сибирская язва; экзема (хуже зимой); чешуйчатый лишай; произвольные кровоизлияния, пурпура, при тяжёлых заболеваниях.

Холера.

Тиф.

Заболевания кровеносной системы, аортит.

Резюме. *ARSENICUM ALBUM* глубоко действует на все органы и ткани. Главные симптомы для применения средства: возбуждение, усиливающееся ночью, сильная слабость после любого движения. Жгучие боли, улучшающиеся от тепла; неутолимая жажда. При назначении нужно помнить о чередовании болезненных проявлений с различными кожными сыпями.

BELLADONNA

(красавка)

Особенно полезное средство для полнокровных людей, предрасположенных к головным и мозговым страданиям.

Модальности

Ухудшение: от малейшего внешнего раздражения; шума; света; толчка; прикосновения, даже от сотрясения; от струи воздуха, от холода; в 3 часа дня, в 11 часов вечера, после полуночи.

Улучшение: от жары, в теплой комнате, в покое.

Преобладающая сторона: правая

Характерные симптомы

Приливы крови к голове с краснотой и одутловатостью лица, налитые кровью глаза, пульсация сонных артерий. Больной часто закидывает голову назад, т.к. малейший наклон вперед усиливает боль и прилив крови.

Гиперестезия и обострение всех видов чувствительности. "Не дотрагивайтесь, доктор, до кровати", — обычно говорят больные при приближении врача.

Исключительная сила проявления всех симптомов: внезапно, сразу очень выраженно, всегда вместе с активным приливом крови к голове или острым воспалением. Сухость слизистых оболочек настолько сильна, что трудно говорить и глотать.

Кожа равномерно красная, гладкая, блестящая, горячая, что дает ощущение ожога при прикосновении. Чувствительность живота, усиливающаяся от малейшего движения.

Резкая боль в правой подвздошной области: не может переносить даже лёгкого прикосновения одеяла.

Давление на низ, как будто содержимое брюшной полости выйдет наружу через влагалище (этот симптом выражен у *Sepia*), усиливается симптом по утрам.

Судороги, дрожание, подергивание, спазмы во сне и при засыпании.

Сонливость и невозможность заснуть.

Боли жестокие, внезапно появляющиеся и столь же внезапно исчезающие, стреляющие или сверлящие, заставляющие гнуться в сторону боли, чтобы прижать больное место. Невралгические боли производят впечатление настоящего тика. Воспалительные боли всегда сопровождаются общим или местным жаром, причем жар не только субъективен, он реален, но, несмотря на жар, больной просит, чтобы его тепло укрыли, т.к. холод ухудшает его состояние.

Стул. Запор и понос: тенезмы, сопровождающие и то и другое, кишечник спастически сжат.

Менструации. Слишком обильные и преждевременные, кровь горячая, то ярко красная, то с черными сгустками.

Главные показания

Внезапность заболевания с острым бурным началом, обычно сопровождается приливом крови к голове и лицу, с сильной пульсацией сонных артерий, с бредом. Болезненное ощущение теплоты.

Ограниченный воспалительный процесс часто распространяется кругообразно — голова, горло, грудь, и т.д. При болезнях детей *Belladonna* соперничает с *Chamomilla*: заболевание наступает почти без предвестников, всегда наблюдаются мозговые симптомы.

Заболевания мозгового происхождения, т.е. вследствие охлаждения, промокания или перегрева головы могут поражаться колени или ступни ног, т.е. симптомы спускаются, в то время как болезни *Aconitum* или *Pulsatilla*, вызываемые охлаждением ног, могут перейти на голову, т.е. подняться. При *Rhus* же симптомы локализуется в тех местах, которые были промочены.

Острый маниакальный бред, инфекционные лихорадки. Крайнее возбуждение, больной неистовствует, крайне болтлив, а т.к. ему мерещатся всякие приведения, чудовища, то всегда старается соскочить с постели и убежать из комнаты.

Судороги у умственно развитых и нервных детей, во время прорезывания зубов, обычно сопровождаются приливом крови к голове и носят эпилептиформный или хореовидный характер.

Хорея – это "мускульное помешательство", имеет такое же отношение к двигательным центрам, как бред к психическим.

Эпилепсия – припадок начинается с ощущения ползания в членах или с чувства жара, поднимающегося от желудка, или припадок состоит из музыкальных, или зрительных галлюцинаций.

Корь. Свинка. Золотушные заболевания.

Острая ангина и воспаление миндалин особенно в случаях с сильным жаром, болью при глотании, красным лицом и головной болью – *Belladonna* является высокоспецифичным средством.

Начало катара дыхательных путей с воспалением глотки после охлаждения потного тела.

Коклюш – в начале спазматического периода, кашель чаще ночью, вызывается малейшим движением.

Кашель – сухой, прерывистый, судорожный, лающий, приступообразный, усиливается около полуночи. Признаки мозговой гиперемии: жар, жажда, кровотечение из носа и гиперемия глаз. Сжимающая боль в горле при кашле и при глотании, блестящая краснота глотки и нёбного язычка. У детей кашель короткий, непрерывный, приступами, угрожающим удушьем, ярко красное опухшее лицо. Приступы кашля заканчиваются чиханием. При выслушивании: жёсткое бронхиальное дыхание, позднее сухие хрипы, сильный прилив крови к лёгким.

Лихорадка. Озноб с сильным похолоданием и бледностью лица, с последующим жгучим жаром и покраснением, и опуханием лица, частый и твердый пульс. Общий обильный горячий пот, особенно на шее.

Скарлатина. *Belladonna* настолько покрывает все симптомы скарлатины, что является основным лекарством при этой болезни.

Начало воспаления почек – боль в пояснице, кровавая моча.

Недержание мочи – ночное и дневное; частое и обильное выделение светлой мочи.

Конгестивная головная боль. Пульсирующая боль и жар, чувство полноты, особенно во лбу, вследствие прилива крови к мозгу. Рвущие, стреляющие боли. Сильная боль часто заставляет больного бредить. Ухудшение от малейшего шума и движения. Нервная головная боль односторонняя, больше справа, усиливается в период от 16 ч дня до 3 ч ночи.

Экзофтальмический зоб. Учащенный пульс, сильное сердцебиение, пульсация артерий шеи и головы, экзофтальм и расширение зрачков. Назначать следует в течение длительного времени курсами по 6-8 дней с такими же промежутками.

Рожа обычная (не пузырчатая).

Эритема, особенно от воздействия солнечных лучей.

Гастралгия, усиливающаяся от малейшего прикосновения и движения; спазмы желудка.

Ревматизм. Стреляющие боли; суставы опухшие, блестящие, красные, от воспаленного сустава распространяются красные полосы.

Резюме. *BELLADONNA* – средство для острых, внезапно и бурно развивающихся болезней с приливом крови и высокой температурой. Она входит в число основных противовоспалительных средств, часто используемых при лечении детей. Это важное средство для лечения психических заболеваний.

BERBERIS VULGARIS **(барбарис обыкновенный)**

Совокупность симптомов *BERBERIS* соответствует клинике артрита, ревматизма, подагры. Больные часто с чувством слабости в спине; бледное, с землистым оттенком лицо, впалые щёки, ввалившиеся, окруженные синевой глаза.

Модальности

Ухудшение: от движения; любого сотрясения; ходьбы; поездок в транспорте.

Улучшение: в покое.

Преобладающая сторона: левая.

Характерные симптомы

Различного рода болезненные ощущения и болезненная чувствительность в области почек и поясницы.

Люмбаго с болями иррадирующими в ноги; красный песок в моче. Неудержимые позывы к мочеиспусканию с жжением и болями, иррадирующими в спину и конечности.

Боли различного характера, но их главная характеристика – блуждающие и иррадирующие. Эти боли усиливаются от движения, ходьбы, сотрясения, как и боли *Belladonna*.

Менструации – скудные, с колющими и жгучими болями в области заднего прохода и влагалища.

Моча также изменчива как и болезненные проявления этого средства: красная, кровянистая, "мутная с густой слизью и кирпично-красным осадком или желтая с прозрачным желеобразным осадком".

Главные показания

Почечная колика – усиливается от движения, давления, чаще локализуется в левой стороне, в левой доле печени или под ложными ребрами слева, около белой линии живота. *Berberis* лучшее средство для лечения почечно-каменной болезни, с ее приступами и геморрагическими осложнениями.

Поясничная боль при подагре. Всякое движение усиливает боли.

Экзема со жгучим зудом, усиливающимся при чесании и облегчающимся от холодных компрессов; сыпь более выражена на тыле кистей рук и в области заднего прохода.

Трещины заднего прохода с сильным жжением, частные постоянные позывы на стул.

Фистулы заднего прохода, особенно туберкулёзного происхождения.

Плоские бородавки.

Резюме. *BERBERIS* следует применять при камнях в печени и в почках, а также при характерных болях: блуждающих и иррадирующих.

BRYONIA ALBA **(белый переступень)**

Больной типа *BRYONIA*, часто страдающий болезнями печени, с желтушным цветом кожи, легко раздражающийся. Как правило, худой, тощий. Он особенно чувствителен к холодной сырости. *Bryonia* действует сильнее всякого другого средства на серозные и синовиальные оболочки и внутренние органы, которые они покрывают.

Модальности

Ухудшение: от движения; в теплой комнате; вечером или при пробуждении ото сна.

Улучшение: в покое; в пасмурную погоду, всегда улучшает состояние сильное и широкое давление на пораженное место.

Характерные симптомы

Чрезвычайная сухость слизистых оболочек.

Прогрессирующая апатия, доходящая до оцепенения.

Тепло облегчает все симптомы, кроме головной боли.

Область воспаления крайне чувствительна к прикосновению, но наблюдается улучшение от сильного давления.

Боли быстро появляющиеся, часто перемежающиеся, иногда стреляющие вдоль нервных стволов. Боли чаще локализируются справа и всегда усиливаются при малейшем движении. Поэтому движения глазных яблок резко усиливают головную боль *Bryonia*. Улучшение в покое, от сильного давления (больной *Bryonia* всегда лежит на больной стороне), от холодного питья и холодных компрессов (холод – существенная причина болей субъекта *Bryonia*).

Менструации – преждевременные, обильные, иногда замещаются викарными носовыми кровотечениями или их отсутствие вызывает сильную головную боль.

Главные показания

Экссудативный плеврит с сильными колющими болями в боку. Колющие боли в боку при сухом плеврите, особенно правостороннем.

Пневмония, особенно если боль в боку выше в очагах воспаления, можно чередовать ее с *Phosphorus*, *Ipecacuanha*, если преобладают бронхиальные явления, с *Arsenicum* – при сильной слабости.

Астма, сопровождающаяся рвотой и колющим в боку.

Бронхит – особенно в начальной стадии заболевания. Щекотание в месте разветвления трахеи особенно указывает на это средство.

Желтуха. Отсутствие аппетита и отвращение к пище; горький желчный вкус во рту, тошнота и рвота горькими веществами, рвота желчью.

Болезнь пищеварительного тракта; судорожные боли в желудке.

Ревматизм: острый ревматизм; суставной, мышечный ревматизм, белая опухоль колена. *Bryonia* после *Aconitum* лучшее средство при остром ревматизме.

Невралгии и невриты. При шейно-плечевой невралгии (на *Bryonia* указывает выраженная ригидность мышц затылка и шеи). Межрёберная невралгия. Ишиас (даже в хронических случаях с мышечной атрофией).

Мастит, особенно у кормящих женщин, с прекращением выделения молока и воспалением железы. Груды бледные, горячие и твёрдые, болезненно малейшее движение.

Перитонит особенно при аппендиците. Хорошо действует чередование *Bryonia* с *Belladonna*.

Лихорадка, как при воспалении и, особенно, при пневмонии – потрясающий озноб, тошнота во время озноба; жгучий жар, покраснение лица (одна щека окрашена больше другой); томительная жажда, обильный горячий пот с кислым запахом.

Конгестивные головные боли. Ощущение давления изнутри наружу, “как будто голова готова лопнуть”, ухудшение при любом движении, кашле, чихании, глубоком вдохе, после еды, в тепле. Первое малейшее движение утром может вызвать мигрень, усиливающуюся вечером.

Кашель частый с лёгким отхаркиванием из-за щекотания в горле, вызывающий колюще в боку, которое больной облегчает давлением руки во время кашля.

Резюме. *BRYONIA* вызывает воспаление серозных оболочек и органов ими покрытых, вызывая выпоты (плеврит, синовит и др.) и приливы крови (пневмония). Слизистые оболочки остаются сухими. Колющие, рвущие боли, усиливающиеся при движении и ослабевающие в покое – главная характеристика данного средства.

CALCAREA CARBONICA (углекислая известь, устрица)

Главное средство при заболеваниях кожи, желез, костей; при нарушении процессов ассимиляции, в результате чего развивается скрофулоз, рахит и туберкулез.

Модальности

Ухудшение: от холода, сырости и во время полнолуния.

Улучшение: в сухую погоду.

Преобладающая сторона: правая.

Характерные симптомы

Чувство холода в различных частях тела, особенно в правой половине головы, настолько сильное, словно на голове лежит кусок льда. Ощущение внутреннего холода. Постоянная зябкость, слегка холодный воздух кажется пронизывает насквозь.

Чувство слабости, изнурения без всякой причины или даже после лёгкого физического упражнения.

Повышенная кислотность – кислый вкус, кислая отрыжка, кислая рвота, кислый стул. Очень плохо переносит молоко, оно часто вызывает крапивницу.

Постоянное расширение зрачков.

Чрезмерная потливость головы.

Отвращение к мясу, но повышенное пристрастие к сладостям и несъедобным вещам – мелу, углю, графиту.

Боли – всегда сопровождаются чувством местного или общего холода и всегда усиливаются от обмывания холодной водой.

Менструации – преждевременные, обильные, продолжительные.

Главные показания

Скрофулоз (в начальном периоде). Увеличение и тупая боль во всех лимфатических узлах, мокнущая импетигиозная и гранулёзная экзема, блефарит, хронический насморк, боли. Наличие боли в области шейных позвонков (в более позднем периоде).

Рахит у детей, у которых поздно прорезываются зубы, и которые поздно начинают ходить; наблюдается медленное зарощение родничков, крупноголовость; голова легко потеет; моча с беловатым осадком; слабость и атрофия.

Туберкулёз (действует, в основном, на верхнюю и среднюю доли правого легкого). Кашель с отхаркиванием по утрам густой гнойной мокроты, исхудание, слабость, потливость; подавленное психическое состояние.

Диффузные бронхиты мелких разветвлений бронхов с угрозой перехода в хроническую форму. В этих случаях наблюдается 2 характерных симптома: обильное потение головы и похолодание ног.

Головная боль с тошнотой, отрыжкой и чувством ледяного холода внутри и на

поверхности головы (усиление боли от умственной работы, физических усилий и алкоголя).

Головокружение при резком вставании или поворачивании головы (даже в покое), при подъеме по лестнице.

Эпилепсия с головокружением, с помрачением сознания, с падением, бессознательным состоянием, с ипохондрическим синдромом, с ослаблением памяти и умственных способностей.

Боязнь открытого пространства.

Хроническая невралгия тройничного нерва с болью, начинающейся в правой половине подбородка и распространяющейся к уху.

Болезни глаз. Бельмо и язвы роговицы. Хроническое расширение зрачков. Катаракта. Фистула слезного мешочка. Боль в глазах от света. Подергивание век. Дальнозоркость. Зоб.

Расстройства пищеварения у детей.

Кислый стул с непереваренной пищей и очень сильным запахом.

Атресия. Особенно у детей с признаками кишечной кахексии из-за плохого питания и ухода.

Камни в печени.

Резюме. Недостаточность процессов ассимиляции – главное показание *CALCAREA CARBONICA*. В частности, она соответствует субъектам золотушного типа. Характерные симптомы средства: сильная чувствительность к холоду, частое потоотделение, чувство слабости и истощения, обильные менструации.

CARBO VEGETABILIS **(древесный уголь)**

CARBO VEGETABILES – последний препарат, который гомеопат дает больному, чтобы вырвать его из когтей смерти, т.к. симптомы крайней степени кислородного голодания, синюшность, по гомеопатическим понятиям, снимаются углеродом.

Характерные симптомы

Почти полная потеря жизненной силы. Все тело, кожа холодные, как лед.

Сильнейшее вздутие желудка с растяжением верхней части живота с сильнейшими спастическими болями.

Сильнейшая сердечная слабость, застой крови в капиллярах, поверхность тела холодная и синеватая.

Кровотечение из слизистых оболочек при асфиксии: слизистые кровоточат, изъязвляются и гноятся.

Выраженное отвращение к жирной и молочной пище.

Обилие слизи.

Гнойные выделения.

Малокровие после тяжелого заболевания, которое сильно ослабило больного.

Боли чаще всего сжимающие, жгучие, стреляющие, рвущие, могут появляться молниеносными приступами.

Стул. Понос с тенезмами, стул то мутнеет, то слизистый, иногда с примесью крови; может быть произвольным с трупным запахом.

Менструации: преждевременные, очень обильные, с дурным запахом. Перед менструацией сильные боли и бели различного характера, но всегда разъедающие.

Главные показания

Общий упадок сил из-за потери жидкостей, после болезни; коллапс при холере. Наиболее тяжелые формы любых заболеваний. При всех состояниях сильного истощения у пожилых людей с венозными застоями.

Тревожное, беспокойное состояние. Сонливость днем, бессонница ночью.

Склонность к самоубийству из-за тоски, при истерии, ипохондрии, сумасшествии.

При легочных заболеваниях у стариков мокрота может быть гнойной, зловонной, отхаркивается небольшое количество черной крови.

Астма у стариков с цианозом кожи, (когда больной кажется умирающим).

При пневмонии крайней степени тяжести, чтобы помочь больному освободить легкие от большого количества мокроты.

Хроническая хрипота (при воспалении гортани, вплоть до потери голоса). Ухудшение к вечеру.

Кашель. Хронический кашель с упорной хрипотой или полной афонией (особенно утром и вечером). В груди ощущение чувства постоянного жжения, внутренней раны. Кровотечения при глубоком истощении: кровь просачивается из тканей.

Сильные боли в желудке. Диспепсия. Вздутие живота, метеоризм (усиление болей в положении лёжа).

Расстройство желудка от жирной пищи, печёностей, недоброкачественной пищи. Газовая колика с тупыми щемящими болями.

Головокружение при заболеваниях желудка (тошнота, потемнение в глазах, шум в ушах, обильное горячее потоотделение, тремор конечностей), стул с коликами, потеря сознания.

Головная боль при любом нарушении режима или излишествах (боли появляются ближе к вечеру).

Лицевые невралгии.

Глазные болезни.

Астенопия. Жжение в глазах после занятий. Ощущение песка после утомления (без конъюнктивита). Болезненность глазных мышц. Летание черных мушек перед глазами. Ишиас: стреляющие молниеносные боли сверху вниз.

Хронические аортиты (с признаками асфиксии).

Перебои и остановка сердца из-за переполнения желудка.

Хронический перитонит при воспалении тазового отдела брюшины, после лихорадочного периода, после частых обострений (при хронической форме).

Старческая гангрена.

Сибирская язва.

Плоские язвы, распространяющиеся скорее по поверхности, чем в глубину.

Разъедающий зловонный гной.

Варикозные язвы.

Высыпание на лбу красных безболезненных прыщей.

Похолодание и слабость; коллапс, напоминающий агонию, асфиксическая одышка; цианоз; вздутие живота газами.

Жгучие боли, зловонные выделения, кровоточивость слизистых оболочек.

Резюме. *CARBO VEGETABILIS*, по мнению гомеопатов, существует для того, чтобы не приходило в отчаяние от безысходности, каким бы тяжелым ни было положение больного.

CHAMOMILLA **(ромашка обыкновенная)**

Больной типа *Chamomilla* – угрюмый, злой, сварливый, всегда недовольный, грубо отвечает на вопросы и отличается крайней чувствительностью к боли, которая доводит его до отчаяния.

Характерные симптомы

Сильная раздражительность.

Повышенная чувствительность к малейшей боли. Боли усиливаются от тепла, но не успокаиваются от холода.

Чувство онемения, которое появляется одновременно с болью.

Чувство жара в подошвах ног.

Одна щека красная и горячая, другая бледная и холодная.

Пот после еды и питья.

Невыносимая боль в животе на рассвете.

Стул. Диарея при прорезывании зубов. Стул зеленый с отвратительным запахом тухлых яиц.

Менструации: преждевременные, обильные, болезненные, кровь черная со сгустками.

Главные показания

Истерия: чрезвычайная восприимчивость, склонность к обморокам, судороги со стонами и отчаянием. Летаргия. Экстаз. Гнев. Беспокойное состояние, раздражительность, сварливое настроение.

Невралгия с сильнейшими болями, особенно, если боли плохо переносятся и вызывают у больного состояние раздражения и отчаяния.

Зубная боль, вызываемая пищей или питьем, с опуханием щеки, усиливающаяся в теплой комнате и от теплого питья.

Пищеварительные расстройства при прорезывании зубов. Хорошие результаты при чередовании *Chamomilla* с *Belladonna*.

Гастралгия, судороги в желудке, спазмы желудка после припадков досады или от кофе. Гнилой запах изо рта. Горький вкус во рту, рвота кислым веществом. Покраснение лица, потливость при боли и вздутии в области желудка. *Chamomilla* вместе с *Belladonna* и *Ignatia* – главные лекарства при приступах гастралгии.

Лихорадка. Резкий озноб с ощущением ледяного холода. Сильнейший жар (одна щека красная и горячая, другая холодная и бледная); жжение в глазах. Обильное потоотделение (общее или только головы и рук).

Кашель (особенно у детей). Сильный, сухой, усиливающийся по ночам, даже во сне без пробуждения. Катаральный кашель с хрипотой. Катары у детей во время прорезывания зубов (одна щека красная, другая белая, крики, беспокойство, колики, поносы, беспокойный сон).

Раковидные затвердения женских грудей.

Опухоли желез; воспаленные и опухшие околоушные железы.

Ушная боль, со стрельбой, особенно после простуды.

Простое маточное кровотечение или же вследствие аборта, после родов или при простой меноррагии. Больная зевает. Чередование лёгкого озноба и жара, краснота лица (только одной щеки), сменяющаяся бледностью; тоскливость, беспокойство; понос.

Спазмы нижней части живота у беременных. Потугообразные боли, давление к матке, истечение из матки тёмной, свернувшейся крови.

Болезненные менструации: сильнейшие боли, небольшие ознобы. Рвота, понос, обмороки.

Резюме. *CHAMOMILLA* называется маточной травой, так как она является одним из важных средств при родах и после них. Хорошо помогает при болезненных менструациях у молодых девушек. Прекрасное лекарство при прорезывании зубов. Прекрасное средство при беспокойстве, упрямстве, спазмах и поносах.

CHINA (хинное дерево)

CHINA часто используется при лечении последствий потери физиологических жидкостей организмом (кровотечение, потоотделение, кормление грудью, понос, диурез, гноетечение и т.д.), значительной общей слабости, повышенной чувствительности.

Модальности

Ухудшение: при любом прикосновении; от сквозняка; ночью; при потере физиологических жидкостей; часто в полночь; через день в определенное время дня.

Улучшение: от сильного давления, от сгибания, на свежем воздухе.

Периодичность: симптомы появляются через день.

Характерные симптомы

Общее истощение.

Повышенная чувствительность всех органов чувств и кожи, ухудшение при малейшем прикосновении.

Периодичность проявления симптомов.

Повышенная чувствительность к сквознякам.

Кровотечение, отеки, анемия и водянка.

Боли различного характера, общие и местные, глубокие и поверхностные, усиливающиеся от сильного давления. Могут периодически повторяться, главным образом, в полночь.

Стул. Истошающая диарея, сопровождающаяся обычно сильным вздутием. Стул пенистый, жёлтый, с непереваренной пищей, ухудшение по ночам, после еды, после молока, фруктов, в жаркое время года.

Менструации. Преждевременные, обильные до кровотечения, с большими чёрными сгустками. Длительные бели с аменореей у малокровных, пухлых и слабых молодых девушек.

Главные показания

Истощение, вызванное значительной потерей физиологических жидкостей. Обмороки, упадок сил, звон в ушах, слепота после обильного кровотечения.

Истошающая лихорадка из-за длительного нагноения. Лихорадка, сопровождающаяся головной болью, нервозностью, крайним беспокойством, тошнотой перед ознобом; невозможность согреться. Во время жара очень незначительная жажда. Обильное потоотделение с сильной жаждой. Приступы через день или еженедельно,

или каждые 2 недели. Периодические головные боли (через каждые 2 дня). Ухудшение – от малейшего прикосновения, улучшение – от сильного давления и в тепле.

Головокружение при ходьбе.

Гастралгия печёночного происхождения.

Хроническое воспаление печени. Печень твёрдая, увеличенная в объёме, чувствительная и болезненная; желтуха; печёночные колики с сильным газообразованием и крайней чувствительностью брюшной стенки. Опухоль печени и селезёнки, затвердение селезёнки.

Хронические случаи воспаления двенадцатиперстной кишки.

Диспепсия. Пища задерживается в желудке (иногда до следующей еды).

Вздутие живота, отхождение зловонных газов, жидкий стул, иногда понос сразу после еды.

Подагра. Воспаление суставов с опуханием.

Мышечный ревматизм – из-за сильных болей больной вынужден постоянно изменять положение.

Экзема. Общая экзема и экзема лица.

Тяжёлая рожа.

Глазные болезни. Амблиопия и амаврозы из-за кровоизлияния. Прогрессивная амблиопия (расширение и неподвижность зрачка, черные точки перед глазами). Видение предметов сначала в желтом, затем в розовом цвете.

Невралгия, особенно подглазничная.

Маточные кровотечения (иногда от употребления ромашкой). Отсутствие менструации у очень слабых девушек.

Резюме. Главное показание для *CHINA* – слабость, вызванная потерей физиологических жидкостей, нервным возбуждением.

CHELIDONIUM (чистотел)

Характерные симптомы

Язык густо обложен желтоватым налетом с красными краями, на которых заметны отпечатки зубов. Правая нога холодная, как лед, а левая нормальная. Боли различного характера, в правой половине тела – усиливаются при перемене погоды.

Стул: золотисто-жёлтое окрашивание или совсем белый.

Менструации запаздывают, обильные, продолжительные бели оставляют на белье жёлтые пятна.

Главные показания

Заболевания печени. Показан почти при всех заболеваниях печени.

Головокружение при печёночных заболеваниях со склонностью падать вперед.

Воспаление почек.

Пневмония – обычно в нижней доле правого лёгкого (как осложнение со стороны печени).

Коклюш. Сильнейший спазматический кашель, вызываемый щекотанием в гортани, ощущением пыли в трахее, в горле и за грудиной. Кашель не избавляет от этих ощущений.

Головные боли при нарушении деятельности печени (правосторонние); боль может спускаться за уши до самых лопаток.

Так называемый "недостаток животной теплоты". Все тело холодное, особенно руки и ноги.

Струпья на голове. Лишай на лице.

Глазничная невралгия: правосторонняя, периодическая с сильным слезотечением. Боли распространяются от скуловой правой кости в зубы или глаз, боль сосредотачивается на глазничных нервах.

Глазные болезни. Хронический спазм век. Бельмо на роговице. Амавроз. Потемнение роговой оболочки, слезная фистула.

Резюме. *CHELIDONIUM* – одно из главных лекарств при заболевании печени, т.к. покрывает большинство прямых и рефлекторных симптомов при заболеваниях этого органа. Желтая кожа и постоянная боль под нижним углом правой лопатки являются очень характерными показаниями.

CONIUM (пятилистный болиголов)

Средство подходит при упадке сил, ипохондрии, расстройстве мочевых органов, слабости памяти, потере половой силы, для золотушных и раковых больных с

увеличенными железами (обладает специфичным действием на грудные железы, на яички и яичники).

Характерные симптомы

Упадок сил у женщины (после климакса, острых заболеваний). Уплотнение грудных желез и яичек (затвердение иногда сопровождается жгучей болью).

Грудные железы увеличиваются в объеме во время каждой менструации и болят. Слабость половых органов при сохраненном желании.

Головокружение – при поворачивании в постели, при лёгком движении головой или даже глазами. Дневные и ночные поты (как только закроет глаза или засыпает).

Неудержимое желание соли и отвращение к молоку. Боли разнообразные, почти всегда появляются ночью, уменьшаются при движении.

При раковых заболеваниях – боли *Conium* жгучие и стреляющие.

Стул. Испражнения очень зловонные, запор или понос сопровождается тенезмами со слабостью после испражнений, иногда непроизвольный стул во время сна.

Менструации скудные, запаздывающие, с высыпанием по всему телу небольших красных прыщиков. Бели как сметана густые, разъедающие.

Аменорея – после простуды, после переохлаждения рук в холодной воде.

Главные показания

Опухоли желез травматического происхождения; раковые затвердения грудных желез. Исхудание, увядание грудных желез. Рак желудка.

Повышенная кислотность (улучшение во время еды, ухудшение через несколько часов после еды). Кислая отрыжка, изжога, болезненность на уровне грудины.

Головокружения.

Золотуха.

Острое воспаление спинного мозга при остроте симптомов и развитии параличей, которые заканчиваются поражением дыхательных мышц и развитием асфиксии.

Глазные болезни: резкая светобоязнь; гиперестезия сетчатки; парез или паралич глазных мышц; слабость аккомодации, бельма из-за механических повреждений.

Парез верхних век.

Лицевые невралгии. Боли в подглазничном нерве, главным образом, по ночам.

Кашель сухой, болезненный, невыносимый, беспрестанный, особенно по вечерам и ночью, с охриплостью и болезненностью гортани, удушьем, трудным откашливанием гнойной мокроты.

Резюме. CONIUM в основном применяют при мозговых заболеваниях с быстрым развитием, опухолях грудных желез, а также при головокружении, вызываемом поворачиванием головы, сильной светобоязни при заболевании глаз.

DULCAMARA

(сладко-горький паслен)

Особенно подходит людям, живущим или работающим в холодных, сырых условиях. Средство дает лучшие результаты у женщин с рыжими волосами, белой кожей, веснушками, кроткого нрава, предрасположенных к катаральным заболеваниям.

Модальности

Ухудшение: от сырого холода

Характерные симптомы

Кожные высыпания, вызываемые переохлаждением.

Ледяная холодность ног.

Закладывание носа в дождливую погоду.

Общая зябкость.

Птоз.

Чувство онемения и покалывания во всем теле.

Боли различного характера с похолоданием больных частей, появляются или усиливаются от сырого холода, уменьшаются при движении.

Люмбаго после простуды.

Стул. Понос зелёный, водянистый, слизистый, с предшествующими болями вокруг пупка. Появляется главным образом летом, при внезапном наступлении холодов, в холодную сырую погоду или после исчезновения сыпи.

Менструации. Запоздалые, скудные или обильные; перед менструацией на коже появляется сыпь или половое возбуждение.

Главные показания

Болезненные состояния от действия сырого холода, особенно после жаркого дня.

Кашель. Спастический, сухой (с охриплостью); от простуды; кашель с кровью или мокротой.

Астма с влажным кашлем и клочкотанием слизи.

Лицевая невралгия (усиливается от пребывания на холоде).

Сухой насморк (от холодного воздуха).

Паралич языка (трудно говорить).

Ревматические боли, являющиеся результатом пребывания в сыром холоде.

Люмбаго.

Кожные сыпи: мокнущие и с корками, обычно сопровождаются опуханием желёз.

Лишайный диатез (лишай с кожи переходят на слизистые оболочки).

Сильное желание холодного питья.

Тошнота и рвота слизью. Слизистые поносы, зеленоватые, желтые или белые, с болью в животе (часто от простуды летом), понос от простуды.

Катар мочевого пузыря с задержкой мочи у детей, паралич мочевого пузыря, выделение мочи молочного цвета.

Прекращение отделения молока у рожениц (после простуды); лишай на грудных железах.

Резюме. *DULCAMARA* – средство против болезней и недомоганий, появляющихся или усиливающихся от сырого холода или резкого перехода из тепла в холод. Отмечается ясное влияние на слизистые оболочки, секреция которых резко увеличивается, в то время как кожа остается сухой.

CELSEMIUM **(желтый жасмин)**

О *Celsemium* следует думать, когда имеет место необычайная раздражительность душевная и телесная; нервное возбуждение. Лекарство имеет большое влияние на кровообращение в сосудах головного мозга.

Характерные симптомы

Дрожание, нередко сопровождающееся упадком сил.

Очень сильная слабость, расслабление мышц до полного или неполного паралича.

Ухудшение от движения вниз.

Последствия испуга, нервного потрясения, онанизма.

Боли. Острые, внезапные, стреляющие, иррадируют по ходу нерва, усиливаются при перемене погоды.

Стул. Нервный понос.

Менструации. Запоздалые и скудные. Афония во время менструаций.

Главные показания

Параличи: различные частичные параличи (в основном дифтерийные), особенно до перехода в периферические невриты.

Паралич гортани.

Невралгии. Односторонняя невралгия перемежающегося типа, поражает седьмую пару черепно-мозговых нервов: больной гримасничает.

Диплопия, косоглазие, опущение века, темная вода, (если эти глазные симптомы сопровождаются несвязной речью и разлитой краснотой лица).

Воспаление сетчатой и сосудистой оболочек глаза, белковый ретинит во время беременности, хореоретинит, серозный хореидит и паралич глазных мышц. Удвоение предметов в глазах, склонность к скашиванию глаз.

Прилив крови к спинному мозгу.

Лихорадка (главные симптомы): слабость и угнетение, темнобагровое лицо, тупые боли в голове, спине и конечностях. Состояние оцепенелости, язык покрыт влажным налётом.

Конгестивная головная боль. Боль от затылка переходит и сосредотачивается над глазами. Перед приступом наблюдается ослабление зрения (слепота), которое исчезает с началом головной боли. Усиление боли по утрам и от движения. Сонливость, удвоение предметов в глазах.

Хорошее средство от бессонницы: при возбужденном состоянии – для детей и взрослых.

Простая дисменорея и особенно маточные колики после родов. Скарлатина, корь, краснуха, грипп в самом начале; сильно выраженные симптомы катара.

Резюме. Средство действует, в основном, на нервную систему и показано при различной степени выраженности двигательных параличей, при дрожании, сильном

упадке сил, а также при паралитических заболеваниях глаз и при воспалении их глубоких оболочек.

HAMAMELIS **(гамамелис виргинский)**

Неоценимое средство при кровотечениях из различных частей тела.

Характерные симптомы

Болезненное чувство ушиба, как после удара, в пораженных частях.

Вены сильно переполнены кровью и чувствительны к прикосновению.

Менструации: темные, обильные, с болью в животе. Маточное кровотечение между менструациями.

Главные показания

Венозные кровотечения – кровь течет медленно, непрерывно, кровотечения из-за болезненного состояния сосудов, а не самой крови.

Варикозные расширения вен на икрах, а также расширение вен горла, придающих ему синеватую окраску, с болью при глотании, с отделением кровянистой слизи.

Флебиты.

Геморроидальные кровотечения.

Воспаление яичка и вен семенного канатика.

Невралгия яичек и воспаление придатков яичек, особенно когда имеется сильная боль и опухание.

Невралгия и воспаление яичников. Дисменорея у женщин с очень обильными менструациями.

При травматических (толчок, ушиб) повреждениях; при пузырьчатых мозолях.

Резюме. *HAMAMELIS* – это *Aconitum* для вен. Показан при венозных застоях, кровотечениях, особенно пассивных. Главное лекарство при поражении вен и очень полезное при орхите.

HYDRASTIS **(канадский водомит)**

Прекрасно действует на кожу, слизистые оболочки и железы, особенно на грудную железу.

Главные показания

Рак. Рак железистой ткани молочной железы.

Язвы, в частности, варикозного прохождения особенно слизистых отверстий. Злокачественное воспаление горла во время скарлатины.

Хронический катар слизистых оболочек. Слизисто-гнойный ринит, когда насморк не кончается, а катар переходит на заднюю стенку глотки, воспаление синусов в слизисто-гнойном периоде, осложнения после насморков.

Катар желудка и двенадцатиперстной кишки с ощущением сильной слабости под ложечкой: желтуха, понос, стул мягкий, слабоокрашенный с газами.

Гастралгия печёночного происхождения (не путать с печёночной коликой).

Запор.

Жгучие боли при кожных болезнях. Мокнущие сыпи без чешуек и узелков; опрелости у детей; струповидная накожная сыпь.

Резюме. Данное средство показано при хронических катарах всех слизистых оболочек, заболеваниях кожи, в некоторых случаях рака, особенно грудной железы.

IGNATIA **(игнация горькая)**

Преимущественно женское средство. Показана прежде всего женщинам при различных заболеваниях в результате давнего затаенного горя, часто с физическим и психическим истощением.

Модальности

Ухудшение: от горя, волнений; от табака, кофе; холода; прикосновения.

Улучшение: от тепла; сильного давления; перемены положения.

Периодичность: утро и вечер, но чаще симптомы проявляются утром.

Характерные симптомы

Поверхностный, неустойчивый и парадоксальный характер симптомов (шум в ушах

уменьшается от шума, геморрой улучшается от ходьбы и т.д.). Быстрая перемена психического состояния (смех-слезы, радость-печаль).

Высокая чувствительность к сквознякам и табачному дыму.

Беспокойная торопливость в разговоре и деятельности, что приводит к постоянным ошибкам.

Сильное половое возбуждение с половой слабостью.

Боли блуждающие, давящие, стреляющие; уменьшающиеся или исчезающие при перемене места, но это улучшение кратковременное. Облегчение при лежании на спине.

Стул. Запор с тенезмами. Болезненное сжатие заднего прохода после стула, когда стул мягкий, боли сильнее.

Менструации. Черные, ранние и обильные, реже скудные. Во время менструаций судорожные боли в желудке и животе. Задержка менструаций при психотравме.

Главные показания

Истерия. Устраняет некоторые истерические симптомы, истерический комок; уменьшает силу и частоту истерических припадков.

Последствия нервных потрясений, испуга, горя. Истерические судороги, в том числе хронические судороги у слабых женщин, у детей – лицо при этом мертвенно бледное. Судорожный смех и плач. Судороги глотки.

Невралгия по утрам и после полудня, в особенности лицевая, затылочная и седалищная.

Судороги в желудке (ночью или после еды), усиливающиеся от малейшего прикосновения и ослабевающие при движении; истерическая диспепсия. Выпадение прямой кишки и ануса у детей (от натуги при дефекации).

Головная боль, вызванная умственным трудом, душевными волнениями, сильным запахом; сверлящее колотье или пульсация в глазах, на уровне бровей, у корня носа. Часто приступ заканчивается рвотой и обильным мочеиспусканием.

Беспокойный сон (разговор, пение, смех во сне).

Частая зевота.

Ночное недержание мочи у молодых девушек с очень сильными и преждевременными менструациями.

Астматическая одышка и приступ астмы (днём или вечером до полуночи). Лицо бледное, (у *Beladonna* – лицо красное), короткий судорожный кашель, короткое учащенное дыхание, очень частый пульс, жар.

Непроизвольное мочеиспускание: моча светлая и обильная.

Кашель *Ignatia* – главным образом поражена верхняя часть дыхательных путей, сильная охриплость.

Резюме. *IGNATIA* показана чаще всего женщинам и детям с нервными симптомами, характеризующимися подвижностью, непостоянством, странным и противоречивым характером.

IODUM **(йод)**

Модальности

Ухудшение: от тепла; в покое; от голода.

Улучшение: от холода; при обмывании холодной водой; при ходьбе; во время еды.

Преобладающая сторона: правая верхняя и нижняя левая.

Характерные симптомы

Сильный голод. Прогрессирующее исхудание, несмотря на хорошее питание. Улучшение всех симптомов во время еды. Хроническое воспаление желёз, атрофия грудных желёз, гипертрофия желез в особенности брюшных и щитовидной – основным симптом *Iodum*.

Боли ночные, главным образом в суставах и костях (вследствие тепла и покоя).

Стул. Запор с неудержимыми и безрезультатными позывами; улучшение при питье холодного молока.

Понос, похожий на дизентерийный, водянистый, беловатый, пенистый с тенезмами. Жирный понос.

Менструации. Нерегулярные, преждевременные или запоздалые, иногда очень обильные с бледной и водянистой кровью. Бели очень едкие.

Главные показания

Туберкулёз лёгких и гортани (в начале заболевания) при сухом приступообразном

кашле с предшествующим беспокойством, особенно по утрам, и быстром исхудании; в последней стадии – при полном истощении.

Астма.

Аденоидные разрастания.

Острый катар всех слизистых оболочек.

Кашель свистящий, отрывистый, сухой, крупозный, лающий, неровный; днем и ночью; с болью в гортани, распространяющийся на верхнюю треть грудины.

Кашель, сопровождающийся болью в груди, с густой, беловато-серой мокротой, солёного и сладковатого вкуса, часто с кровавистыми прожилками.

Иstoщающая лихорадка с ночными потами.

Головные боли и головокружения (особенно у пожилых людей).

Гипертрофия сердца с повреждением (или без повреждения) клапанов; ощущение "сжатия сердца железной рукой".

Токсический зоб.

Катаральная глухота (хроническая).

Понос (при нарушении деятельности поджелудочной железы).

Рак матки с обильным кровотечением и, особенно, с разъедающими белями.

Значительная слабость.

Атрофия и исхудание (истощение).

Золотуха у детей с быстрой потерей веса, несмотря на сильную прожорливость.

Резюме. Средство для худеющих малокровных людей, страдающих неутолимым голодом. В то же время атрофия грудных желез и яичек – важное показание для назначения *Iodum*, так же как и гипертрофия щитовидной железы. Патология дыхательных путей.

ІРЕСАСУАННА **(рвотный корень)**

Модальности

Ухудшение: при сменах температуры; при движении.

Улучшение: в покое.

Преобладающая сторона: левая.

Периодичность: болезненные состояния повторяются преимущественно ночью.

Характерные симптомы

Склонность к спазмам.

Рвота белой, похожей на яичный белок слизью, обильная, но без облегчения. После нее больной впадает в дремоту, но тошнота (почти постоянная) все-таки остается.

Язык чистый или покрыт беловатым налетом.

Кровотечения ярко-красной кровью из всех отверстий тела.

Кашель, от которого больной задыхается, лицо бледное или синее, больной коченеет.

Для *Iresacuanha* характерны три разновидности стула:

– кислый, слизистый как пена;

– зеленый как трава, слизистый или водянистый;

– вязкий, дизентерийный, с примесью крови.

Менструации: Слишком обильные, ярко-красным потоком, сопровождаются тошнотой.

Главные показания

Головная боль в левой половине темени; давящие боли во лбу (бледное лицо и синяя кайма вокруг глаз). Односторонние мигрени с сильной тошнотой.

Лихорадка с незначительным ознобом, но сильным жаром, с жаждой и, следующей за ней, испариной; лихорадочные припадки (ежедневно или через день).

Кратковременные острые заболевания с быстрым течением у детей (острые воспаления горла, трахеи, бронхов, лёгких, независимо от причины).

Поражение бронхов. Хроническое раздражение слизистой оболочки бронхов (чувство стеснения в груди). Приступы судорожного кашля с тошнотой и рвотой.

Слизистый катар бронхов. Бронхопневмония.

Приступ астмы. Затрудненное свистящее дыхание, удушье, синюшность губ, отвращение к пище, тошнота.

Коклюш со рвотой, обильным отхаркиванием слизи и судорожными спазматическими

симптомами; кашель с кровью, конвульсивный удушающий кашель при одеревенении тела и синем лице.

Полная потеря голоса при простуде или приливе крови к голосовым связкам, без кашля и боли.

Припадки удушья (особенно у детей).

Катар желудка (в начальном периоде). Сильная тошнота, рвота после еды.

Желудочно-кишечное воспаление у детей (тошнота, рвота, понос). Диарея со сжимающими спастическими болями вокруг пупка и режущими слева-направо. Неприятный понос со рвотой при прорезывании зубов у детей.

Дизентерия с тенезмами: стул с примесью крови.

Неукротимая рвота беременных.

Кровоизлияния: кишечные (неязвенного происхождения); рвота кровью, кровохарканье; маточные кровотечения; мочеиспускание с кровью.

Поражения глаз: язвы роговой оболочки; воспаление сосудистой оболочки.

Резюме. Спазмы, тошнота, рвота, слизь и одышка – основные показания для назначения *IPECACUANA*. Ежедневно применяется у детей при заболеваниях бронхов и лёгких, при кровотечениях с ярко-красной кровью из разных органов.

KALIIUM IODATUM (йодид калия)

Модальности

Ухудшение: в покое; от прикосновений; в положении лёжа на больном боку; от сырости; ночью.

Улучшение: (за исключением насморка) при движении на свежем воздухе.

Главные показания

Тревожность, раздражительность, беспокойство.

Приливы крови к голове.

Ринит. Ларингит. Начинающийся грипп (склонность к простудам, катарам, ознобы, зябкость).

Хронический бронхит. Серая мокрота выглядит как мыльная вода; сладковатого или солоноватого вкуса.

Бронхиальная астма.

Туберкулёз.

Ощущение стеснения в области сердца (пробуждение с ощущением удушья).

Базедова болезнь.

Исхудание при хорошем аппетите.

Артериосклероз (начальная стадия).

Периостит (начальный период).

Ишиалгия, вынуждающая больного ходить.

Мышечный ревматизм.

Боли в затылке, спине, крестце, в подошвах и пятках.

Лимфогранулематоз.

Гипертрофия предстательной железы.

Розовые угри.

Резюме. Лекарственный препарат в качестве бинарного средства действует конституционально на слизистую оболочку дыхательных путей и имеет органотропное сродство ко всем железистым тканям, к коже, мышцам, сухожилиям и надкостнице.

LACHESIS (яд змеи сурукуку)

Модальности

Ухудшение: во время и сразу после сна; при спокойном состоянии.

Улучшение: от движения; от выделений (менструации, лейкоррея, насморк), от тепла.

Преобладающая сторона: левая.

Характерные симптомы

Чрезвычайная чувствительность к прикосновению, к давлению, в особенности в области шеи и талии.

Заболевание начинается с левой стороны и распространяется на правую, что особенно характерно при ангине. Поражается преимущественно левый яичник.

Спазмы горла, спастические тенезмы в прямой кишке, но без стула.

Кровотечения: кровь свёртывается с трудом.

Чрезвычайная болтливость.

Многочисленные симптомы со стороны рта.

Боли левосторонние или переходящие слева направо, колющие, дергающие, сжимающие, ухудшение ночью и при пробуждении.

Стул. Поносы, но чаще запоры. Испражнения зловонные, нестерпимые тенезмы в прямой кишке, но, вследствие сжатия заднего прохода, стул настолько болезненен, что больной от него отказывается.

Менструации. Скудные и слишком короткие. Им предшествуют головные боли и чувство пульсации в голове, головокружение, кровотечение из носа. Гастралгии, сопровождающиеся маточными коликами, спазмами. С появлением выделений все боли исчезают.

Главные показания

Климактерический период (предупреждает лёгкие и тяжёлые симптомы).

Лихорадка (вечером, ночью) с сухим жаром, неутолимой жаждой, беспокойством и томлением.

Глухая головная боль; колотье; раздражающая боль; шум; давящие боли. Головная боль от действия солнца.

Склонность к скорби; недоверие; подозрительность; мнительность в болезни. Неспособность мыслить напряжённо и логично; умственное расстройство. Туман в голове. Религиозное утомительство с постоянным страхом Суда Божьего.

Ангины (при любой болезни, когда преобладают "горловые" симптомы: ОРЗ, скарлатина, пневмония и др.). Слизистая оболочка пурпурного или синеватого цвета. Симптомы воспаления переходят слева направо.

Кашель. Нервный кашель, который усиливается как только больной попадает в общество. Симптоматический кашель, при сердечных заболеваниях, кашель от умственного напряжения. Ненормальное дыхание и припадки удушья.

Заболевания сердца, поражение клапанов; асистолия; склонность к обморокам; эндокардит, где его показания очень близки к показаниям *Arsenicum album*; как только больной засыпает, он ощущает недостаток воздуха (*Digitalis*).

Язвы на голенях, иногда гнойные.

Геморрой (внутренний или наружный). Ощущение сжатия, биения или колотья.

Алкольная хакезия.

Резюме. *LACHESIS* важное средство против злокачественных местных воспалений и заражения крови. Особенно показан при расстройствах в климак-терическом периоде.

LYCOPODIUM

(плаун булавовидный)

У человека типа *Lycopodium* бросается в глаза, что он выглядит старше своих лет. Резкий контраст между сдавленной грудью и огромным животом, с которого начинается большая часть болезненных расстройств *Lycopodium*. Кожа бледная или желтая, испещрена преждевременными морщинками, над глазами синяки, ввалившиеся щеки, легко появляются нервные подергивания и тики — все указывает на преждевременную изношенность организма. Мышцы нижних конечностей слабо развиты, на них часто наблюдается варикозное расширение вен.

Преобладающая сторона: правая

Характерные симптомы

Симптомы с правой стороны часто переходят на левую.

Ухудшение с 16 до 20-и ч вечера. Пациенты тощие, с жёлтым исхудалым лицом, раздражительные, злые, часто в подавленном настроении.

"Волчий" голод, но быстро утоляемый, после еды вздутие нижней части живота, урчание и ощущение давления на низ.

Мочекислый диатез, прозрачная моча даёт красный осадок.

Главные показания

Lycopodium вместе с *Sulfur* и *Calcareo carbonica* входят в триаду противопсорных и противовишайных средств. Средства действуют сразу и на нервные центры и на периферические нервы.

Нарушение и потеря речи при заболеваниях головного мозга. Затрудненная деятельность мозга; головная боль от раздражения (часто в темени); меланхолическая грусть и уныние. По вечерам боязнь, нелюдимость и страх одиночества.

Куриная слепота.

Гемиянопсия (видит только левую половину предмета).

Воспаление околоушной железы при скарлатине.

Хронический бронхит. Кашель с обильной, гноевидной желтоватой мокротой. Желтушная окраска лица и пятна на коже, лице и других местах.

Ревматизм мелких мышц глотки: глотание чрезмерно затруднено. Субъективные ощущения: глотка красная, воспалённая, опухшая; а объективно: слизистая бледная, опухоли нет. Но предшествующие ревматические симптомы позволяют поставить правильный диагноз.

Насморк при полном сохранении, а иногда и обострении обоняния, что является довольно редким явлением.

Хроническая диспепсия (желудочно-печёночного происхождения). Упорные запоры, вздутие кишечника; атония из-за недостаточного выделения пищеварительных соков и мышечной слабости.

Атонический запор. Скопление газов в животе. Запор часто сопровождается геморроем; во время стула – выпадение прямой кишки. Нормальному стулу мешают боли в заднем проходе.

Геморроидальные шишки.

Цирроз с отёками (преимущественно нижней части тела). Желчекаменная болезнь.

Мочекаменная болезнь. Почечные колики (особенно справа) с кровавой мочой.

Многочисленные суставные симптомы: ревматизм предплечья, кистей рук, пальцев.

Кожные болезни. Плотные опухоли, родимые пятна (особенно с правой стороны), веснушки. Ссадины и зуд головы у детей.

Половая слабость. Воспалительные заболевания правого яичника.

Резюме. Сферой действия лекарства, главным образом, являются пищеварительный тракт, дыхательные органы и нервная система. Основные характеристики *Luscorodium*: вздутие кишечника, ухудшение с 16 до 20 часов, красный осадок в моче. Важный противопсорический препарат. Превосходное средство для восстановления сил после острых и нервных болезней.

NATRIUM MURIATICUM

(хлористый натр., поваренная соль)

Модальности

Ухудшение: от любой работы (физической, умственной); от тепла; после менструаций; в покое; утром, после десяти часов.

Улучшение: лежа (особенно на спине или на правом боку); от проливного пота; на пустой желудок.

Характерные симптомы

Слабость и малокровие, исхудание (особенно шеи), несмотря на хороший аппетит. При пробуждении женщина чувствует, что должна посидеть, чтобы предотвратить коллапс, тяжесть и давление на низ по утрам; болезненное подергивание в пояснично-крестцовой области, улучшение при лежании на спине.

Глубокая болезненная трещина посередине верхней или нижней губы.

Лишайные сыпи на сухих, растрескавшихся губах, в углах рта.

Сыпи со струпами в кожных складках конечностей, за ушами, по краю волосистой части головы.

Сухость слизистых или наоборот влажность с обильным отделяемым, едким и разъедающим.

Выраженное отвращение к хлебу, жирной пище.

Сильная жажда.

Обильный пот на лице во время еды.

Ощущение холода в области сердца во время умственной работы, при переутомлении.

Боли вдоль позвоночника, в суставах, мышцах, дергающие и стреляющие, как от ушиба, усиливаются при движении.

Стул. Диарея с урчанием и болью в области пупка, облегчается обильным безболезненным стулом, часто ранним утром.

Нередко хронический запор, осложненный геморроем.

Менструации. Могут быть преждевременными и обильными или запоздалыми и скудными. Перед, во время и после наблюдается характерная головная боль, печаль и

угнетение. Обильные слизистые бели или ненормальная сухость влагалища с жжением и болью при половых сношениях.

Главные показания

Ужасная лень и неповоротливость, нежелание двигаться. Большая сонливость днем и бессонница по ночам. Сильная зябкость при холодных руках и ногах.

Головная боль, особенно во лбу и висках, конгестивного характера, такая сильная, что кажется, будто голова собирается треснуть. Часто начинается утром, с наклонностью улучшения к вечеру. Боли могут сопровождаться потерей зрения, тошнотой, рвотой. Другой характер боли: затылочная, иногда распространяющаяся на заднюю часть шеи и плеч.

Выпадение волос.

Мигрень. Приступ начинается утром в постели, сопровождается тошнотой и рвотой. Исчезает при вставании и возвращается от быстрого движения.

Переменяющаяся лихорадка с болью в спине и костях, горьким привкусом во рту и болезненным цветом лица. Жажда увеличивается вместе с жаром. Обычно начинается с озноба между 10 и 11 часами утра, с нижней части спины и ног. Облегчение наступает после обильного потоотделения.

Слабое зрение и слезотечение.

Сильные приступы чихания (по утрам).

Кашель. Сухой, вызываемый щекотанием в горле или под ложечкой, боли во лбу во время приступа. Спастический кашель с рвотой и слезотечением.

Сердцебиение при незначительном движении; прерывающееся биение сердца.

Скрофулос и туберкулёз. Увеличение желёз, хроническое воспаление век, кашель приступообразный со рвотой, кровохарканье, лёгкий понос, похудание и упадок сил.

Хлороз. Запущенные хронические случаи с заболеванием желудка, потерей аппетита, отвращением к хлебу и к мясу, тошнотой, рвотой пищей, с упорным запором или поносом.

Резюме. Это один из могущественных препаратов в гомеопатии. Его лекарственные свойства объединяют влияние на иммунитет и эндокринные железы с влиянием на нервную систему. Многие симптомы, особенно головная боль, усиливаются или ослабевают вместе с движением солнца.

NUX VOMICA

(реотный орех, чилибуха)

Подходит прежде всего людям с живым, раздражительным, холерическим темпераментом, склонным к насмешливости, хитрости и гневу, а также ипохондрикам и субъектам, расположенным к истерике.

Модальности

Ухудшение: утром, сразу после пробуждения; после умственной работы; после еды.

Улучшение: вечером; после прерванного сна.

Преобладающая сторона: правая.

Характерные симптомы

Сильная раздражительность.

Гиперестезия всех чувств (не может выносить тугую одежды вокруг груди). Пробуждение после 3 ч утра с бессонницей до 6 ч утра. Усталость при пробуждении более сильная, чем перед сном. Всегда лучше после непрерывного сна.

Боли. Различного характера, но чаще сжимающие, судорожные и раздражающие; ощущение сжатия с последующим онемением, часто появляется после полуночи и по утрам.

Стул. Запор с безрезультатными позывами; стул в малых количествах, не приносящий удовлетворения, ощущение, будто никогда полностью не выйдет.

Менструации. Преждевременно прекращаются, чтобы затем появиться вновь; слишком обильные, продолжительные с различными расстройствами.

Главные показания

Нервное и мышечное возбуждение, судороги и спазмы.

Межреберная невралгия (облегчение при лежании на боку). Сведение конечностей, судороги. Дрожание рук и другие нервно-мышечные заболевания у пьяниц.

Параличи (особенно нижних конечностей).

Воспаление седалищного нерва с очень резкой стреляющей болью, онемением, мурашками.

Двигательная атакия.

Ипохондрия: особенно со страхом смерти и тенденцией к самоубийству, сопровождается желудочными расстройствами, раздражительностью, геморроем. Сварливое настроение, вспыльчивость.

Nux vomica более или менее прямо действует на всю группу гастритических симптомов. Замедленное пищеварение: тяжесть и боли в желудке, части живота; желание возбуждающих веществ; диспепсия от крепкого кофе, алкоголя. Тяжелая пустая отрыжка. Неудержимый позыв к рвоте; тошнота по утрам, изжога с горькой, кислой отрыжкой. Судороги желудка.

Запор.

Геморроидальные страдания, геморроидальные кровотечения.

Болезни печени (от злоупотребления алкоголем, праной и острой пищей). Печень увеличена, плотна, чувствительная при давлении; печёночные колики.

Сердцебиения: очень сильные ночью и по утрам в постели, с тоской и приливом крови к груди. Сжимающие боли в груди. Стенокардия. Одышка.

Повышение артериального давления (при значительных нагрузках на нервную систему и пищеварительный тракт). Головная боль, особенно у любителей кофе, алкоголя, от напряженного умственного труда; прилив крови к голове. Болезненность кожи головы.

Мигрень: начинается утром, при пробуждении; тошнота и даже рвота во время приступа; улучшение в покое.

Астма. Приступ начинается чиханием и текучим насморком. Чувство сжатия в нижней части груди; короткий потрясающий кашель с трудным отхаркиванием небольшого количества мокроты.

Кашель от щекотания в груди и дыхательном горле; кашель по ночам, кашель с разламывающей головной болью. Лихорадка. Потрясающий озноб с щелканьем зубами; конечности и ногти синие; подёргивание мышц; жажда.

Ревматизм крупных суставов; опухоль, скорее бледная, ухудшение по утрам.

Миалгии, люмбаго, с сильными сжимающими и стреляющими болями.

Почечные колики от камней, напрасные позывы на мочу; отделение мочи по каплям; жжение в мочевом канале; судорожные его движения.

Воспаление матки; выпадение матки; бели жёлтого цвета.

Хронический алкоголизм и последствия алкоголизма.

Резюме. *NUX VOMICA* – один из самых важных гомеопатических препаратов, который объединяет наибольшее количество симптомов. Лекарственное средство соответствует большинству расстройств, явившихся результатом современной жизни, требующей большого напряжения нервной системы. Важно помнить то, что при всех хронических болезнях, требующих этого средства, наблюдаются симптомы со стороны желудка или функциональные расстройства пищеварения.

PULSATILLA

(прострел луговой)

Соответствует преимущественно субъектам женского пола и добродушным, кротким, склонным к шуткам людям, которых легко заставить и плакать, и смеяться.

Модальности

Ухудшение: вечером, в теплой комнате; от прикладывания горячего; в покое.

Улучшение: от ходьбы на свежем чистом воздухе.

Характерные симптомы

Изменчивость симптомов: боли и опухоли перемещаются из сустава в сустав, нет двух одинаковых ознобов и т.д. Постоянные ознобы, особенно по вечерам, иногда с чувством, будто обливают холодной водой. Густое и не раздражающее истечение из вшей слизистых оболочек.

Дурной привкус во рту, особенно по утрам; рот сухой, но жажды нет.

Венозные застои.

Поты во время сна (чаще на одной половине тела), исчезающие после пробуждения. Трудность засыпания по вечерам.

Боли, крайне изменчивы в характере, интенсивности и локализации, чем сильнее боль, тем сильнее озноб. Боли усиливаются вечером, перед полуночью, от тепла, особенно в теплой комнате, уменьшаются на свежем воздухе.

Стул. Запор с частыми позывами, но без достаточного стула или понос, особенно после жирной пищи. Стул не раздражающий, но крайне разнообразный – нет двух одинаковых испражнений.

Менструации, очень разнообразные по характеру. Переменяющиеся выделения: останавливаются, появляются вновь, различные по количеству, цвету. Прекращение менструации при переохлаждении ног, общей слабости и хлорозе.

Главные показания

Головные боли, распространяющиеся на ухо; с общим ознобом, слезотечением. Рвущие, стучащие, колющие головные боли, особенно по вечерам. Мигрень. Облегчение от стягивающих повязок. Головокружение.

Меланхолия. Уныние. Нелюдимость. Душевные страдания от обиды. Болезни ушей.

Невралгия, особенно лицевая, затылочно-лицевая, межрёберная, седалищная. Боли непостоянные, блуждающие или перескакивающие с одного места на другое. Стреляющая, стучащая, грызущая, колющая боль в зубах, отдающая в глаз.

Кашель от сухости или щекотания в дыхательном горле. Охриплость. Кашель с кровью. Колотье в груди при кашле; припадки удушья. Густая слизистая мокрота. Начальные стадии туберкулёза.

Пневмония с приступами влажного кашля, позывами на рвоту и выделением густой жёлтой мокроты; непроизвольное мочеиспускание при приступах кашля.

Острые или хронические диспепсии с преобладанием симптомов слизистого катара с белым языком; тошнота и рвота; особенно после жирной пищи и печёного; рвота горькими веществами или желчью. Колики от скопления газов. Понос: зеленоватый, слизистый, водянистый, похожий на кровавый (в том числе после кори). Боли в животе после дефекации.

Хлороз.

Болезни вен. Более чем *Hamamelis* показана при флебите нижних конечностей после родов, но уступает ему при венозных геморрагиях.

Разного рода или ночное недержание мочи (особенно у детей).

Половые органы. При запаздывании начала менструации у молодых девушек; при нерегулярных и скудных менструациях. Различные болезненные ощущения во время цикла. Часто вылечивает простую слизистую лейкорею. Слишком слабые потуги во время родов; послеродовые боли; способствует отделению последа.

Болезненное отекание грудных желез с выделением молока у девушек перед половой зрелостью.

Дисменорея: колики в области матки, кровь с чёрными сгустками, прерывистые выделения, прекращающиеся по ночам. Исчезновение молока у кормилиц.

Опухоль яичек: истечение семени.

Это ценное лекарство для детей, у которых в течение дня бывают самые внезапные и непреодолимые позывы к мочеиспусканию, а также ночное недержание мочи.

Резюме. *PULSATILLA* – преимущественно женское лекарство как по своему типу, так и по избирательному действию на женские половые органы. Самая главная особенность – улучшение на свежем воздухе.

SILICEA

(кремниевая кислота, кремнезём)

Ребенок типа *Silicea* худосочный из-за недостаточного усвоения пищи, у него открыты роднички, большой живот, вследствие воспаления брызжеечных желез; втянутое и стариковобразное лицо, часто заболевания глаз. Кости и мышцы слабые, поэтому ребенок медленно учится ходить. Фиброзные ткани суставов воспалённые, опухшие, что придает суставам, особенно коленным, узловатый вид. Дети строптивы, упрямы; они кричат, когда им говорят спокойно; беспокойны, подвижны, вздрагивают при малейшем шуме.

Взрослый тип *Silicea* – слабый субъект с тонкой кожей, бледным лицом, слабой мускулатурой, с неустойчивой нервной системой, обладает покорным характером, легко падает духом. Повышенная зябкость – ему холодно, даже когда много ходит, когда открыта голова. Ноги у него очень потеют и поэтому достаточно лёгкого их охлаждения и появления всякого рода болезни. Страдает от нервного истощения, любая умственная работа для него тяжела, даже чтение и разговор его утомляют.

У типа *Silicea* часто наблюдается инфильтрация миндалин, белые пятна на ногтях,

которые ломки, хрупки и деформированы; болезненное затвердение желёз; малейшие ранки и царапины нагнаиваются.

Модальности

Ухудшение: от холода, во время менструаций, утром, от шума и света; при новой и полной луне.

Улучшение: от тепла.

Провладающая сторона: левая.

Характерные симптомы

Исхудание, вследствие плохого усвоения продуктов питания.

Гиперестезия всех чувств и сверхчувствительность к прикосновению.

Повышенная чувствительность к холоду.

Болезненное припухание и уплотнение лимфатических желез (шейных, подмышечных).

Склонность к хроническому нагноению.

Повышенная потливость ног, вонючий пот ног. Потливость всей головы (при *Calcareo carbonica* потеет только волосистая часть головы).

Боли. Очень острые, невыносимые, усиливаются от движения и при перемене погоды.

Стул. Запор, усиливающийся во время менструаций. У детей понос во время жаркой погоды при прорезывании зубов и после прививки оспы.

Менструации: обильные с чувством ледяного холода во всем теле, запоздалые или преждевременные, продолжительные или короткие. Менструации во время кормления грудью – истечение всякий раз, когда ребенок берет грудь.

Главные показания

Нагноения.

Изъязвления. Простые язвы; легкие и злокачественные формы, костные и скрофулезные изъязвления. Гной жидкий и вонючий, часто смешанный с кровью, иногда с маленькими частицами, имеющими вид сыра. Эти изъязвления улучшаются от горячих компрессов и ухудшаются от холодных. Злокачественные гангренозные чирьи. Нарывы около ногтей.

Скрофулус. Корки, изъязвления (особенно на голове и конечностях), хронические индуративные адениты, нагноения лимфатических желёз, хронический насморк, оторрея, язвенный кератит, холодные нарывы, гнойные процессы в костях.

Рахит. Склонность к простуде. Значительная слабость.

Сонливость днем, бессонница по ночам; частая зевота. Тревожные сны (снятся змеи). Испарина по ночам.

Томление и беспокойство. Слабость памяти. Уступчивость. Навязчивые, неотступные мысли.

Головная боль (распространение с затылка на всю голову и глаза). Приливы крови к голове.

Сильное выпадение волос.

Эпилепсия (усиление в новолуние).

Упорные невралгии.

Воспаление глаз; светобоязнь; при чтении буквы сливаются, черные пятна перед глазами.

Кровотечение носовое; сухой насморк.

Хронический кашель с обильной жёлтой густой гнойной мокротой. Улучшение: в сидячем положении; от горячего питья. Хронический бронхит с обильным отхаркиванием густой жёлтой мокроты.

Хроническая астма (особенно у людей, чья деятельность связана с вдыханием тяжелой пыли, каменной пыли).

Гнойный плеврит.

Поздние стадии чахотки.

Хронический ревматизм.

Холодные ноги. Очень зловонный ножной пот.

Резюме. *SILICEA* действует, главным образом, на нервную систему, кости и клеточную ткань. Это золотушные, рахитичные, малокровные пациенты, у которых недостаточное усвоение задерживает развитие. Заболевания лимфатических желез, нагноения, последствия прививки оспы, изъязвления, туберкулез.

SULPHUR (сера)

Sulphur – главное средство, когда организм не реагирует на надлежащее лекарство. При заболеваниях со смешанной или неопределенной симптоматикой *Sulphur* выявляет симптомы основного скрытого патологического процесса, проявление которых облегчает выбор наиболее подходящего лекарства.

Особенно показано после подавления зуда или кожной сыпи.

Главные показания

Хронические болезни, когда общее состояние позволяет предполагать истощение организма из-за недостаточного восстановления деятельности ослабленных органов.

Анемичный и скрофулёзный диатез (воспаление глаз, вздутие живота у детей, сыпи) и все диатезы с симптомами: исхудание с общим раздражением, слабостью слизистых оболочек, выделяющих слизь и гной; большая чувствительность к холодному воздуху (склонность к насморку, болям ревматического характера); сыпи, заболевания желез; недостаточное окисление органических соединений при хорошем аппетите.

Хронический ревматизм.

Кожные болезни: чесотка, угри, фурункулы, экзантемы (с образованием корок и зудом).

Печёночные пятна.

Хроническая астма (приступы чередуются с кожными высыпаниями).

Пневмония катаральная (с застоем мокроты в бронхах или обильным отхаркиванием).

Плеврит (одышка очень сильная с сухим кашлем).

Грипп (в конце заболевания).

Хронический насморк.

Болезни глаз. Пятна на роговой оболочке; опухоль и краснота век.

Конъюнктивит и раздражение инородным телом.

Глухота. Шум в ушах. Гнойные отделения из уха.

Диспепсия. Обложенный язык.

Опухоль подложечной ямки.

Колющие и давящие боли в печени.

Опухоль и затвердение селезёнки.

Запор. Затруднённая дефекация. Отделение глист. Выпадение прямой кишки.

Колотье и зуд в прямой кишке. Геморрой. Метеоризм.

Жжение при мочеиспускании, застарелый триппер.

Опрелости кожи между ног.

Неправильное распределение крови, следствием чего являются: застой в системе воротной вены, приливы к голове; краснота различных отверстий тела; приступы жара, приливы к груди (с кровохарканьем, среднебиением, одышкой). Непреодолимая сонливость.

Холодные руки и ноги.

Меланхолия.

Резюме. *SULPHUR* – главное противопорное средство Ганеманна; превосходное лекарство при кожных и ревматических заболеваниях. Нужно помнить о *Sulfur*, как о катализаторе, когда точно подобранное лекарство не дает никакого результата. Главная характеристика лекарства: склонность к местным приливам, отвращение к воде, сальная с разнообразными сыпями кожа, краснота естественных отверстий.

4.4. Гомеопатия и профилактика

В условиях массового потребления лекарственных препаратов и нарастающей аллергизации населения, ухудшения экологических условий гомеопатия приобретает важное значение особенно в педиатрии, т.к. не наносит вреда больному, не вызывает побочных эффектов и аллергических реакций. Своевременно назначенное гомеопатическое лекарство естественного происхождения нередко в корне прерывает развитие тяжёлой болезни и приводит к скорейшему выздоровлению пациента. Известный французский гомеопат Дидье Гранджорж (1984) в своих лекциях говорил, что психология и психоанализ давно указывают, что все болезни начинаются в детстве и необходимо об-

ратиться к другим медицинским подходам и найти ответ, каким образом развить соматопсихическую гармонию у доверенных нам детей. Он отмечает, что гомеопатия – это медицина, особенно подходящая для ребёнка, т.к. она лечащая и предупреждающая, стимулирующая защитные силы организма, а находящийся в равновесии организм не даёт рецидива. Более того, этой медицине доступно лечение ментальных симптомов (например, патологической ревности, немотивированной грусти, озлобленности и т.д.), нередко лежащих в основе психосоматических заболеваний.

Основополагающая философия всей медицины заключается в профилактике, и гомеопатия должна стать частью всеохватывающей профилактической программы, так как из всех видов терапии, которая предлагается для новорождённых и детей других возрастных групп, она является самым безопасным методом лечения.

С профилактической целью как метод, способствующий нормальному развитию ребёнка, можно использовать, так называемое, *евгеническое лечение*, которое проводится в определённой последовательности: *псора, туберкулиний, сикоз, сифилиний*, поскольку на основе псорических нарушений развиваются все прочие конституциональные дефекты.

Схема евгенического лечения. Вначале ребёнку назначают одну дозу лекарства в потенции С30, которое более всего соответствует конституции матери, а затем прочие лекарства, каждое в течение одной недели:

1. Одно псорическое средство: *Sulfur, Calcium, Magnesium* и др.
2. Один туберкулиновый нозод: *Tuberculinum Koch-Alt* или *Bovinum* и др.
3. Одно сикотическое лекарство: *Thuja* или *Natrium sulfuricum, Medorrhinum* и др.
4. *Luesinum*.

Начинать лечение следует как можно раньше, лучше в течение первых 3-х месяцев жизни ребёнка.

Евгеническое лечение может стать одним из методов профилактики последствий родовых повреждений нервной системы. В последующем эта терапия может быть дополнена назначением гомеопатических средств, обладающих тропностью к определенной локализации травм или возможно их сочетание с типологическими гомеопатическими препаратами.

Как показывают практические наблюдения, по мере роста и взросления ребёнка наблюдаются периоды повышения восприимчивости к патологическим проявлениям. Например, если у ребёнка имеется предрасположенность к астме, то велика вероятность её проявления в период прорезывания зубов, когда у ребёнка может подскочить температура, появиться насморк и он более склонен к респираторным инфекциям, кашлю и даже к развитию приступа судорог.

Два гомеопатических средства – *Belladonna* или *Chamomilla* в разведении Д12 - С30 превосходно подходят как средство профилактики астмы в этот период.

В многочисленных руководствах по гомеопатии отмечено, что профилактика приобретённой (экзогенной) астмы представляет собой более сложную проблему, чем профилактика наследственной (эндоген-

ной астмы), поскольку ее проявления слишком многолики. Но в любом случае экологический подход к профилактике должен заключаться в избегании контакта с аллергеном (что практически почти невозможно) и повышении иммунитета организма.

Для многих детей и взрослых, склонных к респираторному аллергозу (поллинозу) весенние и летние месяцы самые тяжёлые, так как в этот период воздух полон пыльцы трав, деревьев, цветов, спор плесени. Наиболее часто используются гомеопатические средства, которые способны облегчить такие симптомы летней аллергии, как тяжёлое дыхание, раздражающий кашель, заложенность носа, обильную ринорею, приступообразное чихание — это гомеопатические препараты из *смешанной пыльцы, смешанных трав: Arsenicum album, Carbo vegetabilis, Drosera rotundifolia, Kalium bichromicum, Phosphorus, Ipecacuanha, Pulsatilla, Sulfur.*

Как уже неоднократно отмечалось, острые или длительно текущие хронические респираторные инфекции нередко способствуют возникновению респираторного аллергоза. У нетрадиционной медицины еще нет ответа на вопрос, почему люди так часто болеют простудными инфекциями? Однако гомеопатия предлагает несколько специфических средств для профилактики и лечения частых простуд и гриппа, которые совершенно безопасны для детей и взрослых. Используя профилактическое назначение этих средств, можно также избежать ухудшения течения хронического заболевания.

Лечение будет успешным, если оно начато при первых признаках простуды (першение в горле, чихание и щекотание в носу во время чихания, слезящиеся глаза, заложенность в носу и др.) и продолжается, как говорится, до победы. В данном случае необходимо принимать *Natrium muriaticum*, приём которого следует начинать при первых признаках простуды. Например, при контакте ребёнка с больным простудой, ему следует дать: 1 дозу солянокислого натрия в разведении С30, а затем еще 2 дозы с интервалом в 4-6 часов. Другой вариант профилактического лечения (особенно в случае посещения детских коллективов в осенне-зимний период) — это дать ребёнку 3 дозы *Natrium muriaticum* в разведении С30 с интервалами в 12 часов и повторять такой курс каждые 7 дней на протяжении всего периода риска.

В случае, если не удалось уберечь ребёнка от простуды, то следует давать ему в первые 12 часов *Natrium muriaticum* с интервалом в 2 часа и по мере исчезновения симптомов простуды, длительность интервалов можно увеличить до 4 часов. Но если в течение 12 часов состояние ребенка не улучшилось, то следует добавить *Gelsemium* и принимать оба гомеопатических препарата с полчасовым интервалом.

Gelsemium — используют также в целях профилактики гриппа, вирус которого проявил за последние 10 лет исключительную подвижность в изменении клинических симптомов, склонных затягиваться на более длительные периоды, поскольку штаммы вирусов становятся сильнее, а сопротивляемость организма ослабевает.

В целях профилактики гриппа *Gelsemium* в разведении С200 следует принимать по одной дозе 3 раза с интервалом в 3 часа. Этот курс следует повторять каждые 7 дней во время периода риска, можно в сочетании с обычными противогриппозными средствами. При появлении первых симптомов следует принимать по 1 дозе каждые 2 часа, и

когда клинические симптомы начнут уменьшаться, можно увеличить интервал до 4 часов.

Специфического средства для профилактики бронхита не существует. Для лечения бронхита чаще всего используют: *Akonit*, *Carbo vegetabilis*, *Kalium bichromicum*, *Phosphorus*, *Ipecacuanha*, *Drosera rotundifolia* и др.

Коклюш – это болезнь, которой боятся все родители, особенно родители часто болеющих, ослабленных детей. Многие родители с трудом соглашаются на прививку, которую им предлагает врач. Гомеопатия предлагает свою вакцину – нозод *Pertussinum* (приготовлен на основе вирусных возбудителей) в разведении C30. Нужно давать 3 дозы с 12-ю часовым интервалом, повторять курс лечения каждые 4 недели в течение 3 месяцев. Вакцина не рекомендуется маленьким детям до 12 недель, так как во время грудного вскармливания ребенок получает естественный иммунитет от матери. Чтобы быть уверенным в защищенности ребёнка в эти первые 12 недель, рекомендуется каждому члену семьи, имевшему контакт с больным коклюшем, принимать 1 дозу *Drosera rotundifolia* в разведении C12 на ночь и утром в течение 3 дней после контакта.

Следует учитывать, что у детей может наблюдаться высокая степень тревожности, и они могут чувствовать себя весьма неуютно в сложной обстановке первых школьных дней учебного года, в новом коллективе, а также в период экзаменов, контрольных. Поскольку нервное напряжение может даже проявиться приступом ГРБ, то рекомендуется профилактический приём следующих гомеопатических средств: *Akonit*, *Argentum nitricum*, *Bryonia*, *Gelsemium*, *Silicea*, подобранных по принципу "*Similia*".

Нередко симптомы респираторного аллергоза могут проявляться в период полового созревания.

Pulsatilla – подходит для девочки с неустойчивым настроением, которая заливается слезами при малейшей критике в её адрес, но может и счастливо смеяться через минуту, которая тревожится по пустякам, страдает от катарального воспаления, но которой всегда легче на свежем воздухе.

Silicea – подходит для мальчика, для которого период полового созревания – это пытка из-за угрей, сальных волос, повышенной потливости, которому не дают покоя внутреннее беспокойство и постоянное осознание неуспеха у сверстников, который всегда подчиняется и которому никто не подчиняется, и неустойчивость настроения которого доводит семью до иступления.

В каждом конкретном случае родители должны быть осведомлены, что гомеопатические средства, в отличие от аллопатических, не обладают побочным действием и совершенно безвредны для ребёнка.

Мы особенно акцентируем внимание врача на возможности использования гомеопатии у детей всех возрастных групп для целей профилактики, так как большинство болезней взрослых родом из детства.

4.5. Общие сведения о гомотоксикологии

Наряду с классической гомеопатией в Западной Европе во второй половине XX века получило большое распространение *гомотоксико-*

логическое направление, сформированное доктором Реккевегом. Автор, основываясь на концепции гомеопатии, сформулировал концепцию о гомотоксикологических (патобиологических) фазах собственных защитных реакций организма, которые представляют собой структурно-временные образования, возникающие в организме в ответ на действие вредных токсических веществ. С позиций гомотоксикологии, болезнь – это реакция защитных сил организма против эндогенных и экзогенных гомотоксинов, управляемая иммунонейроэндокринной системой. Это как бы попытка организма скомпенсировать ущерб, возникший вследствие действия яда (гомотоксина).

Врач-гомеопат Ганс-Генрих Реккевег в своей концепции *гомотоксикологического учения* сумел объединить в одно целое все теории патогенезов заболеваний (“гуморальную”, “твёрдого тела”, “клеточную”, “молекулярную”), фундаментальные знания в области общей и молекулярной биологии, биохимии, биофизики, микробиологии, иммунологии и гомеопатии, положив начало новому направлению в медицинской науке – *функциональной (биологической, информационной) медицине*. Биологическая медицина позволяет в более полном объеме осуществлять целостный подход как в процессе проведения диагностики и оценки состояния здоровья человека, так и в выборе тактики лечения и реабилитации в процессе оздоровления.

На основании клинко-экспериментальных исследований и наблюдений автором, в дополнение к учению о гомотоксинах, была разработана целостная система *“большой защиты в гомотоксикологии”*, состоящая из пяти взаимосвязанных подсистем: ретикуло-эндотелиальная система, механизм “передняя доля гипофиза – кора надпочечников”, невральная защита, детоксикация в печени, детоксикация в соединительной ткани, имеющих однонаправленность действия – *обезвреживание гомотоксинов, ядов, вызывающих болезнь*.

Например, система РЭС, (к ней относятся разбросанные по всему организму специфические клетки, в которых образуются специфические антитела к токсическим факторам, в особенности, к гомотоксинам, включая образование антител и аккумулирующую функцию) располагает центром активности в клетках Купфера. Реакция антиген – антитело протекает в соединительной, лимфоидной и миелоидной тканях, печёночном макрофаге, в микроглиальных клетках ЦНС и других тканях и системах. Следствием её протекания является воспалительный процесс, заметный только в незначительной степени, поскольку приблизительно в 70% случаев реакция антиген-антитело протекает незаметно (колебание затронутых физиологических механизмов компенсировано), что Реккевег определил как “феномен айсберга”. Из антигена, которым является гомотоксин, и, продуцируемого к нему антитела, возникает новое неядовитое вещество – *гомотоксон*. Процесс образования *гомотоксона* является одним из наиболее важных в химической физиологии, энзимологии и молекулярной биологии. Образование гомотоксона обозначает реакцию детоксикации внутри обменного процесса и служит процессу спонтанного исцеления организма от болезни.

Гомотоксины – это токсические вещества, вызывающие противодействие “большой защитной системы” организма человека в различные фазы заболевания. К примеру, при избыточном и богатом гомотоксинами питании постепенно происходит перенасыщение соедини-

тельной ткани балластными (аккумулялирующими) веществами. Гомотоксины подготавливают почву для многочисленных инфекционных заболеваний, играя как бы роль запала в развитии местной инфекции, поскольку бактерии в перегруженном гомотоксинами организме находят оптимальные условия для развития. Повышенную готовность к процессам нагноения и воспаления можно наблюдать у лиц, употребляющих в пищу свинину. Именно *сутоксинам* (токсинам, содержащимся в свином мясе) придают сегодня важную роль в развитии таких заболеваний, как гипертония, полицитемия, атеросклероз, злокачественные опухоли, тенденция к полноте и ожирению, а также заболевания опорно-двигательного аппарата, желчные и кожные заболевания и др.

Жизнедеятельность организма как физиологическая, так и патологическая основывается на процессах преобразования химических соединений, происходящих в организме в соответствии с общими химическими законами. Реккевер установил, что химические вещества, которые обнаруживаются с помощью химических методов в выделениях (гной, слюна, пот, моча, серные образования и др.) во время болезни и непосредственно перед началом заболевания, являются действующими веществами и в тканях, и в общем-то они ответственные за процессы, которые и обозначаются как болезни (гомотоксикозы).

Процессы противодействия *экзогенным и эндогенным гомотоксинам* и попытки организма компенсировать вызванные гомотоксинами повреждения в органах и тканях автор классифицировал в виде *шести различных фаз гомотоксикоза*.

Фаза экскреции – характеризуется выделением гомотоксинов через естественные физиологические пути (с потом, калом, слюной, мочой и т.д.). Эту фазу можно охарактеризовать как попытку организма освободиться от токсинов путём усиления работы собственных механизмов экскреции, что позволяет с помощью связывания, депонирования или растворения токсических веществ в продуктах секреции (потение, понос, рвота, кашель, насморк, усиление образования слизи, увеличение мочеотделения и т.д.) вывести их из организма. Процессы экскреции контролируются нервной системой, которая обеспечивает взаимосвязь многих тонких метаболических процессов и секреторных механизмов, так называемый, *“внутренний механизм поддержки”* (интракринная секреция, аутокринная секреция, паракринная секреция, эндокринная секреция), поскольку через реакции клеточного метаболизма проходит много чужеродных веществ и токсинов.

Фаза реакции (воспаления) – следующая фаза болезни (гомотоксикоза) характеризуется тем, что организму не удаётся полностью вывести гомотоксины через физиологические пути и для нейтрализации оставшейся части гомотоксинов включаются патологические процессы выделения, связанные в основном с гипертермией, воспалением и болью. Процесс воспаления, находящийся под нервным и гормональным контролем, можно рассматривать, как попытку организма интенсифицировать процессы метаболизма путём активации богатой сосудами соединительной ткани и капиллярной системы (отсюда признаки воспаления: покраснение, жар, отёк, боль, снижение функции – разрушение клеток и образование свободных радикалов). Следствием воспаления являются лихорадка, лейкоцитоз (при бактериальной инфекции) или лейкопения.

Фаза депонирования (депозиции) – является следующим этапом борьбы с гомотоксинами, когда механизмы, работающие в фазах экскреции и воспаления, потерпели неудачу. Характеризуется вынужденным накоплением токсинов в различных тканях (появление бородавок, силикоз, ожирение и т.д.), вследствие чего возникает неустойчивое равновесие между вредоносным действием токсина и защитной системой организма, что чревато развитием вторичных заболеваний. Клиническим проявлением этого состояния могут быть: лимфаденит, характеризующийся увеличенными, уплотненными лимфоузлами, гипертрофия слизистой оболочки, гиперплазия миндалин, спленомегалия, гиперкератоз и т.д. Нейтрализация гомотоксинов может происходить за счёт соединения их с другими гомотоксинами или с какими-то инактивирующими их веществами (например, образование диглюкоронида билирубина в клетках печени). Другой вариант инактивации гомотоксина – это связывание его с антителом (принцип Шульц-Хаусе). Реакции, происходящие на этом уровне, характеризуются увеличением числа клеток без изменения их морфологии и функции.

Затем следует **биологический барьер**, после которого начинаются клеточные фазы.

Биологический барьер – это граница раздела между состояниями, для которых возможна саморегуляция и самоизлечение организма и состояниями, для которых саморегуляция уже невозможна, от чего собственно и зависят патогенетические и терапевтические принципы и подходы. С позиций энергетики граница проходит там, где утрачивается половина энергетического потенциала организма (80 процентов энергии организм получает в результате процесса окислительного фосфорилирования и 20 процентов – в результате гликолиза).

Клеточные фазы характеризуются проникновением гомотоксинов внутрь клетки и могут быть охарактеризованы следующим образом.

Фаза импрегнации – характеризуется проникновением активного гомотоксина (ретоксина) в межклеточное пространство и частично внутрь клеток, что свидетельствует об ослаблении, истощении защитной системы организма, образовании в ней слабого звена – “*Locus minoris resistentiae*”.

В этой стадии происходит поражение клеточных ферментов и клеточных структур, нарушается функция мембран, соотношение натрия и калия, промежуточные продукты обмена начинают накапливаться в клетке, в результате чего возникает феномен аккумуляции. Стадия эта может быть охарактеризована как предраковая, хотя отмечаются скорее субъективные, чем объективные симптомы и поэтому они носят название “*немых*” или “*молчащих*”.

Клиническим проявлением этих процессов являются: мукополисахаридоз, гликогеноз, липидоз, амилоидоз, гемохроматоз, цистиноз, пневмокониоз, силикоз, подагрические отложения в суставах и др.

Фаза дегенерации – как продолжение процесса разрушения не только внутриклеточных, но даже и внутриядерных структур, в результате чего возникают структурные изменения и функциональные нарушения. Эта стадия характеризуется дискразиями и органическими нарушениями, что сопровождается появлением соответствующих веществ, выявляемых при лабораторных исследованиях. И хотя эта фаза является предшествующей фазе новообразований, тем не менее она отли-

чается от последней тем, что ткань затронутая процессом дегенерации всё ещё остается интегральной составляющей иерархической системы организма. Типичными гомотоксикозами в этой фазе являются: красная волчанка, слоновость, активные формы туберкулёза и др.

Фаза новообразований или неопластическая фаза – последняя фаза гомотоксикоза, которая характеризуется злокачественными трансформациями в органах и тканях, в результате которых ткань теряет присущие ей морфологические и функциональные характеристики и возвращается к более примитивным недифференцированным клеточным формам. Этот процесс предполагает потерю клетками специфичных черт и выход клеток из интегральной иерархической системы организма. На этой стадии энергии становится недостаточно для обеспечения потребностей многоклеточного организма, поскольку преобладает энергетически неэффективный процесс гликолиза. И чем ниже воспроизведение энергии в тканях, тем больший ущерб нанесён состоянию биологической гармонии и тем необратимее морфологические изменения в клетках и тканях.

Представленная гуморально-клеточная гомотоксическая схема заболевания в настоящее время модифицирована, что связано с раскрытием роли матрикса и фаз матрикса, но это отнюдь не нарушает основополагающего принципа концепции Реккевега. Эта модификация позволяет учитывать роль основного вещества внеклеточного матрикса, обеспечивающего функцию фильтрации и защиту клеток от попадания токсических веществ внутрь клетки. Структуры матрикса осуществляют эту функцию благодаря своему заряду и высокой связывающей способности. Эта высокая связывающая способность и детоксикационная функция способствует в условиях длительного стресса превращению матрикса в место локализации заболевания. Именно матрикс (в фазе “депонирования”) является основным местом локализации хронической или хронически рецидивирующей конфронтации между тканью и депонированными токсинами. Вследствие значительной перегрузки зон фильтрации в матриксе (фаза импрегнции) транзитное пространство (находится между гуморальной системой и внутриклеточным пространством и является зоной фильтрации) между циркулирующей жидкостью и клеткой блокируется, что изолирует клетку от обмена метаболитами с внутриклеточным пространством, и поэтому промежуточные продукты обмена накапливаются в матриксе. Это нарушает функцию основного вещества матрикса, обеспечивающего фильтрацию и защиту клеток. В фазе дегенерации (клеточная фаза, следующая за фазой матрикса) патологический процесс переходит из матрикса в сами клетки.

Различные ткани организма по-разному реагируют на одинаковые гомотоксины, что и проявляется в смене симптоматики заболевания. Развитие или распространение гомотоксикоза может идти двумя путями: во-первых, как переход из одной фазы в другую, и, во-вторых, как переход процесса из одной ткани в другую.

Процесс перехода гомотоксикоза из одной фазы в другую или смены тканей называют *викариационным эффектом или феноменом викариации*. В зависимости от направленности процесса различают *прогрессивную и регрессивную викариацию*. Под *прогрессивной викариацией* понимается смена фаз заболевания слева направо и сверху вниз.

Прогрессивная викариация биологически неблагоприятна и опасна, поскольку часто связана с энзимными нарушениями и сопровождается ретоксикацией.

Регрессивная викариация характеризуется обратным движением (смещение влево), восстановлением функции дезинтоксикации в сочетании с тенденцией к выведению токсинов из организма (фаза экскреции) и возможными рецидивами более ранних фаз, препятствующих ретоксическим поражениям органов и тканей.

Поэтому, используя гомотоксическую (антигомотоксическую) терапию, врач пытается повлиять на симптомы болезни в направлении стимулирования регрессивной викариации.

Доктор Реккевег разработал классификацию принадлежности различных органов и тканей к одной из четырех групп тканей – эктодермальная, энтодермальная, мезенхимальная, мезодермальная, определив порядок расположения тканей и наиболее характерные проявления шести фаз гомотоксикоза в каждой из них (полная гомотоксическая характеристика групп тканей и органов дана в таблицах гомотоксикозов Реккевега).

Например, к тканям *эктодермального происхождения* относятся *эпидермис, эпителий носоглотки* (по Реккевегу, ородермальная ткань), *ЦНС, межуточный мозг, периферическая нервная система* (по Реккевегу, нейродермальная ткань), *вегетативная нервная система* (по Реккевегу, симпатикодермальная ткань) и т.д. Для *ородермальной ткани в фазе экскреции* характерно усиление образования слюны и отделяемого из носа без признаков воспаления, в *фазе реакции* – симптомы стоматита или ринита, кожные проявления; в *фазе депозиции* – аденоиды, тонзиллит, кератоз, мозоли, кисты, атеромы, бородавки и т.д.

Для следующих трёх фаз, находящихся за биологическим разделом, характерен переход гомотоксина в ретоксин (т.е. гомотоксин, который организм уже не в состоянии полностью нейтрализовать и вывести), что сопровождается более тяжелым течением болезни (*гсмо- и ретоксикоз*).

В этой связи становится понятным, почему *супрессивная терапия* (принцип “подавления” и неумеренного использования химиотерапии), общепринятая в официальной медицине, вмешивающаяся в способность организма реагировать, нередко наносит значительный ущерб здоровью.

Можно отметить, что такие средства натуропатической медицины, как финская сауна или русская баня, РДТ и др. усиливают экскреторную функцию эктодермальной ткани и, соответственно, могут использоваться в качестве лечебного средства для стимуляции экскреторной фазы гомотоксикоза.

Ткани и органы *энтодермального происхождения* подразделяются на *мукодермальные* (трахея, бронхи, пищеварительная трубка и другие полые органы) и *органодермальные* (лёгкие, печень, щитовидная, паращитовидные, поджелудочная железы и др.).

Фаза экскреции гомотоксикоза проявляется в органах и тканях *энтодермального происхождения* усилением их естественных функций. В *фазе реакции* – в этих органах и тканях наблюдается воспаление: фарингит, ларингит, энтерит, колит, паротит, гепатит, холангит, пневмония и т.д.; *фаза депозиции* – проявляется образованием полипов,

желчных камней, силикозом, застойными явлениями в печени (к примеру, снижение активности толстой кишки сопровождается запором, что, в какой-то мере, можно рассматривать как проявление гомотоксикоза в фазе депозиции) и т.д.: *фаза импрегнации* – характеризуется стойким снижением функции поражённого органа или ткани: бронхиальная астма, эмфизема лёгких, хронический гепатит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки и т.д.; для *фазы дегенерации* – характерно более выраженное нарушение функции поражённого органа, которое завершается фазой *новообразования*, проявляющейся различными злокачественными заболеваниями органов и тканей энтодермального происхождения.

Практически каждая смена фаз гомотоксикоза сопровождается определёнными тканевыми изменениями, имеющими важное значение при возникновении любых осложнений болезни. Например, если процесс гомотоксической детоксикации или воспаления нежелательно прерывается, то возможно возникновение обостряющегося заболевания ретоксического процесса. Например, при длительной супрессивной терапии поражаются внутриклеточные структуры, блокируются ферментные функции клеток, что может усугублять глубину поражения не только в первично поражённых органах и тканях, но и в других системах, связанных с первично поражёнными информационноэнергетическими взаимосвязями. Аутоиммунные заболевания, которые поражают различные органы – сердечную мышцу, печень, почки, хрящи, суставы и т.д., могут возникать в результате такого процесса (аллопатические химиопрепараты типа антибиотиков взаимодействуют с протеинами, образуя, так называемые, свободные пептиды, и организм борется с этими несвойственными ему пептидами при помощи специфических антител). К примеру, после ретоксического лечения тонзиллярной ангины с помощью сульфонамидов, антибиотиков, и т.д., возникшая вследствие аутоиммунных механизмов прогрессивная викариация, может привести через ретоксины к агранулоцитозу, анемии и даже к лейкемии. После ретоксического лечения вирусных бронхитов в лёгких появится ранний зоинофильный инфильтрат, который, в свою очередь, обеспечит благоприятные условия для туберкулёзных бацилл. Ретоксическое насыщение и дегенерация после вирусных инфекций также могут привести к образованию неоплазматической формации (при определенных условиях вирусы под действием аллопатических средств усиливают, так называемые, “блуждающие” гены, являющиеся карциногенами).

Все вышеизложенное можно представить в виде таблицы гомотоксикозов, располагая по оси абсцисс фазы заболевания, а по ординате – ткани организма (рис. 33). Первые три фазы – *гуморальные*, при которых наибольшее значение имеет принцип экскреции, и которые отличаются прогнозируемой тенденцией организма к самоизлечению. Последние три фазы – *клеточные* – отличаются неблагоприятным прогнозом, поскольку клеточные фазы могут перейти в фазу новообразований, конечную фазу гомотоксикоза.

Разделительная линия – *биологический барьер* делит таблицу из шести фаз на две равные части, для каждой из которых характерны различные патогенетические и терапевтические принципы.

Гуморальные фазы (экскреция, воспаление, депонирование) протекающие параллельно латентным клеточным фазам, выводят гомо-токсины и тем самым препятствуют манифестации клеточных фаз. При подавлении гуморальных фаз возникает опасность развития прогрессивной викариации и клеточных фаз гомотоксикоза.

Зная принципы построения таблицы и клинические проявления, характерные для каждого конкретного случая заболевания, можно легко определить, к какой фазе и к какой ткани относится данное проявление болезни и, следовательно, какие препараты и какие методы должны быть назначены конкретному больному.

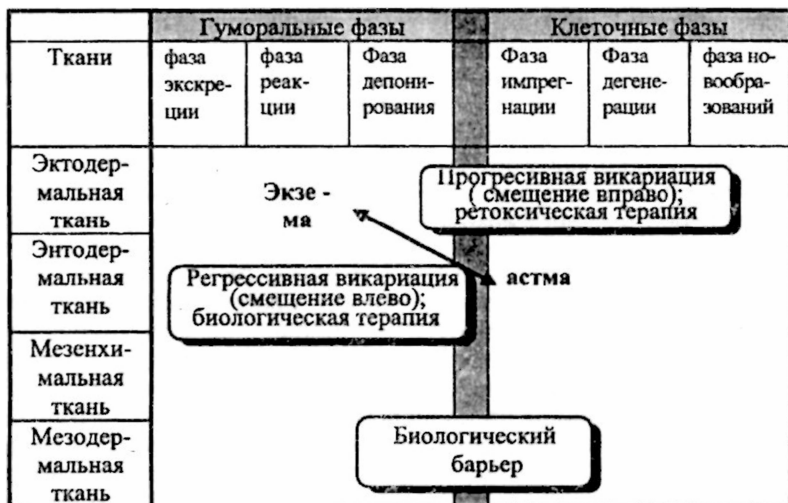


Рис. 33. Прогрессивная и регрессивная викариация на примере феномена "экзема – астма"

На примере феномена (взаимосвязи) "экзема – астма" рассмотрим современное иммунологическое доказательство существования *викариационного эффекта*, который объясняется через механизм включения деления Т-хелперных лимфоцитов на TH1- и TH2- клетки.

Клинически нередко у ребёнка-астматика может наблюдаться экзема или у больных экземой могут наблюдаться симптомы астмы, или у ребёнка обнаруживаются и астма, и экзема, и тогда одно превалирует, а другое протекает в более лёгкой форме. В современной литературе феномен "экзема-астма" описан как дерматореспираторный синдром и отмечается неуклонная тенденция к увеличению численности таких больных (по данным разных авторов от 14 до 20 процентов). Пациенты такого типа имеют нарушения и гуморального, и клеточного иммунитета, хотя чаще всего в основе нейродермита лежит нарушение клеточного иммунитета (Т-супрессорных лимфоцитов), а при atopической БА нарушения чаще всего связаны с гиперпродукцией IgE.

Возможность викариации между двумя различными типами аллергии (гуморальной и клеточной) доказана с помощью новейших иммунологических исследований, подтверждающих, что взаимодействие отдельных иммунных звеньев намного сложнее, чем ранее представлялось.

На сегодня при БА различают раннюю астматическую реакцию (связанную с IgE), позднюю (связанную с Т-лимфоцитами) и хроническую воспалительную реакцию. Ранняя реакция связана с медиаторами прямого действия (гистамин, ПГД₂, LTC₄ и др.), замедленная – со вторичными медиаторами (E₄, D₄, ПГД₂, E₂, D₂ и др.), а хроническая воспалительная реакция развивается при персистенции инициирующего раздражителя (стимула). Регуляция синтеза IgE связана со сложной системой взаимодействий и взаимовлияний Т- и В-лимфоцитов, при доминирующей роли Т-лимфоцитов.

После того, как психонейроэндокринная иммунология подтвердила существование "Большой защитной системы", деление Т-лимфоцитов на субпопуляции (Т-хелперы, TH1-клетки – носители замедленного типа гиперчувствительности и TH2-клетки – носители IgE зависимой аллергии) стало неоспоримым доказательство эффекта викариации (Ricken K.H., 1993 и др.). То есть, с помощью Т-хелперной клетки (играющей "ключевую" регуляторную функцию эффекта викариации) протекает или прогрессивная (негативная), или регрессивная (позитивная) викариация.

Отсюда, с позиции концепции Реккевега, цель любой терапии – это достижение регрессивной викариации, позволяющей вывести организм из состояния, соответствующего клеточным фазам (справа от биологического барьера), и перевести его в более ранние фазы. Другими словами, принцип *антигомотоксической* терапии заключается в том, чтобы направить организм по пути выздоровления, стимулируя и поддерживая защитные резервы самого организма с помощью индукции синтеза антитоксически активных ферментов, обладающих глубоким биологическим влиянием на процессы ПОЛ, окислительного дезаминирования, детоксикации, проницаемости клеточных мембран и др.

Таким образом, клиническая картина заболевания организма, вызванная, по Реккевегу, эндогенными и экзогенными гомотоксинами, есть отражение попытки организма компенсировать токсическое поражение. Такой подход к пониманию развития патологических процессов с учётом концептуальных положений гомотоксикологии позволяет увидеть, что многие, вызывающие друг друга заболевания (гомотоксикозы) являются единым процессом борьбы организма с одним и тем же гомотоксином, причем различные ткани организма по-разному реагируют на одинаковые гомотоксины, что проявляется в смене симптоматики заболевания. Поэтому, по мнению автора, чтобы точно охарактеризовать физиологические и химические процессы жизнедеятельности организма, следует вести *речь как о заболевании, так и о викарирующих фазах гомотоксикоза*, поскольку в этом случае можно точно определить, какие из терапевтических мероприятий будут полезны для пациента, а какие окажут неблагоприятный эффект. Практически любое вещество в чрезмерных количествах способно оказывать гомотоксическое воздействие, равно как и отсутствие соответствующего дезинтоксикационного фактора (к примеру, глюкуроновой кислоты, гликакола и т.д.), а также недостаток органических и неорганических соединений. Поскольку из-за отсутствия необходимых реакций соединения в процессе обмена веществ и при воспалительных процессах не происходит соединения одного или нескольких *гомотоксинов в гомотоксон* – нетоксическое вещество, то замедляется процесс выздоровления индивида.

К примеру, обычно применяемые при лечении острых заболеваний антибиотики, сульфаниламиды, пиразолоны, салицилаты, анальгетики и т.д., обладающие исключительно важным спектром лечебного действия, в то же время представляют собой очень опасное вмешательство в протекание биологически целесообразного воспалительного процесса. Аллопатическая терапия, часто блокируя и поражая функцию ферментов (побочное действие химиотерапии), вызывает биологически опасную прогрессивную викариацию. *Биологическая (антигомотоксическая)* терапия обуславливает регрессивную викариацию, характеризующуюся восстановлением заблокированных ферментативных функций в организме. *Биологические препараты* способствуют естественному образованию гомотоксонов и их выведению, часто посредством лихорадочного состояния. Благодаря критическому усилению реакций выделения, гомотоксины уничтожаются в реактивную фазу.

Следует принять во внимание и то, что чаще всего пациент приходит к врачу, когда у него уже имеются физические (клинико-морфологические) проявления болезни. В этом состоянии, чаще всего, заболевание распространяется уже на клеточный уровень и подавляется как "защитная система организма", так и способность гомеопатического препарата оказывать глубинное воздействие на организм. Такая ситуация требует от врача принятия решения об оптимальной форме выбираемой терапии.

Традиционная (классическая) гомеопатия, оценивая психосоматическое состояние пациента, уделяет особое внимание психическим, эмоциональным и физическим симптомам заболевания, а гомотоксикология более ориентирована на физико-химические процессы в органах и тканях. Поэтому, наблюдающуюся иногда неэффективность гомеопатической терапии, можно объяснить недооценкой других проявлений заболевания, находящихся по Реккевегу в клеточных фазах. Этого можно избежать при своевременном использовании методов клинической диагностики функциональных нарушений в организме и применении в соответствии с гомотоксикологическими принципами различных веществ: препараты, приготовленные из растений, тканей и органов, из продуктов распада болезней (нозоды), гомеопатизированные аллопатические препараты, микроэлементы, промежуточные катализаторы, потенцированные токсины и различные химические соединения – в форме соответствующих простых, сложных и комбинированных препаратов.

4.5.1. Принципы антигомотоксической терапии

В соответствии с теорией Реккевега производится оценка индивидуальной биологической ситуации организма, находящегося в состоянии конфронтации с патогенными факторами, угрожающими его целостности, а затем осуществляется подбор методов и средств для чётко структурированного длительного гомеопатического лечения. В этом аспекте можно рассматривать врачевание как "искусство целительства", имея в виду творческий врачебный подход к лечебному процессу в целом. Врачи, руководствующиеся в своей работе принципами пробиотической и холистической медицины, понимают важность многопараметрического лечения, основанного на стимулирующих ес-

тестовых вмешательствах с учётом жизненных фаз и ритмов жизнедеятельности организма, связанных со временем. Это лечение, прежде всего, направлено на поддержание как частной, так и глобальной саморегуляции, позволяющей живому организму вернуть себя в зону здоровья. Антигомотоксическая направленность терапии, стимулируя гомеостатическую авторегуляцию, позволяет реализоваться “системе защиты” и защитить организм от токсических воздействий.

С позиций гомотоксикологии очень важно, чтобы гомеопатические препараты были назначены в правильном разведении, иначе они могут интенсифицировать токсическую нагрузку, а это может повернуть развитие заболевания обратно в направлении ретоксикации. Теория фаз Реккевега является существенной дополняющей и направляющей процесса выбора лекарственного препарата, поскольку позволяет судить, способен ли орган (организм) к ответной реакции или же имеет место дегенерация и отсутствие способности к ответной реакции.

Антигомотоксическая направленность терапии осуществляется с помощью следующих препаратов:

- *гомеопатические простые препараты;*
- *гомеопатические сложные и комплексные препараты;*
- *гомеопатические органые препараты;*
- *гомаккорды – аккорды потенций;*
- *нозоды;*
- *промежуточные катализаторы и их кофакторы;*
- *аллопатические препараты, применяемые в гомеопатических дозах;*
- *микрозлементы и различного рода химические соединения (в частности, соли Шюсслера).*

Разработку комплексных гомеопатических препаратов можно рассматривать как стремление повысить эффективность гомеотерапии и адаптировать гомеопатию к изменившейся клинической картине болезни и причинам их вызывающим.

Показанием к применению комплексных препаратов чаще всего являются хронические заболевания, которые невозможно снабдить однозначной диагностической этикеткой, так как любое хроническое заболевание, это прежде всего изменение качества жизни в сочетании с одновременным присутствием многих заболеваний (см. “причинные цепочки” Шиммеля). На основе гомотоксикологической концепции фаз созданы комплексные биотерапевтические препараты “Hell”, представляющие собой наиболее оптимальные сочетания простых препаратов близкого или взаимодополняющего действия. Это терапевтически вполне оправдано, поскольку, если патологический процесс затронул всю иерархию информационноэнергетических уровней в организме, то целесообразно использовать комплекс веществ с разной степенью разведения или одного вещества в нескольких потенциях, или комплекса простых гомеопатических средств в форме двух и более потенций, т.е. аккорда потенций каждого из них (гомаккорд-Нотаккорд). Наличие в препарате отдельных компонентов в высокой и низкой потенции обуславливает мягкую реакцию организма, и поэтому при назначении этих препаратов редко наблюдаются симптомы ухудшения в начале курса терапии. Все препараты группы “Гомаккорд” можно назначать как автономно, так и в сочетании с другими препаратами.

Однако, чем большее количество простых компонентов входит в состав комплексного препарата, тем дальше на второй план при выборе лекарства отступает ориентация на картину лекарственного патогенеза и в большей степени приходится ориентироваться на показания к назначению препарата. Дозы как более простых, так и сложных препаратов подбираются индивидуально для каждого больного в соответствии с клинической ситуацией. При правильно подобранной терапии любой препарат работает лишь в отдельные фазы болезни, что требует *постоянного динамического контроля за терапией*.

Потенцированные органопрепараты назначаются с целью воздействия на регуляторные процессы, когда следствием патологического процесса являются структурные нарушения на тканевом и органном уровнях. Такая ситуация может наблюдаться в фазах депозиции, импрегнации и дегенерации.

Стимулирующий эффект на процессы функциональной и структурной регенерации может быть дополнен сочетанием с катализаторами и кофакторами. *Катализаторы и их кофакторы* особенно показаны в тех случаях, когда имеют место процессы блокады обмена веществ при многочисленных формах врождённых нарушений или при хронических заболеваниях в фазе депозиции, импрегнации и дегенерации. Эти препараты назначаются с целью ликвидации недостающих звеньев в обменных процессах и восстановления их функциональной целостности.

Нозоды подбираются, как правило, на основании анамнеза и биоэлектронных методов тестирования, что позволяет в каждом случае искать подобие нозодов болезней и возбудителей, выявляя, таким образом, тип расстройств и возможные причины.

Гомеопатизированные аллопатические препараты назначаются, как правило, с целью активации механизмов элиминации гомотоксинов и выведения организма из состояния заблокированных реакций, вызванных медикаментозной интоксикацией. Осуществляется этот процесс деблокирования в соответствии с возвратным принципом – назначение средних и высоких потенций препарата, вызвавшего процесс блокирования, за счёт привнесения нематериальной информации, приводит к эффекту деблокирования.

Микроэлементы и различного рода химические соединения. Уже давно в научном мире постулируется мысль, что в практической гомеопатии можно использовать химические элементы таблицы Менделеева в потенцированном виде и теоретически они покроют всю возможную патологию (Симеонова Н.К., 1993 и др.).

Углубленное изучение патогенеза многих заболеваний позволило современной науке экспериментально доказать роль нарушений микроэлементного, в частности, солевого обмена в становлении и прогрессировании многих форм хронической патологии. Однако, уже в прошлом веке, благодаря эмпирическому опыту, было установлено, что микроэлементы и соли, так называемые соли Шюсслера, имеют важное значение для нормального обмена веществ в клетках. Для лучшего усвоения неорганических веществ их лучше вводить в организм в форме гомеопатических средств в разведении D 6, D 12 (D6 – для легко растворимых минеральных солей, D12 – для труднорастворимых). Такая тактика, по мнению доктора Шюсслера и других иссле-

дователей, позволяла проникнуть глубже поверхностных симптомов болезни и оказать влияние на молекулярные расстройства и клеточный метаболизм. Микроэлементы в основном поступают в организм с пищей и дефицит определенных микроэлементов можно выявить при проведении ЭПДФ. Чтобы ориентироваться, какую из нижеперечисленных солей рекомендовать больному, практическому врачу нужно знать клинические симптомы их недостаточности.

Фтористый кальций. Симптомы недостаточности: частые простудные явления, экзема, воспаленные железы, расширенные вены или артерии, опухшие мелкие суставы. Фтористый кальций часто назначается при хронических бронхитах и наследственной (эндогенной) астме.

Фосфат кальция. Симптомы недостаточности: проблемы с зубами у детей (зубы прорезываются очень медленно и быстро разрушаются); зуд кожи; ломота в суставах при перемене погоды; повышенная кислотность желудка; неспособность сосредоточиться у детей; плохая циркуляция крови, хрупкие кости, невозможность полностью вылечить переломы. Особенно необходим для детей, т.к. участвуют в формировании клеток крови, а также необходим для построения костей и зубов.

Эта соль показана людям всех возрастов, особенно – при наследственной астме, когда присутствует один или более симптомов.

Сульфат кальция. Симптомы недостаточности: любые кожные заболевания, трудно поддающиеся лечению, пустулы, пятна, абсцессы, язвы, угревая сыпь у подростков, выпадение волос с перхотью, ухудшение болезненных состояний при работе в воде.

Это средство может подходить больным с любой формой астмы, когда кожа так же вовлекается в процесс и проявляются перечисленные симптомы.

Фосфат железа. Гомеопаты считают, что эта соль способствует ликвидации воспаления, поэтому это наиболее часто требуемая соль, так как большинство болезней начинается именно с воспаления. Симптомы недостаточности: головные боли у детей, носовые кровотечения, покраснения лица, бронхит, начинающийся со жгучей боли в горле; потеря голоса, охриплость; железодефицитная анемия, признаки повышенного давления. Особенно полезен при астме у детей, которые истощены и ослаблены. Фосфат железа необходимо использовать при лечении часто повторяющихся инфекций, ведущих к обострению хронической респираторной патологии.

Сульфат калия. Эта соль отвечает за доставку кислорода к коже и работает совместно с фосфатом железа. Симптомы недостаточности: головные боли от душной атмосферы; перхоть и выпадение волос; катаральная глухота с воспалением в ухе; простуда с жидким желтоватым отделяемым; колики; хронические желудочные газы с серным запахом; горячая сухая, чешуйчатая, покрытая струпом, грубая кожа; болезни ногтей.

Фосфат калия. Эта соль присутствует во всех тканях организма, играя роль тканевого антисептика, является хорошим питательным веществом для нервной ткани. Особенно необходима эта тканевая соль при продолжительном психоэмоциональном перенапряжении, нервном истощении, что ставит *фосфат калия* на первое место при лечении неврозогенной астмы. Симптомы недостаточности: тревожность, ухуд-

шение памяти; чрезмерное покраснение лица; неврогенные головные боли; невралгия, сенная лихорадка; нейродермиты, опоясывающий лишай; учащенное сердцебиение после перенапряжения. Дефицит соли вызывает раздражение, пугливость, робость и общее недомогание, меланхолию. Эти симптомы усиливаются при шуме, физическом и умственном напряжении, при резких движениях после отдыха. Соль необходима в лечении любой формы астмы, течение которой ухудшается при появлении любого из вышеперечисленных симптомов.

Солянокислый калий. Эта важная соль для больных любой формой респираторного аллергии, поскольку недостаточность её приводит к образованию густой вязкой слизи, препятствующей дыханию. Симптомы недостаточности: ослабляющие головные боли; выделения из глаз; воспаление среднего уха; шум в ушах; заложенный нос; вторая (подострая) стадия всех респираторных инфекций; сопение и шумы при застое слизи; круп; экзема; бородавки; озноб; опоясывающий лишай.

Фосфат магния. Недостаточность соли вызывает судороги, острые резкие боли или невралгию. С точки зрения положительного воздействия соли на спастические состояния она особенно важна при определенных астматических состояниях. Симптомы недостаточности: головные боли, резкие или стреляющие (снимаются теплом), частичное нарушение зрения; мигрень с искрами перед глазами; лицевая невралгия; чувствительность зубов к холоду; сильная тяга к сахару; отвращение к кислому или кофе; спастические или судорожные боли в животе; дрожание рук; судорожные сокращения по всему телу, судороги.

Солянокислый натрий (хлорид натрия). Это одна из жизненно важных солей, без которой организм не смог бы выжить. Симптомы недостаточности: стучащие головные боли; депрессия; сонливость; усталость; сильная жажда; повышенная кислотность желудка при "волчьем аппетите"; отвращение к хлебу; потрескавшиеся губы; насморк с прозрачным отделяемым; очень частое чихание; сальная кожа; болезненность при сгибании в коленях или локтях, зуд по краю роста волос на голове; экзема на бровях или за ушами. Симптомы недостаточности проявляются больше утром, при холодной погоде и особенно у моря.

На недостаточность соли может указывать пристрастие к ней сопровождающееся частыми простудами и жаждой, сухим запором, заусенцами.

Это очень важная соль, без которой иногда другие соли не могут оказывать свое действие.

Фосфат натрия. Присутствует во всем организме. Вместе с хлоридом натрия и сульфатом натрия образует важное "трио", оказывающее положительное воздействие на организм при многих формах аллергии, особенно зависящих от перемены погоды. Симптомы недостаточности: головная боль в теменной области; мигрень с интенсивным повышением давления и тошнотой; изжога и боли в желудке спустя 2 часа после еды; все отделяемые как из глаз, так и носооглотки – густые, яркожелтого цвета.

Сульфат натрия. У астматиков с недостаточностью этой важной соли состояние становится более тяжёлым во влажную погоду; дисбаланс жидкостей (действие соли заключается в регулировании внутриклеточной жидкости в тканях и крови) превращает человека в "живой барометр", который может предсказать перемену погоды. Симптомы недостаточности:

чувствительная волосистая часть головы; боль в голове при расчёсывании; головокружение с желудочными расстройствами; жжение вокруг век; зелёный или коричневый налет на языке; горечь во рту; трудность дыхания во влажную погоду; желтуха; "песочный" осадок в моче; понос; непереносимость одежды, плотно прилегающей к талии.

Состояние больного ухудшается, как правило, при влажной дождливой погоде, пребывании в сырых помещениях, при употреблении воды в любом виде и даже при употреблении рыбы или растений, которые растут в воде.

Кремний – это минерал необходимый для соединительной ткани, костей, крови, кожи, волос, ногтей и слизистых оболочек. Его недостаток сказывается на иммунологической реактивности организма и приводит к гиперчувствительности слизистых оболочек. И если основная причина болезни заключается в недостаточности этой соли, то лечение может быть очень эффективным при устранении ее дефицита.

Действие этого минерала глубокое и продолжительное, поэтому его недостаток может медленно подрывать жизненную силу организма и ослаблять общее состояние. Симптомы недостаточности: раннее выпадение волос; сальные волосы; неспособность сосредоточиться; отсутствие чувства уверенности или определенности; потение головы, особенно у детей; ячмени на веках; фурункулы; частые язвы во рту; ногти ломкие с белыми крапинками; запах ног и их потение; у детей – гиперреактивность.

Как считают гомеопаты, прежде чем ожидать улучшения от медикаментозных средств, нужно сначала устранить в организме недостаток кремния. Например, если у больного симптомы указывают на недостаток 2-х или 3-х солей, то можно принимать их одновременно, сначала каждые 2-3 часа в течение дня – (несколько месяцев) постепенно сокращая частоту приема до 3-х раз в день. Приём средства (средств) прекращается, когда все симптомы исчезнут.

В организме человека обнаружено более 60 минеральных веществ. Из них наиболее активные – кальций, хлор, хром, кобальт, медь, фтор, йод, железо, марганец, молибден, кремний, фосфор, сера, калий, селен, натрий, ванадий, цинк, литий и медицине еще предстоит выяснить, какова их роль в поддержании здоровья человека. В частности, дефицит определенных микроэлементов (особенно кальция и магния) и вышеперечисленных солей делает безуспешной терапию любой формы аллергии; микроэлементы – литий, цинк, медь, селен участвуют в регуляции клеточного и гуморального иммунитета, процесса сенсибилизации, интенсивности патохимической и патофизиологической фаз аллергических реакций немедленного типа, которым принадлежит существенная роль в патогенезе обструктивных заболеваний лёгких; микроэлементы, главным образом, медь, цинк, марганец контролируют активность ПОЛ и антиоксидантную защиту организма; дефицит микроэлементов, особенно лития и меди, сказывается на клиническом течении вегетодистонии. Известно, что при дефиците определенных микроэлементов, присутствующие в организме витамины и витаминоподобные вещества не могут всасываться в кишечнике, поступать в кровь и, следовательно, влиять на активность ферментов, гормонов, обеспечивающих прохождение в организме биохимических реакций. Например, организм усваивает 10 процентов поступающего

железа, однако для его активного усвоения необходимо присутствие меди, кобальта, марганца и витамина С; без магния в организме не могут всасываться витамин С, кальций, фосфор, натрий или калий; для усвоения организмом фосфора необходимо присутствие кальция и витамина Д, для усвоения цинка требуется большое количество витамина А; сочетание витаминов А, Е и селена способствует усвоению кислорода тканями, повышает устойчивость организма к гипоксии.

Многие химические элементы служат, в первую очередь, диагностическим целям, поскольку они нередко отягчающе действуют на организм. Исследование химических элементов показано всегда, когда существует подозрение на хроническую интоксикацию. При выявлении химического отягощения проводится детоксикационная терапия с целью элиминации химического элемента из организма.

При терапии любой хронической патологии необходимо составить индивидуальный план лечения в зависимости от реактивности отдельных уровней болезни. С позиций концепции гомотоксикологии, цель любой терапии – это достижение регрессивной викариации за счёт стимуляции природных возможностей организма в области саморегуляции и самооздоровления. То есть, основной принцип антигомтоксической терапии заключается в том, чтобы направить организм по пути выздоровления, стимулируя и поддерживая защитные резервы самого организма с помощью индукции синтеза антигомтоксических ферментов, обладающих глубоким биологическим влиянием на процессы ПОЛ, окислительного дезаминирования, фосфорилирования и другие биологические процессы. Благодаря широкому механизму действия, комплексные гомеопатические препараты оказывают воздействие не только на конкретные патологические факторы, взаимосвязанные симптомы болезни, но и одновременно нейтрализуют существующие в организме гомотоксины (болезнетворные яды – аналоги патологических факторов), что способствует повышению общей резистентности организма. Комплексные биологические препараты при системном подходе к их применению и при разумном их сочетании с другими методами немедикаментозного лечения позволяют получить выраженный терапевтический эффект практически при лечении любой формы человеческой патологии (приложение 4).

Таким образом антигомтоксическая направленность терапии, стимулируя гомеостатическую авторегуляцию, позволяет реализоваться *“системе защиты”* и защитить организм от токсических воздействий.

4.6. Резонансная гомеопатия

Большим достижением современной гомеопатии можно считать открытие феномена резонансной гомеопатии, в основу которой положено не классическое правило *“Similia Similibus”*, а принцип резонанса.

Резонанс (от лат. resono – откликаюсь) – это резкое возрастание амплитуды колебаний систем со слабо подавленными собственными колебаниями, в случае, если они возбуждаются относительно слабыми внешними силами с частотой, которая равна или почти равна собственной частоте системы”.

Именно выявленная закономерность резонанса стала базовой основой оригинальной идеи Х.Шиммеля: протестировать с помощью ВРТ унитарные гомеопатические препараты на их резонанс со здоровыми

органами, их структурами, а также клетками и их структурами, связав это с отдельными десятичными потенциями препаратов.

Многочисленные исследования, предпринятые автором с целью доказательства наличия резонансной связи между отдельными органами “причинной цепочки” с учётом не только их анатомо-функциональных взаимосвязей, но и энергетических (в соответствии с наружным и внутренним ходом китайских меридианов), позволили автору заменить понятие “причинная цепочка” на понятие “резонансная цепочка”. В результате этих исследований родилась идея создания *комплексных резонансных гомеопатических препаратов*.

Как показали исследования автора, назначение комплексных препаратов, действие которых направлено на орган с *максимальной степенью поражения*, давало удивительные результаты: исчезали клинические симптомы, которые в причинном отношении было сложно классифицировать. Но использование комплексных резонансных гомеопатических препаратов сопровождалось ещё более впечатляющими результатами терапии, по-видимому, за счёт того, что наряду с органом с максимальной нагрузкой в колебание приходила вся резонансная цепочка.

Предполагаемый принцип действия резонансной гомеопатии – это способность приводить органы и структуры в биорезонанс, благодаря которому токсины, продукты обмена веществ, бактерии, вирусы, грибки и т.д. также колеблются, разрушаются и вымываются из органов и тканей током крови и лимфы. Используя специальные резонансные гомеопатические препараты, можно устранить вирусы, грибки и споры, что особенно важно при наличии хронической инфекции и интоксикации внутренних органов, плохо поддающихся обычному клиническому лечению.

Резонансные гомеопатические препараты эффективно действуют только в том случае, если запускается резонанс (тестируемый резонанс наблюдается между теми органами, между которыми существуют энергетические связи), что зависит от правильности диагностики: функциональное нарушение органа или клинико-морфологическое нарушение. Как правило, здоровые органы почти не реагируют на резонансную терапию.

Резонансные гомеопатические комплексы состоят из нескольких унитарных препаратов, подобранных в соответствии с принципом резонанса или эти препараты содержат как унитарные препараты с резонансными связями, так и унитарные препараты с классическими связями подобия. Потенции препаратов также подбираются с учётом резонансных связей, клинических показаний и соответствия с конституцией (предрасположенностью и восприимчивостью).

Общие показания к резонансной гомеопатии: хронические, не поддающиеся лечению доклинические стадии болезни; хронические, не поддающиеся лечению клинические болезни; функциональные нарушения без клинических болезней; функциональные расстройства, сопровождающие клинические болезни; до и послеоперационная терапия опухолей; местные и системные грибковые инфекции и споры; вирусные инфекции; не поддающиеся терапии хронические интоксикации; хронические дисбиозы и дисбактериозы; синдром хронической усталости; хронические нарушения сна; невроты и невралгии.

Дополнительные показания: мигрень, диарея, ночной энурез, молочница слизистой рта, нейродермит и экзема, псориаз, депрессия, интоксикация тяжёлыми металлами, панкреатит, токсические повреждения печени и поджелудочной железы, остеопороз, хронический полиартрит, болевые синдромы.

Противопоказания: первый триместр беременности, особенно при наличии хронических повреждений печени, почек, поджелудочной железы; острая патология. Слишком чувствительные и постоянно перевозбуждающиеся люди не должны лечиться резонансными гомеопатическими препаратами.

В настоящее время в лечебной практике используются следующие виды резонансной гомеопатии:

FM-комплексы, FM-спецпрепараты, меридианкомплексные и комбинированные меридианкомплексные препараты, специальные препараты, FM-меридианаккорды (Готовский Ю.В. и др., 1998).

FM-комплексы имеют резонансные взаимосвязи со здоровыми органами и структурами органов, что обуславливает целенаправленное воздействие на определенные “причинные цепочки” (рис.19-29). В качестве примера приводим состав нескольких FM-комплексов, в частности, рассмотрим принцип составления *резонансного гомеопатического препарата для лечения печени*.

Carduus marianus	—————→	Клетки печени
Chelidonium	—————→	Капилляры печени и желчного пузыря
Vipera berus	—————→	Ядра клеток печени
D 6	—————→	Клеточная плазма
D 12	—————→	Клеточная мембрана

Исследования с помощью ВРТ позволили подобрать наиболее оптимальное сочетание потенциалов в FM-препаратах:

D 6 – имеет резонанс с цитоплазмой клетки,

D 12 – имеет резонанс с клеточной мембраной

FM-комплекс – Гепатобилиарная система

Состав/ Резонанс:

Carduus marianus	D 6/D12	—————→	печень
Chelidonium	D 6/D12	—————→	желчный пузырь
Vipera berus	D 6/D12	—————→	ПЖ/селезёнка

Основное действие – печень, желчные протоки, ПЖ и селезёнка. Благодаря наличию связи с причинной цепочкой желчного пузыря, системой желчных протоков и ПЖ/селезёнка этот FM комплекс может применяться сочетанно с FM-комплексом – Поджелудочная железа/селезёнка.

Опосредствованное действие по резонансной цепочке: почки, простата (яичники), сердце, глаз, головной мозг, тонкий и толстый кишечник (рис.22).

Показания: функциональные и патологические нарушения гепатобилиарной системы; как дополнительное средство при депрессивных состояниях.

Дозировка электронно-резонансной копии препарата и кратность приема подбирается индивидуально путем тестирования по методу Р.Фолля или ВРТ.

Дозировка оригинального препарата: по 3-5 капель 3 раза в день; для сверхчувствительных пациентов по 3-5 капель несколько раз в день, втирая в кожу предплечья или живота, или соответствующие АТ, или же разовую дозу препарата развести в одной столовой ложке воды.

FM-комплекс – Поджелудочная железа

Состав/Резонанс:

Phaseolus vulg. D6/D12 → ПЖ, инкреторная функция

Taraxacum D6/D12 → ПЖ, экскреторная функция

Asa foetida D6/D12 → желудок, солнечное сплетение

Основное действие – инкреторная и экскреторная функции ПЖ, селезенка, желудок, солнечное сплетение.

Опосредствованное действие по резонансной цепочке (рис.28): сердце, тонкий и толстый кишечник, простата (яички).

Показания: функциональные расстройства и заболевания ПЖ.

Принципы дозирования оригинального препарата и его электронно-резонансной копии аналогичны вышеизложенному.

FM-комплекс – Синусы

Состав/Резонанс:

Kalium chholatum D6/D12 → синусы, слизистые оболочки головы

Cinnabaris D6/D12 → слизистые, соедин.ткань, железы

Crotalus D6/D12 → сосуды, капилляры, система защиты

Основное действие: все слизистые, мезенхима, железы, почки, ЦНС.

Опосредствованное действие по резонансной цепочке (рис.21) слизистые в области головы, синусы, сосуды, капилляры, система защиты.

Показания: заболевания слизистых оболочек придаточных пазух носа, особенно при вирусных инфекциях, а также в качестве дополнительного препарата при невралгии в области головы и лица. Благодаря наличию причинно-резонансных взаимосвязей можно комбинировать с FM-комплексом — Резистентность/Воспаление.

Принципы дозирования оригинального препарата и его электронно-резонансной копии аналогичны вышеизложенному.

FM-комплекс – Резистентность /Воспаление

Состав/Резонанс:

Echinacea ang. D6/D12 → повышение защитных функций

Bryonia D6/D12 → слизистые, серозные оболочки

Naja tripudians D6/D12 → сердце, сосуды

Основное действие: мезенхима.

Опосредствованное действие по резонансной цепочке: капиллярная и лимфатическая системы.

Показания: острые и подострые воспалительные заболевания различной локализации, иммунодефицитные состояния, сосудистые нарушения.

Препарат нормализует мезенхимальные регуляторные нарушения, способствуя мезенхимной реактивации. В зависимости от клинической ситуации можно комбинировать с другими FM-комплексами в соответствии с резонансными взаимосвязями.

Специальный FM-комплекс – Thuja

Состав/Резонанс:

Thuja	D6/D12	→	лимфатическая система
Condurango	D6/D12	→	лимфатические железы
Naja tripudians	D6/D12	→	сосуды сердца

Основное действие – *мезенхима*.

Опосредствованное действие – лимфатическая система с лимфатическими железами.

Показания: детоксикационная терапия лимфы и увеличенных и воспалённых лимфатических узлов.

Данный препарат способствует мезенхимальной реактивации, стимулирует выведение шлаков из интерстициальной жидкости (ее объем у взрослого человека до 16 л), оптимизирует микробиологический цикл лимфы и, тем самым, способствует обратному развитию патогенных форм (грибов, бактерий) в непатогенные.

Дозировка оригинального препарата: острое состояние – 3-5 капель 5 раз в день; хронические состояния – 3-5 капель 3 раза в день перорально. Дозу увеличивают постепенно, разводя ее в столовой ложке воды.

Дозировка электронно-резонансной копии препарата осуществляется путём тестирования по методу Р.Фолля или BPT.

Специальный FM-комплекс – Magnesium

Состав/Резонанс:

Magnesium met.	D6 /D12		компоненты и их потенциалы
Zincum met.	D6 /D12 /D30		имеют резонансные связи с
Silecea	D 6/ D12 /D30	→	тимусом, яичками и их придатками, яичниками, соединительной тканью и кожей.
Cuprum met.	D6/ D12 /D30		
Chromium	D6 /D12 /D30		

Основное действие – эндокринные железы (рис. “Цепочка желез”).

Опосредованное действие – соединительная ткань и кожа.

Показания: реконвалесценция (выздоровление), преждевременное старение, дефицит энергии. Это глубоко проникающий резонансный препарат, который применяется при истощении и недостатке энергии. При его назначении, в первую очередь, обращается внимание на биоэнергетические резонансные явления и в меньшей степени на модальности. После травм и операций препарат назначается только через 4-6 недель, так как может вызвать кровотечение и другие реакции тканей в области операций и травм. Эффективно *сочетание этого препарата со специальным FM-комплексом – Thuja и FM-комплексом – Гепатобилиарная система*.

Дозировка оригинального препарата: 5 капель 3 раза в день перорально, а дозировка электронно-резонансной копии определяется индивидуально для конкретного пациента путём тестирования по методу Р.Фолля или BPT.

Следует учитывать, что проблемы, возникающие при лечении многих хронических болезней на 80-90% зависят от наличия в организме *грибков и спор* (споры более токсичны, чем грибки), *вирусов и вирионов* (вирионы более вирулентны, чем вирусы), интоксикаций.

Хронические болезни во многих случаях являются результатом *амальгамного отягощения*, развития *дисбактериоза и паразитарных заболеваний* желудочно-кишечного тракта, *недостаточности пищеварения*, вследствие различных причин, в частности, из-за неправильного (чрезмерного) питания, употребления пищевых продуктов, зараженных грибами (к примеру, подгнивших овощей и фруктов).

На сегодня широко используются *резонансные FM-спецпрепараты*: *Drosera* и *Bufo* (оказывают корректирующий, регрессивный эффект на микробиологический цикл в кишечнике, крови, лимфе), *Crotalus* и *Elaps* (сильнодействующие противовирусные препараты), *Sulfur*, (выраженное обезвреживающее, каталитическое, регенерирующее и стимулирующее действие), *Thuja* (сильнодействующее лимфатическое средство, оказывает обезвреживающее и очищающее действие на лимфу) и другие спецпрепараты, составленные с учётом резонансных связей органов и тканей с патогенными микроорганизмами. Эти препараты способствует разрушению высших паразитарных форм многих микроорганизмов, вызывая их регрессию. Метаболические продукты этого процесса должны полностью выводиться из организма, поэтому необходимо поддерживать функциональную активность всех дренажных органов. Кроме того, FM-спецпрепараты рассматривают как эффективный метод иммунобиологической терапии, поскольку эти препараты в отличие от химио- и антибиотикотерапии обладают стимулирующим действием на неспецифические защитные системы организма.

Как правило, после приёма гомеопатических резонансных FM-спецпрепаратов при лечении скрытых инфекций, последние перестают тестироваться и не обнаруживаются при лабораторном контроле. Клинически это сопровождается субъективным улучшением состояния здоровья.

В случаях хронических болезней, вызванных интоксикациями, используют *нозоды*.

FM-спецпрепараты – *Bufo, Drosera, Thuja, Clostridium* должны сначала приниматься только *накожно* (втирать по утрам в кожу живота или предплечья по 3-5 капель) в течение 4-10 дней, затем при хорошей переносимости принимать *внутрь* по 3-5 капель, а затем можно увеличить дозу приема до 2-х раз в день по 5 капель. Обязательно контролировать действие резонансных гомеопатических препаратов (ЭПДФ, ВРТ).

Показания к назначению FM-спецпрепаратов: Топические и системные грибковые инфекции; глубоко скрытые, не поддающиеся терапии отравления; вирусные инфекции; системные нарушения и системные повреждения (например, эндокринная система). При выявлении нарушения или повреждения органа обязательно должна оставаться работоспособная ткань.

При применении резонансных препаратов может произойти сильное высвобождение токсинов, разрушение грибов и вирусов, в результате чего могут появиться острые аллергические воспаления и наблюдается ухудшение состояния. Последнее можно объяснить усиленным распадом микроорганизмов, повышенными требованиями к защитным системам организма и выводящим (выделительным) возможностям органов и систем. Поэтому следует предупредить больного о возможных реакциях организма на применение FM-комплексов и FM-спецпрепаратов: насморк, диарея, нарушение потоотделения, крапивница, тошнота, рвота, головная боль, усталость. Все эти реакции можно рас-

смагивать как детоксикационную реакцию организма и как первый шаг организма к самоизлечению. Для ослабления или исключения этих реакций следует рекомендовать пациенту ежедневный прием доброкачественной питьевой воды до 1-2 литров в сутки, почечный или печёночный фиточай до 1 л в сутки, а также назначать детоксикационные методы и средства, в частности, дренажные гомеопатические средства (для печени, почек, кишечника, лимфы и т.д.). Дренажную функцию можно стимулировать назначением FM-комплекса – Гепатобилиарная система или FM-комплекса – Почки.

Меридианкомплексные и комбинированные меридианкомплексные препараты (МКП и КМКП) представляют собой смеси гомеопатических разведений веществ растительного, животного и минерального происхождения, т.е. как и во времена далекой древности в совокупном единстве в рецептуре используется *“тройное царство природы”*. Эти резонансные препараты позволяют целенаправленно влиять на энергетическое поле человека через систему акупунктурных меридианов, по которым перемещается энергия в соответствии с определёнными правилами.

Согласно Восточной теории акупунктуры, меридиан и соответствующий ему орган находятся в тесной взаимосвязи друг с другом, поэтому нарушение функции органов может проявляться нарушением энергетического потока на соответствующих меридианах и наоборот, нарушение энергетического потока на каком-либо меридиане отрицательно сказывается на соответствующем органе. Новые сведения, полученные с помощью ЭПДФ или ВРТ, о патологических связях между органом, поражённым в максимальной степени, клиническими синдромами и клиническими проявлениями заболевания привели к возникновению понятия *“резонансная цепочка”* (рис. 19-29), в соответствии с которым причиной различных клинических заболеваний может быть один и тот же тяжело поражённый орган.

Наблюдения показывают, что при ослаблении или усилении энергетического потока (взаимосвязь Инь-Ян) сначала возникают *функциональные* расстройства и только потом – *органические*. Особенно это важно для тех случаев, когда меридиан (орган) имеет врождённую или приобретённую недостаточность. Поэтому терапевтические мероприятия должны быть направлены на скорейшее восстановление энергетического потенциала органа (меридиана) и организма в целом. Эффективность терапии с применением МКП или КМКП зависит от точности биофизической диагностики и выявления меридиана (органа), поражённого в максимальной степени. Предполагают, что меридианкомплексные препараты, влияя на энергетический поток основных меридианов, способствуют высвобождению и регуляции заблокированных потоков энергии и восстановлению нарушенных каналов связи. В свою очередь, нормализация энергетического потока по меридианальной системе организма способствует восстановлению нарушенной функции органов, улучшению питания тканей и гармонизации психоэмоционального состояния пациента. Поэтому лечение, направленное на максимально поражённый орган, соответствующими МКП/КМКП в сочетании с симптоматическими гомеопатическими препаратами даёт прекрасный терапевтический эффект.

Меридианкомплексные препараты соответствуют определённым меридианам акупунктуры:

МКП 1 – Меридиан тонкого кишечника (IG)

Состав: Condurando D6; Kalium phosphoricum D8; Tarantula hispanica D12

МКП 2 – Меридиан сердца (C)

Состав: Colchicum D12; Natrium sulfuricum D8; Naja tripudians D12

МКП 3 – Меридиан селезёнки и поджелудочной железы (RP)

Состав: China D10; Kalium chloratum D8; Lachesis D12

МКП 4 – Меридиан желудка (E)

Состав: Viscum D12, Calcium fluoratum D8, Scorpio europeus D12

МКП 5 – Меридиан толстого кишечника (G I)

Состав: Helleborus D8, Magnesium phosphoricum D8; Fel tauri D12

МКП 6 – Меридиан лёгких (P)

Состав: Kreosotum D8, Kalium sulfuricum D8; Aranea diadema D 12

МКП 7 – Меридиан печени (F)

Состав: Nux vomica D8, Natrium phosphoricum D8, Bufo rana D12

МКП 8 – Меридиан желчного пузыря (VB)

Состав: Belladonna D8, Calcium sulfuricum D8, Formica rufa D12

МКП 9 – Меридиан эндокринной системы (тройной обогреватель) (TR)

Состав: Spigelia D8, Silesea D8, Corallium rubrum D10

МКП 10 – Меридиан кровообращения (перикарда) (MC)

Состав: Oleander D12, Calcium phosphoricum D8, Carbo animalis D10

МКП 11 – Меридиан почек (R)

Состав: Arnica D8, Natrium chloratum D8, Apis D12

МКП 12 – Меридиан мочевого пузыря (V)

Состав: Ignatia D8, Ferrum phosphoricum D8, Sepia D12

МКП 13 – Заднесрединный меридиан (T)

Состав: Lycopodium D8, Platinum D8, Coccus cacti (D10)

МКП 14 – Переднесрединный меридиан (J)

Состав: Coffea D8, Aurum metallicum D8, Lachesis D10

МКП 15 – Эпифиз (соответствует наружному меридиану CHONG-MAI-канал жизни)

Состав: Gelsemium D8, Calcium jodatum D8, Lac.caninum (собачье молоко) D10.

Следует особо отметить последние три препарата:

МКП 13 – является катализатором по отношению ко всем назначаемым препаратам: оказывает универсальное (в частности, антидепрессивное) действие при всех психозмоциональных перегрузках; активизирует, гармонизирует деятельность всех органов и соответствующих меридианов (IG, R, TR, F, GI, RP), а также систем – лимфатическую, эндокринную и ЦНС.

МКП 14 – также является катализатором ко всем назначаемым препаратам, оказывает антидепрессивное действие, способствует повышению жизненных сил, активизирует и гармонизирует деятельность органов и соответствующих меридианов (C, V, MC, VB, P, E), а также систем – кровообращения, дыхания, мочеполовой.

МКП 15 – оказывает очень сильное действие на эндокринную и нейрогуморальную системы (регулирующее действие на "цепочку эндокринных желез" – эпифиз, гипофиз, щитовидная и паращитовидные железы, вилочковая железа, молочные железы, надпочечники, подже-

лудочная железа, яички, придатки яичек, яичники), что следует принять во внимание при лечении вторичных поражений сердца, вызванных нарушениями со стороны поджелудочной железы; препарат хорошо действует в случаях зависимости настроения от солнечного света, при высокой метеочувствительности, а также при колебаниях настроения, связанных с деятельностью эндокринных органов. Поэтому, показано назначение МКП 15 с целью стимуляции энергетики нейроэндокринной системы, нормализации психоэмоциональной сферы и при метеопатиях, связанных со снижением естественного освещения в годовом ритме (зима-лето). Другие эффекты препарата связаны с классической теорией ИНЬ-ЯНЬ: контролирует и нормализует энергетическую активность всех классических меридианов и “чудесных сосудов”; обладает органотропным эффектом по отношению к сухожильно-связочной системе; является акселератором менструального цикла.

Ориентировочные рекомендации по применению и дозировке МКП

Все МКП хорошо сочетается с другими видами терапии, являясь как бы катализатором лечебного процесса. Поэтому их обычно используют при лечении состояний истощения и астении, хронической патологии и энергетического дисбаланса.

Основные показания. Состояние энергетической недостаточности и функциональные расстройства со стороны соответствующего первичного органа, а также нозологические показания – патология органов и тканевых систем, связанных с этим меридианом (в соответствии с классической теорией акупунктуры).

МКП можно сочетать с другими гомеопатическими препаратами как унитарными, так и комплексными с целью достижения более быстрого терапевтического эффекта.

МКП можно использовать в качестве дополнительного средства при необходимости применения аллопатических средств с целью укрепления “защитной системы” организма.

МКП можно использовать в качестве дополнительного препарата при применении нозодов с целью устранения токсинов и токсикозов и высвобождения имеющихся энергетических ресурсов.

МКП можно использовать в качестве профилактических и конституциональных средств при нарушениях развития в детском возрасте.

МКП следует назначать вместе с дренажными средствами (печень, почки, кишечник, ПЖ, желчный пузырь и др.) при достаточном поступлении жидкости в организм (до 2-3 л) в виде соответствующих фиточаёв и чистой родниковой воды.

При выборе оптимального МКП решающее значение имеет анамнез, результат клинического обследования в сочетании с биофизическими методами диагностики, позволяющими выявить орган, пораженный в наибольшей степени. По возможности, целесообразно применять МКП с учётом времени активности меридианов.

При использовании оптимальных, точно подобранных МКП рекомендуется курс лечения не менее 4-6 недель, хотя возможны и другие схемы лечения: сначала в течение 7-10 дней по 10 капель 2-3 раза в день, затем на протяжении 6-12 месяцев по 5-10 капель натошак по утрам или в перерывах между приёмами пищи, принимая препарат через день или по мере надобности.

При незначительном избытке энергии в области какого-либо меридиана с целью ослабления или подавления энергии назначают 1-5 капель соответствующего МКП 3 раза в день, а при недостатке энергии в области какого-либо меридиана – 10-20 капель соответствующего МКП 3 раза в день.

Комбинированные меридианкомплексные препараты являются высокоэффективными препаратами, которые, как и МКП, позволяют проводить целенаправленную терапию системы акупунктурных меридианов, нормализуя биоэнергетику организма в понимании классической акупунктуры.

Как правило КМКП используют: для целенаправленного обезвреживания организма не сопровождающегося катализом (т.е. применяемые одновременно с ними медикаменты не усиливают своего действия) или нецеленаправленного обезвреживания с катализом, поскольку эти сочетания препаратов терапевтически высокоэффективны и во многих случаях могут заменять нозоды.

Комбинированные МКП можно использовать для, так называемой, *“чакротерапии”*. В исследованиях Самохина А.В., Готовского Ю.В., (1997) выявлена *функциональная связь активности чакр и определенных органов*, а также соответствие меридианов акупунктуры отдельным чакрам: *чакра 1* – МКП 1,5,7 – половые органы, тонкий и толстый кишечник, аппендикс, предстательная железа, придатки; *чакра 2* – МКП 3,5,12 – органы чакры 1, а также селезенка и ПЖ; *чакра 3* – МКП 3, 7, 8 – селезенка и ПЖ, печень, желчный пузырь, желудок, почки; *чакра 4* – МКП 2,6; 8 – сосудистая система и система кровообращения, печень, желчный пузырь, желудок, почки, сердце, лёгкие, вилочковая железа; *чакра 5* – МКП 2,9,10 – дыхательная система, сердце, лёгкие, щитовидная железа, паращитовидные железы; *чакра 6* – МКП 1,7,9, – вегетативная нервная система, щитовидная и паращитовидные железы, гипофиз, мозжечок, межуточный мозг; *чакра 7* – МКП 2,8,10 – ЦНС, органы чакры 6 и эпифиз. Поэтому, по мнению авторов, вполне оправдано использование гомеопатических препаратов, которые по колебаниям соответствуют определенным чакрам, тем более что основные жалобы пациента нередко связаны с нарушением активности определенной чакры и соответствующего органа. Использование тройных сочетаний МКП способствует нормализации активности сверхактивных чакр и взаимосвязанных с ними органов (меридианов акупунктуры).

Комбинированные меридианкомплексные препараты – КМКП, применяемые для лечения органов и систем:

1. МКП 2,3,6 (П.: аутоагрессивные процессы и заболевания, ослабление защитных механизмов, аллергия и аллергические диатезы, ревматические заболевания, предрак – дополнительный препарат).

2. МКП 3,11,12 (П.: воспалительные и хронические дегенеративные заболевания предстательной железы).

3. МКП 3,7,9 (П.: предиабет, диабет).

4. МКП 3,8,9 (П.: повышенное содержание липидов в крови, невралгия тройничного нерва).

5. МКП 6,7,11 (П.: воспалительные и хронические дегенеративные заболевания лёгких, бронхит, БА).

6. МКП 7,8,9, (П.: заболевания желчного пузыря, печени, нарушение функции щитовидной железы).

7. МКП 7,8,10 (П.: геморроидальные узлы, варикозное расширение вен и венозный застой в области малого таза и ног).

8. МКП 7,10,12 (П.: эндокринные и экзокринные нарушения, особенно нарушения менструального цикла и климактерические явления у женщин, жалобы, обусловленные вегетативной лабильностью и высокой метеочувствительностью).

9. МКП 9,11,12 (П.: суставной моно- и полиартрит).

10. МКП 13 и 14 (При применении этого препарата наблюдается обезвреживание без катализа, энергетическая и психоэмоциональная гармонизация, общестимулирующий эффект).

Лечение этими препаратами, также как и лечение нозодами, следует сочетать с дренажными средствами (для печени, кишечника, ПЖ, желчного пузыря и т.д). Дозировка как оригинального препарата, так и его электронно-резонансной копии подбирается индивидуальным тестированием по Р.Фоллю или BPT. Ориентировочно: оригинальные препараты *взрослым* назначаются по 3-5 капель под язык ежедневно, а *сверхчувствительным* пациентам – по 5 капель 2-3 раза в неделю; *детям* – 1-2 капли утром *натошак*, *детям дошкольного возраста* – по 1-2 капли через день.

Специальные комплексные резонансные препараты, например, комплекс против псориаза, комплекс против мигрени, комплекс против облысения, комплекс против сенного насморка, комплекс против депрессии, сердечный комплекс, противогипертонический комплекс и др., чаще всего предназначены для симптоматического лечения. Доза препарата подбирается индивидуальным тестированием по Р.Фоллю или BPT. Целесообразно эти препараты комбинировать с подходящими МКП.

FM – меридианакорды также относятся к резонансным гомеопатическим препаратам, в которых, благодаря использованию комбинации потенциалов D6 и D12 соответствующих гомеопатических средств, значительно усилен резонансный эффект по сравнению с МКП (при комбинации потенциалов D6 и D12 резонансный эффект действует на клеточную плазму и клеточную мембрану резонансного органа и на клетки по ходу акупунктурного меридиана)

Считается, что использование определённых индивидуально подобранных информационных носителей, к которым относятся FM-меридианакорды, можно рассматривать как целенаправленную терапию энергоинформационных структур. Благодаря энергетической гармонизации акупунктурных меридианов, достигается, так называемая, нормализация энергетической структуры органов, которые согласно правил классической акупунктуры относятся к соответствующему акупунктурному меридиану.

С целью облегчения подбора соответствующего средства следует ориентироваться на *резонансные отношения к акупунктурному меридиану* (максимально нарушенный акупунктурный меридиан, как правило, связан с максимально нарушенным органом или системой), на клинические показания и клиническую симптоматику. Используя любые методы акупунктурной диагностики, можно точно определить максимально повреждённый меридиан и нормализовать его энергетический потенциал, применяя *FM-меридианакорды*.

Дозировка оригинального препарата или его электронно-резонанс-

ной копии определяется тестированием по Р.Фоллю или ВРТ. Ориентировочная дозировка FM-меридианаккордов для взрослых: при острых заболеваниях – 3-6 раз в день по 5 капель перорально, при хронических – 1-2 раза в день по 5 капель перорально; для детей – половина взрослой дозы. При улучшении самочувствия можно дозу снизить до ежедневного приема по 5 капель.

Чтобы предотвратить возможность первичного ухудшения состояния вызванного приемом FM- меридианаккордов, следует:

- протестированный препарат предварительно применить наочно (втирать по ходу пораженного меридиана или на зону проекции боли, или в соответствующие БАТ или БАЗ, или смачивать акупунктурные иглы);
- снизить количество капель на прием с 5-и до 3-х, перед употреблением раствора их в чайной или даже столовой ложке воды (эффект действия снижается приблизительно в 2 раза);
- дозу в каплях принимать только один раз в день, лучше утром;
- снизить частоту приёма, например, принимать каждый 2-й или 3-й день.

FM-меридианаккорды можно сочетать с гомеопатией в высоких потенциях (при терапии миазматических и психических нарушений).

FM-меридианаккорды нельзя одновременно принимать с FM-комплексами или FM-спецпрепаратами во избежание терапевтических наложений, а лучше назначать их последовательно, например, FM-комплекс перед едой, а FM- меридианаккорд – после еды.

FM-меридианаккорды хорошо дополняют акупунктурную терапию, которую назначают обычно между приемами препаратов.

FM-меридианаккорды используют при чакральных нарушениях, поскольку чакры тесно связаны с акупунктурными меридианами. При нарушениях в меридианах, состояние связанной с ними чакры резко активизируется, тогда как активность других чакр значительно снижается. Используя соответствующие препараты, можно протестировать доминантную чакру и, устранив ее гиперактивность, привести к нормализации все остальные. Лечение соответствующих чакр, как показывают исследования, обычно приводит к тому, что около 70 процентов прежде протестированных интоксикаций больше не тестируется.

Если же у пациента выявлены грибковые и вирусные инфекции, а так же глубоко скрытые интоксикации (связанные с ДНК), то чакральной терапии следует проводить после их устранения (используя соответствующие резонансные препараты, нозоды), чтобы избежать первичного ухудшения состояния.

FM-меридианаккорды можно комбинировать с аллопатическими препаратами: антидиабетическими, гликозидами, гипотензивными средствами.

Если пациент принимает препараты, ограничивающие регуляторные функции, например, иммуносупрессивные, антигистаминные препараты, кортикостероиды и др., то наблюдается некоторое снижение терапевтического эффекта, что необходимо контролировать лечащему врачу, варьируя их назначение в зависимости от условий и обстоятельств.

Таким образом, в современных условиях при лечении патологических состояний, связанных с нарушением или ограничением регулирую-

ющей способности энергоинформационной системы пациента, лечащий врач располагает новыми видами биологической терапии: *FM-комплексы, FM-спецпрепараты, меридианкомплексные и комбинированные меридианкомплексные препараты, FM-меридианаккорды*, имеющие соответствующие резонансные связи с органами, меридианами, с органическими структурами, микроорганизмами и множественными интоксикациями.

Поэтому необходимым условием эффективности резонансной гомеотерапии является правильное клиническое и функциональное диагностирование (использование, наряду с клиническими, биофизических методов диагностики и контроля). В руках хорошего диагноста и опытного врача все вышеперечисленные препараты оказывают неоценимую помощь при терапии многих болезней, не поддающихся лечению по общепринятым схемам классической медицины.

Успешность этого вида терапии еще раз подтверждает, что человеческий организм, наряду с хорошо известной нервной и гуморальной системами, обладает еще и энергетической системой в виде кибернетически переплетенной системы регуляции, и поэтому применение резонансной гомеопатии более соответствует природе человека и холистическому взгляду на строение и развитие человеческого организма, нежели только подавляющее лечение с помощью аллопатических средств. Исключением из этого правила являются острые состояния, когда требуется интенсивная терапия.

ЛЕЧЕБНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

5.1. Современные представления о механизмах формирования реакций организма на лечебные физические факторы

Физиотерапевтические лечебные факторы, по современным представлениям, являются *носителями энергии и информации* и, вызывая сложные биоэнергетические преобразования в функциональных системах организма, обуславливают, в конечном итоге, перестройку регуляторных процессов, стимулирующих саногенез.

Согласно классификации Обросова А. Н. и Ливенцева Н. М. (1964), особенности лечебного действия различных методов электро- и светолечения зависят от вида энергии, режима воздействия и других физических параметров. В современной аппаратной физиотерапии используются *постоянный ток* в непрерывном и импульсном режимах, *переменный ток* в непрерывном и импульсном режимах, *электрические и магнитные поля* в непрерывном и импульсном режимах, *электромагнитные поля оптического диапазона*. Кроме того, с лечебной целью используются факторы *электромеханической природы и искусственно измененной воздушной среды* (табл.1).

На сегодня считается доказанным, что энергетические процессы лежат в основе жизнедеятельности клеток и тканей организма, и в биополе живых существ обнаруживаются все известные физике формы энергии, каждая из которых обладает специфическими физическими свойствами, что и используется в лечебных методах аппаратной физиотерапии.

Современная физиотерапия располагает широким спектром различных по природе и механизму действия лечебных факторов, основной принцип назначения которых – это дифференцированный выбор оптимального физического фактора для конкретного больного. Дуалистический подход к физиотерапии диктуется единством общего (неспецифического) и специфического компонентов действия, причём специфичность реакций организма наиболее отчётливо проявляется при использовании низкоинтенсивных факторов, энергии которых недостаточно для нагревания тканей (свыше $0,1^{\circ}\text{C}$) или изменения их функций. Универсальность действия физических факторов позволяет использовать их при самых различных патологических состояниях в профилактических, лечебных и реабилитационных целях.

Физические факторы в адекватной дозировке относятся к раздражителям физиологического диапазона, на которые распространяется закон Вильдера ("правило исходного уровня"), гласящий о том, что исходный уровень показателя, соответствующий нижней границе нормы, может повышаться до средней величины, а исходный показатель, близкий к верхней границе нормы, может снижаться под влиянием

Электролечение и светолечение

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ		ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДЫ
Электрические токи		
Постоянный ток		<i>Гальванизация и лекарственный электрофорез</i>
Импульсный ток	Низкой частоты	<i>Электросон и транскраниальная электроанальгезия</i>
		<i>Диадинамотерапия</i>
		<i>Короткоимпульсная электроанальгезия</i>
		<i>Электродиагностика</i>
		<i>Электростимуляция</i>
Переменный ток	Низкой частоты	<i>Электропунктура</i>
		<i>Амплипульстерапия</i>
		<i>Ультратонотерапия</i>
		<i>Интерференцтерапия</i>
	Средней частоты	<i>Флюктуоризация</i>
Электромагнитные поля		
Электрические поля	Постоянные	<i>Франклинизация</i>
		<i>Электроаэрозольтерапия</i>
Магнитные поля	Низкой частоты	<i>Инфитатерапия</i>
	Постоянные	<i>Постоянная магнитотерапия</i>
		<i>Импульсная магнитотерапия</i>
Электро-магнитные поля	Низкой частоты	<i>Низкочастотная магнитотерапия</i>
		<i>ВЧ-терапия</i>
		<i>УВЧ-терапия</i>
	Высокой и ультравысокой частоты	<i>Высокочастотная магнитотерапия (индуктометрия)</i>
		<i>Дециметрововолновая терапия (ДМВ)</i>
		<i>Сантиметрововолновая терапия (СМВ)</i>
	Сверхвысокой частоты	<i>Крайневысокочастотная терапия (КВЧ)</i>
Электромагнитные поля оптического диапазона	Крайневысокой частоты	<i>Микроволновая резонансная терапия (МРТ)</i>
Широкополосное		
Монохроматическое	ИК-излучение	<i>ИК-облучение</i>
	Видимый свет	<i>Хромотерапия</i>
	УФ-излучение	<i>Длинноволновое УФ-облучение</i>
		<i>Средневолновое УФ-облучение</i>
		<i>Коротковолновое УФ-облучение</i>
Монохроматическое	Излучение красного и ИК диапазонов	<i>Лазеротерапия</i>
		<i>Лазеропунктура</i>

<i>Электро-механические факторы</i>	<i>Механические колебания ультразвукового диапазона</i>	<i>Ультразвуковая терапия</i>
		<i>Лекарственный ультрафонофорез</i>
<i>Лечение искусственно измененной воздушной среды</i>		<i>Аэроионотерапия</i>
		<i>Ингаляционная терапия</i>
		<i>Галотерапия</i>

раздражителя физиологического диапазона. Если же исходный уровень физиологического показателя входит в диапазон средних величин, то реакция почти отсутствует. Это правило является показателем нормального реагирования любой физиологической системы на раздражители физиологического диапазона. Закон Вильдера созвучен с другим основополагающим принципом оздоровления в биологической медицине, принципом малых доз Арндта–Шульца, который на сегодня существует как основополагающий биологический закон (биологическое правило раздражения) в следующей форме: *слабое раздражение стимулирует жизнедеятельность, среднее – поддерживает, сильное – ингибирует, очень сильное раздражение прекращает жизнедеятельность*. То есть раздражающие воздействия должны соотноситься с реакционным потенциалом биосистемы.

Физические факторы, являясь естественными раздражителями для организма, запускают и усиливают механизмы саморегуляции и самовосстановления и саморегуляции при адекватности интенсивности раздражения. При воздействии физическими факторами первыми воспринимают энергию действующего внешнего раздражителя кожные покровы, а коже присущи и фото-, и пиро-, и пьезоэлектрические эффекты, благодаря которым она может трансформировать различные виды энергии в физико-химические и биофизические процессы. Все лечебные физические факторы, в той или иной мере, оказывают влияние на энергетический статус клетки, энергетическая система которой построена по общему принципу, а энергетический компонент является одним из основных условий ее функционирования, начиная с атомно-молекулярного уровня. На сегодня считается доказанным, что в живых системах под генетическим контролем находятся все биохимические процессы, а скорость биохимических реакций (в частности, активность ферментов, гормонов, витаминов и др. ФАВ) связана с энергетикой клетки и энергетической организацией организма в целом.

По сложившимся в современной науке представлениям, физиотерапевтические факторы, как сложные физико-химические раздражители, вызывают в организме *системные реакции приспособительного типа*, в конечном итоге, направленные на поддержание постоянства внутренней среды организма, то есть гомеостаза (гомеостазиса). Наиболее полно этот механизм действия объясняется с позиций учения Павлова И. П. и теории функциональных систем, блестяще разработанной Анохиным П. К.

С позиций учения Павлова И. П., раздражение рецепторов кожи и глуболежащих тканей вызывает сложные реакции рефлекторного типа:

- 1 уровень – местные (локальные);
- 2 уровень – рефлекторно-сегментарные по типу соматотопических

рефлексов, вызывающих трофические сдвиги в том или ином органе;

3 уровень – распространение возбуждения из зоны воздействия на высшие отделы ЦНС, что оказывает влияние на все функциональные системы организма. Наряду с нервно-рефлекторным имеет место и гуморальный механизм действия.

Местные локальные эффекты реализуются как путем аксон-рефлекса (при многих заболеваниях, в частности ВЗЛ, БА аксон-рефлекс является чрезвычайно активным и может носить как защитный, так и агрессивно разрушительный характер), так и за счет свободных форм молекул ФАВ (кининов, простагландинов, вещества Р, цитокинов, ацетилхолина, гистамина, серотонина и др.), а также тканевых ферментов, гормонов – все они (в зависимости от их параметров) могут являться факторами нейрососудистой регуляции, эндогенными регуляторами иммунного ответа и воспаления. Вследствие фильтрации через эндотелий, гуморальные факторы могут выходить в интерстиций, накапливаться в поверхностных слоях кожи и оказывать свое специфическое действие.

Например, диффундирующие из синаптической щели свободные молекулы гистамина (10^{-5} - 10^{-4} моль/л), через H_2 -гистаминовые рецепторы мононуклеарных фагоцитов тормозят секрецию хемотаксических факторов, активируют аденилциклазу (АЦ) мембран нейтрофилов, макрофагов, базофилов. Это вызывает нарастание содержания цАМФ, приводит к уменьшению секреции из клеток медиаторов воспаления, тормозит развитие воспалительного процесса в тканях области воздействия и подавляет синтез макрофагами компонентов системы комплимента. Молекулы ацетилхолина (10^{-8} моль/л) и другие холиномиметические агенты реализуют свое действие на различные клетки через М-холинорецепторы, связанные с фосфотидилинозитидами и системой цГМФ через фермент гуанилатциклазу (ГЦ); аналогичным действием обладают простагландины- E_2 (10^{-8} моль/л), хотя полностью механизм их действия на систему циклических нуклеотидов пока не ясен. Мигрирующие в кожу макрофаги и лаброциты активируют клеточный иммунитет кожи и неспецифические факторы бактерицидной защиты, то есть циклические соединения играют как бы роль регуляторов внутриклеточного обмена, так называемых, вторичных мессенджеров – цАМФ и цГМФ и их соотношения в сторону преобладания внутриклеточных цАМФ.

Однако известно, что система внутриклеточных циклических нуклеотидов и ферменты, участвующие в их синтезе – АЦ и ГЦ, участвуют в регуляции бронхиального тонуса. АЦ и ГЦ локализуются на внутренней поверхности клеточной мембраны, а их активность регулируется рецепторами, расположенными на наружной поверхности клеток. Поскольку АЦ связаны с β_2 -адренорецепторами симпатической нервной системы, то их адекватная стимуляция приводит к повышению уровня цАМФ в клетке и, соответственно, обуславливает бронходилатацию. Чрезмерная же активация М-холинорецепторов в условиях преобладания парасимпатического тонуса, например у больных БА, способствует повышению уровня цГМФ и склонности к бронхообструкции и бронхоспазму и другим нежелательным явлениям. Клинико-экспериментальные исследования подтверждают, что в условиях повышенной сенсibilизации организма резко нарушено соотношение внутриклеточных циклических нуклеотидов в сторону снижения цАМФ и повышения активности цГМФ, что и обуславливает повышенную склонность

больных с бронхолегочной патологией к бронхоспазму при воздействии различными раздражителями, в частности, неадекватными физическими раздражителями.

Кроме перечисленных эффектов, в области воздействия наблюдается повышение проницаемости клеточных мембран, активация аксонального транспорта и усиление потребления клетками кислорода, что приводит к изменению метаболизма и трофики тканей, а увеличение концентрации ФАВ оказывает локальное воздействие на расположенные в области их выделения свободные нервные окончания и нервные проводники.

Поскольку на сегодня наука не обладает достаточным набором исследовательских методик на молекулярном и мембранном уровнях, то значимость всех процессов, связанных с трансформацией различных видов физической энергии, нам пока не ясна. Можно допустить, что организм использует не всю энергию внешнего физического раздражителя, а только часть ее и вполне возможно, что переизбыток приносимой извне энергии при неадекватности параметров физического раздражителя может еще более нарушать соотношение в системе циклических нуклеотидов, усиливать секрецию ФАВ и склонность ко многим другим нежелательным процессам. Всё это подтверждает необходимость дифференцированного выбора оптимального физического фактора и физических параметров для конкретного больного, а также необходимость контроля за ответной реакцией организма на физическое воздействие (практически на любой внешний раздражитель). Любое медицинское вмешательство следует рассматривать как управляемое внешнее воздействие.

Рефлекторные ответные реакции в результате вегетативных и сомато-висцеральных рефлексов приводят к изменению ионной конъюнктуры тканей, что оказывает модулирующее влияние на потоки афферентной импульсации от чувствительных нервных окончаний и волокон к двигательным нейронам передних рогов спинного мозга с последующим формированием эфферентных импульсных потоков к различным органам и тканям соответствующего сегмента спинного мозга. Наряду с ними через задние корешки в спинной мозг по вегетативным нервным волокнам поступают импульсные сигналы, замыкающиеся в периферических вегетативных ганглиях и оказывающие выраженное трофическое действие на ткани метамера соответствующего сегмента спинного мозга. Взаимодействие афферентных импульсных потоков (соматических и висцеральных) и их переключение на различные органы-эффекторы происходит на уровне спинальных, бульбарных и корковых структур, что способствует формированию новых сложноорганизованных рефлекторных реакций.

Генерализованная ответная реакция, несмотря на различие "сенсорных входов" (висцеральных и соматических), формируется благодаря интеграции (суммации) в соответствующих структурах головного мозга этих афферентных импульсных потоков, а также благодаря связи сомато-висцеральных афферентных систем с центрами вегетативной нервной системы, что в целом оказывает существенное влияние на регуляцию вегетативных функций и формирование общих компенсаторно-приспособительных реакций организма, выраженность которых определяется количеством и локализацией зоны поглощения энергии.

Многие эффекты действия физических факторов объясняются с позиции теории функциональных систем, позволяющей вскрыть сложную структуру рефлекторного ответа организма на внешний раздражитель. Под системой следует понимать совокупность взаимосвязанных элементов и процессов взаимодействия между ними. С позиции учения Анохина П.К., весь организм представляет собой сумму функциональных систем, каждая из которых автономно может перестраивать свою деятельность, приспособляясь к условиям внешней и внутренней среды, что в совокупности даёт полезный для организма результат.

В соответствии с рефлекторной теорией ответ организма на внешний раздражитель заканчивается на эффекторном аппарате (мышца, железа и т.д.), а в соответствии с теорией функциональных систем этот ответ продолжается и дальше и заключается в том, что ЦНС *оценивает адекватность ответной реакции потребностям организма*. Благодаря наличию обратной связи периферического органа с нервными центрами, в последних происходит оценка результата и его соответствие конечной цели. Если же цель не достигнута, то система ведет дальнейший поиск нужной реакции, включает другие органы, способствует изменению их структуры и функции в целях адекватного приспособления к факторам среды.

В современной науке активно обсуждается и экспериментально обосновывается существование “третьей регулирующей системы”, то есть системы каналов тела с расположенными на них АТ, так называемой, *информационноэнергетической системы*, через которую организм активно взаимодействует с окружающей средой, обеспечивая адаптацию биосистемы к требованиям этой среды и поддерживая гомеостаз (гомеокинез).

Признание информационноэнергетического аспекта действия многих физических факторов (КВЧ-терапии, пунктурной лазеротерапии, гальванизации и лекарственного ЭФ, грязелечения и т.д.) послужило поводом для проведения серии клинко-экспериментальных работ, подтверждающих терапевтическую эффективность низкоинтенсивных воздействий при использовании многих методов физиотерапии – э.п. УВЧ, ДМВ-терапии, ЭМИ КВЧ, ЛИ, УЗ, ГТ и др. (Боголюбов В. М. и др., 1986, 1990; Вашкевич Д. Л. и др., 1993; Князева Т. А. и др., 1994; Мизин В.И., 1994, 1995; Мизин В. И., Богданов Н. Н. и др., 1995 – 1998 гг. и др.).

Результаты многочисленных исследований позволили авторам считать правомерным постепенно утверждающееся понятие “*информационная медицина*” в аспекте развития физиологических систем, в частности, в процессах патогенеза и саногенеза, протекающих под влиянием воздействия широкого круга местных физических и природных факторов.

При использовании *низкоинтенсивных (информационных) энергетических воздействий*, вероятно, получение ответных реакций организма обусловлено резонансным поглощением энергии определенными воспринимающими системами, в частности, внешним электромагнитным контуром, иммунонейроэндокринной системой, системой меридианов, диссипативной системой (диссипативные системы способны активно формировать необходимый поток энергоресурса из среды, адекватно диссипировать возникший поток энергии, т.е. превращать градиент энергии во внутрисистемный поток и, в конечном итоге, использо-

вать энергетический ресурс), *включающими механизм рефлекторной регуляции*. Ответные реакции в этих случаях формируются за счет свободной энергии, запасённой в макроэргях клеток различных тканей, величина которой далеко не идентична энергии воздействующих физических факторов. Привносимая ими в биосистему энергия служит своеобразным “триггером” перераспределения свободной энергии клеток и тканей. Неся в себе черты “информационного” воздействия, она существенно изменяет метаболизм и функциональные свойства тканей. Подобные реакции развиваются преимущественно при локальном воздействии на “биологические каналы связи” через АТ или БАЗ – “функционально активные зоны” (вегетативные ганглии, зона проекции эндокринных желез, двигательные точки), имеющие детерминированные связи с различными органами и системами организма.

Рассматривая действие физических факторов в аспекте термодинамики, следует отметить, что физическая энергия, будучи передана тканям больного, ведет к ускорению движения молекул в них, а на внутриклеточном уровне – обуславливает возбуждение электронов (переход на более высокие орбиты) и, следовательно, повышает их реакционную способность. По законам синергетики, неупорядоченное, ускоренное движение молекул приводит к формированию новых динамических стационарных структур, их самоорганизации и новой упорядоченности. Это противостоит процессам энтропии, идущей в больном организме с повышенной скоростью. Биофизическая перестройка, противодействующая энтропии, (отрицательное энтропийное влияние составляет суть неспецифического оздоравливающего эффе́кта), по-видимому, составляет термодинамическую суть физиотерапевтического лечения, включающего в реакцию различные уровни многоконтурной нейро-гормонально-гуморальной системы с множеством “обратных связей”, обеспечивающих быструю адаптацию организма к меняющимся внешним и внутренним условиям.

В рамках информационноэнергетической концепции можно предполагать, что при адекватности энергии физического фактора физиологическим потребностям организма, наблюдается взаимодействие привносимой в организм энергии низкоинтенсивного физического фактора с внешним энергетическим каркасом человека, а через акупунктурные точки системы меридианов – с внутренней средой организма. Это взаимодействие отражается на эффекте Кирлиан, инфракрасном излучении Годика Э., показателях ЭПДФ и других биофизических феноменах. По этим данным представляется возможным судить о физиологичности и адекватности энергетического воздействия на организм, о стимуляции или наоборот подавлении в нём процессов саногенеза и самооздоровления.

Высказанное мнение вполне обосновывается теоретическими основами традиционной рефлексотерапии, современной наукой и практическими наблюдениями.

С позиций древнего натурфилософского учения о *пяти первоэлементах (теория У-СИН), жизненной энергии ЧИ, полярности сил ИНЬ-ЯН* в теле человека имеются каналы-связи (меридианы), представляющие единую сеть, по которой непрерывно циркулирует энергия. Через акупунктурные точки (“точки управления энергией”), расположенные по ходу меридиана и соответственно связанные с определенными

ми органами и системами организма, можно оказывать воздействие на них (физическое, химическое, механическое, и т.д.) с целью регуляции их функции.

По теории традиционной медицины, состояние здоровья человека рассматривается как возможность свободной циркуляции энергии – ЧИ в системе меридианов (в современном понимании – это постоянный обмен с окружающей средой информацией, энергией и веществом), нарушение циркуляции которой приводит к дисбалансу в системе ИНЬ-ЯН, т.е. “появлению недостатка” (“пустоты”) или “избытка” (“полноты”) энергии в любом меридиане или его части, что может проявляться тем или иным патологическим симптомокомплексом – болезнью.

Современным дополнением традиционной теории является *биофизическая модель жизни, которая легла в основу формирования новой научной медицинской парадигмы – биофизической модели здоровья-болезни*. Цель последней – объединить в неразрывное целое биоэнергетические механизмы адаптации и гомеостаза с нейро-гуморально-гормональным влиянием, осуществляемым на местном, сегментарном и надсегментарном уровнях регуляции с учётом соматических и вегетативных отделов периферической нервной системы, подкорково-стволовых образований и коры большого мозга (нервная система предназначена не для стабилизации системы, а для обеспечения адаптации к условиям внешней среды). В конечном итоге, все эти механизмы в совокупной интеграции обеспечивают переход организма на более выгодные пути поддержания энергетического и нейро-гуморального гомеостаза.

Новое понимание структурной концепции *системы здоровье-болезнь* обосновывает возврат современной медицины к обновлённой холистической (монической) медицине с использованием ее подходов к лечебному процессу, в котором физиотерапии, в частности, физиорефлексотерапии принадлежит определенная роль. *Любой метод энергетической медицины, в особенности, физиотерапия и физиорефлексотерапия, должны быть основаны на принципах энергетического выравнивания меридианов и нормализации всего энергетического баланса организма.*

Характерной особенностью физиорефлексотерапии является: малая зона воздействия и специфический характер низкоинтенсивного раздражителя; возможность вызывать как общие ответные реакции организма, так и реакции со стороны определенного органа или системы; высокая эффективность низкоэнергетических воздействий на многие симптомы заболевания как при функциональных нарушениях, так и при органических поражениях; отсутствие осложнений и аллергических реакций.

Тесная взаимосвязь специфического и неспецифического компонентов механизма формирования ответной реакции приводит к тому, что низкоинтенсивные воздействия проявляются не во внешне выраженных реакциях различных систем организма, а в функциональных (гомеостатических) нейрогуморальных сдвигах (биоэнергетических, иммунологических, биохимических и др.). Это приводит к повышению реактивности и резистентности организма, к восстановлению нарушенной болезнью системы адаптации. Неспецифические реакции организ-

ма проявляются, прежде всего, в повышении активности стресс-лимитирующих систем, гипотиз-адренокортикальной системы с последующим выделением тропных гормонов и активацией желёз внутренней секреции, а также повышением чувствительности рецепторов (в частности, холино- и адренорецепторов) к изменению гомеостаза. К примеру, поступающие в кровь глюкокортикоиды и катехоламины, способствуют восстановлению трофо-метаболических процессов в клетках и тканях, а гидрокортизон, вызывая иммуносупрессию, ограничивает экссудативную фазу воспаления. Поэтому, ответная реакция организма при использовании низкоинтенсивных воздействий, несущих в себе черты *информационности*, развивается в рамках адаптационного синдрома и проявляется в повышении неспецифической резистентности к эндогенным и экзогенным факторам внешней среды.

Низкоинтенсивные воздействия отнюдь не исключают применения с лечебной целью относительно больших доз энергии физических факторов (исключая детей - аллергиков), поскольку огромный опыт теоретической и практической физиотерапии свидетельствует, что существуют такие ситуации, когда это оправдано, но только *под контролем объективного критерия подбора этих доз*. Поэтому для решения проблемы "терапии выбора" и "доза-эффект", прежде всего, необходимы: тщательный клинический анализ ситуации и знание основных звеньев саногенеза и патогенеза заболевания, на которые следует оказать воздействие; понимание современных концептуальных взглядов на механизм действия физических факторов на гуморально-клеточно-тканевом и организменном уровнях; достаточное представление о спектре лечебного действия каждого фактора.

Кроме того, для эффективного использования как физиотерапии, так и физиорефлексотерапии, важное значение имеет понимание сегментарной соматической и вегетативной иннервации БАТ и отдельных органов, что позволяет определить, на каком уровне в спинном мозге замкнётся рефлекторная дуга, в какую область коры головного мозга придёт раздражение, какие системы примут участие в реализации процесса возбуждения, какой будет эффекторная ответная реакция. Эти знания имеют значение для правильного выбора функционально-активных зон воздействия или БАТ. Поэтому при оформлении физиотерапевтического рецепта указывают либо локальные зоны воздействия (соответствуют очагу поражения или проекции поражённого органа на поверхность тела), либо рефлексогенные зоны. Наиболее часто применяются рефлексогенные зоны: а) *зона каротидного синуса* (для воздействия на сердечно-сосудистую систему); б) *шейно-воротниковая зона* (для воздействия на ЦНС, голову и лицо); в) *зона чревного (солнечного) сплетения* (заболевания органов брюшной полости); г) *зона торако-люмбального перехода позвоночного столба* (для воздействия на почки и надпочечники); д) *пояснично-крестцовая зона* (заболевания органов малого таза); е) *паравертебральные зоны посегментно* (заболевания органов грудной клетки – начиная с третьего шейного и заканчивая восьмым грудным позвонком, заболевания органов брюшной полости – начиная с пятого грудного и заканчивая первым крестцовым, заболевания органов малого таза – начиная с

десятого грудного и заканчивая пятым крестцовым); ж) *зоны Захарьина-Геда* — наиболее типичная локализация отраженной боли при заболеваниях внутренних органов — висцеро-сенсорный феномен (рис. 33).

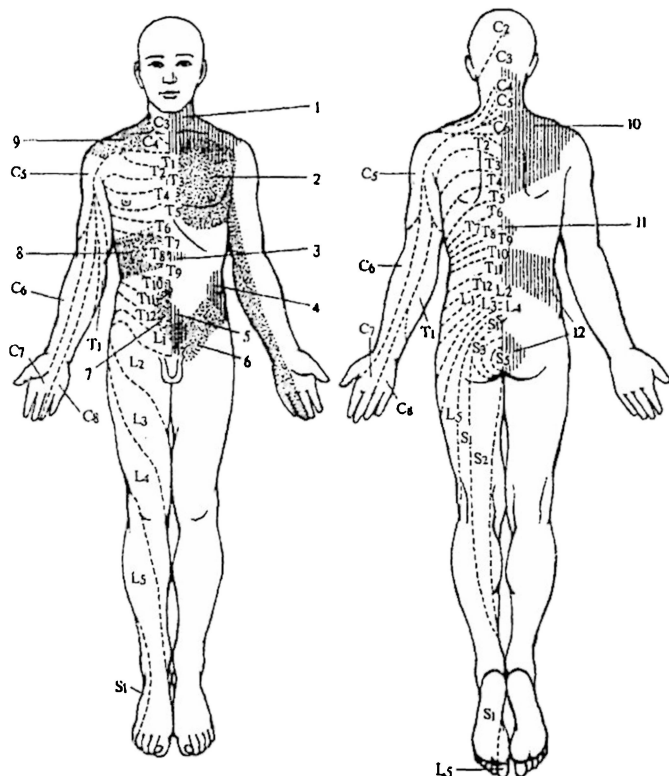


Рис. 33. Зоны Захарьина-Геда на туловище и конечностях и их соотношение с сегментами спинного мозга: 1—лёгкое; 2—сердце; 3 — желудок, поджелудочная железа; 4 — почка; 5 — мочевого пузырь; 6 — мочеточник; 7 — кишечник; 8 — печень и желчный пузырь; 9 — капсула печени; 10 — легкое, бронхи; 11 — поджелудочная железа, желудок; 12 — мочеполовые органы.

Соотношение между внутренними органами и сегментарными зонами гипералгезии (по Cordes J., 1975): лёгкие — C_3-C_4 , T_3-T_4 (справа/слева); плевра — C_3-C_4 , T_3-T_{10} (справа/слева); сердце — C_3-C_4 , T_1-T_8 (слева); пищевод — T_3-T_{11} ; печень и желчный пузырь — C_3-C_4 , T_6-T_{10} (справа); поджелудочная железа — C_3-C_4 , T_7-T_8 (слева); желудок и 12 перстн. кишка — C_3-C_4 , T_7-T_{10} (слева); кишечник — T_9-T_{12} , L_1-L_2 (справа/слева); почки, мочеточник — T_9-T_{12} , L_1-L_2 (справа/слева); мочевого пузырь — C_3-C_4 , $T_{11}-T_{12}$; половые органы — $T_{10}-T_{12}$; сигмовидная кишка — C_3-C_4 , T_9-T_{12} (справа); прямая кишка — S_1-S_4 .

Симпатическую иннервацию лицо и шея получают из сегментов C_8-T_3 ; рука — T_4-T_7 ; туловище — T_7-T_9 ; нога — $T_{10}-L_2$; сердце — C_8-T_6 ; аорта — T_1-T_3 ; лёгкие T_6-T_9 ; желудок — T_7-T_8 ; печень и желчный пузырь — T_6-T_{10} ; кишки — T_6-T_{12} ; почки и мочеточники — T_9-L_1 ; мочевого пузырь — T_9-L_2 ; предстательная железа, тело матки, яичник (яички) — $T_{10}-L_1$.

Парасимпатическая иннервация сердца, гортани, трахеи, бронхов, пищевода, желудка, почек, печени, поджелудочной железы, тонкой кишки, восходящей и поперечной части толстой кишки обеспечивается п. Vagus, ядро которого находится в продолговатом мозге, а нисходящая часть толстой кишки и половые органы — из парасимпатических центров, находящихся в сегментах L_4-S_2 спинного мозга.

Накопление знаний о биоэнергетических феноменах и биополевых системах человека позволит не только создать современную стройную теорию биоэнергетики, но и более полно представить и понять

механизм действия физических факторов, обосновать новые подходы к их дифференцированному применению, что, несомненно, будет способствовать повышению терапевтической эффективности физиотерапии.

В этом аспекте один из ведущих физиотерапевтов страны – Улащик В. С. еще в 1994 г. высказывал прогностически важное предположение, что “углубление знаний об информационном механизме действия лечебных физических факторов будет всё более создавать предпосылки для уменьшения дозировок физических воздействий и на смену нынешней физиотерапии, основанной на энергетических подходах, придёт информационная физиотерапия”.

В современных условиях врач-физиотерапевт, обладая профессиональным опытом и творческими качествами, должен внимательно наблюдать за ответной реакцией организма, используя все имеющиеся методы контроля и объективизации проводимой терапии. Как правило, благоприятный эффект комплексной терапии с включением адекватной физиотерапии постепенно нарастает и удерживается в течение 4-6-8 месяцев, поскольку в ответную реакцию на физические факторы практически включаются все органы и системы, благодаря *универсальному стимулирующему влиянию энергетического воздействия на организм в целом.*

Противопоказано применение физических факторов, если в организме резко снижены адаптационные возможности, нарушена реактивность, имеется опасность дессиминации болезни.

Общими противопоказаниями для применения физических факторов являются: все формы и степени нарушения сознания, тяжёлое общее состояние, высокая температура тела (более 38°C), резкая гипотрофия, недостаточность кровообращения и функции почек, повышенная кровоточивость, активный туберкулез, подозрение на злокачественное новообразование, заболевания крови (за исключением некоторых форм анемии); с осторожностью рассасывать гемартрозы у гемофиликов.

Следует также учитывать *частные противопоказания* к применению какого-либо фактора, что может быть обусловлено специфическими особенностями действия или индивидуальной непереносимостью данного фактора. Ориентировочная схема параметров физических факторов у детей и взрослых, которой пользуются авторы в своей практической работе, представлена в приложении 8

5.2. Лечение постоянным и импульсным током

Для лечебных целей применяют различные виды электрической энергии, каждая из которых вызывает в человеческом организме только ей одной присущие физиологические реакции, что и будет рассмотрено в этой главе.

5.2.1 Гальванизация и лекарственный электрофорез

Гальванизация – лечебное применение постоянного электрического тока незначительной силы и низкого напряжения (до 50 мА, до 60 В). Если гальванический ток периодически меняет свою величину – его называют пульсирующим, если же он периодически прерывается – его называют импульсным (рис.34).

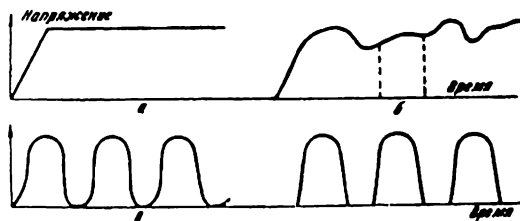


Рис.34. Кривые постоянного тока различной формы: а) электродвижущая сила и напряжение постоянны; б) электродвижущая сила непостоянна; в) электродвижущая сила правильна и ритмична; г) электродвижущая сила меняется от определенной силы до нуля

Гальванический ток, пропущенный через человеческие ткани, вызывает в них ряд физико-химических процессов. Физиологические реакции в ответ на раздражение гальваническим током зависят от локализации воздействия, силы раздражения, продолжительности действия, последовательности применения и комбинирования и многих других условий. При небольшой интенсивности гальванический ток может оказывать стимулирующее действие на те или иные функции организма, продолжительное неинтенсивное воздействие может привести к состоянию парабьоза в центральной нервной системе – к тормозным эффектам.

Специфической особенностью гальванического тока является перемещение электрически заряженных частиц – электронов, а также положительно и отрицательно заряженных ионов.

Жизнедеятельность клетки тесно связана с электрическими явлениями. Наружная и внутренняя поверхности мембраны клетки несут на себе противоположные заряды: наружная поверхность заряжена положительно, внутренняя – отрицательно. Эта разность потенциалов существует до тех пор, пока клетка жива. Основную роль в возникновении электрических зарядов имеют электронные и ионные процессы.

При раздражении клетки увеличивается *проницаемость клеточной мембраны* в первую очередь для ионов натрия и калия, при этом ионы натрия устремляются в клетки, а ионы калия – наружу. Этот процесс продолжается до тех пор, пока не наступит восстановление исходной концентрации. Проникновение в момент раздражения большого количества ионов в клетку приводит к тому, что внутренняя поверхность мембраны становится положительно заряженной по отношению к ее наружной поверхности. И за счёт локального противотока ионов и изменения содержания ионов одинакового знака на разных поверхностях клеточных мембран происходит образование в компарменте виртуальных (промежуточных) полюсов. Изменение соотношения ионов в клетках и межклеточном пространстве особенно влияет на плазмолемму возбудимых тканей, изменяя *поляризацию*. Полярные явления особенно выражены в коже, имеющей сложную мембранную структуру. Образующиеся в коже химические вещества обладают раздражающим действием на периферические рецепторы, являясь источником длительной афферентной импульсации, и влияя на интенсивность циркуляторно-метаболических процессов в коже.

Поляризация происходит и в тканях, расположенных между электродами, что сказывается на дисперсности коллоидов протоплазмы, гидратации клеток и проницаемости клеточных мембран. Затухает по-

ляризация в течение нескольких часов, с чем связывается последствие гальванического тока на клеточном и тканевом уровнях.

Ткани организма содержат большое количество электролитов: солей калия, натрия, кальция, магния и др. Количество одновалентных и двухвалентных ионов находятся в организме в определённых соотношениях – $K-Na / Ca-Mg = 27,6$. Если это соотношение изменяется в сторону увеличения ионов калия и натрия, то в соответствующих участках усиливаются процессы возбуждения, а преобладание кальция, магния и других двухвалентных ионов – усиливает процессы торможения.

Устремление лёгких одновалентных положительно заряженных ионов калия и натрия к катоду при гальванизации вызывает, согласно ионной теории П.П. Лазарева, усиление раздражения, разрыхление клеточных оболочек и увеличение проницаемости клеточных мембран, в связи с чем облегчается трансфузия, переход веществ через полупроницаемые клеточные мембраны, повышается интенсивность обменных процессов, тканевая возбудимость (при неадекватности воздействия возбудимость ткани может резко возрастать). В зонах прилегающих к аноду происходит угнетение указанных процессов, а в результате увеличения концентрации двухвалентных ионов происходит уплотнение клеточных мембран, понижение возбудимости нервных окончаний, снижение чувствительности.

Передвижение ионов под влиянием электродвижущей силы и происходящие при этом под электродами процессы называются *электролизом*.

Наряду с перемещением ионов и изменением проницаемости клеточных мембран, гальванический ток способствует увеличению пассивного транспорта через полупроницаемые мембраны крупных белковых молекул (амфолитов) и других веществ (*явление электродиффузии*). Вследствие разнонаправленного движения молекул воды, включенных в гидратные оболочки ионов, причём количество молекул воды в гидратных оболочках катионов (главным образом, Na^+ , K^+) больше, чем у анионов, содержание воды под катодом увеличивается, а под анодом – уменьшается (*явление электроосмоса*).

Таким образом, под влиянием гальванического тока происходят следующие физико-химические эффекты: *электролиз, поляризация и изменение проницаемости клеточных мембран, электродиффузия и электроосмос с последующими функциональными сдвигами*.

Под влиянием тока изменяется состояние кислотно-основного равновесия (КОР) в клетках и тканях. Эти процессы можно представить себе следующим образом. Молекулы солей, кислот, оснований распадаются на положительный ион (катион) и отрицательный ион (анион). Все кислоты имеют общий катион H^+ – носитель кислотных свойств, а все основания – общий анион OH^- – носитель щелочных свойств. Поэтому наблюдающееся относительное увеличение концентрации H^+ -ионов соответствует кислой, а OH^- -ионов – щелочной реакции среды. Изменение pH среды под действием тока оказывает влияние на тканевое дыхание, ферментативную активность, состояние биокolloидов и функциональное состояние клетки в целом.

Накопление у межклеточных мембран наиболее подвижных ионов, изменение осмотической проницаемости клеток, изменения КОР и водного баланса ведут к повышению адсорбции из крови питательных ве-

ществ, увеличению запасов в клетках АТФ и гликогена, и поглощению ими кислорода, глюкозы, пировиноградной кислоты, жирных кислот и других продуктов метаболизма. В результате этого улучшаются метаболические процессы в тканях, повышается стойкость эритроцитов и тепловая устойчивость сывороточных белков, усиливается синтез макроэргов в клетках, фагоцитарная активность макрофагов и полиморфноядерных лейкоцитов, что повышает энергетический потенциал клеток и их функциональную активность, способствует улучшению метаболических процессов в тканях. На поверхности нервного волокна изменяется содержание биологически активного вещества – ацетилхолина, в коже – гистамина и других БАВ. По данным Бабского, под катодом накапливается ацетилхолин и уменьшается его количество под анодом, с чем автор, в какой-то степени, связывает повышение возбудимости под катодом. Одновременно им замечено снижение активности холинэстеразы под катодом.

Повышение содержания гистамина и других вазоактивных веществ отмечено исследователями при длительных процедурах. Как отмечает Улащик В.С (1972), с изменением содержания БАВ и других вазоактивных медиаторов связана, наблюдаемая при гальванизации, гиперемия кожи (более выраженная под катодом), которая является источником длительных нервно-рефлекторных раздражений. Гиперемия способствует улучшению процессов обмена в коже, оказывает рассасывающее действие на рубцы, спайки, ускоряет процессы регенерации и репарации, особенно в нервной, костной и соединительной тканях, стимулирует эпителизацию язв, усиливает секреторную функцию желудка, кишечника, слюнных желёз.

Отмечается реакция и нервной ткани. Гальванический ток вызывает раздражение кожных чувствительных нервных окончаний и в зависимости от силы раздражения (плотность тока, продолжительность воздействия и др.) появляется ощущение от чувства ползания мурашек до чувства жжения и боли. Продолжительная низкоинтенсивная гальванизация вызывает в области воздействия понижение тактильной и болевой кожной чувствительности, что может быть использовано для лечения болевых синдромов.

Гальванический ток вызывает раздражение симпатических нервов, которое может передаваться рефлекторно, вызывая ответные реакции в различных органах и системах организма в зависимости от локализации воздействия. Еще А. Е. Щербак установил, что реакция на раздражение возникает в тех сегментах, которые подвергаются воздействию гальваническим током. Но рефлекс может генерализоваться и распространяться за пределы сегмента, вплоть до высших вегетативных центров, изменяя функцию органов. Наиболее полно автором разработано учение о сегментарно-рефлекторной физической терапии: в зависимости от выбранной методики воздействия, физических параметров и функционального состояния в организме больного могут наблюдаться *местные, сегментарно-метамерные и генерализованные реакции*. Местные реакции наблюдаются в коже и тканях иннервированной зоны, а реакции более высокого регуляторного уровня наблюдаются при воздействии ГТ на структуры головного мозга, на паравертебральные и функционально-активные рефлексогенные зоны.

При использовании *общих методик воздействия* (например, методика Вермея, четырехкамерные гальванические ванны и др.) ГТ оказывает нормализующее влияние на регуляторную функцию нервной и эндокринной систем, на трофические и энергетические процессы в организме, способствует улучшению гемодинамики, обменных процессов, обратному развитию местных патологических изменений в тканях, а также повышает реактивность и устойчивость организма к патогенным воздействиям.

К примеру, *гальванизация воротниковой области* обычно сопровождается рядом общих реакций стимулирующего характера со стороны психики и моторики, трофических и регуляторных функций, что позволяет считать воротниковую методику Щербака почти универсальным методом терапии самых разнообразных заболеваний, самой разнообразной локализации и патогенеза. В общем терапевтическом эффекте этой методики определенную роль играет и нижний электрод (катод), локализованный на область проекции надпочечников, что сопровождается определенными изменениями функциональной активности эндокринной системы, в частности, надпочечников, яичников.

Раздражение слизистой носа при *интраназальной гальванизации*, благодаря рефлекторным взаимосвязям тройничного и блуждающего (триго-вагальный рефлекс), и обонятельного нервов с ядрами мозгового ствола и промежуточного мозга, оказывает значительное влияние на функциональное состояние центров регуляции дыхания и кровообращения, на проницаемость гемато-энцефалического барьера, на моторику и трофику желудочно-кишечного тракта, печени, на функцию органов малого таза. Еще в начале XX века основоположник метода, так называемой центротерапии по Бонье, обнаружил максимум эффекта и наибольшее постоянство действия при заболевании БА. По мнению ведущих физиотерапевтов, показания к назальной рефлексотерапии обширны и охватывают почти всю область человеческой патологии.

В условиях повышенной сенсibilизации организма снижается интенсивность обменных процессов и функция многих органов и систем организма, в частности, печени и желудочно-кишечного тракта. По представлениям физиологов, уровень кровоснабжения печени в значительной степени отражает её функциональное состояние. Ухудшение внутрипечёночной гемоциркуляции, как правило, влияет на течение обменных процессов в тканях, изменяет количество субстрата, вступающего в биохимические реакции, поскольку многие из этих субстратов синтезируются печенью и обеспечивают пластические и энергетические процессы в клетках и тканях организма. С целью устранения многих обменных нарушений, вызванных патологическим процессом, в настоящее время используют огромное количество фармакологических препаратов гепатопротекторного действия. Но в патологически измененных тканях наблюдается снижение чувствительности рецепторов клеток и тканей ко многим химическим веществам, что делает фармакотерапию малоэффективной. Поэтому патогенетически обосновано назначение гальванизации (или ЭФ лекарственных веществ) на область печени, что повышает сниженный внутрипечёночный кровоток, вызывает клеточно-тканевые и рефлекторно-сосудистые реакции, повыша-

ет обмен кислорода в тканях. Поскольку печень участвует в процессах детоксикации организма, в регуляции гемоциркуляции крови и психоэмоционального фона, то изменение внутрипечёночного кровотока и всего спектра положительных внутрипечёночных реакций под действием ГТ способствуют обратному развитию многих симптомов заболевания, в частности, способствуют оздоровлению психической сферы больного, благоприятному исходу аллергозов (обусловленных пищевой сенсибилизацией), повышению физиологической активности организма и его устойчивости к неблагоприятным эндо- и экзогенным факторам среды. Мы наблюдали большое количество случаев непереносимости фармакотерапии в процессе длительного лечения хронической патологии. Как правило, временная отмена фармакопрепарата и проведение курса гальванизации печени позволяли закончить прерванный курс патогенетической фармакотерапии и добиться положительных результатов лечения.

Гальванический ток при локализации воздействия на грудную клетку стимулирует активность ферментных систем и окислительно-восстановительных процессов в клетках и тканях, активирует крово- и лимфообращение, повышает проницаемость клеточных мембран и сосудистых стенок, изменяет pH среды (в сторону алкалоза), активирует метаболизм БАВ (кортикостероидов, гистамина, ацетилхолина, серотонина и др.), оказывает благоприятное влияние на поверхностно-активный сурфактант, стимулирует деятельность мерцательного эпителия, повышает активность гуморальных факторов неспецифической защиты (комплемента, пропердина, гаммаглобулина, альбуминов, выработку антител и др.), повышает фагоцитарную активность макрофагов и полиморфноядерных лейкоцитов. Малоинтенсивные воздействия ГТ ($0,01-0,02 \text{ мА/см}^2$) оказывают стимулирующее влияние на ретикуллоэндотелий и повышают абсорбционные свойства тканей, способствуя фиксации в них лекарственных и питательных веществ, циркулирующих в сосудистом русле, повышают активность ионов K^+ , повышают концентрацию АТФ и гликогена в сердечной мышце. Малоинтенсивные воздействия ГТ, локализованные на грудную клетку, активизируют также энергообмен в кардиореспираторной системе, оказывают выраженное *противовоспалительное и иммунокорректирующее действие*, что сопровождается повышением функциональных резервов кардиореспираторной системы, в частности, повышением толерантности к физическим нагрузкам (Мизин В.И., 1995 и др.).

В совокупности, весь спектр терапевтически важных аспектов действия ГТ способствует бронхолитическому эффекту, улучшению трофики тканей, удалению продуктов метаболизма из патологически измененных тканей, нормализации нарушенных функций тканей, газообменной и вентиляционной функции легких, повышению чувствительности нервных рецепторов к изменению гомеостаза, что способствует повышению эффективности комплексной терапии.

Таким образом, на сегодня считается доказанным, что привнесённая в организм энергия в виде потока заряженных частиц, поглощается и усваивается тканями, начиная с места приложения фактора, а затем по токопроводящим путям достигает более глубоких и сложных

функциональных систем организма, вызывая различные физико-химические изменения в них с последующими функциональными сдвигами. Основные терапевтические эффекты ГТ: *противовоспалительный, анальгетический, седативный* (на аноде), *миорелаксирующий, сосудорасширяющий, метаболический, стимулирующий процессы регенерации и репарации, секреторный* (на катоде), *общестимулирующий*.

Гальванический ток, как уже отмечалось, приводя ткани в состояние повышенной активности (энергетической и метаболической), делает их более чувствительными к действию лекарств.

Лекарственный электрофорез (ЭФ) – это физикофармакологический метод введения лекарства с помощью тока, позволяющий повысить фармакологическую активность ионов лекарственного вещества, избежать побочных действия лекарства на желудочно-кишечный тракт и печень, уменьшить вероятность развития аллергических реакций, создать высокую концентрацию лекарства непосредственно в патологически измененных тканях или любой другой области тела. Кроме перечисленных особенностей метода следует отметить следующие преимущества лекарственного ЭФ перед другими способами введения лекарств в организм:

- при лекарственном ЭФ образуется кожное депо лекарственных веществ, из которого они медленно диффундируют в крово- и лимфоток и оказывают свое специфическое действие;

- в методе лекарственного ЭФ постоянный ток оказывает влияние на фармакодинамику и фармакокинетику лекарственного вещества, поскольку оно вводится не в молекулярной форме, а в ионизированной форме без балластных веществ;

- лекарственное вещество вводится непосредственно в ткани патологического очага, где накапливается в достаточно высокой концентрации, способствуя образованию ионных рефлексов;

- используя определённые методики (интраназальная, трансцеребральная по Бургиньону, эндауральная), можно локализовать лекарство в определенных областях мозга, минуя гематоэнцефалический барьер, а при внутриорганных методиках, минуя гистогематический барьер, лекарство накапливается в тканях с нарушенной микроциркуляцией;

- при лекарственном ЭФ реже возникают аллергические реакции, отсутствуют побочные эффекты перорального и парентерального введения лекарств;

- при лекарственном ЭФ наблюдается потенцирование эффектов гальванизации и специфического фармакологического действия вводимого током лекарственного вещества, повышение чувствительности нервных рецепторов к изменению гомеостаза, что способствует повышению терапевтической эффективности комплексной терапии.

Лекарственный ЭФ должен быть направлен на устранение преобладающего синдрома или симптомов заболевания, а учитывая необходимость одновременного воздействия на разные звенья саморегуляции организма, целесообразно использовать раздвоенные электроды (полюса), биполярные методики, чтобы ввести в организм несколько ионов лекарственных веществ синергичной направленности действия. Показания к применению тех или других лекарственных веществ

такие же, как и в фармакотерапии, однако активность лекарственных ионов несравненно выше их молекулярных аналогов. Для иллюстрации приводим краткие сведения об особенностях действия некоторых лекарственных веществ, вводимых в организм с помощью гальванического тока.

Так, например, *салициловой кислоты радикал, индометацин и др. нестероидные противовоспалительные препараты* оказывают ингибирующее действие на многие БАВ – гистамин, кинины, простагландины серии F и др. *Ионы меди* (при хронической бронхолегочной патологии, при аллергическом воспалении наблюдается дефицит меди, от которого особенно страдает детский организм) – являются универсальным антиокислителем, принимают участие в образовании и активации витаминов группы B и P, активируют ферменты и многие гормоны (в частности, половые гормоны), повышают эффективность медикаментозной терапии за счет образования медьсодержащих комплексов, легко проникающих через биологические мембраны. Медь обладает выраженным иммунокорректирующим действием. Народная медицина давно подметила, что шахтеры, работающие в медных рудниках, редко подвергаются опухолевому, кожному, инфекционному и др. болезням, а среди народов Азии и Египта до сих пор существует обычай надевать на ручки и ножки грудного ребенка браслеты и кольца из меди. *Ионы цинка* стимулируют процессы заживления язв, обладают фунгицидным действием и другими положительными свойствами; *ионы йода* увеличивают дисперсность соединительной ткани и повышают степень гидрофильности белков, оказывают влияние на активность щитовидной, половых желез и др. *Ионы серы* играют важную роль в жизнедеятельности организма: являются хорошим окислителем, входят в состав белков и многих незаменимых аминокислот, являются фактором, благоприятствующим росту организма. Особенно электрофорез серы показан при длительно текущих воспалительных заболеваниях в связи с усилением потребности организма в серных соединениях, а также при бактериальных инфекциях на фоне снижения гуморального иммунитета. *Ионы кальция* способствуют выравниванию нейровегетативных сдвигов, оказывают гипосенсибилизирующее действие, так как участвуют в процессах детоксикации организма, связывают протеиногенные токсины, ограничивая их влияние на клеточный биокolloид и др. эффекты. *Лизоцим* является важным фактором неспецифического иммунитета, обладает антимикробным, бактерицидным, противовоспалительным, десенсибилизирующим действием и гемостатическим свойством, оказывает муколитическое действие. *Спленин, левамизол* – обладают выраженным иммунокорректирующим эффектом, а спленин, кроме того, повышает антитоксическую функцию печени.

ЭФ раствора сульфата магния патогенетически обоснован у детей-аллергиков в связи с наличием у них выраженной гипомagneмией. В литературе отмечено влияние магния на многие звенья патогенеза хронического заболевания. К примеру, клиническим проявлением гипомagneмией является снижение белковосинтетической и дезинтоксикационной функции печени, дескинeзия желчевыводящих путей, нарушение функции желудочно-кишечного тракта, многие респираторные на-

рушения. В частности, следует иметь в виду, что при респираторных аллергиях имеется почечный тип нарушения обмена магния, что проявляется сочетанием снижения уровня магния в сыворотке крови с повышенной его экскрецией. В основе такого типа нарушений лежит снижение фиксации магния клетками тканей. Поэтому метод ЭФ (как и гомеопатические препараты магния), является наиболее оптимальным способом введения магния в организм. При других методах введения магния в организм следует одновременно вводить и его фиксаторы, в частности, витамины В₆, Д и др.

С позиций психосоматической медицины, патогенетически обосновано применение ЭФ лекарственных веществ психотропной направленности действия (барбамил, фенобарбитал, седуксен, триседил, амизил, метамизил, элениум, оксibuтират натрия и др.) при многих хронических заболеваниях, используя преимущественно трансцеребральную или интраназальную методики, реже воротниковую методику Щербака. При использовании электрофоретического метода введения лекарств наблюдается синергизм действия лекарства в ионизированной форме и влияния тока на ЦНС: во-первых, наблюдается рефлекторная активация внутрикорковых индукционных взаимоотношений, во-вторых, происходит антипарабиотическая перестройка важнейших структур мозга. К примеру, со стороны ЦНС при БА обнаруживаются слабость и инертность раздражительного и тормозного процессов, фазовые состояния в коре большого мозга и подкорковых областях, наблюдается нарушение тонуса вегетативной нервной системы. При ЭФ лекарство быстрее поступает в мозг и спинномозговую жидкость и отмечается его избирательное накопление в сенсомоторной области коры мозга с центральными ганглиями, продолговатом и среднем мозге, т.е. в структурах, отвечающих за регуляцию висцеральной и психоэмоциональной сфер.

ЭФ гистамина можно использовать у детей с целью гипосенсибилизации (при аллергических реакциях на гистаглобулин) во внеприступном периоде БА, то есть в фазе ремиссии. Введение малых доз гистамина методом ЭФ рассчитано на снижение чувствительности организма к нему и на стимуляцию ингибиторов гистамина.

Таблица 2

Схема проведения ЭФ гистамина, назначаемого один раз в 3 дня

№ п/п	Возраст ребенка			
	1,5 - 6 лет		7 - 12 лет	
	сила тока (мА)	длит-сть (мин)	сила тока (мА)	длит-сть (мин)
1.	0,5	5	0,8	5
2.	0,8	7	1	10
3.	0,8	10	1	15
4.	1	10	1,5	15
5.	1	10	1,5	15
6.			1,5	15
7.			1,5	15
Площадь прокладок 25 см ²			Площадь прокладок 30-40 см ²	

Методика: анод, локализованный на внутренней поверхности плеча, смачивается раствором гистамина в концентрации 1:10000000 (1 мл раствора содержит 0,1 мкг гистамина), катод - на наружной поверхности

сти плеча (расстояние между электродами должно быть не менее поперечника электрода).

Показания. Атопическая форма БА, если не выявлен причиннозначимый аллерген; дерматореспираторный синдром, когда атопическая форма БА сочетается с истинной экземой или атопическим дерматитом; инфекционно-аллергическая БА у детей первых лет жизни, если лечение гистаглобулином невозможно в связи с аллергическими реакциями на гаммаглобулин и гистаглобулин; больным БА с поливалентной сенсibilизацией перед проведением специфической гипосенсибилизации; отек Квинке, крапивница, пищевая и лекарственная аллергия немедленного типа в фазе стойкой ремиссии.

Если в процессе лечения у ребенка появляется кашель или усиливаются кожные аллергические проявления, следует пропустить процедуру, на 2-3 дня назначить антигистаминные средства и в дальнейшем продолжать курс лечения по более щадящей методике с интервалом 4-5 дней между процедурами. В период проведения курса гистамин – электрофореза рекомендуется строго соблюдать диету с обязательным исключением облигатных пищевых аллергенов: рыбы, икры, цитрусовых, острых сыров, куриного бульона и др.

Проведение повторного курса гистамин-электрофореза через 3-6 месяцев повышает эффективность лечения и способствует значительному снижению аллергизации организма.

Противопоказания к назначению ЭФ гистамина: период обострения кожных и респираторных проявлений аллергии, сердечная недостаточность, кахексия, недостаточность функции печени и почек, активный туберкулёзный процесс, склонность к кровотечениям, период менструации, злокачественные новообразования или подозрение на их наличие.

Гальваногрязелечение. Лечебный эффект метода обусловлен несколькими факторами: тепловым, химическим, биологическим, а также влиянием самого тока. Введение (биполярное) химических компонентов грязи (ионов) с помощью ГТ обуславливает более высокий терапевтический эффект по сравнению с обычным грязелечением. Гальваногрязелечение способствует усилению процессов регенерации, рассасыванию воспалительных явлений и рубцово-спаечных образований, а сочетание гальваногрязелечения с ЭФ лекарственных веществ, например, с введением ионов меди (поверх полотняного мешочка с тёплой грязью кладется лекарственная прокладка, смоченная раствором сульфата меди), усиливает лечебный эффект метода, так как ионы меди, являясь биологическим катализатором, повышают интенсивность окислительно-восстановительных процессов, иммунологическую реактивность организма и активность других биофизических процессов.

Гальваногрязелечение или сочетание гальваногрязи с ЭФ лекарственных веществ особенно показаны при БА, ВЗЛ, развившимся на фоне обструктивного или необструктивного бронхита, заболеваниях урогенитальной сферы, опорно-двигательного аппарата и др.

Показания для гальванизации и лекарственного ЭФ определяются с учётом фармакологических эффектов вводимого лекарственного вещества и показаний для гальванизации: заболевания органов

дыхания (трахеит, плеврит, пневмония, все варианты БА, однако возможность применения ГТ и ЭФ лекарственных веществ при тяжёлом течении астмы решается в каждом конкретном случае индивидуально); заболевания органов пищеварения (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гепатит, колит, холецистит, хронический гастрит, дискинезия жёлчного пузыря и кишечника и др.); заболевания мочеполовых органов (хронический пиелонефрит, цистит, дисфункция яичников и др.); заболевания опорно-двигательного аппарата (артриты различной этиологии, остеохондроз позвоночника, переломы костей и др.); заболевания периферической нервной системы (неврит, невралгия, плексит и др.); заболевания центральной и вегетативной нервной системы (вегетоневроз, вегетодистония, арахноидит и др.), заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС I-III ФК, гипертоническая болезнь I-II стадии, гипотоническая болезнь и др.); заболевания уха, горла и носа (ринит, гайморит, отит, и др.), заболевания глаз, кожи и др..

Противопоказания. Экзема или другие зудящие дерматозы, склонность к кровотечению, злокачественные новообразования, острые гнойные воспалительные процессы, индивидуальная непереносимость постоянного электрического тока. *Относительное противопоказание* – тяжёлая форма БА (приступный период). Помимо противопоказаний для ГТ следует иметь в виду противопоказания для применения вводимого лекарственного препарата (аллергические реакции на вводимые лекарства, индивидуальная непереносимость).

Наиболее часто употребляемые для ЭФ лекарственные вещества, полярность их ионов и необходимая концентрация лекарственных растворов представлены в приложении 5.

Гальванизация и лекарственный ЭФ сочетаются почти со всеми видами терапии и физиотерапии, кроме УФ-эритемы на одну и ту же область воздействия. Наиболее целесообразно сочетать эти методы с ИТ, проводя их одновременно, или ГТ (ЭФ) после ИТ без временного интервала, а при сочетании их с высокочастотными факторами (ВЧ, УВЧ, СВЧ) или общим УФО их проводят до ЭФ и гальванизации.

Значительно повышается электрофоретическое поступление лекарственных веществ после предварительной обработки кожи раствором димексида (ДМСО) или использования последнего в качестве растворителя. Лекарственный электрофорез – анальгина, аспирина, ферментов и других веществ из среды ДМСО проводится биполярно.

Аппаратура, общие указания по выполнению процедур

Для проведения гальванизации применяются аппараты: АГН-32, АГН-33, ГР-2, ЭДАС-01, Поток-1. В качестве электродов используют пластины из свинца, токопроводящей резины или соответствующей ткани, а прокладки изготавливают из десяти слоев белой фланели так, чтобы их размеры превышали соответствующие размеры электрода на один сантиметр.

Для проведения ЭФ используют лекарственные прокладки (изготавливают из трех слоев марли или 3-х слоев гидрофильной бумаги), которые помещают поверх гидрофильной прокладки. На участок тела,

подлежащий воздействию, накладывают лекарственную прокладку, гидрофильную прокладку, электрод и все это фиксируют эластичным бинтом или мешочком с песком.

Для проведения лекарственного ЭФ можно использовать аппараты для гальванизации, электросонотерапии (ЭС-ЭФ), транскраниальной электроанальгезии, диадинамотерапии (ДДТ-ЭФ), амплипульстерапии (СМТ-ЭФ), флюктуоризации (флюктуофорез). Для микроэлектрофореза применяют аппараты: "ИОН-1", "ЭЛАП-1", "Элита".

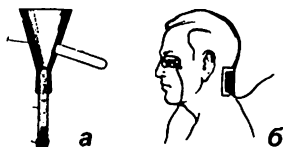
В зависимости от способов наложения электродов различают поперечную или продольную методики гальванизации. При поперечной методике гальванизации или электрофореза электроды располагают один против другого на противоположных участках тела, если же они сдвинуты, то говорят о поперечно-диагональной методике воздействия. При поперечной методике гальванизации на участках с небольшим диаметром (рука, нога) расстояние между прокладками не должно быть меньше, чем половина размера электрода.

После всех методик гальванизации или лекарственного электрофореза требуется 20-30-минутный отдых.

Параметры воздействия ГТ, используемые авторами у детей, представлены в приложении 7.

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДИКИ

Гальванизация и лекарственный ЭФ области глаз (рис. 35).

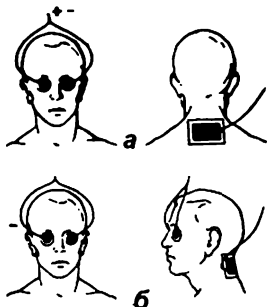


Специальный электрод в виде глазной ванночки (а) емкостью 5 мл помещают в области глазницы при открытых глазах так, чтобы края ее плотно прилегали к краям орбиты и фиксируют ванночки бинтом. Ванночки заполняют подогретым до 30°C лекарственным раствором. Через другое отверстие ванночки вводится провод. Второй электрод – площадью $40-50\text{ см}^2$ помещают на заднюю поверхность шеи (б). Сила тока – $0,5-2\text{ мА}$, экспозиция – $10-15-25\text{ мин}$.

ежедневно или через день. На курс лечения – $12-15$ процедур. Процедура выполняется в положении – сидя на стуле, глазные яблоки все время соприкасаются с раствором, веки глаз не смыкаются.

Методика широко используется в офтальмологии: при бельме роговицы, иридоциклитах различной этиологии, помутнении стекловидного тела, старческой катаракте; туберкулезном кератите и др.

Трансцеребральная гальванизация (глазнично-затылочная, по Бургиньону) и лекарственный ЭФ (рис. 36). Положение пациента – лежа.

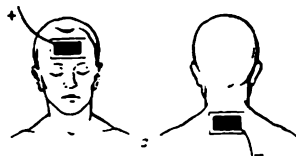


Два круглых электрода (диаметром $3-5\text{ см}$) на разном проводе помещают на кожу закрытых век и соединяют с одним из полюсов аппарата, второй электрод площадью $50-60\text{ см}^2$ – на заднюю поверхность шеи. Полярность электродов зависит от вводимого лекарственного вещества или решаемых терапевтических задач. Сила тока от $0,5$ до 3 мА , экспозиция – $10-20\text{ мин}$. Курс лечения – $7-12$ процедур.

Методику наиболее часто применяют в виде гальванизации или лекарственного ЭФ: при атеросклерозе с преимущественным поражением сосудов головного мозга у пожилых людей; при поражении дисэнцефальной области с вазомоторными и вегетативно-сосудистыми нарушениями; при детском церебральном параличе, паркинсонизме; при остаточных явлениях травмы головного мозга, клещевого эн-

цефалита, после мозгового инсульта, церебрального арахноидита (через 0,5-1,5 месяца от начала заболевания в стадии неполной и полной ремиссии); при климатических расстройствах и др. Трансцеребральный электрофорез галоперидола с успехом используется в комплексном лечении больных детей и взрослых с патологией ЦНС и психопатологическими синдромами, поскольку галоперидол является активным нейролептиком, купирующим разного рода возбуждения, благодаря выраженному седативному и центральному аденолитическому действию. Противопоказано применение ЭФ-галоперидола при паркинсонизме, эпилепсиях.

Анодная гальванизация головы (рис. 37). Положение пациента – лежа.



Электрод размером 5 x 10 см, соединенный с положительным полюсом аппарата, располагают в области лба, катод размером 8 x 10 см – на область нижних шейных позвонков. Сила тока – 0,5-2 мА, экспозиция – 15-30 мин, ежедневно или через день. Курс лечения – 15-20 процедур.

Методика наиболее часто применяется при климатических расстройствах, а также у больных со спастическими парезами.

Анодная гальванизация может быть проведена в двух режимах. Выбор режима обусловлен тяжестью клинических проявлений заболевания: больным с частыми и сильными "приливами" показано назначение II режима, а женщинам с незначительными вегетативно-сосудистыми нарушениями – I режим анодной гальванизации, что обеспечивает адекватность раздражителя исходному функциональному состоянию нервной системы.

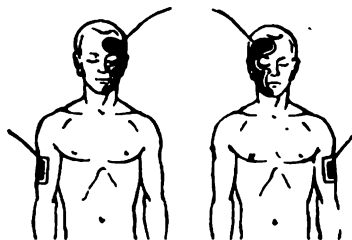
Режим I

Порядковый номер процедуры	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15-20
Сила тока, мА	0,5	0,5	0,6	0,7	0,8	1,0	1,5	2,0	2,0	2,0	2,5	3,0	3,0	3,0	3,0
Продолжительность воздействия, мин.	15	16	17	18	19	20	20	22	22	25	25	26	27	28	30

Режим II

Порядковый номер	1	2	3	4	5	6-7	8-9	10	11	12	13	14	15-16	17-18	19-20
Сила тока, мА	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,5	2,0
Продолжительность воздействия, мин.	15	16	17	19	19	20	22	25	26	27	28	29	30	30	30

Гальванизация и лекарственный ЭФ области лица (полумаска Бергонье) (рис. 38). Положение пациента – лежа. Трехлопастный электрод (полумаска Бергонье) площадью 120-200 см² помещают на пораженную половину лица и соединяют с соответствующим полюсом, второй электрод прямоугольной формы такой же площади помещают в межлопаточной области или на противоположном плече.

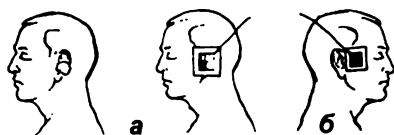


Сила тока – до 4 мА, экспозиция – 10-20 мин, ежедневно или через день. На курс лечения до 10-15 процедур. Лекарственное вещество вводят с электрода, расположенного в виде полумаски на лице. При неврите лицевого нерва в наружный слуховой проход вводят марлевую турунду, смоченную соответствующим лекарственным раствором, свободный конец которой помещают под прокладку лицевого электрода. При необходимости воздействия на обе стороны лица процедуры проводят поочередно на каждую сторону. Лекарственное вещество вводят с электрода, расположенного на лице в виде полумаски.

Методика наиболее часто применяется при невралгии тройничного нерва, при невритах лицевого нерва (начиная с 12-14 дня заболевания после проведения электродиагностики), при обменных нарушениях, при лечении гипертонической болезни.

Гальванизация и лекарственный ЭФ области уха (рис. 39). Положение больного – лежа. В наружный слуховой проход вводят смоченную водопроводной водой или лекарственным веществом марлевую турунду, конец которой выводят на ушную раковину и заполняют её. Сверху помещают гидрофильную прокладку

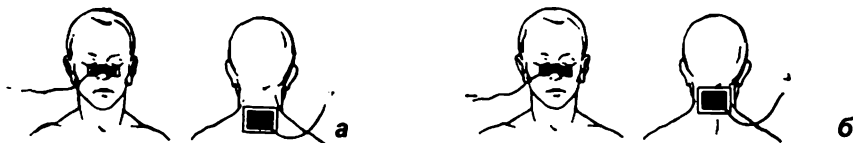
ку, смоченную теплой водопроводной водой и электрод – площадью 30-50 см² (а); второй электрод – площадью 30-50 см² помещают на противоположной щеке впереди ушной раковины (б). Полярность электродов зависит от вводимого лекарственного вещества.



При необходимости воздействия на оба уха, процедуры проводят поочередно на каждое из них. Сила тока – 0,5-1,5 мА, экспозиция – 10-20 мин, ежедневно или через день. Курс лечения до 7-12 процедур.

Методика применяется: при хроническом отите, при адгезивном (рубцовом) отите, при евстахиите, при наличии шума в ушах, а также с целью воздействия на мозговые структуры задней черепной ямки.

Гальванизация и лекарственный ЭФ области носа и гайморовых пазух (рис. 40). Положение пациента – лёжа. Один электрод размером 4х12 см

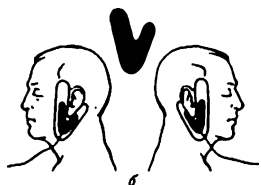


располагают в виде ленты на область спинки носа и гайморовых пазух, второй – площадью 50-70 см² – на область шейных позвонков. Электроды присоединяют к соответствующим полюсам аппарата, сила тока – 1-3 мА, экспозиция – 10-12 мин, ежедневно или через день, на курс лечения до 10-12 процедур.

Основное лекарственное вещество вводят с электрода, расположенного на лице.

Методика, в основном, применяется: при хроническом гайморите, а при гнойных процессах до электрофореза показана пункция пазух с введением антибиотиков; при хронических синуситах, осложненных вторичной невралгией тройничного нерва.

Гальванизация шейно-лицевой области по Келлату-Змановскому



(рис. 41). Положение пациента – лёжа. Электроды и прокладки площадью 100-120 см² каждая, имеющие двухлопастную У-образную форму (одна лопасть короче другой), располагают на боковых поверхностях шеи и лица так, чтобы ушные раковины оказались между лопастями.

Длинные лопасти накладываются впереди ушных раковин, короткие доходят до сосцевидных отростков. Электроды фиксируют бинтом. Полярность электродов при первой процедуре – произвольная, при каждой последующей – обратная предыдущей. Курс лечения до 10-15 процедур. Практические наблюдения позволяют рекомендовать использование этой методики по следующей схеме:

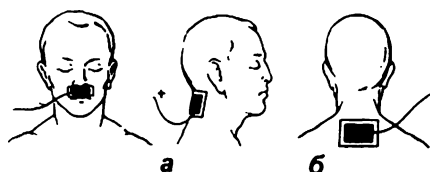
Порядковый номер	1-2	3-4	5	6	7	8	9	10	11 и последующие.
Сила тока, мА	2	3	4	4	4	3	3	3	2
Продолжительность воздействия, в мин	8	9	10	11	12	13	14	15	15

При этом методе воздействию постоянным током подвергаются кожные рефлексогенные зоны верхней трети боковых поверхностей шеи и лица с находящимися в этой области следующими нервными образованиями: наружными и внутренними каротидными нервами и сплетениями, каротидными клубочками, верхним шейным отделом с подкорковыми отделами и корой головного мозга, а также гипофизом, щитовидной железой, маткой и яичниками и др. короткими рефлекторными дугами, т.е. под влиянием постоянного электрического тока, возникающие афферентные импульсы способны в значительной степени изменять функциональное со-

стояние высших отделов центральной нервной системы и секреторную деятельность указанных желез.

Примечание. После окончания процедуры, во избежание головокружения, пациент отдыхает в течение 10-15 мин на кушетке. Лечение с использованием этой методики целесообразно проводить в виде 2-3 курсов с 2-3 месячными перерывами.

Интраназальная гальванизация (по Гращенко — Кассилу) (рис. 42).



Положение пациента — лёжа или сидя. В носовые ходы вводят смоченные лекарственным раствором турунды на глубину до 2-3 см. Концы их укладывают на клеёнку, расположенную над верхней губой (рис. а). На свободные концы турунд накладывают металлический электрод размером 1 x 2,5 см и соединяют с одним полюсом аппарата; второй электрод (площадью 60-80 см²) располагают в области

нижних шейных позвонков и соединяют с другим полюсом аппарата (б). Сила тока — 0,3-0,7 (2 мА), экспозиция от 10 до 15-30 мин, ежедневно, на курс лечения до 10-20 процедур. У детей методику применяют с 3-5-и лет, на курс лечения до 15-ти процедур, назначаемые ежедневно. Ориентировочная схема, которой пользуются авторы: 1-3 процедуры — сила тока — 0,3 мА, экспозиция — 6 мин; 4-6 процедуры — сила тока 0,4 мА — 8 мин; 7-9 процедуры — сила тока 0,5 мА — 10 мин; 10-12 процедуры — сила тока 0,6 мА — 10-12 мин; 13-15 процедуры — сила тока 0,7 мА — 12-15 мин. Такая же схема используется и у взрослых, при необходимости увеличивается экспозиция до 20 — 30 мин, длительность курса лечения до 20 — 25 процедур.

Обоснованием к применению интраназальной гальванизации или лекарственного ЭФ явилось то, что слизистая оболочка носа обладает высокой чувствительностью и кроме окончаний обонятельного нерва, в ней заложена густая сеть разветвлений тройничного нерва, связанных с элементами вегетативной нервной системы. Окончания обонятельного нерва через обонятельные луковицы связаны с ядрами мозгового ствола промежуточного мозга. Слизистая оболочка носа имеет анатомические и физиологические связи с подпаутинным пространством, гипофизом, дисцефальной областью, а также различными нервными образованиями больших полушарий мозга (зрительные бугры, ретикулярная формация, кора). Рефлексы с обонятельного нерва передаются через кору головного мозга в зрительные бугры и на внутренние органы.

Физические и химические агенты, воздействуя на рецепторы слизистой оболочки носа, могут вызывать рефлекторную реакцию со стороны лицевого, блуждающего, языкоглоточного, подъязычного и других черепно-мозговых нервов. В работах различных авторов показано, что раздражение слизистой оболочки носа оказывает рефлекторное влияние на деятельность желудка, кишок, органов малого таза, сердечно-сосудистой, дыхательной систем и т.д.

Кассилем Г. Н. и соавт. (1960) доказано, что при интраназальном ЭФ лекарственное вещество проникает через рыхлую слизистую оболочку носа и, передвигаясь по периневральным щелям обонятельного и тройничного нервов, поступает в спинномозговую жидкость, обходя гемато-энцефалический барьер, который препятствует проникновению различных химических веществ из крови в спинномозговую жидкость. Отсюда ясна важность правильного выбора лекарственных веществ для ЭФ по этой методике.

Наиболее часто интраназальный электрофорез применяется: в терапии — для профилактики сердечно-сосудистых кризов — ЭФ димедрола, витамина В₁, кальция, новокаина и др.; при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — ЭФ витамина В₁, атропина, бензогексония и др.; при аллергических состояниях — ЭФ димедрола, кальция, пипольфена, зуспирана, интала, никотиновой кислоты, эфедрина, зуфиллина и др.; в неврологии — ЭФ новокаина с димедролом при церебральном арахноидите с наклонностью к ангиоспазмам, ЭФ папаина для рассасывания арахноидальных спаек, при вегетативно-сосудистой форме дисцефального синдрома — ЭФ кальция, витамина В₁, лития, психотропных веществ, аминазина в чередовании с магний-платифиллином (раздвоенный электрод в шейно-воротничко-

Считается, что нет такой области медицины, в которой эта методика не могла бы быть применена с пользой для больного.

ного или сниженного АД, при вибрационной болезни, при клиновидных дефектах зубов. В гинекологии – электрофорез 2-5% р-ра новокаина на область шейных симпатических узлов применяют при ювенильных кровотечениях с целью блокады одного из звеньев дуги извращенного шеечно-гипофизарного рефлекса, а также при функциональных кровотечениях у женщин детородного возраста и в климактерическом периоде. Анодные прокладки смачивают 5% свежеприготовленным раствором новокаина. Сила тока до 3-5 мА, продолжительность воздействия до 30 мин. Процедуры проводят ежедневно, 2-3 раза в день с 1,5 -3 часовыми перерывами. На курс – 10-12 процедур.

чительно увеличивая силу тока и время воздействия в пределах возрастных норм.

Гальванизация воротниковой области сопровождается многочисленными реакциями стимулирующего характера со стороны психики и моторики, трофических и регуляторных функций, что позволяет считать воротниковую методику почти универсальным методом терапии самых разнообразных заболеваний, самой разнообразной локализации.

Известно, что кожа затылка и надплечий иннервируется нижнешейными и верхнегрудными корешками спинного мозга, исходящими из соответствующих спинномозговых сегментов. В этих сегментах в боковых рогах расположены ядра спинномозговых центров шейного симпатического нерва, поэтому всякое раздражение кожи затылка и надплечий может найти свой ответ в изменении функционального состояния шейного симпатического аппарата. Симпатическая иннервация несет, как правило, вазомоторные функции. Хорошо известно влияние гальванического воротника на коронарные сосуды, сосуды верхних конечностей, лица и др. Шейный симпатический нерв принимает непосредственное участие в регуляции мозгового кровообращения. Отсюда и значение воротниковой терапии при всех органических и функциональных заболеваниях центральной нервной системы, где ведущую роль играют гемодинамические механизмы. Одновременно шейный симпатический нерв несет и сложные трофические функции как для самого мозга и его оболочек, так и для других образований и органов головы (глаз, ушей, гортани и др.) Шейный симпатический нерв иннервирует и щитовидную железу.

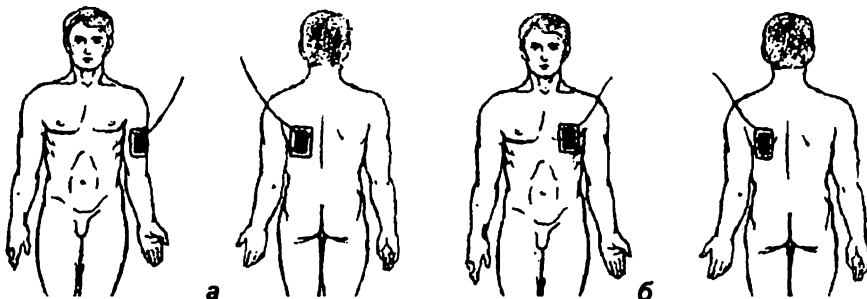
В механизме действия воротниковой терапии отмечается непосредственное стимулирующее действие шейного симпатического нерва на сосуды и трофику иннервируемых им тканей. В первую очередь это влияние обнаруживается на сосудах головы, шеи, рук, а также сосудах мозга. Щербак А. Б. на основании большого клинического материала подчеркивает значение воротниковой терапии для ускорения обратного развития ограниченных местных воспалительных процессов в мозговом веществе и его оболочках (арахноидиты, энцефалиты, менингиты и др.).

Улучшение мозговой трофики оказывает стимулирующее влияние на психику и моторику, что дает возможность применять методику при различных невротических и психопатических состояниях. Наблюдаются и отдаленные реакции при раздражении воротниковой зоны гальваническим током. В реакцию вовлекаются и высшие вегетативные центры, регулирующие все обменные процессы. Доказано влияние воротникового метода на все виды обмена (углеводный, водный, солевой, жировой, холестериновый, на уровень кальция в крови, на КОР, изменение тонуса периферических сосудов, проницаемость гематоэнцефалического барьера в сторону повышения его проходимости), а также наблюдается нормализация терморегуляции, снижение возбудимости мозговой коры, нормализация сна.

Нижний электрод также играет важную роль. Раздражение этой зоны вызывает изменение функций эндокринной системы, в частности, яичников и надпочечников.

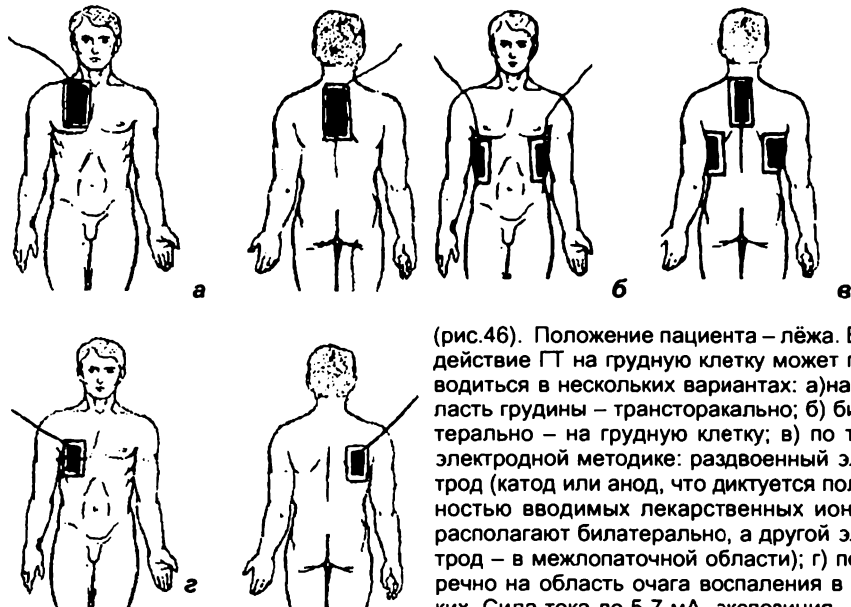
Методика широко применяется в клинике внутренних и нервных болезней при лечении заболеваний, в патогенезе которых играют важную роль психоэмоциональные и нервно-сосудистые расстройства. Воротники можно применять при всех заболеваниях органа зрения (глаукома, невриты); при заболеваниях ЛОР-органов и многих других болезнях. Введение лекарственных веществ терапевтического направленного действия повышает лечебный эффект методики.

Гальванизация и лекарственный ЭФ области сердца (рис. 45).



Положение пациента – лежа. При транскардиальной методике электроды размером 8 x 10 см располагают поперечно в области проекции сердца (б); при рефлексоторно-сегментарной методике – один электрод (площадью 100 см²) располагают в области левой лопатки, другой такой же площади – на наружной поверхности левого плеча (а). Плотность тока – 0,01-0,02 мА/см², экспозиция до 10 мин, на курс лечения 7-10 процедур. Основное лекарственное вещество при ЭФ вводят с электродов, расположенных над областью сердца или на наружной поверхности левого плеча.

Гальванизация и лекарственный электрофорез области легких



(рис.46). Положение пациента – лёжа. Воздействие ГТ на грудную клетку может проводиться в нескольких вариантах: а) на область грудины – трансторакально; б) билатерально – на грудную клетку; в) по трех электродной методике: раздвоенный электрод (катод или анод, что диктуется полярностью вводимых лекарственных ионов), располагают билатерально, а другой электрод – в межлопаточной области; г) поперечно на область очага воспаления в лёгких. Сила тока до 5-7 мА, экспозиция – 15-20 мин, ежедневно или через день, на курс

лечения – 10-15 процедур. При лекарственном электрофорезе полярность электродов зависит от вводимого лекарственного иона.

Фибринолизин-гепарин – электрофорез при затяжных пневмониях (не ранее 12-14 дня от начала заболевания). Два электрода (площадью 100-120 см²) каждый располагают в области грудной клетки поперечно. Электрод, соединенный с анодом гальванического аппарата укладывают непосредственно над пораженным сегментом легкого, смачивая лекарственную прокладку фибринолизинном. Лекарственную прокладку катода смачивают р-ром гепарина (10000 ЕД-2 мл, разводят в 30 мл дистиллированной воды). Плотность тока – 0,01-0,03 мА/см² (в зависимости от возраста), продолжительность процедуры до 10-20 мин, на курс лечения – 8-15 процедур, при этом первые три процедуры проводят через день, последующие – ежедневно.

Методика внутритканевого электрофореза при заболеваниях легких. Внутрилегочный ЭФ назначается при различных специфических и неспецифических заболеваниях лёгких с целью усиления воздействия на очаг инфекции путем создания в нем повышенной концентрации антибактериальных препаратов, что способствует скорейшему рассасыванию воспалительного процесса в тканях легкого и бронхов. В зависимости от способов введения лекарственных средств существует несколько вариантов внутрилегочного ЭФ.

А. При сочетании внутривенного введения лекарств и гальванизации грудной клетки сначала накладывают электроды в области проекции очага поражения поперечно, затем вводят внутривенно лекарственное вещество (антибиотики, раствори-

мые сульфаниламиды – лекарства вводят в смеси или последовательно друг за другом; можно включать в лекарственную смесь АТФ, кокарбоксилазу, коргликон, строфантин и др.; часто назначают раствор кальция хлорида). Сразу же после инъекции включают аппарат для гальванизации и проводят процедуру в течение 20-30 мин.

Б. При внутривенном капельном введении налаживают капельницу с лекарством или лекарственной смесью в объеме 150-200 мл и соответствующим образом накладывают электроды для проведения гальванизации. Прокапав 2/3 р-ра начинают гальванизацию грудной клетки (патологический очаг в интерполярной зоне), которую заканчивают по окончании капельного вливания или продолжают процедуру еще некоторое время. Чаще всего процедура гальванизации длится 30-40 мин. Метод эффективен при подготовке больных к операции на легких, при лечении и профилактике послеоперационных осложнений в бронхолегочной системе, у больных с преимущественным заболеванием легочной паренхимы (острая и обострение хронической пневмонии, острый и обострение хронического абсцессов, инфильтративно – пневмонический туберкулез).

В. Сочетание гальванизации грудной клетки с эндотрахеальным (эндобронхиальным) введением лекарства показано больным с преимущественным поражением бронхиального дерева: при остром и хроническом бронхитах, бронхоэктатической болезни, при некоторых пороках развития бронхов. Вполне оправдано при этих заболеваниях введение лекарств в виде аэрозоля или электроаэрозоля в сочетании с гальванизацией грудной клетки.

Эндотрахеальное (эндобронхиальное) вливание лекарственных растворов, подогретых до 37° С осуществляется путем наложения микротрахеостомы (чрескожная катетеризация трахеи) с помощью микроирригатора, введенного в пораженный бронх или трахею. До этой процедуры дыхательные пути нужно освободить от мокроты. После откашливания мокроты через катетор или иглу проводят капельное вливание лекарственных растворов, взяв за основу 0,25 % р-р новокаина, изотонический р-р натрия хлорида в объеме 50-100 мл, к которому добавляют суточную дозу антибиотиков, 30-60 мг гидрокортизона, того или иного фермента для разжижения мокроты. При явлениях бронхоспазма применяют 0,5-1 мл 2-5 % р-ра эфедрина, 5-10 мл 2-4% эуфиллина. Необходимо при введении лекарственных растворов в трахею или бронх регулировать частоту капель во избежание появления кашля. Прокапав 2/3 лекарственного р-ра, проводят поперечную гальванизацию в течение 30-40 мин, плотность тока – 0,02 мА/см². Назначение сочетанного метода аэрозоль- или электроаэрозоль-терапии (преимущественно противотуберкулезных средств) и гальванизации грудной клетки особенно показано больным туберкулезом легких, осложненным туберкулезом бронхов, при наличии неблагоприятных реакций на антибактериальные препараты или при недостаточной их эффективности.

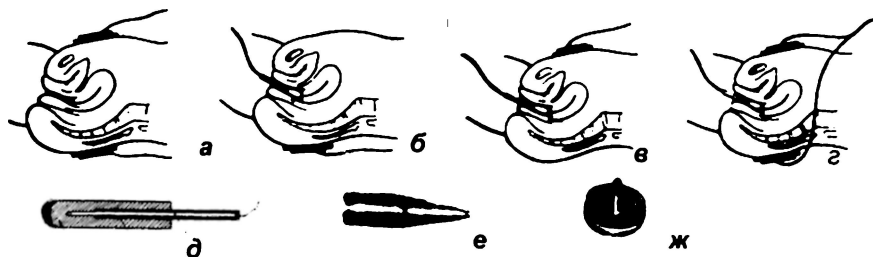
Г. Возможно подкожное или внутримышечное введение медикаментозных средств. Тогда процедуру гальванизации грудной клетки проводят в такие сроки, когда в крови достигается максимум концентрации лекарства, о чем можно справиться в справочнике. К примеру, для многих антибиотиков при внутримышечном или подкожном их введении наибольшая их концентрация в крови наблюдается через 1-1,5 ч после их введения.

Противопоказания: общие для назначения физиотерапии, в частности, гальванизации и лекарственного ЭФ.

Гальванизация и лекарственный ЭФ области желудка. Положение пациента – лёжа. Электрод площадью 120-150 см² помещают в эпигастральной области и соединяют с катодом (при пониженной кислотообразующей функции желудка) или анодом (при повышенной кислотообразующей функции желудка), второй электрод таких же размеров располагают в сегментарной зоне на уровне Th₅ - Th₉₋₁₀. Сила тока до 5-7 мА, экспозиция до 15-20 мин, ежедневно или через день, на курс лечения – 10-12 процедур.

Гальванизация и лекарственный ЭФ органов малого таза у женщин (рис. 47).

А. Брюшно-крестцовая методика: электроды размером около 200 см² каждый располагают поперечно – один над лонным сочленением, второй – в области крестца (а).



Б. Крестцово-вагалищная методика: один электрод площадью 150-200 см² (анод) располагают в крестцовой области, второй (катод) – вагалищный электрод (рис.б).

В. Брюшно-вагалищная методика: один электрод площадью 150-200 см² располагают над лонным сочленением, второй – вагалищный электрод (в). Вагалищный электрод может быть деревянным – в виде круглой, хорошо обточенной на токарном станке деревянной палочки (береза, липа), длиной в 10-12 см (один конец палочки закруглен, второй срезан и в нем имеется отверстие длиной около 8 см для провода), диаметр палочки 1,5–2 см. Дерево гигроскопично. Приготовленные, простерилизованные кипячением палочки, закладываются в банки с различными лекарственными растворами и выдерживаются в них сутки. По мере необходимости достают готовый электрод и используют для электрофореза. Использованная палочка-электрод моется водой с мылом, стерилизуется кипячением в течение 3-4 ч и вновь закладывается в тот раствор, откуда она была взята. На палочках ставится метка о лекарственном ионе (д).

Г. Брюшно-крестцово-вагалищная методика. Раздвоенный электрод (площадь 150-200 см²) располагают над лонным сочленением и крестцовой области (г). Специальный электрод (рис. д) вводится во влагалище. Параметры: сила тока до 4-7 мА, экспозиция до 15-20 мин, ежедневно или через день, на курс лечения до 10-15 процедур.

Основное лекарственное вещество вводится через вагалищный электрод.

Эндоцервикальная методика цинк-электрофореза в основном используется при хроническом эндоцервиците (электроды показаны на рис. е, ж).

С помощью зеркала Куско обнажают шейку матки и протирают её сухим стерильным ватным тампоном. В шейный канал вводится специальный цинковый изолированный конусный электрод (без прокладки), соединенный проводом с анодом. Зеркало не удаляют, пространство между браншами зеркала и проводом заполняется сухой ватой. Над лоном и в области крестца – раздвоенный электрод, соединённый с катодом аппарата. Сила тока до 6-10 мА, экспозиция до 10 мин. Лечение проводят один раз в неделю (исключая дни менструаций), на курс лечения до 6-8 процедур.

Электрофорез цинка при псевдоэрозии шейки матки проводится с помощью специального конусного электрода с диском из химически чистого цинка (ж). Техника проведения и физические параметры аналогичны вышеприведённым. Методику проводят женщинам моложе 35 лет. Во время лечения необходимо половое воздержание.

У больных с подострым течением воспалительного заболевания следует начинать лечение с наружных методик электрофореза, при отсутствии обострения или каких-либо реакций на воздействие можно переходить на полостные процедуры.

При наличии остаточных явлений воспалительного процесса и стойкого болевого синдрома следует применить другие виды лечения, в частности ДДТ, СМТ; ДДТ-Эф, СМТ-Эф, УЗ.

Выбор лекарственного вещества для электрофореза зависит, в какой-то степени, от исходной гормональной функции яичников.

В случае отсутствия нарушений функции яичников и наличия значительных спачечных изменений с ретродевиацией матки назначают ЭФ йода или лидазы и других ферментов в сочетании с гинекологическим массажем.

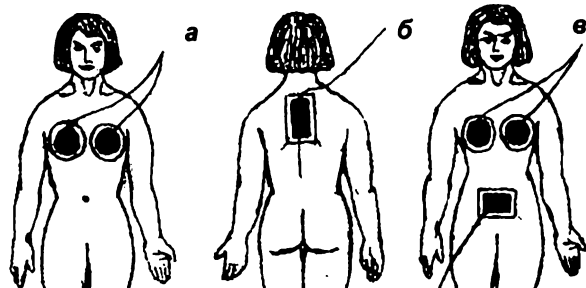
При гипофункции яичников назначают ЭФ цинка, меди, а при неполноценной функции жёлтого тела – ЭФ цинка (в соответствии с фазами менструального цикла). Процедуры проводят ежедневно, на общий курс лечения до 20-25 процедур. Повторный курс можно проводить не ранее, чем через 2-3 месяца.

Если воспалительный процесс сочетается с миомой матки, не требующей оперативного лечения, эндометриозом любой локализации или диффузной мастопатией, то патогенетически оправдано назначение бифореа йода и цинка (йод способствует торможению экскреции фолликулостимулирующего, а цинк - активации экскреции лютеинизирующего гормонов гипофиза). Рекомендуется проведение трёх таких курсов лечения с двухмесячными перерывами между ними.

При нарушениях менструальной функции лечение физическими методами должно предшествовать гормональному лечению.

Если нарушение менструальной функции центрального генеза в виде вторичного изменения деятельности гипоталамо-гипофизарной системы у больных с клиническими признаками ранее перенесенного воспалительного процесса матки и придатков, то показан электрофорез микроэлементов в сочетании с микроклизмами. Лекарственное вещество выбирают в зависимости от характера эндокринных нарушений: при относительной гиперэстрогении проводят ЭФ-цинка, при гипоэстрогении - ЭФ-меди, стимулирующий гормонообразование и овуляцию. Электрофорез меди показан также при недоразвитии матки с гипофункцией яичников.

Гальванизация области молочных желез (рис.48). Положение пациен-

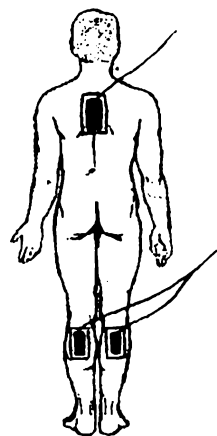


та – лёжа. Круглые раздвоенные электроды (с отверстием посередине для соска и ореолы или прямоугольные при отвислых грудных железах) накладывают на грудные железы -катод, третий электрод, равный сумме площадей первых двух (около 250 см² или 120 см² при воздействии на одну железу), помещают в межлопаточной области или над лонным сочленением и соединяют с анодом. Сила тока – 5-7мА, экспозиция до 20 мин.

Методика рассчитана на рефлекторное воздействие на органы малого таза. Применяется в качестве симптоматической терапии при дисфункциональных маточных кровотечениях у больных старше 15 лет. Процедуры проводят два раза в день по 20 мин с 2-3 часовым интервалом. На курс лечения – 10-12 процедур. Катодную гальванизацию грудных желез применяют также при гипогалактии, несостоявшемся аборте.

Лекарственное вещество вводят с электродов, расположенных в области молочных желез.

Общая гальванизация и лекарственный ЭФ по Вермелю (рис. 49). Положение пациента – лёжа. Электрод площадью 150-200 см² помещают в межлопаточной области, раздвоенный электрод площадью 75 см²-100 см² – на икроножные мышцы. Сила тока до 6-8 мА, экспозиция – 10-20 мин, ежедневно или через день, на курс лечения – 10-12 процедур. У детей методику можно назначать с двух лет. Основное лекарственное вещество вводят с электрода, расположен-



ного в межлопаточной зоне, а при введении разнополярных веществ и с электродов, расположенных на икроножных мышцах.

Методика широко применяется при различных заболеваниях в клинике внутренних, нервных, детских и других болезней. **Общий новокаин-электрофорез** по методике Вермеля, рекомендуется пожилым людям при атеросклерозе: вводится 2-5 % раствор солянокислого новокаина с электрода, локализованного в межлопаточной области (анод). Сила тока до 5-7 мА, экспозиция – 10 мин, 2 раза в неделю, в течение двух недель (4 процедуры), затем следует перерыв на 2 – 4 недели и вновь проводят 4 процедуры в течение 2-х недель. Можно провести 3 таких цикла. Подобный курс лечения можно повторить через 6 месяцев.

Гальванизация и лекарственный ЭФ области позвоночника (рис. 50). Положение пациента – лёжа. Электрод размером 10 х 15 см располагают в области нижнешейного и верхнегрудного отдела позвоночника (соединяют с анодом – при нисходящей гальванизации, и с катодом – при восходящей гальванизации), второй электрод такой же величины – в области пояснично-крестцового отдела позвоночника. Сила тока до 6-7 мА, продолжительность процедуры до 10-20 мин, ежедневно или через день. На курс лечения – 10-12 процедур.

Методика может быть использована при травмах спинного мозга (поперечно или продольно, с раздвоенными электродами на конечности), при вялых и спастических параличах, при полиневритах, при гиперстенической форме неврастении, при истерии – продольная нисходящая гальванизация позвоночника, при симпатикоганглионите, при рассеянном склерозе, при спинальном арахноидите. Нисходящая гальванизация позвоночника снижает возбудимость центральной нервной системы, восходящая – повышает. Используя соответствующие лекарственные вещества, можно усилить действие катода или анода.

Гальванизация и лекарственный ЭФ области печени (рис. 51). По

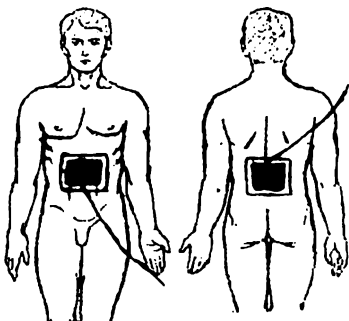
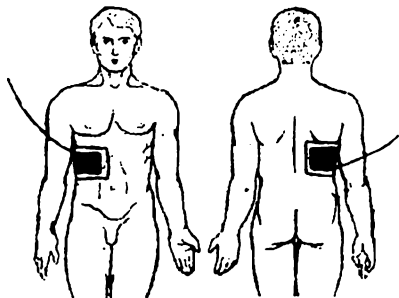
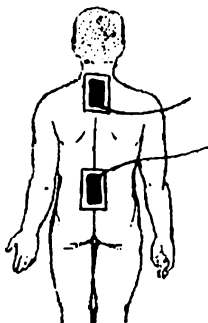
ложение пациента – лёжа. При воздействии на печень электроды площадью 120-150 см² располагают поперечно в области правого подребра спереди (с захватом нижних ребер) и сзади в соответствующей сегментарной зоне. Сила тока – 3-7 мА, экспозиция до 10-30 мин, ежедневно или через день, на курс лечения до 10-15 процедур. Основное лекарственное вещество вводят с электрода, расположенного в области правого подреберья.

Методика применяется при хронических заболеваниях гепатобилиарной и холедохопанкреатической системы, а также с целью общеукрепляющего и иммуномодулирующего воздействия.

Гальванизация и лекарственный ЭФ области кишечника (рис. 52).

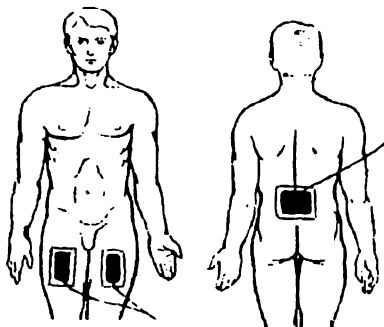
Положение пациента – лёжа. Электроды площадью 150-300 см² помещают поперечно на живот и на пояснично-крестцовую область. Сила тока до 5-7 мА, экспозиция до 15-20 мин, ежедневно, на курс лечения до 12-15 процедур. При необходимости воздействия на какой-либо отрезок кишечника меньший электрод помещают в соответствующей области, а второй – поперечно в поясничной области.

Методика применяется при спастическом хроническом колите (энтероколите) в виде ЭФ платифиллина, новокаина, кальция, гальваногрязи, и др.; при дискинезии кишечника



– ЭФ новокаина, папаверина, магния и др. Основное лекарственное вещество вводится с электрода, расположенного в области живота.

Гальванизация трусиковой зоны (гальванические трусы по Щербаку) (рис.53). Положение пациента – лёжа. Один электрод площадью до 200 см²

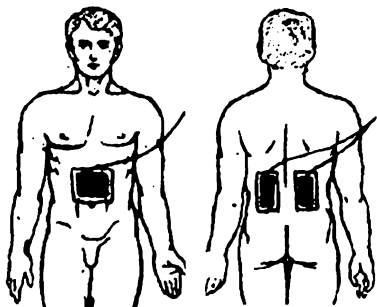


помещают в пояснично-крестцовой области (анод), раздвоенный электрод (катод) площадью по 100 см² каждый – на передней поверхности верхней трети бёдер. Сила тока – 6-10 мА, экспозиция – 10-20 мин, ежедневно или через день, на курс лечения – до 15-20 процедур.

Методика применяется при сексуальных неврозах, для улучшения кровообращения органов малого таза; при прогрессировании мышечной дистрофии с поражением нижних конечностей. В гинекологии эта методика рекомендуется при гипопункции яичников и ановуляции. Целесообразно проведение 2-3 курсов

лечения с интервалом между курсами в 2 месяца.

Гальванизация и лекарственный ЭФ области почек (рис 54). Поло-

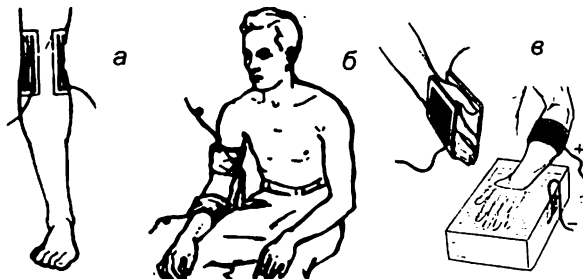


жение пациента – лежа. Расположение электродов поперечное (двухэлектродная или трехэлектродная методики). Два одинаковых электрода площадью 50-100 см² располагают справа и слева от позвоночника на уровне Т₉-L₂ позвонков и присоединяют раздвоенным проводом к одному полюсу, а третий электрод площадью 100-200 см² располагают на животе и присоединяют к другому полюсу. Сила тока до 5-7 мА, экспозиция – 10-20 мин, на курс лечения – 7-15 процедур, проводимых ежедневно или через день.

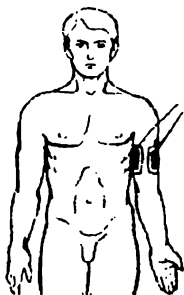
Основное лекарственное вещество вводится с электродов, расположенных справа и слева от позвоночника.

Гальванизация и лекарственный ЭФ области суставов (рис.55).

Воздействие на суставы может проводиться в нескольких вариантах: а) положение пациента – лежа или сидя, электроды размером 8-10 см располагают поперечно в области пораженного сустава; б) электроды в виде манжеток



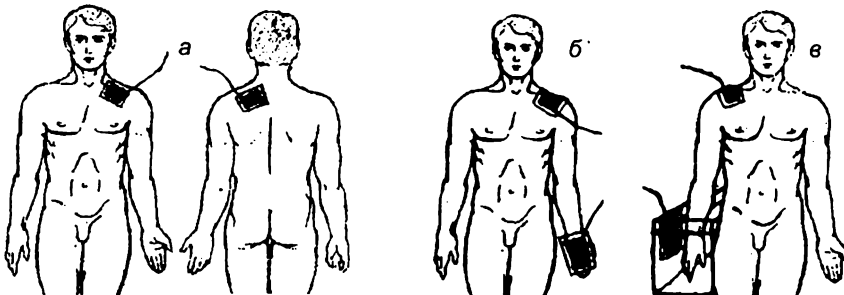
шириной 6-8 см накладываются продольно – выше (анод) и ниже локтевого или коленного суставов (по типу блокады) – катод; в) при воздействии на область межфаланговых суставов кистей (стоп) можно использовать поперечное расположение электродов или камерную ванну, наполненную водой температуры 36-37° С, а другой электрод располагают в виде манжетки на середине предплечья той же руки (или на икроножной мышце той же ноги) или на соответствующую сегментарную зону конечности. Сила тока – 3-7 мА, экспозиция до 15 мин, на курс лечения до 10-15 процедур, проводимых ежедневно или через день.



Ионные рефлексы по Щербаку (рис.56). Положение пациента — лёжа или сидя. Электроды размером 6 x 10 см накладывают на внутреннюю поверхность левого плеча (анод/катод) и на наружную поверхность левого плеча (катод/анод). Полярность зависит от вводимого лекарственного вещества, сила тока до 3-5 мА, экспозиция — 25 мин, ежедневно, на курс лечения до 15 процедур. Примечание: на 8-й и 18-й минуте ток выключают на 1 мин, а затем снова включают.

Методика применяется при гипотериозе — йод-ионный рефлекс; при хронической недостаточности кровообращения, связанной с воспалительным процессом в миокарде — ионный рефлекс с кальцием; при гипертонической болезни — с магнием, бензогексонием; при атеросклеротическом кардиосклерозе — с йодом; при язвенной болезни желудка — с цинком; при гипотонии — с мезатоном и др.

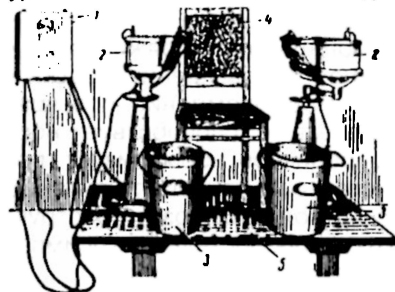
Гальванизация области плечевого сплетения и по ходу нервно-сосудистого пучка (рис.57). Положение пациента — лёжа или сидя. Один электрод размером 8 x 10 см располагают в надключичной области, второй такой же величины поперечно в верхнелопаточной области той же стороны (а). Сила тока до 5-7 мА, экспозиция до 20 мин.



При продольном расположении: один электрод располагают в области надплечья, второй — на ладонной поверхности кисти (б) или используют электрод-камерную ванночку (в). Физические параметры те же. На курс лечения — 10-15 процедур.

Методика может иметь и другие модификации в зависимости от локализации болей. Применяются вышеописанные методики при подострой и хронической невралгии плечевого сплетения, патологии периферических нервов.

Четырёхкамерные гальванические ванны (рис. 58). В фаянсовые ванночки для рук и ног наливают тёплую (36-38° С) водопроводную воду так, чтобы уровень ее в ножных ванночках доходил до середины голени, в ручных — выше локтевых суставов.



Угольные электроды, опущенные в ванночки, соединяют через коммутатор с аппаратом. При этом устанавливают нужную полярность. Перед процедурой осматривают целостность кожных покровов рук и ног. Обязательно нужно проверить поверхностную чувствительность. Больной помещает руки и ноги в соответствующие ванночки и его предупреждают об ощущениях, возникающих во время процедуры. Включают аппарат (зажигается контрольная лампочка) и медленно прибавляют силу тока до необходимой. Следует предупредить больного, что более сильные

ощущения будут у поверхности жидкости, т.к. сила тока здесь максимальная.

Метод позволяет воздействовать гальваническим током не только на конечности, но и на организм в целом. Сила тока до 8-15 мА, экспозиция — 15-20 мин, ежедневно или через день, на курс лечения до 10 процедур.

Гальванические ванны в зависимости от показаний могут отпускаться: однокамерная для одной какой-либо конечности (пластичный электрод на сегментарной зоне); двухкамерная для рук или ног (пластинчатый электрод на соответствующей сегментарной зоне); трёхкамерная и четырёхкамерная.

Четырёхкамерная ванна применяется при стойкой артериальной гипертензии II-Б – III-А стадии, ишемической болезни, осложненной постинфарктным кардиосклерозом, последствиями мозгового инсульта, при атеросклерозе сосудов головного мозга с недостаточностью кровообращения I-II ст. через 1,5 месяца после перенесенного нарушения мозгового кровообращения, при паркинсонизме, неврозах, вегетативных полиневритах, при выраженном астеническом синдроме, при болезни Рейно (или четырёхкамерная ванна или ЭФ кальция или магния на рефлексогенную зону конечности и однокамерная ванна); при хроническом ревматизме и ревматоидном полиартрите. Нисходящая четырёхкамерная ванна применяется при хронической недостаточности кровообращения.

5.2.2. Электросонотерапия и транскраниальная электроанальгезия

Электросон – как метод нейротропной терапии позволяет достичь разлитого торможения в коре головного мозга без применения лекарственных препаратов, без явлений кумуляции, аллергии и других побочных эффектов, присущих медикаментозной терапии. В основу метода положено лечебное воздействие на головной мозг импульсными токами в дозировках, способствующих развитию состояний, сходных по клиническим проявлениям с покоем, дремотой или сном, но отличающихся от них по терапевтическому эффекту. Электросон, в силу физиологичности действия и широкого спектра терапевтических эффектов, по праву занимает ведущее место при лечении заболеваний, в патогенезе которых играют значительную роль нарушения психоэмоциональной и кортикальной регуляции.

По современным представлениям, основанным на огромном клинико-экспериментальном материале, считается, что импульсные токи по методике электросона вызывают оптимальное состояние в организме, способствуя восстановлению нарушенной саморегуляции, путём изменения корково-подкорковых взаимоотношений, снижения восходящих активирующих влияний ретикулярной формации на кору головного мозга и активацией лимбических структур, в частности, гиппокампа. Способствуя ауторегуляции в ЦНС и синхронизации биологических ритмов в организме, электросон оказывает нормализующее влияние на функциональные системы организма, путём восстановления гомеостатического равновесия их взаимоотношений:

- на ЦНС – способствует снятию эмоциональной напряжённости и нормализации высшей нервной деятельности, повышению порога к болевым раздражителям и стрессорам, снимает утомление, повышает порог ЦНС к интоксикационному воздействию, способствует нормализации и координации рефлекторных процессов, нормализует трофоэнергетические функции нервной системы и улучшает питание мозга, нормализует тонические рефлексы стволовых мозговых структур и гипоталамо-дизэнцефальные функции, способствует вагосимпатическому равновесию, за счет снижения парасимпатикотонии;

- на кардиореспираторную систему – нормализующе действует на нервную регуляцию артерио-капиллярного тонуса, микроциркуляцию, обмен БАВ, на все показатели газообменной функции лёгких;

- на кровь – повышает оксигенацию крови и содержание гемогло-

бина, снижает повышенное СОЭ, стимулирует кроветворение, нормализует лейкопоз, оказывает нормализующее действие на биохимические показатели крови – СРБ, холестерин, сиаловые кислоты и др., нормализует функции свёртывающей и антисвёртывающей систем;

- на желудочно-кишечный тракт – улучшает функцию печени, пищеварение желудка, секреторно-моторную функцию желудочно-кишечного тракта;

- на обмен веществ – нормализующее влияние на все виды обмена;

- на эндокринные железы – нормализующее влияние на гормональную функцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, щитовидной, паращитовидной, поджелудочной и половых желез.

Клинико-экспериментальные наблюдения показали, что *частота 10 Гц, совпадающая с ритмом электрической активности некоторых структур мозга, повышает активность стресс-лимитирующих систем* (Боголюбов В.М. и др., 1994; Зубкова С.М. и др., 1994), обладает выраженным *антидепрессивным эффектом, нормализуя действие на серотониновый обмен* (серотонин-моноаминоксидаза-5-оксииндолуксусная кислота – 5-ОТ — МАО — 5-ОИУК), *повышает толерантность кардиореспираторной системы к физическим и психоэмоциональным нагрузкам* (Курицына-Крупнова Л. К. и др., 1977-1983), *повышает концентрацию опиоидных пептидов в антиноцицептивной системе* (Ильинский О.Г. и др., 1987; Айрапетов Х.Н. и др., 1987). Все в целом позволяет рассматривать метод как активный адаптоген.

Можно предположить, что широкий спектр терапевтических эффектов метода обусловлен, в определенной степени, очищением логического ума от блоков (проблем), накапливающихся за время бодрствования, что создает основу для психоэмоционального равновесия на более глубоко подсознательном уровне, через коррекцию aberrаций потока энергии, *стимулируя, тем самым, естественные процессы самогенеза.*

Электросон повышает гипнабельность больных и, тем самым, повышает эффективность психокорректирующей терапии, поэтому эти методы можно сочетать, проводя их одновременно: методика личностной психокоррекции на фоне процедуры электросна.

Показания. Заболевания ЦНС (реактивные и астенические состояния, последствия травм головного мозга, бессонница и др.), заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь I-II стадии, ИБС, постинфарктный кардиосклероз, вегетодистония и др.), заболевания органов пищеварения (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит и др.), бронхиальная астма (назначается при всех клинических вариантах, лёгкой и средней тяжести течения, в период обострения и в межприступном периоде, с целью профилактики, а также у гормонозависимых больных – с целью снижения стероидной зависимости), нейродермит, экзема, энурез, заикание и др.

Противопоказания. Общие для физиотерапии, эпилепсия, нарушение целостности кожных покровов в области наложения электродов, глазные болезни (отслойка сетчатки и ее пигментные перерождения, высокая степень близорукости, декомпенсированная глаукома), боязнь темноты, непереносимость тока, церебральный инсульт (первые 2-3 месяца), сердечно-сосудистая недостаточность выше II стадии.

Лучшее время для проведения электросна – время послеобеденного отдыха или непосредственно перед ночным сном.

Транскраниальная электроанальгезия – это метод лечебного воздействия импульсными токами на кору головного мозга и подкорковые вегетативные центры (ядра мезен- и дизэнцефальной области). При транскраниальной электроанальгезии, как и при электросне, используются низкочастотные импульсные токи, но в отличие от электросна при этом методе используются биполярные импульсы (прямоугольной или синусоидальной формы) со среднечастотным заполнением (частота 5-10 кГц). Формируемые в этих аппаратах импульсные сигналы можно изменять по частоте и длительности, а в аппарате “ЛЭНАР”, помимо возможности раздельного использования этих параметров, расширена частота следования однополярных импульсов прямоугольной формы до 3000 Гц. Для усиления раздражающего (анальгетического) эффекта включается дополнительная постоянная составляющая (ДПС), причем оптимальным является соотношение постоянного и импульсного тока – 5:1 – 2:1.

Считается, что использование частоты 70-80 Гц позволяет получить эффект анальгезии и стимуляции, а более высокая частота – анальгезии и транквилизирующий (седативный) эффект. Применение этого лечебного метода способствует нормализации биоэлектрической активности головного мозга, нормализации соотношения основных нервных процессов – возбуждения и торможения, восстановлению активности пептидэргической системы мозга (подавленной при нарко- и алкогольной зависимости), избирательной активации опиоидных систем мозга и подкорковых структур. Поступление в кровь опиоидных пептидов-энкефалинов (уже через 10-15 мин после начала воздействия концентрация их в мозге, спинномозговой жидкости, крови повышается в несколько раз) обуславливает выраженный *анальгетический, седативный, транквилизирующий эффекты*, а также способствует *активизации регенераторно-репаративных процессов* в очаге воспаления, *повышению общей реактивности и резистентности организма* к повреждающим факторам внешней среды (инфекция, стресс и т.д.).

Можно использовать сочетание транскраниальной электроанальгезии (аппараты “Электронаркон-1”, “Лэнар”) с нейрорептанальгезией для купирования ангинозного статуса, в частности, при инфаркте миокарда (Голиков А.П., Закин А.М., 1986). Особенно перспективно использование такой методики при непереносимости медикаментозных обезболивающих средств наркотического действия. В процессе применения такого сочетанного воздействия по мере наступления транквилизирующего эффекта (фаза нейровегетативной защиты) у больных уменьшается эмоциональное напряжение, исчезает чувство страха и тревоги, расслабляются мышцы, стабилизируется пульс, дыхание и АД.

В наших наблюдениях, при применении транскраниальной анальгезии (аппарат “Электронаркон-1”) в родах у рожениц с сердечно-сосудистой патологией позитивный лечебный эффект мы объясняли повышением интегративной регулирующей функции мозга, обезболивающим и выраженным антидепрессивным эффектом метода, что способствовало нормальному родоразрешению и течению послеродового периода без осложнений (все эти женщины в критические сроки беременности получали лечебный курс электросна), улучшению функции кардиореспираторной системы и психоэмоциональной сферы.

Показания. Сердечно-сосудистые заболевания (ИБС, гипертоническая болезнь, вегетососудистая дистония и др.); болевые синдромы, связанные с поражением черепномозговых нервов (невралгия, нейросенсорная тугоухость и др.) и нарушением спинальной иннервации (спондилогенные корешковые боли и вегеталгии), фантомные боли, астено-депрессивные состояния; климактерический синдром; алкогольный абстинентный синдром; нарушение сна; физическое и умственное переутомление; метеотропные реакции; зудящие дерматозы; как предоперационная подготовка и как анестезиологическое пособие при оперативных вмешательствах, в родах,

Противопоказания. Острый период течения инфаркта миокарда, инсульта головного мозга и черепно-мозговой травмы, инфекционные поражения ЦНС, тяжёлые нарушения сердечного ритма, нарушение целостности кожи в местах наложения электродов. С осторожностью при наличии повышенной судорожной готовности (по данным ЭЭГ), при наличии кардиостимулятора.

Лечение электросном можно сочетать с гомеопатией, гомеопатизированной аллопатией, фитотерапией, диетотерапией, психокорректирующей терапией, ИТ, ЛФК, дыхательной гимнастикой, массажем воротниковой зоны, аэроионотерапией и др. методами немедикаментозной терапии. Имеются данные, что ЭС и медикаменты потенцируют действие друг друга, что дает возможность своевременно их отменить или уменьшить дозы и, тем самым, предупредить развитие аллергических реакций и лекарственной болезни. Самонаблюдения пациентов свидетельствуют, что часовая или полтора часовая процедура по степени отдыха приравнивается к 8-и часовому полноценному физиологическому ночному сну.

Аппаратура, общие рекомендации по выполнению процедур

Для лечения электросном применяются: “Электросон-3” (ЭС-3) для лечения одновременно 4-х больных, “Электросон-5”, “Элиман-101”, и другие аппараты аналогичного назначения. Можно использовать также аппараты для амплипульс-терапии – “Амплипульс-5”, “Амплипульс-6”.

Для транскраниальной электроанальгезии используются аппараты: – “Эдас-01”, “Трансаир-2”, “Этранс-1”, “Этранс-2”, “Этранс-3”, “Лэнар”, “Би-Лэнар”; “Электронаркон-1” и др.

При проведении электросна используется глазнично-сосцевидная или глазнично-затылочная методики наложения электродов, при транскраниальной электроанальгезии – лобно-затылочная.

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДИКИ

При проведении электросонотерапии электрод-маска фиксируется на голове больного так, чтобы прокладки двух глазных электродов (катод) располагались на закрытых веках, а двух других (анод) – на сосцевидных отростках височных костей.

Параметры тока: ДПС до 0,2-0,3 мА (постоянный ток способствует снижению сопротивления подлежащих тканей току и облегчает воздействие импульсным током и более широкий охват зон мозга), через 3-5 мин подключается импульсный ток частотой 10 Гц (частота может подбираться и индивидуально, руководствуясь субъективным ощущением комфортности) с.т. – 1-1,5 мА (подпороговая дозировка тока). Длительность первой процедуры – 30 мин, последующих – 45-60 мин, на курс лечения – 8-10-15 процедур, проводимых ежедневно (оптимальная длительность курса ЭС подбирается индивидуально). В соответствии с полярностью электродов гидрофильные прокладки можно смачивать растворами лекарств седативной направленности действия.

При проведении транскраниальной электроанальгезии на аппарате “Лэнар” расположение электродов – лобно-затылочное. Параметры тока: однополярные импульсы с длительностью 0,2 мс и частотой следования – 1500-3000 Гц, сила тока с ДПС –2 мА (силу тока увеличивают медленно). Продолжительность воздействия – 20-30 минут, ежедневно.

Транскраниальная электроанальгезия с помощью аппарата “Электронаркон-1” проводится в режиме прямоугольных импульсов с регулируемой длительностью при лобно-сосцевидном наложении электродов. Включив аппарат в сеть и нажав кнопку “КОНТР.”, проверяется исправность его путём контактного соприкосновения металлических поверхностей катода и анода при поочередном повороте вправо ручек “ГАЛЬВ.” и “ИМП.” и возвращении их в крайнее левое положение. Убедившись в исправности аппарата, устанавливаются необходимые для работы режимы: длительность импульсов – 0,2-0,3 мс, частота следования импульсов – 300-400 Гц. Маска с электродами накладывается на пациента и штыри маски соединяются с аппаратом в соответствии с полярностью: отрицательный полюс (катод) – на лоб, положительный (анод) на сосцевидные отростки. Подготовленные прокладки из 6-8 слоев марли, смоченные физиологическим раствором, подкладываются под круглые электроды маски. Нажимается кнопка с обозначением “ПАЦИЕНТ”. Медленным поворотом ручки “ГАЛЬВ.” устанавливается сила тока до ощущения приятного тепла и покалывания под электродами. Через 15-20 минут поворотом ручки “ИМП.” постепенно увеличивается сила тока до 1,0-1,5 мА. Дальнейшее углубление воздействия для поддержания анальгезии идет за счет постепенного увеличения частоты следования импульсов с 300-400 Гц до 1000-1500 Гц. Весь сеанс электроанальгезии длится – 1,5-2-3 ч. На протяжении всего сеанса осуществляется контроль за общим состоянием пациента. После окончания электроанальгезии плавно в течение 10 мин уменьшается импульсный ток до нуля, затем гальванический; нажимается кнопка “КОНТР”. И только после этого отключается питание аппарата и снимаются электроды с головы пациента.

Транскраниальная методика седативного воздействия на головной мозг с помощью СМТ. Расположение электродов – глазнично-затылочное (электроды закрепляют эластичными бинтами). Физические параметры: режим работы I, род работы III или I, или IV (подбирается индивидуально). Частота модуляций 100-150 Гц, глубина модуляции 50-100 %, длительность посылок – 1-1,5 с (при III или IV роде работ), с.т. до ощущения легкой вибрации под электродами – 2-5 мА. На курс лечения – 7-9-10 процедур (подбирается индивидуально), назначаемых ежедневно.

Учитывая, что в лечебном действии импульсных токов по вышеописанным методикам, имеют значение суггестивный, условно-рефлекторный компоненты и непосредственное действие тока, необходимо перед курсом лечения провести беседу с пациентом, ознакомить его с предполагаемым лечебным эффектом. Предварительная беседа повышает эффективность проводимого лечения.

5.2.3. Дидинамотерапия

Дидинамотерапия – это метод воздействия на организм дидинамическими импульсными токами. Дидинамические токи (ДДТ) представляют собой постоянные пульсирующие токи, импульсы которых имеют полусинусоидальную форму с задним фронтом, спадающим по экспоненте. Основу составляют импульсные токи с частотой 50 импульсов в секунду (однополупериодный непрерывный – ОН) и 100 импульсов в секунду (двухполупериодный непрерывный – ДН), обладающие отчётливо выраженным обезболивающим и трофическим действием. В отличие от экспоненциального тока кривая дидинамического тока имеет более пологий наклон на вершукше и тем самым площадь действия значительно больше у синусоидального тока.

Автор данного метода французский врач-стоматолог Bernard P. показал, что возбудимые ткани организма быстро адаптируются к основным токам и, тем самым, снижается их анальгезирующий эффект.

Для уменьшения явлений адаптации Бернар предложил применять эти токи (ОН и ДН) при непрерывном чередовании их в коротких периодах (КП), когда они сменяют друг друга каждые 1,5 с, а также в длинных периодах (ДП), в которых сочетаются посылки однополупериодного непрерывного (ОН) тока длительностью 4 с и двухполупериодного непрерывного (ДН) тока длительностью 8 с. При этом импульсы тока ОН в течение 4 с дополняются плавно нарастающими и убывающими (в течение 2с) импульсами тока ДН. Форма модуляции – однополупериодный ритмический (ОР – “ритм синкопа”) представляет собой смену однополупериодного тока паузой, продолжительностью 1,5 с. Кроме названных разновидностей тока имеются два (четыре) волновых тока: однополупериодный волновой – ОВ и двухполупериодный волновой – ДВ (рис. 59)..

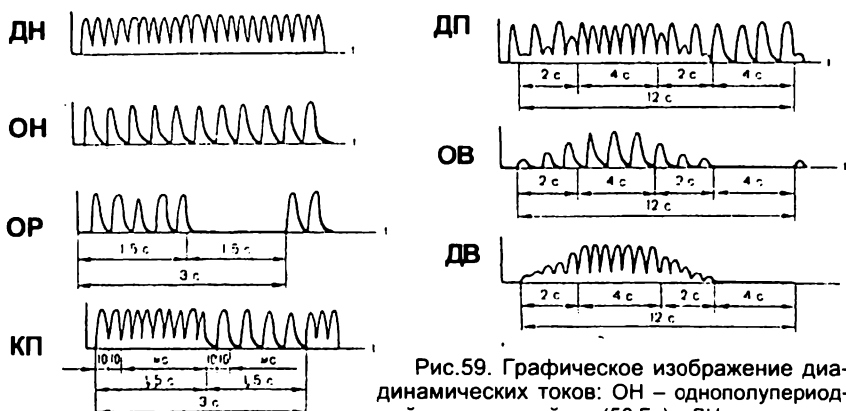


Рис.59. Графическое изображение динамических токов: ОН – однополупериодный непрерывный ток (50 Гц); ДН – двухполупериодный непрерывный ток (100 Гц); ОР – однополупериодный ритмический – “ритм синкопа”; КП – ток, модулированный коротким периодом; ДП – ток, модулированный длинным периодом; ОВ – однополупериодный волновой ток; ДВ – двухполупериодный волновой ток.

периодный непрерывный ток (100 Гц); ОР – однополупериодный ритмический – “ритм синкопа”; КП – ток, модулированный коротким периодом; ДП – ток, модулированный длинным периодом; ОВ – однополупериодный волновой ток; ДВ – двухполупериодный волновой ток.

Применение двухполупериодных токов разной частоты (50 и 100 Гц) дает возможность уменьшить адаптацию к ним и использовать более широкий диапазон их лечебного действия.

Действие одно- и двухполупериодного токов в принципе однотипно и начинается с возбуждения экстерорецепторов кожи, нервов, и мышечных волокон, на основе которого формируются сложные местные, регионарные и общие реакции. Вместе с тем неодинаковая частота импульсов и гальваническая составляющая обуславливают различие в действии этих токов: при однополупериодном токе при одной и той же амплитудной величине его в большей степени выражен двигательный эффект; при двухполупериодном токе усиливается действие постоянной составляющей, что ведет к усилению ионных сдвигов в тканях и более выраженным ощущениям (жжение) от прохождения тока. При увеличении силы тока однополупериодный ток наряду с жжением и покалыванием под электродами вызывает ощущение вибрации, а затем и тетаническое сокращение мышц. Двухполупериодный ток с увеличением интенсивности приводит к появлению ощущения более частой вибрации, а затем при интенсивности в 2-3 раза большей, чем

при однополупериодном токе, сначала возникают клонические, а затем и тетанические сокращения мышц.

Эти виды токов, вызывая сокращение отдельных мышечных волокон, мышечных пучков или мышц, улучшают кровообращение, трофику тканей, ускоряют удаление продуктов тканевого метаболизма, что способствует рассасыванию воспалительных процессов. Вызываемые токами ритмические возбуждения рецепторов кожи, нервов и мышечных волокон создают ритмически упорядоченную и поэтому биологически активную импульсацию из области воздействия в центральную нервную систему, что способствует снятию и уменьшению болей за счёт рассасывания периневрального отека, стимулирования трофики и тканевого обмена. После однократного воздействия ДДТ обезболивающий эффект держится в течение 4 ч.

При выборе необходимых видов тока, продолжительности и интенсивности воздействия исходят как из анализа характера и стадии патологического процесса, так и особенностей действия отдельных видов тока на организм.

Различают следующие виды лечебных диадинамических токов.

Однополупериодный непрерывный (ОН) ток по форме и действию на организм близок к экспоненциальному, но отличается от него меньшим раздражающим действием. Однополупериодный ток обладает выраженным возбуждающим действием как на чувствительную, так и на двигательную сферы. Под влиянием этого тока у больного возникает ощущение крупной непрерывной вибрации, вследствие фибриллярного подёргивания мелких групп мышц. Этот ток обладает выраженным *обезболивающим и миорелаксирующим действием*.

Двухполупериодный непрерывный (ДН) ток близок к гальваническому, но по мере увеличения интенсивности сначала вызывает ощущение лёгкого покалывания, а затем ощущение мелкой и разлитой вибрации за счёт фибриллярного подёргивания мышц; с увеличением интенсивности тока наступает тетаническое сокращение мышц, которое ощущается как сползание электродов. Двухполупериодный ток, являясь менее раздражающим, обладает *болеутоляющим и вазоактивным действием*, но к нему возникает быстрая адаптация.

Однополупериодный ритмический (ОР) ток ("ритм синкопа") – посылки однополупериодного тока чередуются с паузами равной длительности (1:1 или 1,5:1,5 с). Этот вид тока оказывает выраженное *миостимулирующее действие* во время посылки тока, с последующим полным расслаблением мышц во время паузы, поэтому в основном применяется для электростимуляции.

При воздействии током, модулированным коротким периодом (КП), происходит ритмичное сокращение мышц, вызываемое однополупериодным током с последующим их расслаблением под влиянием двухполупериодного тока (каждая посылка тока 1-1,5 с). Такое чередование токов существенно снижает адаптацию к ним. В работающей мышце увеличивается приток крови, повышается интенсивность окислительно-восстановительных процессов и вымывание продуктов аутолиза клеток, а после 1-2 мин воздействия наступает анальгезия. Всё это способствует обратному развитию воспалительного процесса и снижению болевой чувствительности. Токи, модулированные короткими периодами, вследствие небольшой продолжительности действия од-

нополупериодного тока, обладают сравнительно небольшим раздражающим действием и переносятся больными сравнительно хорошо. Включение тока вызывает у пациента периодические ощущения крупной и мягкой нежной вибрации. Этот вид тока применяется при заболеваниях, протекающих с острым болевым синдромом.

При воздействии токами, модулированными длинными периодами, также происходит непрерывное чередование одно- и двухполупериодного токов, но длительность воздействия ими значительно дольше, чем в коротких периодах (ДН длительностью 8 с, ОН – 4 с). Этот вид тока обладает выраженным раздражающим действием, поэтому у него менее выражен нейростимулирующий эффект, но плавно нарастает в процессе воздействия *анальгезирующий, вазоактивный и трофический эффекты*.

Токи, модулированные длинными периодами, применяют в тех же случаях, что и токи, модулированные короткими периодами. Однако их не следует применять при сильных болях и там, где грубые воздействия могут вызвать обострение процесса.

Однополупериодный волновой (ОВ) ток – посылки однополупериодного непрерывного тока частотой 50 Гц с постепенным нарастанием и убыванием амплитуды за время 4-8 с чередуются с паузами длительностью 4 с. Ток обладает *выраженным нейростимулирующим действием*, поэтому применяется при болевом синдроме, а также для электростимуляции гладкой и скелетной мускулатуры.

Двухполупериодный волновой (ДВ) ток – посылки двухполупериодного непрерывного тока частотой 100 Гц с постепенным нарастанием и убыванием амплитуды за время 4-8 с чередуются с паузами длительностью 2-4 с. Ток обладает *нейротрофическим и вазоактивным действием*, поэтому применяется при болевом синдроме.

Для снижения привыкания к импульсному току обычно используют 2-3 вида диадинамических токов. При лечении болевых синдромов процедуру следует начинать с двухполупериодного волнового или двухполупериодного непрерывного токов, обладающих меньшим возбуждающим действием. Затем включают токи, модулированные короткими периодами, и если нет опасности вызвать обострение болезненного процесса, вследствие перераздражения, то процедуру заканчивают токами, модулированными длинными периодами. Такое сочетание токов используют, если патологический процесс сопровождается резко выраженным болевым синдромом. При резких болях с явлениями раздражения первые процедуры проводят только двухполупериодным волновым током или в течение 2-3 мин воздействуют двухполупериодным непрерывным током с последующим применением в течение примерно такого же времени токов, модулированных короткими периодами.

При сильных болях лечебные процедуры рекомендуется проводить два раза в день. Через несколько дней по мере уменьшения болевого синдрома включают токи, модулированные длинными периодами.

При хронических вялотекущих процессах после воздействия в течение 1/2-1 мин двухполупериодным непрерывным током включают токи, модулированные короткими и длинными периодами. Во всех случаях сила тока доводится до хорошо выраженной вибрации, и это

ощущение вибрации поддерживается в течение всей процедуры, общая длительность которой при лечении болевых синдромов не превышает 5-7 минут. На курс лечения – 7-8 процедур, назначаемых ежедневно (или 2 раза в день). При необходимости курс лечения может быть повторен через 7-10 дней.

Таким образом, ритмически упорядоченные и поэтому обладающие большой мощностью импульсы с проприо- и интерорецепторов, кожных рецепторов, преобладая над болевыми импульсациями, исходящими из той же иннервационно связанной области, создают в ЦНС, согласно учению А.А.Ухтомского, вместо доминанты боли на некоторое время доминанту ритмического раздражения, что способствует разрыву порочного круга – “очаг боли – ЦНС – очаг боли” и дает отдых соответствующим звеньям центральной нервной системы. Дополнительное раздражение, которое наносится с помощью диадинамических токов, может в определенных условиях вызвать явления запредельного торможения, которое лежит в основе обезболивающего действия диадинамических токов.

Обезболивающее действие может быть объяснено следующим образом: доминанта – центр стойкого возбуждения, вызванного длительными болевыми раздражениями, может существовать, согласно исследованиям Ухтомского, при условии, если вокруг такого центра возбуждения возникает зона торможения, зона пониженной возбудимости головного мозга. Диадинамические токи создают центр стойкого возбуждения, новую доминанту, вблизи ранее существовавшей, которая оказывая тормозящее действие, гасит последнюю, снимая тем самым болевые ощущения.

Обезболивающее действие может быть представлено и с позиции “воротной теории”. Импульсные диадинамические токи ритмически раздражают миелинизированные нервные проводники соматосенсорной системы – кожные, мышечные и нервные афференты, весьма чувствительные к этому виду токов. Ритмически упорядоченные афферентные потоки по толстым миелинизированным волокнам направляются к желатинозной субстанции задних рогов спинного мозга и далее по палео-спиноталамическим, неоспиноталамическим и спиноретикулоталамическим трактам активируют опиодные и серотонинергические системы ствола мозга, формируя доминантный очаг возбуждения в коре. Доминанта ритмического раздражения по закону обратной индукции гасит болевую доминанту в коре (это тормозит передачу импульсов от периферии к центру) и активирует центры парасимпатической нервной системы. Активация нисходящих физиологических механизмов подавления боли приводит к снижению интенсивности болевых ощущений вплоть до полной анальгезии. Уменьшение афферентных импульсных потоков наиболее выражено под катодом. Поэтому на болевой очаг накладывают *активный электрод-катод*, который наиболее активно формирует доминанту ритмического раздражения, способствуя, тем самым, блокированию острой боли.

Обезболивающее действие иногда связывают с влиянием тока на симпатические ганглии, что проявляется ганглиоблокирующим действием (особенно ДВ-ток) и спазмолитическим эффектом. Одновременно волновые токи вызывают сокращение скелетных мышц и сосудистых

стенок. Под влиянием воздействия уже во время процедуры и после неё, проявляется болеутоляющее действие, улучшается функциональное состояние нервно-мышечного аппарата, что проявляется в повышении патологически сниженной электровозбудимости, биоэлектрической активности и функциональной лабильности. Вторым важным моментом антипарабиотического действия пульсирующих токов низкой частоты является улучшение кровообращения и трофики тканей (как в области воздействия, так и в иннервационно связанных с ней участках тела), стимуляция местных защитных гуморальных механизмов.

Обезболивающий эффект токов может быть усилен благодаря одновременному введению местных анестетиков – *диадинамофорез*. Методические основы ДДТ-ЭФ анестетиков аналогичны лекарственному электрофорезу. При ДДТ-ЭФ чаще всего используется двухполупериодный непрерывный ток (ДН).

Показания. Диадинамические токи успешно применяются при травматических поражениях нервно-мышечного аппарата (растяжения, ушибы связок, суставов, мышц); заболеваниях периферических нервов с наличием болей (неврит, нейромиозит, плексит, плексалгия, радикулоневрит, невралгия тройничного нерва и др.); при заболеваниях и поражениях суставов (если отсутствуют выраженные экссудативные явления и гемартроз), болевые синдромы при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов и позвоночника (плече-лопаточный периаартрит, эпикондилит, стилоидит, деформирующий остеоартроз, спондилёз); болевые синдромы, обусловленные нейро-сосудистыми вегетативными нарушениями (мигрень, ангиоспазм, болезнь Рейно, невралгия солнечного сплетения и др.); дискинезия желудка, желчного пузыря, кишечника (атонические, спастические запоры и др.), парадонтозы; половая неврастения; с целью ускорения рассасывания отеков.

При наличии заболеваний, трудно поддающихся лечению, целесообразно использовать комбинированные методы – диадинамоиндуктотермию, диадинамогрязелечение, диадинамофонофорез, а также комбинировать ДДТ с другими методами немедикаментозной терапии – теплотечением, ЛФК, массажем и др.

Противопоказания. Гнойная инфекция, болевые синдромы, обусловленные переломом и вывихом костей, суставов, кровотечением; тромбоз, флебит, почечно- и желчнокаменная болезни, тяжелые степени нарушения кровообращения, склонность к кровотечению, индивидуальная непереносимость тока, злокачественные новообразования.

Аппаратура, общие рекомендации по выполнению процедур

Источником диадинамических токов являются аппараты: "Тонус-1", "Тонус-2", "Diadinamic DD-5A", "Бипульсатор", "Dinamed", "Neuroton", "Sonodinator", "Endomed", "EXPERT PLUS", "DTV 30" и др. Во многих аппаратах генерируются послышки импульсов разной продолжительности, частоты, формы, и кроме того, имеется постоянная гальваническая составляющая, усиливающая действие диадинамических токов.

После проверки исправности аппарата, наложения и фиксации электродов, провода от них присоединяют к клеммам аппарата. Устанавливается режим работы, вид тока, полярность, шунт, а затем включается ток пациента до появления ощущения выраженной, но переносимой вибрации. Перед переключением полярности, формы тока ручка потенциометра возвращается в нулевое положение.

При работе в переменном режиме, устанавливают требуемый модулированный ток, длительность периода, задают передний и задний фронты, а затем процедуру повторяют так же, как и при постоянном режиме. Свечение красной сигнальной лампочки указывает на неисправность аппарата. В этих случаях аппарат немедленно выключают из сети.

5.2.4. Короткоимпульсная электроанальгезия

Короткоимпульсная электроанальгезия – это метод лечебного воздействия импульсными токами на болевой очаг. В основе метода лежит ритмическое воздействие импульсов электрического тока, длительность и частота которых соизмеримы с продолжительностью нервных импульсов и частотой их следования в толстых миелинизированных афферентных проводниках (А-волокнах), т.е. преимущественно чувствительных афферентных проводниках, что приводит к увеличению афферентного потока в них. Слабая низкочастотная электрическая импульсация с кожных покровов во время короткоимпульсной электроанальгезии идет в спинной мозг по тем же нервным путям, что и острая болевая импульсация, и поступает в задние рога спинного мозга, где находится нейронный механизм, регулирующий подобно воротам, поток афферентной импульсации с периферии в ЦНС. Возникающий дисбаланс афферентных потоков, и деполяризация в желатинозной субстанции поступающей с периферии импульсации, согласно теории “воротного контроля” (R.Melzack, и P.D. Wall), приводит к ограничению потока афферентной импульсации, сигнализирующего в ЦНС о воздействии болевого стимула. То есть через спинальные механизмы блокируется болевая импульсация из патологического очага, происходит как бы “перекрытие ворот” и болевая импульсация не поступает в ЦНС. При длительном воздействии на кожные покровы низкочастотным импульсным током инактивируется болевая импульсация из очагов хронической боли; наблюдается активация нейронов антиноцицептивных структур, что сопровождается стимуляцией звеньев супраспинальной системы и выделением структурами мозга опиоидных пептидов (эндорфинов). Наряду с этим происходит активация пептидергической системы важнейших структур мозга и выделение серотонина, проявляющего свое медиаторное и модуляторное действие.

Анальгетический эффект усиливается при длительном электроимпульсном воздействии на паравертебральные зоны и области отраженных болей, возникающих при заболеваниях определенных органов (Зоны Гедда), вследствие конвергенции соматосенсорных и висцеросенсорных афферентных волокон на нейронах дорсального рога спинного мозга (висцеро-кутанные \Rightarrow кутанно-висцеральные рефлексy). Вызываемая импульсным током фибрилляция мышечных волокон, активирует микроциркуляцию и кровоток, способствует ускорению утилизации БАВ, выделяющихся при развитии болевого синдрома (гистамин, ацетилхолин и др.), активации местных обменных процессов, уменьшению перинеурального отека и улучшению возбудимости и проводимости кожных афферентов, а также восстановлению тактильной чувствительности в зонах локальной болезненности, притоку крови к ишемизированным участкам тканей.

Ослабление острой боли и, в меньшей степени, хронической отмечается непосредственно после процедуры местной электроанальгезии и удерживается в течение 1-4 ч после процедуры. Последующие повторения процедур снижают интенсивность болевого синдрома или купируют его в более короткие сроки. Существенную роль в терапевтическом эффекте электроанальгезии играют психофизиологические феномены отвлечения и суггестивный компонент, что необходимо учитывать, поскольку число больных, подверженных суггестии и плацебо-эффекту таких процедур составляет 30-40 %.

Показания. Острые болевые синдромы (корешковый, рефлекторно-тонический), фантомные боли, каузалгия, посттравматические невралгии, постгерпетические боли.

Противопоказания. Острые боли висцерального происхождения (приступ стенокардии, инфаркт миокарда, родовые схватки и др.), заболевания оболочек головного мозга (энцефалиты и арахноидиты), острые гнойные воспалительные процессы, острый тромбофлебит, беременность, нарушение целостности кожных покровов в зоне воздействия, имплантированный кардиостимулятор.

Аппаратура, общие рекомендации по выполнению процедур

Для проведения короткоимпульсной электроанальгезии используется большое количество малогабаритных аппаратов отечественного и зарубежного производства: "Дельта-101", "Дельта - 102", "Нейрон", "Пролог-02", "Импульс", "Пролог-03", "Анестим-ПФ" (универсальный для всех видов короткоимпульсной электроанальгезии), "Cefars III", "Neuromod", "Tenscaro", "MeTENS", "ENS" и др. Большинство аппаратов имеют автономное питание и поэтому могут быть использованы как в стационарных, так и в домашних условиях.

Аппараты для электроанальгезии генерируют одно- или биполярные импульсы электрического тока прямоугольной формы, которые можно изменять по длительности, частоте и силе тока (20-500 мкс, 20-400 Гц, 5-30 мА). Наилучшим местным обезболивающим эффектом обладают импульсы с длительностью – 200-500 мкс и частотой следования – 100-150 Гц. Такие импульсы через 2-5 мин воздействия вызывают быструю гипоанальгезию соответствующего метамера, которая продолжается 1-4 ч.

Методика. При проведении процедуры электроанальгезии электроды площадью не менее 3-4 см² (чтобы исключить перераздражающее действие на кожу), располагают в зонах локальной болезненности, на точки выхода или проекции сенсорного нерва от болевого очага, или на точки акупунктуры (*периферическая электроанальгезия*), или используют *сегментарную методику*, размещая электроды в области паравerteбральных точек на уровне соответствующего спинномозгового сегмента (гомолатерально, билатерально или контралатерально, т.е. на противоположной симметричной стороне).

Параметры импульсного тока дозируют по амплитуде, частоте следования и скважности с учетом стадии развития болевого синдрома и появления у больного ощущения гипоанальгезии. Подбор начинают с фиксированной частоты (чаще 50 Гц) и длительности импульса 0,2 мс, плавно увеличивая силу тока до появления спровоцированной парестезии типа "вибрации" в зоне воздействия. Затем плавно изменяя длительность импульсов и частоту их следования, подбирают оптимальный режим электроанальгезии, при котором у больного нет болевых ощущений, "вибрация" приятна и быстро наступает аналгезия. Лечебная процедура проводится в течение 20-30 мин, 3-4 раз в день, поскольку аналгетический эффект однократной процедуры продолжается не более 1-4 ч. Продолжительность курса зависит от эффективности купирования болевого синдрома. При необходимости повторный курс электроанальгезии может быть назначен через 15-30 дней.

5.2.5. Электродиагностика

Электродиагностика является одним из методов определения функционального состояния периферического нервно-мышечного аппарата при помощи некоторых форм тока. Этот метод основан на одном из основных свойств нервной и мышечной ткани – приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражения электрическим током. Характер этой ответной реакции зависит от способа электрического раздражения, характера применяемого тока, от анатомических особенностей и функционального состояния нервно-мышечного аппарата.

Основные закономерности, наблюдаемые при электрическом раздражении нервно-мышечного аппарата, были установлены выдающимся русским физиологом Н.Е. Введенским. В конце прошлого века автор сформулировал понятие о “функциональной лабильности” как основной физиологической характеристике раздражаемых образований.

“*Функциональная лабильность*” – это способность нервно-мышечной ткани к суммированию электрического раздражения импульсного характера с различной частотой следования импульсов. Лабильность различных нервных образований неодинакова, она не является постоянной величиной. В норме мышца на импульсы тока частотой 100-150 Гц способна отвечать тетаническим сокращениям. При реакции перерождения мышца утрачивает способность к суммации возбуждения, реагируя лишь на одиночные импульсы большой длительности. По мере восстановления иннервации восстанавливается и способность мышцы к суммированию возбуждения: вначале мышечные сокращения появляются в ответ на воздействие импульсным током частотой 10-15 Гц, по мере выздоровления – 20-60 Гц.

В 1901 г Введенский Н. Е. сформулировал теорию “*парабиоза*”. *Парабиозом* автор назвал особое состояние нервной ткани, которое вызывается действием раздражителя, несвойственных ей по силе или качеству, и представляет собой по внутреннему содержанию “состояние своеобразного возбуждения, стойкого, неколебющегося и поэтому являющегося локализованным в месте своего возникновения”. К примеру, при парабиозе нервное волокно теряет свойства раздражимости и проводимости.

Состояние парабиоза развивается во времени и проходит ряд промежуточных стадий: *уравнительную, парадоксальную и тормозную*. Такую смену фаз можно наблюдать при наложении на нерв наркотического вещества или при медленно развивающемся повреждении, вызванном любым химическим или физическим воздействием.

У человека функционирование различных органов и систем сопровождается биоэлектрическими явлениями, особенно ярко выраженными в возбудимых тканях – нервной и мышечной.

Проведение возбуждения по нерву и мышце качественно отличается от распространения возбуждения в центральной нервной системе. Различают потенциалы “*покоя*”, “*повреждения*” и “*действия*”. *Потенциал покоя* возникает в клетке, находящейся в состоянии относительно покоя, т.е. когда клетка не подвергается раздражению каким-либо фактором. *Под потенциалом действия* подразумевают изменение биоэлектрического потенциала возбужденного участка по отношению к невозбужденным участкам.

При воздействии электрическим током на нервное или мышечное

волокно в последних возникают явления *поляризации*, что и является причиной возникновения возбуждения.

Существует много теорий, объясняющих механизм раздражающего действия тока. Одной из наиболее распространенных является ионная теория возбуждения, предложенная П.П. Лазаревым (1923 г.). Согласно этой теории возбуждение обусловлено перегруппировкой ионов калия и натрия.

В свете современных данных под влиянием импульсного электрического тока происходит деполяризация возбудимых мембран, опосредованная изменением их проницаемости. В рамках современных представлений об интегративной деятельности ионных каналов на возбудимой мембране, ее деполяризация вызывает кратковременное сочетанное открытие Na^+ -ионных каналов, что приводит к увеличению натриевой проницаемости плазмолеммы, а последующее компенсаторное нарастание калиевой проницаемости возбудимой мембраны восстанавливает ее исходную поляризацию. Основными параметрами импульсного тока, деполяризующими возбудимую мембрану, являются: *амплитуда, длительность и частота следования импульсов*.

Вероятность формирования потенциалов действия зависит также от характеристик плазмолеммы, в частности, от возбудимости, величина которой обратная интенсивности порогового раздражителя.

Возбудимость мембраны зависит от величины критического мембранного потенциала – критического уровня деполяризации, при котором происходит лавинообразное открытие потенциалзависимых Na^+ -ионных каналов, деполяризация мембраны и инверсия знака мембранного потенциала (формируется потенциал действия).

Наряду с возбудимостью, реакция возбудимой мембраны зависит от ее ёмкости, определяющей ее аккомодацию к электрическому раздражению. Способность к аккомодации объясняют частичной инактивацией Na^+ -каналов и активацией K^+ -каналов при длительной подпороговой деполяризации.

Аккомодационные свойства возбудимых мембран лежат в основе закона возбуждения Э.Дюбуа-Реймана, который гласит: реакция возбудимых тканей определяется не только силой действующего тока, но и скоростью его изменения, т.е. крутизной переднего фронта импульса. Следовательно, пороговая сила деполяризующего тока зависит как от амплитуды, так и от продолжительности электрического импульса. Этот закон графически изображается кривой – “сила – длительность”.

Молекулярная природа биоэлектrogenеза, взаимосвязь параметров воздействующего электрического импульса с реакцией возбудимой мембраны объясняют полярный закон раздражения Э.Пфлюгера – “раздражение возбудимых тканей обеспечивается только внешним током выходящего направления”. Поэтому при приложении к нерву или мышце 2-х разнополярных электродов деполяризация возникает только в области катода, т.к. только здесь локальные ионные токи имеют выходящее направление. Изменение возбудимости мембраны под влиянием подпорогового электрического раздражителя обобщено в понятие *электротонические явления*. При воздействии подпороговым электрическим стимулом, величина которого меньше критического мемб-

ранного потенциала, происходит градуальная деполяризация мембраны под катодом (катэлектротон) и гиперполяризация под анодом (анэлектротон).

При замыкании электрической цепи сила сокращения мышц под катодом (катодозамыкательное сокращение – КЗС) больше, чем под анодом (анодозамыкательное сокращение – АЗС); при размыкании цепи наблюдаются обратные явления: сила анодоразмыкательного сокращения мышцы (АЗС) больше катодоразмыкательного сокращения (КРС). Этот феномен связан с тем, что при выключении гиперполяризующего тока мембранный потенциал падает до исходного уровня при смещенном к нему критическом уровне деполяризации, в результате чего наступает возбуждение мышечного волокна.

Таким образом, полярный закон Пфлюгера выражается следующим неравенством – $KЗС > АЗС > АРС > КРС$, основные закономерности которого выражаются следующими законами:

1. *Полярный закон* – постоянный ток возбуждает ткань лишь в момент замыкания и размыкания.

2. *Закон электротона* – изменение свойств (изменение порога возбудимости) живой ткани в области анода (анэлектротон) и катода (катэлектротон) наблюдается только при пороговой силе тока.

При исследовании электровозбудимости воздействие электрическим током с помощью малого электрода производят в области активных точек нерва и мышц. Для нерва эти точки (точки Эрба) соответствуют тем местам, где нервный ствол наиболее близко подходит к кожной поверхности, а для мышцы эти точки соответствуют месту вхождения нерва в мышцу (рис. 60, табл. 3)..

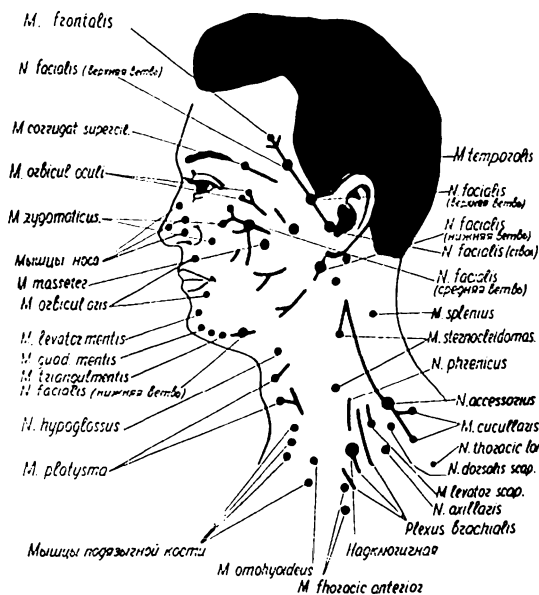
Исследование электровозбудимости нервно-мышечного аппарата производится двумя видами тока – фарадическим (тетанизирующим) и гальваническим. Классическая электродиагностика начинается с определения *фарадической* возбудимости в области активных точек. В норме при раздражении нерва или мышцы фарадическим током появляются тетанические сокращения, при этом под катодом сокращения всегда больше, чем под анодом ($KЗС > АЗС$). Нормальные пороги возбудимости колеблются от десятых долей мА до 4-6 мА, причём пороги возбудимости повышаются от лица к ногам (таблица 4, 5).

При повреждении двигательного нерва в первую очередь страдает фарадическая возбудимость, т.к. пораженная ткань в начале теряет способность отвечать на ритмические быстропотекающие раздражители и только в случае выраженной дегенерации может исчезнуть гальваническая возбудимость нерва, а затем и мышцы.

Исследование *фарадической возбудимости* позволяет установить только *количественные изменения возбудимости (повышение или понижение)*. Наличие или отсутствие *качественных изменений* определяют с помощью *гальванического тока*. Здоровая мышца на гальванический ток реагирует быстрой или молниеносной реакцией сокращения. Денервированная мышца на возбуждение гальваническим током отвечает замедленной или вялой реакцией сокращения, извращается полярная формула.

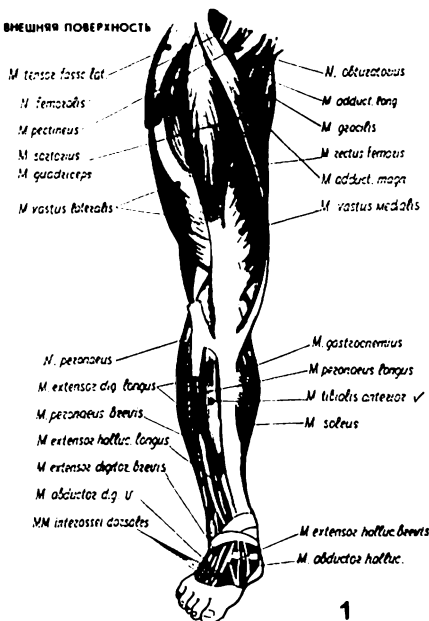
Рис. 60. Двигательные точки лица и шеи (А), передней (1) и задней (2) поверхностей ноги (Б), передней и задней поверхности туловища (В), передней (1) и задней (2) поверхностей руки (Г).

А



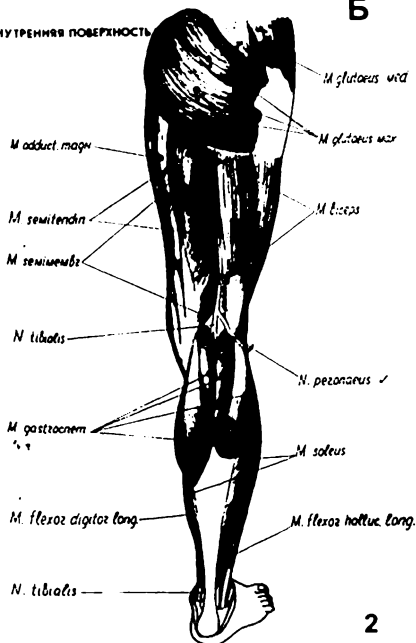
Б

ВНЕШНЯЯ ПОВЕРХНОСТЬ



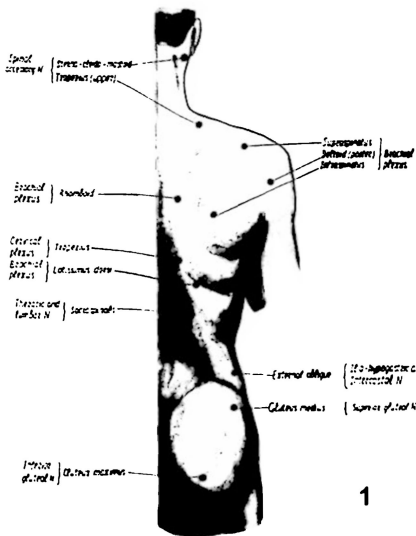
1

ВНУТРЕННЯЯ ПОВЕРХНОСТЬ

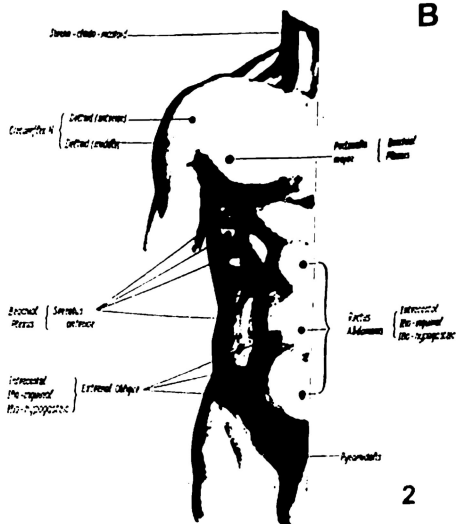


2

B

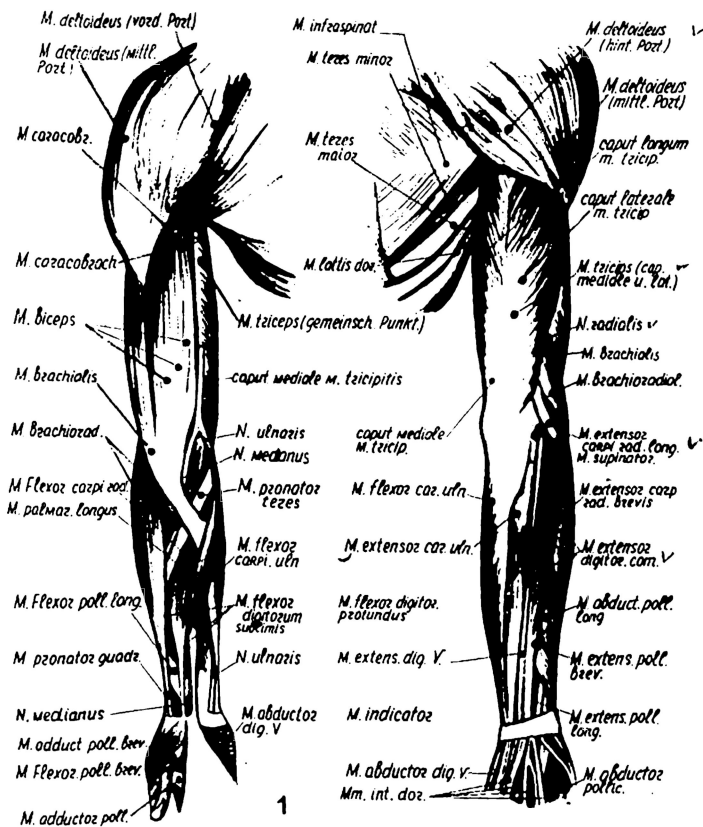


1



2

□



1



2

Иннервация и функция мышц

Название мышцы	Функции мышцы	Иннервация мышцы
<p>Жевательные мышцы</p> <p>m. masseter m. temporalis m. pterygoideus lateralis m. pterygoideus medialis</p> <p>Мимические мышцы</p> <p>Мышцы окружности глаз</p> <p>m. procerus m. orbicularis oculi</p> <p>Мышцы окружности рта</p> <p>m. levator labii superioris</p> <p>m. synergicus minor</p> <p>m. synergicus major</p> <p>m. rigorius</p> <p>m. depressor anguli oris</p> <p>m. levator anguli oris</p> <p>m. depressor labii inferioris</p> <p>m. mentalis</p> <p>m. buccinator</p> <p>m. orbicularis oris</p>	<p>МЫШЦЫ ГОЛОВЫ</p> <p>Закрывают рот</p> <p>Вызывает образование поперечных складок</p> <p>Производит зажмуривание глаз</p> <p>При сокращении поднимает верхнюю губу; тянет крыло носа кверху, расширяя ноздри</p> <p>При сокращении углубляет носогубную складку</p> <p>Оттягивает угол рта кверху и латерально, при этом носогубная складка сильно углубляется</p> <p>Растягивает рот при смехе</p> <p>Тянет к низу угол рта и делает носогубную складку прямолинейной</p> <p>Тянет кверху угол рта</p> <p>Оттягивает нижнюю губу вниз и несколько латерально</p> <p>Поднимает кверху кожу подбородка и подает кверху нижнюю губу</p> <p>Выдавливает наружу содержимое преддверия рта, например, воздух при игре на духовых инструментах</p> <p>Располагаясь вокруг рта, выполняет функцию жомы, т.е. мышцы, закрывающей отверстие рта</p>	<p>n. trigeminus</p> <p>n. facialis</p>
<p>Поверхностные мышцы спины</p> <p>m. trapezius</p> <p>m. latissimus dorsi</p> <p>m. rhomboideus</p> <p>m. levator scapulae</p> <p>m. serratus posterior superior</p> <p>m. serratus posterior inferior</p> <p>Мышцы груди</p> <p>m. pectoralis major</p> <p>m. pectoralis minor</p>	<p>МЫШЦЫ ТУЛОВИЩА</p> <p>Верхние волокна мышцы поднимают кверху плечевой пояс. Нижние волокна опускают лопатку книзу. При сокращении всех волокон мышцы тянет плечевой пояс кзади и к середине.</p> <p>Оттягивание руки кзади и книзу вместе с поворотом ее кнутри. Действуя через посредство плечевой кости, она передвигает в том же направлении и плечевой пояс</p> <p>При сокращении притягивает лопатку к позвоночнику и кверху</p> <p>Мышца, поднимающая лопатку</p> <p>Поднимает ребра</p> <p>Опускает нижние ребра</p> <p>Приводит руку к туловищу и поворачивает ее внутрь; ключичная часть поднимает руку вперед</p> <p>Оттягивает при своем сокращении лопатку вперед и вниз. При фиксированных руках действует как дыхательная мышца</p>	<p>n. XI et C_{III} - IV</p> <p>n. thoracodorsalis C_V - VIII</p> <p>n. dorsalis scapulae C_{IV} - V</p> <p>n. dorsalis scapulae C_{IV} - V</p> <p>n. intercostales Th_I - IV</p> <p>n. intercostales Th_{IX} - XII</p> <p>n. pectorales medialis et lateralis C_V - VIII</p> <p>n. pectorales medialis et lateralis C_{VII} - VIII</p>

m. subclavius	Подкрепляет грудиноключичное сочленени, оттягивая ключицу вниз и медиально	n. subclavius Cv - vi
m. serratus anterior	Вместе с ромбовидной мышцей образует широкую мышечную ленту, которая охватывает туловище и прижимает к нему лопатку. При сокращении целиком одновременно со спинными мышцами устанавливает лопатку неподвижно, оттягивая ее кпереди	n. thoracicus longus Cv - vii
Дорсальная группа m. deltoideus	МЫШЦЫ ОБЛАСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА И ПЛЕЧА Поднимает руку до горизонтальной плоскости кпереди, кнаружи, кзади	n. axillaris Cv - Th _i
m. supraspinatus	Поднимает руку и поворачивает ее кнаружи	n. suprascapularis Cv.vi
m. infraspinatus	Вращает плечо кнаружи	n. suprascapularis Cv.vi
m. teres minor	Вращает плечо кнаружи	n. axillaris Cv - Th _i
m. teres major	Тянет руку кзади и книзу, приводя ее к туловищу, а также вращает кнутри	Nn. suprascapularis Cv.vi
m. latissimus dorsi	Оттягивает руку кзади и книзу вместе с поворотами ее кнутри	n. thoracodorsalis Cvii - viii
Б. Вентральная группа m. subcapularis	Вращает плечо внутрь	Nn. suprascapularis Cv.vi
m. pectoralis major	Приводит руку к туловищу и поворачивает ее кнутри	n. thoracales anteriores Cv - viii
m. coracobrachialis	Поднимает плечо кпереди и приводит его	n. musculocutaneus Cv - vii
Передние мышцы плеча m. biceps brachii	Сгибание предплечья в локтевом суставе кпереди	n. musculocutaneus Cv - vii
m. brachialis	Сгибание предплечья в локтевом суставе	n. musculocutaneus Cv - vi
Задние мышцы плеча m. triceps brachii	Разгибает предплечье в локтевом суставе	n. radialis Cv _i - viii
m. anconeus	Разгибает предплечье в локтевом суставе	n. radialis Cvii - viii
Передняя группа мышц m. pronator teres	МЫШЦЫ ПРЕДПЛЕЧЬЯ Вращает плечо кнутри (пронирует) и участвует в его сгибании	n. medianus Cv _i -viii
m. flexor carpi radialis	Ладонное сгибание кисти и отведение ее в лучевую сторону	n. medianus Cv _i -vii
m. palmaris longus	Ладонное сгибание кисти	n. medianus Cv _{ii} -Th _i
m. flexor carpi ulnaris	Ладонное сгибание кисти и локтевое отведение (кнутри)	n. ulnaris Cv _{iii} -Th _i
m. flexor digitorum superficialis	Сгибают кисть и основную и среднюю фалангу пальцев	n. medianus Cv _{iii} -Th _i
m. flexor pollicis longus	Сгибает кисть и ногтевую фалангу большого пальца	n. medianus Cv _i -vii
m. flexor digitorum profundus	Сгибает вторую и третью фаланги II-V пальцев и кисть	n. medianus и ulnaris, Cv _{ii} -Th _i
Задняя группа мышц Лучевая группа m. brachioradialis	Сгибает предплечье в локтевом суставе	n. radialis, Cv-vi
m. extensor carpi radialis longus	Сгибает предплечье, производит тыльное сгибание кисти и отведение ее в лучевую сторону	n. radialis, Cv _i -vii
m. extensor carpi radialis brevis	" "	" "
Локтевая группа m. extensor digitorum	Разгибает II-V пальцы и производит тыльное сгибание кисти	n. radialis, Cv _i -viii
m. extensor carpi ulnaris	Тыльное сгибание кисти и отведение ее в локтевую сторону	n. radialis, Cv _{ii} -vii
m. abductor pollicis longus	Отводит большой палец и производит лучевое отведение кисти	n. radialis, Cv _i -vii
m. extensor pollicis longus	Разгибает большой палец	n. radialis, Cv _{ii} -viii
m. abductor pollicis		

m. abductor digiti minimi	Приводит и отчасти противопоставляет большой палец Отводит мизинец	n. radialis, C _{VII-VIII} n. ulnaris, C _{VIII} -Th _I
Мышцы thenar m. abductor pollicis brevis m. flexor pollicis brevis	МЫШЦЫ КИСТИ Отводят большой палец в запястно-пястном суставе Сгибает проксимальную фалангу большого пальца	n. ulnaris, C _{VIII} -Th _I n. medianus C _{VI-VII}
m. opponens pollicis	Производит противоположение большого пальца, притягивает к ладони его пястную кость	n. medianus C _{VI-VII}
m. adductor pollicis	Приводит и отчасти противопоставляет большой палец	n. ulnaris C _{VIII} et Th _I
Мышцы hypothenar m. palmaris brevis m. abductor digiti minimi m. flexor digiti minimi drevlis m. opponens digiti minimi	Натягивает ладонный апоневроз Отводит мизинец Сгибание проксимальной фаланги V пальца Притягивает мизинец в сторону большого пальца	n. ulnaris C _{VIII} et Th _I n. ulnaris C _{VIII} et Th _I n. ulnaris C _{VII} - VIII n. ulnaris C _{VII} - VIII
Мышцы ладонной впадины mn. lumbricales	Сгибают проксимальную и выпрямляют среднюю и дистальную фаланги II-V пальцев	n. medianus et n. ulnaris C _{VIII}
mn. interossei	Отведение и приведение пальцев к средней линии	n. ulnaris
m. gluteus maximus	МЫШЦЫ ТАЗОБЕДРЕННОЙ ОБЛАСТИ И БЕДРА Разгибает ногу в тазобедренном суставе, поворачивая ее кнаружи	n. gluteus inferior L _V - S _I
m. gluteus minimus m. gluteus medius }	Отводит бедро	n. gluteus superior L _{IV} - S _I
m. piriformis	Вращает бедра кнаружи и отчасти отводит его	Rr. musculares plex. sacralis L _{IV} - S _{II}
m. obturatorius internus m. quadratus femoris	Вращает бедро кнаружи	
m. obturatorius externus	Вращает бедро кнаружи	n. obturatorius L _{III} - IV
Передняя группа мышц бедра m. quadriceps femoris	Разгибатель голени в коленном суставе	n. femoralis L _{III} - IV
m. sartorius	Сгибает коленный сустав	n. femoralis L _{II} - III
Задняя группа мышц бедра m. semitendinosus m. semimembranosus m. biceps femoris }	Вся группа мышц сгибает голень в коленном суставе, разгибает бедро	n. ischiadicus L _V - S _I - II n. ischiadicus L _{IV} - S _I n. tibialis L _{IV} - S _I
m. popliteus	Сгибает коленный сустав и поворачивает голень внутрь	n. tibialis L _{IV} - S _I
Медиальная группа мышц бедра m. pectineus m. adductor longus m. adductor brevis m. adductor magnus }	Все мышцы производят приведение бедра, поворачивая его несколько кнаружи	n. obturatorius L _{II} - III n. obturatorius L _{II} - III n. obturatorius L _{III} - IV n. obturatorius L _{III} - V et n. ischiadicus
m. gracilis	Приведение бедра, сгибание голени в коленном суставе и поворачивает ее кнутри	n. obturatorius L _{III} - IV
Передняя группа мышц m. tibialis anterior	МЫШЦЫ ГОЛЕНИ Делает тыльное сгибание стопы и приподнимает ее медиальный край (супинация)	n. peroneus L _{IV} - S _I

m. extensor digitorum longus	Делает тыльное сгибание стопы, приподнимает ее латеральный край (пронация) и отводит стопу в боковую сторону	n. peroneus profundus L _{IV} - S _I
m. extensor hallucis longus	Делает тыльное сгибание стопы, приподнимает ее медиальный край и разгибает ее большой палец	n. peroneus profundus L _{IV} - V et S _I
Латеральная группа мышц n. peroneus longus n. peroneus brevis	Обе мышцы делают пронацию стопы, отпуская ее медиальный край и приподнимая латеральный, и отводят стопу	n. peroneus superficialis L _V - S _I
Внутренняя группа мышц n. gastrocnemius n. soleus n. plantaris		
m. flexor digitorum longus	Сгибание пальцев, подошвенное сгибание стопы и супинация ее	n. tibialis L _V - S _I
m. tibialis posterior	Подошвенное сгибание и приведение стопы	n. tibialis L _V - S _I
m. flexor hallucis longus	Сгибает большой палец, производит подошвенное сгибание, приведение и супинацию стопы	n. tibialis L _V - S _{II}
Тыльные мышцы m. extensor digitorum communis brevis Подошвенные мышцы	МЫШЦЫ СТОПЫ Разгибает первые фаланги пальцев ног	n. peroneus profundus L _{IV} - S _I
m. abductor hallucis et m. flexor hallucis brevis (caput externum)	Сгибают первую фалангу большого пальца и разгибают вторую, отводят большой палец от остальных пальцев ноги	n. plantaris medialis L _V - S _I
m. adductor hallucis et m. flexor hallucis brevis (caput externum)	Сгибают первую фалангу большого пальца и разгибают вторую; приводят большой палец к остальным пальцам ноги	n. plantaris medialis S _I - II
m. abductor digiti minimi et m. flexor minimi brevis	Сгибают первую фалангу мизинца и разгибают его вторую и третью фаланги, отводят мизинец от остальных пальцев ноги. Укрепляют латеральный край стопного свода	n. plantaris lateralis S _I - II
m. flexor digitorum brevis	Сгибает в подошвенную сторону пальцы II - V	n. plantaris medialis L _V , S _I
m. quadratus plantae	Усиливает действие длинного сгибателя пальцев	n. plantaris lateralis S _I - II
Mm. lumbricales	Притягивают пальцы в сторону большого пальца, сгибают проксимальные фаланги пальцев	n. plantaris lateralis et medialis L _V - S _{II}
Mm. interossei	Сгибают проксимальные фаланги пальцев и разгибают средние и дистальные	n. plantaris lateralis S _I - II

Таблица 4

Показатели электровозбудимости в норме и патологии

	Фарадический ток		Гальванический ток	
	нерв	мышца	нерв	мышца
Норма	Сохранена	Сохранена	Сохранена	KЗС > АЗС
Частичная РП	Ослаблена	Ослаблена	Ослаблена	KЗС = АЗС
Полная РП	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	KЗС < АЗС
Утрата э/возб	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует

Таким образом, снижение возбудимости мышцы на тетанизирующий ток свидетельствует о частичном нарушении ее иннервации, а потеря этой возбудимости – о денервации мышцы. Исчезновение гальванической возбудимости указывает на ее гибель.

**Нормальная возбудимость нервов и мышц
на гальванический ток (по Штинцингу)**

Нервы	Площадь активного электрода, см ²	Число мА	Мышцы	Площадь активного электрода см ²	Число мА
<i>N facialis</i>	3	1,0-2,5	<i>m. deltoideus</i>	12	1,2-2,0
<i>N medianus</i>	3	0,3-1,5	<i>m. pectoralis major</i>	6	0,4
<i>N ulnaris</i>	3	0,2-0,9	<i>m. pectoralis minor</i>	6	0,1-2,5
<i>N femoralis</i>	3	0,4 -1,7	<i>m. brachioradialis</i>	3	1,1-1,7
<i>N peroneus</i>	3	0,2-2,0	<i>m. ext. digit comm</i>	3	0,6-3,0
<i>N tibialis</i>	3	0,4-2,5	<i>m. ext. carpi radialis</i>	3	0,8
<i>N thoracalis</i>	3	0,9-3,4	<i>m. flex. carpi ulnaris</i>	3	0,9-2,5
<i>N radialis</i>	3	0,9-2,7	<i>m. rectus femoris</i>	20	1,6-6,0
			<i>m. tibialis ant.</i>	12	1,8-5,0

При поражении периферического нерва изменяется трофика мышц им иннервируемых, процессы метаболизма,. В результате этого мышца впадает в состояние, которое можно охарактеризовать как одну из фаз парабиоза. Например, уравнение полюсов $K3C=A3C$ можно рассматривать как ответ мышцы, находящейся в стадии трансформации, когда действие сильного и слабого раздражителя уравниваются.

А такая реакция мышцы, когда $K3C < A3C$ свидетельствует о более глубокой – парадоксальной стадии парабиоза, когда слабый раздражитель (анод) вызывает большее сокращение, чем сильный раздражитель (катод). Явлениями парабиотической природы могут быть объяснены случаи быстрого восстановления функции нерва при незначительных нарушениях электровозбудимости и при небольшой давности процесса.

Для реакции перерождения характерны: 1. Отсутствие возбудимости нерва на фарадической и гальванический токи. 2. Отсутствие возбудимости мышц на фарадический ток. 3. Вялые, червеобразные сокращения мышц при раздражении гальваническим током (вместо быстрого "молнеееносного" сокращения в норме). 4. Извращённое соотношение между величиной катодозамыкательного и анодозамыкательного сокращения – вместо нормальной формулы $K3C > A3C$ появляется $A3C > K3C$. Достоверность этого признака оспаривается многими авторами. Этот признак встречается иногда и у здоровых людей. Поэтому наиболее важным признаком перерождения считается *вялость сокращения мышц в ответ на раздражение гальваническим током.*

В зависимости от степени патологического процесса и его глубины может наблюдаться *частичная или полная реакция перерождения*, а иногда и *полная утрата электровозбудимости*. При обратном развитии процесса электровозбудимость возвращается к норме.

Для частичной реакции перерождения (РП) характерны следующие изменения электровозбудимости: понижение возбудимости нерва и

мышцы на тетанизирующий ток, понижение возбудимости нерва на гальванический ток, вялые сокращения мышцы при раздражении её гальваническим током, извращение полярной формулы. Однако часто встречаются различные варианты изменения электровозбудимости нервно-мышечного аппарата при частичной реакции перерождения. Только понижение возбудимости на оба вида тока и извращение полярной формулы не говорят еще о реакции перерождения.

Реакция частичного перерождения свидетельствует о том, что в нерве нет резких дегенеративных изменений и что не исключена возможность восстановления функции. Бывают случаи, когда функция пораженного нерва не всегда соответствует данным электродиагностики. Так, при полном параличе изменения электровозбудимости могут наступить через много дней после травмы. Реакция перерождения, обнаруженная при отсутствии клинических проявлений болезни, является предвестником болезни, например, при свинцовом отравлении.

Для правильного суждения о состоянии нерва необходимо проводить повторные исследования электровозбудимости.

Различают два вида *частичной реакции перерождения: тип А*, при котором, несмотря на наличие вялого сокращения на гальванический ток, еще сохраняется фарадическая возбудимость, и *тип В*, при котором фарадическая возбудимость потеряна и нервом и мышцей, но сохраняется гальваническая возбудимость. В этих случаях, по-видимому, процесс распространяется не на весь ствол, а лишь на часть нервных волокон.

При полной реакции перерождения нерв не отвечает на оба вида тока. Мышца не отвечает на тетанизирующий ток, порог гальванической возбудимости резко повышен (30-50 мА), мышца сокращается вяло, формула Пфлюгера извращена ($A3C > K3C$). Наличие этой реакции говорит о полном отсутствии проводимости в нервном стволе.

Полная утрата электровозбудимости мышц наблюдается у больных при большой давности заболевания с фиброзным перерождением мышц (цирроз). В таких случаях, даже при применении силы тока в несколько раз превосходящего пороговую, не удается вызвать двигательную реакцию со стороны мышцы. Это свидетельствует о гибели нерва и мышцы. Изменение мышечной возбудимости обычно происходит не пропорционально степени реакции перерождения – при полной реакции перерождения пороги возбудимости могут быть высокими и низкими.

Реакция перерождения наблюдается при вялых параличах: травматические повреждения периферического нейрона; токсические невриты; инфекционные невриты; невриты и повреждения нервных стволов при длительном сдавлении их опухолями; острые и хронические заболевания спинного мозга с участием серого вещества передних рогов (полиомиелит, амиотрофический боковой склероз); заболевания оболочек спинного мозга с распространением процесса на двигательные корешки (арахноидиты, опухоли конского хвоста и др.); процессы в стволовой части головного мозга с поражением ядер черепно-мозговых нервов.

Особенно важно исследование электровозбудимости при поражениях лицевого нерва, т.к. клинические проявления заболевания не всегда отражают тяжесть поражения. По степени реакции перерождения

можно судить о глубине процесса и, следовательно, до некоторой степени о его продолжительности. Практическим врачам часто приходится решать вопросы о прогнозе при параличах лицевого нерва. В случае, если реакция перерождения отсутствует, то паралич проходит обычно в 3-4 недели; при слабой частичной реакции перерождения излечение наступает на 6-8 неделе. Однако в любом случае прогноз нужно ставить с большой осторожностью, т.к. тяжесть клинической картины может не совпадать с показаниями электровозбудимости, поскольку, несмотря на то, что при исследовании электровозбудимости явления реакции перерождения как в начале, так и впоследствии могут быть выражены слабо, паралич может и не пройти.

Значение электродиагностики при заболеваниях лицевого нерва особенно возрастает в связи с возможностью образования постневритической контрактуры мимических мышц. Своевременно полученные электродиагностические сведения позволяют в ряде случаев выявить доклинические признаки постневритической контрактуры и откорректировать лечебные мероприятия. Ранним симптомом намечающейся контрактуры мышц является: появление синкинезий со стороны скуловой мышцы и круговой мышцы рта при раздражении круговой мышцы глаза, так называемый, *синдром обобщения сокращения пораженных мышц; диссоциация гальванической возбудимости более чем 1:3; синдром передачи возбуждения мышц со здоровой стороны на больную.*

Срок прогрессирования дегенеративного процесса лицевого нерва при переходе количественных изменений в частичную реакцию перерождения равен 8-10 дням. Полный дегенеративный процесс в лицевом нерве может развиваться в течение 2-3 недель.

При электродиагностике травм периферических нервов всегда следует иметь в виду обширность поражения окружающих нерв тканей, что нередко приводит к разрастанию рубцовой ткани, сдавливающей нервный ствол или прорастающей в нерв, прерывая проводимость сохранившихся в нем волокон, искажая результаты исследования электровозбудимости.

Рубцовая грубоволокнистая соединительная ткань является плохим проводником электрического тока, и если она окружает нервный ствол, имеющий даже анатомически неповрежденные волокна то, несмотря на большую силу тока, применяемую при исследовании, силовые линии тока обходят нервный ствол по окружающим тканям и создают кажущееся отсутствие возбудимости нерва. На это обстоятельство следует обращать внимание, если исследуемая точка нервного ствола совпадает с расположением рубцовой ткани (т.е. находится вблизи места повреждения), тогда необходимо проверить электровозбудимость нерва в другом месте, вдоль его расположения. Кроме того, отёчность тканей повышает их электропроводность, поэтому при наличии отёка подкожной клетчатки ток будет проходить по ней, почти не заходя в более глубоко расположенные ткани. При этом также наблюдается картина кажущейся потери электровозбудимости.

Необходимо различать три периода развития реакции перерождения при травматических повреждениях нерва.

Первый период. После травмы, сопровождающейся полным перерывом нервного ствола, изменение электровозбудимости наступает не сразу. В течение первых 2-3 дней электровозбудимость остается нор-

мальной или даже оказывается несколько повышенной. Через 5-7 дней выявляется качественное снижение электровозбудимости, которое постепенно нарастает. Лишь по истечении 2-3 недель после травмы развиваются наряду с количественными изменениями и качественные.

Второй период характеризуется наличием выраженной реакции перерождения с количественно-качественными изменениями.

Третий период зависит от того, как протекает процесс в нерве: либо начинают преобладать признаки регенерации поврежденного нервного ствола и восстановление функции мышц, либо наступает окончательная гибель нервной и мышечной ткани.

По мере развития регенерации постепенно возвращается способность нерва отвечать на раздражение гальваническим и фарадическим токами. Иннервируемые им мышцы начинают отвечать не только на постоянный ток, но и на тетанизирующий. Качественные изменения электровозбудимости также постепенно исчезают. Следует иметь в виду, что при развитии дегенерации паралич наступает значительно раньше, чем выявляется реакция перерождения. Такое же запаздывание отмечается и при развитии процессов регенерации. Восстановление произвольного движения отмечается значительно раньше исчезновения реакции перерождения.

В тех случаях, если не наступает регенерация нервных волокон, то при исследовании электровозбудимости всё более выявляются дегенеративные явления в мышцах. Гальваническая возбудимость мышц постепенно начинает падать, форма сокращения мышц становится всё более и более вялой и наконец угасает совершенно. Полная потеря электровозбудимости говорит о разрушении сократительного вещества мышцы.

В таблице 6 показаны данные электровозбудимости в соответствии с развитием реакции перерождения, которые наблюдаются при травматических поражениях периферических нервов и, в известной степени, при невритах токсического и инфекционного происхождения.

Исследование электровозбудимости в этих случаях имеет важное прогностическое значение. Качественные изменения улавливаются уже на 2-3-й неделе от начала заболевания при тяжелой травме нерва и наличии его перерождения. Эта реакция перерождения развивается только при поражении периферического нейрона и не наблюдается при поражении центрального нейрона.

Реакция перерождения характеризуется следующим: неравномерность падения электровозбудимости нерва и мышц – возбудимость нерва снижается и исчезает быстрее, чем возбудимость мышц им иннервируемых. Появляется гальвано-фарадическая диссоциация возбудимости мышц: в то время как возбудимость мышц на тетанизирующий ток падает, ее гальваническая возбудимость повышается. Качественно меняется характер мышечного сокращения – живое молниеносное сокращение сменяется вялым, червеобразным, $K3C=A3C$ или $K3C < A3C$. Появляется смещение двигательных точек, реакция "истощения", запаздывание сокращения в ответ на раздражение.

При невритах лицевого нерва реакция перерождения развивается, когда в процесс, в той или иной степени, вовлекаются клетки ядра

Основные данные электровозбудимости
при травматических поражениях периферических нервов
(По А.Н.Обросову)

Т а б л и ц а 6

Данные электровозбудимости								
Нервный ствол Фарадич. Гальв.		Мышца Фарадич. Гальв.		Характер со- кращения мышцы	Основной ха- рактер измене- ния электро- возбудимости	Форма	Характерные черты клинической карти- ны	Предполагаемое анатомофизиологи- ческое состояние нерва
ток	ток	ток	ток					
Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Потеря электро- возбуди- мости	—	Паралич с обширны- ми выпадениями чув- ствительности и тя- желыми трофически- ми и вегетативными на- рушениями	Полный/ анатомиче- ский/перерыв нерва
Нет	Нет	Нет	Понижение или повышение	Вялые, часто с продольной реакцией и реакцией истощения	Полная реакция перерождения	Тяжелая	То же	То же
Нет	Нет	Нет	Понижение или повышение	Медленные	—	Средняя	Паралич с ограни- ченным расстрой- ством чувствительно- сти без выраженных трофических и веге- тативных нарушений	Перерыв проводимости нерва вследствие прорастания и сдав- ления грубыми руб- цами
Нет	Пони- жение	Нет	Норма или понижение	Медленные	Неполная реакция перерождения	Тяжелая	Паралич или парез	Сдавление нерва грубыми рубцами без полной потери проводимости
Значительное понижение	Норма или пони- жение	Значи- тельное пониже- ние	Норма	Замедленные	—	Средняя	Парез	Сдавление нерва легкими рубцами
Значительное понижение	Норма	Значи- тельное пониже- ние	Норма	Нормальные (быстрые)	Количественные изменения	—	Легкий парез	Контузия нерва или незначительное сдавление его руб- цами
Повышение или норма	Норма	Повы- шение или нор- ма	Норма	Нормальные	—	—	Паралич или парез	Центральное тор- можение перифери- ческого нерва

лицевого нерва или поражается аксон. Это может иметь место при процессах в стволовой части головного мозга с включением ядра нерва (при понтинной форме полиомиелита), при заболеваниях с распространением процесса на корешок нерва (при менингитах, арахноидитах и др.) и при поражении самого ствола лицевого нерва различной этиологии.

Таким образом, наличие реакции перерождения при параличах указывает на то, что повреждение локализуется в периферическом двигательном нейроне, т.е. передних рогах спинного мозга или передних корешках, или в двигательных нервных стволах, но не в центральном нейроне.

Например, электродиагностика дает возможность отличить истерические параличи (не дают реакции перерождения) от параличей, вследствие поражения двигательного нейрона (дают реакцию перерождения). И чем сильнее степень реакции перерождения, тем значительнее поражение, хуже прогноз и тем продолжительнее будет лечение.

Итак, классический метод электродиагностики позволяет определить порог возбудимости и установить наличие или отсутствие реакции перерождения, поэтому использование этого метода целесообразно во все периоды заболевания, особенно при заболеваниях средней и тяжелой форм.

Исследование электровозбудимости позволяет диагностировать наличие некоторых заболеваний, определение которых путём обычных клинических методов диагностики нередко бывает затруднено. К числу таких заболеваний относятся миотония, миастения, миопатия.

Миотония относится к наследственным заболеваниям. Характерным симптомом заболевания является затруднение расслабления мускулатуры после раздражения или волевых импульсов, вызвавших её сокращение. Эти задержки расслабления после прекращения раздражения или волевого импульса длятся от 5 до 10 с.

Болезнь в основном поражает мышцы конечностей и туловища. Исследование электровозбудимости нервов и мышц обнаруживает своеобразные изменения, которые были изучены Эрбом и известны как "*миотоническая реакция*". Возбудимость нервов на тетанизирующий ток небольшой силы не нарушена; при раздражении нервов более сильным током наступает тоническое сокращение мышцы. Гальваническая возбудимость нервов понижена, а мышц — повышена, при этом тип сокращения напоминает сокращение, вызванное тетанизирующим током. После сокращения мышца медленно расслабляется. При раздражении мышц гальваническим током сокращения наступают только при замыкании, $A3C > K3C$, мышечные сокращения вялые. При стабильном пропускании гальванического тока через мышцу в ней наблюдаются ритмические, волнообразные сокращения, идущие от катода к аноду. Полярная формула извращена: $K3C < A3C$. Гальваническая возбудимость нерва остаётся в норме, фарадическая возбудимость нерва не изменена. Реакция характерна для миотонии.

Миастеническая реакция. Наблюдается при прогрессивной мышечной дистрофии, где главным клиническим симптомом является медленно нарастающая атрофия произвольной мускулатуры. При исследовании электровозбудимости наблюдается реакция *истощения*. Эта реакция заключается в том, что при продолжительном (в течение 2-3 мин) раздражении нерва и мышцы тетанизирующим током, появившиеся

ся вначале сокращения постепенно ослабевают и исчезают. Мышца утомляется. После небольшого отдыха (1-2 мин) у больного восстанавливается способность мышцы к сокращению. Такая реакция носит название *миастенической*. Исследование следует проводить без предварительной дачи больному прозерина.

Метод электродиагностики может быть использован для дифференциального диагноза между мышечной дистрофией и невралгией амио-дистрофией Шарко-Мари. При прогрессивной мышечной дистрофии, как правило, электродиагностика дает только количественные изменения возбудимости, а при невралгической форме Шарко-Мари имеются количественно-качественные изменения электровозбудимости.

Исследование электровозбудимости можно проводить и в стоматологической практике, метод получил название *электроодонто-диагностика*. Электроодонто-диагностика основана на определении порогового возбуждения болевых и тактильных рецепторов пульпы зуба при раздражении электрическим током. Электрический ток позволяет воздействовать на пульпу через минеральную оболочку зуба, без ее повреждения. По данным Рубина Л.Р., в норме пульпа интактных зубов реагирует на силу тока от 2 до 6 мА. При патологических процессах в зубах и околозубных тканях, чувствительных и двигательных нервах (тройничном и лицевом) происходит изменение порога возбудимости нервных рецепторов пульпы зуба. Электроодонто-диагностику целесообразно проводить при глубоком кариесе, пульпите, парадонтозе, периодонтите, радикулярной кисте, травме зубов и челюстей, гайморите, остеомиелите, актиномикозе, опухолях челюсти, неврите лицевого нерва и др.

Аппаратура, техника и методика исследования электроодонто-возбудимости описаны в специальной литературе (О.И. Ефанов, Т.Ф. Дзганова, 1980).

Хронаксиметрия является более тонким методом исследования в электродиагностике. Как известно, для сокращения мышц имеет значение не только сила раздражителя, но и длительность его действия. С увеличением длительности прохождения тока необходимая пороговая сила пропорционально уменьшается.

Пороговая сила тока импульсов прямоугольной формы длительностью 100-1000 мс, способная вызывать минимальное сокращение исследуемой мышцы, была названа *реобазой*, а та минимальная длительность импульса тока прямоугольной формы, необходимая для получения минимального сокращения исследуемой мышцы при силе тока, равной удвоенной реобазе, способной вызывать пороговый эффект, была названа *хронаксией*.

Реобаз характеризует гальваническую возбудимость и выражается в вольтах или миллиамперах, а *хронаксия* – скорость возникновения физиологической реакции – обозначается в миллисекундах (мс).

Хронаксия характеризует функциональное состояние нервно-мышечной системы более полно, чем классическая электродиагностика. Она дает понятие не только об уровне гальванической возбудимости, но и об изменениях в скорости возникновения возбуждения.

Для уточнения степени повреждения, дегенерации и регенерации нерва определяют кривую "сила – длительность". Исследование основано на различной возбудимости нерва и мышцы. В нормальных усло-

виях возбудимость мышцы приближается к возбудимости нерва, т.к. при прямом раздражении мышцы током возбуждаются не только мышечные волокна, но и нервные волокна и их окончания.

При полном анатомическом перерыве нерва дегенерированная мышца показывает кривую только с мышцы, т.к. возбуждаются только мышечные волокна, а нервные волокна и их окончания находятся в состоянии валлеровского перерождения.

При частичном анатомическом перерыве нерва имеются нормальные и денервированные мышечные волокна, поэтому кривая содержит элементы, записанные как с денервированной, так и с нормальной части мышцы.

При переключении частот и длительностей импульса необходимо устанавливать их по следующей схеме:

Длительность, (мс)	0,02	0,05,	0,1	0,2	0,5	1	5	10	50	100	300
Частота (Гц)	1200			700		300	70	30	7	1	1

Начинают исследование при хорошем освещении и согретых конечностях. Применяют импульсы прямоугольной формы при длительности 300 мс и частоте 1 Гц. Постепенно увеличивают интенсивность тока до получения отчетливых сокращений мышцы и наблюдают сокращения – быстрые или медленные, или червеобразные. Затем ток уменьшают до исчезновения сокращения мышцы и вновь увеличивают интенсивность тока до появления минимального сокращения мышцы, которое видно глазом или контролируется пальпацией напрягающегося сухожилия. Амплитуду тока переносят на график зависимости интенсивности тока от его длительности. При длительности 300 мс определяют реобазу, затем последовательно укорачивают длительность импульса до 100, 50, 20, 5, 1, 0,5, 0,3, 0,1, 0,05, 0,02 мс и измерения повторяют. Очевидно, что когда нет ответа при наибольшем напряжении тока, который переносит больной, например, при длительности 0,5 мс, то нет необходимости определять сокращение мышцы при более короткой длительности импульса.

На абсциссе отмечают время (длительность) импульса в мс в логарифмическом масштабе, на оси ординат – интенсивность тока в вольтах или в мА в линейном масштабе и получают кривую “сила – длительность”. Полученная гиперболическая кривая будет отражать обратную зависимость между пороговой силой тока, необходимой для вызывания мышечного сокращения, и длительностью электрического импульса.

При нормальной системе “мышца-нерв” средняя величина реобазы 4 мА, а хроноксия – 0,5 мс (рис. 61, кривая А). У денервированной мышцы повышается порог чувствительности к прямоугольному импульсному току, а реакция на короткие импульсы утрачивается, поэтому кривая на графике поднимается вверх (кривая Б).

При реиннервации мышцы кривая на графике постепенно смещается в область меньшей силы тока и более коротких импульсов.

Таким образом, если классическая электродиагностика позволяет лишь приблизительно решать вопрос о наличии полной реакции перерождения, то расширенная электродиагностика позволяет более точ-

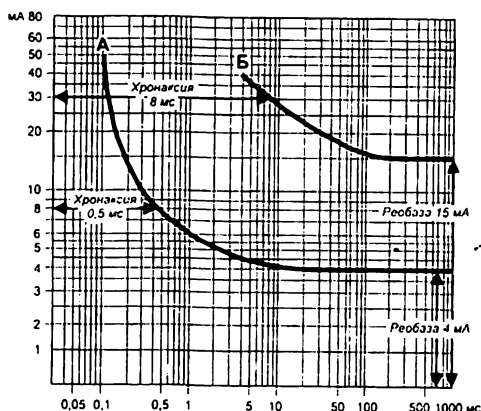


Рис. 61. Кривая «сила тока—длительность импульса»

Классическую электродиагностику (КД) проводят с целью опре-

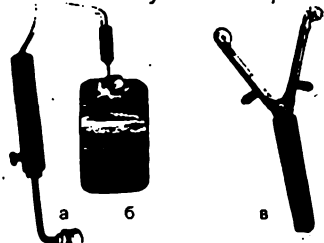


Рис. 62. Электроды для электродиагностики и электростимуляции (объяснение в тексте)

деления степени повреждения нервов и мышц, применяя *однополюсную* или *двупольную методики* (рис. 62). Для проведения КД используют *прерывистый* (постоянный) и *импульсный* (тетанизирующий) токи. При этом учитывают, что амплитуда порогового тока, вызывающего двигательную реакцию здоровой мышцы, для импульсов прямоугольной, треугольной и экспоненциальной форм составляет соответственно 2-4, 1, 4-6 мА.

При однополюсной методике точечный диагностический электрод

площадью 1 см², обтянутый гидрофильной прокладкой, устанавливают на двигательную точку нерва или двигательную точку мышцы (а). Другой электрод — индифферентный размещают на уровне грудных или поясничных сегментов спинного мозга (б).

При двупольной методике используют точечные электроды на двух разведенных равновеликих branшах с ручным прерывателем тока, которые располагают по направлению нерва или мышцы (в).

Классическая электродиагностика начинается с определения фарадической возбудимости нерва и мышцы в области активной точки. Каждое исследование нерва или мышцы начинают со здоровой стороны. Выявленное повышение или понижение электровозбудимости будет иметь практическое значение только в том случае, если цифровое значение полученное на пораженной стороне отличается от данных полученных на здоровой стороне более, чем на одну треть. В здоровой мышце фарадический ток вызывает тетаническое сокращение, в денервированной мышце в первую очередь утрачивается фарадическая возбудимость нерва или мышцы.

В этой же активной точке проверяют гальваническую возбудимость

но установить степень нарушения проводимости нервного звена. Постепенное повышение оптимальной частоты раздражения прямоугольным (экспоненциальным) током является объективным критерием улучшения функциональной способности мышц и показателем адекватности лечебного процесса.

Аппаратура, общие рекомендации по методике исследования

Исследование электровозбудимости можно проводить на аппаратах «УЭИ-1», «ЭДАС-01», «TUR RS-10», «TUR RS-12» и др.

с помощью коротких раздражений гальваническим током или одиночными импульсами прямоугольной формы длительностью 100 мс. Здоровая мышца на гальванический ток – 1-4 мА реагирует молниеносной реакцией сокращения. Денервированная мышца на возбуждение гальваническим током отвечает замедленной или вялой реакцией сокращения. Путем изменения полярности проверяется полярная формула: в денервированной мышце извращается полярная формула. Реакция перерождения в нерве и мышце выявляется спустя 10-14 дней с момента повреждения лицевого нерва и через месяц при повреждении периферических нервов конечностей.

При реакции перерождения нервно-мышечного аппарата проводят исследование сократительной способности мышц, воздействуя на двигательные точки сериями импульсов прямоугольной формы с каждым импульсом уменьшая их длительность с 200 до 0,2 мс (при функциональных изменениях ответная реакция мышцы лучше выражена на импульсы экспоненциальной и прямоугольной формы, чем на тетанизирующий, поэтому расширенную электродиагностику начинают с импульсов тетанизирующего тока). Сила тока в каждой серии импульсов увеличивается до появления минимального сокращения. Полученные данные используются для построения графика “Сила – длительность”. Приводим примерную схему протокола исследования электровозбудимости нервов и мышц у больного с невритом лицевого нерва.

Протокол электродиагностического исследования

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Диагноз _____

Дата исследования _____

История болезни № _____

Название нерва или мышцы	Слева (на стороне поражения) Гальванический ток			Тетан. ток	Справа Гальванический ток			Тетан. ток
	Сила тока	Характер сокращ.	Полярная формула		Сила тока	Характер сокращ.	Полярная формула	
Ствол лицевого нерва	4 мА,	живое	КЗС>АЗС	5 мА	2 мА	живое	КЗС>АЗС	2 мА
Верхняя ветвь	3 мА,	живое	КЗС> АЗС	4 мА	2 мА	живое	КЗС>АЗС	2 мА
Средняя ветвь	4 мА,	живое	КЗС>АЗС	7 мА	2 мА	живое	КЗС>АЗС	3 мА
Нижняя ветвь	2 мА,	вяловатое	КЗС=АЗС	5 мА	2 мА	живое	КЗС>АЗС	3,5 мА
Лобная мышца	1 мА,	живое	КЗС>АЗС	4 мА	2 мА	живое	КЗС>АЗС	2,5 мА
Круговая мышца глаза	2 мА,	живое	КЗС>АЗС	4 мА	1,5 мА	живое	КЗС>АЗС	2 мА
		обобщение						
Скуловидная мышца	2 мА,	вялое,	КЗС>АЗС	6 мА	2 мА	живое	КЗС>АЗС	3 мА
Круговая мышца рта	2 мА,	вялое,	КЗС=АЗС	4 мА	2 мА,	живое,	КЗС>АЗС	4 мА
Подбородочная мышца	0,5 мА,	вялое,	КЗС=АЗС	4 мА	2 мА,	живое,	КЗС>АЗС	3 мА

Заключение: Имеется частичная реакция перерождения типа “А” с левого лицевого нерва и мышц им иннервируемых. Справа отмечаются количественные нарушения электровозбудимости. Обращает на себя внимание гальвано-фарадическая диссоциация, уравнение полюсов и содружественные сокращения мышц слева. Эти признаки указывают на возможность образования контрактуры слева.

Электродиагностическое исследование позволяет не только подобрать оптимальные параметры тока, необходимые для электростимуляции нервов и мышц, но и оценить степень восстановления функциональных свойств нервно-мышечного аппарата в процессе восстановительного лечения, а также дать прогноз заболеванию. Контрольные исследования проводят с промежутками в 1,5-2 недели, а по окончании курса электростимуляции вновь определяют степень возбудимости нервов и мышц с использованием построения кривой “сила-длительность” или путем измерения их хронаксии.

5.2.6. Электростимуляция мышц и органов

Электростимуляция – это лечебное применение импульсных токов с целью восстановления деятельности органов и тканей, утративших свою нормальную функцию. В практической физиотерапии электростимуляцию применяют для воздействия на внутренние органы, содержащие в своей стенке гладкомышечные волокна (мочеполовая система, бронхи, желудочно-кишечный тракт и др.).

Простейшим видом тока, применяемым для электростимуляции, является ритмически прерываемый постоянный ток, представляющий собой повторяющиеся с различной частотой импульсы прямоугольной формы с разным соотношением длительности импульса и пауз между ними, в сумме составляющих *период импульсного тока*. Раздражающее действие кратковременных импульсов тока (малые доли секунды) возрастает с увеличением их длительности.

Физиологическое действие импульса тесно связано с его формой: чем круче нарастает ток, тем меньшая сила тока вызывает возбуждение ткани и наоборот, при очень малой крутизне подъема, когда сила тока нарастает медленно, можно через ткань пропустить очень сильный ток, не вызывая ее возбуждения. Для каждого вида ткани, органа имеется своя характерная кривая электровозбудимости, которая, кроме того, зависит и от их функционального состояния.

В физиотерапии для электродиагностики и электростимуляции применяют следующие разновидности прерывистого гальванического тока: *импульсный ток треугольной остроконечной формы* (тетанизирующие токи) с продолжительностью импульса 1-1,5 мс, с частотой 100 имп. в секунду; *импульсы тока прямоугольной формы* (токи Ледюка) продолжительностью 0,1-100 мс, частотой 0,5-160 имп. в секунду и скважностью от 1:2 до 1:10; *импульсы тока экспоненциальной формы* (токи Лапика) продолжительностью 1,6-60 мс и частотой 0,5-120 имп. в секунду (рис. 63).

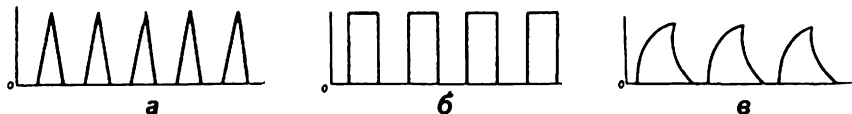


Рис.63. Основные виды импульсных токов, используемых для электростимуляции:

а) импульсный ток треугольной формы (тетанизирующий);

б) импульсный ток прямоугольной формы;

в) импульсный ток экспоненциальной формы.

Импульсный ток треугольной и прямоугольной формы вызывает в скелетной мускулатуре *тетанус* и применяется для электростимуля-

ции мышц с нарушенной двигательной функцией, но без *дегенеративных изменений* в них, а также с целью усиления в ЦНС процессов торможения и достижения состояния, напоминающего сон (электросон).

В результате курса лечения тетанизирующим током мышц, с нарушенной двигательной функцией, наблюдается увеличение объема мышц, их силы, улучшение кровообращения, трофических и метаболических процессов в них, нервной регуляции мышечной функции.

Таким образом, электростимуляция вышеназванными токами может быть применена: при вторичных атрофиях и парезах, развившихся после длительного бездействия, при функциональных параличах, слабости гладкой мускулатуры (исключить спазм).

При стимуляции скелетных мышц активный электрод (катод) накладывается на двигательную точку мышцы, индифферентный (анод) – на поясницу или противоположную конечность, или на ослабленную мышцу той же конечности, в последнем случае – со сменой полярности в течение одной процедуры. При стимуляции внутренних органов накладывают пластинчатые электроды с таким расчётом, чтобы орган находился в интерполярной зоне. Длительность процедуры – 10-15 мин.

Экспоненциальный ток состоит из сравнительно медленно нарастающих и значительно более длительных, пологих импульсов. При этом крутизна нарастания импульса должна соответствовать *аккомодационной (или адаптационной) способности мышцы или нерва*. Известно, что адаптационная способность к раздражителю у денервированных мышц снижается, поэтому для них более физиологичным являются экспоненциальные импульсы тока. Экспоненциальный ток в отличие от прямоугольного способен вызывать сокращение мышц, находящихся в состоянии дегенеративной атрофии.

Для электрогимнастики мышц с нарушенной иннервацией применяют импульсы малой частоты. Процесс возбуждения в денервированных мышцах протекает с меньшей скоростью, поэтому для них более адекватными являются длительные импульсы. За показатель адекватности импульса принимается оптимальная двигательная реакция мышц на минимальную силу тока.

При различных заболеваниях нервной системы значительно изменяется хроника нерва и мышцы. Процесс возбуждения протекает с меньшей скоростью. В этих случаях для нервно-мышечного аппарата более адекватным состоянию его лабильности являются более длительные импульсы (от 3 до 60 мс), чем импульсы тетанизирующего тока (1,5-1,6 мс). Зависимость между длительностью импульса и нарушением иннервации следующая: чем тяжелее нарушение иннервации, тем большая длительность импульса должна быть использована для электростимуляции.

Поэтому фактором, определяющим адекватность электрического раздражения является также форма импульса. При этом крутизна нарастания импульса должна также соответствовать *аккомодационной способности мышцы и нерва*.

Для правильного проведения электростимуляции необходимо чередовать посылку импульсов с паузами, т.к. длительное без отдыха сокращение мышц ведет к нарушению их питания, истощению и усилению мышечной атрофии.

Адекватная электростимуляция способствует поддержанию сократительной способности мышцы, улучшению питания и трофометаболических процессов в ней, тем самым приостанавливается дальнейшее развитие атрофического процесса. Рационально построенная методика электростимуляции с учётом лабильности нервно-мышечного аппарата препятствует развитию контрактур и является своеобразным стимулом для афферентной импульсации, идущей с кожных, мышечных и сухожильных рецепторов в ЦНС, что способствует активации регенеративных процессов и восстановлению двигательной функции конечности.

При выборе частоты ритмической модуляции необходимо учитывать выраженность реакции перерождения и массу стимулируемой мышцы. При наличии реакции перерождения для мышцы более адекватной будет меньшая частота модуляции, т.к. при этом мышца больше отдыхает, чем работает. При тяжёлой (полной) реакции перерождения целесообразнее применять не ритмическую, а ручную стимуляцию произвольно малой частотой (от 2 до 6 посылок в мин). Частота модуляции используется обычно в пределах 12-16-24 в минуту.

При проведении электростимуляции скелетных мышц полярность активного электрода зависит от состояния формулы полярного сокращения, что выявляется при классической электродиагностике. Считают, что полярная формула является показателем фазы парабиоза, в которой находится нервно-мышечный аппарат при патологическом состоянии.

При уравнительной стадии парабиоза ($K3C=A3C$), учитывая состояние возбудимости, стимуляция может проводиться как анодом, так и катодом. При парадоксальной стадии ($A3C>K3C$) активным электродом должен быть анод. При нормальной формуле раздражающее действие более выражено на катоде, поэтому он является активным. При утрате электровозбудимости провести электростимуляцию с двигательным эффектом невозможно.

Электростимуляция, как правило, устраняет нарушения в двигательной сфере, усиливает кровообращение и трофику мышц, что ведет к увеличению их силы и объёма.

При травматических или других невритах, с нарушенной проводимостью нервного ствола и картиной валлеровского перерождения, проведение электростимуляции при сохранённой хотя бы небольшой двигательной реакции на импульсный ток способствует восстановлению проводимости и ускоряет восстановление функции поражённой мышцы.

Показания. Вялые парезы и параличи, связанные с травмой нерва, специфическим или неспецифическим воспалением нерва, токсическим поражением нерва, дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника; центральные парезы и параличи, связанные с нарушением мозгового кровообращения; атрофия мышц при длительной гиподинамии, иммобилизационных повязках; истерические парезы и параличи; послеоперационные парезы кишечника, различные дискинезии желудка, кишечника, желчевыводящих и мочевыводящих путей, камни мочеочечника.

Противопоказания. Острые воспалительные процессы, контрактура мимических мышц, кровотечения (кроме дисфункциональных ма-

точных), переломы костей до иммобилизации, вывихи суставов до вправления, анкилозы суставов, переломы костей до их консолидации, желчнокаменная болезнь, тромбофлебит, первые 5-15 дней с момента развития острого нарушения мозгового кровообращения, шов нерва, сосуда в течение первого месяца после операции, спастические парезы и параличи.

Биорегулируемая электростимуляция. В настоящее время успешно внедряется как в общеклиническую практику, так и в спортивную медицину метод биорегулируемой и биоуправляемой электростимуляции с использованием обратной связи с больным. Динамика параметров биоуправляемого воздействия определяется изменениями электрических свойств тканей пациента. Биоуправляемую электростимуляцию осуществляют по локальной и сегментарно-рефлекторной методикам, располагая электроды в точках выхода нерва или проекции соответствующих спинномозговых сегментов, БАТ, в паравертебральных зонах.

Биорегулируемую электростимуляцию с использованием обратной связи с пациентом проводят на аппаратах "Myopulse", "Automove" и др., в которых предусмотрена возможность автономного питания, и поэтому они могут быть использованы при лечении больных в лечебных стационарах, в домашних условиях, в спортивно-тренировочных условиях у спортсменов.

Аппаратура, общие указания по выполнению процедур

Для электростимуляции скелетной мускулатуры с нарушенной иннервацией могут быть использованы аппараты: "УЭИ-1", "ЭДАС-01", "Миоритм 040", "Миотон-604", "Стимул-1", "Стимул-2", а также зарубежные приборы: "Нейропульс", "Нервостат", "Neuroton", "Duodynator", "Stereodynator", "Myodyn", "Endomed", "ERGON", "TUR RS-10", "TUR RS-12" и многие другие, а электростимуляцию скелетной мускулатуры с сохраненной иннервацией, а также гладкой мускулатуры внутренних органов можно проводить на аппаратах: "ЭДАС-01", "Тонус-1", "Тонус-2", "Эндотон-1", "АЭС ЖКТ" и аппаратах для амплипульстерапии.

При проведении электростимуляции подбирают для каждого больного форму импульсного тока, частоту следования импульсов и их амплитуду. Адекватность параметров импульсного воздействия устанавливается в соответствии с результатами электродиагностики, при этом добиваются выраженных безболезненных ритмических сокращений мышц пациента.

При стимуляции мышц с нарушенной иннервацией целесообразно использовать биполярный метод электростимуляции, располагая следующим образом равновеликие электроды площадью 1-3 см²: один (катод) на двигательной точке стимулируемой мышцы, а другой (анод) в месте перехода мышцы в сухожилие. При стимуляции мышц с сохраненной иннервацией, анод (1-3 см²) размещают на двигательной точке стимулируемого нерва, а катод (1-3 см²) – на двигательной точке иннервируемой мышцы, или анод (площадью 60-100 см²) фиксируют в области соответствующего сегмента. Используется длительность импульсов в диапазоне –1-1000 мс, ориентировочная сила тока для мышц лица и кисти составляет – 3-5 мА, а для мышц плеча, голени и бедра – 10-15 мА.

При проведении электростимуляции следует добиваться сокращения только патологически измененных мышц, если же наблюдается сокращение и здоровых мышц-антагонистов, то необходимо перейти на *биполярную методику электростимуляции*. По мере восстановления функции мышц больному предлагается перейти от пассивной (ритмической) к активно-пассивной стимуляции, когда посылки импульсного тока сочетаются с ортодромными эффекторными влияниями из головного мозга, формируемыми при волевом (мысленном) сокращении мышц.

Продолжительность проводимых ежедневно процедур зависит от характера и степени тяжести поражения нервов и мышц, но по общей длительности не должна превышать 15-20 мин. Курс лечения составляет 15-20 процедур, который при необходимости может быть увеличен до 30 процедур и повторен через 2-4 недели.

Электростимуляцию внутренних органов проводят по локальной и рефлекторно-сегментарной методике наложения электродов с использованием модуляций тока преимущественно низкой частоты, длительность процедуры до 10-12 мин, на курс лечения до 10 процедур.

Приводим описание порядка работы на аппарате "УЗИ-01". При проведении электростимуляции прямоугольным током устанавливают ручку переключателя вида тока в положение – "II", частота импульсов в положение – "100 Гц", а переключатель диапазона частот в положение – "2", длительность импульсов в положение – "1 мс".

При проведении электростимуляции экспоненциальным током устанавливают длительность, частоту и экспоненциальную форму тока. В зависимости от тяжести поражения подбирается соответствующая длительность импульса (больше 1 мс), частота (меньше 100 Гц) и частота модуляции в пределах от 4 до 30 в мин, соответствующая скважность. Наложив электроды на двигательные точки, поставив ручки переключателей на определенную длительность импульса, частоту в сек, частоту модуляции в мин, скважность, полярность, плавно включают "ток пациента" до получения безболезненного, чёткого мышечного сокращения.

Одной из разновидностей электростимуляции является активная модуляция, при которой подача тока в цепь больного производится одновременно с попыткой самого больного совершить активное сокращение мышц (так называемая активно-пассивная стимуляция). Такое сочетание активных усилий больного с одновременным воздействием тока, вызывающего сокращение, облегчает электростимуляцию и ускоряет восстановление нарушенной функции мышц.

По мере восстановления функции конечностей и улучшения электровозбудимости мышц параметры электростимуляции должны меняться: увеличивают частоту импульсов и модуляций, и укорачивают длительность импульсов. При появлении произвольных движений можно переходить к активной электростимуляции с участием самого больного, что дает больший психологический эффект.

Выключение аппарата: ручку регулировки тока пациента переводят влево до отказа, выключатель питания поставить в нижнее положение, отсоединить провода пациента и удалить с больного провода, отключить аппарат от сети.

При преобладании сосудистых нарушений в конечности и при болевом синдроме можно для электростимуляции применять диадинамические токи или синусоидально модулированные токи. Выбор токов зависит от состояния электровозбудимости мышц. При легких количественных изменениях стимуляцию можно проводить "ритмом синкопа" или при работе на аппарате "Амплипульс" – II р.р., частота 50 Гц, глубина модуляция – 100 %, длительность полупериодов – 1-1,5 с или 2-3 с.

Показателем адекватности подобранных параметров ритмической электростимуляции является нормализация или повышение электровозбудимости пораженного нерва и иннервируемых им мышц (по данным электродиагностики).

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДИКИ

Электростимуляция сфинктера прямой кишки при его слабости. Электрод площадью 2х2 см (катод) помещают в области сфинктера прямой кишки,

анод (площадью 100-150 см²) – на поясицу или живот. Воздействие проводят экспоненциальным током при частоте модуляций – 100 Гц, длительности импульса – 1 мс, с частотой модуляций – 15-18 в мин, сила тока до появления хороших сокращений сфинктера, на курс лечения до 15-20 процедур.

Противопоказания. Трещины ануса, геморрой, острые воспалительные процессы, кровотечение, дерматит.

Электростимуляция мочевого пузыря. Электрод площадью 60-80 см² (катод) располагается над лонным сочленением (при опорожнённом мочевом пузыре и кишечнике), анод (120-150 см²) – в пояснично-крестцовой области. Вид тока: при функциональных нарушениях – прямоугольный ток, при органических – экспоненциальный. Частота модуляций – 100 Гц, длительность импульса – 1 мс, 16-18 модуляций в мин, сила тока до появления выраженных, но безболезненных ощущений сокращения мышц, экспозиция – 10-15 мин, ежедневно, на курс до 15-20 процедур.

Электростимуляция мочевого пузыря проводится и у детей при энурезе.

Электростимуляция матки и гипофиза (в виде накожной или полостной методик) проводится при атонических или гипотонических, ювенильных, поздних послеродовых кровотечениях, понижении либидо, бесплодии, недоразвитии матки.

А. Полостная методика электростимуляции матки: катод в виде полостного электрода вводится в задний свод влагалища, анод – над лонным сочленением. Сила тока до появления видимых глазом сокращений брюшной стенки и ощущения четких сокращений мышц самой больной, продолжительность процедуры 10 мин. На аппараты УЭИ-1: виды тока – прямоугольный или экспоненциальный, частота 100 Гц, длительность импульса – 1 мс, скважность – 2, частота модуляций в минуту – 18-20; на аппарате ДДТ: ток однополупериодной волновой в постоянном режиме работы; на аппарате «Амплипульс»: II род работы, частота – 50-70 Гц, длительность полупериодов – 1-1,5 с или 2-3 с, глубина модуляции – 100 %, на курс лечения до 12-15 процедур.

Б. Непрямая электростимуляция гипоталамо-гипофизарной системы при дисфункции яичников. Освобождают височные области от волос. Electroды размером 3х3 см каждый располагают на височных областях и фиксируют бинтом. Сила тока до появления слабого покалывания под обоими электродами или только под катодом. Полярность меняют в середине процедуры. Продолжительность процедуры – 10 мин. Курс лечения до 10 процедур (аппараты «УЭИ-1», «Амплипульс»).

Электростимуляция по Семеновой К.А. при детских церебральных параличах. Обоснованием для применения электростимуляции в лечении детских церебральных параличей послужили, как об этом пишет проф. К.А. Семенова (1968), работы Н.Е.Введенского, А.А. Ухтомского и др. о влиянии длительного ритмического воздействия на нервную ткань и образовании в ней очагов парабриоза. Это лечение показано при всех формах детских церебральных параличей, но наиболее эффективно при атонически-астатической и гиперкинетической формах ДЦП.

Методика. Раздвижные Electroды в виде узкой подковы накладывают на тыльную поверхность концевых фаланг пальцев рук и ног. Вначале процедуры анод накладывают на руки, а катод на ноги, в середине процедуры меняют полярность на обратную. Длительность процедуры: начинают с 10 мин и постепенно доводят до 40 мин. Перед началом процедуры проводится тепловая процедура (местная световая ванна, индуктотермия, грязелечение, горячие шерстяные укутывания и др.). Курс лечения до 25-30 процедур.

Электростимуляция проводится на аппаратах УЭИ-1, можно использовать аппараты для динамотерапии или амплипульстерапии. Параметры тока на аппарате УЭИ-1: частота – 70 Гц, длительность импульса – 5 мс, скважность – 2 или 3, частота модуляций – 18 имп/мин, сила тока – 4-6 мА, курс лечения до 30 процедур. Повторить курс лечения можно через 1,5-3 месяца.

После процедуры больной ощущает чувство лёгкой скованности и онемения, которое длится около 30 мин, а затем исчезает и восстанавливается поверхностная и глубокая чувствительность.

Применение этой методики вызывает расслабление тонуса спазмированных мышц и улучшение двигательных возможностей ребёнка. **Противопоказанием** к проведению лечения импульсными токами у детей служат массивные контрактуры, исключающие возможность движений в ряде суставов (контрактуры в отдельных суставах — коленном, голеностопном, локтевом не являются противопоказани-

ем). Лечение нецелесообразно при тяжёлой эндокринной недостаточности и частых эпилептических припадках с выраженным вегетативным компонентом.

5.3. Лечение переменным электрическим током

5.3.1. Амплипульстерапия

Амплипульстерапия – это метод лечебного воздействия на организм переменным синусоидальным током частотой 5 кГц (5000 Гц), модулированным по амплитуде низкой частотой (10–150 Гц), резонансной частотам биотоков нервов и мышц, что делает метод весьма физиологически активным по отношению к нервно-мышечной и сосудистой системам.

Эти токи свободно проникают вглубь тканей, не вызывая при этом ощутимого раздражения кожных рецепторов и неприятных ощущений в виде покалывания и жжения под электродами, что особенно важно при использовании метода у детей.

При воздействии импульсными токами ритмическое возбуждение рецепторов кожи, нервов, мышечных волокон создает ритмически упорядоченную и поэтому биологически активную импульсацию из области воздействия в ЦНС, что сопровождается широким спектром физиологических и терапевтически значимых реакций как местного, так и общего характера:

- снижение и исчезновение болевого синдрома;
- улучшение кровообращения – сосудорасширяющий эффект как местного, так и генерализованного характера;
- улучшение венозного оттока;
- противоотёчное действие;
- бронходилатирующий эффект;
- ликвидация расстройств нейрогуморальной регуляции, гормональной дисфункции;
- улучшение регенераторной и трофической функции тканей;
- нормализация функции органа или системы;
- седативный эффект.

Выраженный анальгетический эффект от воздействия импульсных токов осуществляется по нескольким механизмам. Во-первых, под действием тока развивается явление парабิโอ́за в периферических нервных окончаниях, что блокирует передачу болевого импульса; во-вторых, ток создаёт новый очаг доминанты в коре головного мозга, которая гасит болевую патологическую доминанту; в-третьих, ток снимает явления периневрального отёка, что также способствует купированию болевого синдрома. Немаловажное значение придаётся повышению функциональной лабильности и улучшению трофической функции нервно-мышечного аппарата. Исходя из современного понимания механизма анальгезирующего действия импульсных токов, можно выделить три компонента, играющих важную роль в обезболивании и в седативном эффекте метода:

- *нейрофизиологический; нейрохимический; психический.*

Нейрофизиологический. Боль вызывается раздражением рецепторов, так называемых, ноцицепторов или их афферентных нервных волокон. Предполагают, что в организме существуют две системы —

ноцицептивная и антиноцицептивная. Обе эти системы в определенных условиях могут как ослаблять, так и усиливать друг друга.

Ноцицепторные афференты обнаружены среди тонких немиелинизированных (С) волокон и среди толстых миелинизированных (А) волокон. Прохождение сигналов по тонким волокнам модулируется со стороны толстых афферентов. Воздействие импульсными токами создает дополнительный поток импульсации по толстым (А) афферентам (а их анатомически в 3-4 раза меньше). Установлено, что сигналы с А-волокон активируют желатинозную субстанцию, которая в состоянии возбуждения деполяризует болевой импульс, что тормозит передачу импульсов от периферии в центр ("воротная теория" R.Melzack et P.D.Wall), т.е., образно говоря, "ворота закрыты".

Нейрохимический. В исследованиях последних лет показано, что в организме существует не только болевая — ноцицептивная, но и эндогенная антиноцицептивная система, поддерживающая и регулирующая порог болевой чувствительности на необходимом функциональном уровне. Это сложнейшая система и наиболее изучены три ее механизма: *опиоидный, серотонинергический и адренергический*. В совокупности эти механизмы оказывают тормозящее влияние на уровне интернейронов ноцицептивной импульсации.

Электрическое раздражение периферических нервных волокон активизирует эти механизмы. Анальгезирующий эффект от воздействия импульсными токами опосредуется преимущественно через *серотонинергический механизм* и, в меньшей степени, через *опиоидный*.

Установлено, что на уровне системы "воротного контроля", проведение боли осуществляется с помощью вещества "Р" (пептид), выполняющего функции нейромедиатора в ноцицептивных путях. Под влиянием импульсных токов изменяется структура и функция ДНК в ядрах моторных клеток коры головного мозга. Лабелизация связи ДНК с белками в хроматине и изменение плоидности ядер больших пирамидных нейронов подтверждают стимулирующее влияние СМТ на генетический аппарат нейронов и их регулирующее влияние на пластичность, энергетический потенциал и функциональные возможности нервной ткани. Возбуждение нейронов ведет к образованию опиатоподобных веществ, являющихся антагонистами вещества "Р", тормозящими его выделение и, тем самым, блокирующими проведение болевого возбуждения.

Нейрогуморальные механизмы на центральном спинномозговом уровне включают энкефалины, эндорфины, допамины, норадреналин. Влияние на секрецию этих веществ при лечении импульсным током обуславливает как продолжительность последствий, так и положительное влияние анальгетического эффекта на психоэмоциональную сферу.

Изменение уровня адреналина, норадреналина, дофамина, ацетилхолина под влиянием импульсного воздействия обосновывает их применение с целью нормализации состояния симпатно-адреналовой и холинергической систем, стимуляции компенсаторных и адаптационных механизмов, когда резервные возможности организма резко истощены.

Психический. Мозговые структуры получают афферентную импульсацию от различных точек тела. Известна концепция, согласно кото-

рой блокирование болевой информации обусловлено тормозящим влиянием определенной части ретикулярной формации ствола на все уровни афферентной системы, включая сегментарный механизм входного воротного контроля боли. Предполагают наличие в ретикулярной формации специфических зон соматической поверхности. Стимуляция импульсным током этих зон активирует ретикулярную формацию, что и приводит к последующему снижению болевой чувствительности, т.е. она является центральным механизмом обезболивания.

Хроническая боль, вследствие наличия клеточного самовозбуждения (клеточное самовозбуждение – это вид памяти), приводит к изменению активности центральных нейронов. СМТ в виде короткого интенсивного потока импульсов может подавить эту активность (т.е. необходима адекватность воздействия), поэтому воздействие импульсным током оказывает благоприятное влияние на самочувствие и настроение больного.

В зоне воздействия СМТ наблюдается гиперемия различной интенсивности, которая появляется вскоре после начала процедуры и держится до 30-60 мин после её окончания. Вследствие рефлекторного возбуждения низкочастотной вибрацией многочисленных проприо- и интерорецепторов, усиливающегося при ритмическом сокращении и расслаблении мышц, наблюдается улучшение регуляции сосудистого тонуса (мозговых, спинальных, периферических артерий), церебральной и периферической гемодинамики, кровоснабжения тканей. Улучшение кровообращения связано с усилением притока крови к зоне механического массажного воздействия, высвобождением БАВ вазодилататорного действия, нормализацией тонуса сосудов, активацией коллатерального кровообращения. Активация кровообращения осуществляется рефлекторно в результате непосредственного воздействия тока на чувствительные и вегетативные нервные волокна и за счёт центрального выделения серотонина (серотонинергические структуры ответственны за состояние гемодинамики, уровень оксигенации крови, психоэмоциональное состояние и, в какой-то мере, за восприятие боли).

Усиление артериального притока и венозного оттока, лимфотока, улучшение кислородо-транспортной функции крови и процессов окислительного метаболизма являются важными компонентами лечебного действия СМТ, обеспечивающими его противовоспалительное и противоотёчное действие. Увеличение притока крови активирует усвоение кислорода и питательных веществ тканями, повышает интенсивность обменных процессов, а усиление венозного оттока обеспечивает удаление продуктов тканевого метаболизма.

В многочисленных исследованиях показано, что импульсные токи способствуют повышению устойчивости кардиореспираторной системы к неблагоприятным экзо- и эндогенным повреждающим факторам, в частности, наблюдается положительная динамика показателей иммунной системы (клеточного и гуморального иммунитета, неспецифической реактивности организма), уменьшение сенсibilизации организма, улучшение функции внешнего дыхания (уменьшаются бронхоспазм и гипервентиляция, повышается ЖЕЛ, дренажная функция лёгких), улучшение сократительной способности миокарда и легочной гемодинамики.

Показания. Нарушение периферического кровообращения, функции нервно-мышечного аппарата и трофики тканей при хронических воспалительных процессах, болевых синдромах и трофических нарушениях, с целью повышения функции центральной и вегетативной нервной системы и восстановления её регулирующей роли, для электростимуляции мышц у больных (в том числе и у детей) с центральными параличами и парезами, вялыми параличами с трофическими нарушениями, при последствиях травм. Гипертоническая болезнь I-III ст; заболевания органов дыхания, заболевания органов пищеварения (функциональные нарушения, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, рефлюкс-эзофагит, дискинетические запоры, дискинезия желчевыводящих путей), заболевания суставов (ревматоидный артрит, деформирующий остеоартроз, полиартрит), энурез, импотенция функционального характера и др.

Противопоказания. Онкологические заболевания, декомпенсированное состояние сердечно-сосудистой системы, острые инфекционные заболевания, склонность к кровотечениям, выраженные отёки, гнойные воспалительные процессы, переломы с иммобилизованными костными отломками, желче- и мочекаменная болезнь, варикозная болезнь, повышенная чувствительность к электрическому току. Следует соблюдать осторожность при проведении вагинальной, ректальной, эндуретральной и внутригастральной методик, когда металлические части электродов непосредственно соприкасаются со слизистыми оболочками органов. Поэтому выполнять процедуры можно только в переменном режиме (синусоидальный ток) во избежание химического ожога тканей продуктами электролиза, образующимися при работе в выпрямленном режиме.

Аппаратура, общие указания по выполнению процедур

Отечественной промышленностью в настоящее время выпускаются аппараты: "Амплипульс-4", "Амплипульс-5", "Амплипульс-6", обладающие широким спектром выбора физических параметров воздействия: режимы работы – выпрямленный и переменный; 4-5 видов модуляции несущей частоты 5000 Гц произвольно выбранной низкой частотой в диапазоне 10-150 Гц, что обеспечивает 4-5-6 родов работ; длительность посылок и пауз регулируется в пределах от 1 с до 6 с, что позволяет регулировать нагрузку на стимулируемые нервы и мышцы, а изменение глубины модуляции от 0 до 100% соответственно ведет к повышению раздражающего действия тока. Аппараты "Пролог-02", "Пролог-03" относятся к разряду портативных аппаратов для электроимпульсной терапии.

Создатели метода амплипульстерапии Ясногородский В.Г. и Равич М.А. взяли за основу синусоидальный ток средней частоты (5000 Гц), который в немодулированном виде легко проникает вглубь тканей, но обладает очень слабым возбуждающим действием. Поэтому моделирование этого вида тока по амплитуде с образованием серий колебаний тока, разделенных промежутками с малой или нулевой амплитудой в пределах частот биотоков нервов и мышц (10-150 Гц) повышает их активность по отношению к нервно-мышечной и сосудистой системам при слабом раздражающем действии на рецепторы кожи. Возбуждающее действие синусоидального модулированного тока осуществля-

ется, главным образом, за счёт влияния низкочастотных серий колебаний, каждая из которых действует как отдельный импульс.

Для лечебного воздействия применяют переменный и постоянный режимы генерации энергии. В первом случае они распространяются в виде амплитудных пульсаций, а во втором – монополярных синусоидальных импульсов, амплитуда которых не превышает 50 мА. На рис. 64 представлены эпюры основных видов синусоидальных модулированных токов.

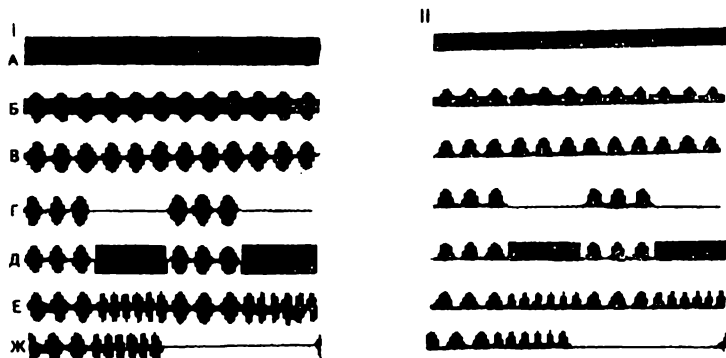


Рис.64. Графическое изображение синусоидальных модулированных токов I - переменный режим генерации; II - постоянный режим генерации. А - немодулированные колебания (несущая частота); I р.р. - постоянная модуляция (ПМ); Б - неполная (50%) глубина модуляции; В - полная (100%) глубина модуляции; I-II р.р. - посылки модулированного тока сочетаются с паузами (ПП); Д - III р.р. - посылки модулированного тока сочетаются с посылками несущей частоты (ПН); Е - IV р.р. - сочетание посылок тока с различной частотой модуляции (ПЧ); Ж - V р.р. - сочетание пауз и посылок тока с различной частотой модуляции (ПЧП).

При первом роде работ (I р-р – ПМ) сила возбуждающего эффекта нарастает с уменьшением частоты модуляции и увеличением её глубины; при втором роде работ (II р-р - ПП), благодаря выраженной контрастности воздействия синусоидальным модулированным током на фоне пауз, обеспечивается наиболее выраженный *нейромиостимулирующий эффект*; третий род работ (III р-р - ПН) – стимулирующее действие тока в таком сочетании выражено меньше, но начинает проявляться *анальгетическое действие*, четвёртый род работы (IV р-р - ПЧ) – *анальгетический эффект* возрастает и наиболее выражен при уменьшении разницы между частотой 150 Гц и избранной частотой модуляции; пятый род работы (V р-р - ПЧП – перемежающиеся частоты-паузы) - обеспечивает слабовыраженную контрастность воздействия синусоидального модулированного тока на фоне пауз, поэтому обладает *мягким нейростимулирующим и трофическим действием*.

Стимулирующее действие СМТ значительно увеличивается при использовании II и V р.р. в выпрямленном режиме. Кроме того, используя выпрямленный режим можно проводить амплипульсэлектрофорез лекарственных веществ (СМТ-ЭФ) соответственно их полярности.

Процедуры амплипульстерапии следует проводить больному в условиях максимального расслабления мышц. Используют пластинчатые или круглые электроды (их величина должна быть соизмерима с

размерами патологического очага), которые располагают на теле больного (как и при гальванизации) поверх гидрофильных прокладок толщиной в 1 см. Безболезненность метода, широкий спектр терапевтического действия и большие возможности индивидуального подбора физических параметров и интенсивности воздействия позволяют широко применять этот метод у детей и взрослых.

При выборе локализации воздействия и физических параметров следует исходить как из характера, стадии патологического процесса и решаемых терапевтических задач, так и особенностей действия на организм отдельных разновидностей импульсного тока. При одном варианте локализации электродов обычно используют 1-2 (реже 3) рода работ. Чем более выражен болевой синдром, тем в большей степени увеличивают частоту модуляции в I, III р.р., которым воздействуют 3-5 мин, напротив, при включении в рецепт IV р.р. – разница частот должна быть небольшой (обычно используют частотные модуляции 90 и 120 Гц или 130 и 150 Гц), длительность полупериодов – 1-2 с, а время воздействия – 2-4 мин. С уменьшением выраженности болевого синдрома (обычно к 3-4 процедуре) частоту модуляций уменьшают до 40-70 Гц, а глубину модуляции постепенно увеличивают до 50-75%. При нерезко выраженном болевом синдроме на пораженные ткани воздействуют синусоидальным модулированным током, используя III р.р., а затем IV р.р. по 3-5 мин каждым родом работ.

Дозирование процедур амплипульстерапии осуществляют по плотности тока (не более 0,1 мА/см² у взрослых), учитывая субъективные ощущения – мягкая безболезненная вибрация под обоими электродами. У детей младшего возраста, в силу измененной сенсорной чувствительности и невозможности дифференцировать свои субъективные ощущения на воздействие, дозирование осуществляют исходя из плотности ГТ на 1 см² прокладки: при применении СМТ в переменном режиме сила импульсного тока превосходит ГТ в 1,5-2 раза, а в выпрямленном режиме – в 1,2-1,5 раза. Продолжительность ежедневных воздействий не должна превышать 10-15 мин (у детей см. приложение 8). Курс лечения обычно не более 6-10 процедур, который при необходимости можно повторить через 2-3 недели. При сильном болевом синдроме допускается проведение процедур 2 раза в день с интервалом между процедурами в 4-5 ч.

Принципы сочетания и комбинирования амплипульстерапии с другими видами терапии аналогичны как и для гальванизации и лекарственного ЭФ. Наряду с лекарственным электрофорезом (СМТ-ЭФ) амплипульстерапию сочетают с грязелечением (амплипульспелоидотерапия), криотерапией (криоамплипульстерапия), ультразвуковой терапией (амплипульс-фонофорез).

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДИКИ

Воздействие СМТ при заболеваниях органов дыхания. При патологии органов дыхания (ВЗЛ, БА и др.) с целью получения общих ответных реакций организма используют воздействие СМТ на следующие зоны:

1. На область верхних симпатических ганглиев (детям можно назначать после 10-12 лет). *Параметры СМТ:* режим переменный, I и IV р.р., частота – 100-80 Гц, глубина модуляции – 50-75%, длительность посылок-пауз – 2-3 с, продолжитель-



ность каждого вида тока по 2-3 мин, сила тока плавно увеличивается до появления ощущения приятной вибрации под электродами, на курс лечения – 8-10 процедур.

2. Паравертебрально на уровне C_3 - Th_2 (физические параметры те же).

3. Паравертебрально на уровне Th_8 - Th_{12} (в зону воздействия попадают сим-

патические узлы соответствующих отделов паравертебральной цепочки, надпочечники и почки).

Помимо перечисленных зон, в зависимости от клинической симптоматики при бронхолегочной патологии можно использовать следующие локализации воздействия СМТ:

4. На область грудной клетки паравертебрально на уровне Th_3 - Th_7 .

5. Билатерально на грудную клетку (расположение электродов, как и при воздействии ГТ).

6. Трансторакально (поперечно на область грудины и в межлопаточной области).

7. Поперечно на область проекции очага воспаления в легких.

8. С целью тренировки общего дыхания целесообразно включать в лечебный комплекс электростимуляцию или активную электростимуляцию (сочетание ритма дыхания с посылками тока) правого диафрагмального нерва, используя следующие варианты локализации воздействия (рис. 68):

Первый вариант: катод (4-6 см²) располагают справа между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы в дистальном отделе, анод (80-120 см²) - на верхнюю часть трапециевидной мышцы справа от позвоночника. Вторым вариант: катод (20-40 см²) локализуется в подключичной области у правого края грудины, анод (80-160 см²) - в верхней части правой лопатки.

Параметры СМТ: режим выпрямленный, II р. р. (ПП), частота импульсов – 100-50 Гц, длительность полупериодов ориентировочно по 2 с. (подбирается индивидуально и корректируется в течение курса лечения), глубина модуляции – 75-100%, сила тока до ощущения выраженной вибрации, общая продолжительность воздействия – 5-7-10 мин (через каждые 2-3 мин активной стимуляции следуют 1-2 мин отдыха; ток отключается, но больной старается сохранить заданный ритм дыхания и глубину). На курс лечения – 10-15-20 процедур, проводимых ежедневно или 2 раза в день (у старших детей и взрослых). Хорошо сочетать с массажем грудной клетки и позвоночника или теплотечением (до процедуры электростимуляции) и с ЛФК (через 30-60 мин после электростимуляции).

В каждом конкретном случае при бронхолегочной патологии врачу необходимо выбрать локализацию и физические параметры СМТ наиболее оптимальные (эффективные) для конкретного больного.

Лучший лечебный эффект у этого контингента больных наблюдается при использовании в курсе лечения двух локализаций воздействия СМТ, позволяющих получить в полном объеме как местные, так и общие ответные реакции организма. Общая продолжительность процедуры 6-8-10 мин, на курс лечения обычно назначается 6-8-10 процедур. Интенсивность воздействия, силу тока дозируют по ощущению безболезненной вибрации под электродами.

Учитывая, что проникающая способность в глубину тканей у СМТ выше, чем у ГТ, целесообразно использовать СМТ-ЭФ; *адреналина, зифиллина, эфедрина, сернокислой магнезии, сернокислой меди, никотиновой кислоты, препаратов гряды и др.* Выбор лекарственных веществ будет зависеть от клинической симптоматики и решаемых терапевтических задач. При проведении СМТ-ЭФ используют режим выпрямленного тока, частоту – 100-50 Гц, глубину модуляции – 50-100% и длительность процедуры у детей – 5-8 мин, у подростков и взрослых до 10-15 мин, на курс лечения – 5-7-9 процедур, проводимых ежедневно или через день.

СМТ - грязелечение (сочетанное использование импульсного тока и грязелечения) применяется у больных с вентиляционными нарушениями I-II степени. Терапевтическая эффективность метода объясняется сложением однонаправленных эффектов лечебного действия обоих факторов, при этом наблюдается более

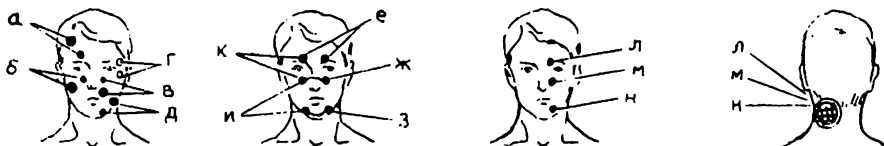
выраженный противовоспалительный, бронходилатирующий и бронходренирующий эффекты.

Воздействие ДДТ или СМТ при невритах лицевого нерва (рис. 60 А). После получения данных электровозбудимости, убедившись в отсутствии контрактуры мышц, приступают к электростимуляции лицевого нерва и мышц. Если возбудимость нерва сохранилась и на катоде замыкательное сокращение больше, чем на аноде, то активным электродом будет катод и электростимуляцию можно провести с двигательной точки ствола лицевого нерва, располагая анод ($100-120 \text{ см}^2$) на шее сзади.

При полной реакции перерождения лицевого нерва проводят электростимуляцию мимических мышц им иннервируемых вручную, устанавливая кнопочный электрод на двигательную точку мышцы (рис. 60 А). Параметры ДДТ: ток однополупериодный волновой, сила тока – до появления видимых сокращений, продолжительность процедуры – 10-15 мин, на курс лечения до 15-20 процедур. Параметры СМТ: II р.р. (ПП), частота модуляции подбирается в зависимости от тяжести поражения – 50-30 Гц, глубина модуляции 50-100 %, длительность посылок в периоде – 2-3 с, сила тока – до появления видимых сокращений мышц, экспозиция – 10-15 мин, на курс лечения до 15-20 процедур.

Лучший эффект наблюдается при применении СМТ: меньше пороговая сила тока и меньше опасность появления во время процедур (или после) синкинезий. Наличие синкинезий исключает применение как электростимуляции, так и других видов электротерапии. До электростимуляции рекомендуется в течение 10-15 мин провести тепловую процедуру.

Воздействие СМТ или ДДТ на болевые зоны лица (рис. 65). На рисунках показаны наиболее частые варианты расположения электродов при воздействии на болевые зоны лица СМТ или ДДТ (во всех случаях электроды фиксируют ручным электродержателем).



При невралгии тройничного нерва малые круглые электроды располагают на зонах выхода ветвей тройничного нерва:

а – на место выхода первой ветви тройничного нерва накладывают круглый электрод диаметром 2 см (катод при постоянном токе), на зону иррадиации боли – круглый электрод диаметром 5 см;

б и в – на места выхода второй ветви тройничного нерва – круглый электрод диаметром 2 см (катод при постоянном токе), на зону иррадиации боли – круглый электрод диаметром 5 см;

г – на местах наибольшей болезненности в височной области располагают круглые электроды диаметром 2 см на ручных электродержателях;

д – на место выхода третьей ветви n. trigeminus – круглый электрод диаметром до 2 см (катод при постоянном токе), на место иррадиации боли – круглый электрод диаметром 5 см;

е – на места выхода первых ветвей тройничного нерва накладывают круглые электроды диаметром до 2 см на ручных держателях;

ж – на места выхода вторых ветвей тройничного нерва – круглые электроды диаметром до 2 см на ручных держателях;

з – на места выхода третьих ветвей тройничного нерва – круглые электроды диаметром до 2 см на ручных держателях;

и – на места выхода второй и третьей ветвей тройничного нерва – круглые электроды диаметром до 2 см;

к – на места выхода первой и второй ветвей тройничного нерва – круглые электроды диаметром до 2 см;

л, м, н – на места выхода ветвей тройничного нерва и большого затылочного нерва – круглые электроды диаметром до 2 см.

При работе в выпрямленном режиме отрицательный полюс (катод) помещают в зоне наибольшей болезненности. Принцип подбора параметров ДДТ или СМТ при лечении болевых синдромов изложен выше и этими принципами должен руководствоваться врач при лечении конкретного больного во всех рекомендуемых методиках.

Например, при ДДТ используют: ДВ или ДН – 1 мин.+КП - 1,5-2 мин + ДП – 1,5-2 мин при постоянном режиме работы, при необходимости меняя полярность в середине процедуры, при общей длительности процедуры до 5 мин. При резко выраженных болях применяют только двухполупериодный волновой ток при переменном режиме работы со следующими параметрами: длительность периода 15-20 с, время нарастания переднего и спада заднего фронтов по 2-3 с, длительность воздействия 6-8 мин, сила тока до появления выраженных, но не болезненных ощущений вибрации. Процедуры проводят ежедневно или через день, на курс лечения 8-10 процедур.

Параметры СМТ: III.p.p. (ПН) – 3-5 мин + IV p.p. (ПЧ) – 3-5 мин, частота модуляции в зависимости от остроты процесса – 100-30 Гц, глубина модуляции – 25-75 %, длительность посылок в периоде – 2-3 с.

При резко выраженных болях применяют большую частоту модуляции – 100-80 Гц и небольшую ее глубину – 25-50 %.

Методика воздействия на точки выхода n.trigeminus наиболее часто применяется при невралгии тройничного нерва, с целью купирования приступа БА или болевого синдрома при обострении ЯБ.

Воздействие СМТ или ДДТ с целью снижения спастичности артикуляционных мышц и улучшения речи у детей. Воздействуют на мышцы гортани и дна ротовой полости. Раздвоенные электроды размером 2 x 4 или 4 x 6 см располагают на боковых поверхностях шеи или у заднего края щитовидного хряща впереди грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Второй электрод располагают на область нижнейшейного и верхнегрудного отделов позвоночника.

Параметры СМТ: I (ПМ) и IV (ПЧ) p.p., частота – 100-80 Гц, глубина модуляции – 50-75 %, длительность посылок-пауз 2-3 с, сила тока – до ощущения легкой вибрации (3-5 мА), по 3-5 мин каждым видом тока, на курс лечения – 10-20 процедур. Сразу же после процедуры проводятся занятия с логопедом. Применение СМТ уменьшает спастичность, устраняет спазм речевой мускулатуры, что способствует легкому и быстрому овладению речью, звуки произносятся более громко и четко.

Применение СМТ при лечении спастических парезов или параличей (у больных с нарушением мозгового кровообращения или при заболеваниях другой этиологии). Проводится электростимуляция антагонистов спастичных мышц: на верхних конечностях – дельтовидной, трехглавой, локтевого и общего разгибателя пальцев; на нижних конечностях – четырехглавой мышцы бедра, передней большеберцовой мышцы. В некоторых случаях раздражению дополнительно подвергается малоберцовый нерв.

Цель применения СМТ – это снижение спастичности, увеличение объема движений в суставах, разработка и профилактика контрактур, улучшение походки и улучшение координации (двигательной и речевой) у больных.

Электростимуляция при общем удовлетворительном состоянии больного может проводиться уже в раннем восстановительном периоде – с конца 2-3-й недели от начала заболевания. При раннем назначении электростимуляции значительно повышается эффективность комплексного лечения и наблюдается более полное восстановление двигательных функций. Электростимуляцию можно применять и в более позднем периоде – до 3-х лет с момента развития парезов.

Методика: один из электродов размером 3 x 3 см располагается на зоне двигательной точки стимулируемой мышцы, второй – в области перехода мышцы в сухожилие. При одновременной стимуляции двух синергично сокращающихся мышц электроды размещают на двигательной точке каждой из них (например, в области локтевого и общего разгибателей пальцев кисти). Параметры воздействия: ток синусоидальный модулированный, II p.p. (ПП). При резко выраженной спастичности методом расширенной электродиагностики в пределах от 90 до 150 Гц подбирается частота, которая вызывает оптимальное сокращение и субъективно хорошо переносится больным. Глубина модуляции – 50-75%, длительность посылки тока в пе-

риоде – 2-3 с, сила тока до получения сокращений средней силы (в пределах 20-40 мА). При проведении электростимуляции необходимо тщательно подбирать двигательные точки, чтобы избежать усиления спастичности во время процедуры.

У больных с резко выраженной спастичностью мышц ног при проведении электростимуляции могут наблюдаться рефлексы типа защитных. В этом случае первые 6-7 процедур следует проводить *при подпороговой силе тока или при силе тока, вызывающей минимальные сокращения мышц* (в пределах 15-20 мА). В последующем, при уменьшении спастичности (когда не отмечается значительной иррадиации возбуждения) электростимуляция проводится по обычной методике и сила тока постепенно наращивается. Процедуры назначают по 2 – 3 мин на поле. В течение одной процедуры воздействуют на поле 2-3 раза по 2-3 мин с перерывом по 2-3 мин. Воздействие проводят ежедневно, на курс – до 20-40 процедур. Количество повторных курсов лечения зависит от тяжести пареза и степени спастичности. Больным с легким парезом и незначительным повышением мышечного тонуса рекомендуется проведение 1-2 курсов лечения, а при наличии умеренной или выраженной спастичности и глубокого пареза (плегии) необходимо назначение 2-3 повторных курсов лечения, с интервалом между курсами в 3-6 недель.

При появлении минимальных активных движений в паретичных конечностях в процессе лечения рекомендуется применять активную электростимуляцию, заключающуюся в том, что одновременно с движениями, вызываемыми СМТ, больной проводит аналогичные активные (волевые) движения. Это способствует выработке лучшей координации и ускорению восстановления произвольных сокращений мышц.

Показания. Восстановительный период и последствия ишемических и геморрагических инсультов различной этиологии (атеросклероз, гипертоническая болезнь, аневризмы сосудов головного мозга, и т.д.) со спастическим гемипарезом; восстановительный период и последствия перенесенных черепно-мозговых травм со спастическим гемипарезом; восстановительный период и последствия перенесенных менингоэнцефалитов со спастическим гемоипарезом.

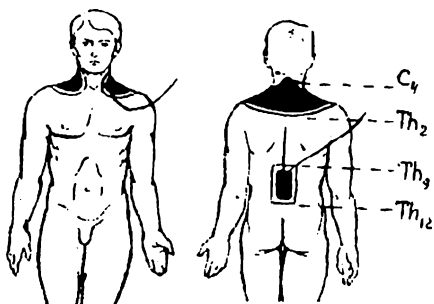
Проведение электростимуляции показано при островозникающих заболеваниях головного мозга с последующим стационарным или регрессирующим течением.

При заболеваниях с прогрессирующим течением и нарастанием парезов проведение электростимуляции не оправдано.

Противопоказания: Мерцательная аритмия; недостаточность кровообращения II-III ст.; активные формы ревматизма; комбинированные пороки сердца; полная поперечная блокада сердца; артериальная гипертензия выше 180-200/110 мм рт.ст.; распространенные и трансмуральные формы инфаркта миокарда; хроническая артериальная недостаточность с декомпенсацией кровообращения конечностей (III-IV ст.).

Амплипульсофорез магния при гипертонической болезни (рис.66).

Положение пациента – лежа на спине. Воздействие СМТ осуществляется по видо-



измененной воротниковой методике: один электрод, смоченный 3% р-ром магния сульфата, располагают в воротниковой зоне на уровне C_4 - Th_2 (250-300 см²) и соединяют с положительным полюсом, второй электрод (катод) располагают в зоне проекции сегментов Th_9 - Th_{12} (120-150 см²). При желании второй электрод может быть раздвоен, тогда каждый располагается в зоне проекции почек.

Параметры СМТ: режим выпрямленный, при первых 3-х процедурах частота модуляции 100 Гц, глубина модуляции 50 %, время соответственно 3, 4, 5 мин. С 4-й

процедуры и до конца лечения используют I и IV р.р., длительность посылки тока в периоде 2 с, частота модуляции – 100 Гц, глубина модуляции 50 %, по 3 мин каждым родом работ. В дальнейшем постепенно увеличивают длительность каждого рода работ до 5 мин, по мере адаптации к току увеличивают глубину модуляции до 75-100%,

а частота модуляции до 8-й процедуры остается 100 Гц, в дальнейшем можно использовать 80 Гц. Силу тока дозируют по ощущению приятной безболезненной вибрации (2-3 мА в начале курса лечения, 5-8 мА в конце курса лечения), на курс лечения – 10-12 ежедневных процедур.

Показания. Гипертоническая болезнь I, II А, Б стадий с умеренно выраженными нарушениями гемодинамики различного типа, с наличием сопутствующей ИБС в виде стабильной стенокардии I-II ФК.

Под влиянием курса лечения отмечается общее стимулирующее действие устраняющее чувство утомления, слабости и цефалгический синдром, уменьшается ишемия миокарда по данным ЭКГ, оказывается мягкое гипотензивное действие.

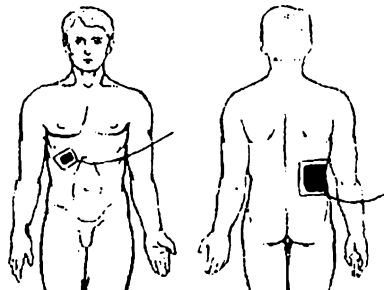
Противопоказания. Повышение АД выше 180/110 мм рт. ст., резко выраженное нарушение гемодинамики по гипо- и особенно гиперкинетическому типу, выраженная адренергическая форма ГБ, нарушения сердечного ритма в виде брадикардии, частой экстрасистолии, мерцательной аритмии, нарушения проводимости в виде полной и неполной атриовентрикулярной блокады, блокады ножек пучка ГИСА, выраженная вегетативно-эндокринная дисфункция, выраженный атеросклероз сосудов головного мозга.

Воздействие СМТ на область толстого кишечника. Первый вариант: два пластинчатых электрода площадью 80-100 см², соединенных с одним полюсом аппарата для амплипульстерапии, располагают на восходящем и нисходящем отделах толстой кишки. Электрод площадью 160-200 см² помещают на поясничную область и соединяют со вторым полюсом аппарата. Форма тока синусоидальная, II р.р., частота модуляции – 30-10 Гц, глубина модуляции – 100 %, посылки тока по 5-6 с, чередуются с паузами такой же длительности, сила тока – 30-40 мА (до видимого сокращения мышц брюшной стенки). Продолжительность электростимуляции – 10-15 мин, ежедневно, на курс лечения – 10-12 процедур. Второй вариант: пластинчатые электроды (120-150 см²) располагают на область восходящего и нисходящего отделов толстой кишки.

Параметры СМТ: ток синусоидальный модулированный, II р.р., частота модуляции – 20-30 Гц, глубина – 100 %, длительность посылок и пауз – 4-5 с, сила тока до выраженного сокращения мышц живота, продолжительность воздействия – 5-10 мин, на курс лечения – 10-15 процедур.

Методику применяют при дискинезии толстого кишечника с преобладанием атонического компонента.

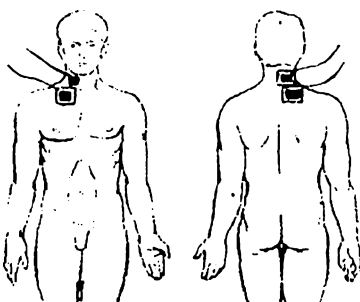
Воздействие ДДТ и СМТ на область желчного пузыря (рис.67). Пластинчатые электроды располагают: активный (катод) площадью 40-50 см² – на область проекции желчного пузыря, второй (анод) размером в 100-120 см² – поперечно.



Параметры ДДТ: однополупериодный волновой ток в постоянном или переменном режимах работы (в последнем длительность периода 10-12 с, время нарастания переднего фронта и спада заднего по 2-3 с). Сила тока – до получения под электродами выраженных сокращений мышц брюшной стенки, продолжительность процедуры – 10-15 мин, ежедневно или через день, на курс лечения до 12-15 процедур.

Параметры СМТ: II р.р. (ПП), частота модуляций – 50-20 Гц, глубина – 100%, длительность посылок и пауз – 2-3 с, продолжительность процедуры – 10-15 мин, ежедневно, на курс до 15 процедур. Методика применяется при дискинезии желчных путей.

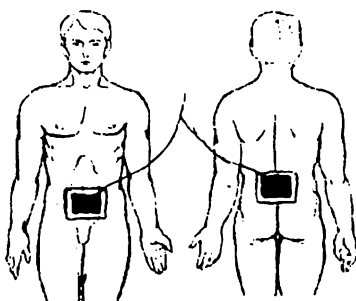
Воздействие ДДТ или СМТ на правый диафрагмальный нерв. (рис. 68). Первый вариант: катод (8 см²) располагают между дистальными ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы в зоне их прикрепления, анод (100-150 см²) – в области верхней части трапецевидной мышцы справа от позвоночника. Второй вариант: катод (40 см²) располагают в подключичной области управого края груди



100 %, длительность посылок и пауз – 2-3 с, экспозиция – 10-15 мин, ежедневно, на курс лечения до 15 процедур.

Методику применяют с целью получения пузырного рефлекса, снижения тонуса сфинктера Одди и повышения тонуса мышц пузыря.

Воздействие ДДТ или СМТ на мышцы передней брюшной стенки



ны, анод (120-150 см²) – в верхней части трапециевидной мышцы справа от позвоночника.

Параметры ДДТ: однополупериодный волновой ток в постоянном или переменном режимах работы (длительность периода 3-4 с, передний и задний фронты по 0,3 с), сила тока до появления хорошо переносимой вибрации и сокращения мышц брюшной стенки, экспозиция – 10-15 мин, ежедневно или через день, на курс лечения до 15 процедур.

Параметры СМТ: II р.р. (ПП), частота модуляции – 100-50 Гц, глубина модуляции – 75-

(рис. 69). Электроды площадью в 200 -300 см² располагают на брюшной стенке (катод) и в пояснично-крестцовой область – анод.

Параметры ДДТ: однополупериодный волновой ток в постоянном режиме работы, сила тока до появления выраженных сокращений брюшной стенки, экспозиция – 10-12 мин, на курс лечения до 15 процедур.

Параметры СМТ: II р.р. (ПП), частота модуляции – 50-30 Гц, глубина модуляции – 75-100 %, длительность посылок и пауз – 2-3с. Методика применяется при атонии кишечника мышц брюшной стенки, ожирении.

Воздействие СМТ при лечении неосложненной язвенной болезни в фазе обострения. Электроды площадью 120-150 см² располагают поперечно в области эпигастрия и на уровне – Th₅ – Th₁₀.

Параметры СМТ: ток синусоидальный модулированный, I (ПМ), III (ПН), IV (ПЧ) р.р. или III, IV р.р., по 2-3 мин каждым родом работ (общее время до 8 мин). При выраженном болевом синдроме – частота модуляций – 100 Гц, глубина – 25 %. По мере исчезновения болевого синдрома глубину модуляции повышают до 75-100 %, частоту снижают до 40-50 Гц. Процедуры проводят ежедневно, на курс лечения – 10-15 процедур.

Применение СМТ в фазе обострения ЯБ способствует ликвидации болевого синдрома, явлений диспепсии, улучшению моторно-эвакуаторной и кислотообразующей функции желудка в различные фазы сокоотделения.

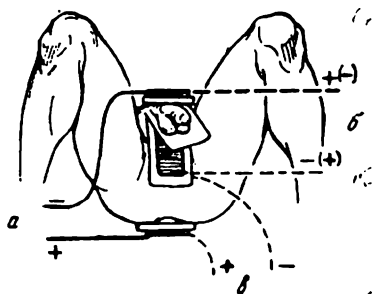
Применение СМТ при хроническом пиелонефрите. Раздвоенные электроды площадью по 80-100 см² располагают на спине в области проекции каждой почки, третий электрод (150-200 см²) – в эпигастральной области (рис. 53). Назначают СМТ в I-ом или II-ом режимах работы, III р.р. (ПП) – 8 мин, IV р.р. (ПЧ) – 7 мин, частота модуляции – 80 Гц, глубина модуляции – 50%, длительность посылок и пауз – 2-3 с, сила тока под до ощущения безболезненной вибрации, на курс лечения – 5-7 процедур, назначаемых ежедневно.

После применения первых процедур СМТ наблюдается усиление диуреза, улучшение кровоснабжения почек, тонуса мочевыводящих путей, повышается тонус гладкой мускулатуры, нормализуется концентрационная способность почек и выведение азотистых шлаков из организма, снижается систолическое и диастолическое артериальное давление.

Воздействие СМТ на мочеточник. Используют методику с целью спазмолитического или стимулирующего воздействия на мускулатуру мочеточника. Два пластинчатых электрода размером 5X10 см располагают в области проекции почки и на передней поверхности брюшной стенки в области проекции хода мочеточника на стороне нахождения камня (если его размеры не превышают 1 см).

При применении методики в период почечной колики используют параметры СМТ: режим I, род работы III и IV (ПН и ПЧ), частота модуляции – 50% Гц, глубина модуляции 50–100%, длительность посылок и пауз – 2-3 с, сила тока до ощущения выраженной вибрации под электродами, время воздействия – по 3-5 мин каждым родом работ. Процедуры проводят ежедневно, на курс лечения – 3-5 процедур. Возможно проведение процедуры 2 раза в день.

В межприступный период СМТ назначается для стимулирования отхождения конкремента. Параметры СМТ: режим работы I, род работы II, частота модуляции 30-10 Гц, глубина модуляции 100 %, длительность посылок и пауз 5 с, сила тока до ощущения выраженной вибрации под электродами и сокращения брюшной стенки (40-45 мА), экспозиция до 15 мин, ежедневно, на курс лечения 5-8 процедур. Лечение проводить на фоне водной нагрузки.



Воздействие ДДТ или СМТ на область промежности (рис. 70). Одинаковые по величине электроды (40-70 см²) располагают: а) над лонным сочленением (анод) и на промежность (катод); б) над лонным сочленением и на область промежности под мошонкой (полярность зависит от цели воздействия); в) над лонным сочленением (катод) и на пояснично-крестцовый отдел позвоночника (анод).

Параметры ДДТ: однополупериодный ток в переменном режиме работы, длительность периода 4-6 с, время нарастания переднего и спада заднего фронтов по 1 с. Можно использовать ритм синкопа при переменном режиме работы. Сила тока при хорошей переносимости до появления ощущения выраженной вибрации, продолжительность процедуры до 10 мин, ежедневно или через день, на курс лечения до 12-15 процедур.

Параметры СМТ: II р.р. работы (ПП), частота модуляции – 70-30 Гц, глубина ее – 50-100 %, длительность посылок и пауз – 2-3 с., с.т. до ощущения вибрации под электродами. Продолжительность процедуры до 10 мин, ежедневно, на курс лечения до 12 процедур.

Методику применяют при сексуальных неврозах, атонии сфинктера и мышц мочевого пузыря, ночном энурезе.

Воздействие ДДТ или СМТ на половые органы женщины. 1. Стимулирующая вагинальная методика. Больной, в положении лежа на спине, вводят во влагалище специальный металлический электрод. Второй пластинчатый электрод (площадью 80-100 см²) помещают над лонным сочленением.

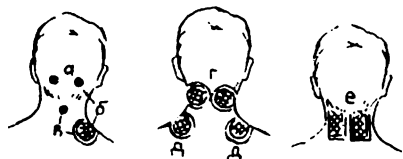
Параметры СМТ: режим работы I, род работы II (ПП), частота модуляции – 10 Гц, глубина модуляции – 100 %, длительность посылок и пауз в периоде по 5 с, сила тока до ощущения вибрации под электродами (15-20 мА), экспозиция до 15 мин, ежедневно, на курс лечения – 10-12 процедур.

2. Электроды (площадью 120-150 см²) располагают поперечно над лонным сочленением и в крестцовой области. Параметры ДДТ: двухполупериодный непрерывный ток со сменой полярности – 1 мин; ток модулированный короткими периодами по 2-3 мин, ток модулированный длинными периодами по 2-3 мин.

Параметры СМТ: ток полусинусоидальный модулированный, I р.р. (ПМ), частота модуляции – 150 Гц, глубина модуляции – 50-75 % (чем острее выражен болевой синдром, тем меньше глубина модуляции, по мере уменьшения боли глубина модуляции увеличивается), продолжительность воздействия по 2 мин с прямой и обратной полярностью. Затем используют IV р.р. (ПЧ), частота модуляции – 80-60 Гц, глубина – 50-75 %, длительность посылок и пауз – 2-3 с, продолжительность воздействия 3-5 мин в прямой и обратной полярности, на курс лечения – 8-10 процедур. Повторять курс лечения можно через 6-8 недель после окончания первого.

Методика применяется при воспалительных заболеваниях матки, придатков, тазовой брюшины.

Воздействие СМТ или ДДТ на болевые точки и паравerteбральные зоны в затылочной области (рис. 71).



а – электроды диаметром 2 см на ручных держателях накладывают на место выхода больших затылочных нервов;

б – при односторонней локализации боли электрод (катод) диаметром 2 см накладывают на место выхода большого затылочного нерва, а круглый электрод диаметром 5 см – на верхний край трапецевидной мышцы, электроды фиксируют ручным электродержателем;

в – электрод (катод) диаметром 2 см накладывают на точку наибольшей болезненности над остистыми отростками шейного отдела позвоночника, а круглый электрод (анод) диаметром 5 см – на верхний край трапецевидной мышцы соответствующей стороны;

г – на места пальпаторно определяемой болезненности в паравerteбральных областях - круглые электроды диаметром 2-5 см на ручном электродержателе;

д – на места пальпаторно определяемой болезненности в области верхнего края трапецевидной мышцы - круглые электроды диаметром 5 см на ручном держателе.

е – на паравerteбральные зоны вдоль шейного отдела позвоночника – пластинчатые электроды размером 3-4 x 8-9 см.

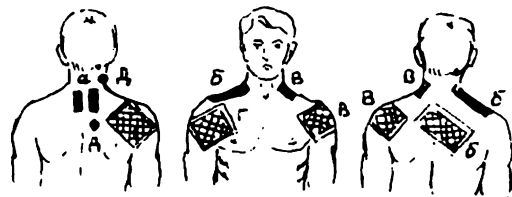
При постоянном токе отрицательный полюс располагают в месте наибольшей болезненности.

Параметры СМТ: режим переменный, III и IV p.p. (ПН и ПЧ), частота модуляции – 100-50 Гц, глубина – 25-50%, длительность посылки-паузы – 2-3 с, по 2-3 мин каждым родом работ, на курс лечения – 7-10 процедур. Процедуры проводят ежедневно, или 2 раза в день. При острых болях СМТ применяют с частотой модуляции – 150-100 Гц, глубиной 25-50 %.

Параметры ДДТ: ток двухполупериодный волновой - 2-3 мин, модулированный коротким периодом - 2-3 мин, сила тока до ощущения безболезненной вибрации.

Методика применяется при корешковых болях, связанных с остеохондрозом, анкилозирующим спондилоартрозом, при невралгии затылочных нервов.

Воздействие СМТ или ДДТ на болезненные зоны в области плечевого пояса (рис. 72).



а – электроды размером 3,5 x 6-9 см располагают паравerteбрально на места наибольшей болезненности на уровне остистых отростков нижнешейного и верхне-грудного отдела позвоночника, локализуя отрицательный полюс в месте наибольшей болезненности;

б – электрод (катод) размером 5 x 8 (12 x 14) см располагают вдоль верхнего края трапецевидной мышцы, другой электрод таких же размеров – параллельно первому на расстоянии не менее 5 см;

в – электроды размером 6 x 10 см располагают у основания боковой поверхности шеи (катод) и на наружную поверхность плечевого сустава;

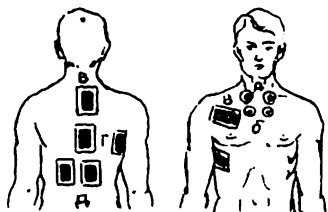
г – электроды размером 8 x 10 см располагают поперечно на переднюю и заднюю поверхность плечевого сустава;

д – электроды диаметром 5 см, фиксируемые ручным электродержателем, располагают на болевую зону в затылочной области ниже сосцевидного отростка и у внутреннего края лопатки.

Тактика подбора параметров тока при лечении болевого синдрома аналогична вышеописанной.

Воздействие СМТ или ДДТ на болевые точки и зоны в области грудной клетки (рис.73).

Расположение и размеры электродов: а, б, – электроды



диаметром 5 см, фиксируемые ручным держателем, локализуется на грудинно-ключичные или грудинно-реберные сочленения.

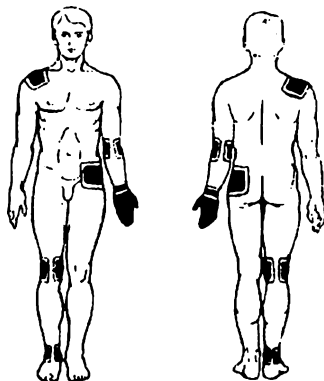
в – электроды размером 6 x 10 см – локализуют на зону болезненности, пальпируемую в межреберных промежутках передней стенки грудной клетки, и паравerteбрально – на уровне верхнего края лопатки той же стороны.

г – электроды размером 6 x 10 см – на зону болезненности, пальпируемую по ходу межреберий на боковой поверхности грудной клетки, и на паравerteбральную зону (катод), соответствующих межреберий той же стороны.

д – электроды размером 4 x 8 см располагают паравerteбрально в зоне пальпируемой болезненности.

При постоянном токе отрицательный полюс помещают на стороне наибольшей болезненности. Тактика подбора параметров тока при лечении болевого синдрома аналогична вышеописанной.

Воздействие СМТ или ДДТ на руки и ноги (рис. 74) Электроды можно располагать в зависимости от локализации болей (нервные стволы, локтевой сус-



тав, кисть и т. д.) в различных вариантах. Катод накладывают на участок боли; при наличии болей с обеих сторон полярность меняют на обратную в середине воздействия каждым из применяемых токов.

При наличии резко выраженных болей: параметры ДДТ – воздействуют двухполупериодным волновым током в переменном режиме работы с длительностью периода 15 с, временем нарастания переднего и спада заднего фронтов по 2-3 с; параметры СМТ – режим переменный, III и IV p.p. (ПН и ПЧ), частота модуляции при III p.p. – 110-100 Гц, при IV p.p. – 120-90 Гц, глубина модуляции – 25-50%; при уменьшении боли через 2-3 процедуры, глубина модуляции – 75-100 %, длительность посылок – 1-2 с. Сила тока – до появления

ощущения выраженной вибрации, продолжительность воздействия каждым видом тока – 2-5 мин. Воздействия можно проводить на 1,2,3 поля ежедневно, а при необходимости – 2 раза в день. На курс лечения – 8-10 процедур. Повторять курс лечения можно через 1-2 недели.

При нерезко выраженных болях: режим и род работы СМТ такие же, как указано выше, частота модуляции при III p.p. – 80-30 Гц, при IV p.p. – 50-20 Гц, глубина модуляции – 50-75-100 %; длительность посылок по 3-5 с, сила тока – до ощущения выраженной вибрации, продолжительность воздействия каждым видом тока – 2-5 мин. Воздействия проводят на одно поле или на 1, 2, 3, поля ежедневно, при общей продолжительности не более 12 мин. Курс лечения – 7-12 процедур.

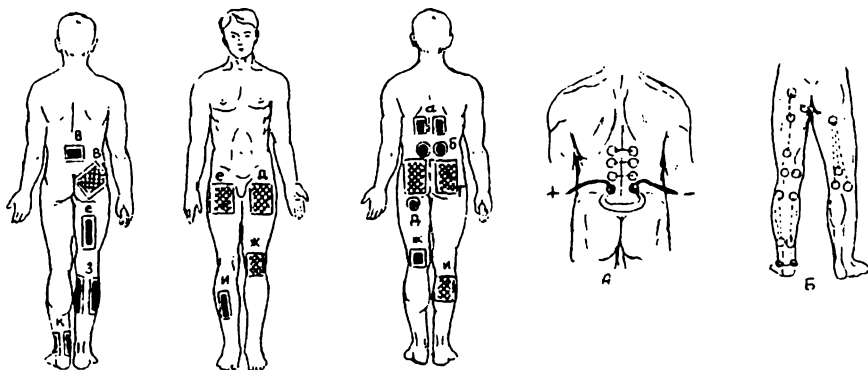
Параметры ДДТ: двухполупериодный волновой или непрерывный ток – 1 мин., короткий период – 2-3 мин, длинный период – 2-3 мин. Сила тока – до появления ощущения выраженной вибрации. Процедуры проводят ежедневно или через день, на курс лечения до 10 процедур.

Методики ДДТ и СМТ применяют при травмах нервных стволов, локтевого и лучезапястного суставов, мышц. С целью электростимуляции - при вялых парезах и параличах мышц конечностей после предварительной электродиагностики.

При нерезко выраженных нарушениях электровозбудимости процедуры проводят в переменном или выпрямленном режимах работы – II p.p., частота модуляции – при наличии количественных нарушений – 100-150 Гц; а при частичной реакции перерождения – 10-30-50-90 Гц; глубина модуляции – 100 %, длительность посылок и пауз – 1,2,3 с, сила тока – до видимого сокращения мышцы, продолжитель-

ность воздействия – 5-10 мин, на курс лечения – 10-20-30 процедур, проводимых ежедневно.

Воздействие ДДТ и СМТ на пояснично-крестцовую область и седалищный нерв (рис. 75). Расположение и размеры электродов зависит от локализации болей:



а, б – электроды (от 4х6 до 5х15 см) располагают паравертебрально в зоне пальпаторно определяемой болезненности или используют круглые электроды диаметром 5 см на ручном электродержателе;

в – электрод размером 5х10 см располагают в области пальпаторно определяемой болезненности у позвоночника, 2-й электрод (80-120 см²) – на ягодиче в зоне определяемой там болезненности;

г – электроды (80-120 см²) располагают симметрично на пальпаторно определяемых болезненных участках ягодич;

д – на проекции седалищного нерва в ягодичной складке помещают круглый электрод диаметром 5 см, а на передней поверхности бедра – электрод площадью – 80-120 см²;

е – на задней поверхности бедра в проекции прохождения седалищного нерва располагают электрод площадью 20-50 см² (катод), на передней поверхности бедра – электрод размер. 10х15 см;

ж – на месте пальпируемой боли в подколенной области помещают электрод площадью 30-50 см² (катод), на передней поверхности сустава – электрод размером 7х12 см;

з – вдоль внутренней и наружной поверхности икроножной мышцы в участках пальпируемой боли располагают электроды размером 4х10 см (катод в зоне наибольшей болезненности);

и – вдоль гребешка большеберцовой кости кнаружи от него на участке пальпируемой боли располагают электрод размером 4х12 см (катод), на задней поверхности голени – электрод площадью 60-100 см².

к – по внутренней и наружной поверхности ахиллова сухожилия на болевых участках располагают электроды размером 3х7 см. При постоянной полярности отрицательный полюс помещают на наружную поверхность.

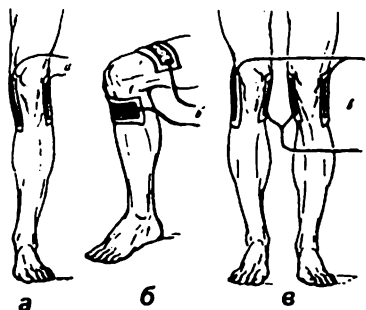
При выявлении локальной (точечной) болезненности по ходу седалищного нерва воздействие осуществляют точечными электродами размером до 2 см на ручном электродержателе по болевым точкам (рис. А, Б).

Параметры ДДТ: двухполупериодный волновой ток – 2-3 мин; короткий период – 2-3 мин; длинный период – 2-3 мин. При резко выраженных болях – двухполупериодный волновой ток в переменном режиме работы с длительностью периода 15 с, временем нарастания переднего и спада заднего фронтов по 2 с.

Параметры СМТ: режим переменный (выпрямленный), III и IV p.p., при частоте модуляции в зависимости от остроты болевого синдрома – 150-30 Гц, и глубине ее – 50-100 %, длительность посылок и пауз – 2-3 с, по 3-5 мин каждым родом работ. сила тока – до появления ощущения выраженной, но без болезненной вибрации,

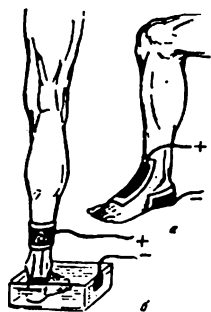
экспозиция до 5-7 мин. Процедуры проводят ежедневно или через день, на курс – 10-12 процедур.

Воздействие СМТ или ДДТ на область коленных суставов (рис. 76). Электроды площадью 40-60 см² располагают: на наружной и внутренней поверхностях коленного сустава или обоих коленных суставов (а, в), или в области верхнего и нижнего заворотов при согнутом под углом 90° коленном суставе (б).



Параметры ДДТ: режим постоянный, двухполупериодный волновой ток – 1-2 мин; короткий период – 2 мин; длинный период – 2 мин. Параметры СМТ: режим переменный или выпрямленный, III р.р. (ПН) – 3-5 мин; IV р.р. (ПЧ) – 3-5 мин, частота модуляции – 30-150 Гц, глубина – 50-100 %, длительности посылок в периоде – 2-4 с, сила тока – до появления выраженных, безболезненных ощущений вибрации. Процедуры проводят ежедневно или через день, на курс лечения – 10-12 процедур.

Воздействие СМТ или ДДТ на область пяток и мелких суставов стопы (рис. 77).



Электрод (катод) площадью 12-16 см² располагают на участке болезненности в области пятки или пятку помещают в ванночку с водой, в которой находится один из электродов. Другой электрод (анод) в виде манжетки шириной 5-7 см фиксируют на голени (б) или помещают на тыл стопы (а).

Параметры ДДТ: режим постоянный, двухполупериодный волновой ток – 1-2 мин, короткий период – 2-3 мин, длинный период – 2-3 мин.

Параметры СМТ: режим переменный, III и IV р.р. (ПН и ПЧ), частота модуляции – 120-150 Гц, глубина – 50-100 %, длительность посылок и пауз – 2-4 с, по 3-5 мин каждым родом работ, сила тока – до появления выраженных, но не болезненных ощущений вибрации. Процедуры проводят ежедневно или через день, на курс – 10-12 процедур.

Воздействие СМТ или ДДТ при заболеваниях сосудов конечностей.

Расположение электродов: а) при облитерирующем атеросклерозе сосудов рук воздействуют на паравerteбральные зоны на уровне позвонков от С₃ до Th₂ и на область плеча, предплечья, кисти; б) при облитерирующем атеросклерозе сосудов ног воздействуют на паравerteбральные зоны на уровне позвонков от Th₁₀ до L₅ и на область бедра, голени, стоп (последовательно по полям).

При декомпенсации периферического кровообращения и выраженных болях процедуры проводят в переменном режиме, род работ III, частота модуляции – 120-80 Гц, глубина – 25-50 %, длительность посылок и пауз – 1-2 с, сила тока – до появления приятной вибрации, продолжительность воздействия – 5 мин. Процедуры проводят ежедневно или через день. На курс лечения – 12-15 процедур.

В стадии компенсации кровообращения и при наличии нерезко выраженных болей процедуры проводят в переменном режиме, III и IV р.р., частота модуляции – 100-80 Гц, глубина – 50-75 %, длительность посылок в периоде – 2-3 с, сила тока – до появления безболезненной вибрации. Продолжительность воздействия по 2-5 мин каждым родом работ. Процедуры проводят ежедневно или через день, на курс – 12-15 процедур.

Если боли не усиливаются, то после 7-8 процедур можно применять следующие параметры: режим работы переменный, II р.р., частота модуляции – 100-120 Гц, глубина ее – 75-100 %, длительность посылок и пауз – 3-5 с, сила тока – до появления безболезненной вибрации, продолжительность воздействия – 10-15 мин;

При облитерирующем эндартериите (тромбангиите) в ранней стадии поражения применяются воздействия на сегментарную зону в сочетании с локальными; в поздней стадии – преимущественно на сегментарную зону.

Параметры ДДТ: воздействие проводится на область поясничных симпатичес-

ких узлов. Электроды (площадью 50 см²) располагают паравертебрально на уровне Th₁₀ - L₁, ток двухполупериодный волновой – по 3 мин с каждой стороны. Затем электроды (площадью 8х12 см) располагают на передней поверхности бедра (анод) и задней поверхности голени (катод), используя ток, модулированный длинными периодами. В заключение воздействуют на стопы поперечно (подошва – тыл стопы), используя ток, модулированный короткими периодами, по 3 мин на каждую сторону, с изменением полярности через день. Повторный курс можно проводить через 3-4 недели.

ДДТ области икроножных мышц. Электроды (площадью 6х8 см) располагают на боковых поверхностях верхней трети голени, ток двухполупериодный волновой, продолжительность процедуры – 4-6 мин, ежедневно или через день.

Воздействие СМТ можно проводить по этим же методикам.

При наличии лимфостаза ног проводят воздействия СМТ в один день последовательно на область проекции поясничных симпатических узлов (электроды площадью 40-60 см² располагают паравертебрально справа и слева на уровне позвонков Th₉-L₃) и на область голени, (электроды площадью 80-100 см² располагают поперечно на наружную и внутреннюю поверхности голени).

На паравертебральные зоны воздействуют в переменном режиме, III и IV р.р., частота модуляции – 30 Гц, глубина – 75%, длительность посылок и пауз по 3с, сила тока – до появления ощущения слабой вибрации. Продолжительность воздействия – 3-5 мин справа и слева. Процедуры проводят ежедневно или через день. На курс лечения – 5 процедур.

На область голени воздействуют в том же режиме, II р.р., частота модуляции – 100 Гц, глубина – 100%, длительность посылок и пауз по 2-3 с, сила тока до появления выраженной вибрации (15-30 мА). Продолжительность воздействия – по 7-10 мин на каждую голень, ежедневно, на курс лечения – 10-20 процедур.

5.3.2 Интерференцтерапия

Интерференцтерапия – это метод лечебного использования интерференционных токов. Характерно то, что эти токи не вводятся в организм извне, а образуются эндогенно внутри тканей и органов в результате наложения (интерференции) двух синусоидальных токов средней частоты, один из которых вводится в организм всегда с постоянной частотой, например, 5000 Гц, а частота второго варьирует в диапазоне 4900- 5000 Гц. Частота возникшего эндогенного тока точно соответствует разнице между обоими перекрещивающимися токами, т.е. может варьировать между 1 и 100 Гц.

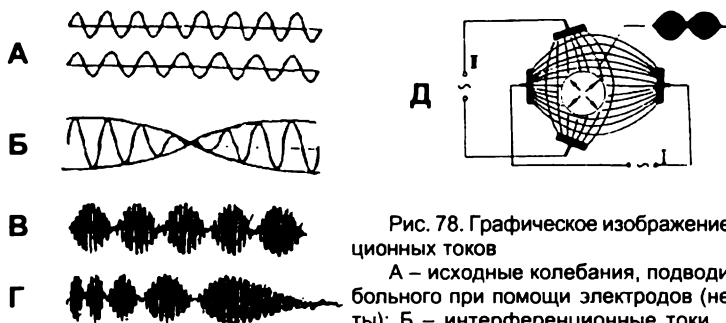


Рис. 78. Графическое изображение интерференционных токов

А – исходные колебания, подводимые к тканям больного при помощи электродов (несущие частоты); Б – интерференционные токи, возникающие внутри тканей; В – интерференционные токи с постоянной частотой колебаний; Г – интерференционные токи с изменяющейся частотой колебаний; Д – схема расположения электродов.

К одной паре электродов подается синусоидальное напряжение постоянной частоты – 5000 Гц, а ко второй паре – синусоидальное на-

пряжение, частота которого во время процедуры может меняться от 4900 до 5000 Гц. Обе пары электродов располагаются в одной плоскости, по возможности так, чтобы токи, текущие от каждого генератора взаимно пересекались (Д).

Таким образом, физическую основу метода составляет сложение двух электромагнитных колебаний одинаковой амплитуды и близкой частоты (А), в результате чего происходит их интерференция (Б) и образуется электрический ток, частота которого изменяется от 100 Гц до 0 (В, Г). Благодаря особенности формирования, интерференционные токи имеют удвоенную амплитуду исходных токов в месте их образования и поэтому оказывают наиболее выраженное действие на глубоко расположенные образования, в области воздействия.

Механизм лечебного действия тока в значительной степени зависит от частоты используемого интерференционного тока: постоянная частота 100 Гц и ритмическая частота 90-100 Гц обладают сильно выраженным обезболивающим и симпатиколитическим действием; ритмическая частота 0-100 Гц приводит к появлению обильной гиперемии и ускоренному отведению продуктов тканевого обмена.

Лечебное действие метода проявляется совокупностью терапевтически важных эффектов: снижается интенсивность острых болей (по принципу "воротного блока") и повышается порог болевого восприятия, улучшается кровоснабжение и трофика тканей, расширяются сосуды, происходит резорбция периневральных отеков, оказывается мягкое ганглио-блокирующее действие на вегетативные образования за счет угнетения симпатического звена вегетативной нервной системы, уменьшается мышечно-тонический синдром, стимулируется регенерация пораженных нервов.

Воздействие интерференционным током по методике электросна проявляется отчетливо выраженным седативным действием, которое, как свидетельствуют клинические наблюдения, значительно выше, чем при воздействии низкочастотными импульсными токами, генерируемыми аппаратами "Лэнар", "Электросон", "Амплипульс".

Недостатком метода является быстрая адаптация тканей организма к частоте биений интерференционного тока (требуется постоянная их вариация), а также трудность формирования интерференционных токов в ограниченных по площади очагах.

Основные лечебные эффекты метода: *обезболивающий, мионейро-стимулирующий, трофометаболический, спазмолитический, фибролитический.*

Показания. Различные болевые синдромы, связанные с перераздражением проводников болевой чувствительности и вегетативных волокон (вегеталгии, радикулопатии, невралгии); заболевания и травмы опорно-двигательного аппарата (ушибы, разрывы связок, переломы костей после иммобилизации костных обломков); дегенеративно-дистрофические заболевания суставов (шейный и поясничный остеохондроз с корешковыми и рефлекторно-тоническими синдромами, плечелопаточный периартроз); заболевания органов пищеварения (гастрит, дискинезия органов пищеварения); воспалительные заболевания органов малого таза (аднексит, параметрит), энурез центрального происхождения, гипертоническая болезнь I-II стадии, болезнь Рейно, облитерирующий эндартериит.

Противопоказания. Острые воспалительные процессы и инфекционные заболевания, переломы с неиммобилизированными костными отломками, желче- и мочекаменная болезнь, тромбофлебит и флеботромбоз, глаукома, травматический арахноидит с ликвородинамическими нарушениями, имплантированные кардиостимуляторы (при воздействии на расстоянии менее 50 см от искусственного водителя ритма), внутрисуставные переломы с гемартрозом и в раннем периоде (2 нед).

Аппаратура, общие рекомендации по выполнению процедур

Для проведения процедур используются аппараты: "АИТ – 50-Ч", "Duodynator", "Stereodinator", "Nemectroдин", "Endomed", "Interdyn", "Интерференцпульс" и другие.

Конструкция многих аппаратов для интерференцтерапии дает возможность автоматического применения интерференционных токов разных частот: постоянная частота 100 Гц, ритмическая частота 0 - 100 Гц, 0-10 Гц, 90-100 Гц и др.

Для проведения процедур интерференцтерапии на кожу больного накладывают две или три пары электродов так, чтобы силовые линии электромагнитных полей подводимых каждой парой электродов перекрещивались в области патологического очага (рис. Д). В зависимости от локализации патологического очага каждую пару электродов размещают либо поперечно, либо продольно (на одной стороне тела). К одной цепи подсоединяют диагонально расположенные электроды. При поперечной методике, наиболее часто применяемой в практической работе, используют две пары электродов, а при объемной – три.

В зависимости от размеров участка, подлежащего воздействию, используют либо токопроводящие пластинчатые электроды площадью от 2 до 300 см² с тонкими (до 0,5 см) гидрофильными прокладками, либо вакуумные электроды-чашечки (с давлением до (1-2) · 10⁻⁴ Па). Площадь электродов выбирают в зависимости от размеров участка, подлежащего воздействию.

Подбирая частоту интерференционных токов, следует иметь в виду, что частота 90-100 Гц оказывает наиболее выраженное *анальгетическое и спазмолитическое действие*; уменьшение частоты до 25-50 Гц – усиливает *нейростимулирующий эффект* воздействия; частота 1-10 Гц – повышает тонус симпатической нервной системы, а увеличение частоты биений тока – понижает; ритмически изменяемые интерференционные токи – в диапазоне 1-5 Гц вызывают периодическое сокращение мышц и возбуждение вегетативных нервных волокон. Исходя из этих данных, для воздействия на гладкую мускулатуру внутренних органов применяют токи с частотой 0-10 Гц, для воздействия на скелетные мышцы – 20-50 Гц, для лечения вегетативных и болевых синдромов – 70-100 Гц. Сила тока в парах электродов зависит от их площади и индивидуальной чувствительности больного и может достигать 40-50 мА. Во время процедуры силу тока плавно увеличивают до ощущения отчетливо выраженной безболезненной вибрации в зоне интерференции исходных токов. Продолжительность процедур составляет 5-15 мин (в острую фазу заболевания) или 15-30 мин (в хроническую фазу), на курс лечения – 10-15 процедур, проводимых ежедневно

или через день. При необходимости повторный курс интерференцтерапии проводят через 2-4 недели.

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДИКИ

Воздействие на позвоночник и паравертебральные вегетативные ганглии. Пластинчатые электроды с гидрофильными прокладками (площадью 50 см²) располагают паравертебрально в области грудного (шейного или поясничного) отделов позвоночника таким образом, чтобы перекрещивание обоих среднечастотных токов произошло в области пораженного участка: один электрод первой пары располагают справа от позвоночника, другой – слева по уровню ниже первого; электроды второй пары также располагают справа и слева от позвоночника напротив первой пары. Параметры тока: частота – 70-100 Гц, период изменения частоты – 5-20 с, сила тока – до ощущения мелкой вибрации под электродами, экспозиция – 10-20 мин, ежедневно, на курс лечения – 8-10 процедур.

Воздействие на органы брюшной полости и малого таза. Пластинчатые электроды (площадью 50 см²) располагают поперечно: один электрод первой пары на брюшной стенке слева, другой электрод – на спине справа; электроды второй пары также располагают на брюшной стенке справа, другой электрод – на спине слева. При таком расположении электродов зона интерференции токов должна приходиться на орган, подлежащий воздействию: желудок, желчный пузырь, кишечник, мочеточник, мочевой пузырь, матка.

Параметры тока: при гипомоторной дискинезии – 0-10 Гц, период изменения частоты 50 с, сила тока – до ощущения вибрации в глубине тканей, продолжительность процедуры – 10-20 мин, ежедневно, на курс лечения – 10-12 процедур; при гипермоторной дискинезии – частота от 70 до 100 Гц, период изменения частоты – 20-30 с, сила тока – до ощущения легкой вибрации в зоне воздействия, продолжительность процедуры – 15-20 мин, ежедневно, на курс лечения – 10-12 процедур.

5.3.3. Флюктуоризация

Флюктуоризация – метод лечебного использования переменных токов со спонтанно изменяющейся частотой и амплитудой (рис.79). Благодаря схоластическому характеру изменений параметров электромагнитных колебаний, адаптация к ним снижена по сравнению с ДДТ и СМТ, а чувствительность нервных рецепторов кожи и слизистых – высока.

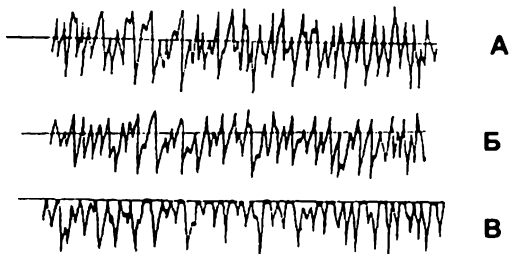


Рис.79. Графическое изображение основных видов флюктуирующих токов: а – двухполярный симметричный, б – двухполярный несимметричный, в – однополярный.

Флюктуирующие токи обладают выраженным обезболивающим действием. Используемые в данном методе переменные токи, вызывают возбуждение афферентных нервных волокон – толстых миелинизированных (А-волокон) и тонких немиелинизированных (С-волокон). И возникающие вследствие этого асинхронные афферентные потоки подавляют импульсацию из болевого очага (по принципу “воротного блока”). Достигая задних рогов спинного мозга, эти афферентные потоки вызывают сегментарно-рефлекторные реакции, что проявляется уси-

лением регионарного крово- и лимфотока, активацией обменных процессов. Повышенная возбудимость нервных проводников при длительном воздействии сменяется угнетением возбудимости, вследствие парабриоза чувствительных нервных проводников. Флюктуирующие токи, наряду с рефлекторным вызывают выраженные местные реакции за счет стимуляции аритмической фибрилляции миофибрилл, что сопровождается расширением кровеносных сосудов, гиперемией кожи и тканей области воздействия и повышением их температуры на $0,4^{\circ}\text{C}$, усилением фагоцитарной активности лейкоцитов и клеточного иммунитета, а также мобилизацией других факторов неспецифической резистентности организма.

Основные лечебные эффекты метода: *анальгезирующий, местный миостимулирующий, трофический, противовоспалительный.*

Показания. Заболевания периферической нервной системы с болевым синдромом (невралгия, остеохондроз с корешковым и рефлекторно-тоническим синдромами, нейромиозит, каузалгия), стоматологические заболевания и боли после экстракции зубов, хронические воспалительные заболевания поверхностных тканей, артрит височнонижнечелюстного сустава.

Противопоказания. Острые инфекционные заболевания, тромбооблитерирующие заболевания, невроз навязчивых состояний, вибрационная болезнь, синдром Меньера, непереносимость тока.

Аппаратура, общие указания по выполнению процедур

Процедуры флюктуоризации выполняются на аппаратах "АСБ - 2-1" (аппарат для снятия боли), а в стоматологии – "ФС-100" (аппарат для флюктуоризации стоматологический). Для флюктуоризации используются переменные или однонаправленные периодические токи частотой 100-2000 Гц, с беспорядочно меняющейся амплитудой в диапазоне напряжений до 100 В, при плотности тока – 3 мА/см².

В аппарате для флюктуоризации формируются три формы флюктуирующих токов: *двухполярный симметричный флюктуирующий ток* – непрерывно следующие импульсы одинаковой амплитуды, хаотически изменяющиеся по полярности и частоте (рис.79,А); *двухполярный несимметричный флюктуирующий ток* – непрерывно следующие импульсы неодинаковой амплитуды, преимущественно отрицательной полярности, хаотически изменяющиеся по частоте (рис.79, Б); *однополярный симметричный флюктуирующий ток* – непрерывно следующие, хаотически изменяющиеся по частоте монополярные импульсы (рис. 79, В). Эту форму тока можно использовать для *флюктуофореза* лекарственных веществ.

Процедуры флюктуоризации проводятся при контактном наложении электродов, один из которых (меньшей площади) располагают в области проекции патологического очага, а второй – площадью до 80 см² на противоположной поверхности тела. Возможно также продольное расположение электродов или в сегментарно-рефлекторной зоне. При дозировании тока учитывают субъективные ощущения больного и объективные показатели: *при слабоинтенсивном воздействии* (плотность тока менее 1 мА/см²) пациент ощущает легкую вибрацию и покалывание; *воздействие средней интенсивности* (плотность тока до 2 мА/см²) приводит к слабым подергиваниям поверхностных мышц; *при*

высокой интенсивности – у больного возникают выраженные подергивания мышц в зоне воздействия.

Продолжительность процедур, проводимых ежедневно или через день, обычно не превышает 3-15 минут. При необходимости повторный курс флюктуоризации назначают через 2-4 недели.

5.3.4. Местная дарсонвализация

Дарсонвализация – метод электролечения, при котором действующими факторами являются: импульсный переменный ток высокой частоты (110 кГц), высокого напряжения (25-30 кВ) и малой силы (0,02 мА).

Высокочастотное напряжение подводится к поверхности тела больного с помощью конденсаторных электродов в виде стеклянных трубок различной формы и назначения (рис. 80, 81).

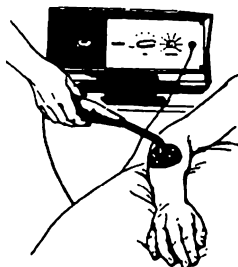


Рис.79. Дарсонвализация руки

При плотно прижатом к телу электроде возникают тихие разряды и слабое тепловое действие, а при малейшем удалении электрода от поверхности тела появляются искры и, соответственно, возрастает раздражающее действие тока.

При местной дарсонвализации высокочастотный электрический разряд раздражает рецепторы кожи (или слизистой оболочки) и оказывает на них слабое возбуждающее действие,

что стимулирует течение обменных и трофоэнергетических процессов в тканях.

Например, при дарсонвализации шейно-воротниковой области афферентная импульсация поступает в кору головного мозга, подкорковые центры, продолговатый и спинной мозг, что изменяет функциональное состояние центральной и вегетативной нервной системы и, соответственно, органов и систем, иннервационно и энергетически связанных с областью воздействия.

В первую очередь возникает вазомоторная реакция: расширяются артериолы и капилляры, повышается тонус вен, ускоряется кровоток в артериальном и венозном русле, что способствует активации обмена веществ, уменьшению выраженности вегетативно-трофических расстройств и гипоксии тканей.

Терапевтический эффект дарсонвализации проявляется отчетливым спазмолитическим, седативным, противозудным, слабым противовоспалительным, болеутоляющим, местным трофическим и бактерицидным действием.

Показания. Функциональные расстройства нервной системы, неврит, невралгия, болезнь Рейно, варикозное расширение вен нижних конечностей и геморроидальных вен, трофические язвы, вялозаживающие раны, зудящие дерматозы, экзема. У детей – при любом клиническом варианте БА, при наличии у ребенка сопутствующих функциональных расстройств нервной системы, вегетососудистой дистонии по кардиальному типу, дерматите, при головных болях у девочек в пре- и пубертатном периодах, энурезе, вазомоторном рините.

Противопоказания. Общие для физиотерапии.

Аппаратура, общие рекомендации по выполнению процедур

Для проведения местной дарсонвализации используют аппараты "Искра-1", "Искра-2", а также переносные аппараты "Импульс-1", "Корона - М", укомплектованные набором из 8-и вакуумных стеклянных электродов.

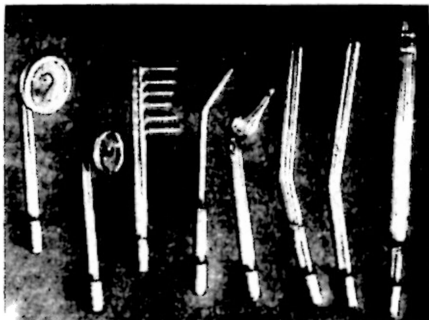


Рис. 81. Электроды для местной дарсонвализации

Применяют две методики воздействия: контактную и дистанционную.

При контактной методике – электрод плотно прижат к коже или слизистой оболочке, при этом происходит образование тихого искрового разряда, вызывающего у больного слабое ощущение тепла. Вакуумный электрод легко, без давления перемещают круговыми или линейными движениями по просушенной

и припудренной тальком коже зоны воздействия. При дистанционной методике – вакуумный электрод перемещают над областью патологического очага, воздушный зазор – 0,5-0,7 мм, при этом возникает искровой разряд между электродом и кожей больного, сила которого будет зависеть от применяемой мощности воздействия. При дистанционной методике воздействия наиболее выражено раздражающее и прижигающее действие дарсонвализации. При ректальной и вагинальной методиках воздействия вакуумный электрод стабильно оставляют в полости в течение всей процедуры, при этом больной испытывает ощущение лёгкого тепла. У маленьких детей целесообразно использовать лабильную безыскровую маломощную методику воздействия. Продолжительность процедуры у взрослых 5-10 мин, на курс лечения 5-10 процедур. При необходимости повторный курс местной дарсонвализации назначают через 1-2 месяца.

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДИКИ

Дарсонвализация головы. До начала процедуры из волос удаляют металлические предметы, расчёсывают волосы. При выключенном регуляторе мощности устанавливают гребешковый электрод на голове и, включив мощность, медленно передвигают электрод от лба к затылку. Продолжительность процедуры 5-10 мин, ежедневно или через день, на курс лечения – 10-15 процедур.

Методика, в основном, применяется при преждевременном выпадении волос (с целью усиления гиперемии, улучшения питания кожи головы и роста волосаного покрова); при атеросклерозе сосудов головного мозга, при дисциркуляторной энцефалопатии.

Дарсонвализация лица. Грибовидный электрод медленными круговыми движениями перемещают по коже лица от волосистой части головы к подбородку и от середины носа до ушей. Продолжительность процедуры до 10 мин, ежедневно, на курс лечения – 15-20 процедур.

Методика, в основном, применяется как болеутоляющий метод при невралгии тройничного нерва, лечении последствий гнойничковых заболеваний кожи лица (угревая сыпь), в косметологии.

Дарсонвализация дёсен. Предварительно удаляют зубные отложения, а за-

тем устанавливают на подсушенную десну электрод и медленно передвигают его по вестибулярной поверхности (не касаясь зубов) верхней, а затем нижней челюстей. Продолжительность процедуры до 10 мин, ежедневно или через день, на курс лечения до 10-15 процедур.

Методика применяется при пародонтозах. В течение года рекомендуется повторять 3-4 курса с интервалом между ними в 1,5-2 месяца.

Дарсонвализация кожи верхних век. Электрод с шариком на конце медленно перемещают по коже век закрытых глаз. Продолжительность процедуры по 5-6 мин, ежедневно или через день, на курс лечения до 10 процедур.

Методика используется при блефарите, конъюнктивите, в косметологии.

Дарсонвализация наружного слухового прохода. В наружный слуховой проход осторожно вводят конусообразный электрод и удерживают его неподвижно в течение всей процедуры. Мощность – до появления слабого тепла. Продолжительность процедуры по 5 мин для каждого уха. На курс до 10-15 процедур.

Методика применяется в начальной стадии отосклероза.

Дарсонвализация воротниковой зоны. Грибовидный электрод медленно передвигают по поверхности шеи, надплечий, верхней части спины – до T_6 , над – и подключичных областей. Мощность – до появления слабого покалывания и ощущения лёгкого тепла. Процедуры проводятся ежедневно, экспозиция по 7-10 мин, на курс лечения – 10-12 процедур.

Методика применяется при болезни Рейно, вегетативно-сосудистых дистониях, вибрационной болезни, климактерических неврозах.

Дарсонвализация области сердца. Грибовидный электрод круговыми движениями перемещают в области сердца, обходя сосок. Продолжительность процедуры по 3-5-8 мин, ежедневно, на курс лечения – 10-12 процедур.

Методика применяется при гипертонической болезни с болями в области сердца, при стенокардии.

Дарсонвализация молочной железы. Грибовидный электрод медленными круговыми движениями передвигают по поверхности одной, а затем и другой молочной железы, обходя сосок и ореолу. Продолжительность процедуры до 7-10 мин, ежедневно или через день, на курс лечения – 12-15 процедур. Методика применяется при гипогалактии.

При трещинах сосков воздействие производят конусовидным электродом, стабильно, мощность малая, продолжительность процедуры – 5-7 мин, на курс лечения – 7-9 процедур.

Дарсонвализация нижней конечности. Грибовидный электрод перемещают вдоль бедра до коленного сустава или стопы, мощность средняя, продолжительность процедуры – 8-10 мин, ежедневно или через день, на курс лечения – 12-15 процедур.

Методика применяется при болезни Рота, варикозно расширенных венах, остаточных явлениях после тромбоза (электрод перемещают от стопы вверх вдоль сосудисто-нервного пучка).

Дарсонвализация прямой кишки. Цилиндрический электрод, смазанный стерильным вазелином, вводят в прямую кишку на глубину 4-5 см в положении больного на боку с согнутыми ногами. Перед процедурой опорожняют кишечник. Мощность – до ощущения слабого тепла, продолжительность процедуры – 8-10 мин, ежедневно или через день, на курс лечения до 15 процедур.

Методика применяется при подостром и хроническом геморрое, трещинах ана, подостром и хроническом простатите, выпадении прямой кишки у детей.

Дарсонвализация влагалища. Цилиндрический электрод, смазанный стерильным вазелином, вводят во влагалище на глубину 8-10 см в положении больной на спине. Мощность – до ощущения лёгкого тепла, продолжительность процедуры – 10-15 мин, на курс лечения – 12-15 процедур.

Методика применяется при зуде влагалища или наружных половых органов. В последнем случае используется грибовидный электрод, который перемещается в области вульвы.

Дарсонвализация промежности. Больной – в положении на спине с со-

гнутыми и разведенными бедрами. Грибовидный электрод передвигают по внутренней поверхности верхней трети бедер и промежности, продолжительность процедуры – 10-15 мин, на курс – 12-15 процедур.

Методика применяется при импотенции.

Дарсонвализация ран и язв. Грибовидный электрод медленно перемещают вокруг раны или язвы, захватывая кожу на расстоянии около 10 см, и непосредственно по поверхности раны или язвы.

Методика используется при лечении трофических язв – в этих случаях, кроме воздействия на кожу вокруг язвы, искрой воздействуют на края язвы и ее дно, на курс лечения – 10-12 процедур.

Для уменьшения избыточных грануляций используется длинная искра. Для этого устанавливается конусообразный электрод на расстоянии около 1 см от поверхности грануляций и медленно его передвигают над всей поверхностью. Длительность процедуры 1-2 мин, всего 1-2 раза.

5.3.5. Ультратонтерапия

Ультратонтерапия (ТНЧ-терапия) – лечебное применение переменных токов высокого напряжения.

Действующими физическими факторами ТНЧ-терапии являются: синусоидальный высокочастотный ток (22 кГц), который в отличие от токов Д'Арсонваля не оказывает раздражающего действия, но имеет более выраженное тепловое действие, что и обуславливает некоторые различия в степени выраженности клинических эффектов. Отсутствие у метода ТНЧ неприятного раздражающего ощущения от искрового разряда позволяет широко использовать этот метод у детей младшего возраста, начиная с одного года.

При подведении к больному переменных токов в пространстве между телом и электродом образуется тихий искровой разряд и в поверхностных тканях возникает ток проводимости. Его плотность недостаточна для раздражения кожных афферентов, но выделяющееся в разрядном промежутке низкоинтенсивное тепло повышает температуру тканей, ослабляет регионарный спазм сосудов и мышц, усиливает кровоток в капиллярах, артериолах и венах, улучшает лимфоотток из воспалительного очага, активизирует трофоэнергетические процессы в тканях. Образующееся в воздухе при формировании такого разряда небольшое количество озона и окислов азота оказывает бактериостатическое действие, задерживая размножение микроорганизмов на поверхности кожи.

При ТНЧ-терапии наблюдаются лечебные эффекты: *противовоспалительный, вазоактивный, спазмолитический, метаболический, противозудный и обезболивающий*, выраженные сильнее, чем при местной дарсонвализации. Особенно перспективно использование ТНЧ у маленьких детей для лечения воспалительных процессов, поскольку использование для этих целей обычной УВЧ-терапии не показано при низком АД, что часто наблюдается в детском возрасте.

Показания. Невриты и невралгии черепно-мозговых нервов, длительно незаживающие раны, хронический сальпингоофорит, кольпит, эрозия шейки матки, простатит. При любом клиническом варианте БА (при подостром и хроническом течении воспалительного процесса), при вегетососудистой дистонии по кардиальному типу, при лечении сопутствующих кожных заболеваний у детей, в частности, атопического дерматита, объединяющего такие нозологические формы аллер-

гических заболеваний как экзема, нейродермит, экссудативный диатез (в период стихания острых воспалительных явлений и при отсутствии мокнутия и свежих высыпаний).

Противопоказания. Общие для физиотерапии, нарушение болевой и температурной чувствительности, кровоточивость слизистой оболочки.

Аппаратура, общие рекомендации по выполнению процедур

Аппарат “Ультратон” (в серийном выпуске “ТНЧ-10-1”) генерирует незатухающие синусоидальные колебания с частотой 22 кГц и напряжением 3-5 кВ. Выходная мощность аппарата 10 Вт. К аппарату прилагается набор стеклянных газоразрядных электродов (грибовидные большой и малый, ректальные большой и малый, вагинальный и десневой).

При использовании большой мощности воздействия электрод светится яркооранжевым светом и в воздухе накапливается озон. Техника и методика отпуска процедур имеет значительное сходство с местной дарсонвализацией, но в отличие от нее терапия ТНЧ сопровождается нагревом тканей при любой методике воздействия. Дозируют процедуры по мощности, продолжительности и субъективным ощущениям больного: малая мощность – до 3 Вт (положение переключателя 1-4), средняя – 4-6 Вт (положение переключателя 4-6), большая – 7-10 Вт. Длительность процедуры до 10-15 минут, на курс лечения – 7-10-15 процедур, назначаемых ежедневно или через день.

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДИКИ

Воздействие на кожу при экземе у детей. Область измененного участка кожи и здоровая ткань (в радиусе 3-5 см) обкладываются стерильной салфеткой. При наличии на коже ребёнка нескольких разрозненных очагов за время одной процедуры воздействуют на 2-3 участка поражения, а при наличии обширных поражений, например, на руках и ногах, воздействия чередуют по дням: один день – на руки, другой день – на ноги в сочетании с воздействием на соответствующую сегментарную зону. Длительность воздействия будет зависеть от площади очага поражения: на один участок кожи – 5-7 мин, на 2-3 очага – до 10-14 мин. На курс лечения – 7-10-12 процедур, назначаемых ежедневно или через день. Курс лечения может быть повторён 2-3 раза, с перерывами в 1-1,5 месяца.

5.4. Лечение электрическими, магнитными и электромагнитными полями

5.4.1. Франклинизация

Франклинизация – это лечебный метод, при котором действующими факторами являются: постоянное электрическое поле высокого напряжения (до 50 кВ), образующиеся при тихом электрическом разряде аэроионы озона, двуокиси азота и другие продукты ионизации воздуха. Аэроионный поток, вызывая нежное раздражение нервных окончаний кожи и слизистых дыхательных путей, рефлекторно оказывает влияние на ряд функций организма. Под влиянием статического электричества происходит ряд изменений в организме: в коже – сосудистые и температурные реакции, усиливаются тормозные процессы в коре головного мозга, улучшается самочувствие, нормализуются сон и аппетит, активизируется функция вегетативной нервной системы, стимулируется кроветворение и процессы обмена веществ, повышается

оксигенация крови, снижается СОЭ, нормализуется формула белой крови, повышается иммунный потенциал организма, стимулируется функция РЭС и фагоцитарная активность лейкоцитов.

Как показывают исследования, озон в ничтожных дозах является активным раздражителем вегетативной нервной системы, поэтому больные с лабильной реактивностью вегетативной нервной системы могут проявлять определенные реакции на процедуру. Например, франклинизация лица оказывает преимущественно ваготропное действие, а поток аэроионов, направленный на воротниковую область, повышает возбудимость симпатического отдела вегетативной нервной системы. Раздражение кожных афферентов по механизму аксон-рефлекса вызывает двухфазные изменения микроциркуляторного русла: кратковременный спазм капилляров и артерий сменяется последующим продолжительным их расширением и усилением кровотока. Озон, по данным многих авторов, оказывает стимулирующее действие на кроветворение, он повышает содержание и редукцию оксигемоглобина, увеличивает количество эритроцитов крови, повышает функцию почек, усиливает выделение мочи, повышает кровяное давление и частоту сердечных сокращений. Малые дозы озона способствуют повышению аппетита. Это дает основание рекомендовать применение франклинизации у анемичных, астеничных больных, а также при неврозах.

Франклинизация может применяться в виде общих и местных процедур, отчего, в большей степени, зависит характер ответных реакций организма.

Общее воздействие может применяться как для лечебных, так и для целей профилактики. При местном применении франклинизации снижается возбудимость и проводимость претерминальных участков свободных нервных окончаний кожи и слизистых, являющихся проводниками болевой чувствительности. Замечено, что такое воздействие электрического поля оказывает обезболивающее и выраженное успокаивающее действие, что используется при некоторых формах болевых расстройств и кожном зуде. Выявлено также подсушивающее действие на мокнущие кожные поверхности (мокнущие экземы, экссудативный диатез, поверхностные инфицированные раны, язвы, ожоговые поверхности). Эффективен метод при острых и хронических респираторных заболеваниях (вазомоторные риниты, ларингиты, фарингиты, острые и хронические бронхиты), аллергических заболеваниях (бронхиальная астма, экзема, нейродермит).

При аэроионизации ряд авторов большое значение придает нервно-рефлекторному механизму действия аэроионов на рецепторы бронхолегочного аппарата, слизистой верхних дыхательных путей и кожи. Аэроионы при дыхании оседают на коже и слизистых верхних дыхательных путей, сообщая им электрический заряд, тем самым, повышая электропотенциал кожи, белков крови, и других тканей. Аэроионы отрицательного знака вызывают понижение СОЭ, увеличение количества эритроцитов, снижают количество лейкоцитов, понижают свертываемость крови, способствуют накоплению кальция и снижают количество калия, вызывают повышение тканевого дыхания, усиливают газообмен, увеличивают потребление кислорода и выделение углекис-

лоты. Отмечается также гипотензивное и десенсибилизирующее действие, устранение головных болей, снятие апатии, бессонницы, общей слабости.

При необходимости в лечебном процессе можно использовать сочетание общих и местных процедур франклинизации, в этом случае суммарное время экспозиции не должно превышать 10-15 мин.

Основные лечебные эффекты метода: *седативный, местный анальгетический и зудоуспокаивающий, трофический, вазоактивный, бактерицидный, бронходрирующий.*

Показания. Функциональные заболевания нервной системы (астенические состояния, парестезия, бессонница, мигрень и др.) острые и хронические катары верхних и нижних дыхательных путей, бронхиальная астма, вазомоторный ринит, гипертоническая болезнь I и II стадии, ВСД по гипертоническому типу, озена без обширных разрушений слизистой оболочки носа, ожоги, длительно незаживающие инфицированные трофические язвы, афтозный стоматит, нейродермит, кожный зуд, переутомление, понижение работоспособности.

Противопоказания. Тяжелые формы бронхиальной астмы, эмфизема легких, коронарная недостаточность, церебральный атеросклероз с гемодинамическими нарушениями, общее истощение организма, туберкулез лёгких, озена с глубокими деструктивными изменениями слизистой оболочки носа, злокачественные опухоли, системные заболевания крови, органические заболевания нервной системы, повышенная чувствительность к ионизированному воздуху.

Аппаратура, общие рекомендации по выполнению процедур

Для проведения франклинизации применяют аппараты "АФ-3-1" и "ФА-5-3". Перед процедурой общей франклинизации из карманов одежды и с головы больного удаляют все металлические предметы. Больной не раздеваясь садится на стул, ноги ставятся на пластинчатый металлический ножной электрод, соединенный с анодом, а над головой на расстоянии 10-15 см помещают головной электрод, соединенный с катодом (рис.82). Высокое напряжение через каждые 2-

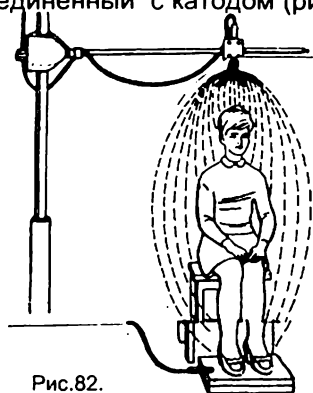


Рис.82.
Общая
франклини-
зация

3- процедуры постепенно увеличивают с 10 до 40 кВ. Продолжительность процедуры – 10-15 мин, на курс лечения – 10-15 процедур, проводимых ежедневно или через день.

Местную франклинизацию проводят при помощи специального электрода, который устанавливают над обнаженной поверхностью раны, над трофической язвой, ожоговой поверхностью на расстоянии 5-7 см. Перед процедурой поверхность раны, язвы очищают от мази и некротического содержимого. Интенсивность воздействия – 10-25 кВ, продолжительность – 10-15 мин, на курс лечения – 10-15 процедур. Оптимизация лечения способствует применение аэрофореза (перед процедурой поверхность раны, язвы орошается раствором лекарственного вещества, име-

ющего отрицательную полярность, например, р-ром аскорбиновой и никотиновой кислот, р-ром антибактериального средства, выбранного с учетом чувствительности раневой микрофлоры и др.).

С профилактической целью (особенно часто болеющим детям) местная франклинизация проводится с помощью специального сферического электрода с иглами. Процедура проводится одновременно 3-4-м больным, сидящим полукругом на расстоянии 1-1,5 м от электрода, напряженность поля до 50 кВ, продолжительность воздействия – 10-15 мин, на курс лечения – 10-15-20 процедур, назначаемых ежедневно или через день.

По окончании процедур франклинизации с помощью специального заземлителя с электрода удаляют оставшийся электрический заряд.

5.4.2. Инфитатерапия

Инфитатерапия – это метод лечебного применения импульсных низкочастотных электрических полей малой напряженности.

В настоящее время физико-химические эффекты, возникающие в тканях под влиянием импульсных низкочастотных электрических полей малой напряженности не могут быть объяснены, исходя из общих закономерностей электромагнитобиологии.

Клинически у многих больных наблюдается выраженный седативный эффект, благодаря тормозному влиянию этих полей на подкорковые процессы, что приводит к компенсаторному нарастанию активности гипоталамо-гипофизарной системы, а также активации центральных структур парасимпатической нервной системы, расположенных в среднем и продолговатом мозге. В результате воздействия: у больных урежается частота дыхания и частота сердечных сокращений, снижается АД, отмечается повышение кислородной ёмкости крови, усиление мозгового кровотока. Однако наблюдения показывают, что во многих случаях положительный лечебный эффект метода связан с суггестией, новизной лечебного метода и реакциями психофизиологического отвлечения.

Показания. Вегетососудистая дистония с расстройствами сна, переутомление, хронические стрессовые психоэмоциональные реакции, гипертоническая болезнь I-II стадии, хронический бронхит с астматическим компонентом.

Противопоказания. Стенокардия покоя, острые воспалительные заболевания, с осторожностью при БА.

Аппаратура, общие рекомендации по выполнению процедур

Импульсные электрические поля формируются при помощи аппарата "Инфита" (импульсный низкочастотный физиотерапевтический аппарат), имеющего прямоугольный облучатель в виде зеркальной пластины конденсатора, на который подаются монополярные импульсы треугольной формы отрицательной полярности, напряжением 13 ± 2 В, следующие дискретно с частотой 20-80 имп \cdot с⁻¹. Больной в данном методе подвергается преимущественно воздействию низкоинтенсивного электрического поля, т.к. величина индукции возникающего магнитного поля не превышает $4 \cdot 10^{-4}$ Тл.

Процедуры проводят больному в положении сидя. Лицо пациента находится на расстоянии 20-25 см от зеркальной поверхности излуча-

теля так, чтобы он видел отражение своих глаз на зеркальной поверхности. Для каждого больного частота следования импульсов подбирается чисто ориентировочно: при ВСД и ГБ I и II ст. частотный диапазон импульсного поля составляет 30-60 имп · с⁻¹; при бронхоспазме – 20-40 имп · с⁻¹, при неврастении и утомлении 40-70 имп · с⁻¹. Продолжительность процедур, проводимых ежедневно или через день дискретна и составляет – 1-9 мин, на курс лечения – 8-10 процедур.

5.4.3. Индуктотермия

Индуктотермия – это метод лечения высокочастотным переменным магнитным полем (ПеМПВЧ), образующимся вокруг витков индуктора при прохождении по ним тока высокой частоты (13,56 МГц) и индуцирующего в тканях вихревые движения электрически заряженных частиц. В прилежащих к индуктору тканях за счёт индукции вихревых токов Фуко происходит равномерный прогрев на глубине до 7-9 см, причём наибольшее количество тепла выделяется в жидких средах организма (кровь, лимфа, паренхиматозные органы, мышцы), имеющих наибольшую электропроводность. В зависимости от интенсивности и длительности воздействия температура в глубине тканей может повышаться на 2-4°C.

Основное значение в механизме действия ПеМПВЧ придаётся тепловому фактору, однако немаловажную роль играет осцилляторный эффект (наиболее выраженный при слабоинтенсивных воздействиях), обусловленный изменением биофизических свойств тканей в поле электромагнитных волн. Наиболее чувствительны к ПеМПВЧ нервная и сосудистая системы.

Воздействие МПВЧ стимулирует преимущественно тормозные процессы в ЦНС. Этому способствует уменьшение проводимости соматических и висцеральных афферентных проводников с последующим уменьшением возбудимости центральных и периферических отделов нервной системы.

Высокочастотные магнитные поля активизируют эндокринную систему организма. В частности, при локализации воздействия МПВЧ на область проекции надпочечников наблюдается стимуляция иммунонейроэндокринной системы, повышается глюкокортикоидная функция коры надпочечников, что способствует нормализации иммунологической реактивности организма, улучшению функции симпатoadреналовой адаптивной системы, особенно её симпатического звена регуляции.

При локализации воздействия на область грудной клетки наблюдается значительное расслабление гладких и поперечнополосатых мышц, расширение кровеносных сосудов и увеличение количества функционирующих капилляров, снижается периферическое сосудистое сопротивление и отмечается гипотензивный эффект, усиливаются кровообращение и лимфоток, повышается интенсивность тканевого метаболизма, активизируется деятельность ферментобразующих систем и фагоцитарная активность лейкоцитов, усиливаются процессы торможения в ЦНС (больной часто засыпает во время процедуры), стимулируется деятельность коры надпочечников. Под влиянием лечения снижается вязкость мокроты и улучшается ее отделение,

уменьшается склонность к бронхоспазму, восстанавливается дренажно-вентиляционная функция бронхов. Несмотря на активное влияние индуктотермии на гемодинамику малого круга кровообращения, у некоторых больных не снимается перегрузка правых отделов сердца, что может привести к кардиалгии. В этом случае следует либо уменьшить интенсивность воздействия, либо отменить лечение.

В процессе курсового лечения заболеваний системы дыхания можно использовать две локализации воздействия: на область грудной клетки и на область надпочечников, чередуя их по дням.

Высокочастотные магнитные поля за счет расслабления гладких мышечных волокон могут купировать спазм бронхов, кишечника, восстанавливать холе- и уродинамику в печени и почках, стимулируя выведение продуктов азотистого обмена с мочой. Кроме того, они повышают желчеобразование и желчевыделение, стимулируют синтез антикоагулянтов и кальций-аккумулирующую способность остеокластов, повышают проницаемость аваскулярных тканей, ускоряют эпителизацию ран, тормозят развитие аутоиммунных реакций, снижая, тем самым, активность воспалительных и деструктивных процессов в соединительной ткани.

С целью повышения лечебной эффективности метода, особенно при лечении хронических воспалительных заболеваний, можно использовать пелоидо-электрофорез-индуктортермию (пелоидо-гальвано-индуктотермию). Метод представляет собой сочетание трёх видов лечения: лечебная грязь, гальванический ток (или лекарственный ЭФ), индуктотермия. Такое сочетание вызывает сложные рефлекторно-гуморальные реакции в тканях области воздействия и в организме в целом: происходит глубокое равномерное прогревание тканей, увеличивается проницаемость тканей для химических компонентов грязи, обладающих высокой биологической активностью, повышается дисперсность продуктов аутолиза клеток и фагоцитарная активность лейкоцитов, увеличивается дисперсность белков плазмы, стимулируется репаративная регенерация в зоне очага воспаления, что способствует обратному развитию воспалительных и дегенеративно-дистрофических процессов в тканях.

Многофакторное общестимулирующее влияние сочетанного метода лечения на функциональные системы организма проявляется выраженным *противовоспалительным, десенсибилизирующим, спазмолитическим и обезболивающим действием*. Этот метод, наряду с высокой терапевтической эффективностью обладает и экономической эффективностью, поскольку в 6-8 раз дешевле аппликационного грязелечения.

Таким образом, основные лечебные эффекты МПВЧ: *противовоспалительный, сосудорасширяющий, миорелаксирующий, секретолитический, секреторный, метаболический, иммунокорректирующий*.

Показания. Подострые и хронические воспалительные заболевания внутренних органов (холецистит, гломерулонефрит, аднексит, простатит, бронхит, пневмония), подострые и хронические воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата, обменно-дистрофические заболевания суставов, заболевания и травмы периферической нервной системы, заболевания сердечно-сосудистой системы (гипер-

ности 2-3 Вт ощущается отчетливое тепло, при использовании полостных излучателей отчётливое тепло ощущается при мощности 3-5 Вт, а при полом излучателе диаметром 11,5 см отчётливое тепло появляется при мощности 10-15 Вт. Длительность процедур до 5-10 мин, ежедневно, на курс лечения 5-10 процедур.

5.4.7. Миллиметроволновая терапия

В последние три десятилетия в различных областях медицины получили широкое распространение лечебные методы, связанные с воздействием ЭМИ КВЧ-диапазона: КВЧ-терапия (крайневысокочастотная) или микроволновая резонансная терапия (МРТ), применяемые с целью повышения защитных сил организма, иммунной и физиологической коррекции. КВЧ-терапия – это метод лечебного применения электромагнитных волн миллиметрового диапазона, которые относятся к неионизирующему излучению.

КВЧ-излучение не оказывает теплового воздействия на ткань, характеризуется малой проникающей способностью. Практически, действие фактора ограничивается поверхностными слоями кожных покровов.

Несмотря на отсутствие в настоящее время полного научного обоснования механизма действия КВЧ-терапии, тем не менее, в действии этого физического фактора имеется ряд особенностей: на простейших и клеточных культурах выявлен феномен частотнозависимого поглощения энергии миллиметрового диапазона; ответная биологическая реакция на ММВ часто не соответствует плотности потока энергии и её увеличение не повышает биологическую эффективность метода; однократное облучение не изменяет функционального состояния органа и организма в целом, а курсовое воздействие оставляет следуюющую реакцию в виде “памяти” в организме на КВЧ-излучение, направленной на повышение защитных сил организма и органа (на который было направлено воздействие).

История создания метода МРТ напрямую связана с древней наукой – экстрасенсорикой. Исследователями была обнаружена электромагнитная природа экстрасенсорного воздействия на биологические объекты. Чудеса исцеления, наблюдавшиеся при работе истинных сенситивов (экстрасенсов), заставили учёных искать замену рукам целителя, т.к. человек – есть человек и его плохое самочувствие, настроение, усталость неизменно сказываются на качестве работы с больным.

Специалисты группы Н.Девяткова, М.Голанта, изучая космическое радиоизлучение, обнаружили “дыру” в миллиметровом участке спектра, которых за пределами атмосферы не существовало. Следовательно, предположили исследователи, естественные ЭМВ миллиметрового диапазона, излучаемые Солнцем и планетами, поглощаются в атмосфере и до Земли не доходят. Но в природе ничего не существует просто так и необходимо было понять, зачем это понадобилось мирозданию. Исследования показали, что “миллиметры” играют немаловажную роль в процессах, происходящих в живой материи.

В основу системных исследований биологических эффектов ММВ (миллиметровые волны) на различных уровнях биосистемы (БС) была положена следующая гипотеза. Всё живое на нашей планете зарожда-

лось и развивалось в условиях постоянного электромагнитного (естественного) фона Земли и Вселенной, структурные особенности и характеристика атмосферы которого существенным образом влияли на информационно-волновые взаимодействия в природе. В частотных интервалах естественного электромагнитного спектра атмосферы Земли, имеющего очень слабый ("нулевой") по интенсивности фон (порядка 10^{-13} - 10^{-10} Вт/см²), биосистемы в процессе эволюции создали собственные информационные "каналы связи" для управления процессами жизнедеятельности и взаимодействия подсистем внутренних структур. По-видимому, низкоинтенсивный (информационный) электромагнитный фон вселенной, являлся как бы "каналом связи" для всего живого в ней и оказывал управляющее и корректирующее влияние на БС.

Исследование биосистемы с позиций физики живого, позволило учёным рассматривать органическую целостность живого организма – как целостность физической квантовой системы, как иерархию когерентных систем диссипативных структур (пространственно-временных), как динамическую модель синхронизированных информационно-волновыми процессами молекулярных генераторов, поскольку КВЧ-сигналы генерируются клеточными мембранами, временными подструктурами (состоят из белковых молекул), образующимися на их поверхности при нарушении функционирования.

Иными словами, в биологических тканях имеется значительное число молекулярных источников ММ-излучений, быстро затухающих с увеличением расстояния, но тем не менее, оказывающих синхронизирующее влияние на рядом расположенные молекулярные генераторы, также излучающие ММ-волны. Поэтому ММ-волны используют с целью поддержания гомеостаза (в частности информационного), что связано с генерацией клетками полей в КВЧ-диапазоне (от 30 ГГц до 300 ГГц, что соответствует диапазону длин волн от 10 мм до 1 мм). Однако амплитудно-частотные характеристики излучения больных и здоровых клеток различны. С этих позиций, поддержание и восстановление гомеостаза (в частности информационного) может быть осуществлено лишь совокупностью взаимосвязанно (синхронно) работающих систем управления, т.е. всеми входящими в БС клетками и органами. Важнейшим фактором управления являются КВЧ-сигналы, генерируемые организмом при нарушении его функционирования на дискретных резонансных частотах, зависящих от характера нарушений. КВЧ-сигналы приводят в действие механизмы, исправляющие эти нарушения. Было доказано существование электромагнитного резонансного каркаса у живых организмов, в том числе и у человека (Ситко С. П, Белый К. У. и др., 1982). Воздействующие извне на больной организм КВЧ-сигналы как бы имитируют сигналы, вырабатываемые самим организмом, и в этом случае они помогают организму быстрее и эффективнее устранять нарушения.

Поэтому здоровье, с физической точки зрения, характеризуется целостностью электромагнитного каркаса, развитым биокоммуникационным механизмом и когерентностью биосигналов. Ключ к здоровью, код к нему, чрезвычайно сложен, заложен в генотипе, фенотипе, связан с онтогенезом и имеет свое представительство внутри и вне организма,

как на квантовом уровне, так и на молекулярном. Клинические результаты более чем двадцатилетнего использования ЭМИ КВЧ убедительно доказывают полилечебный эффект метода. Поскольку речь идёт о влиянии *сверхслабых излучений нетепловой интенсивности*, то ММВ относят к информационным внешним факторам воздействия на организм, влияющим только на вращательные степени свободы молекул. Излучение, исходящее от аппарата для ММ-терапии, как бы моделирует и синхронизирует собственное излучение организма в КВЧ-диапазоне, восстанавливая его частотно-амплитудный спектр и мощность, свойственные здоровому организму, и, следовательно, оптимизирует функционирование его собственной информационно-управляющей системы, восстанавливая физиологическое равновесие поражённых органов и систем. При воздействии ЭМИ в КВЧ-диапазоне они полностью поглощаются кожей человека (кожа более чем на 60% состоит из воды, а вода очень сильно поглощает КВЧ-излучения), проникая на глубину 0,7-1мм. Первичная рецепция идет через АТ, микроциркуляторное русло и иммунокомпетентные клетки (Т-лимфоциты). Высказывается предположение, что первичная рецепция осуществляется преимущественно молекулами воды, как свободными, так и входящими в состав других молекул и образований, а также свободными нервными окончаниями и элементами диффузной эндокринной системы, по Геращенко В. С., – реликтовой сигнальной системы (РСС).

На сегодня существует несколько гипотез механизма действия низкоинтенсивных ЭМИ КВЧ на организм человека.

Гипотеза “Исток” – Девяткова Н.Д., Голанта М.Б.

Авторы в качестве методологической основы КВЧ-терапии выдвигают теорию биологического резонанса, чем и объясняют поразительный корректирующий эффект ЭМИ определенного диапазона на многочисленные функциональные нарушения в организме.

Вывод авторов. КВЧ-терапия способствует мобилизации резервов организма, непрерывно сокращающихся с возрастом и болезнью, и поэтому КВЧ воздействие должно быть слабым и действовать постепенно. Внешнее ЭМИ, лишь имитирующее вырабатываемые организмом биосигналы, проникая в биоткань на определенных (резонансных) частотах трансформируется в информационные сигналы, осуществляющие управление и регулирование восстановительными и приспособительными процессами в организме.

Гипотеза “ЭМГ” (электромагнитная гомеопатия) – Колбуна Н.Д.

Вывод автора. Электромагнитные взаимодействия и обмен информацией между биологическими объектами различного уровня возможны лишь при сверхнизких уровнях управляющих сигналов. Поэтому такое информационное воздействие на организм синхронизирующее информационно-волновые функции клеток и восстанавливающее процессы саморегуляции больного организма можно назвать “*электромагнитной гомеопатией*” (по аналогии со сверх низкими дозами в гомеопатии), а сам метод – *информационно-волновой терапией* – ИВТ.

Гипотеза “ИОХ - ИРЭ” – Хургина Ю.И. и др., из которой следует вывод авторов: поскольку при КВЧ-терапии возрастает синтез АТФ, дополнительно вырабатываются БАВ, влияющие на иммунный статус организма, то можно утверждать, что низкоинтенсивное воздействие

ММВ оказывает влияние на регуляторные функции организма и его системы защиты.

Концепция Чернявского Д. С., Хижняка Е. П., из которой следует вывод авторов: роль ММВ сводится к обнаружению отклонений организма от нормы (аутодиагностика), а когда организм фиксирует это отклонение, он, по данным аутодиагностики, начинает вырабатывать собственные лекарственные препараты — аутотерапия, т.е. метод стимулирует самооздоровление организма. Как показали исследования, волны ММ-диапазона могут трансформироваться, в так называемые, акустоэлектрические волны в бислойных липидных мембранах клетки, что способствует усилению влияния их на частотнофазовую структуру поля и основные функции клетки.

Физиологическая концепция Родштата И.В., из которой следует вывод автора: поскольку первичной мишенью воздействия ММВ являются молекулы воды, связанные с белковыми структурами кожного коллагена, то изменение электретного состояния коллагена и его пьезоэлектрических свойств обуславливает возбуждение чувствительных нервных волокон в кожных рецепторных тельцах Руффини. Затем следует возбуждение преганглионарных симпатических нейронов боковых рогов спинного мозга, возбуждение, расположенных в вегетативных ганглиях МИФ-нейронов, которые выделяют в синаптические щели и в сосудистое русло адреналин, норадреналин и др. БАВ, т.е. наряду с сенсорной информацией, ЭМИ КВЧ вызывает и биохимические реакции.

Гипотеза Геращенко С. И. о роли “реликтовой сигнальной системы” (РСС) в формировании терапевтического эффекта ЭМИ КВЧ основана на тщательном и последовательном анализе исследований, накопленных разными науками. Автор высказывает предположение, что на ранних этапах эволюции в условиях слабой геофизической защиты от ионизирующей радиации и сильной вспышечной активности солнца, у простейших организмов возник комплекс защитных реакций, предохраняющих внутреннюю среду от лучевого поражения. Исходя из этих логически безукоризненных заключений, автор трактует совокупность таких защитных реакций как проявление сложившейся в процессе эволюции живого “*реликтовой сигнальной системы*”, которая возникнув на клеточном уровне в результате эволюции, была унаследована высшими организмами и имеет многочисленные проявления.

Эта точка зрения согласуется с выводами Богданова Н. Н и др. (1990, 1991) о важной роли в формировании биоэффектов ЭМИ КВЧ *опиатной системы*, включая опиатные пептиды и, прегиде всего, *лейэнкефалины*, обеспечивающие и коррегирующие многие поведенческие функции и поэтому существенно влияющие на механизмы квантования поведения и весь поведенческий континуум в целом. Это подтверждается эффектами, типичными для действия ЭМИ КВЧ и одновременно присущими энкефалинам — активация стресс-лимитирующих систем, цитопротекция, обеспечение необходимой полноты адаптации.

Представитель Днепропетровской школы исследователей — Яценко А. Т. утверждает, что КВЧ-терапия — это информационное воздействие на центральную и вегетативную нервные системы, гипоталамо-гипофизарный комплекс, центры регуляции гомеостаза и эндокрин-

ной системы, под влиянием которых кибернетические системы саморегуляции организма самостоятельно восстанавливают нарушенное равновесие.

К сожалению, в настоящее время нет достаточных научных данных для построения стройной теории механизма действия ЭМИ КВЧ, несмотря на огромное количество фундаментальных работ и клинко-экспериментальных исследований. Результаты многочисленных исследований позволяют утверждать, что ЭМИ КВЧ-диапазона при воздействии на организм вызывают широкий спектр биологических и физиологических реакций, как правило, не выходящих за пределы физиологической нормы и направленных на восстановление и поддержание гомеостаза. Это характеризует ЭМИ как неспецифический раздражитель физиологического диапазона, вызывающий совокупность адаптационных реакций, направленных на повышение общей реактивности и резистентности организма. При этом изменения в организме затрагивают все уровни – от молекулярного до высшей нервной деятельности, что подтверждает универсальность характера ответных реакций, не совсем укладывающихся в схему общего адаптационного синдрома (Н. Selye), а больше напоминающих информационные электромагнитные взаимодействия – один из общих принципов функционирования живых систем. Важной особенностью КВЧ-терапии, выгодно отличающей метод от других физиотерапевтических факторов, является способность вызывать общие адаптивные реакции при локальном воздействии на ограниченные участки поверхности тела – БАТ, БАЗ.

На сегодня допускается, что ММ-волны, в отличие от СМ-, ДМ-волн и волн оптического диапазона, обладают рядом особенностей, повышающих терапевтическую эффективность метода (Бессонов А.Е., 1997 г.):

- ММ-волны сильнее других волн поглощаются кожей, создавая в ней большие неоднородности в распределении микропротеина, температуры индуцированного транспорта веществ через кожный покров;

- волны ММ-диапазона могут трансформироваться в акусто-электрические волны в бислойных липидных мембранах клетки, что способствует усилению их влияния на частотно-фазовую структуру поля и основные функции клетки;

- широкий диапазон резонансных частот и наложенных на них информационных сигналов излучающего устройства, близких по своей структуре или совпадающих со структурами сигналов клетки (органа, системы), обеспечивают организму оптимальные условия для мгновенного включения всех механизмов быстрого реагирования на возникшие нарушения в деятельности функциональных систем.

Под влиянием воздействия ММ-волн наблюдается ускорение кровотока в зоне поражения уже с первых минут лечения, что способствует улучшению микроциркуляции: исчезает отёк, увеличивается число функционирующих капилляров, восстанавливается их функциональная способность, происходит активация антикоагулянтного звена гемосинтеза (повышение уровня гепарина и антитромбина), отмечается благоприятное влияние на метаболизм миокарда, клеточное дыхание и липидный обмен, восстанавливается кровоснабжение нейронов, в результате чего нервная система освобождается от метаболитов. Им-

муностимулирующее действие ММ-волн выражается в нормализации количественных и качественных показателей системы иммунитета: усиливается функциональная активность лейкоцитов, восстанавливается соотношение субпопуляций лимфоцитов (Т- и В-лимфоцитов). Иммунокорректирующее действие ИВТ проявляется в нормализации показателей клеточного и гуморального иммунитета и повышении иммунного статуса организма.

При лечении хронических неспецифических заболеваний лёгких с бронхообструктивным синдромом, в частности БА, положительное влияние ММВ объясняется действием на основные патогенетические звенья заболевания на уровне структурно-функциональных единиц клетки. Например, у больных БА положительный лечебный эффект наблюдается как при курсовом лечении, так и при купировании астматического статуса. Улучшение общего состояния больных и облегчение дыхания наступают буквально через 2-3 мин с момента начала воздействия. К концу курса лечения у больных значительно улучшаются показатели центральной гемодинамики, бульбарной микрогемодинамики, восстанавливается функция внешнего дыхания и потребление кислорода, нормализуется в крови уровень адренотропного гормона и кортизола, устраняется дисбаланс адаптивных и стрессовых гормонов (кортизола, АКТГ, адреналина), нормализуется медиаторный обмен и обмен БАВ (гистамина, адреналина и др.), повышается уровень метэнкефалинов и эндорфинов (в 3-12 раз), активируется антиоксидантная система организма, которая способствует нейтрализации свободных радикалов ПОЛ. Выявлено иммунокорректирующее действие ИВТ, проявляющееся в нормализации показателей клеточного и гуморального иммунитета и повышение иммунного статуса организма.

Наблюдается чёткая положительная динамика устранения нарушений функции органов и систем организма, втянутых в патологический процесс, в частности, отмечается улучшение клинических, биохимических и реографических показателей функции печени.

Экспериментально подтверждена высокая чувствительность бактерий к ЭМИ КВЧ. Высокий терапевтический эффект ММ-излучения отмечается во все фазы раневого процесса: стимулируется очищение от некротизированных тканей, регенерация и эпителизация.

Из широкого спектра клинических, биохимических и нейрофизиологических эффектов ММ-излучения можно выделить следующие особенности терапевтического действия фактора:

- обладает полилечебным эффектом, обеспечивая физиологическую стабильность организма за счёт восстановления нарушенного механизма саморегуляции информационно-энергетических и биохимических процессов в клетке, тем самым, нормализуя функции клетки и организма в целом;

- повышает неспецифическую резистентность организма к различным заболеваниям и экологическим вредностям;

- способствует нормализации функциональной активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что устраняет эндокринный дисбаланс в организме, нормализует иммунный статус и метаболические процессы;

- способствует нейрогуморальной активации антиоксидантной системы организма, блокируя процессы ПОЛ, играющие существенную роль в патогенезе многих заболеваний и их обострений;

- стимулирует пролиферативную активность костного мозга, улучшает клинические показатели и реологические свойства крови;

- обладает мощным противовоспалительным, бактериостатическим и противоотёчным действием;

- повышает эффективность лекарственной терапии, снижая их расход в процессе комплексной терапии, поскольку ни одно лекарственное средство не обладает столь широким диапазоном терапевтического действия;

- включение в комплексную терапию ЭМИ КВЧ сокращает сроки и повышает качество лечения больных;

- ММВ, примененные в период ремиссии заболевания, значительно уменьшают частоту обострений, удлиняют период ремиссии заболевания, в частности, при патологии органов пищеварения, сердечно-сосудистой и нервной систем, системы дыхания, т.е. являются эффективным профилактическим средством;

- наибольшая эффективность метода отмечается при воздействии на БАТ, описанные в китайской медицине и открытые Р.Фоллем.

Любой патологический процесс в организме сопровождается выделением во внешнюю среду КВЧ-волн через открытые точки БС - АТ, которые становятся как бы генераторами волн СВЧ - диапазона. У каждой живой системы суммарная частота колебаний индивидуальна и в основном изменяется только амплитуда колебаний, от которой и зависит мощность волны (длина КВЧ-сигнала, излучаемого человеком, находится в диапазоне 4,9-7,1мм, а частота 50-70 ГГц). Организм способен как излучать, так и усваивать ММВ, поэтому *метод МРТ можно рассматривать как уникальный феномен резонансной коррекции патологических состояний организма на информационноэнергетическом уровне при воздействии на БАТ или БАЗ в соответствии с правилами восточной иглорефлексотерапии. Последнее послужило поводом для характеристики этого метода как микроволновой резонансной рефлексотерапии – МРТ. Однако в физиотерапии наиболее часто применяется термин – КВЧ-терапия.*

Метод КВЧ-терапии получил широкое распространение и использование практически во всех областях клинической медицины, однако приоритетным остаётся его применение в клинике внутренних болезней.

Показания. Гастроэнтерология (ЯБ, заболевания гепатобилиарной системы, гастрит в стадии обострения и другие заболевания системы пищеварения, а также полипы и полипозы желудка); кардиология (ГБ I-II стадии, ИБС, в том числе и острая коронарная недостаточность, стенокардия напряжения – I-II ФК, ВСД и др.); пульмонология (ВЗЛ, в том числе бронхиты с бронхообструктивным синдромом, БА); неврология (последствия закрытых черепно-мозговых травм, невриты и невралгии, и связанные с ними, болевые синдромы, мигрень, нарушение мозгового кровообращения и др.); хирургия (болевые послеоперационные синдромы, вялозаживающие раны и язвы, травматические повреждения мягких тканей, с целью активации процессов регенерации

и предупреждения послеоперационных осложнений, в том числе, и в онкологической практике, облитерирующий эндартериит и атеросклероз сосудов нижних конечностей и др.); ортопедия и травматология (асептический некроз головки бедренной кости, для стимуляции репаративных процессов после травм костно-суставной системы, в том числе – травматический остеомиелит, гнойный артрит, наличие свищей, замедленная консолидация костей и др.); дерматология (экзема, нейродермий, псориаз и др.); гинекология (воспалительные заболевания матки и придатков, и др.); наркология (хронический алкоголизм, абстинентные синдромы и опийная наркомания и др.); педиатрия (ДЦП, энурез и другие болезни детского возраста, аналогичные вышеперечисленным); иммунология (коррекции иммунного статуса больных, практически, при всех хронических заболеваниях с вялотекущим, рецидивирующим течением).

Противопоказания. Общие противопоказания, исключающие применение физических факторов с лечебной целью, хотя, по мнению большинства авторов, абсолютных противопоказаний к проведению КВЧ-терапии не выявлено. Однако не рекомендуется воздействовать ЭМИ КВЧ на пигментные пятна, невусы, ангиомы и область нижнего края грудины в период беременности.

Относительные противопоказания. Подозрение на малигнизацию язвы, доброкачественные опухоли любой локализации, беременность, сердечно-сосудистая недостаточность II-III степени, ГБ II-III стадии с частыми кризами.

Вопросы сочетания КВЧ-терапия в одном лечебном курсе с другими методами энергетического воздействия на сегодня недостаточно разработаны, поэтому целесообразнее использовать метод как монотерапию (если позволяет клиническая ситуация), сочетая при необходимости с другими видами физиотерапии в виде коротких последовательных курсов, используя методы контроля за эффективностью и адекватностью проводимой терапии.. Перспективно комбинированное использование метода: КВЧ+лазеротерапия, КВЧ+магнитотерапия, КВЧ+электротерапия, в частности, сочетание с лекарственным электрофорезом. Возможно сочетание ЭМИ КВЧ в одном лечебном курсе с гомеопатией, фитотерапией. При сочетании с медикаментозным лечением оптимальным является применение ММИ через 30-60 минут после приема лекарств. У больных с непереносимостью к лекарствам КВЧ-терапия является методом выбора, что особенно актуально в условиях возрастающей аллергизации населения.

Аппаратура, общие рекомендации по выполнению процедур

В большинстве случаев в аппаратах для КВЧ-терапии используют частотный диапазон 53-65 ГГц, генерирующих преимущественно излучение в диапазонах 4,9 мм, 5,6 мм и 7,1 мм различной интенсивности (но не более 10 мВт/см²), в различных модуляциях и "шумовых" режимах.

Отечественной промышленностью выпускаются аппараты, работающие в диапазоне ЭМИ: "Г4-142"; "Р2-69"; "АМРТ", "Ария", "АМРТ-01", "АМРТ-02", "Ария-М"; "Ария-01", "Порог", "Порог-3М", "Шлем-01-05", "Электроника КВЧ-01", "Явь-1", "Инициация-2 МТ", "Алёнушка", "Бриз",

“ИВТ-Порог”, “ИВТ-Колбун” и др. Создан уникальный аппарат для КВЧ-терапии с биологической обратной связью – “Гармония - КВЧ - БОС”.

Общим недостатком большинства приборов является то, что выбираемые врачом частоты навязываются организму, а не организм произвольно избирает частотное воздействие внешней среды.

Аппарат “Минитат” существенно отличается от вышеперечисленных приборов, поскольку в нём используется весь ММ-диапазон (10 мм-1 мм), т.е. частоты излучений от 30 ГГц до 325 ГГц и выше, что позволяет организму как бы самому выбирать необходимую для себя терапевтическую частоту. Широкий спектр резонансных частот обеспечивает организму оптимальные условия для мгновенного включения всех механизмов быстрого реагирования на возникшие нарушения и отклонения в деятельности физиологических систем организма, поскольку биологическая полевая система организма имеет возможность одновременно взаимодействовать со всем спектром терапевтически эффективных частот, избирательно используя информационные сигналы, совпадающие или близкие по своей структуре к структуре сигналов клеток, органов и систем организма.

Аппарат “Порог” – генератор шума сверхнизкой интенсивности, диапазон частот – 53-78 ГГц, потребляемая мощность – 5 Вт, спектральная плотность мощности излучения – 10^{-12} - 10^{-16} Вт/Гц, питание от сети или от автономного источника тока. Аппарат небольшой по размерам, удобен для эксплуатации в любых условиях: на дому, в поликлинике, для оказания urgentной помощи при шоке и т.д.

Воздействие ЭМИ КВЧ осуществляют локально на БАТ, на кожные проекции патологического очага, вегетативных ганглиев, двигательные точки, рефлексогенные зоны. Дозирование воздействия осуществляется с учётом многих факторов (характер основной и сопутствующей патологии, активность процесса, стадия течения и т. д.) и, в первую очередь, функционального состояния адаптивных систем организма, о которых практический врач может судить в упрощенном варианте по оценке динамики вегетативных проб и индексов. (Кердо, Хильдебранта, Шелонга, Робинсона и т. д.) или использовать более сложные комплексные и системные подходы для определения адаптивных реакций тренировки и активации биоэнергетических систем организма.

Если пациент располагает достаточно большими адаптационными возможностями (т. е. находится на стадии активации и тренировки высоких уровней реактивности без признаков напряжения), то время экспозиции в соответствии с исходной реактивностью организма может быть 15-30 минут. Если же, в соответствии с исходными данными, адаптивно-приспособительные реакции пациента истощены и уровень его физиологического здоровья низкий, то воздействие ЭМИ КВЧ должно быть непродолжительным (5-10 мин на первых 2-3 процедурах) с последующим сохранением или увеличением времени экспозиции.

Исходя из наблюдений многих авторов, длительность КВЧ-терапии может колебаться от 5-6 мин (в некоторых методиках) до 20-30 мин (в отдельных методиках до 60 мин.). У детей, лиц пожилого возраста и ослабленных больных время экспозиции и дозы облучения соответственно уменьшаются на 30-40% от общепринятой, используя для этих

целей различные режимы генерации ЭМИ (например, на аппаратах "Электроника-КВЧ – 6 и 11 с, импульсную генерацию – 5 или 45 Гц).

При воздействии на БАТ время экспозиции колеблется от 5-6 мин до 20-30 мин. Как рекомендуют Самосюк И. З. и др. (1998), для активизации систем и органов следует использовать 4-6 точек (по 5 мин на БАТ), а для торможения – использовать 1-2 точки (10-30 мин на БАТ).

Как уже подчеркивалось, в методе КВЧ-терапии используется воздействие сверхслабыми ЭМП в миллиметровом диапазоне, к каким относят плотность потока мощности излучения менее 10 мВт/см^2 . Именно на этом уровне формируется граница между энергетическим и информационным характером воздействия ЭМП на живые организмы. При воздействии на БАТ чаще используются ЭМП с плотностью потока энергии на выходе рупора волновода $1\text{-}2\text{-}3 \text{ мВт/см}^2$.

Следующим важным критерием эффективности КВЧ-терапии является подбор индивидуальной терапевтической частоты.

Организм способен с высокой степенью дискретности различать частоты ЭМИ (в диапазоне 52-65 ГГц), реагируя практически мгновенно изменением ЭЭГ, ЭКГ и др. физиологических показателей на воздействие индивидуальной терапевтической частоты. Эта частота обычно вызывает у больных специфические сенсорные реакции, так называемый, "резонансный отклик" – ощущение чувства тепла, покалывания, лёгкого жжения, ползания "мурашек" в различных частях тела, а также общие реакции организма в виде сонливости, переходящей в сон, реже в виде лёгкой эйфории. Поэтому эффективность лечения зависит не просто от индивидуального подхода к больному, а целиком определяет его, т.к. резонансное поглощение волн КВЧ-диапазона возможно только при правильно подобранной частотной характеристике, поскольку резонансная суммация амплитуды волны будет наблюдаться только в том случае, если частота КВЧ-сигнала будет приближаться к собственной частоте колебаний мембраны. Процесс резонансной передачи энергоинформационной волны КВЧ-диапазона очень сложен, но в концепции, принятой на сегодня, мембранные рецепторные белки являются начальным звеном регуляторных систем.

Высокая чувствительность АТ (БАЗ) к ЭМИ (в некоторых случаях близкая к квантовому пределу) в процессе излучения постепенно снижается (при правильно выбранном режиме и топологии воздействия) и организм перестает воспринимать ЭМИ во всем частотном диапазоне.

В практической физиотерапии в большинстве случаев используются аппараты для КВЧ-терапии, работающие на фиксированных частотах (42,2 ГГц, 53,6 ГГц, 61,5 ГГц, что соответствует диапазону длин волн 4-8 мм) или используется "шумовой" спектр излучения (аппараты типа "Порог"). Но, как отмечает в своих исследованиях Герашенко С. И. (1997), этого вполне достаточно для получения неспецифических реакций организма.

Относительно времени и частоты проведения процедур МРТ (как и лазеропунктуры) в процессе курсового лечения следует ориентироваться на следующее: в соответствии с циркадным ритмом организма повторяемость процедур не должна быть чаще одного раза в сутки (исключение применение МРТ с целью купирования приступа бронхоспазма). Как уже отмечалось нами, проведение процедур предпоч-

тительнее в одно и то же время суток, причём, по мнения некоторых авторов, оптимальным для проведения лечения следует считать время *максимальной активности органа (канала)*, если он находится в гипосостоянии, или время *минимальной активности* работы органа, если орган (канал) находится в гиперсостоянии (рис.18). Если же это правило, по тем или иным причинам, невыполнимо, то следует ориентироваться на другие правила восточной медицины.

Курс лечения обычно состоит из 3-5 до 10-20 процедур. Учитывая длительность информационных ритмов организма, в частности, циркодисептанного (14 суток), можно ориентировочно рекомендовать длительность курса КВЧ-терапии в 7-14 процедур.

С целью достижения оптимального терапевтического эффекта на протяжении всего курса лечения точки или зоны воздействия чередуются. Повторные курсы КВЧ-терапии проводят через 2-3 месяца.

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДИКИ

Применение МРТ в лечении детской астмы. Лечение начинают с подачи мощности на волновод и подбора терапевтической частоты по сенсорному (резонансному) "отклику" пациента. Следует помнить, что задачей первостепенной важности в начале курса лечения является хороший психологический контакт между врачом и пациентом, что обеспечивает как понимание пациентом задаваемых ему вопросов, так и умение сосредоточиться на своих ощущениях и их изменении в процессе подбора индивидуальной терапевтической частоты. И чем точнее будет соблюдаться это правило, тем большая вероятность подбора резонансной частоты. Во время первого сеанса МРТ врач, проводя диалог с пациентом о характере его ощущений, осторожно передвигает рычажок переключения частот с шагом изменения частоты 0,02-0,05 ГГц и экспозицией 20-25 с и находит частоту, обеспечивающую наиболее комфортное состояние пациента. К примеру, ориентировочная терапевтическая частота при бронхоспазме находится в достаточно узком диапазоне – 55-60 ГГц (в 88% случаев - 56-58 ГГц). На выбранной частоте и проводится курс лечения. Следует учитывать, что в дни магнитных бурь и других неблагоприятных ситуаций, каждый сеанс нужно начинать с уточнения сенсорного отклика и при необходимости корректировать частоту работы генератора.

Основные субъективные критерии правильности подбора терапевтической частоты при бронхоспазме:

- уменьшение или исчезновение затрудненного дыхания;
- облегчение отхождения мокроты, тепло в грудной клетке;
- возможность находиться в горизонтальном положении.

В каждом конкретном случае оптимальный набор АТ и последовательность воздействия на них, интервалы времени между сеансами, с применением базисных лекарственных препаратов и других методов или без них, длительность курса лечения и т.д. подбираются индивидуально с учетом особенностей проявления заболевания, особенностей течения бронхообструктивного синдрома.

Для снятия обструктивного синдрома, как правило, бывает достаточно использовать 2-3 АТ общего действия (Gi 4 или E 36), одну-две из следующих АТ: P2, J22, J17, E40, а также точки по Р.Фоллю: МА - т. аллергии и МЭС – т. надпочечников при гормонозависимой БА.

У больных БА во время приступа удушья можно использовать так же одно из следующих сочетаний: P7-V13; J14-V13; J14-V60; P5-P7; J14-Gi4; Gi4-R27, кроме указанных можно также включать в рецепт: P3,6; J12,17; F2,3.

За один сеанс берут 2-3 АТ, продолжительность всего сеанса – 6-10-20 мин., на курс лечения – 5-7 сеансов, проводимых ежедневно в одно и то же время суток (можно за час до предполагаемого приступа).

По данным литературы, уменьшение или купирование бронхоспазма во время первого сеанса отмечаются у 89% больных. Не всегда после проведения сеанса МРТ достигается стойкий лечебный эффект. Приблизительно у трети больных он держится от 3-х до 4-х часов, что требует повторного проведения МРТ в течение суток.

При лёгкой форме БА целесообразно проводить МРТ без приёма противоастматических средств, а сочетать лишь с ЛФК, массажем, ИТ, психотерапией, диетотерапией, гомеопатией.

При БА средней тяжести ИВТ может применяться в сочетании с лекарственной терапией. Но чаще всего с первого сеанса ИВТ отменяются все лекарственные препараты, в том числе и гормональные. Если же больной получал большие дозы гормонов (2-3 таблетки), то, начиная с первого сеанса их уменьшают на половину или на треть. Курс лечения обычно не превышает 5-8 сеансов. При последующих курсах лечения, проводимых через 3-4 недели, доза гормонов ещё уменьшается, а к концу третьего курса у многих больных удаётся отменить кортикостероиды (даже у больных БА, принимавших гормоны в течение 1,5-2 лет) и добиться стойкой ремиссии заболевания. **Применение МРТ** в лечении детской астмы эффективно при БА лёгкой и средней тяжести, при наличии дыхательной недостаточности I-II ст.; при обострении БА, протеающем на фоне пневмонии, острого бронхита; для снятия стрессовых состояний; у детей, подвергшихся радиационным воздействиям с целью лечения поражений центральной и периферической нервной системы, заболеваний органов пищеварения и т.д. и для профилактики их рецидивов.

Применение МРТ в лечении нейродермитов. Этиология заболевания нейродермитом медицинской наукой до настоящего времени не выяснена. Часто заболевание связывают с гастроэнтерологическими нарушениями или с аллергией.

МРТ является одним из перспективных методов немедикаментозного лечения нейродермита, причём метод не имеет противопоказаний. Однако, до начала курса лечения больной должен быть обследован (анализ мочи, кала, крови) иммунологическое исследование и проконсультирован врачами-специалистами: гастроэнтерологом и отоларингологом.

Лечение проводится на аппаратах, работающих в диапазоне частот 54-78 ГГц, хотя как показывают наблюдения, при нейродермите наиболее вероятной является частота в пределах 58,5 ГГц, 59,5 ГГц, 60,5 ГГц.

Во время первого сеанса, длительностью до 20 мин (у детей от 3 до 14 лет до 10-12 мин) врач, уложив больного на кушетку, устанавливает излучатель на акупунктурную точку Gi (II) 4 меридиана толстой кишки или E (III) 36 меридиана желудка и путём переключения кнопки управления частотами по сенсорному отклику организма больного подбирает терапевтическую частоту. Установив терапевтическую частоту, врач проводит первый сеанс и последующий на этой же частоте, экспозиция до 20 мин, мощность излучения до 1-3 мВт/см².

Если после первого сеанса у больного не уменьшился зуд кожных покровов, то воздействие осуществляют на другую точку – Gi (II) 11 и при отсутствии изменений во время третьего сеанса воздействие проводят на точку P(I) 7 меридиана лёгких, точку RP (IV) 6 меридиана селезенки и TBM-10 (внемеридианная точка) по 5-7-10 мин на каждую.

Для лечения могут быть использованы следующие корпоральные точки: V (VII) 13, 40, 60 меридиана мочевого пузыря; TR (X) 5 меридиана трёх частей туловища; F (XII) 2 меридиана печени; T (XIV) 14 заднесрединного меридиана; TBM - 132 (внемеридианная точка) в сочетании с аурикулярными – AP 13,22,29,31,55,101. Комбинация этих точек может быть произвольной, но последовательность воздействий следует проводить в соответствии с правилами восточной медицины. На курс лечения – 10-15 сеансов. Если первый курс лечения не привел к полному исчезновению зуда, то через 3-4 недели курс лечения повторяется.

Для больных нейродермитом характерна сезонность обострений: весной и осенью. Поэтому больным можно рекомендовать в порядке сезонной профилактики проводить 5-7-10 сеансов МРТ.

В процессе лечения МРТ из средств наружной терапии можно использовать смягчающие кремы и индифферентные жиры.

Обязательно проводить контроль за ходом лечения: акупунктурная диагностика (пульсовая, Р.Фолля, ВРТ и др.), иммунологическое исследование периферической крови (по окончании лечения). Рекомендуется проводить лечение на фоне гипоаллергенной диеты.

Пневмония. Методика1. Длина волн ЭМИ КВЧ - 4,9 или 5,6 мм, мощность излучения до 2-5 мВт, режим работы - импульсная генерация 45 Гц + пауза 11с, зона воздействия – 4-5 БАТ на 1 процедуру, положение излучателя - контактно на

зону воздействия, экспозиция - до 5 мин на БАТ, на курс лечения – 7-11 ежедневных процедур. Рекомендуемые БАТ: основные – Т (XIV) 14 и J (XIII) 22, дополнительные – Р (I) 1,7; Gi (II) 4; V (VII) 13, 43. На одной процедуре брать 2 основные АТ и 2-3 дополнительные точки (аппарат «Электроника-КВЧ»).

Методика 2. Длина волны ЭМИ КВЧ – 4,9 или 5,6 мм, мощность излучения до 2-5 мВт, режим работы – непрерывный или импульсный, частота модуляции – 9,4 Гц, зона воздействия – 4-5 БАТ на 1 процедуру, экспозиция – до 5 мин на БАТ (общее время до 25-30 мин); положение излучателя – контактно на зону воздействия, на курс лечения до 9-15 процедур. Рекомендуемые БАТ: J (XIII) 19-21; Т (XIV) 11,12,14,15; V (VII) 11,12,13; R (VIII) 23,24,25; E (III) 14,15; PC 56,60.

Бронхит хронический. Методика 1. Длина волны ЭМИ КВЧ – 5,6 мм или 4,9 мм, мощность излучения до 5-7 мВт, режим работы – непрерывный или ТЧМ, зона воздействия – нижняя треть грудины и V (VII) 13, положение излучателя – над зоной облучения (1 см) и контактно на БАТ; время процедуры до 20-30 мин; на курс лечения до 9-15 процедур, проводимых ежедневно или через день.

Методика 2. Длина волны ЭМИ КВЧ – индивидуальная, режим работы – импульсная генерация – 45 Гц + пауза 11 с, зона воздействия – 4-5 БАТ на одну процедуру; экспозиция до 5 мин на точку – контактно, на курс лечения – 7-14 ежедневных процедур.

Рекомендуемые БАТ: основные – J (XIII) 22; Т (XIV) 14; дополнительные – Р 1,7; Gi 4; V 13,14. На каждой процедуре использовать 2 основные БАТ и 2-3 дополнительные.

Гайморит. Длина волны ЭМИ КВЧ – 4,9 мм или 5,6 мм, мощность излучения до 5-8 мВт, режим работы – непрерывный или ТЧМ, зона воздействия – гайморова полость, экспозиция до 15-30 мин, положение излучателя – контактно на зону воздействия; на курс лечения – 7-9 ежедневных процедур.

Тонзиллит. Длина волны ЭМИ КВЧ – 5,6 мм или 4,9 мм, мощность излучения до 5-9 мВт, режим работы – непрерывный или ТЧМ, зона воздействия – под углами нижней челюсти, положение излучателя – контактно на зону воздействия или над зоной воздействия (1 см); экспозиция – 20-30 мин; на курс лечения – 7-14 ежедневных процедур.

Ринит. Длина волны ЭМИ КВЧ – 4,9 мм или 5,6 мм, или "шум" в данном диапазоне; мощность излучения до 5 мВт, режим работы – непрерывный или ТЧМ, зона воздействия – область точки Gi (II) 20 (контактно); время процедуры – 20-25 мин; на курс лечения – 7-9 ежедневных процедур.

Лечение энуреза (ночного недержания мочи). Положение больного лежа. Волновод аппарата "Явь-1" (длина волны 5,6 мм) устанавливается на зону проекции мочевого пузыря на переднюю брюшную стенку, контактно, мощность излучения до 3-7 мВт, в режиме фиксированной частоты или в режиме частотной модуляции. Продолжительность процедуры – 20-25 мин, на курс лечения – 5-7 ежедневных процедур, (заболевание обычно купируется через 4-5 процедур).

5.4.8. Лечение магнитным полем

Магнитотерапия – это использование в лечебных целях постоянного (ПМП), переменного (ПеМП), пульсирующего (ПуМП), бегущего (БеМП) или вращающегося (ВрМП) магнитных полей, а также высокочастотного магнитного поля (МПВЧ). Перечисленные МП в отличие от высокочастотных физических факторов не оказывают на организм больного теплового действия.

Основным параметром, характеризующим биофизическое действие МП, является индукция (плотность магнитного потока). Единицей измерения магнитной индукции является тесла (Тл) или тысячная доля теслы – миллитесла (мТл), или эрстед, или гаусс, равный одной десятой доли мТл.

В основе лечебного действия МП лежат известные физические законы: если проводник (например, кровь в кровеносном сосуде, лимфа в лимфатическом сосуде) движется в неоднородном постоянном маг-

нитном поле или на неподвижную биологическую структуру (например, мышечную ткань) действует изменяющееся во времени МП, то в них по закону электромагнитной индукции Фарадея наводятся электродвижущие силы и соответственно кольцевые токи. Плотность этих токов зависит от электропроводности биоткани и скорости движения проводника в неоднородном постоянном МП. Электропроводность биоткани зависит также от ее химического состава и достигает наибольших значений в сыворотке крови и спинномозговой жидкости. По-видимому, в механизме лечебного действия МП имеет значение и эффект "омагничивания" воды.

На электрический заряд, движущийся в МП в направлении перпендикулярном вектору скорости заряда, действуют силы Лоренца (постоянные в ПМП и знакопеременные в ПеМП). Это явление реализуется на всех уровнях БС.

ПМП – в данной точке пространства не изменяется во времени ни по величине, ни по направлению. Его получают с помощью индукторов, питаемых постоянным электрическим током или с помощью неподвижных постоянных магнитов (магнитофоров).

МП взаимодействует с молекулами, обладающими диа- и парамагнитными свойствами, и проникает в живые ткани на глубину 3-5 см, однако интенсивность его заметно уменьшается по мере удаления от источника.

Биологическое действие ПМП проявляется на всех уровнях биосистемы: от субмолекулярного до системного. Основной точкой приложения трансформации энергии МП в физико-химические и биологические процессы являются биологические мембраны. Под влиянием ПМП изменяются: электрический потенциал и проницаемость клеточных мембран, диффузные и осмотические процессы, коллоидное состояние тканей, повышается фагоцитарная активность лейкоцитов, уровень метаболических окислительно-восстановительных процессов и свободно-радикального окисления, снижается СОЭ. Изменение транспортных свойств биологических мембран, в частности, эндотелия кровеносных капилляров, способствует улучшению микроциркуляции и стимуляции процессов репарации.

В ПМП изменяется скорость течения биохимических реакций и активность ферментов: повышается у каталазы, ацетилхолинэстеразы, аспарагиназы, карбоксидисмутазы, трипсина, ДНК-азы, а у глутаматдегидрогеназы, гистидина – снижается.

К воздействию ПМП чувствительны иммунокомпетентные органы – тимус, лимфатические узлы, селезенка, благодаря чему активируется иммунологическая реактивность организма, повышается уровень аутоантител, изменяется содержание Т- и В-лимфоцитов и иммуноглобулинов крови, а также активность калликреин-кининовой системы (ККС).

При локализации воздействия на печень улучшается ее гемодинамика и метаболизм. Наиболее чувствительны к действию ПМП гипоталамус, зрительный бугор и кора головного мозга. МП усиливает тормозные процессы в коре головного мозга, оказывает нормализующее действие на вегетативную нервную систему.

Таким образом, в механизме реализации ответной реакции организма на воздействие ПМП основная роль принадлежит центральным

и периферическим нейроэндокринным механизмам, иммунокомпетентным органам и микроциркуляторным процессам, что в совокупности обеспечивает *противовоспалительное, противоотечное, коагулорегулирующее действие, стимуляцию трофических и репаративных процессов, иммуномодулирующий эффект.*

Показания. Вегетативные полиневриты, ВСД, болезнь Рейно, облитерирующий, эндартериит, флебит, тромбофлебит, воспалительные и обменно-дистрофические заболевания суставов, вялозаживающие раны, трофические язвы, ВЗЛ, протекающие с аллергическим компонентом.

Противопоказания. Индивидуальная гиперчувствительность к фактору, ИБС (стенокардия напряжения – III ФК), аневризма аорты, гипотония, наличие имплантированного кардиостимулятора, кровотечения или склонность к кровотечениям.

Низкочастотная магнитотерапия – ПеМП, ПуМП, БеМП, ВрМП – это методы лечебного воздействия низкочастотным магнитным полем. Магнитная индукция этих полей не превышает 50 мТл.

ПеМП – это МП, изменяющееся во времени по величине и направлению. Его получают с помощью индукторов, питаемых переменным электрическим током, или – с помощью вращающихся магнитов.

ПуМП – изменяется во времени по величине, но постоянно по направлению. Его получают с помощью индукторов, питаемых пульсирующим током или – с помощью перемещающихся постоянных магнитов.

Бе МП – создается путем подключения к многоканальному генератору системы из плоских магнитных катушек. Из-за попеременного переключения импульсов тока с одной катушки на другую, формируемое магнитное поле как бы "обегает" тело пациента, на котором расположены катушки.

ВрМП – формируют при помощи аппаратов "Полус-3" и "Полус-4", генерирующих магнитное поле с частотой 20-25 имп/с. Индукция магнитного поля составляет соответственно 30 и 15 мТл, а ее постоянное направление и специальная форма индукторов позволяют осуществлять магнитофорез лекарственных веществ.

В основе механизма лечебного действия низкочастотной магнитотерапии лежат те же закономерности, что и для ПМП, однако основным действующим фактором является формирование в биоткани индуцированных электрических токов, плотность которых определяется частотой и амплитудой МП (скоростью изменения магнитной индукции).

Эти токи наводятся в тканях организма при воздействии переменным полем с магнитной индукцией 0,5-5 мТл при частоте 50 Гц или 10-100 мТл при частоте 2,5 Гц и при плотности индуцированного тока 1-10 мА/м², при которых наблюдаются минимальные биологические эффекты (что и должно использоваться в педиатрии).

К воздействию ПеМП чувствительны нервная, эндокринная и сердечно-сосудистая системы, через которые преимущественно и реализуется ответная реакция организма.

Наиболее чувствительны к МП этого диапазона центры вегетативной регуляции – гипоталамус, таламус, ретикулярная формация среднего мозга, осуществляющие регуляцию висцеральных функций при

участии эндокринной системы (при локализации воздействия на уровне $C_4 - Th_3$). Эти изменения характеризуются снижением возбудимости нервных структур, повышением функциональной активности нейронов и глиоцитов коры больших полушарий, повышением порога болевого восприятия, нормализацией функциональной активности САС, повышением устойчивости к стрессам, гипоксии, физической нагрузке, снижением напряжённости гуморального иммунитета.

В зависимости от биотропных параметров (интенсивность, направленность вектора, локализация) ПеМП способствует усилению кровоснабжения органов и тканей на уровне микроциркуляции и восстановлению взаимосвязи между свёртывающими и антисвёртывающими системами крови (снижение повышенных реологических свойств крови – укорочение тромбинового времени, повышение уровня свободного гепарина, удлинение времени рекальцификации, понижение толерантности плазмы к гепарину, увеличение гепарина и комплексов фибриноген-гепарин, адреналин-гепарин).

Под влиянием ПеМП усиливается сократительная способность миокарда и интенсивность окислительно-восстановительных процессов в сердечной мышце, понижается периферическое сопротивление сосудов кровотоку.

Терапевтические эффекты низкочастотной магнитотерапии: *противовоспалительный, противоотечный, трофический, гипокоагулирующий, вазоактивный, стимулирующий процессы репарации, иммуномодулирующий, обезболивающий, седативный*.

Хотя по выраженности противовоспалительного действия МП уступают высокочастотным факторам (ВЧ, УВЧ, СВЧ), однако вследствие ненагруженности действия на кардиореспираторную систему, метод можно с успехом использовать там, где другие факторы относительно противопоказаны. Например, с целью профилактики и лечения обострений бронхолегочной патологии (бронхообструктивного синдрома) в условиях поликлиники в холодное время года, поскольку магнитные поля (в отличие от высокочастотных) не повышают чувствительность организма к переохлаждению, а также не обладают выраженным гипотензивным эффектом.

Показания для назначения ПеМП и ПуМП: вялोजаживающие гнойные раны, ожоги, трофические язвы, флебит и тромбфлебит, последствия закрытых травм головного мозга, энцефалопатия, ишемический инсульт, повреждения периферических нервов, диабетический полиневрит, нейропатия и вазопатия, бронхиальная астма всех форм и др.

Показания для назначения БеПМ: по общей методике воздействия – ИБС, облитерирующий эндартериит; по местной методике воздействия – тромбфлебит, посттромбофлебитический синдром; диабетическая нейро- и вазопатия и др.

Показания для назначения ВрМП: по общей методике воздействия – злокачественные новообразования в период пред- и послеоперационного ведения больных, в комплексе с лучевой, гормональной и химиотерапией при лечении отдаленных метастазов (генерализованных форм злокачественных опухолей), лучевая болезнь; иммунодефицитные состояния, астенодепрессивные состояния; заболева-

ния вегетативной нервной системы, бронхиальная астма всех форм; по местной методике воздействия – заболевания ЛОР-органов, глаз и др.

Противопоказания к магнитотерапии: острый период в клинике внутренних и нервных болезней (инфаркт миокарда, ИБС с нарушенным ритмом, нарушение мозгового кровообращения, снижение функций свертывающей системы крови, беременность, кровотечение).

Импульсная магнитотерапия. В конце 80-х годов прошел клиническую апробацию *метод высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии (ВИМП)*. Отличительной особенностью ВИМП от низкочастотной магнитотерапии является увеличение скорости и плотности введенных электрических токов (на 2-3 порядка больше, чем для создаваемых ПЕМП), что и обуславливает большую степень выраженности терапевтических эффектов: *противовоспалительного, обезболивающего, общестимулирующего и нейростимулирующего, иммунодепрессивного, противоотечного, вазоактивного, стимулирующего процессы репарации и регенерации в поврежденных тканях.*

Благодаря высокой плотности электрических токов, индуцированных ВИМП, биотропное действие которых зависит от электропроводности биоткани (максимальное в тканях с большим содержанием жидкости), они по терапевтическому действию напоминают эффект электростимуляции, так называемой, "магнитостимуляции". Высокоинтенсивное импульсное МП равномерно проникает в ткани человека на 5-10 см и оказывает более сильное и длительное возбуждающее действие на нейроны ствола нерва и на мышечную систему, чем электростимуляция импульсным током низкой частоты. Под влиянием воздействия ВИМП наблюдается: изменение заряда клеток, дисперсности коллоидов и проницаемости клеточных мембран, что способствует уменьшению или устранению отёка; ускорению локального кровотока, стимуляции обменных процессов и метаболизма в клетках и, как следствие этого – уменьшение воспалительной реакции за счёт удаления продуктов аутолиза из очага воспаления, блокирования афферентной импульсации из болевого очага по спинальному механизму "воротного блока", вследствие активации миелинизированных толстых волокон нервов, что в совокупности и обуславливает выраженный болеутоляющий эффект и ускорение процессов репаративной регенерации в поврежденных тканях и нервах.

Показания Подострые и хронические заболевания системы дыхания, пищеварения, мочеполовой системы (пиелонефрит, гломерулонефрит, аднексит, простатит), ГБ I-II стадии, остеохондроз позвоночника, мышечные контрактуры, ангиоспазмы, обменные воспалительные и посттравматические артрозо-артриты, склеродермия, хирургические воспалительные заболевания, сексуальные расстройства у мужчин. Аппарат Илизарова Г.А., погружной металлотоксинтез, металлические имплантированные суставы не являются противопоказанием к назначению ВИМП.

Противопоказания. Выраженная гипотония, системные заболевания крови, склонность к кровотечениям, тромбофлебит и тромбоэмболическая болезнь, переломы костей до иммобилизации, беременность, тиретоксикоз и узловый зоб, абсцесс, флегмоны (до вскрытия и дренирования полостей), злокачественные новообразования, лихора-

дочные состояния, эпилепсия, желчнокаменная болезнь, наличие имплантированных кардиостимуляторов, выраженный атеросклероз сосудов головного мозга.

Примечание. Воздействие на область головы и сердца следует проводить с осторожностью, воздействие на глаза не допускается.

Аппаратура, общие рекомендации по выполнению процедур

Для лечебного воздействия ПМП используются аппликаторы: листовые магнитофорные – “АЛМ” (магнитная индукция до 20-30 мТл); магнитные клипсы (магнитная индукция от 10 до 150 мТл); магниты медицинские кольцевые – “МКМ-2-1” и дисковые – “МДМ-2-1”, “МДМ-2-2” (магнитная индукция до 100 мТл); аппарат для магнитотерапии – “ПДМТ” (магнитная индукция до 40 мТл) и др.

Для лечебного воздействия низкочастотным (10-100 Гц) ПеМП используется следующая аппаратура:

“Полюс-1” (магнитная индукция до 35 мТл), “Полюс-2” и “Полюс-2D” (магнитная индукция до 50 мТл), “ПДМТ” (магнитная индукция до 40 мТл), “Магнитер” (магнитная индукция до 30 мТл), “Мавр-2” (магнитная индукция до 100 мТл), “МАГ-30”, “МАГ-30-1” (магнитная индукция – 30 мТл), “Градиент-1”, “АМТ-01”, “НЛМ-1” и др.

Для лечебного воздействия БеМП используется “АЛИМП-1” (магнитная индукция в центре соленоида до 5мТл), “БИМП” (магнитная индукция в центре соленоида 40мТл) и полимагнитный аппарат “Аврора-МК-01”, “Атос” и др.

Для низкочастотной терапии ВрМП используются: “Полюс-4”, “Полюс-3” с целью местного воздействия на глаз, ЛОР-органы, мелкие суставы кистей и стоп и др. (магнитная индукция до 30 мТл, частота вращающегося МП 12-25 Гц), “Колибри” (магнитная индукция в центре колец-индикаторов 3-5 мТл, частота 100Гц.), “Магнитотурботрон - 2М” (сложный комплекс аппаратуры с управлением от компьютера).

Для воздействия пульсирующим МП в частотном диапазоне 0,17-30 имп/с используют аппараты: БИОС (снабжен автоматической программой, позволяющей синхронизировать импульсное МП с ЧСС больного), “Каскад”, “Эрос”, “Биолотенцер” (магнитная индукция до 30 мТл) и др.

Для лечения высокоинтенсивным импульсным МП (частота следования импульсов около 0,5 Гц, длительность не превышает нескольких мс и амплитудой, достигающей на рабочей поверхности индуктора – 1500 и более мТл) используют аппараты – “АВИМП”, “СЕТА”, “АМИТ-01”, “АМИСТ-01” (сочетание ВИМП и излучения светодиодов).

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДИКИ

Воздействие на грудную клетку при воспалительных заболеваниях легких (ВЗЛ и БА у детей и взрослых).

Методика 1. Цилиндрические индукторы (аппарат “Полюс-1”) располагают контактно последовательно на заднебоковые отделы грудной клетки, / поле – на уровне Th_4 - Th_7 и II поле – на уровне Th_9 - Th_{12} . ПуМП, направление силовых линий горизонтальное, режим непрерывный, I-III степени интенсивности (в зависимости от возраста), по 5-6 минут на каждое поле, первые 4-5 процедур назначают через день, последующие ежедневно, на курс лечения – 8-12 процедур.

Методика 2. Используют ПуМП в прерывистом режиме (2 с посылка, 2 с пауза), расположение индукторов и физические параметры те же.

Методика 3. Непрерывное МП на уровне C_4 -Th₅, направление силовых линий вертикальное, физические параметры те же.

Методика 4. Аппарат АМИТ-01: индукторы контактно к кожным покровам (I и II поля справа и слева), методика стабильная или сканирующая (индукторы N и S помещают рядом и передвигают на несколько сантиметров вдоль позвоночника через каждые 1-2 посылки МП, воспринимаемых на слух в виде щелчков; в середине процедуры, последовательность расположения индукторов можно поменять местами – S и N), ручка "интервал" в положении – 1-2 (50-100 мс), амплитуда магнитной индукции – 400-600 мТл, длительность процедуры – 4-8-10 мин (в зависимости от возраста), на курс лечения – 4-6-8 процедур, назначаемых ежедневно или через день (чередую поля воздействия или стороны грудной клетки).

Показания. БА всех форм, лёгкой и средней степени тяжести на фоне хронического бронхита или пневмонии, в стадии вялотекущего обострения или неполной ремиссии (методика 1), при явлениях застоя в малом круге кровообращения (методика 2), с целью купирования приступа БА условно-рефлекторного генеза (методика 3).

Сочетание лечебного действия МП с другими методами неспецифической гипосенсибилизации должно осуществляться индивидуально при использовании методов контроля за состоянием больного.

Воздействие на суставы конечности. Цилиндрические индукторы с П-образным сердечником (аппарат "Полюс-1", "Полюс-3") располагают контактно с противоположных сторон сустава. Магнитную индукцию через каждые три процедуры увеличивают с I до IV деления переключателя интенсивности. Поле пульсирующее, частота 10-50 Гц, продолжительность процедуры – 20-30 мин, ежедневно, на курс лечения – 10-15 процедур.

Воздействие на конечности при заболеваниях сосудов. Конечность помещают в индуктор-соленоид аппаратов БИМП, "АЛИМП-1", еще 2-3 индуктора-соленоида располагают на поясничной области. Частота БЕМП 10-100 Гц, магнитная индукция 5 мТл, продолжительность процедуры – 20-30 мин, ежедневно, на курс лечения – 10-20 процедур.

Воздействие на позвоночник. Прямоугольные индукторы (аппарат "Полюс-1", "Полюс-2") располагают паравертебрально на соответствующий отдел позвоночника, контактно. Первую половину лечебного курса выполняют при индукторах, расположенных разноименными полюсами, вторую половину – при расположении индукторов одноименными полюсами. Поле пульсирующее, положение переключателя интенсивности III-IV, частота – 10-50 Гц, продолжительность процедуры – 20-30 мин, ежедневно, на курс лечения – 10-15 процедур.

5.4.9. Светолечение

Свет – это постоянно действующий фактор внешней среды.

Свет является одной из самых универсальных форм энергии, направленной на стимуляцию биоэнергетических процессов на всех уровнях биосистемы.

Светолечение – использование с лечебно-профилактической целью электромагнитных колебаний оптического диапазона, представленного инфракрасным (ИК), видимым и ультрафиолетовым (УФ) излучением (рис. 93).

ИК лучи	Видимые лучи							УФ-излучение		
	крас.	оран.	желт.	зел.	голуб.	син.	фиол.	ДУФ длинн.	СУФ средн.	КУФ корот.
								Зона А	Зона В	Зона С
4000	760						400	320	280	180
							нм	нм	нм	нм

Примечание. 1 нм (нанометр) = 10 м⁻⁹

Рис.93. Спектр света, используемый в светолечении

С физической точки зрения видимый свет представляет собой электромагнитные колебания с различной длиной волны. Установлено, что электромагнитные колебания испускаются источником отдельными порциями-квантами. Между величиной энергии кванта и длиной волны существует обратная зависимость: чем короче длина волны, тем больше энергия кванта и наоборот.

Проницаемость тканей для лучей с различной длиной волны различна: чем больше длина волны, тем глубже они проникают в кожу и наоборот. Свет, падая на кожу, частично отражается и поглощается, причем имеет значение пигментация кожи. Чем кожа более пигментирована (пигмент меланин обладает хорошей поглощающей способностью и меньшей отражательной), тем меньше от нее отражается инфракрасных (42 % против 62% от непигментированной) и ультрафиолетовых лучей (8% против 13 % от непигментированной).

Весь световой спектр оказывает как тепловое, так и химическое воздействие, но каждому диапазону спектра свойственно своеобразие специфического действия. Видимые и инфракрасные лучи обладают тепловым эффектом, что обусловлено вращательными и колебательными движениями атомов и молекул.

Ультрафиолетовые лучи вызывают фотоэлектрический эффект, который заключается в том, что под влиянием поглощённых фотонов происходит отрыв электрона от атомов или молекул, в результате чего образуются коротко- и долгоживущие электронновозбуждённые состояния. При этом отщеплённые электроны создают вокруг себя электромагнитное поле. При торможении электрона происходит излучение в окружающее его пространство очень коротких электромагнитных волн и возникает, так называемое, вторичное излучение, которое оказывает влияние на биологические процессы в тканях. Возбуждённые атомы или молекулы обладают повышенной химической активностью, что стимулирует окислительно-восстановительные процессы в тканях.

Под влиянием облучения видимыми и инфракрасными лучами (ИКЛ) в коже и глубже лежащих тканях происходит ряд изменений: повышается температура облучаемого участка, появляется эритема, которая не имеет чётких границ и носит пятнистый характер. Под влиянием этих лучей происходит раздражение афферентных рецепторов (кожи, сосудов и тканей), что способствует развитию рефлекторных реакций, в результате которых улучшаются эластические свойства кожи, ее электропроводимость, ускоряются ферментативные реакции, улучшается обмен веществ и стимулируются регенераторные процессы, уменьшаются спастические явления, снижается мышечный тонус. Умеренные дозы тепла обладают противовоспалительным действием, а интенсивное, наоборот, может вызывать обострение болей и воспалительного процесса.

Воздействие теплом на рефлекторно-сегментарные зоны кожной поверхности вызывает реакции со стороны внутренних органов, что обусловлено метамерной иннервацией. Например, при облучении кожи нижних грудных и поясничных отделов позвоночника отмечается не только местная гиперемия, но и расширение сосудов почек, повышение диуреза; при облучении области желудка – улушается моторная и сократительная функции желудка, уменьшаются спастические явления.

Видимый свет оказывает влияние на рецепторный аппарат глаз, откуда нервные импульсы поступают в центральную нервную систему, тем самым, стимулируя функции ряда органов и всего организма в целом.

Выдающийся русский психиатр Бехтерев В. установил, что в зависимости от цветового освещения изменяется скорость протекания психических процессов. Так, успокаивающим действием обладает голубой и синий цвет, наоборот, возбуждающим является красный цвет.

Суточный ритм активности человека и животных, ритм физиологических процессов тесно связаны с естественным освещением (смена дня и ночи). Нарушение нормального ритма физиологических функций в ряде случаев ведет к развитию болезненных состояний, лечение которых требует восстановления нормального ритма световых раздражений.

С учётом этих сведений разработаны стандарты оптимальной гаммы цветов для окраски рабочих мест, стен и предметов, окружающих человека на производстве.

Показания для применения ИК-излучения. Подострые и хронические воспалительные процессы, последствия травм суставов и мышечно-связочного аппарата, открытый метод ведения ожогов, при вялозаживающих ранах и язвах.

Противопоказания. Новообразования, недостаточность кровообращения II-III степени, кровотечения, гнойные воспалительные процессы.

УФ-излучение в виде естественного природного ультрафиолетового излучения солнца или искусственных источников (ксеноновые, ртутно-вольфрамовые лампы солнечного спектра, люминесцентные зрительные лампы и др.) совершенно необходимо для нормального развития организма. Содержание УФ-лучей в солнечном спектре подвержено большим колебаниям в связи с сезонами года, особенностями географического местоположения, высокой запыленностью воздуха в условиях промышленного города и т.д.

Организм ребёнка, например, вследствие возрастных анатомо-физиологических особенностей многих органов и систем, весьма чувствителен к дефициту ультрафиолетовых лучей (УФЛ). В условиях ультрафиолетовой недостаточности нарушается баланс витаминов "С" и "Д", фосфорно-кальциевый обмен, синтез белка, что приводит к слабости, вялости, лёгкой утомляемости, снижению мышечной работоспособности, задержке роста, склонности к рахиту, кариесу, и возникновению анемии, а понижение содержания кальция в кровеносных сосудах приводит к повышению их проницаемости и склонности к экссудативным реакциям. Наблюдается снижение иммунологической реактивности, что является причиной понижения сопротивляемости организма к простудным и инфекционным заболеваниям. Поэтому с целью профилактики и коррекции УФ-недостаточности целесообразно использовать УФ-излучение искусственных источников.

УФ-излучение представляет собой часть оптического диапазона ЭМВ с длиной волны от 400 до 180 нм, который условно делится на три части: зона А – длина волны 400-320 нм (длинноволновое ультрафиолетовое излучение – ДУФ); зона В – длина волны 320-280 нм (средневолновое ультрафиолетовое излучение – СУФ); зона С – длина вол-

ны 280-180 нм (коротковолновое ультрафиолетовое излучение – КУФ) (рис.99). Действие длинно-, средне- и коротковолнового УФ-излучения на клетки, ткани и организм в целом имеет существенные различия.

В лечебной практике чаще применяют интегральный поток УФЛ, который почти полностью поглощается эпидермисом, доходя лишь до поверхности капиллярной сети и нервных окончаний, поскольку глубина проникновения не превышает 0,1-1 мм. В зависимости от дозы УФЛ реакция организма на облучение различна.

В основе молекулярного механизма действия УФЛ лежат *фотозлектрический и фотохимический эффекты*, т.е. способность атомов и молекул поглощать энергию кванта и переходить в реакционно-активное, возбужденное состояние. Избирательность действия УФЛ на различные химические структуры определяется длиной волны: ДУФ и СУФ взаимодействуют преимущественно с белками протоплазмы клеток, а КУФ – с нуклеопротеидами ядер клеток. Поглощённая энергия кванта приводит к изменению структур, наиболее чувствительных к излучению – ДНК, РНК белковых молекул, разрыву слабых связей в молекулах белка, распаду сложных молекул на более простые, образованию свободных радикалов, возникновению клеточных мутаций, высвобождению БАВ (гистамина и гистаминоподобных веществ, ацетилхолина, простогландинов и др.), повышению активности гистаминазы и щелочной фосфатазы. При малых дозах УФО образуются преимущественно высокомолекулярные соединения с низкой растворимостью, при высоких дозах - денатурация белка и распад агрегатов. Практически, УФЛ влияют на все метаболические и физиологические функции клеток.

Физиологический эффект действия УФ-излучения складывается из совокупности рефлекторных, нейрогуморальных и биоэлектрехимических процессов, выраженность которых зависит от интенсивности, продолжительности, площади и локализации облучения, чувствительности кожи к УФЛ, исходного функционального состояния организма. Под действием УФЛ наблюдается: уменьшение гипоксии тканей за счёт повышения интенсивности окислительных процессов и активности дыхательных ферментов, окисляющих аминокислоты, нормализация показателей КОР и улучшение утилизации тканями кислорода, снижение уровня накопления в крови продуктов метаболизма. В частности, повышение кислородной ёмкости крови сохраняется на протяжении 3-4 недель после курса УФО. Наблюдается положительная динамика аллергического воспаления: ускоряются репаративные процессы в слизистой бронхов, как следствие усиления фибринолиза и улучшения кровообращения в области облученных тканей, а также улучшается отхождение мокроты. Весь этот спектр действия УФО очень важен при патологии бронхолегочной системы, так как нарушение дыхания приводит к гипоксии, метаболическому и дыхательному ацидозу, угнетению ферментных систем, накоплению кислых продуктов метаболизма, снижению реабсорбционной способности почек и тканей, нарушению функции печени. Нередко функциональная неполноценность печени и желудочно-кишечного тракта становится пусковым механизмом развития аллергического заболевания у детей.

Под влиянием УФО (преимущественно в диапазоне 280-313 нм) в коже человека из производных холестерина синтезируется витамин "Д",

обеспечивающий гомеостаз кальция и фосфора в крови, активируется функция ретикулоэндотелиальной системы (РЭС), улучшается иммунологическая реактивность (усиливается функция антителообразования, стимуляция лизоцима, повышается титр интерферона, фагоцитарная активность лейкоцитов, комплиментарная активность сыворотки крови, в 4-8 раз – титр агглютининов), стимулируется функция желёз внутренней секреции – щитовидной, половых, надпочечниковых и активность симпатно-адреналовой системы (САС), что сопровождается усилением обмена катехоламинов, увеличением выделения кортикостероидов и ускорением потребления свободных кортикостероидов тканями. Влияние КУФ-лучей на функцию надпочечников выражено в большей степени, чем интегрального спектра УФ-излучения.

Под влиянием УФО стабилизируются реологические показатели крови: СОЭ снижается в среднем на 20-23%, агрегация эритроцитов – на 30-35%, вязкость крови – на 23-27%, повышается концентрация свободного гепарина в крови.

В оптимальных дозах УФО стимулирует функции костного мозга: усиливается эритропоэз, повышается содержание эритроцитов и гемоглобина. В литературе имеются сведения об успешном лечении анемий различного генеза УФ-излучением.

Под влиянием УФЛ увеличивается содержание гликогена в печени и мышцах, что повышает энергетические ресурсы организма, наблюдается улучшение водносолевого и минерального обменов.

УФЛ обладают бактерицидным действием, более специфичным для коротковолновой области спектра. Доказано, что *in vitro* УФ-излучение обладает сильнейшим бактерицидным эффектом и способно санировать плазму и кровь в течение нескольких секунд, однако в условиях целостного организма механизм антибактериального и антивирусного действия этих лучей изучен не до конца. Предполагают, что бактерицидный эффект УФЛ обусловлен активным поглощением лучистой энергии ядерными структурами клетки, в частности, микробной, что приводит к нарушению процессов деления, размножения и, следовательно, к гибели бактериальной клетки. Бактерицидное действие КУФ-спектра широко используется для лечения воспалительных изменений слизистой носоглотки, для прекращения бациллоносительства, особенно при хроническом тонзиллите, для борьбы с воздушно-капельной инфекцией, дезинфекции воздуха операционных и палат для новорожденных, спортивных и учебных классов, игрушек, мягких предметов обихода и др.

В процессе курсового облучения может появиться пигментация кожи, что является показателем хорошей функциональной активности защитных систем организма, в частности, САС.

Основные лечебные эффекты УФО: *выраженное гипосенсибилизирующее, бактерицидное, противоотечное, общестимулирующее, болеутоляющее, пигментирующее действие.*

В лечебной практике используют общие и местные УФО: *при общих – поочередно облучают переднюю и заднюю поверхность обнаженного тела по методике индивидуальных или групповых облучений; при местных – облучают определённый участок кожи или слизистых.*

Выбор схемы лечения УФ-лучами осуществляется врачом. При этом

в педиатрической практике учитывается возраст ребенка, период болезни, характер ее течения, реактивность организма, а также светоклиматические условия жизни ребенка. Можно провести курс УФО в период подготовки ребенка к курсу гипосенсибилизирующей терапии. Правильно подобранная схема гарантирует хорошую эффективность лечения.

Местные облучения в основном проводят дозами, вызывающими более или менее выраженную эритему, появляющуюся на месте облучения через 6-8 ч. Отечественными учеными установлено, что для развития ритемы имеет большое значение состояние эндокринной системы и различных отделов нервной системы, в частности, поражение спинного и головного мозга, особенно гипоталамической области, угнетение нервной системы вызывают резкое ослабление или даже исчезновение эритемы. Поэтому нередко УФ-эритему используют как тест для суждения об изменении состояния как нервной системы, так и всего организма в целом. Ультрафиолетовая эритема связана с гибелью клеток эпидермиса. Продукты фотолиза белков поступают в ток крови и вызывают расширение сосудов, отек кожи, миграцию лейкоцитов, раздражение многочисленных рецепторов, что приводит к рефлекторным и гуморальным реакциям организма. В зоне облучения возрастает содержание БАВ, повышается фагоцитарная активность лейкоцитов, снижается болевая чувствительность. Наряду с изменениями в коже облученного участка, менее выраженные, но аналогичной направленности изменения появляются и в ряде внутренних органов – легких, печени, желудке, мочевом пузыре, а также в эпителии отдаленных необлученных, чаще всего симметричных участков кожи. После многократных УФО-облучений эритемными дозами наблюдается *выраженное десенсибилизирующее действие* – повышение антигистаминных свойств крови и увеличение гистаминопексии, изменение функционального состояния нервной системы и реактивности организма в целом.

Механизм направленности лечебного эффекта эритемных и безэритемных доз УФО различен, поэтому различными будут и показания к их применению у детей и взрослых.

Показания. Эритемотерапия может назначаться при БА легкой и средней тяжести в межприступном периоде, а также перед проведением гипосенсибилизации. У больных БА с тяжелым течением заболевания, а так же у детей с повышенной чувствительностью к УФЛ (гиперергический тип реакции при биодозиметрии) может наблюдаться некоторое нарастание аллергических проявлений после 5-6 облучений (для этих детей эритемотерапия даже в щадящих дозах может являться раздражителем, неадекватным состоянию реактивности организма). Поэтому в межприступном периоде БА, особенно в осенне-зимний и зимне-весенний периоды, а также детям, склонным к частым ОРВИ (ОРЗ), следует проводить курс общего УФО (особенно детям первых 3-х лет жизни). Эритемотерапия является методом выбора при лечении ВЗЛ (пневмония, бронхит и др.)

Профилактическое УФО показано как здоровым детям (I-я группа здоровья) с целью компенсации сезонного УФ-дефицита и повышения резистентности организма к неблагоприятным экзо- и эндогенным влияниям, так и детям группы риска (II и III группы здоровья –

часто болеющие респираторными заболеваниями, рецидивирующими и хроническими бронхолегочными заболеваниями и др).

Назначая УФО, необходимо учитывать календарь профилактических прививок: проведение курса общего УФО в период подготовки ребенка к вакцинированию (за 3-4 недели до прививки) обеспечивает более активную выработку специфических антител на введение вакцины, длительное сохранение их в циркуляторном русле и снижение явлений поствакцинальной аллергии.

В период проведения курса УФО следует обеспечить достаточное поступление витаминов в организм ребенка, в первую очередь - "С" и группы "В".

Противопоказания к назначению УФО. Острые инфекционные заболевания, наличие интоксикации, приступный и постприступный периоды БА, тяжелое течение БА, период проведения специфической гипосенсибилизации, бронхоэктатическая болезнь, выраженная сердечно-сосудистая недостаточность, заболевания почек с недостаточностью их функции, увеличение вилочковой железы (можно назначать маленькие дозы УФО - "ультрафиолетовые освещения"), повышенная нервная возбудимость, эписиндром, спазмофилия в остром периоде, наличие положительных туберкулиновых проб у детей первых 3-х лет жизни, а у старших детей - впервые появившаяся положительная туберкулиновая проба, системные заболевания крови, распространенная гемангиома, малый родничок, индивидуальная повышенная чувствительность к солнечному свету, злокачественные новообразования и подозрения на них.

Относительным противопоказанием к назначению УФО является: экссудативный диатез с кожными проявлениями - обширными мокнутиями (опасно из-за возможности наступления анафилактического шока); в период лечения детей сульфаниламидами и антибиотиками (из-за изменения чувствительности организма к УФЛ); назначение УФО на первой - второй неделе после прививки, поскольку на фоне выраженных поствакцинальных нейрогуморальных сдвигов возможна неадекватная реакция организма на УФЛ; нежелательно назначение профилактического УФО одновременно с приемом витамина "Д", рыбьего жира - необходим интервал между их приемом и курсом общего УФО не менее 1-1,5 месяцев.

У взрослых ультрафиолетовые лучи с целью профилактики применяются: у часто и длительно болеющих простудными заболеваниями, при гипо- и авитаминозах, в осенне-зимний и зимне-весенний периоды светового голодания организма, в период ремиссии у больных ревматическим полиартритом, при хроническом тонзиллите, у работающих в запыленных помещениях с недостаточной солнечной радиацией, у живущих в условиях севера, а также при ожогах, отморожениях, псориазе, экземе, витилиго, себорее, переутомлении и др. Местные УФ-облучения эритемными дозами показаны при острых болевых синдромах, острых воспалительных заболеваниях легких, БА, заболевании суставов различной этиологии, при лечении гнойных ран, вялозаживающих ран и язв, рожистого воспаления, кожных заболеваниях, тромбофлебите.

Противопоказания. Злокачественные новообразования; кровоте-

чения и склонность к ним; активный туберкулез легких; заболевания крови, печени и почек; гипертиреоз; декомпенсированные заболевания сердца с недостаточностью кровообращения I-II степени, тяжелые формы гипертонической болезни, атеросклероз, повышенная чувствительность к УФЛ.

В заключение можно сказать, что в умелых руках применение ультрафиолетовых облучений может быть использовано в лечении и профилактике большого числа различных заболеваний. Необходимо подходить творчески к решению вопроса выбора локализации воздействия, дозы, частоты повторения с учетом функциональных возможностей больного организма (возраст, острота патологического процесса и т.д.).

Аппаратура, общие рекомендации по выполнению процедур

В лечебной практике широко используют источники сочетанного и видимого излучения ламп. Спектральный состав ИК-излучения ламп и его интенсивность определяются температурой нити накаливания и их мощностью: чем она выше, тем в более коротковолновой области находится максимум спектральной плотности ИК-излучения ламп.

Лампа соллюкс. Источником излучения является лампа накаливания мощностью 200-1000 Вт. Лампа испускает до 90% коротковолновых инфракрасных лучей и около 10%-видимых. Это излучение обладает высокой проникающей способностью и вызывает прогревание глубоко расположенных тканей. Лампа укреплена в специальном рефлекторе на штативе. Выпускаются лампы: стационарные (500-1000 Вт), портативные (200-300 Вт). За рубежом выпускаются стоечные инфракрасные излучатели – “Infratherap”, “T-300/ 500”, “S-300/S-500”, “SR-300/SR-500”, “Solux 500” и др.

Облучение больного проводится в зависимости от мощности лампы с расстояния 40-100 см. Длительность облучения – 15-30 мин. Процедуры проводят ежедневно или два раза в день. Курс лечения – 15-20-25 процедур. В целях безопасности во время процедуры лампа устанавливается под углом.

Лампа Минина. Была предложена в 1881 г. военным врачом А.В. Мининым. Представляет собой рефлектор с лампой синего цвета из кобальтового стекла мощностью 25-60 Вт. Максимум излучения лампы Минина находится преимущественно на границе коротковолнового и средневолнового диапазонов ИК-излучения, что позволяет ее использовать для прогревания поверхностных слоев кожи. Расстояние лампы от облучаемой поверхности регулируется в зависимости от ощущения тепла самим больным. Продолжительность процедуры – 15-20 мин, 1-2 раза в день. Курс лечения – 12-15 процедур.

Местные световые ванны. Источником излучения служат 12 или более ламп накаливания. Действующими факторами являются видимые, инфракрасные лучи и прогретый воздух.

При приеме световой ванны через 3-5 мин появляется довольно значительная гиперемия кожи с последующим потоотделением. Усиливаются окислительные процессы, учащается дыхание и пульс, наблюдается потеря в весе за счет избыточного выделения пота.

Процедура предъявляет высокие требования к работе сердца, поэтому при назначении световой ванны надо руководствоваться показаниями со стороны сердечно-сосудистой системы. Продолжительность процедуры – 20-30 мин, ежедневно или через день. На курс лечения – 15-20 процедур.

Лампа инфраруж. Источником излучения служит спираль, намотанная на керамику. При прохождении электрического тока нить накаливается до температуры 500 °С. Лампу устанавливают таким образом, чтобы больной чувствовал легкое тепло. Длительность облучения – 15-30 мин, ежедневно. Курс лечения – 15-20 процедур.

Применение тепловых процедур у детей следует проводить с осторожностью, т.к. кожа у них более чувствительна к теплу, что обязывает медицинский персонал

строго следить за реакциями ребенка во время процедуры. После приема тепловых процедур необходим 20-30 минутный отдых. После приема тепловых процедур необходим 20-30 минутный отдых.

Медицинская промышленность серийно выпускает газоразрядные лампы различного типа:

- источники интегрального спектра УФ-излучения на основе ламп высокого давления (ДРТ-220, ДРТ-375, ДРТ-1000) – используются в облучателях ОРК-21, ОКН-11, ОН-7, ОН-82, магнитного типа – УДГ-3, УДГ-2 и др.;

- источники, генерирующие только средневолновой (СУФ) или сочетанный средневолновой и длинноволновой (СУФ и ДУФ) спектры излучения на основе газоразрядных ламп низкого давления – ЭОД-10, ОУТ-1, УУД-1, УУД-1-А, “Селлюкс” и др.;

- источники КУФ-излучения – дуговые бактерицидные лампы – ДБ-15, ДБ-30, ДБ-60, используемые в облучателях ОБШ, ОБПе, ОБЛ, ОБН, БОП-4, БОД-9 с целью обеззараживания воздуха помещений, а также – ОКУФ-5М с целью обеззараживания участков кожи и слизистых.

Перед проведением УФО у каждого больного следует определять индивидуальную чувствительность (биодозу), поскольку реакция кожи на УФ-излучение усиливается при аллергических заболеваниях, экссудативном диатезе, при приеме многих лекарств, и, наоборот, снижается у длительно болеющих детей с гипотрофией. Биодоза – это минимальное количество лучистой энергии, которой достаточно для получения на коже самой слабой (пороговой) эритемной реакции. Определяют биодозу с помощью биодозиметра Горбачева-Дальфельда, располагаемого на коже живота или в межлопаточной области на расстоянии 50 см от источника УФЛ.

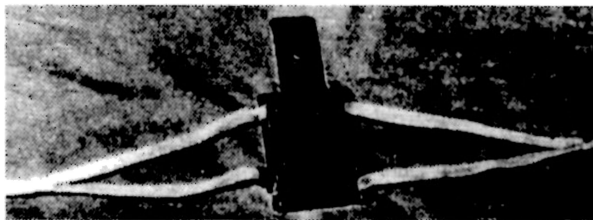


Рис. 94. Биодозиметр Горбачева-Дальфельда

Облучают последовательно, постепенно открывая каждое из шести отверстий биодозиметра на 15 с, поэтому время облучения первого отверстия будет 1,5 мин, а последнего – 15 с. Проверяют реакцию кожи на облучение медицинская сестра или мама ребенка через 6-8 ч и через 20-24 ч. За биодозу принимают то минимальное время, через которое на коже появляется самая слабая эритемная реакция. При увеличении расстояния от лампы до 100 см, время облучения увеличивают в 4 раза, а до 70 см – в 2 раза. Например, если биодоза на расстоянии от лампы в 50 см будет 15 с, то с расстояния 100 см – 60 с, а с расстояния 70 см – 30 с. С учетом индивидуальной биодозы рассчитывают схему облучения местную или общую: безэритемными дозами (от 1/8 до 1/4 биодозы), субэритемными дозами (2/3-3/4 биодозы), эритемными дозами (от 1 биодозы и выше).

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДИКИ

Для общих облучений у детей используют дифференцированно одну из предлагаемых схем (приложение 9).

1. Основная (у детей) – облучение начинают с 1/4 биодозы, прибавляя через процедуру по 1/4 биодозы, и доводят к концу курса лечения до 1,5-2-х биодоз у детей 1,5-3-х лет и до 3-4-х биодоз (суммарно на всю поверхность тела) – детям старше 3-х лет. На курс лечения назначают 10-16 облучений, проводимых через день.

2. Замедленная (щадящая) – облучение начинают с 1/6-1/8 биодозы, прибавляя по 1/6 - 1/8 биодозы через каждые 2 облучения, доводя к концу курса лечения до 1,5 биодоз на каждую поверхность тела. Облучение проводят через день, на курс – 20-24 облучения.

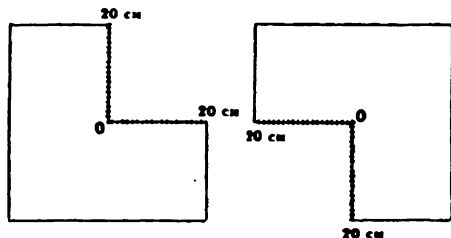
3. Ускоренная – облучение начинают с 1/3-1/2 биодозы, через каждую процедуру дозу облучения увеличивают на величину первоначальной дозы, доводя к концу курса до 2-2,5 биодоз на каждую поверхность тела. Эту схему часто используют у детей старшего возраста в период вспышки респираторных инфекций в детском коллективе.

Наиболее целесообразно у детей, больных ВЗЛ, БА, использовать замедленную (в стадии нестойкой ремиссии) или основную (в стадии стойкой ремиссии) схемы облучений. У ослабленных детей со сниженной реактивностью организма, можно рекомендовать *УФ-освещения*, используя малые физиологические дозы УФ-излучения, приближающиеся к природным, естественным. При *УФ-освещении* в течение всего курса (20-25-40 процедур) проводят облучения 1/8 биодозы.

Местное облучение в эритемной дозе у больных БА, ВЗЛ назначают с целью получения десенсибилизирующего эффекта. При местном облучении воздействию подвергается ограниченный участок кожи, при этом у детей до 1 года его площадь не должна превышать – 60-80 см², от одного до 3-х лет – 80-100 см², от 3-х до 5-и лет – 100-150 см², от 5-и до 7 лет – 150-200 см², от 7 до 10 лет – 200-250 см², от 10 до 14 лет – 250-300 см².

Доза первого облучения не должна превышать 1-1,5 биодозы. При повторном облучении одного и того же участка кожи по мере ослабления эритемы (через 1-3 дня) дозу увеличивают на 0,5-1 биодозы. Облучение одного и того же участка кожи проводят 2-3 раза, 6-8 облучений на курс лечения.

В целях более точного дозирования УФ-излучения на определенные кожные по-



верхности мы предлагаем использовать следующую модификацию: две белых полотняных салфетки, внутренняя края которых по форме напоминают букву "Г", проградировать от 1 до 20 см. Салфетки со стороны тела покрываются целлофаном для удобства антисептической обработки при каждом индивидуальном использовании. Сопоставляя проградированные внутренние края салфеток, мож-

но проводить эритемотерапию на точно рассчитанную площадь поверхности тела.

Существует несколько вариантов местных облучений при ВЗЛ и БА: *облучение грудной клетки по полям* (исключая зону сердца); *облучение рефлексогенных зон по трём полям* (I – нижние шейные и верхние грудные позвонки, II – межлопаточная область, рефлекторно связанная с нервно-сосудистыми образованиями в лёгких, III – область проекции надпочечников); *облучение грудной клетки по пяти полям* (2 поля – боковые поверхности, 2 поля – сзади, 1 поле – область грудины и яремной ямки).

Фракционное облучение грудной клетки назначают ослабленным детям, используя клеёноччатый локализатор, на котором через определённые промежутки (1 см) выбиты отверстия площадью 0,5-1 см². Для новорожденных детей применяют перфорированный локализатор с 12 отверстиями, для грудных – с 40 отверстиями, для более старших с 40-125 отверстиями. Перфорированный локализатор накладывают на участок кожи, которую необходимо подвергнуть облучению. При по-

вторном облучении (через 1-2 дня) перфорированный локализатор передвигают так, чтобы подвергнуть облучению новые участки кожи. УФ-эритема не назначается на фоне курса общего УФО.

Облучение слизистой оболочки носоглотки. У детей, больных БА, ВЗЛ и в стадии ремиссии заболевания, вследствие сниженной реактивности организма, имеется склонность к ОРВИ (ОРЗ), особенно в период вспышки респираторных инфекций. Для лечения начальных проявлений ринита, фарингита без явлений интоксикации и температурной реакции, наряду с другими лечебными мероприятиями, эффективно назначение УФО слизистой носа и зева (в течение одной процедуры), используя КУФ-излучение. Начинают облучения с 1/4-1/2 биодозы (в зависимости от возраста и состояния реактивности организма), увеличивают интенсивность облучения через процедуру на величину первоначальной дозы и доводят до 1,5-2 биодоз (5-6 ежедневных процедур).

При наличии у ребёнка сопутствующего гайморита, риносинусита (инфекционной или смешанной формы) и гнойных выделений из носовых ходов следует сочетать УФО слизистой носа с э.п. УВЧ (3-4 процедуры) на область гайморовых пазух, проводя УФО непосредственно после процедуры УВЧ. При своевременном назначении этого комплекса нередко удается предупредить прогрессирование заболевания.

При более выраженных симптомах респираторной инфекции на фоне нормальной температуры тела (или низким субфебрилитете) можно назначать облучения области лица – груди (до уровня II-ребра) и воротниковой зоны (с захватом спины до середины лопаток), используя ежедневно субэритемные или малые эритемные дозы, поочередно подвергая воздействию то одну, то другую область, по 2-3-4 облучения на каждую область в течение курса лечения.

У детей раннего и младшего школьного возраста с целью предупреждения или уменьшения катаральных явлений полезно назначать облучение стоп эритемными дозами по 1-2-3 биодозы, облучая в один день тыл стоп, в другой – боковые поверхности стоп, всего 4-6 облучений.

Облучение слизистой оболочки миндалин. Для УФО миндалин применяют ультрафиолетовые лампы, используя тубус-насадку с косым срезом, которую вводят в полость рта на расстояние 1,5-2,5 см от миндалин (ребёнку дают кусочек марли для фиксации высунутого языка). Начинают с 15-20 секунд ежедневно добавляя по 15-30 секунд, доводят экспозицию до 2,5-3 мин. На курс лечения – 8-10 процедур.

Для групповых профилактических облучений детей группы риска (II и III группы здоровья) оборудуют фотарий в физкультурном зале школы или в помещениях, приспособленных для фотария. Для групповых облучений старших дошкольников, школьников и подростков используют преимущественно ДУФ-излучение (аппараты ЭДГ-5, ЭДГ-10 и др.), располагая 6-8 детей на расстоянии 1 м от лампы.

Для общих групповых облучений дошкольников и младших школьников можно использовать облучатели интегрального типа – УДГ-2 (малый маячный), вокруг которого размещают 10-12 детей на расстоянии 1,2-1,5 м от лампы, а для школьников и подростков – УДГ-3 (большой маячный), вокруг которого на расстоянии 2,5-3 м от лампы размещают 20-25 детей.

Схемы групповых профилактических облучений для детей I и II группы здоровья основаны на применении малых постепенно возрастающих доз УФЛ (основная или замедленная схемы), а для детей III группы здоровья целесообразно использовать на протяжении всего курса лечения постоянную дозу – 1/4-1/2 биодозы. В этом случае продолжительность лечения состоит из 35-40 процедур, проводимых в течение 1,5-2,5 месяцев.

Профилактическое УФО хорошо сочетать в условиях организованных детских коллективов с одновременным использованием люстры Чижевского, поскольку легкие отрицательные аэроионы, как и УФЛ, совершенно необходимы для нормальной жизнедеятельности детского организма. Поэтому при сочетании обоих факторов наблюдается потенцирующий эффект лечебного действия.

Под влиянием УФО повышается электропроводность кожи, что обосновывает целесообразность сочетания методики общего облучения (в безэритемных дозах) с ЭФ лекарственных веществ.

Для общих облучений у взрослых используют одну из предлагаемых схем (приложение 10).

Замедленную схему применяют ослабленным больным. По этой схеме облучения начинают с 1/8 биодозы. Процедуры проводят ежедневно, на курс – 10-25 процедур.

Основную схему применяют больным с хорошей реактивностью организма или для целей профилактики, а также у беременных женщин, при кожных заболеваниях. Облучение начинают с 1/4 биодозы и доводят до 3 биодоз. Курс лечения до 20 процедур. Облучения проводят ежедневно или через день.

Ускоренную схему (облучение начинают с 1/2 биодозы и доводят до 4 биодоз) применяют чаще всего при переломах костей, а также при профилактических облучениях здоровых людей.

Повторный курс ультрафиолетового облучения можно назначать через 2-3 месяца.

Местное УФ-облучение проводят на наибольшие площади эритемными дозами. У взрослых площадь однократного облучения составляет 400-600 см². Начинают облучение обычно с 2-3 биодоз, при некоторых заболеваниях с 4-5 биодоз. Повторные облучения одного и того же участка проводят через 2-3 дня с увеличением на 1-2 биодозы. Один и тот же участок облучают 3-4 раза. Например, при лечении рожистого воспаления, гнойных и некротических ран облучение начинают – с 4-5 биодоз, ежедневно прибавляя по 1-2 биодозы и доводят количество биодоз до 8-10. Количество облучений до 10-15.

Эритемотерапию можно проводить непосредственно на патологический очаг и внеочагово: на симметричную конечность, на соответствующие сегменты спинного мозга. К примеру, облучение воротниковой зоны проводят при вялотекущих воспалительных процессах головного мозга, его оболочек, лица, при сосудистых нарушениях в верхних конечностях, некоторых заболеваниях грудной клетки. С целью воздействия на органы малого таза и нижние конечности эритемотерапию назначают на пояснично-крестцовые сегменты и переднюю поверхность бёдер.

Облучение миндалин, задней стенки глотки, наружного слухового прохода, слизистой оболочки носа проводят с помощью специальных тубусов. Можно применять весь поток ультрафиолетовых лучей или коротковолновые лучи (лампа ОКУФ-5). Облучение миндалин следует проводить насадкой с косым срезом. Облучают сначала одну миндалину (1-1,5 мин), затем вторую, ежедневно добавляя по 1 мин, доводят экспозицию до 5 мин, на курс лечения – 8-10 процедур.

При применении ультрафиолетового облучения, независимо от дозировок, следует помнить, что одновременное назначение многих лекарственных препаратов (ртуть, йод, сульфаниламиды, антибиотики и др.) повышает чувствительность организма к ультрафиолетовому облучению. Особую осторожность следует соблюдать у больных с повышенным содержанием в крови желчных пигментов и гематопорфирина, т.к. могут появиться тяжёлые ожоги.

Экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение аутокрови (УФОК) осуществляется с помощью аппарата "Изольда" (в соответствии с прилагаемой к аппарату инструкцией). Под действием УФОК активизируется гуморальный и клеточный иммунитет, противосвёртывающая система крови, гемопоэз, регенерация, торможение ПОЛ, нормализуются реологические свойства крови, микроциркуляция, тонус сосудов, отмечается активация гипоталамо-адреналовой системы. Использование УФОК дает выраженный профилактический (вторичный) эффект, что обуславливает длительное безрецидивное течение заболевания. **Показания.** При obstructивных заболеваниях, в том числе, при БА. **Противопоказания.** Фотодерматиты, порфирия, индивидуальная непереносимость. Не рекомендуются частые и длительные курсы.

5.4.10. Лазеротерапия и лазеропунктура

На рубеже двух веков сделано несколько потрясающих открытий, ставших фундаментом *квантовой теории*, одной из основных теорий двадцатого века. Основополагающими в квантовой теории явились работы А.Энштейна, Н.Бора, М.Планка и многих других учёных.

История создания лазера начинается с двух фундаментальных работ А.Энштейна – "Испускание и поглощение излучения по квантовой теории" и "К квантовой теории излучения", в которых он высказал и обосновал творческую идею о существовании двух различных процес-

сов испускания света атомами и молекулами вещества (среды) – *спонтанного (самопроизвольного) и вынужденного (индуцированного)*.

Прошли десятилетия, прежде чем учёные сумели экспериментально подтвердить эту гипотезу, и именно вынужденное испускание света легло в основу создания лазера.

Само слово лазер составлено из начальных букв английского словосочетания “Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation” – усиление света с помощью вынужденного излучения.

Для разумного использования лазера необходимо понимать физику лазера и удивительные свойства лазерного луча. Конструктивно лазер прост, но чрезвычайно сложна физика происходящих в нем процессов, которые для наглядности мы рассмотрим в упрощенном варианте.

В любом физическом теле (твёрдом, жидком, газообразном) молекулы движутся, колеблются, вращаются, в атомах с орбиты на орбиту перескакивают электроны, при этом они обмениваются энергией.

В соответствии с квантовой теорией излучения энергия элементарных частиц может изменяться только скачками, отдельными квантами при переходе с одного, так называемого, энергетического уровня (орбиты) на другой. При переходе атома с высокого на более низкий энергетический уровень происходит испускание фотона (энергия возбуждения атома идет на рождение фотона), а при переходе с низкого на более высокий энергетический уровень – фотон поглощается (энергия фотона идет на возбуждение атома). В обычном состоянии атом обладает минимум свободной энергии, поэтому процесс перехода с одного энергетического уровня на другой происходит спонтанно – это, так называемое, *спонтанное испускание света* атомами и молекулами вещества. Под влиянием внешнего воздействия (например, излучения уже имеющегося во внешней среде) атомы вещества могут приходить в возбуждённое состояние, которое характеризуется перескоком внешних электронов на более удаленную от ядра орбиту. При этом, как писал А.Эйнштейн, возбуждённые атомы (молекулы) вещества под воздействием внешнего электромагнитного поля излучают энергию (так называемое, *вынужденное излучение*) с той же частотой, направлением и поляризацией, что и возбуждающее излучение.

Поскольку частота вынужденного излучения полностью совпадает с частотой электромагнитной волны, вызвавшей его, то и совокупное (в частности, лазерное) излучение является *монохроматичным*.

Принципиальная схема лазера:

- *активный элемент* (сердце лазера – его активный элемент и соответственно различают лазеры твердотельные, газовые, полупроводниковые, жидкостные);

- *устройство для накачки активного элемента* (с целью создания инверсной заселённости энергетических уровней в активном элементе используют различные методы – метод сортировки, электрической или оптической накачки и др.);

- *зеркала оптического резонатора* (система специальных зеркал, между которыми заключен активный элемент, что позволяет концентрировать поток энергии в определённом направлении);

- *блок питания* (техническое устройство, преобразующее энергию бытовой сети – 220 В или технической – 380 В, в электроэнергию с другим уровнем напряжения, силы тока и частоты).

Лазерный луч зарождается как результат суммарного эффекта высвечивания под влиянием накачки огромного множества активных центров (кроме полупроводниковых кристаллов во всяком активном элементе имеются активные центры), способствующей возбуждению этих центров.

Лазерное излучение (ЛИ), получаемое с помощью созданных руками человека приборов – *оптических квантовых генераторов* – является совершенно новым экологическим фактором, не имеющим аналогов в природе. Обладая всеми свойствами света, ЛИ отличается от света любых других источников: *монохроматичностью* (строго определённая длина волны), *когерентностью* (фаза излучения постоянная во времени и пространстве), *высокой направленностью* (очень малый угол расхождения луча), *поляризацией* (фиксированная ориентация векторов ЭМП в пространстве), что позволяет при сравнительно малой площади сечения луча получать высокие значения плотности потока энергии (ППЭ).

Это поистине удивительные лучи, уникальные особенности и способности которых не могли остаться незамеченными учёными-медиками.

Световой луч! С давних времен человек в своих мечтах видел в нем надёжного и могучего помощника, способного разрушить любые преграды и защитить от любого врага. К всемогущему световому лучу обращались и многие писатели-фантасты, предвосхитив на много десятилетий открытие лазера. Световая энергия эволюционно обусловила возникновение и поддержание жизни на Земле. С одной стороны – это указывает на фундаментальность воздействия на организм световых факторов, в том числе и ЛИ, а с другой – на естественность светового воздействия.

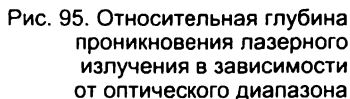
Любые биофизические воздействия влияют на гомеостаз организма, состояние его функциональных систем и уровней регуляции. Как уже упоминалось, в основе действия света на организм лежат *кинети́ческие, фотохимические и фотофизические процессы*, происходящие при поглощении тканями энергии. Однако, следует отметить, что фотохимическое и фотофизическое действие может оказывать только тот свет, который поглощается молекулами или фоторецепторами мембранных компонентов и протоплазмой клеток.

При попадании ЛИ на поверхность кожи часть излучения отражается (для кожи около 5%), остальное количество фотонов проникает в глубжележащие ткани, рассеиваясь среди внутритканевых структур, частично поглощаясь биотканью, частично преобразуясь во вторичное излучение, которое также поглощается биотканью (рис.95).

Незначительная часть вторичного излучения покидает биоткань, что может быть зарегистрировано высокочувствительными элементами. Этот эффект нередко используется для диагностики атипичной биоткани, в том числе скоплений (популяций) злокачественных клеток.

В многочисленных исследованиях показана различная терапевтическая эффективность светового излучения – в *ультрафиолетовом* (длина волны 0,25-0,3 мкм), *жёлто-зеленом* (0,45-0,59 мкм), *красном* (0,63-0,69 мкм), *инфракрасном* (0,8-0,95 мкм и 1,2-1,3 мкм) диапазонах длин волн.

В клинко-экспериментальных исследованиях показано, что НЛИ легко поглощается и усваивается тканями, причём энергия квантов красного света близка к энергетическому уровню, на котором работает живой организм (Крюк А.С. и др., 1986; Гамалея Н.Ф. и др., 1988; Корочкин И.М., 1988 и др.).



- максимум акцепции наблюдается в микросистемах, частота биологических ритмов которых кратна длине волны источника света;
- фотоакцепция резко повышается микросистемами, которые по тем или иным причинам не получают или не могут усвоить энергию энтеральных источников (пищевых), что часто наблюдается в условиях патологии.

25 Крупнова Л. К., Фазлеева Е. В.

державшие окислительно-восстановительные ферменты и белки. Неспецифическими акцепторами НЛИ являются макромолекулярные образования клеточных и внеклеточных структур крови, лимфы, которые, хотя и не имеют соответствующих хромофорных групп, однако подвергаются конформационным изменениям в процессе лазеротерапии.

Интимные механизмы фотохимического и фотобиологического действия ЛИ на организм можно условно разделить на субклеточный (молекулярный), клеточный, тканевой, органный и системный уровни. Однако объяснение этих механизмов пока еще во многом имеет чисто гипотетический или дискуссионный характер.

По мнению одних исследователей, возбужденная светом реакция фоторецепторов через активацию порфиринсодержащей каталазы, пероксидазы, АТФ-азы, СОД-азы передает энергию электромагнитного возбуждения мембранам клеток и связанному с ними белку. То есть, в основе биостимулирующего действия НЛИ лежит функционально-структурная перестройка мембран клеток и внутриклеточных органелл, что вызывает неспецифическую реакцию клеток, которая заключается в изменении ионной проницаемости, активности ферментных систем, приводящей к усилению биоэнергетических процессов, повышению функциональных возможностей клеток и тканей (Девятков Н. Д. и др., 1987 и др.).

Согласно другой точке зрения, биологические эффекты НЛИ связаны с попаданием его в одну из полос поглощения кислорода, переходящего в результате поглощения фотона в синглетное состояние и индуцирующего в тканях окислительные процессы. Несмотря на короткий период жизни, синглетный кислород является высокоактивным химическим и биологическим элементом, особенно при его реакции с флуоресцирующими в плазматической мембране ферментными комплексами, что и объясняет универсальность биостимулирующего действия ЛИ (Иванов А. В. и др., 1989; Захаров С.Д. и др., 1989 и др.).

Согласно третьей точки зрения, механизм биостимулирующего эффекта НЛИ основывается на изменении физико-химических свойств биологических систем. Взаимообусловленные структурные изменения в системе биомембрана-раствор обеспечивают неспецифическую регуляцию биохимических процессов, запускающих цепочку биологических реакций (Скопин С. А., Яковлева С. В., 1988 и др.).

Можно также предполагать, что если атомно-молекулярные и клеточные структуры биологического объекта имеют собственные электромагнитные поля определенных частот и своеобразные электрические заряды, то при воздействии на них оптимальными дозами ЛИ (резонансными энергетическими характеристикам метаболических процессов в биомacroмолекулах) проводится как бы своеобразная "энергетическая подкачка", тем самым, нормализуя нарушения гомеостаза и активируя процессы саногенеза и саморегуляции организма. По мнению Корюганова В. И. и др. (1992), экзогенно поступившее ЛИ является триггером в цепи последовательных лавинообразных превращений в организме. Кванты света заставляют работать биохимические и биофизические процессы не только с ускорением, но и с повышением коэффициента эффективности. Этим, по-видимому, можно объяснить количественную несопоставимость полученной лазерной энергии и

последствий ее воздействия с позиций энергетического баланса. Как считают многие исследователи, *стартёром биостимуляции может быть исчезающе малая величина ЛИ, индивидуальная для каждого конкретного больного*. Это, в какой-то мере, объясняет отсутствие какого-либо влияния ЛИ на здоровые органы и ткани и общее биостимулирующее влияние на организм в целом.

Обобщая приведённые данные, можно заключить, что в первичном ответе на воздействие ЛИ в разной степени принимают участие все рассмотренные выше механизмы: энергия квантов света поглощается тканевыми биоструктурами, при этом на атомно-молекулярном уровне происходит образование электронного возбуждения комплексов и миграция электронного возбуждения на внутриклеточные структуры и мембрану, что и обеспечивает первичный фотофизический и фотохимический эффекты и появление первичных фотопродуктов. Экспериментально показано, что энергетической мощности фотонов (диапазон 0,6-1,2 мкм) достаточно для разрыва слабых молекулярных связей, в результате чего образуются слабо заряженные ионы, возникают как динамические, так и статические конформационные изменения белка и мембраны, с которой он связан, изменяется мембранный потенциал и чувствительность мембраны к действию БАВ.

На сегодня процессы конформационной релаксации наряду с переносом электронов в макромолекулярных комплексах рассматривают как один из фундаментальных механизмов трансформации энергии в биологических системах, а энергоперенос является необходимым условием функционирования ферментов, витаминов, нейромедиаторов и других структурных компонентов.

В результате субклеточных и клеточных реакций повышается биоэнергетический статус клетки и тканей организма, стимулируются процессы клеточного и тканевого метаболизма.

Много экспериментальных работ посвящено вопросу вероятности злокачественной трансформации нормальных клеток или стимуляции роста злокачественных клеток под влиянием ЛИ. Доказана безвредность НЛИ (в адекватных дозах) не только с медицинской точки зрения, но и с генетических позиций, то есть не выявлено мутагенного действия по критерию хромосом (в эксперименте до 10-20 поколения).

В настоящее время не представляется возможным объяснить в полном объёме механизм развития генерализованной реакции в условиях целостного организма на воздействие НЛИ. В многочисленных клинико-экспериментальных исследованиях показано, что максимальный биостимулирующий эффект (при адекватно подобранной дозе ЛИ) наблюдается в тканях, регулирующих жизненно важные процессы, самой природой предназначенные для быстрого реагирования на различного рода раздражители – это *кровь и сосудистая система* (микроциркуляторное звено сосудистого русла и система гемокциркуляции), *гемопозз, нервная система и иммунонейроэндокринная система*, являющиеся важнейшими интегративными системами организма, нарушение функции которых наблюдается при самых различных заболеваниях.

Кровь – это полифункциональная система, выполняющая среди многих функций и роль интегрирующей среды, обеспечивающей ответ орга-

низма в целом. В исследованиях, выполненных на уровне клеток крови, показана их высокая чувствительность к НЛИ, в частности, при адекватно подобранной дозе наблюдается увеличение количества эритроцитов и гемоглобина, снижение СОЭ, устранение лимфопении, активация иммунокомпетентных клеток, нормализация показателей коагулограммы, стимулирующее влияние на восстановительные процессы в кроветворной системе после воздействия ионизирующей радиации, нормализация капиллярной гемодинамики и другие положительные изменения. Важно отметить высокую фоточувствительность многих БАВ, в частности, моноаминов: моноамины образуют универсальную систему, контролирующую и регулирующую трофические процессы в организме, для которых спектр поглощения находится в области длин волн ГНЛ.

Иммунонейроэндокринная система, объединённая с помощью гипоталамуса и передней доли гипофиза в общую интегративную систему организма, обеспечивает не только согласованную деятельность всех органов и систем организма (через комплексные механизмы адаптации), но и создаёт необходимое равновесие в обмене веществ и энергии, оказывает иммуномоделирующее и иммунокорректирующее действие (в зависимости от исходного состояния иммунного гомеостаза). Дальнейшие исследования механизма лазерной супрессии откроют, вероятно, новые возможности в лечении аутоиммунных заболеваний и в этом плане методу принадлежит большое будущее.

Нами выявлен отчетливый антидепрессивный эффект НЛИ (при использовании сочетания методов ВЛОК или ЭЛОК и воздействия на БАТ) при комплексном лечении больных с затяжными формами невротозов, ведущими синдромами которого являлись – вегетососудистая дистония, ипохондрический, фобический и агрипнический синдромы (Курицына-Крупнова Л. К. и др., 1990, 1992, 1993; Фазлеева Е. В., Курицына-Крупнова Л. К., 1995). До и после лечения у больных (25 взрослых и 25 подростков в возрасте 14-17 лет) исследовали психологические особенности личности (цветовой тест Люшера, тип отношения к болезни – ТООБ, анализ фрустрационных реакций – тест Розенцвейга), показатели серотонинового обмена (у 18 подростков), исходный вегетативный тонус, вегетативное обеспечение и вегетативную реактивность.

По окончании курса лечения, наряду с улучшением общего состояния, мы наблюдали нормализацию психологического статуса пациентов: улучшались показатели психосоциальной адаптации, формировалось положительное отношение к врачебным рекомендациям, улучшались межличностные контакты, снижалась степень тревожности и невротизации, фиксации на своём соматическом неблагополучии, формировалась установка на излечение, уменьшалась лабильность психо-вегетативных показателей и выраженность вегетативных нарушений (результаты психологических исследований коррелировали с показателями вегетативного статуса организма и показателями серотонинового обмена). Выявлено повышение устойчивости к стрессовым ситуациям и более адекватная реакция на стресс, а также улучшение показателей серотонинового обмена, липидного, коагулограммы, формулы периферической крови, ЭКГ, АД. Положительная динамика исследуемых показателей наблюдалась у 93% больных, причем у боль-

ных с выраженной симпатикотонией (73%) быстрее развивался положительный эффект лечения, нежели у больных с ваготонической направленностью вегетативного тонуса. Всем больным был назначен повторный курс лечения через 3-6 месяцев, что способствовало большей стабилизации вышеназванных показателей, а, следовательно, повышалась возможность реадaptации больных.

Обобщая данные наших исследований, мы высказываем предположение, что повышение уровня антистрессорной защиты организма возможно связано с влиянием НЛИ на медиаторный обмен, в частности, серотониновый. Возможно, изменение активности серотонинергических систем мозга сказывается на продукции энкефалинов и эндорфинов, увеличение последних под влиянием ЛИ отмечено также в работах T. Ohshiro and Calderhead R. G. (1988). В работах многих исследователей подчеркивается, что эмоциональная реактивность, формирование синдрома адаптации, в определенной степени, связаны с активностью серотонинергических систем мозга, которые принимают участие в регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (Науменко Е. В., Попова Н. К., 1975; Abe K., Hiroshige T., 1974). Как правило, общая и тканевая гипоксия изменяют чувствительность тканевых рецепторов к моноамину, а это стимулирует эмоционально-негативные зоны в ЦНС, еще более усиливает гипоксию, вызывает сдвиги в уровне катехоламинов и моноаминов (в частности, серотонина). Это, в какой то мере, подтверждается и нашими прежними исследованиями (Курицына Л.К. и др., 1977-1981), посвященными изучению состояния серотонинового обмена (система 5-ОТ – МАО – 5-ОИУК), газов крови, в частности, уровня кислородной насыщенности крови, КОР и других клинико-лабораторных показателей у здоровых женщин, беременных и рожениц с сердечно-сосудистой патологией при применении электросна и электроанальгезии. При сравнении данных выявлена высокодостоверная взаимосвязь всех перечисленных показателей ($P < 0,005$, коэффициент корреляции и коэффициент множественной корреляции – 0,9).

Наши исследования позволяют нам высказать предположение, что повышение интегративной функции мозга и антидепрессивный эффект НЛИ в определенной мере связаны с нормализацией медиаторного обмена и снижением уровня гипоксемии, что созвучно с мнением Ohshiro T., Calderhead R. G. (1988) считающих, что восстановление регулирующей функции мозга, в конечном итоге, приводит к затуханию процессов патологического характера, т.е. ЛИ помогает организму восстановить системное равновесие безболезненно и неинвазивно. Важно лишь учитывать, что генерализованная (системная) реакция организма зависит от *адекватности применяемой дозы ЛИ, индивидуальной переносимости (чувствительности) к ЛИ, исходных показателей состояния адаптивных систем организма, в частности, иммунного гомеостаза*. Более выражена эта системная реакция при воздействии на область проекции тимокитовидного комплекса, соответствующих БАТ (БАЗ) и на кровь (методы ВЛОК или ЭЛОК).

Обобщая приведённый анализ литературных данных и собственные клинические наблюдения, можно сделать вывод, что хотя на сегодня не раскрыт полностью интимный механизм действия НЛИ на био-

логический объект, но достаточно изучен механизм его терапевтического действия, реализуемый на всех уровнях живой системы:

субклеточный – возникновение возбужденных состояний молекул, образование свободных радикалов, стереохимическая перестройка молекул, увеличение синтеза белка, РНК, ДНК, ускорение синтеза коллагена и его предшественников, изменение кислородного баланса тканей и активности окислительно-восстановительных процессов и др;

клеточный – изменение заряда электрического поля клетки, изменение мембранных потенциалов клетки, конформационные изменения макромолекул и мембран, повышение пролиферативной активности, стимуляция внутриклеточного метаболизма, увеличение продукции полиморфонуклеаров и лимфоцитов и др.;

тканевой – изменение pH межклеточной жидкости, морфофункциональной активности, микро- и гемокрикуляции и др.;

органный – нормализация функций какого-то патологически измененного органа (без влияния ЛИ на здоровые органы и ткани);

системный (организменный) – возникновение ответных комплексных адаптивных, информационно-волновых, нервно-рефлекторных и нервно-гуморальных реакций.

Универсальность положительного лечебного эффекта НЛИ при различных видах патологии, по-видимому, можно объяснить своеобразной информационно-энергетической подкачкой биоструктур тканей, что позволяет нивелировать многие патофизиологические процессы, благодаря стимуляции и нормализации энергетического баланса организма в целом и саногенетической направленности реакций целостного организма.

Высокая терапевтическая эффективность НЛИ, отсутствие осложнений (при адекватности дозы ЛИ) и противопоказаний, делает лазеротерапию методом этиопатогенетической терапии при многих нозологических формах патологии у детей и взрослых.

Основные лечебные эффекты, наблюдаемые при лазерной терапии:

– *противовоспалительное действие* – за счёт улучшения микроциркуляции, нормализации КОР, осмотического давления, снижения отёчности тканей, подавления процессов ПОЛ и др.;

– *анальгезирующее действие* – за счёт нормализации метаболизма в нервных тканях и снижения отечности в области нервных окончаний, повышения уровня эндорфинов и порога болевой чувствительности и др.;

– *иммуномодулирующее и десенсибилизирующее действие* – за счёт усиления пролиферации и созревания иммунных клеток, увеличения продукции иммуноглобулинов, стимуляции неспецифических факторов защиты – комплимента, интерферона и лизоцима, повышения фагоцитарной активности микро-и макрофагальных систем, активации деятельности нейроэндокринных систем и др.;

– *стимуляция репаративных процессов* – за счёт активации метаболизма клеток, усиления пролиферации фибробластов и других клеток, синтеза белков и коллагена, ускорения эпителизации дефекта, неоваскуляризации восстановившихся тканей и других положительных эффектов.

Методы и способы применения лазерного излучения:

1. Дистанционный – излучатель (конец насадки или гибкого световода) располагается на расстоянии от облучаемого объекта и на поверхности объекта создается пятно ЛИ.

2. Контактный и контактно-компрессионный – обычно используется для воздействия на БАТ (БАЗ).

3. Внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК) – высокоэффективный лечебный метод, при котором гибкий световод через иглу вводят в локтевую вену, в подключичную и даже через последнюю в правое предсердие.

4. Внутриполостной – излучатель вводится в естественную полость – грудную (плевральную), брюшную, используя торакоскоп или лапароскоп, что позволяет подвести ЛИ непосредственно к больному органу, воздействовать на серозную оболочку, весьма восприимчивую к ЛИ.

5. Альтернативой ВЛОК является метод ЭЛОК (экстракорпоральное лазерное облучение крови), применяемый дистантно или контактно на *зоны локтевой ямки, подколенной ямки, бедренного треугольника, сосудистого пучка в области надключичной ямки и синокаротидной зоны.*

6. Воздействие *контактно-сканирующим* лазерным лучом по ходу сосудисто-нервного пучка или по ходу определённого меридиана или на определенные паравerteбральные зоны.

7. *Внутриорганный* – наиболее часто этот метод применяют при эндоскопическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, режее пищевода, прямой и ободочной кишки, мочевого пузыря, уретры. Облучение желчного пузыря осуществляется через его стому, а внепеченочных желчных протоков – через дренаж общего желчного протока.

8. Введение световода в патологическую полость – киста, абсцесс, в которые световод чаще вводят через дренажные трубки или пункционную иглу.

В последние полтора десятилетия НЛИ широко используется в педиатрии для профилактики и терапии как острой патологии органов дыхания, так и при затяжных и рецидивирующих бронхолегочных заболеваниях, в частности, при аллергопатологии – БА, АР, аллергодерматозы.

В педиатрии наиболее целесообразно использовать лазерную рефлексотерапию – лазеропунктуру, являющуюся определенной альтернативой ИРТ и прижиганию БАТ полынной сигаретой. Для педиатрии в этом аспекте особенно привлекательны безболезненность метода, отсутствие повреждающего действия на кожу, кратковременность процедуры, возможность воздействия с нескольких БАТ или БАЗ практически на все функциональные системы организма с целью приведения их в динамическое равновесие. У больных БА детей НЛИ может использоваться как составная часть комплекса лечебно-профилактических мероприятий или применяться как средство профилактики с целью мобилизации защитных резервов организма, стимуляции механизмов саногенеза.

При лазерной рефлексотерапии используется небольшое коли-

чество энергии. Для лечебного эффекта НЛИ суммарная энергия экспозиции имеет большее значение, нежели длина волны. Малая зона воздействия, низкая интенсивность раздражения рецепторного аппарата зоны БАТ, благодаря пространственной и временной суммации раздражения, приводит к развитию многоуровневых рефлекторных и нейрогуморальных реакций, обусловленных интегративной деятельностью ЦНС, что, в конечном итоге, обеспечивает нормализацию гомеостаза.

Биостимулирующий эффект НЛИ связан с попаданием волны излучения (0,6-0,8 мкм) в область поглощения определенного световоспринимающего соединения, являющегося метаболитом живой клетки. Повышение ферментативной активности каталазы (энзиматической активности клеток органов дыхательной системы) и других ферментов под влиянием ЛИ способствует усилению энергетического обмена в клетке и, как следствие, активации митотических и метаболических процессов. Действие фактора распространяется в глубину в результате аксон-рефлекса, который является чрезвычайно активным при астме и может носить как защитный, так и агрессивный (разрушительный) эффект (Barnes P.J., 1991). Поэтому можно предположить, что использование *малоинтенсивных контролируемых лазерных воздействий*, реализующих свой саногенный эффект на информационно-волновом (гомеостатическом) уровне, более адекватно извращённой реактивности сенсibilизированного организма ребенка-аллергика, нежели использование усредненных доз лазерной энергии, нередко действующих на уровне *“функциональных нарушений”* по Н. Selye.

При сравнении биологических эффектов красного (0,63 мкм) и ИК-излучения (0,89-1,3 мкм) выявлено, что поглощение биотканью энергии НЛИ не сопровождается выраженным фотохимическим эффектом, а почти целиком превращается в тепловые колебания молекул (Бердышев Г.Д., 1989; Barth S., 1985), чего вполне достаточно для образования свободных радикалов, играющих роль триггеров при запуске физиологических клеточных реакций на тканевом уровне (Губанов Н.И., Утепберганов А.А., 1978). Поэтому при лазеропунктуре процесс фотобиоактивации проявляется синдромом клеточной адаптации: активацией ключевых звеньев энергообразующих окислительных реакций, субстратного фосфорилирования, трансмембранных транспортных процессов и т. д., что сопровождается возрастанием уровня энергообмена в клетках, усилением регионарного кровообращения, эритропоэза, повышением синтеза структурных белков и ферментов, нормализацией обмена БАВ, клеточного и гуморального иммунитета. При использовании оптимального для конкретного больного режима ЛИ, регуляция процессов энергообмена осуществляется в соответствии с управляющей информацией информационно-энергетического уровня регуляции, что вызывает преимущественно развитие общих адаптационно-компенсаторных реакций, нормализующих регуляторные процессы на всех уровнях организации живой материи (Резников Л. Я. и др., 1987 и др.).

Выраженный адаптационный эффект пунктурной терапии позволяет применять ЛИ для повышения естественных защитно-приспособительных реакций организма. Считается, что “рефлексопрофилактика” повышает резистентность организма, т.к. согласно законам Вильдера и Арндта-Шульца, рефлекторные воздействия, являясь стрессогенны-

ми раздражителями малой силы, вызывают развитие неспецифических адаптационных реакций, обеспечивающих перекрестную устойчивость организма к различным потенциально патогенным факторам.

Такой взгляд на лазерную рефлексотерапию вполне правомочен, поскольку, как показывают многочисленные исследования, любая функциональная система и на уровне клетки, и на уровне ткани работает на очень низком энергетическом режиме, в силу чего большое количество подведенной энергии не повышает, а наоборот угнетает функции системы (Обросов А.Н., 1983; Bahr F., 1986 и др.).

Поэтому целесообразно до начала лечения провести акупунктурную диагностику (используя методы Р. Фолля, Накатани, Акабанэ и др.), чтобы определить энергетический бюджет организма, энергетическое состояние меридианов и отдельных БАТ, оценить состояние отдельных органов, их подсистем и частей. Относительно количества точек воздействия на одну процедуру – оно определяется общим временем воздействия и суммарной энергией экспозиции за один сеанс. Ориентировочно у детей за одну процедуру используется стимуляция 3-4 точек, у взрослых – 6-8 БАТ.

Если в рекомендациях указано большее количество точек, но не указан порядок их использования, то при формировании пунктурного рецепта желательно использовать одну точку переднесрединного канала + 2 точки на руках; на следующий день брать одну точку заднесрединного канала + 2 точки на ногах. Возможно использовать перекрестный вариант: точка переднесрединного канала + точка на руке справа + точка на ноге слева или наоборот. Важно выбирать для лечения те точки, в которых пересечение симптомов болезни конкретного пациента максимально, в том числе, использовать и сегментарные точки туловища, с которых производится дополнительное воздействие на "шоковый орган".

Раздражение одних и тех же БАТ (БАЗ) в каждом конкретном случае проводится в определенной последовательности: от головы к конечностям, от рук к ногам, на симметричные точки следует воздействовать - у "правшей" начинать лечение с правых каналов и правых аурикулярных точек, у "левшей" – с левых каналов и левых АР.

С целью усиления генерализованной реакции организма можно сочетать воздействие на БАТ с облучением БАЗ – проекции крупных сосудов (метод ЭЛОК) и воздействием на сегментарные зоны.

Все эффекты лазера дозозависимы, поэтому необходимо учитывать, что при контактной методике воздействия, когда световод плотно касается тканей (небольшая компрессия мягких тканей) и ЛИ достигает всех дермальных и субдермальных, нервных и сосудистых сплетений, а также мышечных слоев, повышается интенсивность проходящего света ГНЛ в 10-20 раз, а ИК-излучения более, чем в 3 раза.

При нормировании интенсивности ЛИ говорят о мощности на единицу поверхности (Вт/см²), о плотности потока энергии (ППЭ) на единицу поверхности (Дж/см²) или энергетической экспозиции (Д).

$$D = \frac{P \times t}{S} = I \times t \text{ (Дж/см}^2\text{)},$$

где P – выходная мощность излучения лазера (мВт); t – время экспозиции (с); S – площадь светового пятна ЛИ на поверхности

кожи (см^2), которую вычисляют по формуле: $S = \rho \pi r^2$, где r – радиус пятна; $\rho = 3,14$;

I – интенсивность излучения лазера или плотность потока мощности (Вт/см^2).

Пример 1. Мощность непрерывного ЛИ на выходном торце световода аппарата АПЛ-1 равна 0,4 мВт, диаметр световода – 2 мм, необходимая доза облучения – 0,2 Дж/см². Тогда экспозиция должна быть:

$$t = \frac{D \times S}{P} = 0,2 \frac{(\text{Дж/см}^2) \times 3,14 \times (0,1 \text{ см})^2}{0,4 \text{ мВт}} \approx 15 \text{ с}$$

При использовании модулированного излучения с частотой 10 Гц доза облучения уменьшается в 2 раза и, следовательно, необходимо в 2 раза увеличить время экспозиции, то есть $t = 15 \text{ с} \cdot 2 = 30 \text{ с}$.

При использовании волоконных световодов длиной 1,5-2 м также ориентировочно следует увеличить время экспозиции в 1,5-2 раза.

Пример 2. Расчет дозы облучения за один сеанс лазеропунктуры, используя аппараты АЛТ-1 или АЛТ-1-1. Мощность 0,5 мВт (непрерывное излучение), диаметр световода – 1,3 мм.

Воздействие проводится модулированной частотой 8 Гц, на 4 пары симметричных АТ по 10 с на каждую.

$$D = \frac{P \times t}{S} = \frac{0,5 \text{ мВт}}{3,14 \times (0,06 \text{ мм})^2} \times 10 \text{ с} \approx 0,04 \text{ Дж/см}^2;$$

$$D_{\text{мод}} = \frac{0,04 \text{ Дж/см}^2}{2} = 0,02 \text{ Дж/см}^2.$$

На каждую точку $D = 0,02 \text{ Дж/см}^2$, а суммарная доза, получаемая пациентом за сеанс, равна приблизительно 0,16 Дж/см².

В некоторых лазерных установках, например, “Узор”, “AGNIS-L01” используется импульсное излучение. В этих случаях для определения дозы необходимо по энергии импульса, его длительности и частоте следования определить среднюю мощность:

$$P_{\text{ср}} = P_{\text{имп}} \times T_{\text{имп}} \times f, \text{ которую используют для расчета дозы.}$$

Пример 3. Средняя длительность импульса аппарата “Узор” – 250 нс, мощность импульса – 5 Вт, частота следования импульсов – 80 Гц. В этом случае средняя мощность излучения равна:

$$P_{\text{ср}} = 5 \text{ Вт} \times 250 \times 10^{-9} \text{ с} \times 80 \text{ Гц} = 10^{-4} \text{ Вт} = 0,1 \text{ мВт}$$

Эта мощность и используется для расчета дозы. Так, при площади отверстия излучателя 0,5 см² и времени облучения 100с:

$$D = \frac{10^{-4} \text{ Вт}}{0,5 \text{ см}^2} \times 100 \text{ с} \approx 0,02 \text{ Дж/см}^2.$$

В настоящее время во многих руководствах к лазерному аппарату приводятся удобные таблицы для расчета данных параметров.

Иногда в техническом паспорте аппарата указывается энергия импульсов – $E_{\text{имп}}$, в Дж, мДж, мкДж (аппарат “AGNIS - L01”). В этом случае дозу ЛИ рассчитывают по формуле:

$$D = \frac{E_{\text{имп}} \times f}{S}$$

Так, при энергии 0,05 мкДж, площади пятна 1 см², частоте 1200 Гц, доза будет равна:

$$D = \frac{0,05 \times 10 \times 1200}{1 \text{ см}^2} = 60 \times 10^6 \text{ Дж/см}^2 = 60 \text{ мкДж/см}^2.$$

При однократном и курсовом воздействии реакции организма имеют однотипную направленность: вначале изменения происходят на

уровне нервно-рефлекторных реакций, а затем при достаточной экспозиции и интенсивности воздействия (в процессе курса лечения) включаются другие физиологические механизмы.

Импульсный модулированный режим ЛИ нередко оказывается эффективнее непрерывного, особенно при резонансе частот модуляции с биоритмами процессов в органах и тканях. Как свидетельствуют клинично-экспериментальные исследования, терапевтическая эффективность ГНЛ определяется плотностью мощности, а ИКЛ – частотной модуляцией и временем воздействия. Однако вопрос о подборе частотных модуляций в лазеротерапии при лечении различных заболеваний, по-прежнему, считается дискуссионным.

Известно, что функционирование организма и его систем имеет ритмический характер с наличием большого числа колебательных процессов с периодами биоритмов от долей секунды до суточных, месячных, сезонных, многолетних. Хорошо известны суточные ритмы функциональной активности и пассивности меридианов, что позволяет выбирать оптимальное время для лечения гипо- или гиперфункционального состояния органа, системы.

Каждый организм является сложной ритмической структурой, которую можно рассматривать как совокупность различных ритмических процессов, различающихся по частоте, амплитуде, фазе в соответствии с функциями. Подвижность колебательных процессов позволяет на уровне клеток и тканей формировать новые функционально-динамические связи в зависимости от потребностей какого-либо органа, системы или целостного организма, что является важным для формирования компенсаторно-приспособительных реакций и функций.

Установлено, что большинство заболеваний начинается с дизритмии (асинхроноз функций), что соответствует доклинической функциональной стадии болезни. Впоследствии возможно формирование патологической функциональной системы с теми или иными морфологическими изменениями.

В свете современных представлений о биофизической сущности болезни, в развитии патологического процесса можно условно выделить 4 стадии: I – временное рассогласование, II – нарушение информационных потоков, III – нарушение обмена энергии, IV – нарушение обмена веществ и разрушение структур, – это вполне согласуется с концепцией гомеостатического учения д-ра Реккевера.

Лазеротерапия без частотной модуляции действует преимущественно на течение трёх последних стадий. Однако нормализация ритма работы клетки, ткани, органа также важна для восстановления их функционального состояния. С этих позиций существенным представляется подбор таких частотных характеристик ЛИ, которые имели бы близкие частотные параметры к колебательным процессам, происходящим в пострадавшем органе, ткани или системе. В этом случае можно ожидать резонансе между измененной частотной характеристикой, функциональной системы и воздействующей частотой, что несомненно будет способствовать более быстрому восстановлению функции органа (системы).

Правомерность такого подхода к лазеротерапии и лазеропунктуре подтверждается высокой терапевтической эффективностью метода

МРТ, основанного на резонансе колебательных процессов в тканях и подаваемых электромагнитных колебаний (волн). Как правило, совпадение волновых процессов ведет к биорезонансу и быстрому восстановлению, так называемого, электромагнитного каркаса биосистемы, что и способствует восстановлению ее функций, а со временем и структуры тканей и органов.

В многочисленных исследованиях показано, что в органах и системах организма преобладают низкочастотные колебательные процессы, отражающие состояние функционально-динамической системы (ткани, органа) и её метаболический статус.

Voll R. (1975)., Kramer F (1976), используя метод электроакупунктурной диагностики, представили подробные данные о применении определенных частот для лечения большинства заболеваний. Эти частоты, рекомендованные авторами для проведения электропунктуры, можно использовать и для лазеротерапии: модулированные ЛИ с низкими частотами (от 1 до 10 Гц) следует использовать при воздействии преимущественно на дистальные, а также сигнальные и сочувственные АТ, а высокие частоты модуляции (от десятков до тысяч герц) по мнению Nogier P. (1987) – целесообразно использовать для местного воздействия на пораженные органы или ткани. Правильный выбор оптимальных доз ЛИ с адекватной частотной модуляцией позволяет при небольшой суммарной дозе энергии (за счет высокой биотропности и более высокой биодоступности) получить максимальный терапевтический эффект и восстановить энергетический баланс организма.

Оптимальная частота модуляции, по мнению многих исследователей – 0,5-10 Гц, в частности, частота модуляции 2-4 Гц резонансна для β - и δ - ритмов ЭЭГ, связанных с лимбической системой (эмоции, психика), с колебаниями электропроводимости кожи, с вазомоциями (спонтанной моторикой сосудов), с сердечной деятельностью.

В отношении дозы облучения и времени лазерного воздействия в литературе существует огромный разброс мнений различных исследователей. Как показывают наши наблюдения (авторы использовали аппарат "AGNIS-L01"), созвучные с мнением многих исследователей (Александров М.Т. и др., 1987; Швальба П. Г. и др., 1987; Буйлин В. А., 1990; Козлов В. И. и др., 1993 и др.) в педиатрии, в частности, у детей с аллергопатологией целесообразно использовать следующие параметры ГНЛ: плотность потока мощности излучения – 0,1-0,5 мВт/см², суммарная доза энергии за сеанс 0,1-0,25 Дж/см², на курс лечения соответственно – 1-2,5-3,0 Дж/см², равномерно распределенные на 7-9-11 сеансов, при экспозиции на каждую АТ – 10-20 с. Импульсное ИК-излучение (этот диапазон волн в основном поглощается форменными элементами крови) дает такой же терапевтический эффект как и непрерывное, но в меньшей дозе (порядка 0,05 Дж/см²), т.е. "терапевтический коридор" НЛИ при использовании лазеропунктуры – 0,05-0,3 Дж/см² за один сеанс. Импульсный модулированный режим ЛИ, как уже отмечалось, оказывается эффективнее непрерывного, особенно при резонансе частот модуляции с биоритмами физиологических процессов в органах и тканях.

С целью прогнозирования эффекта лазеротерапии у детей с аллергопатологией можно использовать методику определения индиви-

дуальной чувствительности к ГНЛ (Осин А.Я., 1989). *Методика* авторов: на внутреннюю поверхность предплечья воздействуют однократно ГНЛ мощностью 0,16-0,80 мВт/см² в течение 5 минут (опыт), аналогичная область другого предплечья – контроль. Затем, на этих симметричных участках обоих предплечий проводят аллергологические пробы скарификационным способом с неинфекционными аллергенами, 0,1% раствором гистамина. Антиаллергический эффект лазера считается положительным при меньшей степени выраженности аллергической кожной реакции в опыте по сравнению с контролем. Метод позволяет в течение 20-25 минут точно (по данным автора в 92% случаев) определить индивидуальную чувствительность ребенка-аллергика к НЛИ.

Для более многостороннего воздействия на патологический процесс иногда целесообразно комбинировать лазеротерапию (воздействие на БАТ, БАЗ) с другими методами немедикаментозной терапии. При сочетании с медикаментозной терапией (аллопатической) оптимальным считается применение лазеротерапии через 30-90 мин (в зависимости от максимальной концентрации препарата в крови) после приёма лекарства.

Наши наблюдения подтверждают возможность и целесообразность комбинирования НЛИ и ФТ в клинике детских и внутренних болезней только по методике чередования через день или в виде последовательных циклов лечения двумя физическими факторами.

Учитывая, что все положительные эффекты НЛИ дозозависимы и терапевтически эффективная доза ЛИ индивидуальна для каждого больного, целесообразно в процессе лазеротерапии с целью коррекции лечебной тактики проводить акупунктурный контроль, (метод Р.Фолля, Акабанэ, ВРТ и др.) и, по возможности, иммунологический и клинко-биохимический контроль.

Нам кажется разумным только такой подход к применению ЛИ в клинике детских и внутренних болезней.

Хронобиологический аспект действия лазеропунктуры конечно же влияет на эффективность терапии. В серии исследовательских работ доказана временная чувствительность различных систем организма к действию одного и того же физического фактора, в частности, к ЛИ. Однако, дать чёткие рекомендации для практической медицины в этом вопросе, пока не представляется возможным.

Магнитолазерная терапия является одним из наиболее удачных методов сочетанного применения двух физических факторов. Благодаря суммированию и потенцированию их однонаправленного действия, значительно повышается терапевтическая эффективность метода. При магнитолазерной терапии на организм больного одновременно воздействуют и магнитное поле и лазерное излучение, причём взаимное усиление эффекта и появление новых качественных сдвигов наблюдается в основном при действии ЛИ и постоянного магнитного поля (ПМП). Первичные биофизические и биохимические аспекты действия ПМП связаны в основном с наведением ЭДС индукции, возникновением магнитомеханического эффекта и омагничиванием воды. В результате этих процессов происходит перемещение и осцилляция ионов, ориентация полярных молекул, повышение активности ионов, высвобождение их из связи с макромолекулами белка или

воды, образование свободных форм вещества. Магнитомеханические силы проявляются конформационными изменениями сложных органических молекул, входящих в состав биологических мембран, усилением процессов свободно-радикального окисления и активности важнейших ферментов, а также повышением избирательной проницаемости клеточных мембран. На уровне клеточных и тканевых структур, вызванные МП изменения нервных, мышечных и других клеток, приводят к явлениям деполяризации и реполяризации, к изменению их электрофизиологической активности и функциональных свойств. Одновременно действующее ЛИ нарушает электронные связи между ионами и молекулами, а ПМП препятствует рекомбинации ионов и способствует лучшей диссоциации частиц. В связи с этим в полупроводнике, каким является человеческое тело помещенное в ПМП, при облучении лазером проявляется фотомагнитоэлектрический эффект (эффект Кикоина-Носкова), при котором величина ЭДС является наибольшей и достигает нескольких десятков вольт.

При магнитолазерной терапии обычно используют магнитную насадку, расположенную по периметру облучаемого участка, перпендикулярно лазерному излучению. При этом основная масса диполей и других электрически заряженных частиц располагается вдоль светового потока, увеличивая глубину проникновения в ткани ЛИ, причём максимум поглощения при сочетанной процедуре приходится на инфракрасное излучение. Сочетанное использование двух факторов – ЛИ и ПМП обеспечивает значительную глубину проникновения электромагнитных колебаний, что даёт возможность оказывать физическое воздействие на глубокорасположенные органы и ткани.

Высокой чувствительностью к МП обладают ЦНС и эндокринная система. Магнитолазерная терапия, являясь более энергоёмким методом, в большей степени, чем ЛИ, стимулирует энергетические и пластические функции нейронов и клеток нейроглии, повышает толерантность мозга к гипоксии, активизирует функции большинства желёз внутренней секреции, обладает выраженным седативным и обезболивающим действием. Например, при магнитолазерной терапии деформирующего остеоартроза с выраженным болевым синдромом наблюдалось уменьшение боли уже с 3-5 облучения, а к концу курса положительные результаты терапии наблюдались, по данным Илларионова В. Е. и др (1988), у 82% пациентов, а при одной только лазерной терапии – у 70%. У наблюдаемых больных быстро исчезали явления сопутствующего синовита и улучшались многие клинические показатели.

Магнитолазерная терапия обладает более выраженным влиянием на тимусзависимые иммунодефицитные состояния, суммируя иммунорегулирующее действие обоих факторов.

Магнитолазерная терапия более эффективна, чем только лазерная терапия, при заболеваниях периферических сосудов конечностей (артерий и вен) со значительным нарушением кровообращения и выраженными трофическими расстройствами, в частности, при хронической венозной недостаточности. Сочетанное воздействие ПМП и ЛИ улучшает кровообращение, уменьшает трофические нарушения и быстро рассасывает отёки.

Магнитолазерное излучение благоприятно влияет на сердечно-со-

судистую систему, реологические свойства крови и систему гемостаза и; благодаря сочетанному действию ПМП и ЛИ, никакого "обострения" в виде усиления боли в сердце в процессе лечения ИБС не отмечается, что позволяет провести лечение без увеличения доз антиангинальных средств.

Магнитолазерная терапия более эффективна, чем только ЛИ при трофических язвах, инфицированных ранах и открытых переломах, что выражается ускорением в 1,5-2 раза консолидации костей и заживлением дефектов кожи (Полонский А. К., Николаев М. П., 1981).

Таким образом, сочетанное применение НЛИ и ПМП в настоящее время достаточно научно обосновано и поэтому широко применяется в лечебной практике.

Подводя итог этому небольшому обзору, можно сделать вывод, что лазеротерапия – это эффективный метод терапии общетерапевтической направленности действия, созданный разумом человека во имя жизни и здоровья. Однако достижение столь высоких целей возможно лишь при соблюдении принципа индивидуальности, адекватности и контроля за эффективность проводимой терапии.

Для более многостороннего воздействия на патологический процесс иногда целесообразно комбинировать лазеротерапию с другими физическими факторами (ГТ, ЭФ лекарственных веществ, ИТ, СМТ, СМТ-ЭФ, МП, УЗ, ГБО, спелеотерапия, КВЧ-терапия и др.) по методике чередования через день или в виде последовательных циклов лечения, а также комбинировать различные способы лазерного воздействия и разный диапазон НЛИ (ГНЛ, ИКЛ) в процессе лечебного курса. Например, лазерное облучение крови (внутрисосудистое – метод ВЛОК или экстракорпоральное – метод ЭЛОК) можно комбинировать с накожным воздействием на соответствующие функционально активные зоны, рефлексогенные зоны Захарьина Геда, или лазерное облучение крови сочетать с лазерной пункцией, или использовать другие сочетания. Выбор зон облучения и способов лазерного воздействия должен быть основан на глубоком клиническом анализе состояния больного.

Возможно проведение поддерживающих курсов лазеротерапии в период предполагаемого обострения хронического заболевания. Чаще всего используется метод экстракорпорального облучения крови в сочетании с лазеропунктурой. Подбор точек в этом случае синдромологический, с учётом не только основного заболевания, но и нередко наблюдающихся при этом астено-невротического, депрессивного и других синдромов. Оптимальным является подбор БАТ на основании акупунктурной диагностики (метод Р. Фолля, ВРТ, Акабанз и др.) с обязательным акупунктурным контролем в процессе лазеротерапии, *конечная цель которой с позиций биоэнергетической медицины – это энергетическое выравнивание функционального состояния БАТ, восстановление энергетического баланса организма, что косвенно подтверждает стимуляцию реакций саногенеза и самооздоровления.*

Основные показания. Заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, ГБ, тромбофлебит и др.); заболевания органов дыхания (ВЗЛ, все клинические варианты БА в приступный и межприступный периоды, а также с целью профилактики, у гормонозависимых больных с целью снижения стероидной зависимости); заболевания опорно-двигательного аппарата (РА, ДОА, АС, остеохондроз позвоночника, трав-

матические повреждения); заболевания пищеварительной системы (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит, хронический холецистит и др.); заболевания мочеполовой системы (цистит, простатит, эрозия шейки матки, хронический сальпингоофорит); заболевания нервной системы (невриты, невралгии, ганглиониты, травматические повреждения периферических нервов и др.); заболевания кожи (трофические язвы, раны, ожоги в стадии заживления); в клинике ЛОР-болезней; заболевания слизистой оболочки полости рта; заболевания глаз (кератит, язва роговой оболочки); тимусзависимые иммунодефицитные состояния.

Противопоказания. Злокачественные новообразования, заболевания крови, тиреотоксикоз, инфекционные заболевания, кахексия, кровотечения, функциональная недостаточность почек, диссеминированный туберкулёз, цирроз печени, острая и подострая стадии инфаркта миокарда и нарушение мозгового кровообращения.

Аппаратура, общие рекомендации по выполнению процедур

Отечественной промышленностью выпускается очень большое количество лазерных аппаратов для практической медицины:

- излучение красного спектра (длина волны 0,65-0,68 мкм) генерируют гелий-неоновые лазеры – “УФЛ- 01”, “Ягода”, “АФЛ”, “ЛЮЗАР”, “ФАЛМ”, “АДЕПТ”, “Алок-1”, “Алок-2” и полупроводниковые лазеры “Азор-2К”, “Мустанг” и др., имеющие небольшие значения выходной мощности (2- 30 мВт), генерирующие непрерывное или модулированно-прерывистое излучение, при этом мощность в импульсе не увеличивается;

- излучение инфракрасного спектра (длина волны 0,8-0,95 мкм и 1,2-1,3 мкм) в непрерывном режиме генерируют полупроводниковые лазеры – “Колокольчик”, “Млада”, “Изель”, “Мустанг”, “Азор-2К”, в импульсном режиме – “AGNIS-L 01”, “Узор-2К”, “МИЛТА”, “Лита-1”, “Элат”, “Мустанг” и др. При небольшой выходной мощности (5-10 мВт) мощность в импульсе у этих лазеров достигает 6-12 Вт и более, а частота следования у большинства аппаратов составляет от 1 до 3000 Гц. За рубежом используют лазеры Lem Scanner, Energy и др.

Многие аппараты (“Мустанг”, “АДЕПТ” и др.) снабжены кольцевыми магнитными насадками, которые создают магнитное поле с магнитной индукцией на поверхности насадки 20-30 мТл. За рубежом используют лазеры Lem Scanner, Energy и другие.

Доза лазерного облучения определяется плотностью потока мощности, выраженной в мВт/см² и временем облучения (в с или мин), либо плотностью потока энергии, выраженной в Дж/см² (она может быть определена специальными измерительными приборами – ИМ-1, ИМ-2).

При одной и той же выходной мощности лазерного аппарата плотность потока мощности (ППМ) измеряется в зависимости от того, сфокусирован или расфокусирован луч лазера.

В клинических наблюдениях некоторых авторов установлено, что при дозе облучения равной 0,5 Дж/см² (у детей 0,1-0,3 Дж/см²) отчетливо проявляется стимулирующее влияние ЛИ, при дозе облучения – 1-2 Дж/см² – обезболивающее действие.

Разумеется – это чисто ориентировочные данные, которые для каждого конкретного больного должны уточняться.

Общие выводы, по данным литературы, о лечебных эффектах им-

пульсного ИКЛ: низкие частоты следования импульсов (1-50 Гц) оказывают стимулирующее влияние на репаративные процессы и функцию клеток; средние частоты (100-150 Гц) производят обезболивающее действие, а частоты 1000-3000 Гц (воспринимаемые биотканью как непрерывное воздействие) обладают выраженным противовоспалительным действием.

При инвазивном облучении циркулирующей крови (метод ВЛОК), при выходной мощности на конце световода равной 2 мВт и времени облучения – 30 мин, доза облучения может составить – 3,5 Дж/см², поэтому курс лечения должен быть растянут во времени.

При проведении процедуры пациента укладывают на кушетку или усаживают на стул (в зависимости от локализации зоны облучения).

Облучаемая поверхность должна быть обнажена, очищена от крема, мази, однако допускается воздействие ИКЛ на раневые поверхности через 1-2 слоя стерильной марли. При этом луч лазера должен падать перпендикулярно на облучаемую поверхность, а при использовании дистантной методики воздействия расстояние от оптической насадки до облучаемой поверхности может составить от 10 до 50 см. При одной и той же мощности лазерного аппарата в зависимости от диаметра светового пятна ППМ будет различной: чем больше диаметр пятна, тем меньше ППМ, и поэтому лечебный эффект должен корректироваться оптимальным временем облучения.

Во время проведения процедуры лазеротерапии глаза медицинских работников и больного должны быть защищены от прямого и отраженного ЛИ очками, изготовленными из сине-зеленого стекла СЗС-22 (ГОСТ 9411-81Е).

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДИКИ

Лазеротерапия при заболеваниях органов дыхания.

Методика 1. ВЛОК ГНЛ (у детей ЭЛОК – ИКЛ). Используют гибкий световод с мощностью ЛИ на его выходе – 1-3 мВт. Вводят световод через пункционную иглу в вену. Облучение проводят через день или через два дня на третий в течение 10-20 мин на курс – 3-5-7 сеансов. При наличии полипов или хронического синусита дополнительно воздействуют ИКЛ по методике контактно-сканирующего воздействия на крыльях носа и область проекции придаточных пазух носа, плотность мощности до 5-20 мВт/см², экспозиция до 5 мин. Методика ВЛОК особенно показана при инфекционно-зависимой форме БА.

При использовании методики ЭЛОК воздействуют на зоны: локтевой ямки, сосудистого пучка в области надключичной ямки и синокаротидной зоны, подколенной ямки, и на область проекции вилочковой железы.

Методика 2. Лазеропунктура. Заинтересованные меридианы и АТ находят с помощью акупунктурной диагностики (Р.Фолля, Акабанз и др.), на основании которой и формируют пунктурный рецепт по общепринятым правилам акупунктуры.

При атонической БА избыток энергии чаще всего наблюдается в меридиане РР (IV), а недостаток – в Р (I) и V (VII). В подобных случаях можно использовать следующую тактику лазеропунктуры: использовать седативную – РР (IV)5, пособник РР (IV)3, глашатай F (XII)13 и сочувственную V (VII)20 точки, на которые воздействуют ИКЛ (плотность мощности до 5-20 мВт/см², по 20-40 с на каждую точку). На меридианы с недостатком энергии оказывают тонизирующее воздействие, используя, например, при избытке энергии в меридиане лёгких следующие АТ – тонизирующую – Р (I)9, пособник (эта же точка), глашатай – Р (I)1 и сочувственную – V (VII)13, воздействуя на них ГНЛ (плотность мощности 2-5 мВт/см²) по 10-20 с.

С целью усиления генерализованной реакции организма в рецепт рекомендуются включать 2-4 аурикулярные точки: АР 31(регулирующая дыхание, астма); АР 101(лёгкое), АР 102 (bronхи); АР 103 (трахея), АР 13 (надпочечники); АР 95 (почка).

На них воздействуют ГНЛ (или ИКЛ) по 10-15 с на точку, при плотности потока мощностью 2-3 мВт/см². В течение одного сеанса используют до 7-9 точек. Лечение проводят 2-3 раза в неделю до получения стойких клинических результатов – обычно 9-15 сеансов. Эти рекомендации носят чисто ориентировочный характер: критерием длительности курса лечения, эффективности проводимого лечения, необходимости повторного курса является акупунктурная диагностика, состояние больного и показатели клинко-биохимического обследования больного.

Методика 3. Используется при тяжелом течении заболевания с частыми приступами и развитием астматического статуса. После диагностической или лечебной бронхоскопии с промыванием бронхов, через дополнительный канал бронхоскопа вводят гибкий световод (мощность на выходе световода 5-10 мВт) и начинают последовательно освещивать бронхи и трахею (экспозиция до 10 мин). В особо тяжелых случаях по окончании промывания бронхов можно эндобронхиально ввести продигозан (0,5-1 мл 0,005 % р-ра) с последующим лазерным облучением, или провести ингаляции р-ра такой же концентрации (5 мл) перед лазеротерапией. Эту методику можно использовать один раз в 1-2 недели. (2-3 процедуры на курс лечения), сочетая ее в свободные дни с методикой 1 или 2.

Методика 4. С целью купирования приступа удушья последовательно воздействуют ГНЛ контактно-сканирующим методом на наружную поверхность крыльев носа (плотность мощности до 3-10 мВт/см² по 20-30 секунд с каждой стороны), на слизистую оболочку полости носа и зева (расфокусированным лучом; плотность мощности 1-2 мВт/см², экспозиция – по 30-50 с на каждую область), на проекцию трахеи в области ярёмной вырезки (плотность мощности до 3-10 мВт/см², экспозиция – 20-30с). Паравертебральную область на уровне С₄-Th₆ и область проекции надпочечников на уровне Th₉- Th₁₂ облучают, используя контактно-сканирующий метод (плотность мощности 3-10 мВт/см², экспозиция – по 1-2 мин с каждой стороны). Суммарное время воздействия за один сеанс 7-9 минут, на курс лечения – 7-9 процедур, проводимых сначала ежедневно (2-3 сеанса), а затем через 1-2-3 дня.

При использовании этой методики у детей время воздействия и плотность мощности уменьшают в 2-3 раза (в зависимости от возраста и тяжести клинической симптоматики).

Методика 5. Использовалась нами в качестве профилактических курсов перед предполагаемым сезонным обострением детской астмы или в межприступный период при выявлении энергетического дисбаланса по данным акупунктурной диагностики.

Для лазерной рефлексотерапии БА у детей нами использован базовый рецепт, в который включены следующие БАТ: Т(ХIV)14 (да-джуй), J(ХII)12 (чжун-вань), МС(IX)6 (нэй-гуань), Е(III)36 (цзу-сан-ли). Выбор БАТ базового рецепта обоснован как принципами традиционной восточной медицины, так и позицией современной биоэнергетики, аналогом которой являются "причинные цепочки" Шиммеля.

Точки J12 и T14 расположены на каналах: переднесрединном (управитель всех ИНЬ-каналов) и заднесрединном (управитель всех ЯН-каналов), относящимся к "чудесным сосудам" (ЖЭНЬ-МАЙ и ДУ-МАЙ), которые включены в ёмкую функциональную систему четырнадцати каналов, обеспечивающих непрерывное движение ЧИ по системе ЦЗИН-ЛО. "Чудесные сосуды" являются как бы резервуаром: при переполнении энергией соответствующих каналов они вбирают в себя весь избыток энергии, которую отдают при опустошении и нарушении циркуляции ЧИ в каком-то регионе, то есть играют как бы роль шлюзов, способствуя восстановлению энергетического равновесия в системе непрерывной циркуляции энергии. При воздействии на АТ этих меридианов за счет активации вторичных функционально-энергетических связей балансируется вся энергия ИНЬ- и ЯН- органов. Кроме того, зоны J12 и T14 анатомо-функционально и энергетически связаны со всеми органами и системами "причинной цепочки – Лёгкие", "Печень" и другими органами и системами, а также с зонами Захарына-Геда (рис.19, рис.33).

Зона T14 (в этой точке соприкасаются все ЯН-органы) – эта БАЗ является рефлексогенной зоной регуляции функциями органов дыхания, благодаря наличию об-

щности сегментарной иннервации с органами дыхания, а также зоной влияния на психическую сферу пациента и на кожно-мышечную систему при наличии боли и ригидности мышц в области шеи, затылка, спины, а также головных болей.

Топография T14: между остистыми отростками C_7 - Th_1 . Эта точка используется также как общеукрепляющая для профилактики простудных заболеваний.

Зона J12 – эта АТ балансирует энергию во всех меридианах ИНЬ, ослабление которых наблюдается во всех случаях хронических заболеваний, является сигнальной точкой среднего обогревателя и меридиана желудка, взаимосвязана с селезённой, поджелудочной железой и печенью.

Топография J 12: по средней линии на середине расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком. В этой зоне проходят ветви верхней надчревной артерии и вены, и кожная ветвь нерва седьмого грудного позвонка.

Воздействие на дистальные точки, в частности, $MC6$, $E36$, сопровождается интенсивной рефлекторной реакцией, что объясняется большой насыщенностью рецепторными образованиями дистальных отделов конечностей и весьма большой зоной коркового контроля периферических отделов конечностей, а также иннервационной взаимосвязью с неспецифическими системами мозга и межучасточного мозга. В исследованиях Козлова В. И. и др. (1990, 1993) доказано, что рефлекторное воздействие на дистальные точки ЛИ ИК-диапазона оказывает выраженное влияние на состояние микроциркуляции, на состояние транскапиллярного обмена, что улучшает как внутриклеточный обмен, так и трофическое обеспечение тканей.

Раздражение зоны $E36$, $J12$ оказывает влияние на состояние клеточного и гуморального иммунитета (Kleber J., 1987), причём противовоспалительный эффект коррелирует с адреноглюкокортикоидной активностью (Choi J., 1986).

Воздействие ЛИ на $J12$, $MC6$, $E36$ способствует нормализации измененной реактивности и функционального состояния нервной системы (Лакуста В. Н., Гроссу Г. С., 1980), причём воздействие на АТ верхних конечностей (в частности, $MC6$) вызывает реакции преимущественно симпатикотонического характера, а на АТ нижних конечностей (в частности, $E36$) – реакции со стороны блуждающего нерва, сила и уравновешенность которых зависит от исходного состояния ЦНС. Кроме того, $E36$ – это точка переработки и перераспределения ЯН-энергии, что способствует уравновешиванию и гармонии в системе ИНЬ-ЯН.

При недостаточной эффективности базового рецепта после 2-3 сеансов можно подключить облучение АТ других каналов (специфичных для данного заболевания или симптомов на момент проведения процедуры), с которых производится дополнительное воздействие на "шоковый орган" с учётом взаимосвязей в системах ЦЗИН-ЛО и ЦЗАН-ФУ.

С целью усиления генерализованной реакции организма можно сочетать раздражение БАТ базового рецепта с облучением БАЗ проекции крупных сосудов или аурикулярных точек (в основном это: т. Надпочечник, т.Гипоталамус, т.Регулирующая дыхание), сочетая с воздействием на паравerteбральные зоны на уровне C_4 - Th_6 и Th_9 - L_1 контактно-сканирующим методом. Принципы сочетания, дозирования ЛИ при лечении детской астмы изложены выше. Но следует заметить, что каждый больной ребёнок требует конкретизации лечебной тактики в зависимости от клинической ситуации. И чем тяжелее течение заболевания, тем в большей степени лечение должно быть малоинтенсивным и растянутым во времени.

При использовании этой методики с целью купирования приступов удушья лечение начинали с аурикулярных точек: AP 31, AP 101, AP 13, а затем переходили к лечению по вышеизложенному принципу.

Как показывают наши наблюдения, эффективность лазеротерапии у этого сложного для лечения контингента больных напрямую зависит от сочетания с другими методами немедикаментозного лечения и, в первую очередь, от полноценной *фоновой терапии* (ИТ, ЛФК и массаж, различные методы психокоррекции, диетотерапия, фитотерапия), которая дифференцированно дополняется другими методами (схема лечебной тактики в рамках холистического подхода к лечению, представлена в главах 2, 7.).

6. Методика лечения приступного и межприступного периодов БА воздействием на БАТ микроинъекциями (аппликациями) гомеопатических (аллопатических) средств с последующей лазеропунктурой (Крупнова Л.К., Фазлеева Е.В., 1997).

Как показывают исследования многих авторов, при БА изменяются кожные реакции в зонах соответствующих БАТ. Поэтому, одним из эффективных методов лечения приступного периода БА является воздействие на определенные БАТ путем аппликаций или внутрикожных инъекций.

Выбор способа воздействия зависит от возраста ребенка и возможностей врача), наличия гомеопатических ампульных монопрепаратов или соответствующих гомеопатических меридианальных комплексов, или смеси 1-2% р-ра новокаина и 1% р-ра димедрола (2-3 мл 1-2% новокаина + 1 мл 1% р-ра димедрола) или других лекарственных средств. Эффективность метода повышается при возможности подбора лекарств с помощью ТМ по Р. Фоллю.

Разработанная нами методика включает в себя:

- действие самого укола иглы (эффект иглотерапии);
- лекарственное – специфическое регулирующее воздействие через соответствующие зоны БАТ на нервные сегменты легкого и другие заинтересованные органы;
- широкий спектр общестимулирующих реакций, вызываемых ЛИ.

Методика. Лекарство вводится в каждую БАТ внутрикожно в количестве 0,1-0,2 мл. У маленьких детей предпочтительнее использовать аппликацию лекарств (1-2 капли на точку). Затем через 10-15 минут проводится лазеропунктура: расчет дозы ЛИ приводится в соответствующем разделе книги.

Выбор БАТ для микроинъекций (аппликаций) с последующим проведением лазеропунктуры проводится с учетом правил традиционной восточной медицины, индивидуальных особенностей больного, направленности вегетативного тонуса. В течение одной процедуры воздействуют на 6-8 БАТ, в течение курса лечения на каждую БАТ – 3-4 раза.

Во время приступа БА на фоне общепринятых мероприятий начинать лечение желательно с аурикулярных точек (у левой - на левом ухе, у правой - на правом): АР 31-регулирующая дыхание, астма; АР 101 – лёгкое. После купирования приступа подключать воздействие на корпоральные БАТ.

После купирования приступа лечение следует продолжать в течение 3-5-7 дней (всего 5-7-9 дней). В зависимости от состояния больного ребенка и данных ЭПДФ можно провести повторный курс лечения (5-7 процедур) через одну-две недели, переходя в последующем на лечение конституциональными средствами.

Метод может быть использован не только для лечения приступного периода БА, но и в межприступном периоде до начала лечения конституциональными средствами, особенно в тех случаях, когда в процессе конституционального лечения вновь появились приступы БА.

Положительный клинический эффект, наблюдаемый при таком сочетанном действии гомеопатических (аллопатических) средств с последующей лазеропунктурой, мы склонны объяснить адекватной реакцией организма на комбинацию 2-х методов из 2-3-х составляющих: укол, специфическое действие лекарства и ЛИ, действующих по существу на всех уровнях биосистемы (в соответствии с анатомо-функциональными и биоэнергетическими взаимодействиями органов и систем организма). Эта методика может быть использована у детей и взрослых, больных БА.

Зоны БАТ для микроинъекций (или аппликаций) лекарственных веществ с последующей лазеропунктурой

№	Зона БАТ	Расположение БАТ, показания (П)
1. 2.	Легкие (P1) Легкие (P2)	Соответственно 3-е и 2-е межреберье по сосковой линии; (П: кашель, астма, чувство распирания в груди, боли в грудной клетке, заболевания сердца, тонзиллит).
3.	Легкие (P7)	На 1,5 цуня; (1,5 поперечных пальца) выше проксимальной лучезапястной складки, на продолжении бороздки лучевого нерва, у лучевого края лучевой кости выше шиловидного отростка (П: кашель, астма, затрудненное дыхание, ларингит, тонзиллит, насморк, боли в груди).
4.	Толстый кишечник (GI4)	На тыле кисти в промежутке между I и II пястными костями, на самой выступающей части бугорка первого межпальцевого промежутка (при приведенном большом пальце); (П: астма, олышка, затруднение отхаркивания мокроты, бессонница, различные простудные заболевания, ночные поты. Точка также используется как общеукрепляющее с профилактическими целями).
5.	Желудок (E13)	В углублении под ключицей на II боковой линии груди (на одной вертикали с серединой зрачка прямо глядящего глаза); (П: кашель, астма, чувство переполнения в области груди, икота, коклюш).
6.	Желудок (E36)	На 4 поперечных пальца ниже нижнего края коленной чашечки и верхнего латерального мыщелка большеберцовой кости и на ширину указательного пальца латеральнее переднего края большеберцовой кости; (П: общее истощение, точка потенцирует лечебный эффект других АТ. Одна из основных общеукрепляющих и профилактических точек).
7.	Селезенка (RP4)	На границе тыльной и подошвенной поверхности стопы на уровне перехода проксимальной головки в тело плюсневой кости; (П: гастралгия, тошнота, рвота, понижение аппетита, расстройство пищеварения, понос, нарушение деятельности печени, холецистит, холангит - основная точка, болезненные месячные, склонность к судорожно-спастическим состояниям, отек в области лица).
8.	Селезенка (RP6)	На 4 поперечных пальца выше медиальной лодыжки, вплотную к заднему краю большеберцовой кости; (П: нерегулярность и болезненность месячных, все виды недержания мочи, боли в животе, расстройство пищеварения, энтероколит, бессонница, неврастения, психоастения, общая физическая и психическая слабость, при преобладании парасимпатической направленности реакций и неустойчивости вегетативных реакций).

9.	Сердце (С3)	У внутреннего конца локтевой складки при максимально согнутой руке; (П: невротические нарушения сердечной деятельности, неврастения, психические расстройства, похолодание конечностей, головная боль, головокружение, туберкулез легких, плеврит, снижение памяти, ухудшает настроение).
10.	Тонкий кишечник (IG15)	На 2 цуня в сторону от остистого отростка 7-го шейного позвонка; (П: кашель, астма, боль в затылочной области, спине и лопатке, снижение зрения).
11.	Мочевой пузырь (V13)	На 1,5 цуня от средней линии под остистым отростком 3-го грудного позвонка; (П: одышка, кашель, астма, кровохарканье, заболевания сердца, лихорадка, ночные поты, кожный зуд, простуда, заложенность носа, туберкулез легких).
12.	Мочевой пузырь (V17)	На 1,5 цуня кнаружи от низа остистого отростка 7-го грудного позвонка; (П: астма, плеврит, заболевания сердца, гастрит, энтероколит, диспепсические явления у детей, икота и рвота неврогенно обусловленные, мелена, крапивница, ночной пот).
13.	Мочевой пузырь (V43)	На 3 цуня от средней линии под остистым отростком 4-го грудного позвонка. В древности считалось, что воздействие на эту точку лечит от ста болезней и оказывает профилактическое действие; (П: патология легких и плевры, неврастения, нервное истощение, страх, психические расстройства, снижение памяти, язвенная болезнь, тошнота, рвота, запоры, вздутие живота, анорексия, анемия, общая слабость, при замедленном выздоровлении после острых заболеваний).
14.	Почки (R4)	Кпереди от места прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости (у внутреннего края ахиллова сухожилия); (П: кашель, астма, затрудненное дыхание, «тяга к постели», боль в горле, рвота, запор, психические расстройства, истерия, неврастения, пароксизмальная тахикардия, общее истощение).
15.	Почки (R22)	В пятом межреберье на 2 цуня от средней линии; (П: кашель, астма, чувство стеснения и распираания в груди, заложенность носа, снижение обоняния, отсутствие аппетита, рвота).
16.	Почки (R25)	Во втором межреберье на 2 цуня от средней линии; (П: кашель, астма, одышка, плеврит, икота, рвота, снижение аппетита).
17.	Почки (R26)	В первом межреберье на 2 цуня от средней линии; (П: аналогичные R25).
18.	Перикард (MC5)	На 3 цуня выше лучезапястной складки между сухожилиями лучевого сгибателя кисти и ладонной мышцы; (П: чувство жара во всем теле,

		сопровожающееся ощущением безотчетной тревоги и ощущением страха, кашель с обильной мокротой, ларингит, депрессия, маниакальные состояния, истерия, заболевания сердца, судороги у детей).
19.	Перикард (MC6)	На 2 цуня выше лучезапястной складки, между сухожилиями лучевого сгибателя кисти и ладонной мышцы; (П: боли в области сердца, тахикардия, аритмия, гастралгия, тошнота, рвота, вздутые живот, диспепсия, безотчетная тревога и страх, маниакальное состояние, истерия, при склонности к симпатотоническим реакциям).
20.	САНЬ-ЦЗЯО (TR5)	На 2 цуня выше задней лучезапястной складки между общим разгибателем пальцев и собственным разгибателем мизинца, в этой области проходит тыльная артерия запястья и кожные нервы от локтевого нерва; (П: бессонница, невротическое состояние, истерия, мигрень, при наличии возбуждения, при склонности к спазмам, при кожно-аллергической симптоматике, склонности к простудам, фурункулез, общая слабость).
21.	Передне-срединный канал (J17)	На передней срединной линии на уровне 4-го межреберного промежутка; (П: кашель, астма, боли и чувство стеснения в груди, бронхит, эмфизема легких, заболевания сердца, икота, срыгивания у грудных детей).
22.	Передне-срединный канал (J20)	На уровне прикрепления 2-го ребра по средней линии; (П: кашель, астма, бронхит, плеврит, эмфизема легких, боль в груди, тонзиллит, ларингит, спазм голосовых связок).
23.	Передне-срединный канал (J22)	В центре яремной вырезки у верхнего края грудины; (П: астма, бронхит, ларингит, тонзиллит, спазм голосовой щели и диафрагмы, расстройство речи, спазм пищевода, рвота, патология щитовидной железы).

Примечание:

1. Выбор АТ для воздействия осуществляется в соответствии с данными ЭПДФ и правилами Восточной медицины

2. J20, 22; RP4 - являются строго специфичными для Т-клеточного иммунодефицита, а - MC6, TR5, E36, RP6 - обеспечивают нормализацию вегетативного тонуса.

3. Показания (П) для каждой точки написаны в соответствии с разбираемой проблемой.

4. Определенные расстояния между областями тела выражаются в пропорциональных цунях. Абсолютный цунь равен 2,5 см, а индивидуально-пропорциональный цунь - размеру 2 -й фаланги указательного пальца (рис.17).

5. Для аппликаций могут быть использованы любые лекарственные вещества, подобранные с помощью акупунктурной диагностики.

Ниже мы приводим поля воздействия, рекомендованные Илларионовым В.Е. (1994) при лечении заболеваний системы дыхания у взрослых.

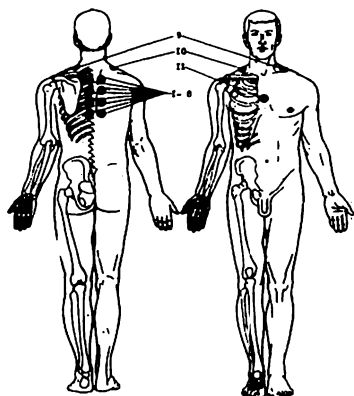


Рис. 96. Поля воздействия при бронхиальной астме: 1-8 – паравертебрально по 3-4 поля справа и слева на уровне Th_3 - Th_9 ; 9-10 – область надплечий (поля Кренига); 11 – по средней линии в области средней трети тела грудины; 12 – по средней линии грудины между ее рукояткой и телом

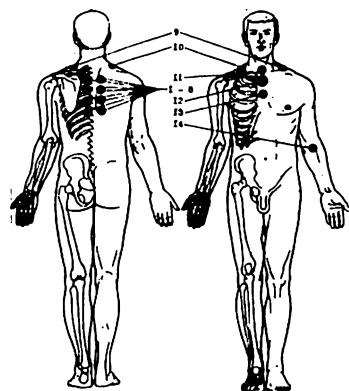


Рис. 97. Поля воздействия при бронхитах: 1-8 – паравертебрально по 3-4 поля справа и слева на уровне Th_3 - Th_9 ; 9-10 – область надплечий (поля Кренига); 11 – область яремной ямки; 13 – по средней линии в области средней трети тела грудины; 14 – область локтевого сгиба

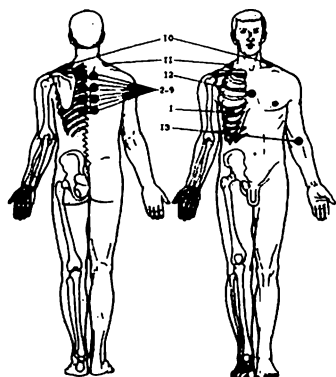


Рис. 98. Поля воздействия при затяжном течении правосторонней очаговой пневмонии: 1 – проекции области воспалительного инфильтрата в легочной ткани; 2-9 – паравертебрально по 3-4 поля вправо и слева на уровне Th_3 - Th_9 ; 10-11 – область надплечий (поля Кренига); 12 – по средней линии в области средней трети грудины; 13 – область локтевого сгиба

Многообразие методик лазеротерапии, предложенных для лечения ВЗЛ и БА, еще раз подтверждает древнюю истину восточных целителей, постулированную Ганеманном С. в его знаменитом "Органоне":

“Лечить нужно не болезнь, а больного, ибо индивидуальные различия настолько велики, что лечить необходимо с учетом этих индивидуальных особенностей”.

5.5. Лечебное применение факторов электро-механической природы

5.5.1. Ультразвуковая терапия, лекарственный ультрафонофорез

Ультразвуковая терапия (УЗ-терапия) – это метод лечебного применения ультразвука. Механические колебания различных тел в воздухе создают разнообразные звуки, различающиеся между собой по частоте и амплитуде колебаний, что и обуславливает их различное слуховое восприятие. К слышимым звукам относятся акустические колебания, распространяющиеся в атмосфере с частотой 16-20000 Гц. Механические колебания в частотном диапазоне ниже 16 Гц принято называть инфразвуком, а выше 20000 Гц – ультразвуком.

В физиотерапии используются преимущественно колебания ультразвукового диапазона. Характерным свойством УЗ-волн является их интенсивное поглощение воздушной средой, а также отражение от границы с воздушной средой. В связи с этим для передачи УЗ-энергии тканям человека и создания хорошего акустического контакта используют, так называемые, контактные среды: оливковое масло, норжовый жир, воду и др.

УЗ-волны, приложенные к тканям пациента, распространяются прямолинейно направленным потоком, скорость распространения которого и глубина проникновения в ткани организма различна: 4-5 см – при частоте 880 кГц и 0,5-1 см – при частоте 2640 кГц.

При распространении механической волны энергия передается от одной колеблющейся частицы к другой и возникающие при поглощении механической энергии деформации микроструктур тканей по мере распространения вглубь тела человека постепенно затухают. Энергетической характеристикой УЗ-волн является *плотность потока энергии*, которая измеряется в Вт/см².

Структурная неоднородность тканей (мягкие, твёрдые, жидкие), присутствующая им анизотропия (различие механических свойств биологической среды), существование в тканях различных типов волн (продольные, поперечные, сдвиговые), активный характер изменения их упругих и вязких свойств обуславливают определенные ответные реакции организма на воздействие механических колебаний, приложенных к тканям пациента.

Электромеханические факторы лечебного ультразвукового диапазона для организма являются физиологическими и воспринимаются различными структурами, обладающими высокой чувствительностью к данному фактору, в частности, механорецепторами, тельцами Мейснера и Фатера-Пачини, обеспечивающими сенсорное восприятие вибрации и своеобразное усиление энергетического выхода, во много раз превосходящего энергию, приложенного лечебного фактора. Это существенно и определяет характер ответных реакций организма (специфических и неспецифических).

При воздействии на ткани ультразвуком условно выделяют следующие взаимосвязанные эффекты: *механический, физико-химический и термический*.

Механический эффект: УЗ-колебания вызывают микровибрацию и микромассаж на тканевом, клеточном и субклеточном уровнях. Высокочастотные механические колебания, вызываемые переменным акустическим давлением, индуцируют механические микропотоки, которые повышают проницаемость клеточных мембран, гистогематических барьеров и вызывают перемещение внутриклеточных структур, изменяя их пространственное расположение. Существенное увеличение колебательных смещений наблюдается при использовании *фокусированного* ультразвука в методе – *ультрафонопунктура*, что позволяет избирательно возбудить определенные БАТ и БАЗ.

Физико-химическое действие: УЗ-колебания рассматривают как катализатор биохимических и биофизических процессов в организме. Под влиянием УЗ образуются свободные радикалы, из тучных клеток высвобождаются БАВ (гистамин, серотонин, гепарин и др.), повышается дисперсность коллоидов клетки, активизируются белковый и углеводный обмены. Активация мембранных энзимов и деполимеризация гиалуроновой кислоты способствуют уменьшению и рассасыванию отеков, снижению компрессии ноцицепторных нервных проводников в зоне воздействия, снятию ацидоза тканей, понижению возбудимости нервно-мышечного аппарата, уменьшению рефлекторного напряжения и спазма мышц. УЗ-волны оказывают положительное влияние на специфическую и неспецифическую реактивность организма, что снижает интенсивность аутоиммунных процессов.

Активация ультразвуком лизосомальных ферментов приводит к очищению воспалительного очага от клеточного детрита и патогенной микрофлоры в экссудативную стадию воспаления, а в пролиферативной и репаративной стадиях – УЗ-волны ускоряют синтез коллагена фибробластами и образование грануляционной ткани. Повышение энзиматической активности клеток и усиление их метаболизма стимулирует репаративную регенерацию тканей, ускоряет заживление ран и трофических язв. Вместе с тем, следует учитывать, что воздействие УЗ на костную ткань в пролиферативную стадию воспаления приводит к усилению роста хрящевой ткани и замедлению дифференцировки остеобластов. Ультразвук повышает физиологическую лабильность высших нервных центров, периферических нервных проводников, устраняет паралич возбудимых тканей.

УЗ-колебания повреждают клеточные оболочки микроорганизмов (бактерий), причём наибольшая чувствительность отмечается у лептоспир, а наименьшая – у стафилококков.

Перечисленные механические и физико-химические эффекты, возникающие под влиянием ультразвуковых волн, определяют нетепловое (специфическое) действие ультразвука.

Термический эффект УЗ связан с поглощением энергии механических колебаний и превращением её в тепловую энергию. Образующееся в тканях тепло (при использовании УЗ в адекватных дозах) повышает ферментативную активность и интенсивность метаболических процессов, улучшает микроциркуляцию и трансапиллярный обмен. При увеличении интенсивности УЗ на границе раздела биологических сред с различным акустическим импедансом образуются сильно затухающие сдвиговые (поперечные) волны и выделяется значительное количество тепла. Происходит повышение температуры тка-

ней на 1°С и выше, что однако не всегда соответствует потребностям тканевого метаболизма. Образующееся в тканях тепло улучшает микроциркуляцию и трансапиллярный обмен. Слабое прогревание соединительной ткани повышает ее эластичность, что приводит к увеличению амплитуды движения суставов в случае их контрактуры, а изменение функциональных свойств термомеханочувствительных структур сухожилий и связок способствует ослаблению болей, мышечного спазма, увеличению процессов диффузии и осмоса, объёмного кровотока в слабоваскуляризованных тканях.

Наиболее чувствительны к эндогенному теплообразованию нервная, эндокринная и сердечно-сосудистая системы. Особенно чётко при малых дозах ультразвука проявляется сосудистая реакция, имеющая некоторые особенности (Клеменкова И.Г., 1985 г.). Резко расширяются крупные артерии и вены, капилляры, лимфатические сосуды, причем характерным является стойкость гиперемии. В исследованиях автора показано, что сосудистая реакция к 5-7-му дню после окончания воздействия УЗ имела тенденцию к нарастанию и гиперемия в тканях удерживалась до 10-14 дней. Эту особенность в механизме действия УЗ следует учитывать, особенно в тех случаях, когда используют сочетание ультразвука с другими физическими факторами, в большинстве своем также обладающими сосудорасширяющим действием. Такое неоправданное сочетание физических процедур может привести к усилению застойных явлений в тканях и проявлению соответствующих последствий.

При воздействии ультразвуком на рецепторный аппарат (паравертебральная локализация воздействия) возникают те или иные рефлекторные реакции. Рефлекторное действие УЗ реализуется двумя путями: посредством формирования *метамерно-сегментарных и генерализованных реакций* организма. Метамерно-сегментарные реакции обеспечивают моторные, тонические, сосудистые, трофические функции на уровне определенных сегментов. Генерализованная ответная реакция осуществляется при участии коры головного мозга, подкорковых центров и желёз внутренней секреции. Вследствие повышения проводимости афферентных проводников (при адекватности интенсивности УЗ-воздействия) активируются ретикулярная формация, лимбическая система, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая и симпатoadреналовая системы и высшие центры парасимпатической нервной системы, что активизирует адаптационно-трофические процессы в организме больного.

Доказано, что УЗ способствует образованию возбужденных состояний атомов и молекул биообъекта, а это, в свою очередь, изменяет электрический статус клетки (Улащик В.С., Чиркин А.А., 1983), переключая ее из одного режима функционирования в другой автоколебательный режим, что, возможно является первопричиной всех ответных реакций организма.

Таким образом, УЗ существенно изменяет функциональное состояние различных органов и систем, что выражается в терапевтически важных реакциях: *улучшаются условия регенерации и репарации тканей, ускоряется восстановление проводимости нервных волокон, оказывается выраженное болеутоляющее, ганглиоблокирующее, спазмолитическое, противовоспалительное, бактерицидное, фибринолитическое,*

ческое действие, усиливается регионарный кровоток, снижается периферическое сосудистое сопротивление, стимулируются адаптационно-трофические процессы в органах и тканях.

Например, у больных БА лечебное действие УЗ проявляется снятием повышенного тонуса бронхиальной мускулатуры и повышением эффективности внутрилегочной вентиляции, уменьшением воспалительных явлений в бронхах и снижением дискоординации нервной регуляции работы дыхательной мускулатуры, а также гипосенсибилизацией организма к микробным аллергенам, повышением неспецифической резистентности организма (возрастает титр комплемента, β -лизинов, содержание лизоцима), стимуляцией механизмов разрушения гистамина и снижением его содержания в сыворотке крови и слизистых дыхательных путей.

При воздействии УЗ на область проекции надпочечников у больных БА выявлена активация гормонопозы и выброс в кровь свободных форм гормонов, повышение эффективности гормональнозависимых процессов на периферии и в органах-мишенях, уменьшение потребности в экзогенных гормональных препаратах, что дает возможность уменьшить или отменить их применение.

Показания. Подострые и хронические заболевания суставов различной этиологии с выраженным болевым синдромом, последствия травм и повреждений мышечно-связочного аппарата (контрактуры, тендовагинит и др.), замедленная консолидация переломов костей, воспалительные заболевания периферической нервной системы (невриты, невралгии, радикулиты), заболевания органов дыхания (бронхит, плеврит, туберкулёз лёгких) и пищеварения (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезия желчевыводящих путей), заболевания урогенитальной системы (сальпингоофорит, аднексит, эрозия шейки матки, простатит), заболевания ЛОР-органов, глаз, некоторые заболевания кожи (рубцы, спайки, склеродермия, трофические язвы), бронхиальная астма (экзогенная, эндогенная, аспириновая и астма физического, усилия лёгкой и средней тяжести течения, в период обострения и в межприступный период, у гормонозависимых больных — с целью снижения стероидной зависимости).

Противопоказания. ИБС, стенокардия напряжения III ФК, гипотония, ВСД, беременность, тромбоз, заболевания центральной нервной системы, кахексия, выраженный атеросклероз, заболевания эндокринной системы и крови, острые воспалительные заболевания в фазе экссудации.

Внимание! УЗ с лечебной целью не применяют на головной и спинной мозг, сердце, яички, ростковые зоны, на зоны с нарушенной чувствительностью.

Ультрафонофорез лекарственных веществ (УФФ) — это сочетанное воздействие УЗ и вводимого с его помощью лекарственного вещества. Обоснованием к применению УФФ явилось то, что УЗ разрушает соединительнотканые структуры, повышает проницаемость кожи, сосудистых и клеточных мембран, увеличивает диффузию лекарств, усиливает перемещение жидкостей в клетках и тканях. Однако степень проникновения лекарственных веществ через неповреждённую кожу зависит от интенсивности УЗ и от физико-химических свойств лекарственных веществ (не могут быть введены в организм с помощью ультразвука высокомолекулярные вещества).

Глубина проникновения лекарств при УФФ, установленная с помощью меченых соединений, составляет 4-5 см.

Под влиянием УЗ в клетке наблюдаются "микротоки", в результате которых происходит переориентация структур клетки, обнажаются новые ферментативные центры и, следовательно, изменяется направленность каталитических процессов, и чувствительность клетки к тому или иному лекарственному веществу. При этом наблюдается как бы суммация действия ультразвука и лекарственного вещества, за счёт чего повышается их фармакокинетика и фармакодинамика. Так, например, экспериментально установлено, что фонофорез гидрокортизона у кроликов с адьювантным артритом положительно влияет на восстановление структурного и химического состава тканей, что обусловлено активацией гиалуронидазоподобных ферментных систем, которые вызывают расщепление высокополимерных мукополисахаридов и, тем самым, облегчают процессы тканевого метаболизма (Цитла-надзе В. Г., 1972). При УФФ, в результате сочетанного действия потенцируются лечебные эффекты многих лекарственных веществ, а также ослабляются их побочные эффекты. На сегодня апробировано достаточное число лекарственных препаратов, которые могут быть введены в организм методом фонофореза (таблица 8).

Методика проведения фонофореза: на зону воздействия наносят лекарственное вещество в виде суспензии или мази, затем устанавливают излучатель на эту зону и проводят фонофорез по стабильной или лабильной методикам. При использовании растворов лекарственных веществ их наносят и втирают в кожу, а затем покрывают контактной средой и проводят озвучивание, используя параметры, рекомендуемые для УЗ-терапии.

Таблица 8

Лекарственные вещества, применяемые при фонофорезе

Лекарственное вещество	Состав и форма лекарства
Алоэ	Водный экстракт
Аминазин	Специальная мазь в виде 5% пасты
Анальгетик (Болгария)	Глицериновая смесь, содержащая метилсалицилат и ментол
Анальгин	а) 50% раствор; б) смесь из равных частей анальгина, вазелина, ланолина и дистиллированной воды; в) 10% мазь (30 г анальгина, по 150 г ланолина и вазелина)
Анестезин	5-10% анестезиновая мазь
Антибиотики: ампицилин, Мономицин, тетрациклин	Эмульсия соответствующего антибиотика, содержащая в 1 мл 25 мг (25000 ЕД). Ректально применяют 10 мл эмульсии (250000 ЕД) на процедуру при простатитах
Апрессин	2% мазь аппрессина на ланолиновой основе
Бэраггин	2- 2,5 мл ампулированного раствора втирают в кожу и покрывают глицерином
Ганглерон	0,25 ганглероновая мазь на вазелиновой и ланолиновой основе
Гепарин	а) официальная мазь (2500 ЕД гепарина, 1 г анестезина, 0,002 г бензилового эфира никотиновой кислоты, мазевая основа- до 25 г; б) водный раствор
Гидрокортизон	1% гидрокортизоновая мазь или эмульсия следующего состава: 5 мл суспензии гидрокортизона, по 25 г вазелина и ланолина
Диоксидин	Антибактериальный препарат широкого спектра действия. Применяется при кератитах и язвах роговой оболочки глаз: 1% ампульный раствор, 5% мазь. Учитывать переносимость
Дибунол	10% раствор дибунولا в подсолнечном масле, применяется в стоматологии
Индуксуридин	Применяется в офтальмологии в виде инстилляций 0,1 % водного раствора (противовоспалительное средство)
Интерферон	Раствор (1 ампула сухого вещества на 2 мл воды). Мазь: активность интерферона не менее 1000 ЕД на 1 г основы- безводного ланолина с персиковым маслом
Йод	2% спиртовой раствор
Кальция хлорид	Применяется при заболеваниях пародонта, 10% раствор кальция хлорида вводят в преддверие полости рта

Кортан	Смесь: 20 мл эмульсии гидрокортизона, 25 мл 50% водного раствора анальгина, 45 г ланолина и 10 г вазелина
Компламин (ксантинола никотинат)	а) эмульсия (5 мл ампульного раствора компламина, 5 г ланолина, 90 г вазелина); б) 2 мл ампульного раствора наносят на кожу, затем покрывают ее слоем вазелинового или растительного масла
Лидаз	Раствор (1 ампулу лидазы- 64 ПЕ растворяют в 1мл 1% раствора новокаина), недостаточно научно обосновано
Лидокаин	Эмульсия: 20 мл раствора лидокаина, 50 г ланолина, 30 мл дистиллированной воды
Локакортен (флуометазон пивалат)	На зону воздействия наносят 0,3-0,5 г мази и добавляют 1-2 капли растительного масла
Метилурацит	10% метилурациловая мазь, применяется как стимулятор регенерации при переломах костей лица
Нанофин	0,25 нанофининовая мазь на вазелиновой и ланолиновой основе
Обзидан	Ампульный раствор (0,1%) наносят на кожу, затем покрывают тонким слоем вазелинового масла
Оксизон	Мазь, содержащая окситетрациклина дигидрата 3% и гидрокортизона ацетата 1%. Применяется при заболеваниях кожи
Оксипрогестерона капронат	При заболеваниях предстательной железы: в прямую кишку вводят 2 мл масляной эмульсии, содержащей 0,25 г 12,5 % раствора
Папанн	а) 1% водный раствор; б) в офтальмологии- 1-2 мг папанина в 1 мл изотонического раствора натрия хлорида, рН 7,0
Перкутальгин (Франция)	Гель, состоящий из ацетата дексаметазона, салициламида, салицилататглицола
Пелан	10 г анальгина растворяют в 40 мл фильтрата грязевого раствора и смешивают с 40 г безводного ланолина и 10 г вазелина
Преднизолон	0,5 мазь
Пропозал (Болгария)	Мазь (действующее начало- прополис)
Противоопухолевые	Применяются в экспериментальных исследованиях
Препараты (бензо- ТЭФ, сарколизин, тиофосфамид)	
Синалар (Югославия)	Мазь или эмульсия, содержащая 0,025% кортикостероидной основы, близкой к преднизолону
Силенин	а) 1% мазь; б) 10% мазь (10 г силенина, 5 г гланолина, 1 г 1% цитраля, вазелина- до 100 г; в) ампулированный раствор. Недостаточно научно обоснован
Трибенол	Применяется в стоматологии, 2% раствор трибенола, готовящийся из содержимого (0,4 г) капсулы
Трилон Б	а) мазь, состоящая из 5 г трилона Б, по 25 г вазелина и ланолина; б) 1-2% раствор трилона Б, приготовленный на 25% ДМСО в дистиллированной воде
Фибринолизин	Раствор, приготовленный путем растворения препарата (порошок во флаконе) в стерильном изотоническом растворе натрия хлорида из расчета 50-60 ЕД фибринолизина в 1мл. Нет специальных научных исследований, применение в лечебной практике спорно.
Хлорофиллипт	1-2% масляный раствор, применяют в глазной практике
Эуфиллин	Эмульсия: 1,5 г эуфиллина, 20 мл дистиллированной воды, по 15 г вазелина и ланолина

Эффективность УФФ может быть повышена предварительной механической или химической обработкой поверхности кожи области воздействия, согреванием кожи горячей водой, предварительным проведением ДДТ или СМТ. Считается, что количество вводимого в организм лекарственного вещества, составляет 1-3 % от нанесённого на поверхность кожи.

Показания к УФФ определяются с учетом фармакологического эффекта лекарственного вещества и показаний для УЗ-терапии.

Противопоказания. Кроме общих для физиотерапии и противопоказаний для УЗ-терапии, учитывать возможность развития аллергических реакций на вводимые лекарственные вещества.

Аппаратура, общие рекомендации по выполнению процедур

В качестве источника УЗ в физиотерапии используют аппараты, имеющие частоту 880 кГц – “УЗТ-101” (терапевтический), “УЗТ-107” (многофункциональный), УЗТ-102 (стоматологический), УЗТ-103” (урологический), “УЗТ-104” (офтальмологический), “УЗТ-31” (гинекологический), “ЛОР -1а” и “ЛОР -3”, в дерматологии – “УПТ-3м” (работает на частоте 2640 кГц). К аппаратам прилагается набор излучателей типа ИУТ. Рекомендуются один раз в 1-2 недели проверять наличие УЗ-колебаний в УЗ-излучателе. В педиатрии целесообразно использовать излучатели с площадью излучения 0,5см² (для фонопунктуры), а в общетерапевтической практике – 1-2 см².

Ультразвук дозируется по интенсивности (количество УЗ-энергии, проходящее через единицу площади в единицу времени) – выражается в Вт/см². В педиатрии целесообразно использовать интенсивность УЗ – 0,05-0,1-0,2 Вт/см², в импульсном режиме генерации энергии (импульсы УЗ длительностью 2-4-10 мс чередуются с паузами 18-16-10 мс), при котором снижается тепловое и механическое действие на ткани, но возрастает стимулирующее. Общее время процедуры – 4-7 минут, на курс лечения – 6-8 процедур, назначаемых через день.

У взрослых можно использовать интенсивность УЗ до 0,4 Вт/см², импульсный или непрерывный режимы генерации энергии, общее время процедуры до 8-12 минут, на курс лечения до 8-10 процедур, назначаемых через день. Следует учитывать, что при одной и той же интенсивности воздействия с изменением площади излучателя (0,5-1-2-4 см) будет изменяться и мощность воздействия. Время воздействия на одну зону в среднем составляет 4-5 мин, а общее время воздействия на 2-3 зоны не должно превышать 10-12 мин. При накожном воздействии УЗ чаще пользуются подвижной (лабильной) методикой, при этом излучатель медленно перемещается по зоне воздействия, обходя костные выступы. При воздействии на глаз, полостных методиках (ректальная или вагинальная) применяют стабильную методику воздействия. При этом контактной средой чаще всего является лекарственный раствор или вода.

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДИКИ

Воздействие на грудную клетку при БА у детей. Используют несколько зон воздействия: I поле – паравертебральные области на уровне Th₄ - Th₁₀ с обеих сторон, режим импульсный (4 мс.), интенсивность – 0,05-0,1 Вт/см² по 30 с – 1-1,5 мин с каждой стороны; II поле – VI-VII или VII-VIII межреберья с обеих сторон (от паравертебральной линии до средней подмышечной линии), режим импульсный (4,10 мс), интенсивность 0,05-0,2 Вт/см², по 1-2 минуты с каждой стороны. В первую процедуру воздействуют на I поле, во вторую – на II поле, при хорошей переносимости на третий-четвертый дни воздействуют на I и II поля одновременно, назначая процедуры в последующем через день. (УЗ применяется у детей старше 4-5 лет).

Можно проводить УФФ лекарственных веществ, подбирая лекарство в соответствии с клинической симптоматикой и решаемыми терапевтическими задачами. У больных БА можно использовать УФФ *гидрокортизона, преднизолона, гепарина, компламина, эуфиллина, хлорида кальция, интерферона, спленина, 5% масляного раствора крузанола* (1-2 мл на процедуру), *террилитина, папаина, трилона-Б, лидазы*.

Воздействие на глаз. Вибратор с площадью 1 см² устанавливается на закрытый глаз. Контакт прямой или через ванночку, наполненную кипяченой водой или

лекарственным раствором. Режим непрерывный или импульсный, интенсивность ультразвука – $0,1-0,2 \text{ Вт/см}^2$, продолжительность воздействия – 3-5 мин на один глаз. При неподвижной методике больной поворачивает глазное яблоко вверх, книзу, направо и налево в течение 1,5-2 мин. Процедуры проводят ежедневно или через день в лежачем положении больного. Курс лечения – 10-12 процедур. Используется и фонофорез лекарственных веществ. Показанием к назначению УЗ или УФФ являются следующие заболевания: кровоизлияния и помутнение стекловидного тела травматической или воспалительной этиологии (нежелателен ультразвук при гипертонии, сахарном диабете и рецидивирующих кровоизлияниях) некоторые осложнения после кератопластики и экстракции катаракты: при ретрокорнеальных пленках после удаления роговицы, упорном воспалительном раздражении после операции, при остатках масс в глазу после экстракции катаракты, при травматических катарактах с нарушением целостности капсулы (2 курса в год с интервалом между курсами в 2-3 месяца), при воспалительных заболеваниях переднего отдела глаза и их последствиях, заболеваниях сетчатки и зрительного нерва (пигментная дегенерация сетчатки, возрастные дегенеративные изменения сетчатки, частичная атрофия зрительных нервов любой этиологии). Не эффективен ультразвук при атрофии зрительного нерва после приема метилового спирта).

Воздействие на нос и верхнечелюстные пазухи. Гидрокортизоновую мазь наносят на кожу носа и области проекции верхнечелюстных пазух, а турунды, пропитанные гидрокортизоновой мазью, вводят в носовые ходы. Воздействие ультразвуком производится в области спинки и скатов носа и на проекцию гайморовых пазух. Методика лабильная, режим непрерывный или импульсный, интенсивность воздействия – $0,05-0,2 \text{ Вт/см}^2$, общее время воздействия до 4-6 мин, через день, на курс лечения до 7-8 процедур.

Воздействие на мелкие суставы кистей и стоп (рис. 99). В связи с



трудностью создания хорошего контакта между кожей сустава и излучающей поверхностью УЗ-вибратора процедуру лучше проводить по подводной методике воздействия. При этом в ванну с кипячёной водой помещается конечность и УЗ-излучатель, который располагается либо неподвижно, либо медленно передвигается над областью воздействия на небольшом расстоянии (1-1,5 см). Интенсивность – $0,2-0,5 \text{ Вт/см}^2$, режим непрерывный или импульсный, продолжительность воздействия на суставы одной конечности – 4-6 мин, в сочетании с 2-3-х минутным воздействием на соответствующие сегментарные зоны (паравертебрально, интенсивность – $0,05-0,2 \text{ Вт/см}^2$, режим импульсный, по 1-1,5 мин справа и слева). На курс лечения до 7-10 процедур, назначаемых

через день (на руку медсестры, фиксирующей УЗ-вибратор, должна быть надета нитяная, а сверху резиновая перчатка).

Воздействие на область проекции тонзиллярных миндалин. Воздействие проводится на шею у угла нижней челюсти справа и слева, по стабильной методике, режим импульсный (4 мс или 10 мс), интенсивность $0,1-0,2 \text{ Вт/см}^2$, у детей старше 5 лет по 2-3 мин на проекцию каждой миндалины, у взрослых по 3-5 мин, на курс лечения до 5-10 процедур, назначаемых через день.

Воздействие на предстательную железу. В положении больного на боку с согнутыми ногами в коленных и тазобедренных суставах в прямую кишку с помощью клизмочки вводят до 50-100 мл лекарственного раствора или воды. Ректальный ультразвуковой излучатель вводят в прямую кишку на глубину 6-7 см, слегка прижимая его к предстательной железе, интенсивность – $0,1-0,3 \text{ Вт/см}^2$, режим импульсный, экспозиция до 5-7 мин, через день, на курс лечения до 10 процедур.

Заболевания кожи. При лечении заболеваний кожи наиболее часто УЗ применяют при келлоиде, красном плоском лишае – на области поражения; при псориа-

азе – паравертебрально на соответствующие сегменты спинного мозга; при склеродермии – местно и паравертебрально; при экземе – паравертебрально на соответствующие сегменты спинного мозга. Методика воздействия лабильная, режим работы импульсный, интенсивность – 0,1-0,3 Вт/см², по 5-8 мин на процедуру, на курс лечения до 7-12 процедур, назначаемых через день.

Воздействие ультразвуком при туберкулёзе лёгких. Ультразвук применяется с целью стимуляции местных репаративных процессов в легком, усиления диффузии лекарств при комплексной терапии противотуберкулёзными и антибактериальными препаратами.

Воздействию ультразвуком подвергается паравертебральная зона на стороне поражения на уровне Th₁-Th₁₀ и зона проекции туберкулёзного очага, которая уточняется при рентгенологическом исследовании. Режим постоянный или импульсный, методика лабильная, интенсивность постепенно увеличивается от 0,1 до 0,4-0,5 Вт/см², экспозиция от 2 до 5 минут на поле. Процедуры проводятся через день, на курс лечения до 12 процедур. В процессе УЗ-терапии может наблюдаться возникновение очаговых реакций: появляется мокрота или увеличивается ее количество, усиливаются катаральные явления при аускультации. Возникновение очаговых реакций требует перерыва в лечении ультразвуком на 1-2 дня. **Показания.** Тормозное течение деструктивного туберкулёза, остаточные небольшого и среднего размера каверны при очаговом, инфильтративном, гематогенно-диссеминированном и кавернозном туберкулёзе лёгких, не поддающиеся закрытию под влиянием химиотерапии сроком свыше 6 месяцев.

Туберкулёзные поражения мочеточников, рубцово-спаечные процессы в органах малого таза у больных туберкулёзом почек и гени-тальной. При туберкулёзном поражении мочеточников воздействуют ультразвуком на место проекции пораженного мочеточника, мочевого пузыря или придатков матки и паравертебрально на уровне Th₁₀-L₅ на фоне антибактериальной терапии. Режим непрерывный или импульсный, методика лабильная, интенсивность от 0,2 до 0,4-0,5 Вт/см², по 2-5 мин на поле, через день. Курс лечения до 12 процедур, назначаемых через день.

Нафталаноультрафонофорез при заболеваниях суставов. С целью повышения эффективности нафталано-фонофореза следует сначала облучить участки кожи области воздействия любым источником светотепловых излучений в течение 10 мин. Затем без перерыва проводится озвучивание, используя в качестве контактной среды нафталановую мазь.

Проводится лечебное озвучивание паравертебральных зон соответствующих сегментов спинного мозга: C₅-Th₃ – для суставов верхних конечностей; L₁-S₅ – для суставов нижних конечностей. Режим импульсный, интенсивность – 0,05-0,2 Вт/см², по 2-3 мин на поле. После 2-3-х процедур воздействия на паравертебральные зоны присоединяют воздействие на область пораженных суставов, используя режим импульсный или непрерывный, интенсивность – 0,2-0,4 Вт/см², продолжительность воздействия – 4-6 мин на один сустав. В одной процедуре допускается озвучивание одного сустава и соответствующих паравертебральных зон или двух крупных суставов. Общая продолжительность воздействия не более 10-12 мин. С 6-7-й процедуры при положительной клинической динамике можно проводить озвучивание только пораженных суставов. На курс лечения – 10-12 процедур, назначаемых через день.

5.6. Лечение искусственно изменённой воздушной средой

5.6.1. Аэроионотерапия и гидроаэроионотерапия

Аэроионотерапия – применение с лечебной целью ионизированных частиц воздуха (аэроионов воздушной среды). Как известно, под влиянием различных физических факторов (электрического поля высокой напряжённости, ультрафиолетового излучения солнца, излучений радиоактивных веществ, космических излучений и т.д.) молеку-

лы воздуха ионизируются и образуется значительное количество аэронов, среди которых наибольшей химической активностью обладают ионы O^{3+} , CO^+ , O^{2+} , NO^{2+} .

В нормальных условиях в 1 см^3 воздуха содержится около 750 положительных и 650 отрицательных ионов. Радиус легкого иона не превышает $7 \times 10^{-9}\text{ м}$, а средняя продолжительность активного состояния – 10-20 мин.

Вследствие электростатического взаимного притяжения противоположных зарядов, атмосферные ионы в воздухе могут рекомбинировать между собой, а также взаимодействовать со взвешенными в воздухе частицами воздушного пара, превращаясь в тяжелые аэроионы (гидроаэроионы) с низкой химической активностью.

Соотношение положительных и отрицательных ионов в атмосферном воздухе называется коэффициентом униполярности, он близок к 1,1-1,2. Это значит, что в воздухе имеется небольшое преобладание положительно заряженных ионов. Но в ряде местностей наблюдается преобладание ионов какого-либо одного знака. Так, у водопадов, на берегу моря, в долинах горных рек преобладают отрицательно заряженные ионы. Большое количество положительных ионов наблюдается на вершинах гор, в ущельях, плохо вентилируемых помещениях. Чем чище воздух, тем больше он содержит лёгких ионов. В результате многочисленных исследований было установлено, что наличие в воздухе аэронов является одним из необходимых факторов для нормального протекания жизненных процессов. Отрицательные аэроионы можно получать искусственно, используя соответствующие аппараты. Количество ионов, генерируемых такими аппаратами, измеряется сотнями тысяч в 1 см^3 . Являясь заряженными частицами, аэроионы быстро рекомбинируют, перемещаются в воздухе по силовым линиям электромагнитного поля, что позволяет создать направленный поток аэроионов (электроэффлювий), плотность которого может достигать 3×10^5 зарядов на 1 см^2 поверхности кожи человека.

Пациент воспринимает аэроионный поток как "лёгкий ветерок", который при соприкосновении с кожей и слизистыми теряет заряд, и превращается в атомы и молекулы, обладающие высокой реакционной способностью. Молекулы озона (O_3) и диоксида азота (NO_2) являются сильными окислителями, а атомы водорода и азота – сильными восстановителями. Проникая в поверхностные слои эпидермиса и эпителия слизистых оболочек, химически активные атомы и молекулы взаимодействуют с молекулярными комплексами биологических мембран, электролитами интерстиция, образуя различные биологически активные вещества, продукты электролиза. При этом продукты рекомбинации отрицательных ионов увеличивают проводимость нервных проводников кожи, а положительных – понижают ее, тем самым, изменяя тактильную и болевую чувствительность кожи, оказывая зудоуспокаивающее действие. Влияние аэроионов на организм человека осуществляется рефлекторно. Соприкосновение аэроионов со слизистыми дыхательных путей приводит к усилению движения ворсинок мерцательного эпителия трахеи и бронхов, а вследствие усиления мукоцилиарного транспорта, повышается выделение слизи и мокроты из дыхательных путей.

Аэроионы и гидроаэроионы (преимущественно легкоподвижные, отрицательно заряженные), оседая на коже и слизистой дыхательных путей, осуществляют подзарядку мембран эпителиальных клеток, повышают активность мерцательного эпителия, интенсивность окислительно-восстановительных и обменных процессов, стимулируют местные и общие защитные реакции организма, активизируют кислородотранспортную функцию эритроцитов, процессы обмена и функцию РЭС, оказывают гипосенсибилизирующее и иммунокорректирующее действие, способствуют понижению активности свёртывающих систем крови и нормализации содержания в ней форменных элементов. Аэроионы, поступая в кровь через легочные альвеолы, и отдавая свой заряд кровеносным пластинкам, повышают их устойчивость к повреждающим воздействиям, повышают электрогуморальный потенциал крови и тканей.

Образовавшиеся в коже из аэроионов химически активные атомы и молекулы, стимулируют местные метаболические процессы, вызывают гибель микроорганизмов на поверхности кожи, способствуют расширению артериол и усилению локального кровотока, что в совокупности активизирует трофические и репаративные процессы в тканях, ускоряет заживление ран и язв. Оптимизировать этот процесс позволяет использование потока монополярных аэроионов и введение лекарственных веществ (эуфиллин, аскорбиновая и никотиновая кислоты, трипсин, и др.) в кожные покровы больного, что используется в методе аэроионофореза. Для аэроионофореза применяют те же лекарственные вещества, что и для лекарственного ЭФ. Для этого область воздействия орошают раствором лекарственных веществ с учетом полярности лекарства и заряда аэроионов.

Под влиянием аэроионизации, благодаря тканевому взаимодействию с аэроионами, кожно-висцеральным взаимосвязям, изменению возбудимости и проводимости нервных проводников, развиваются реакции внутренних органов, характер которых зависит от химической природы аэроиона (полярность, вид иона и др.), от вегетативно-эмоционального статуса больного, от локализации воздействия. Так, например, при аэроионизации лица наблюдается преимущественно ваготропное действие, а при аэроионизации воротниковой области – изменяется возбудимость симпатического звена вегетативной нервной системы, что проявляется седативным и болеутоляющим эффектом.

Искусственные ионы можно получать и из воды, при этом образуются гидроксильные ионы отрицательного и положительного знака. Гидроионы оседают на мелких капельках воды, вследствие чего в воздухе возникает повышенная влажность. В действии гидроаэроионов на организм человека ведущее значение принадлежит отрицательному заряду. Заряд воспринимается либо тканями дыхательных путей при вдыхании, либо кожей обнаженных частей тела. Это ведет к стимуляции физиологических функций организма, повышению чувствительности мерцательного эпителия дыхательных путей к механическим раздражителям, увеличению секреции слизистых желёз. Ионизированный кислород, отдав свой заряд, вступает в химические реакции, повышая активность метаболических процессов в насыщаемых кислородом тканях. Сам аэрозоль веществ, находящийся в составе пресной воды,

приведённый в мелкодисперсное состояние, также является активным фактором, оказывающим стимулирующее влияние на трофические и обменные процессы в организме.

Терапевтические эффекты аэроионизации: *местный анальгетический и успокаивающий, вазоактивный, метаболический, иммунорегулирующий, бактерицидный, бронходентирующий.*

Показания. Бронхиальная астма и другие аллергические заболевания, хронические респираторные заболевания, раны, язвы, ожоги, острые и хронические заболевания ЛОР-органов, понижение работоспособности, неврастения, бессонница; гипертоническая болезнь I-II стадии, язвенная болезнь.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к ионизированному воздуху, депрессивные состояния, органические заболевания центральной нервной системы, ИБС, острая пневмония, эмфизема лёгких.

Аппаратура, общие рекомендации по проведению процедур

Для лечебного воздействия чаще всего применяют отрицательные аэроионы, лечебная доза которых составляет $(1-1,5) \times 10^{11}$ ионов, а гидроаэроионов – 3×10^8 . Их генерируют при помощи аппаратов “АФ-3”, “ФА-5-3”, “ЭЭФ-01”, “АИР-2”, высокочастотного электроэффлювиального аэроионизатора Я. Ю. Рейнета, аппаратов “Гелиос” (люстра Чижевского) и “Истион”. Гидроаэроионы получают с помощью гидроаэроионизаторов “Серпухов-1”, “ГАИ-4”, “ГАИ-4У” и др., генерирующих $(1-1,5) \times 10^6$ ионов в см^3 . В этих аппаратах применяют различные электроды-ионизаторы, выполненные в форме пластин, дисков или ободов с иглами. Количество генерируемых этими аппаратами аэроионов в минуту достигает в среднем $(1,3-6) \times 10^6 \text{ см}^3$.

Аэронотерапию (аппарат “АФ-3-1”) проводят по местной или общей, или групповой методикам.

При местной аэроионизации воздействию обычно подвергают лицо, воротниковую зону, верхние дыхательные пути, ожоговую поверхность, поверхность раны (обычно во время перевязок) или трофической язвы. Пластины электрода для местной аэроионизации располагают на расстоянии 6-10 см от обнажённой поверхности тела, напряжённость поля – 10-25 кВ, продолжительность процедуры – 10-15 мин, а при аэроионофорезе – до 30-40 мин (при воздействии на рану или трофическую язву обязательно очистить поверхность от мази и некротического содержимого). На курс лечения назначают 15-20 процедур, проводимых ежедневно или через день.

При проведении групповой аэроионизации используют обычно электроэффлювиальные ионизаторы, усаживая больных по кругу на расстоянии – 1 м от электрода, или используют сферический электрод (от аппарата “АФ-3-1”), усаживая 3-4-х больных на расстоянии 1-1,5 м от электрода.

Перед групповой аэроионизацией больные удобно располагаются на стульях (креслах). Во время процедуры больные не должны разговаривать и касаться друг друга, все металлические предметы (часы, серьги, заколки) перед процедурой должны быть удалены. Продолжительность процедур, проводимых ежедневно или через день, 10-20 мин, на курс лечения до 15 процедур. При необходимости повторный курс аэроионизации назначают через 3-5 месяцев.

Аппарат “Аир-2” для индивидуального пользования выполнен в виде переносной модели, имеет пластмассовый корпус, укрепленный на подставке, где расположены выключатель и переключатель полярности, ручка винта для изменения наклона корпуса. Передняя поверхность корпуса закрыта крышкой с пятью отверстиями для аэроионов и сигнальной лампочкой над ними. Электрический разряд получается от высоковольтного устройства. При подготовке к работе аппарат заземляют, включают в сеть (при этом загорается сигнальная лампочка), устанавливают полярность ионов. Больной располагается на расстоянии 50-75 см от аппарата и дышит. Длительность процедуры 20-30 мин, ежедневно, на курс лечения до 15 процедур.

Количество аэроионов, генерируемых аппаратом АИР-2 за время процедуры, можно рассчитать, используя нижеследующую схему:

Расстояние от аппарата, в см	15	25	50	75	100
Количество аэроионов в 1 см ³ воздуха в тыс.	5400	1400	226	98	36

Гидроаэроионизаторы – “Серпухов-2”, “Гаи-4” и др. основаны на баллоэлектрическом эффекте, заключающемся в том, что при сильном падении воды на твёрдое препятствие и раздробление её на мельчайшие частицы, происходит разрушение электрического слоя в молекуле воды и возникают отрицательно заряженные ионы кислорода, которые поступают к выходному патрубку аппарата. В гидроаэроионизаторе “Серпухов-1” для получения аэроионов используется многократное мелкодисперсное разбрызгивание воды лопатками электродвигателя (баллоэлектрический эффект). В корпусе аппарата имеются отверстия для потока аэроионов.

Перед процедурой в емкость заливают 1л дистиллированной или кипячёной воды (в последнем случае количество ионов уменьшается в 2-3 раза), включают аппарат в электрическую сеть. Пациента усаживают на стул на расстоянии 50-75 см от отверстий в корпусе аппарата. Поток ионов должен быть направлен в лицо. Аппарат генерирует как положительные, так и отрицательные лёгкие гидроаэроионы с преобладанием отрицательных. Ионизатор расходует в час около 50 см³ воды. Ежедневно следует заливать свежую воду. Один раз в месяц следует менять марлевую прокладку фильтра.

Т а б л и ц а 9

Расчет лечебной дозы аэроионов

Расстояние от аппарата в см	Количество аэроионов см ³ воздуха в тыс. отрицательные	положительные	Коэффициент униполярности
10	1650	170	0,1
25	590	33	0,056
100	105	5	0,05

$D = K \times Об \times В \times Т$, где D – лечебная доза, K – количество аэроионов в 1 см³ воздуха на определенном расстоянии от аппарата, головы пациента, $Об$ – объём вдыхаемого воздуха, $В$ – частота дыхания, $Т$ – время воздействия. Например, если аппарат дает 1 млн. аэроионов в 1 см³ воздуха, объём вдыхаемого воздуха – 500 см³; количество вдохов 20, время воздействия – 20 мин, то рекомендованная лечебная доза:

$D = 1 \text{ млн} \cdot 500 \cdot 20 \cdot 20 = 200 \text{ млрд. аэроионов.}$

5.6.2. Спелео- и галотерапия

Спелеотерапия – это лечение микроклиматом карстовых пещер и соляных шахт, имеющими свои особенности: стабильную температуру воздуха, низкую относительную влажность и небольшую скорость движения воздуха, отсутствие патогенных микроорганизмов и аллергенов, высокий уровень аэроионов (обоих знаков) и высокодисперсный сухой аэрозоль солей натрия, кальция, калия, магния хлорида в концентрации от 0,5 до 9 мг/м³, а линейные размеры большинства частиц (до 90 %) не превышают 5 мк, что позволяет им при вдыхании проникать вплоть до бронхиол. Содержание микроорганизмов в воздухе пещер составляет – 100-700 КОЕ в м³, температура воздуха в пещерах – 7-22° С, относительная влажность воздуха – 40-75%.

Перечисленные факторы микроклимата обладают мощным саногенным влиянием на организм и поэтому пребывание больного в таком микроклимате способствует нормализации дренажно-вентиляционной функции лёгких за счёт местного бактериостатического и противовоспалительного влияния микрокристаллов солей, осевших в дыхательных путях, и положительного влияния на мукоцилиарный клиренс мерцательного эпителия бронхов. В результате усиливается вентиляционно-перфузионная функция лёгких, диффузия кислорода через альвеоло-капиллярный барьер и его утилизация различными тканями организма. Адаптация организма к микроклимату спелеолечебниц сопровождается активацией симпато-адреналовой системы, усилением выработки гормонов эндокринными органами.

Относительная стерильность воздуха соляных пещер приводит к снижению сенсибилизации организма, торможению размножения микрофлоры в дыхательных путях и уменьшению содержания антител. Под влиянием лечебного микроклимата увеличивается количество фагоцитирующих макрофагов и Т-лимфоцитов, уменьшается содержание иммуноглобулинов А, G, Е и повышается лизоцимальная активность сыворотки крови. Улучшение функции внешнего дыхания (повышение жизненной ёмкости лёгких и минутной вентиляции лёгких) способствует снижению кровяного давления в легочной артерии, повышению сократительной функции миокарда. Улучшение функции кардиореспираторной системы, тишина и покой способствуют восстановлению процессов торможения в коре головного мозга и созданию психоэмоционального комфорта.

Однако значительная удаленность соляных шахт от населённых пунктов, дороговизна подземных больниц, необходимость длительного срока лечения способствовали созданию камер (кабинетов) с искусственным микроклиматом, так называемых, галокамер, а сам метод получил название – **галотерапия**.

Лечебные факторы галокамер аналогичны микроклимату соляных шахт, а оборудование камеры аппаратом аэроионотерапии (например, "Элион-131") позволяет постоянно поддерживать высокую степень ионизации воздуха, что повышает терапевтическую эффективность метода.

Галокамера размещается в двух помещениях: основное лечебное – площадью 20-40 м² (имеет принудительную приточно-вытяжную вентиляцию, поверхность стен покрыта специальным солевым покрытием на основе хлорида натрия) и операторскую, где установлен галогенератор, подающий в лечебное помещение поток осушенного и очищенного воздуха, насыщенного высокодисперсными частицами солевого аэрозоля. С целью поддержания заданных параметров микроклимата (относительная влажность не более 50-60%, температура воздуха – 20°-22°, общее количество микроорганизмов не выше 300-800 КОЕ в м³, что соответствует норме для операционных палат) в лечебном помещении устанавливаются датчики, соединённые с микропроцессором, встроенным в галогенератор, благодаря которому контролируются и поддерживаются постоянно установленные параметры.

Концентрация высокодисперсного аэрозоля хлорида натрия в лечебном помещении поддерживается в пределах: I режим – 0,5-1,0 мг/м³; II режим – 1,0 - 3,0 мг/м³; III режим – 3,0-5,0 мг/м³; IV режим – 7,0-9,0 мг/м³. В лечебном помещении должна поддерживаться постоянная гипоаллергенная и гипобактериальная среда. Поскольку после пребывания в галокамере каждой группы больных в течение 40-45 минут количество микроорганизмов увеличивается в 4-5 раз, то необходимо проветривание помещения вентилятором в течение часа, чтобы этот показатель привести к норме. Больные для приема процедуры формируются в группы, которым назначен один и тот же режим воздействия (I- II режимы при экзогенной и эндогенной БА, поллинозе). Перед началом процедуры пациенты поверх своей одежды надевают халат, колпак, бахилы. Запрещается пользоваться косметическими средствами, имеющими запах. Курс лечения в галокамере состоит в среднем из 15-25 ежедневных процедур, длительностью 45-60 мин. Первые 2-3 процедуры обеспечивают адаптацию к условиям галокамеры, поэтому их продолжительность может составлять 20-30 мин. Терапевтическая насыщенность процедуры повышается, если она сопровождается тихой мелодичной музыкой, имитирующей различные звуки природы с одновременным показом диапозитивов, отображающих красоту природы.

Другой вариант лечебного курса искусственной спелеотерапии, состоящей из трех этапов, предложили Верихова Л. А. и др. (1994):

I этап – адаптация (3-4 дня) – дети находятся в спелеокамере во время дневного сна (2-2,5 ч);

II этап – основной лечебный режим (с 5-го по 28 день лечения) – дети спят в спелеокамере ночью в течение 10 ч;

III этап – вывод из лечебного режима (3-4 дня) – дети находятся в спелеокамере днем в течение 2-2,5 ч.

При правильном отборе на лечение ухудшения клинической симптоматики, как правило, не наступает. У некоторых больных на 2-3-м сеансе может усилиться кашель, одышка (это может быть связано с активацией бронхиального дренажа), которые легко купируются приёмом аэрозоля сальбутамола (вентолина), у других больных на фоне лечения в галокамере могут появиться раздражение кожи и высыпания на ней (это обычно наблюдается после 3-5 процедур). Возникновение чувства першения в горле устраняется полосканием горла пос-

ле процедуры кипяченой водой. При появлении конъюнктивита в глаза закапывают в течение 3-5 дней раствор альбунда, а процедуры продолжают принимать с закрытыми глазами.

С целью повышения терапевтического эффекта галотерапии за 30-40 мин до сеанса, можно провести аэрозольную ингаляцию препаратами – антагонистами кальция (в частности, раствором сернокислой магнезии), способствующими значительному торможению аллергических реакций, включая связывание IgE на мембране тучных клеток и предупреждение их дегрануляции, синтез и выделение химических медиаторов, которые оказывают прямое дилатирующее действие на гладкую мускулатуру бронхов, благоприятно влияют на мукоцилиарный клиренс и продукцию секрета бронхиальных желез.

Как правило, по окончании курса лечения у больных отмечается клиническое улучшение: исчезает кашель, ликвидируются явления дыхательного дискомфорта, улучшается общее состояние, что подтверждается положительной динамикой спирографических показателей.

Терапевтический эффект метода: *бронходренирующий, секретолитический, противовоспалительный, иммунокорректирующий, седативный, гипотензивный.*

Положительная динамика клинико-функциональных показателей связана с элиминацией патогенных возбудителей, экзогенных аллергенов и иммунных комплексов, продуктов воспалительно-деструктивных процессов в бронхолегочной системе, стимуляцией (нормализацией) некоторых звеньев иммунитета и метаболической активности лёгких (нормализация выделения серотонина, уменьшение IgA, IgE, IgG на 30-50%, а также дисбаланса в системе ПОЛ-антиоксиданты, повышение фагоцитарной активности крови) (Абдуллаев А. А. и др., 1993; Гончарук С. Ф. и др., 1994; Реро Н., 1997 и др.).

У больных с тяжёлой и среднетяжёлой формой БА наблюдаются глубокие нарушения Т-клеточного звена иммунитета (по гипосупрессивному типу) и выраженные аутоиммунные реакции. Поэтому с целью более активного воздействия на это звено патогенеза целесообразно курс галотерапии после периода адаптации сочетать с лазеропунктурой или "методикой лазерного укола" (сочетание аппликаций или внутривенных инъекций индивидуально подобранных гомеопатических, гомеопатизированных аллопатических препаратов в определенные БАТ с последующей лазеропунктурой этих БАТ), или же с воздействием ДМВ на область проекции тимуса в чередовании с воздействием на область проекции надпочечников. (методики описаны в соответствующем разделе книги).

Показания. БА с различными клинико-патогенетическими вариантами течения (в фазе ремиссии), заболевания ЛОР-органов, поллиноз, риносинусопатии, заболевания кожи (экзема, нейродермит, аллергический дерматит), хронические неспецифические заболевания легких, с целью профилактики частых респираторных заболеваний, ВСД, синдром хронической усталости.

Противопоказания. Выраженное обострение заболеваний бронхолегочной системы. Не рекомендуется назначать детям в первый месяц гипосенсибилизации, с осторожностью – при тяжелом течении БА и у гормонозависимых больных; при заболеваниях сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения II-III стадии, лёг-

гочно-сердечной недостаточности выше II стадии, часто рецидивирующих ангилах, хронических заболеваниях почек с почечной недостаточностью выше I степени, инфекционных заболеваниях, психозах, клаустрофобии.

По истечении 6-7 месяцев после курса галотерапии рекомендуется провести повторный курс лечения с целью профилактики, поскольку латентные признаки несостоятельности защитных механизмов сохраняются и в стадии клинического благополучия.

Галотерапия практически сочетается со всеми видами немедикаментозной терапии.

5.6.3. Ингаляционная терапия

5.6.3.1. Общие сведения об ингаляционной терапии и ингаляционных системах

Аэрозоль- и электроаэрозольтерапия – это методы воздействия диспергированным (измельчённым) лекарственным веществом. По степени дисперсности различают аэрозоли: высокодисперсные (1-5 мкм); среднедисперсные (5-25 мкм); низкодисперсные (25-100 мкм); мелкодисперсные (100-250 мкм); крупнодисперсные (250-400 мкм). Диспергированное лекарственное вещество имеет колоссальный объём, высокую химическую и физическую активность (при диспергировании частицы аэрозоля получают небольшой электрический заряд), хорошо всасывается оболочкой дыхательных путей, быстро поступает в кровь и лимфу, и проявляет специфическое действие лекарства при сравнительно небольших дозах введения. Высокодисперсные аэрозоли преимущественно оседают на стенках альвеол и бронхиол, среднедисперсные – в бронхах 1-2-3 порядка, менее дисперсные – в верхних отделах дыхательных путей – носоглотке, трахее, крупных бронхах.

В целях повышения устойчивости аэрозольного раствора, повышения степени осаждаемости и усиления его электрогуморального действия производят принудительную подзарядку аэрозольных частиц униполярным электрическим зарядом (чаще всего отрицательным).

Электроаэрозоли, имеющие свойства как аэрозолей, так и аэроионов, обладают в 2 раза большей способностью к всасыванию и депонированию, более глубоко проникают в дыхательные пути (вплоть до альвеол), в большей степени повышают активность мерцательного эпителия, фармакологическую активность лекарств и электрический потенциал тканей, что и обеспечивает их высокую лечебную эффективность при меньшей длительности процедуры и меньшем количестве ингалируемого лекарства.

В ультразвуковых аэрозольных аппаратах, изменяя частоту и интенсивность ультразвуковых колебаний, можно получать частицы лекарственных веществ от 0,5 до 20 мкм. Ультразвуковые аэрозоли можно отпускать тяжело больным детям, у которых самостоятельный вдох затруднен, а также маленьким детям, применяя специальную палатку, надеваемую на детскую кровать.

Отечественная аппаратура позволяет отпускать ингаляции: *паровые, тепловлажные, аэрозоли комнатной температуры, масляные, вдыхание сухих лекарственных веществ.*

Для лечения больных воспалительными заболеваниями легких

(ВЗЛ, БА и др.) рекомендуется применять аэрозоли высокой и средней дисперсности, аллергического ринита – средней и низкой дисперсности, используя температуру аэрозоля – 37°-38°С и pH раствора близкую к нейтральному.

По времени аэрозольная ингаляция обычно продолжается 10-15-20 минут (в течении первых минут больной адаптируется к дыханию через мундштук, так как у него обычно возникает кашель, если он сразу начинает интенсивно и глубоко дышать), а электроаэрозольная – 5-10 минут. В день проводят 1-2-3 ингаляции, распределяя равномерно суточную дозу лекарственного вещества. Курс лечения при бронхолегочной патологии – 15-20 дней, но может быть и более длительным у детей с аллергопатологией при постепенном переводе больного на пользование портативным индивидуальным ингалятором (ИДА – ингалятор дозированных аэрозолей). Лекарственные растворы, используемые для ингаляций представлены в приложении 6.

При дальнейшем изложении материала главы мы будем в основном касаться вопроса использования метода в педиатрии, поскольку среди детей распространенность ВЗЛ, БА и АР достигли своего абсолютного пика, и поскольку тактика применения ИТ у взрослых аналогична. Ингаляционная терапия у этого контингента больных нередко сочетается с дополнительным назначением различных препаратов, что также будет рассмотрено в этой главе.

Ингалируемые аэрозоли, поступая в дыхательные пути, оказывают как быстрое *рефлекторное* влияние через рецепторы обонятельного нерва и интерорецепторы слизистой бронхов и бронхиол, так и активное *гуморальное* действие, т. е. как местное, так и общее влияние на организм. Непосредственное воздействие ингалируемого вещества на рецепторы симпатической или парасимпатической нервной системы оказывает регулирующее влияние на тонус бронхов, сосудов, функцию слизистой, на местный клеточный иммунитет. Благодаря своеобразию строения лимфатической системы лёгких, лекарственное вещество в большом количестве депонируется в них. Создание высокой концентрации лекарства в дыхательной системе способствует обратному развитию воспалительного процесса в бронхах и паренхиме лёгких, что и обуславливает высокую терапевтическую эффективность метода при бронхолегочной патологии.

Высокую депонирующую способность лёгких необходимо учитывать при ингаляции антибиотиков, т.к. их концентрация в легких остаётся высокой довольно продолжительное время. А у лиц с бронхолегочной патологией, лекарственной аллергией слизистая оболочка бронхов нередко является “шоковым органом”. *Высокая концентрация плохо подобранного антибиотика может стать пусковым механизмом развития аллергической реакции немедленного или замедленного типа* (поэтому необходим тщательный аллергологический анамнез, постановка проб на чувствительность к антибактериальным средствам).

Ингалируемое лекарственное вещество поступает в организм, минуя пищеварительный тракт, не подвергаясь инаktivации пищеварительными соками, не оказывая раздражающего действия на слизис-

тую желудка. При всасывании лекарства слизистой оболочкой носа, лекарство проникает непосредственно в мозг, благодаря наличию анастомозов сосудов слизистой носа с внутричерепными. Это очень важное преимущество метода, т.к. для большинства химических веществ, циркулирующих в крови, гематоэнцефалический барьер является препятствием.

Электроаэрозоли, обладая свойствами как аэрозолей, так и аэрионов, в значительной степени улучшают общее состояние больных, снимают депрессию и повышенную возбудимость, устраняют головные боли, снижают повышенное артериальное давление, увеличивая содержание оксигемоглобина в крови, способствуют нормализации функции внешнего дыхания и минутного объема дыхания, восстановлению резервных возможностей и функциональной способности легких, улучшению бронхиальной проходимости, а также оказывают десенсибилизирующее действие и пролонгируют действие некоторых лекарственных веществ, в частности, антибиотиков, гормонов и др. Отрицательно заряженные аэрозоли оказывают определенное воздействие на симпатно-адреналовую систему: умеренно стимулируют процессы биосинтеза катехоламинов, что повышает защитно-приспособительные механизмы организма, а нормализация чувствительности адренорецепторов к катехоламинам обуславливает быстрое возникновение бронхолитического эффекта.

Электроаэрозоли оказывают влияние на регуляцию обмена БАВ, изменяя функциональное состояние различных систем организма. Поэтому при БА ингаляционный метод введения противоастматических средств считается самым рациональным, хотя даже при правильном выполнении методики только 15-20% медикамента поступает в нижние дыхательные пути. Однако, несмотря на неоспоримые преимущества ингаляционной терапии, во всем мире многие противоастматические средства перевариваются, а не ингалируются, т.к. пероральные пролонгированные препараты в глазах маленьких пациентов и взрослых имеют много преимуществ.

С точки зрения многих детей, пользование ингалятором в школе приносит больше трудностей, чем благ, так как необходимость принимать регулярно противоастматические лекарства создает для ребенка определённые трудности как среди ровесников, так и учителей. Тем не менее, медицинские работники должны быть готовы потратить достаточное время на убеждение, чтобы ограничить назначение пероральных препаратов, в частности, стероидов. Современная медицинская промышленность предлагает большой выбор ингаляционной аппаратуры как для группового, так и индивидуального пользования.

Для маленьких детей общепринятая методика ингаляционной терапии практически малоэффективна из-за неумения правильно и глубоко дышать. Нередко вся процедура сопровождается кашлем и слезами маленького пациента. Правильный выбор ингаляционного прибора для больного ребёнка имеет не меньшее значение, чем выбор медикаментов, т.к. использование несоответствующих возрасту устройств и неправильное выполнение методики ингаляции, нередко является единственной или основной причиной того, что клинические симптомы астмы выходят из под контроля. Поэтому у детей

целесообразно шире использовать ИДА (ингалятор дозированных аэрозолей), в которых лекарственный препарат может находиться в виде распыляемых “мокрых” или “сухих” аэрозолей (таб.10). Маленькие дети испытывают затруднения при пользовании ИДА, поэтому требуется постоянно инструктировать и обучать больного ребёнка правильно использовать ИДА, чтобы выработать у него определенный навык. Необходимо постоянно контролировать как правильность пользования ингалятором, так и адекватность рекомендованных доз противоастматических средств. *Только адекватная терапия способна предотвратить обострение БА и обеспечить контроль за симптомами астмы.*

Детям в возрасте 2-4 года рекомендуется использовать *спейсер с клапаном*. Спейсер — это специальное устройство, которое надевается на ингалятор (ИДА), в результате чего частицы лекарственного препарата задерживаются в камере-спейсере. *Приставка-спейсер* гасит быструю скорость частичек лекарственного вещества, что позволяет больному ребенку успеть ингалировать лекарственное вещество. Благодаря спейсеру уменьшается раздражающее действие аэрозоля, вероятность развития кандидоза ротовой полости и системных побочных эффектов при длительном ингалировании больших доз стероидов, а также увеличивается депонирование препарата в легких (до 30% ингалируемой дозы). Существует огромное разнообразие спейсеров. Например, *спейсеры Волюматик и Небухейлер*, основной принцип которых состоит в том, что лекарство поступает в камеру перед тем, как пациент выполняет вдох и поэтому нет необходимости координировать дыхание с нажатием на клапан баллончика. Различные приставки-спейсеры взаимозаменяемы и необходимо убедиться, что ингалятор и спейсер подходят друг другу. Приставки-спейсеры не портативны, поэтому ими лучше пользоваться, получая лечение на дому.

Грудные и маленькие дети могут получать ингаляции или через спейсер большего объема, соединенный с лицевой маской, или через небулайзер. Это высокоэффективное устройство для ингаляций противоастматических средств, в котором струя воздуха или кислорода распыляет раствор лекарственного средства в мелкодисперсный аэрозоль, вдыхаемый пациентом через мундштук или маску. При этом не требуется, чтобы пациент глубоко дышал. Эти устройства широко используются при терапии острых приступов БА у маленьких детей.

Ингаляторы, содержащие сухой порошок (*дискхейлеры, ротакхейлеры, турбохейлеры*), применяют преимущественно у детей школьного возраста.

Использование ингаляционных систем отечественного производства позволяет готовить ингаляционные коктейли *ex tempore* непосредственно для каждого больного с учётом клинической симптоматики и решаемых терапевтических задач. Для получения аэрозолей применяют аппараты, диспергирующие жидкость в воздухе — аэрозольные генераторы индивидуального и группового типов. К ним относят портативные ингаляторы — “ИП-1”, “ПАИ”, “ИН-7”, “ИН-6”, “Бриз”, “ИП-2”, “Диссоник”, “Муссон”, а также стационарные универсальные ингаляторы — “Арса”, “Аэрозоль”, “Вулкан-1”, “Туман-2”, “PulmoAide”, “Paros”, “Tur USI -4”, “NB-108”, “UN-40” и др. Аэрозоли для наружного применения получают с помощью ингаляторов открытого типа — “Альбедо”,

"Vapazon", "Vaporisator". Следует отметить преимущество ультразвуковых аэрозольных аппаратов. Такой аэрозоль исключительно стабилен и практически рассматривается как однородный (монодисперсный). Изменяя частоту и интенсивность ультразвуковых колебаний, можно получить частицы лекарственных веществ различного диаметра от 0,5 до 20 мкм, что позволяет использовать ультразвуковые аэрозоли для лечения различных отделов дыхательных путей. Кроме того, ультразвуковые аэрозоли можно отпускать тяжело больным, у которых самостоятельный вдох затруднен, а также маленьким детям, применяя специальную палатку.

Таблица 10

Индивидуальные ингаляционные системы, рекомендуемые для использования в соответствии с возрастом больного ребенка (Межд. Консенсус, 1992)

Возраст (лет)	Ингаляционная система	Симптоматическая терапия	Превентивная терапия
<2	Распылитель(небулятор) и воздушный компрессор Клапанный спейсер и маска на лицо	Сальбутамол Тербуталин Ипратропиум бромид	Натрия кромогликат Будезонид
2-4	Дозированные аэрозоли с клапанным спейсером: Nebuhaler(Astra)-Небухейлер Volumatic(Allen and Hanburys) - Волюматик Aerochamber(Forest Pharm Inc) FISONair(Fisons)-Файзонейр Небулятор для снятия острых приступов	Та же (см. выше)	Натрия кромогликат Ингаляционные стероиды
5-8	Порошковые ингаляторы: Spinhaler(Fisons)-Спинхейлер Diskhaler(Allen and Hanburys) - Дискхейлер Rotahaler(Allen and Hanburys) - Ротакхейлер Turbohaler(Turbohaler, Astra) - Турбохейлер Дозированные аэрозоли с клапанным спейсером	Сальбутамол Сальбутамол Тербуталин Для снятия острых приступов вместо небулятора	Натрия кромогликат Беклометазон Беклометазон Будезонид Высокие дозы ингаляционных стероидов
>8	Autohaler(Riker;3M)-Автохейлер Дозированные аэрозоли (при обучении) или порошковые ингаляторы	Сальбутамол	Натрия кромогликат Все вышеперечисленные

5.6.3.2 . Лекарственные вещества, применяемые при заболеваниях органов дыхания

Основной акцент будет нами сделан на лечении БА и АР.

Поскольку в настоящее время БА рассматривается как хронический воспалительный процесс в бронхах, приводящий к гиперреактивности и обструкции, то основным направлением в лечении астмы

является *противовоспалительная (базисная) терапия*. Поэтому для лечения больных с синдромом бронхиальной обструкции, в основном, используются три группы лекарственных средств:

- *противовоспалительные* (кортикостероиды, мембраностабилизирующие препараты);
- *бронходилататоры* (симпатомиметики, холинолитики, метилксантины, антагонисты кальция, спазмолитики);
- *группа других лекарственных средств* (антигистаминные, антисеротониновые, антиоксидантные, антибактериальные, иммуномодуляторы, муколитики, микроэлементы и др.), усиливающих или дополняющих противовоспалительный и бронхолитический эффект лечебного комплекса.

Ингаляционные кортикостероиды у детей эффективны в той же мере, что и у взрослых, однако, как правило, назначаются значительно реже, чем у взрослых. Это связано с тем, что у родителей больных детей существует определенная “стероидофобия”, вызванная ошибочным уподоблением их пероральным стероидам, которые при длительном применении, действительно, вызывают тяжелые побочные эффекты как системные, так и местные. Экспериментально доказано, что изменение биохимических показателей (присущее пероральным стероидам) отмечено лишь при превышении дозы 1500 мкг, но даже в этом случае клинические признаки осложнений, как правило, отсутствуют. Чаще всего у родителей вызывает тревогу возможность влияния стероидов на рост ребёнка. Таких данных об ингаляционных стероидах не получено, но имеется достоверное подтверждение, что задержке роста ребёнка способствует неконтролируемая астма. Кортикостероиды могут вводиться в организм как в форме аэрозолей, так и перорально или парентерально.

Механизм действия кортикостероидов на аллергическое воспаление до сих пор полностью не изучен. Известно, что при БА кортикостероиды:

- стабилизируют тучные клетки, предупреждают дегрануляцию мембран и выход из них медиаторов аллергии и воспаления;
- блокируют взаимодействие рецепторов клетки с IgE, что предотвращает каскад реакций, приводящих к высвобождению медиаторов аллергии;
- подавляют позднюю астматическую реакцию (ГРБ, сохраняющаяся длительно в течение недель и месяцев, связана с поздней астматической реакцией), что обусловлено уменьшением клеточной воспалительной реакции, вследствие перераспределения лимфоцитов и моноцитов, угнетением способности лимфоцитов к миграции из сосудистого русла, стабилизацией эозинофилов;
- подавляют сосудорасширяющее действие гистамина и других БАВ, что способствует уменьшению проницаемости сосудов и отёчности слизистой оболочки дыхательных путей;
- стабилизируют лизосомальные мембраны, тем самым, уменьшая выход лизосомальных ферментов, повреждающих бронхопульмональную систему;
- снижают возбудимость ирритантных рецепторов респираторного тракта.

Известно, что один из механизмов развития осложнений и аутоиммунных процессов при респираторных аллергиях связан с гипофизарно-надпочечниковой недостаточностью, которая может быть обусловлена не только недостаточностью функции коры надпочечников, но и вненадпочечниковыми (клеточными) факторами. Вненадпочечниковая недостаточность (снижение чувствительности рецепторов клеток к кортизолу, увеличение связывания кортизола белками плазмы крови и др.) характерна для всех больных аллергией, а надпочечниковая – в основном для эндогенной БА.

Ингаляционные стероиды повышают активность эндогенных катехоламинов и чувствительность β_2 -рецепторов к бронхорасширяющим адреномиметикам, что позволяет получать терапевтический эффект при сравнительно небольшой дозе гормона. Усиливает этот механизм сочетание ИТ с ГТ, ЭФ, УЗ и другими методами немедикаментозной терапии.

В результате такого широкого спектра терапевтического действия кортикостероиды уменьшают бронхиальное воспаление и гиперсекрецию слизи, способствуют восстановлению эпителиальных повреждений, но они не оказывают непосредственного воздействия на гладкую мускулатуру бронхов и поэтому их не используют непосредственно для купирования приступов удушья при обострении БА. Однако их назначают с целью купирования тяжёлых приступов удушья и астматического статуса, что обусловлено как их противовоспалительным и противоотёчным действием, так и их способностью восстанавливать чувствительность β_2 -адренорецепторов бронхов к агонистам.

В последние годы получило широкое распространение применение кортикостероидов в виде ИДА. Наиболее известны в нашей стране препараты *беклометазона дипропионата* – *бекотид* ("Glaxo", Великобритания) и *альдецин* ("Schering Plough", США). Альдецин дополнительно снабжен сменным носовым аппликатором для введения препарата в носовые ходы (при АР, поллинозе). Средняя доза препаратов этой группы – 400-600 мкг, а для детей в возрасте до 3-х лет – 150-200 мкг; высшая доза – более 600 мкг. Детям обычно назначают по 50-100 мкг бекотида, 2-4 раза в сутки (в зависимости от эффекта).

Беклометазон дипропионат выпускается также в форме *бекодисков*, применение которых возможно с помощью специального устройства – "Дискхейлер – бекотид", обеспечивающего лечебный эффект даже при поверхностном дыхании. У детей лечебная доза составляет – 100-200 мкг 3-4 раза в сутки, поддерживающая доза – 100 мкг 2 раза в день.

Ингаляционные кортикостероиды этой группы представляют собой медикаменты чисто профилактического действия и поэтому могут быть рекомендованы всем больным, принимающим β_2 -агонисты один и более раз в день. Не оказывая немедленного влияния на симптомы астмы, они начинают предотвращать их возникновение при приеме 2 раза в день в течение 5-7 дней. При необходимости длительного применения стероидов используют обычно альтернативную схему лечения (через день) и вводят гормоны в соответствии с суточным ритмом функции коры надпочечников.

В случаях тяжёлого течения БА лечение бекламетазоном следует

сочетать с ингаляционными бронходилататорами, используя следующую схему: например, ингаляция *вентолина (беротека)* – 1-2 вдоха (в зависимости от возраста), затем через 15-20 минут – ингаляция *бекотида*.

В лечебной практике все шире используются ингаляционные стероиды пролонгированного действия.

Беклофорт – (пролонгированная форма беклометазона дипропионата) применяют у больных, получающих более 600 мкг бекотида, а у пациентов с гормонозависимой астмой — назначают с целью снижения дозы или отмены пероральных стероидов.

Флутиказон пропионат (фликсотид) обладает рядом преимуществ по сравнению с бекотидом:

- более мощное противовоспалительное действие;
- высокое сродство к глюкокортикоидным рецепторам лёгких;
- низкая токсичность и отсутствие побочных системных эффектов.

Детям назначают по 50-100 мкг (высокая доза более 200 мкг) 2 раза в день.

Ингакорт (флунизолит) – обладает теми же свойствами, что и флутиказон. При применении препарата рекомендуется использовать спейсер. Суточная доза препарата не должна превышать 1 мг.

Будезонид (пульмикорт) – действует около 12 часов, ингалируется по 100-200 мкг, средняя доза для детей 200-400 мкг, а высшая – более 400 мкг.

При недостаточной эффективности ингаляционных стероидов показано назначение пероральных или системных глюкокортикоидов. Для лечения больных БА наиболее приемлемы препараты группы *преднизолона (преднизолон, метилпреднизолон, метипред, урбазон)* и *триамцинолоновая группа (триамцинолон, полкортолон, кенакорт, берликорт)*.

Лечение обычно начинают с назначения суточной дозы препарата (из расчета 1-1,5 мг на 1 кг массы тела), причем 2/3-3/4 суточной дозы больной принимает утром (после завтрака), а остальную часть — после обеда (до 15 ч). Это обусловлено циркадным ритмом продукции глюкокортикоидов корой надпочечников и чувствительностью к ним клеток и тканей. После достижения стабильного улучшения состояния (отсутствие приступов удушья) в течение 7-10 дней дозу препарата начинают снижать: сначала на 1/2 таблетки (2 мг) каждые 3 дня, а достигнув дозы 8 мг – на 1/4 таблетки (1 мг) каждые 3 дня до полной отмены препарата или перехода на поддерживающую терапию (2-6 мг).

Если больной ранее получал глюкокортикоиды, то снижение дозы происходит более медленно – на 1-2 мг в 10-14 и более дней.

Пероральные стероиды, как поддерживающая терапия в дозе 2-6 мг практически назначаются очень редко и требуются лишь тем пациентам, у которых не удаётся добиться контроля симптомов астмы с помощью высоких доз ингаляционных стероидов, бронхолитиков.

При переводе гормонозависимых больных на ингаляционный метод лечения удается не только уменьшить поддерживающую дозу гормона, но и отмечается тенденция к нормализации сниженной ранее функции коры надпочечников.

При тяжелом течении приступа БА можно использовать короткий

курс (3-7 дней) системной терапии высокими дозами кортикостероидов (*гидрокортизон гемисукцинат, преднизолон, метилпреднизолон, дексаметазон*), хотя инъекционный путь введения препаратов не оказывает существенно более быстрого эффекта по сравнению с пероральным, но предпочтительнее при одышке, рвоте. Отмену препарата производят постепенно, снижая суточную дозу на 1/4 от предыдущей и добавляя к лечению ингаляционные стероиды и мембраностабилизирующие препараты.

Преднизолон можно заменить ингаляциями *бекотида* (*беклометазона*) из расчета: 400 мкг бекотида равнозначно 6 мг преднизолона. Бекотид-50 содержит в одной дозе – 50мкг (1 вдох), а бекотид-250 в одной дозе – 250мкг.

Побочное действие ингаляционной кортикостероидной терапии - фарингит, дисфония, вследствие атрофии мышц гортани, кандидомикоз слизистой полости рта. Для профилактики местных побочных эффектов, обусловленных оседанием частиц препарата на слизистой оболочке полости рта, рекомендуется полоскать рот после ингаляции, а также пользоваться спейсером.

Мембраностабилизирующие препараты – назначают с целью предупреждения дегрануляции тучных клеток и блокады медиаторов аллергии и воспаления (патохимическая фаза патогенеза БА).

Натрия кромогликат (НКГ), появившийся в медицинской практике в 1967 году, стал первым препаратом, регулярный прием которого обеспечивал профилактику развития приступов астмы и не вызывал тяжёлых побочных эффектов. Препарат оказался особенно эффективным при терапии нетяжёлой детской астмы, в частности, экзогенной формы. Механизм действия НКГ до конца не изучен. Установлено, что препарат частично ингибирует медиаторизованный IgE-релизинг из тучных клеток, ингибирует раннюю и позднюю фазу аллергической реакции, а также предотвращает острое сужение дыхательных путей после физической нагрузки, вдыхания холодного воздуха и двуокиси серы, оказывает избирательное супрессивное действие на собственно-клетки и медиаторы других воспалительных клеток: макрофаги, нейтрофилы, моноциты, эозинофилы. По-видимому, механизм действия препарата значительно шире, т.к. в настоящее время в лабораторных условиях показано, что стабилизирующим эффектом на мембраны тучных клеток обладают и другие вещества, абсолютно неэффективные в клинических условиях. Недостаточность знаний механизма действия НКГ не позволяет заранее прогнозировать лечебный эффект препарата у конкретного больного. Как правило, для достижения максимального клинического эффекта необходимо применять НКГ не менее 6 недель. Обычно у детей назначают НКГ в качестве регулярной профилактической терапии при нетяжёлой экзогенной астме, причем необходимо рекомендовать приём препарата не менее 3-х раз в день.

Если симптомы астмы вызываются у ребёнка физическим усилием или даже незначительной пробежкой, то НКГ, принятый за 30 минут до начала физических упражнений, может полностью предотвратить приступ.

Применение НКГ может сопровождаться незначительным побоч-

ным эффектом в виде внезапного кашля, связанного с ингалированием порошкообразного препарата .

Недокромил натрия (тайлед) – это новый препарат, предназначенный подобно НКГ и ингаляционным стероидам, в большей степени, для профилактики, чем для купирования симптомов астмы. Противовоспалительный эффект ингалируемого препарата эффективнее НКГ в 4-10 раз в отношении профилактики некоторых форм острого бронхоспазма, что позволяет считать препарат одним из базисных противовоспалительных средств. У детей тайлед не назначают до 5 лет, хотя в настоящее время ведутся клинические исследования по изучению роли препарата в терапии детской астмы. Механизм действия тайледа: подавляет высвобождение медиаторов (гистамина, цитокининов, простагландинов) из тучных клеток; тормозит высвобождение медиаторов (производных арахидоновой кислоты) из эозинофилов, а также хемотаксическую реакцию эозинофилов и нейтрофилов на лейкотриены и тромбоцитоактивирующий фактор, подавляет образование медиаторов из стимулированных альвеолярных макрофагов.

Клинические наблюдения показали, что при длительном лечении недокромилем снижается гиперреактивность дыхательных путей у больных эндогенной БА, наблюдается симптоматическое улучшение состояния легочной функции, что объясняется выраженным противовоспалительным действием препарата (Е.Н. Бел et al., 1990, R.M. Cherniak et al., 1990).

Включение препарата в комплексную терапию астмы позволяет снизить дозу принимаемых стероидов, повысить эффективность препаратов пролонгированного теофиллина и β_2 -симпатомиметиков.

Интал (натрия хромогликонат, ифирал, кромолин) относится к препаратам, которые предотвращают деструкцию тучных клеток, тормозят внутренний транспорт ионов кальция в результате фосфорилирования специфического белка и предупреждают выделение медиаторов бронхоспазма (гистамина, медленно действующей субстанции) при взаимодействии антигена с антителом, а также препарат тормозит высвобождение нейропептидов в чувствительных нервных окончаниях бронхов и угнетает фосфодиэстеразу, метаболизирующую ЦАМФ.

Интал обычно назначается в качестве профилактического средства: у детей с БА лёгкого и среднетяжёлого течения, которая в недостаточной мере контролируется β -адреномиметиками; при астме физического усилия; у больных гормонозависимой БА с целью снижения потребности в кортикостероидах, поскольку длительное применение препарата снижает потребность в ингаляционных стероидах. Лучшие результаты наблюдаются при лечении сезонной астмы, хотя улучшение возможно и при круглогодичной астме. Длительность лечения не менее 4-х недель.

Интал выпускается в капсулах, содержащих по 20 мг белого порошка, и применяется в виде ингаляций, длительность последствий которых 5-6 часов. Небольшое побочное действие в виде кашля и даже лёгкого бронхоспазма объясняется раздражающим действием порошкообразного препарата, что может быть предупреждено предварительной ингаляцией β_2 -адреномиметиков.

Дети раннего возраста (до 4-х лет) не могут использовать ручной ингалятор (спинхалер), поэтому им назначают электроаэрозоль интала через маску от аппарата ГЭИ-1. На одну ингаляцию используют 20 мг (1% раствор) интала, растворенного в 2 мл дистиллированной воды. Продолжительность процедуры – 8-10 мин, 2-3 раза в день, на курс – 30-60 ингаляций (Корачевцева Т.В. и др., 1982).

ДСКК – динатриевая соль кромоглициновой кислоты. Механизм действия препарата и применение аналогичны инталу. Выпускается в виде ИДА.

Ингаляции НКГ, *кромогена*, *интала*, *тайледа* можно проводить с помощью обычного ИДА либо с помощью ИДА, соединенного со спейсером большого объема, либо НКГ, *интал* вводятся с помощью спинхейлера. Обычная доза составляет 2 вдоха или одну ингаляцию через спинхейлер, 3-4 раза в день. Тайлед в начале лечения рекомендуется принимать 2 дозы (2 вдоха) 4 раза в день, в дальнейшем можно сократить прием до 2-3 раз в день.

Дитек – комбинированный препарат в виде ИДА, состоящий из β_2 -адреностимулятора *беротека* и *интала*, применяют для купирования приступа астмы, а также для профилактики БА по тем же показаниям, что и интал. С профилактической целью назначают по 1-2 дозы 2-4 раза в день, при появлении приступа удушья можно дополнительно ингалировать ещё 1-2 дозы.

Кетотифен (*задитен* в таблетках или сиропе) – является полифункциональным соединением, оказывающим одновременное влияние на патохимическую и патофизиологическую фазы IgE-зависимых реакций гиперчувствительности. Терапевтический эффект препарата обусловлен способностью блокировать H_1 -рецепторы гистамина, подавлять действие на дыхательные пути лейкотриенов и ФАТ, восстанавливать чувствительность β_2 -адренорецепторов к β -агонистам, тормозить секрецию тучных клеток и базофилов. *Кетотифен* обладает седативным эффектом, поэтому при лечении возможно появление сонливости.

В последние годы используется сочетанное применение *кетотифена* и *интала* в связи с их различным механизмом действия. Хотя препараты не обладают бронхорасширяющим действием, однако их длительное применение приводит к снижению потребности больных в глюкокортикоидах, теофиллине, β_2 -агонистах.

Кетотифен применяется для профилактики приступов удушья, эффективен при atopической БА лёгкого и среднетяжёлого течения, при гормонозависимой БА (особенно в период снижения дозы пероральных стероидов), а также при внелегочных формах аллергических заболеваний – АР, поллинозе, atopическом дерматите, крапивнице, отеке Квинке, что обусловлено антигистаминной и мембраностабилизирующей активностью препарата.

Кетотифен можно использовать у детей с первых лет жизни в течение 2-3-х и даже 6-ти месяцев (в зависимости от тяжести течения БА), назначая не менее 2-х курсов лечения в году. Выпускается в таблетках по 1 мг. Применяется по 1/2-1 таблетке 2 раза в день. При необходимости ежедневную дозу можно увеличить до 3-4 таблеток (в зависимости от возраста, тяжести течения БА).

Из-за возможности развития тромбоцитопении с осторожностью назначать при геморрагических диатезах.

Бронходилататоры (бронхолитики) – это большая группа препаратов с разным механизмом действия, объединенная общим свойством – бронхорасширяющим (за счет расслабления гладкой мускулатуры бронхов).

Бронхолитики подразделяются на следующие группы:

– *стимуляторы адренергических рецепторов* (адреномиметики, симпатомиметики);

– *ингибиторы фосфодиэстеразы* (метилксантины);

– *M-холиноблокаторы* (холинолитики);

– *α -адреноблокаторы*;

– *антагонисты кальция*;

– *спазмолитики*.

В гладкой мускулатуре бронхов имеются различные адренорецепторы: α - и β -, через которые симпатическая нервная система оказывает влияние на бронхиальный тонус.

Возбуждение α - (постсинаптических) адренорецепторов (заложены в гладкой мускулатуре бронхов и сосудов) вызывает бронхосуживающий эффект и сужение бронхиальных сосудов (это приводит к уменьшению отека слизистой бронхов); возбуждение β_1 -адренорецепторов (заложены в миокарде) сопровождается учащением и усилением сердечных сокращений; возбуждение β_2 -адренорецепторов (заложены в гладкой мускулатуре бронхов) вызывает выраженный бронходилатирующий эффект. Механизм расширения бронхов при стимуляции β_2 -адренорецепторов заключается в следующем: функция β_2 -адренорецепторов зависит от содержания в клетках-рецепторах цАМФ, которая образуется из АТФ при взаимодействии катехоламинов и фермента аденилциклазы в присутствии ионов магния. Стимуляторы β_2 -адренорецепторов повышают активность аденилциклазы, что приводит к увеличению цАМФ (циклического 3,5-аденозинмонофосфата), последний увеличивает транспорт ионов кальция из миофибрилл в саркоплазматический ретикулум, что, задерживая реакцию взаимодействия актина и миозина в гладкой мускулатуре бронхов, способствует их расслаблению.

Адреналин – является стимулятором всех α -, β_1 -, β_2 -адренорецепторов, поэтому при его введении в организм наблюдается не только бронходилатация и уменьшение отека слизистой (вследствие сосудосуживающего эффекта), но и влияние на сердечно-сосудистую систему, что может сопровождаться повышением артериального давления, тахикардией, повышением потребности миокарда в кислороде (клинически-экстрасистолия, боли в сердце, головные боли).

Адреналин особенно эффективен для купирования астматических приступов у детей первых лет жизни (в патогенезе обструкции бронхов преобладает вазоспастический компонент и отек слизистой). Препарат вводится подкожно в дозе 0,1-0,3 мл 0,1% раствора (в соответствии с возрастом ребенка), при отсутствии эффекта через 20-30 минут введение препарата повторяют в той же дозе.

Методом выбора является внутрикожное введение на внутреннюю поверхность предплечья (проекция АТ-МС6) 0,1 мл 0,1% раство-

ра адреналина, что позволяет достичь более выраженного эффекта при небольшой дозе введения. Повторное введение адреналина допускается через 1-2 часа, а в случае ухудшения состояния больного, не поддающегося общепринятой терапии, можно сделать 2-3 подкожных инъекции адреналина с 30-40-минутными интервалами.

При частом применении адреналина возможно развитие эффекта послействия: из адреналина в процессе метаболизма образуется метанефрин, блокирующий β -рецепторы в бронхах, что способствует бронхоспазму.

С осторожностью препарат следует применять при тяжёлых приступах БА и астматическом статусе, особенно у больных, использующих ИДА с частично селективными β_2 -адреностимуляторами, т.к. при этих состояниях часто имеет место блокада β_2 -адренорецепторов. В условиях блокады β_2 -адренорецепторов введение адреналина усиливает бронхоспазм, что может привести к развитию асфиксического синдрома.

Эфедрин – относится к непрямым адреномиметикам и обладает теми же качествами, что и адреналин, но более продолжительным действием (4-6 часов), поэтому его часто назначают параллельно адреналину (с целью продления его действия) для купирования приступов БА, а также при хронической бронхиальной обструкции.

Для купирования приступа вводят 1 мл 5% раствора препарата подкожно, при хронической бронхиальной обструкции применяют ингаляции 0,5-1,0 мл 5% раствора в разведении с изотоническим раствором натрия хлорида 1:3 или 1:5, или перорально в дозе, соответствующей возрасту ребёнка.

Побочное действие сходно с таковым адреналина, но менее выражено и уменьшается при одновременном применении антигистаминных средств.

Комбинированные препараты. Существует большое разнообразие сложных лекарственных форм, однако при астме их предпочтительнее избегать, т.к. фиксированные пропорции, входящих в их состав веществ, делают невозможным изменение рецепта, что потенциально опасно при астме у детей, склонных к лекарственной аллергии. К этой группе относятся препараты: *бронхолитин, теофедрин, солутан, эфатин*.

В настоящее время наиболее эффективными бронхолитиками считаются β_2 -адреномиметики (β_2 -адреностимуляторы, β_2 -агонисты). Препараты этой группы избирательно стимулируют β_2 -адренорецепторы бронхов и вызывают расслабление гладкой мускулатуры дыхательных путей, улучшают мукоцилиарный клиренс, снижают проницаемость сосудов и клеточных мембран, предупреждают высвобождение лизосомальных ферментов из нейтрофилов и могут влиять на высвобождение медиаторов из тучных клеток и базофилов.

Сочетание ингаляционных β_2 -агонистов с холинолитиками (в частности, с ипратропиум бромидом) позволяет достичь более выраженной бронходилатации, чем при применении каждого из этих препаратов в отдельности (A.S.Rebuck et al., 1987).

Сочетанное применение теофиллина (аминофиллина, зуфиллина) на фоне адекватных доз β_2 -агонистов улучшает проходимость дыха-

тельных путей и функцию дыхательных мышц, а также поддерживает эффективность терапии β_2 -агонистов в промежутках между последующими введениями доз (D.Sigel et al., 1985; C.H.Fanta et al., 1986).

Для лечения обструктивных болезней легких в настоящее время используют преимущественно селективные адrenoагонисты, которые классифицируются следующим образом:

1. *Бронходилататоры длительного действия* (более 12 часов): *сальметерол* (серевент), *формотерол* (форадил), *вольмакс*.

2. *Бронходилататоры короткого действия* (4-6 часов): *сальбутамол* (вентолин), *тербуталин* (бриканил), *сальмефамол*, *ипрадол*, *вентодиск*.

3. *Бронходилататоры, обладающие частичной селективностью*: *фенотерол* (беротек), *орципреналина сульфат*.

Бронходилататоры длительного действия. Ингалирование β_2 -адреностимуляторов длительного действия ингибирует вызванные аллергеном ранний и поздний астматические ответы и повышенную реактивность, индуцированную гистамином, но не снимает бронхиального воспаления и гиперреактивности. Эти препараты снижают проницаемость сосудов, предупреждают активацию нейтрофилов, лимфоцитов, макрофагов, угнетают выделение гистамина, лейкотриенов, простагландинов из тучных клеток и снижают чувствительность β_2 -рецепторов к ним. Пролонгированные препараты применяются преимущественно не для купирования приступов, а для профилактики приступов удушья, в том числе, и ночной астмы. По мнению одних исследователей, их следует использовать, когда на фоне применения стандартных вводимых доз ингаляционных стероидов не удаётся добиться контроля над симптомами астмы, особенно ночной астмы. И только в случае, если такой комбинацией лекарственных средств не удаётся снять симптомы астмы, следует начать увеличивать дозу ингаляционных стероидов (M.F.Fizpatrick et al., 1990). По мнению других специалистов, к терапии препаратами длительного действия следует приступать после того, когда увеличением доз ингаляционных стероидов не удается снять симптомы астмы, или же когда ингаляции β_2 -адреностимуляторов короткого действия уже приходится применять 3-4 и более раз в день (сутки).

Пролонгированные препараты имеют длительность действия около 12 ч, поэтому их можно применять 2 раза в день (в сутки).

Формотерол (форадил) назначают по 12 мкг 2 раза в день (суточная доза 24 мкг).

Сальметерол (серевент) – суточная доза 100 мкг.

Вольмакс (пролонгированная форма *сальбутамола*) – назначается 2 раза в сутки и применяется для профилактики приступов удушья. Выпускается в таблетках, содержащих 4 или 8 мг активного вещества.

Бронходилататоры короткого действия. Ингалирование β_2 -агонистов короткого действия является методом выбора для лечения острых приступов астмы, эпизодов бронхоспазма, профилактики астмы физического усилия. Если эти препараты используются для постоянного лечения, то они, как правило, не обеспечивают адекватного контроля за симптомами астмы, в частности, за ПСВ и ГРБ, и поэтому рекомендуется сводить к минимуму ингаляции β_2 -агонистов короткого действия (M.R.Sears et al., 1990; E.F.Juniper et al., 1990; C.P.Van Schayck et al., 1991).

При более серьезной симптоматике, нежели редкие нетяжёлые приступы астмы, важно своевременно назначать противовоспалительные средства, а β_2 -агонисты короткого действия применять по мере необходимости. Увеличение потребности в ингаляционных β_2 -агонистах короткого действия свидетельствует об ухудшении течения заболевания и о необходимости начать или усилить противовоспалительное лечение (кортикостероиды, мембраностабилизаторы). Ингаляции короткодействующих β_2 -агонистов начинают своё действие через 5-10 минут, максимум действия – через 15-20 минут, длительность действия – 4-6 часов.

Сальбутамол (вентолин) – в виде ИДА назначают 1-2 вдоха (1 вдох – 100 мкг) 3-4 раза в день с целью купирования приступа БА; в форме таблеток по 0,02 г назначают 3-4 раза при хронической бронхиальной обструкции.

Савентол – отечественный препарат (аналог *сальбутамола*).

Тербуталин (бриканил) – для купирования приступов БА назначают по 1 вдоху (1 вдох – 250 мкг) 3-4 раза в день, суточная доза 1000 мкг при хронической бронхиальной обструкции; в ампулах – 0,05% раствор вводится внутримышечно по 0,5 мл 4 раза в день с целью купирования приступа.

Вентодиск (содержит мельчайший порошок сальбутамола – 200 или 400 мкг и лактозу) ингалируется с помощью дискхейлера, что позволяет вводить препарат даже при неглубоком дыхании. Суточная доза распределяется на 4 приёма.

Бронходилататоры частично селективные. Эти препараты стимулируют преимущественно β_2 -адренорецепторы бронхов, вызывая бронходилатацию, но, в какой-то мере, стимулируют и β_1 -адренорецепторы миокарда и поэтому могут вызывать тахикардию (при избыточном применении). Продолжительность бронходилататорного эффекта – 4-6 часов.

Фенотерол (беротек) – в виде ИДА назначают для купирования приступа БА при легкой и средней тяжести течения заболевания (более показан при экзогенной БА) по 1 вдоху (1 вдох=200 мкг), 1-2 раза в день (суточная доза 400 мкг), бронходилатация наступает через 10 минут и длится 6-8 часов.

Бриканил, Вольмакс, Вентолин выпускаются в форме таблеток или капсул из которых медленно высвобождается активное вещество и действует 12 ч.

Побочные эффекты. Пролонгированные бронходилататоры синтезированы в конце 80-х годов и продлённый эффект действия препаратов обусловлен накоплением их в лёгочной ткани. Поэтому следует учитывать, что препараты этих групп при частом и избыточном применении (а для ребенка доза всегда избыточна, т.к. рассчитана на взрослого), могут вызывать тахикардию, нарушение сердечного ритма, тошноту, сухость во рту, тремор рук и др. В последние годы появляется всё больше сведений о том, что из-за чрезмерного увлечения симпатомиметиками более тяжело стала протекать БА, чаще развивается астматический статус, увеличивается летальность от астмы.

При длительном и бесконтрольном применении симпатомиметиков их стимулирующее влияние на β_2 -адренорецепторы уменьшается в

связи с их блокадой продуктами метаболизма, которые, угнетая β_2 -рецепторы, повышают активность α -адренорецепторов (эти явления более выражены у неселективных и частичноселективных симпатомиметиков), в результате чего развивается стойкий бронхоспазм, а затем астматический статус. Повышение активности α -адренорецепторов сопровождается резким усилением потребности миокарда в кислороде, повышением нагрузки на сердце из-за повышения тонуса прекапиллярных артериол. Всё это может привести к парезу кровеносных сосудов, к отеку слизистого и подслизистого слоя бронхов вплоть до развития немого лёгкого, так называемого, синдрома “замыкания” (синдрома “закрытого объема” – “locked-lung syndrome” в англоязычной литературе), связанного с нарушением дренажной функции бронхов, расширением бронхиальных сосудов и увеличением отёка слизистой оболочки бронхов.

Поэтому к назначению симпатомиметиков детям следует относиться с разумной осторожностью, отдавая предпочтение симпатомиметикам, избирательно действующим на β_2 -адренорецепторы, при приёме которых побочные эффекты реже и меньше выражены. При этом необходим строгий контроль дозы с помощью ПСВ (МПВ). Детям до 7 лет назначать не более 1 вдоха на ингаляцию, а детям старше 7 лет – 1-2 вдоха на ингаляцию. Как правило, увеличение потребности больных в ингалировании этих препаратов свидетельствует о неадекватности базисной терапии.

У детей младше 2 лет β_2 -стимуляторы не всегда эффективны, что не является причиной полного отказа от них, но является показанием к назначению ребёнку препаратов второй линии, если β_2 -агонисты оказались неэффективными. Нередко *ипратропиум бромид* у детей раннего возраста более эффективен, чем β -агонисты, и его можно рассматривать как препарат “второй линии” в случае отсутствия эффекта от β_2 -агонистов.

В отечественной литературе описаны случаи назначения детям раннего возраста симпатомиметиков в свечах, используя дозы соответствующие возрасту ребенка.

С целью уменьшения побочных эффектов, в частности, синдрома “замыкания лёгких” рекомендуется сочетать прием β -стимуляторов с приемом *зуфиллина* или *эфедрина* (эфедрин стимулирует α -адренорецепторы, суживает сосуды и уменьшает отек бронхов), используя разные пути введения их в организм (ЭФ, СМТ-ЭФ, УФФ, ИТ), что позволяет локализовать лекарство преимущественно в “шоковом органе”.

Метилксантины. Из этой группы бронходилататоров имеют значение *зуфиллин* (соединение теофиллина – 80% и этилендиамина – 20%) и *теофиллин*, которые нередко являются альтернативой β_2 -агонистам, когда приходится увеличивать дозу их приёма более 3-х раз в сутки. Препараты этой группы широко применяются как для купирования, так и для профилактики бронхиальной обструкции. Наиболее часто используется зуфиллин, назначаемый внутрь, внутримышечно, внутривенно, в свечах, в ингаляциях и лекарственном ЭФ.

Теофиллин и *зуфиллин* являются бронходилататорами, обладающими как легочным, так и внелегочным действием (R.A. Pauwels, 1989). Точный механизм действия препаратов пока не установлен.

Выявлено, что препараты обладают слабым антигистаминным дей-

ствием, увеличивают силу и частоту сердечных сокращений, понижают давление в малом круге кровообращения, улучшают функцию дыхательных мышц и диафрагмы, улучшают почечный кровоток и усиливают диурез, повышают чувствительность адренорецепторов, стимулируют мукоцилиарный клиренс и выделение глюкокортикоидов надпочечниками, а также подавляют высвобождение гистамина из тучных клеток и образование простагландинов.

Теофиллин угнетает активность фосфодиэстеразы, что ведет к накоплению цАМФ в гладкой мускулатуре бронхов и способствует транспорту ионов кальция из миофибрилл в саркоплазматический ретикулум, задерживая реакцию взаимодействия актина и миозина, и бронх расслабляется.

Эуфиллин выпускается в ампулах по 10 мл 2,4% раствора. С целью купирования приступа БА вводят внутривенно медленно (5-7 мин) 5-10 мл 2,4% раствора эуфиллина в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида, что обеспечивает бронхолитический эффект около 4 часов. При тяжёлых затяжных приступах удушья предпочтительнее вводить препарат внутривенно капельно (5-10 мл 2,4% раствора эуфиллина в 150-300 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5% р-ра глюкозы), при этом действие препарата удлинняется до 6-8ч.

Наблюдения показывают, что сочетанное применение *эуфиллина* и *эфедрина* усиливает бронхолитический эффект.

Для лечения хронической бронхиальной обструкции и для профилактики приступов ночной астмы можно применять эуфиллин в свечах:

Эуфиллин – 0,36 г, масло какао – 2 г

Эуфиллин в свечах действует 8-10 часов, вводят свечи в задний проход на ночь (после самопроизвольного опорожнения кишечника или после очистительной клизмы). Возможно повторное введение 1 свечи утром. При отсутствии эуфиллиновых свечей можно воспользоваться *свечами дипрофиллина* по 0,5 г, который по фармакологическим свойствам близок к эуфиллину.

В 70-х годах были синтезированы препараты *теофиллина пролонгированного действия*, которые можно назначать 2 или даже 1 раз в сутки (соответственно препараты 1 и 2 поколения), что позволяет контролировать симптомы БА, возникающие ночью и в предутренние часы, а также предотвращать приступы БА в ответ на физическую нагрузку. Терапевтический эффект теофиллина проявляется при достижении оптимальной концентрации в сыворотке крови в диапазоне 11-19 мг/мл, а концентрация выше 22 мг/мл считается токсической.

Но так как токсическое действие теофиллина (тошнота, рвота, тахикардия, желудочковые аритмии, артериальная гипотензия, гипокалиемия и даже судороги, вследствие блокады центральных рецепторов аденозина) может развиваться при любой концентрации, то *необходим мониторинговый контроль сывороточной концентрации препарата в начале лечения и периодически в процессе лечения*.

В связи с повышенным риском развития побочных эффектов и трудностями обеспечения мониторинга терапии во многих странах метилксантины почти не используются или их используют как резервный препарат, применяя лишь в тех случаях, когда не удастся добиться эффекта контроля над симптомами астмы применением ингаляционных

кортикостероидов и β_2 -стимуляторов. Фармакокинетика теофиллинов характеризуется циркадными ритмами: при приеме внутрь утренней дозы теофиллина скорость всасывания выше, чем вечерней, а при 2-кратном приеме пролонгированных препаратов пик дневной концентрации приходится на 10 часов утра, ночной – на 2 часа ночи.

К первому поколению теофиллинов длительного действия относятся препараты: *Дурофиллин, Теодур, Ретафил, Сомофиллин, Теоград, Спофиллин, Теобид, Теотард, Теобилонг, Теопек, Бамифиллин* и др. – действуют 12 часов и назначаются 2 раза в сутки. Ко второму поколению относятся: *Теодур-24, Унифиллин, Филоконтин, Дилатран, Эуфилонг, Армофиллин* и др. – действуют 24 часа и назначаются 1 раз в сутки.

Пролонгированные препараты теофиллина довольно часто назначаются детям. Однако трудность адекватного подбора дозы и возможность развития побочных эффектов являются достаточным основанием, чтобы назначать эти препараты в последнюю очередь.

Исследования, проведенные в США, где эти препараты используют значительно шире, чем во многих других странах, показали, что метилксантины могут вызывать у детей нарушение поведения и спотесниости к обучению. Внимательный учитель всегда может отличить из общей массы детей ребёнка, регулярно получающего препараты теофиллина, причём у этих детей результаты тестирования оказываются ниже нормы в связи с расстройствами кратковременной памяти и внимания.

Чтобы избежать побочных эффектов, требуется правильно подбирать дозу, а она индивидуальна для каждого больного. Использование физико-фармакологических методов введения эуфиллина (ЭФ, ИТ, УФ, лазерный укол) не требует мониторингового контроля сывороточной концентрации препарата и на фоне ингалирования β_2 -адрено-стимуляторов способствует улучшению дыхательной функции лёгких, что уменьшает потребность больных в β_2 -адреномиметиках и глюкокортикоидах.

Холинолитики в аэрозолях – *атровент, травентол, ипратропиум бромид, метацин* и др. блокируют М-холинореактивные структуры и уменьшают вагусную стимуляцию дыхательных путей, тем самым, уменьшая бронхосуживающее влияние блуждающего нерва. Однако они не уменьшают аллергические реакции немедленного и замедленного типов, а также реакции, вызванные физической нагрузкой. Хотя холинолитики обладают менее выраженным свойством снимать или предупреждать бронхоспазм, по сравнению с β_2 -адреностимуляторами, тем не менее, они являются препаратами выбора при вагусном (холинергическом) варианте бронхоспазма (когда преобладает спазм относительно крупных бронхов), а также при обнаружении системных явлений ваготонии (сочетание с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, склонностью к артериальной гипотензии, при брадикардии, гипергидрозе ладоней и т.д.), при нарушении вагосимпатического равновесия в сторону парасимпатикотонии, при изменении эмоциональной сферы по типу невроза страха, при бронхоспазме, вызываемом вдыханием раздражающих веществ. Довольно часто холинолитики бывают эффективны при экзогенной БА и хроничес-

ком обструктивном бронхите. В ряде стран ипратропиум бромид признан в качестве альтернативного варианта β_2 -агонистам. Особенно это касается детей раннего возраста и детей, у которых на фоне приема β_2 -агонистов развились такие побочные эффекты, как тахикардия и тремор. Холинолитики, назначаемые на фоне β_2 -адреностимуляторов, могут улучшать проходимость дыхательных путей и функцию дыхательных мышц, удлинять или поддерживать эффект терапии β_2 -адреностимуляторами. Комбинацию холинолитиков в сочетании с β_2 -стимуляторами следует использовать преимущественно у старших детей.

Атропин – эффективен при средней тяжести бронхиальной обструкции и его можно применять для купирования приступа астмы, вводя подкожно 0,5-1 мл 0,1% раствора или путем ингаляции мелкодисперстного аэрозоля (0,2-0,3 г атропина в разведении 1:5, 1:10) в течение 3-5 минут. Терапевтический эффект сохраняется около 4-6 ч.

При передозировке атропина наблюдается сухость во рту, расширение зрачков, нарушение аккомодации, тахикардия, гипотония кишечника, затруднение мочеиспускания.

Платифиллин – применяют в инъекциях для купирования приступа БА, назначая подкожно по 1 мл 0,2% р-ра 1-3 раза в день, или в порошках – по 0,002-0,003 г 3 раза в день для лечения хронической обструкции бронхов, или вводят препарат методом лекарственного ЭФ.

Метацин – по бронхолитическому эффекту превосходит атропин и обладает менее выраженным побочным эффектом. Применяют в инъекциях для купирования приступа БА, назначая подкожно 1 мл 0,1% р-ра, или в таблетках по 0,002 г 3 раза в день для лечения хронической бронхиальной обструкции.

Ипратропиум бромид (атровент) – действует преимущественно на холинорецепторы бронхов, применяется для купирования нетяжелых приступов удушья (преимущественно при ваготонических вариантах течения БА), при астме физического усилия, при хронических обструктивных бронхитах с гиперреактивностью холинергической системы (в случае эмфизематозного типа хронической бронхиальной обструкции) и приступах трахеобронхиальной обструкции.

Атровент – обладает лучшей переносимостью и значительно менее выраженным побочным действием, по сравнению с атропином (менее выражено влияние на холинорецепторы сердца, кишечника, слюнных желез), является сильным антихолинергическим препаратом, действующим преимущественно на холинорецепторы бронхов. Препарат в виде ИДА назначают по 1-2 вдоха (1 вдох – 20мкг) 3-4 раза в день. Бронхолитический эффект начинается через 20-30 минут после ингаляции и длится в течение 5-6 часов.

Беродуал – комбинированный аэрозольный препарат в виде ИДА, содержащий холинолитик (*атровент*) и β_2 -адреностимулятор (*беротека, фенотерол*). Каждая доза беродуала содержит 0,05 мг фенотерола и 0,02 мг атровента, что позволяет получить более выраженный и продолжительный бронхолитический эффект при значительно меньшей дозе фенотерола (беротека). Препарат назначают для купирования и профилактики острых приступов удушья и для лечения хронической бронхиальной обструкции по 1– вдоху аэрозоля 2-3 раза в день.

Чтобы избежать побочного эффекта действия перечисленных препаратов, требуется правильно подобрать дозу (она индивидуальна для каждого больного), что особенно трудно при вариабельном течении детской астмы. Поэтому целесообразно в комплексной терапии использовать различные методы введения холинолитиков в организм: ИТ, ЭФ, СМТ-ЭФ и, в меньшей степени, системные и оральные.

Антагонисты кальция (*нифедипин, коринфар, форидон, кордафен, верапамил и др.*) – это вещества, тормозящие вход ионов кальция внутрь клеток по потенциал-зависимым кальциевым каналам из внеклеточного пространства, за счет чего оказывается воздействие на патогенетические механизмы БА (бронхоспазм, гиперсекрецию слизи, воспалительный отёк слизистой оболочки бронхов), а также на хемотаксис эозинофилов, высвобождение БАВ из тучных клеток. На фоне их приёма снижается вазоконстрикция сосудов малого круга кровообращения. Установлено, что эти препараты блокируют ранние и поздние астматические реакции, снижают специфическую и неспецифическую ГРБ, уменьшают потребность в β_2 -агонистах и теофиллине. Наиболее показано назначение антагонистов кальция больным с экзогенной БА и АФУ, а также пациентам с хроническим обструктивным бронхитом. В педиатрии следует отдавать предпочтение ингаляциям 3-6% раствора магния сульфата (можно в сочетании с ЭФ, ГТ, СМТ-ЭФ, УФФ), который является естественным антагонистом кальция и не обладает побочным эффектом.

Спазмолитики – из этой группы препаратов при лечении БА и ВЗЛ используются преимущественно *папаверин* и *но-шпа* (производные изохинолина). Механизм спазмолитического действия этих препаратов до конца не изучен. В последние годы установлено, что они являются ингибиторами фосфодиэстеразы и способствуют внутриклеточному накоплению цАМФ, что, в конечном итоге, приводит к расслаблению гладкой мускулатуры бронхов. *Папаверин* – применяется в таблетках по 0,02-0,04 г 3 раза в день, в инъекциях – по 1-2 мл 2% раствора внутримышечно и в составе сложного рецепта аэрозоля, а также вводится методом лекарственного ЭФ.

Но-шпа применяется в таблетках по 0,02-0,04 г 3 раза в день внутрь, в инъекциях – 1-2 мл 2% р-ра, внутримышечно, внутривенно, в составе сложного рецепта аэрозоля, а также вводится методом лекарственного ЭФ.

Целесообразно использовать эти препараты в сочетании с другими бронхолитиками, используя различные пути введения их в организм: ИТ, СМТ-ЭФ и др.

В группу других лекарственных веществ можно включить препараты, обладающие способностью влиять на некоторые пусковые механизмы ВЗЛ и БА и блокировать действие некоторых медиаторов бронхоспазма и воспаления. Многие из рассматриваемых в этой группе лекарственных препаратов находят широкое применение в клинике внутренних болезней и нередко используются не только для ИТ, но и для лекарственного ЭФ, УФФ.

Антигистаминные средства действуют на начальную стадию реакции антиген-антитело, препятствуя развитию всех видов действия гистамина. Антигистаминные лекарственные вещества, конкурирующие

с гистамином на уровне H_1 -рецепторов органов-мишеней, обозначают как H_1 -блокаторы. Блокируя H_1 -гистаминовые рецепторы (в том числе и в бронхах), эти препараты уменьшают бронхоспазм, проницаемость капилляров и отёчность бронхов. Наряду с антигистаминным действием группа препаратов первого поколения (7 групп: *этанолamines* – димедрол, тавегил, сетастин и др., *фенотиазины* – пипольфен, банистил, доксерган и др., *этилендиаминy* – супрастин, антизан, антазолин и др., алкиламинy – диметал, орнад и др., *пиперазины* – циклизин, циннаризин, вистарил, афилан и др., *пиперидины* – перитол, триналин, антими́н и др., *хинонуклидилы* – фенкарол, бикарфен и др.) оказывает также слабый спазмолитический, центральный анальгетический и седативный эффекты различной степени выраженности. Седативный эффект обусловлен способностью антигистаминных препаратов первого поколения проникать через гематоэнцефалический барьер. Кроме того, эти средства могут вызывать также гастроинтестинальные проявления: тошноту, рвоту, запоры, диарею и атропиноподобный эффект, проявляющийся сухостью во рту, тахикардией, задержкой мочи, расстройством аккомодации.

Неседативные антигистаминные препараты второго поколения (*акривастин*, *астемизол*, *кларетин*, *цетиризин*, *клемастин*, *лоратадин*, *терфенадин* и др.) при одно- или двукратном приёме в день (что значительно удобнее четырёхкратного приёма в сутки препаратов первого поколения) также нивелируют вызванные гистамином нарушения. Избирательное их действие на H_1 -рецепторы снижает эффект нейротоксического действия и значительно уменьшает их седативный потенциал, обеспечивая быстроту наступления эффекта (в течение 30-60 минут) и отсутствие привыкания.

Эффективность H_1 -антагонистов в отношении снятия симптомов при сезонной и неотяжёлой круглогодичной астме непостоянна. И хотя в целом считается, что эти препараты малоэффективны при БА, однако при наличии поливалентной аллергии, при терапии экзогенной астмы, поллинозе они могут быть применены в комплексной терапии с пользой для больного. Кроме того, антигистаминные препараты могут применяться так же при сочетании БА с другими аллергозами (крапивница, вазомоторный ринит, зудящие дерматозы и др.). Во время приступа назначение антигистаминных препаратов нецелесообразно (они вызывают сгущение мокроты).

Назначают антигистаминные препараты обычно курсами по 7-10 дней, после чего делают перерыв. При необходимости повторного курса желательно поменять препарат. Адо А.Д. (1970) указывает на три стадии действия антигистаминовых препаратов: стадия лечебного эффекта, стадия привыкания и стадия аллергических реакций на антигистаминный препарат. Поэтому необходим контроль не только за общим состоянием ребенка, но и за картиной крови.

Гепарин – относится к препаратам, связывающим гистамин и серотонин, ослабляющим действие некоторых медиаторов, что и обосновывает его применение при острых аллергических реакциях. Гепарин (содержится в тучных клетках и базофильных лейкоцитах) блокирует C1-компонент комплемента, препятствует кооперации Т- и

В-лимфоцитов, снижая, тем самым, образование иммуноглобулинов и иммунных комплексов, что, в какой-то мере, препятствует развитию аллергических реакций 2-го и 3-го типа. Гепарин повышает активность гистаминазы (фермент, разрушающий гистамин) и инактивирует гиалуронидазу, благодаря чему снижается проницаемость сосудистых стенок и отёк тканей, обладает антигипоксическим действием, уменьшая потребление тканями кислорода в условиях гипоксии.

Ингаляции *гепарина* назначают обычно в период обострения БА из расчёта 150 ед/кг массы тела в физиологическом растворе в течение 3-5 дней (под контролем коагулограммы). Можно сочетать ингалирование гепарина с ЭФ- или УФФ-гепарина, или использовать только методы ЭФ или УФФ для введения гепарина в организм.

Антисеротониновые средства (*трасилол, контрикал, аминокaproновая кислота*) – обладают антимедиаторным эффектом, блокируют повреждающее действие протеолитических ферментов на бронхопульмональную систему, уменьшают явления воспаления, благодаря ингибирующему действию на различные звенья кининовой системы и антисеротониновому эффекту. Можно использовать различные пути введения препаратов в организм: пероральный, системный (в течение 2-3 дней), но преимущество следует отдавать физико-фармакологическим методам – лекарственному ЭФ или УФФ или сочетанию с ними.

Трасилол, контрикал применяются по 500 ед/кг массы тела в сутки в два приема внутривенно-капельно в 250-300 мл 5% глюкозы. В литературе упоминается о возможности купировать приступ БА у взрослых внутривенным введением трасилола.

Е-аминокaproновая кислота назначается из расчёта 0,1 г/кг массы тела в сутки (или 5 мл/кг 1% раствора) перорально, а при необходимости экстренной помощи внутримышечно или внутривенно-капельно (10000-20000 ЕД на 400-500 мл 5% глюкозы). Некоторыми авторами отмечаются иммунодепрессантные свойства препарата.

Антиоксидантная терапия, хотя и не решает проблемы ВЗЛ и БА, однако снижение активности ПОЛ, образования перекисей и свободных радикалов, избыточно образующихся в патохимическую стадию патогенеза БА, повреждающих бронхопульмональную систему и поддерживающих аллергическое воспаление, вполне оправдано. Поэтому применяется в качестве профилактической терапии ВЗЛ и в межприступном периоде заболевания БА.

В качестве антиоксиданта обычно применяют витамин Е в капсулах по 0,2 мл 5% раствора (т.е. 0,1 г) 2-3 раза в день в течение 3-4 недель, или в виде ЭФ токоферола-ацетата из 25% раствора ДМСО или вводят препарат методом УФФ. Выраженным антиоксидантным эффектом обладают многие методы физиотерапии, в частности, ЛИ, МРТ и др.

Ингибирование лейкотриенов (ЛТ) и ФАТ (угнетение их синтеза и блокирование их рецепторов) способствует уменьшению содержания эозинофилов в бронхиальной стенке и уменьшению ГРБ в ответ на контакт с аллергеном. Предполагают, что лейкотриены и простагландины, как хемотаксический фактор для нейтрофилов, являются основой хронических воспалительных заболеваний слизистых и кожи.

Антилейкотриеновые препараты (*зафирлукаст, монтелукаст, зиулетон, пранлукаст*), используемые при лечении БА, можно отнести к новому классу противоастматических средств. В настоящее вре-

мя доказано, что ЛТ участвуют во всех механизмах бронхиальной обструкции. Эти препараты уменьшают бронхообструктивный синдром при проведении провокационных тестов с аспирином, холодным воздухом, физической нагрузкой, они достоверно повышают ОФВ1, снижают частоту появления симптомов БА в дневное и ночное время, снижают потребность в β_2 -агонистах короткого действия.

В исследованиях Tamaoki J. et al., (1997) показано, что у больных БА тяжёлого течения, получавших высокие дозы ингаляционных стероидов, добавление к схеме лечения *пранлукаста* позволило вдвое снизить дозу ГКС, что объясняется синергичным эффектом действия.

Учитывая, что БА – гетерогенное заболевание, можно рассчитывать на успех терапии тех форм болезни, где ЛТ играют основную роль в патогенезе (например, астма физического усилия, аспириновая астма)

У детей старше 6 лет оказался эффективным препарат *монтелукаст* при лечении БА лёгкой и средней степени тяжести (при правильном следовании схеме лечения). Будущие исследования позволят полнее раскрыть потенциал противоастматической активности антилейкотриеновых препаратов.

Антибактериальная терапия. При обострении инфекционно-зависимой (эндогенной) БА острой и обострении хронической формы ВЗЛ можно назначать в виде аэрозолей *противомикробные средства, антибиотики, сульфаниламиды и другие антисептические вещества*. Однократная ингаляция антибиотика обеспечивает длительное нахождение его в крови (до 30 часов), чем и объясняется высокая эффективность антибактериальной ИТ. Необходимо учитывать, что антибиотики обладают аллергизирующим действием (особенно группы – пенициллина, цефалоспоринов и др.), поэтому *применение антибактериальных препаратов оправдано только при наличии чувствительности к ним микрофлоры респираторных путей*. Общее количество ингалируемого антибиотика не должно превышать его суточной дозы.

Комбинированное применение в рецепте аэрозоля *антибиотиков и раствора эсмолина* не только пролонгирует их действие, но и способствует более эффективному воздействию на устойчивые к антибактериальной терапии штаммы микроорганизмов.

Целесообразно добавлять в аэрозоли антибиотиков *глицерин* в количестве 20-25 % от общего объёма аэрозоля, т.к. глицерин обладает способностью стабилизировать раствор аэрозоля, снижать его раздражающее действие на слизистые, положительно влиять на сосудистую систему лёгких.

Продолжительность курса ингаляционной терапии одним видом антибиотика не должна превышать 5-7 дней. При необходимости более длительного применения аэрозолей антибактериальных средств целесообразно в целях профилактики кандидомикоза назначать каждые 5-7 дней ингаляции противогрибковых средств на 1-2 дня (леворин, нистатин и др.) или применять их совместно.

Следует иметь в виду, что антибактериальная терапия не является неотъемлемой частью терапии обострения БА, она показана только у больных с фебрильной температурой и гнойной мокротой (если при микроскопии обнаруживаются полиморфные лейкоциты, а не эозинофилы), что указывает на наличие *бактериальной инфекции*. Наи-

более часто при лечении бронхиальной обструкции используют *цефалоспорины, макролиды, аминогликозиды, фторхинолоны, линкомицин*.

В процессе антибактериальной терапии необходимо следить за количеством эозинофилов в крови и мокроте: нарастание эозинофилии – показание к *немедленной* отмене препарата.

С целью профилактики развития ГРБ при вирусной инфекции в период (или за месяц до) эпидемической вспышки РВИ можно в комплексную терапию включить *противовирусные гомеопатические препараты*, являющиеся хорошим средством профилактики РВИ.

В последние годы для лечения хронического бронхита и эндогенной БА широко используется ингаляционный антибиотик *биопарокс*, выпускаемый в виде ИДА и оказывающий бактериостатическое действие на грамположительные, некоторые грамотрицательные бактерии (*Moraxella catarrhalis, Hemophilus influenzae*), атипичные возбудители (*Mycoplasma pneumoniae Legionella pneumophila, а также Candida albicans*). Существенным преимуществом препарата является хорошая переносимость и отсутствие побочных эффектов, высокая противовоспалительная активность, локальное воздействие на очаги инфекции, способность усиливать мукоцилиарный клиренс. Назначают препарат через 4 часа по 4 ингаляции в рот или каждый носовой ход в течение 5-7-10 дней.

Интерферон (отечественные препараты – *циклоферон и амиксин*) – важный фактор противовирусной защиты. Противоинфекционная активность препарата обусловлена выраженным иммуномодулирующим действием. Для ингаляций используется содержимое трех ампул препарата, растворённых в 10 мл теплой (37°) дистиллированной воды. На ингаляцию расходуется 2-4 мл лекарственного раствора, проводят ингаляции 2 раза в день, с интервалом между ингаляциями 2-4 часа. Можно вводить препарат методом УФФ.

Лизоцим (2-8 мл 0,05% раствора на ингаляцию) – оказывает бактериостатическое действие, подавляет рост грамположительных микробов и, в меньшей степени, грамотрицательных бактерий, обладает способностью стимулировать неспецифическую реактивность организма, оказывает противовоспалительное и муколитическое действие.

В качестве вспомогательного средства при лечении бронхообструктивных синдромов используется комплексный потенцированный препарат – *пертудурон 1,2* ("Weleda", Швейцария), содержащий *лекарственные растения (белладонну, ипекакуану, хину, чемерицу) и микроразлементы (медь) в гомеопатических разведениях, обладающий бронхолитическим, муколитическим, противовоспалительным и противокашлевым действием*.

Из *сульфаниламидов* практическое значение сохраняет лишь *би-септол*, оказывающий бактериостатическое действие на грамположительные (*Streptococcus pneumoniae, Streptococcus aureus*) и грамотрицательные бактерии (*Hemophilus influenzae*), наиболее часто вызывающие воспаление дыхательных путей. Препарат назначается *per os* при лёгком и среднетяжёлом течении обострения

Чтобы уменьшить риск аллергизирующего действия антибактериальных средств, следует в рецепт аэрозоля включать витамины (в частности, группу В, аскорбиновую и никотиновую кислоты) и антигистаминные средства.

Витамины, введенные в состав аэрозоля, повышают тонус и фун-

кцию мерцательного эпителия, уменьшают интенсивность воспалительных реакций, повышают сопротивляемость дыхательных путей к охлаждению, микробным факторам и вирусным инфекциям.

Муколитики. Протеолитические ферменты (разрывают пептидные связи белка геля мокроты, благодаря чему она разжижается и легко откашливается) назначаются с целью разжижения густой вязкой слизи, стимуляции функции мерцательного эпителия, рассасывания выпавших фибринозных плёнок, местного противоотёчного и противовоспалительного действия. Растворы ферментов для ингаляции готовят ежедневно, т.к. срок годности раствора не превышает 12 часов. Ингаляции назначают 1-3 раза в день, расходуя на ингаляцию 2-5 мл раствора фермента.

Трипсин (химотрипсин) – 5-10 мг в 3 мл изотонического раствора натрия хлорида для ингаляций, курс лечения – 8-12 дней. *Химопсин* – 20-30 мг – в 5 мл изотонического раствора натрия хлорида для ингаляций 1-2 раза в день, курс лечения 8-12 дней. *Рибонуклеаза* – 25 мг в 3-4 мл физиологического раствора для ингаляций, по 2 раза в день в течение 5-7 дней. *Дезоксирибонуклеаза* – 2 мг в 1 мл физиологического раствора для ингаляций – 2-3 раза в день, курс лечения 5-7 дней. *Террилитин* – протеолитический препарат получен из грибка *аспергиллуса*. Содержимое флакона (200 ЕД) растворяют в 5-8 мл физиологического р-ра и ингалируют по 2 мл 1-2 раза в день.

Больной после ингаляции должен тщательно откашлять мокроту. Для лучшего отхождения мокроты иногда следует использовать кратковременно позиционный дренаж в сочетании с вибрационным массажем, что способствует максимальному отхождению мокроты (противопоказан позиционный дренаж при выраженной одышке и бронхоспазме).

Иногда после ингаляций *химопсина* наблюдается осиплость голоса, которая вскоре проходит. Во избежание этого небольшого побочного эффекта следует рекомендовать больному после ингаляций ферментов тщательно прополоскать рот тёплой водой, а в нос закапать салицилово-адреналовые капли.

Необходимо учитывать, что ингаляции муколитических средств не улучшают состояния больного в период обострения БА, а при тяжёлых состояниях они могут усилить кашель или даже обструкцию дыхательных путей. Поэтому при наличии определённого опыта их можно назначать как профилактическую терапию перед началом сезона обострений или по показаниям в межприступном периоде.

Карбоцистеин (мукодин) – эта аминокислота с SH-группой разрывает дисульфидные связи белков мокроты и при этом макромолекулы становятся менее полимеризованными. Нормализация физических свойств мокроты сопровождается улучшением мукоцилиарного клиренса. Препарат хорошо сочетается с бронходилататорами. Выпускается в виде сиропа для приёма внутрь по 1 чайной ложке 3 раза в день. Препарат хорошо переносится, но изредка может быть головная боль, тошнота, диарея.

Мистарбон – более эффективен, чем карбоцистеин в разрывании бисульфидных связей макромолекулярных соединений, обуславливающих вязкость мокроты, легко всасывается из дыхательных путей и быстро выводится из организма. Применяется в виде ингаляций, выпускается в ампулах по 3 мл, содержащих 600 мг активного вещества.

Препараты – *бромгексин гидрохлорид* и *флегамин*, разжижающие мокроту и способствующие ее лучшему отхождению, также показаны больным БА и хроническим обструктивным бронхитом.

С целью лучшего отхождения мокроты довольно успешно используются настои и отвары различных трав, однако растительные препараты следует назначать с осторожностью у больных пыльцевой астмой и поллинозами, только используя индивидуальный подбор компонентов фитосбора.

Иммуномодулирующая терапия. Воздействие на иммунную систему организма с помощью различных методов и иммуномодулирующих фармакопрепаратов (*левамизол, тималин, Т-активин, тимоптин, диуцифон биолан* и др.) является важной составляющей комплексной терапии затяжных, трудно поддающихся лечению форм респираторного аллергоза, что особенно часто наблюдается при сочетании атопической БА с инфекцией в бронхопульмональной системе, сочетании БА и АР.

Цель иммунотерапии – повышение общей реактивности организма, восстановление факторов естественной защиты дыхательных путей и выработка иммунитета к наиболее распространенным респираторным инфекциям, что в целом позволяет уменьшить частоту и тяжесть обострений аллергического воспаления.

Левамизол (декарис) – восстанавливает функцию Т-лимфоцитов, усиливает реакции клеточного иммунитета, бактерицидную активность нейтрофилов и фагоцитарную активность альвеолярных макрофагов. Препарат используется преимущественно при эндогенной БА. Назначают левамизол внутрь по 2,5 мг/кг в сутки, 2 раза в неделю, в течение 4-8 недель.

Тималин – регулирует количество Т- и В-лимфоцитов, стимулирует реакции клеточного иммунитета, фагоцитоз и репаративные процессы. В эксперименте – тималин тормозит образование IgE антител за счёт стимуляции Т-лимфоцитов-супрессоров (Пытский В. И. и др., 1980). Препарат наиболее эффективен при непродолжительном сроке болезни (2-3 года), при нормальной или сниженной активности Т-лимфоцитов-супрессоров. Выпускается во флаконах (ампулах) по 10 мг, растворяется в изотоническом растворе хлорида натрия, вводится внутримышечно по схеме, весь курс лечения состоит из 6-9- 15 инъекций.

Тимоптин – препарат нормализует показатели Т- и В-лимфоцитов, стимулирует фагоцитарную активность нейтрофилов. Выпускается в виде порошка по 100 мг, перед введением растворяется в 1мл изотонического раствора и вводится подкожно в дозе 70 мкг/м² поверхности тела, 1 раз в 4 дня, на курс лечения 3-4-5 инъекций.

Т-активин – оказывает нормализующее влияние на функцию Т-лимфоцитов, активирует фагоцитоз и продукцию интерферона, стимулирует продукцию Т-киллеров. Выпускается в ампулах по 1 мл 0,01% раствора, вводится подкожно по 1 мл 1 раз в день, на курс лечения 3-4 ежедневных инъекций.

Вилозен – препарат стимулирует пролиферацию и дифференцировку Т-лимфоцитов при аллергической реакции замедленного типа. Его применение рекомендуется у старших детей и взрослых при инфекционнозависимом риносинусите, поллинозе, атопическом дерматите (Гюллинг Э. В. и др., 1988). Вилозен вводится эндоназально по 3-5 капель в каждую половину носа, 4-6 раз в день в течение 5-7 дней, а при полинозе – 2-3 недели, начиная с первых симптомов заболевания.

Натрий-нуклеонат – препарат стимулирует функцию Т- и В-лимфоцитов и фагоцитарную активность лейкоцитов, продуцирует интерферона, повышает содержание в бронхах лизоцима. Назначается внутрь по 0,1-0,2 г 3-4 раза в день после еды, в течение 2-3-х недель.

Продигиозан – активизирует Т-систему иммунитета и функцию коры надпочечников. Применяется при хронических инфекциях дыхательных путей. Вводится внутримышечно по схеме.

Лечение иммуномодулирующими препаратами целесообразно проводить под контролем иммунограммы и гемограммы (до и в процессе лечения).

Выраженным иммуномодулирующим действием обладают ЛИ, МРТ, ЭС, ДМВ-терапия, УФО и др. методы немедикаментозной терапии.

У больных с респираторной аллергией можно использовать и другие методы иммунокоррекции: гемосорбция, иммуносорбция, плазмофорез.

Минералы и микроэлементы. В нашем организме присутствуют в сбалансированном состоянии следующие *активные минералы: кальций, магний, медь, марганец, цинк, селен, ванадий, кремний, хлор, хром, кобальт, фтор, калий, сера, натрий*, полноценный метаболизм которых может происходить только в присутствии витаминов. Федосеев Г. Б. (1981) сформулировал гипотезу о роли нарушений *микроэлементного гомеостаза*, в частности, *меди и цинка* в патогенезе БА. Результаты дальнейших исследований подтвердили, что *микроэлементы (литий, цинк, медь, рубидий, селен)* участвуют в регуляции клеточного и гуморального звеньев иммунитета, процесса сенсибилизации, интенсивности патохимической и патофизиологической фаз аллергических реакций немедленного типа, которым принадлежит существенная роль в патогенезе обструктивных заболеваний лёгких. Подтверждена роль изменений микроэлементного состава крови в формировании иммунодефицитных состояний при патологии органов дыхания, в частности, при астме (Сильвестров В.П. и др., 1986; Караулов А.В. и др., 1986, и др). Экспериментально доказано, что *соли лития, меди, рубидия, селена тормозят* синтез реагиновых антител, гемагглютинирующих иммуноглобулинов и предотвращают развитие анафилактического шока (Алиев С.Д. и др., 1986). *Микроэлементы* (главным образом, *медь, цинк, марганец*) контролируют активность ПОЛ и антиоксидантную защиту организма. Нарушение обмена микроэлементов является одним из факторов, способствующих избыточной активации ПОЛ, участвующих в формировании воспаления бронхов и бронхиальной обструкции на субклеточном и клеточном уровнях (Lawrence K.A. et al., 1987).

Экспериментально подтверждена важная роль нарушений клеточного гомеостаза двухвалентных катионов, что может являться одним из патофизиологических механизмов формирования синдромов гиперреактивности бронхов и бронхиальной обструкции у пациентов с БА и ВЗЛ. В частности, доказана важная роль катионов Mg^{++} и Ca^{++} в бронхиальной проходимости (Leff A.R., 1988; Mathew R. et al., 1992). На сегодня получены результаты, подтверждающие “кальцевую” гипотезу астмы, сформулированную американскими исследователями в 80-е годы.

Установлено, что Mg^{++} , являющийся функциональным антагонистом Ca^{++} , блокирует потенциал- и агонист-зависимые кальцевые каналы, мобилизацию Ca^{++} из внутриклеточных депо под влиянием ИТФ

(инозитолтрифосфат), а также активизирует Са-АТФ-азу, удаляющую избыток этого катиона из цитоплазмы клеток (Mathew R. et al., 1992) и аденилциклазу, катализирующую образование цАМФ (Федоров Н.А. и др., 1990). Кроме того, этот мессенджер в отличие от Ca^{++} ингибирует дегрануляцию тучных клеток и обеспечивает расслабление гладких мышц бронхов. Экспериментальные данные подтверждаются клиническими наблюдениями за больными с гипомагниемией, у которых были обнаружены нарушения функции внешнего дыхания и гиперчувствительность бронхов к гистамину, полностью коррегируемые назначением препаратов магния (Huaranga A. et al., 1991 и др.).

В исследованиях Федосеева Г.Б. и др. (1991) показано, что введение солей магния в форме аэрозоля достоверно снижало неспецифическую ГРБ и секреторную активность тучных клеток, способствовало улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения больных экзогенной астмой и физического усилия. В других исследованиях показано, что введение солей магния способствует купированию лёгких и среднетяжёлых приступов удушья, а также астматического статуса, увеличивает силу сокращения дыхательных мышц и снижает лёгочную гипертензию. Кроме того, ингаляции с включением солей магния не только достоверно снижали гиперчувствительность к гистамину, метахолину, физической нагрузке, но и усиливали профилактический эффект сальбутамола (Okayama H. et al., 1991; Sydon M. et al., 1993).

Необходимо учитывать, что прием противоастматических средств (β_2 -агонистов, кортикостероидов), способствует усугублению электролитного дисбаланса, что является одним из побочных эффектов лекарственной терапии (Чучалин А.Г., 1987; Lipworth B. et al., 1989).

Таким образом, клинко-экспериментальные наблюдения отечественных и зарубежных учёных свидетельствуют, что нарушения микроэлементного гомеостаза, в частности, клеточного гомеостаза двухвалентных катионов (в особенности Ca^{++} и Mg^{++}) являются одним из патофизиологических механизмов формирования иммунодефицитных состояний, синдромов ГРБ и бронхиальной обструкции. Поэтому необходимо более широко у больных с бронхолегочной патологией в лечебном процессе применять микроэлементы и витамины, используя различные пути введения их в организм: в виде специально подобранной диеты, фитотерапии, ЭФ, ИТ, питья минеральных вод, введения микроэлементов и солей в гомеопатических разведениях, ванн с настоем соответствующих трав, фитокомпрессов на грудную клетку. *Коррекция микроэлементного гомеостаза с помощью препаратов растительного происхождения повышает эффективность терапии иммуномодуляторами и способствует более быстрому восстановлению иммуноэнзиматического статуса организма.*

Итак, при патологии респираторной системы ингаляционные методы введения лекарственных веществ в организм обладают неоспоримым преимуществом, т.к. позволяют локализовать лекарство непосредственно в "шоковом" органе. Повышению эффективности ингаляционной терапии будет способствовать внедрение в лечебный процесс методов контроля, в частности, пикфлоуметрии у больных БА, а также повышение индивидуальной ответственности медицинских работников и родителей за качество лечения.

Противопоказания: спонтанный пневмоторакс, распространённая и буллёзная форма эмфиземы, лёгочно-сердечная и сердечно-лёгоч-

ная недостаточность II-III степени, легочные кровотечения, болезнь Меньера, индивидуальная непереносимость метода.

5.7. Общие принципы сочетания и комбинирования физических факторов в лечебном процессе

Каждый врач в своей повседневной практической работе сталкивается с проблемой комплексного использования физических факторов, поскольку комбинирование и сочетание различных видов энергии в лечебном процессе, как правило, повышает физиологическую активность и лечебную эффективность комплексной терапии. Невозможно предусмотреть всех возможных вариантов сочетания и комбинирования физических факторов с другими методами немедикаментозного лечения. Поэтому при комбинировании в лечебном процессе различных видов энергетического воздействия, помимо знания механизма действия физического фактора и патогенеза заболевания, необходимо чётко представлять конкретные задачи терапевтического комплекса, а также особенности взаимодействия физического фактора с системами организма, зависимость показателя “доза-эффект” от исходного состояния адаптивных систем регуляции.

Например, в педиатрической практике, в частности, у детей с алергопатологией, допустимо, на наш взгляд, комбинирование или сочетание физических факторов не более двух в один день или по методике чередования через день, или в виде последовательных циклов лечения 2-3 физическими факторами, чтобы общий курс лечения не превышал 12-15-20 процедур (в зависимости от возраста ребёнка и решаемых терапевтических задач). У ослабленного ребёнка более целесообразен курс лечения растянутый во времени, что более адекватно функциональным резервам истощённого болезнью детского организма. К примеру, у детей группы риска и преастимы такие виды физиотерапии как спелеотерапию, общее УФО, ингаляционную и аэроиотерапию можно рассматривать как фоновую терапию, которая избирательно может быть дополнена другими физическими факторами; у больных со среднетяжёлой и тяжёлой формой БА ингаляционная терапия в виде ИДА – основной вид лечения, избирательно дополняемый другими видами физиотерапии, преимущественно физиорефлексотерапией.

Как показывают практические наблюдения, комплексное использование физических факторов является одним из важнейших принципов эффективности проводимой лечебно-реабилитационной терапии. Причём комплексную физиотерапию не следует представлять как арифметическую сумму действия отдельных физических факторов, а следует рассматривать как качественно новое воздействие, способное либо усилить, либо ослабить нежелательное действие отдельно взятого фактора. Подтверждением этому являются исследования Киричинского А.Р., который отмечал, что “... подобно тому, как в фармакотерапии комбинация нескольких лекарственных веществ даёт эффект более сложного порядка, чем простая сумма действия отдельных лекарств, так и в физиотерапии комбинированным лечением часто удается достигнуть результатов, недоступных при применении одного какого-нибудь метода”.

Комплексное физиотерапевтическое лечение может проводиться в виде двух форм – в виде комбинирования или сочетания (рис. 100).

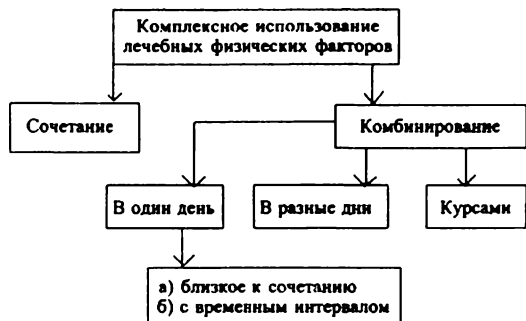


Рис. 100. Комплексное использование лечебных физических факторов (по В. М. Боголюбову, В. С. Улащику).

Комбинированное применение физических факторов предусматривает назначение нескольких физических факторов в определённой последовательности, а *сочетанное* использование методов физиотерапии предусматривает воздействие двумя-тремя физическими факторами одновременно и на один и тот же участок тела в виде одной процедуры.

При использовании методов аппаратной физиотерапии наибольшее распространение получили следующие сочетания:

- *сочетанное применение физических факторов и лекарственных веществ* (внутритканевой электрофорез, вакуум-электрофорез, аэрозэлектрофорез, ультрафонофорез, электрофорез лекарственных веществ постоянными, импульсными, флюктуирующими токами и др.);
- *сочетанные методы электро- и светолечения* (гальваноиндуктотермия, электрофорезиндуктотермия, СМТ- или ДДТ-индуктотермия; СМТ- или ДДТ-форезиндуктотермия, магнитолазерная терапия и др.)

Как правило, сочетание в одной процедуре действия 2-3-х физических факторов основано на их однонаправленном синергичном действии, когда действие одного потенцируется другим, что позволяет снизить интенсивность физического воздействия или уменьшить длительность курса лечения без снижения его терапевтической эффективности.

Например, сочетанное применение различных видов энергетического воздействия и лекарственных веществ в методе электрофореза или фонофореза позволяет: во-первых, создать концентрацию лекарственного вещества в подлежащих тканях в 3-5 раз большую, чем при пероральном, парентеральном или аппликационном способе их введения в организм; во-вторых, при этом методе лекарственные вещества проникают в достаточном количестве и на большую глубину (вплоть до надкостницы); в-третьих, наблюдается усиление фармакологического действия лекарственного вещества и повышение чувствительности рецепторного аппарата органов и тканей к изменению гомеостаза. При внутритканевом электрофорезе эффективность метода повышается за счёт явления диэлектролиза и кумуляции лекарственных веществ в зоне воздействия в течение длительного времени. Нередко сочетание физического фактора и внутреннего приёма лекарственного вещества повышает чувствительность органа, функциональной системы, всего организма к действию лекарственного вещества

или методу физиотерапии. Например, в методе ПУВА-терапии, широко используемом при лечении многих кожных заболеваний, введение в организм фотосенсибилизаторов (бероксана, пувалена и др.) повышает чувствительность кожи к определенному спектру УФ-излучения, что и лежит в основе терапевтической эффективности этого сочетания. На этом же принципе построено использование сочетания определенного спектра ЛИ с приемом (введением) фотосенсибилизаторов при лечении некоторых онкологических заболеваний.

Иногда при сочетанной физиотерапии возможно использование факторов как-то смягчающих или нивелирующих те или иные реакции, возникающие при применении одного из факторов и являющиеся, в какой-то мере, неблагоприятными для организма. Например, больным хроническим колитом и гипомоторной дискинезией кишечника целесообразно применять не гальваногрязелечение, а диадинамо- или амплипульс-грязелечение, так как в этом случае нежелательное расслабление гладкой мускулатуры кишечника, возникающее в результате действия пелоида, нивелируется за счёт тонизирующего влияния импульсного тока на гладкомышечные структуры кишечной стенки. Можно привести и такой пример: ЭФ гепарина, нередко назначаемый при лечении сосудистых заболеваний, в первые 15-20 мин процедуры сопровождается повышением свёртывающей активности крови, сменяющейся в дальнейшем гипокоагуляцией. Предварительное воздействие микровольтами малых дозировок устраняет присущую гепарин-электрофорезу фазу гиперкоагуляции и удлиняет его гипокоагуляционное действие.

Таким образом, правильно подобранные сочетания 2-3 физических факторов или сочетание физических лечебных методов с лекарственными препаратами, или другие виды сочетаний позволяют повысить терапевтическую эффективность комплексной терапии (физиотерапии) за счёт потенцирования лечебного действия составляющих такого сочетания. Кроме того, наблюдается пролонгирование периода последствия, что и обеспечивает длительный терапевтический эффект после такого курсового лечения.

Комбинирование физических факторов, как видно из вышепредставленной схемы, может проводится в 3-х основных вариантах: последовательное применение 2-х различных факторов в течение дня; назначение комбинируемых факторов через день; последовательное назначение курсов того или иного физиотерапевтического лечения.

Основные принципы, которых следует придерживаться при комплексном использовании физических факторов изложены в работах многих отечественных физиотерапевтов (Обросов А. Н., 1965; Тондий Л. Д., 1976; Улащик В. С., 1976, 1981; Комарова Л. А. и Егорова Г. И., 1994):

1. Не следует назначать в один день более двух процедур.
2. Не совмещать в один день процедуры, вызывающие генерализованную реакцию организма, оказывающие влияние на общую реактивность, способные вызвать переутомление и перераздражение.
3. Целесообразно в комплексной физиотерапии комбинировать местные физиотерапевтические воздействия с ФТ-процедурами общеукрепляющего, седативного или стимулирующего действия.
4. Не следует назначать в один день факторы близкие по своим физическим характеристикам или имеющие разнонаправленное действие (исключение составляют контрастные ванны)
5. В дни проведения сложных, утомительных диагностических ис-

следований (рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта, дуоденальное зондирование и др.), а также в дни выраженных метеопатических реакций следует воздержаться от нагрузочных ФТ-процедур или провести энергетически малоинтенсивную процедуру (аэрофитотерапия, ИТ с лекарственными травами, стараясь придерживаться времени приема ФТ-процедур в предыдущие дни), чтобы снизить клиническую симптоматику метеолабильности и как-то поддержать в этот день следую реакцию от предыдущих ФТ-процедур.

6. Ультрафиолетовые облучения в период эритемы не комбинируют с тепловыми процедурами, массажем, токами низкой частоты, но общее УФО в безэритемных дозах возможно комбинировать с водо- и электролечением, проводя светолечение первой процедурой.

7. С грязелечением несовместимы вообще холодные души, ванны, в один день – другие методы теплолечения, общие ванны, четырёхкамерные гальванические ванны.

8. Массаж обычно проводится после тепловых процедур и электростимуляции. При терапии сосудистых расстройств массаж обычно предшествует тепло- и электролечению. Эффективность СМТ и ДДТ повышается, если перед этими процедурами назначить массаж в виде поглаживания и глубокого нежного разминания, но если процедура массажа сочетается с элементами разработки сустава (например, постравматическая тугоподвижность, анкилозирование, контрактура и др.), то лечение импульсными токами целесообразнее проводить первой процедурой. Т.е. периодичность и последовательность процедур в каждом конкретном случае решается индивидуально и разрыв между процедурами может быть от 15-30 мин до 1-1,5-3 ч. Назначение массажа допустимо через 12-14 дней после рентгенотерапии.

9. Следует особо отметить, что сочетание методов физического лечения с психотерапевтическим опосредованием и потенцированием их лечебного эффекта, а также с методами психокоррекции, повышают эффективность профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий за счёт сочетанного воздействия на механизмы саногенеза и самооздоровления.

Цель психотерапевтического опосредования заключается в том, чтобы подготовить больного к успешному лечению, создать у него положительный эмоциональный фон в ощущении эффекта от лечения и твердой уверенности в возможность выздоровления, а также усилить действие применяемого лечения. Эффективность такого словесного опосредования объясняется тем, что многие лечебные процедуры осуществляются при снижении тонуса коры, чему способствует тепло, монотонность воздействия, тишина, уют и комфортность кабинетов. Во время таких процедур больные находятся в гипноидных состояниях, т. е. в фазовых, поэтому целенаправленные словесные воздействия, сопровождающие процедуру, раскрывающие в какой-то степени механизм лечебного воздействия процедуры на больного и ожидаемый от нее эффект, являются опосредующими и глубокими потенцирующими факторами. Медицинской сестре, отпускающей физиотерапевтическую процедуру, или инструктору лечебной физкультуры нужно стремиться вызвать у больного эмоционально-положительную реакцию на лечение.

Поскольку холистический подход к терапии больных с хронической многозвеньевой патологией представляет собой очень гибкую модель лечения, которое должно быть динамичным, многопараметрическим

(действующим более чем на 2-3 подсистемы), ориентированным на личность и индивидуальные особенности пациента, то считаем необходимым привести сведения о возможных сроках повторного назначения методов физиобальнеотерапии (цит. по Улащику В.С., 1994):

Гальванизация и лекарственный ЭФ (общие и местные) – 1 месяц
Электросон, транскраниальная электроанальгезия – 2-3 месяца
Диадинамические, синусоидальные, флюктуирующие токи – 6-10 дней
Интерференцтерапия – 10-14 дней
Электродиагностика – по необходимости
Электростимуляция – 2-4 недели
Чрескожная электростимуляция нервов
(короткоимпульсная электроанальгезия) – 1-3 месяца
Дарсонвализация (местная) и ультратонтерапия – 1-2 месяца
Индуктотермия – 2-3 месяца
УВЧ-индуктотермия (ЭВТ-1) 1-3 месяца
УВЧ-терапия, СВЧ-терапия (ДМВ, СМВ, КВЧ) – 2-3 месяца
Магнитотерапия – 1-2 месяца
Франклинизация общая – 5 месяцев
Франклинизация местная – 1-2 месяца
Аэроионотерапия – 2-4 месяца
Ингаляционная терапия – 2-4 недели
Инфракрасное и видимое излучение – 1 месяц
Ультрафиолетовое излучение общее – 2-3 месяца
Ультрафиолетовое излучение местное – 1-2 месяца
Лазеротерапия – 1-2-3 месяца
Вибротерапия – 2-3 месяца
Ультразвуковая терапия – 2-4 месяца
Массаж – 1 месяц
Гидротерапия, гидрокинезотерапия – 1 месяц
Подводный душ-массаж – 2-3 месяца
Подводное вытяжение позвоночника – 1-2 месяца
Подводные кишечные промывания и орошения – 5-6 месяцев
Ароматические и лекарственные ванны – 2-3 месяца
Скипидарные ванны, углекислые, радоновые, сероводородные – 5-6 месяцев
Кислородные ванны, азотные – 2-3 месяца
Жемчужные, йодобромные, хлориднонатриевые ванны – 1 месяц
Внутренний приём минеральных вод – 1 месяц
Парафино-озокеритолечение – 1-2 месяца
Общее грязелечение, нафталанолечение – 5-6 месяцев
Местное грязелечение, шерстяные укутывания – 2-3 месяца
Сауна – 6-7 дней
Гипотермия – 1-2 месяца
Иглорефлексотерапия, ЛФК – 1-2 месяца
Спелеотерапия (Галотерапия) – 5-6 месяцев
Аэротерапия – 1 месяц
Гелиотерапия – 2-3 месяца
Таласотерапия – 1 месяц

Трудно предугадать все возможные варианты комбинирования и сочетания физических факторов в интересах здоровья конкретного больного (Приложение 7). Приведенные сведения являются сугубо ориентировочными, однако, опираясь на вышеизложенные общие принципы, врач-физиотерапевт способен самостоятельно решать многие частные вопросы и как справедливо отмечает Улащик В. С. (1995): «именно общие принципы являються ключом к поиску конкретных путей и частных практических решений; они вносят системность в работу практического врача».

Профессиональный рост врача и его опыт позволяют правильно подбирать методы физической терапии, дозы физической энергии, временные интервалы между процедурами, лечебными курсами и составлять оптимальный алгоритм лечебного процесса, используя необходимый набор методов контроля за эффективностью проводимого лечения.

ФИТОТЕРАПИЯ

Фитотерапия – это один из древнейших методов лечения, вобравший в себя весь многовековой опыт человечества. И можно только удивляться мудрости Природы и ее целесообразности.

Многовековой опыт тибетских лекарей, медицины Индии, Китая свидетельствует о том, что исстари в рецептуре лекарств использовалось, так называемое, “тройное царство” Природы: повсеместно наряду с травами в травники включались лекарства животного (различные компоненты высушенных тел животных) и неорганического происхождения (минералы, металлы, кристаллы драгоценных и полудрагоценных камней в виде измельченного порошка). Древние риши Индии и Великие посвященные путем медитации и ясновидения обнаружили, что как живая, так и неживая природа наделены энергией Великого Космоса – “ЧИ”, и различные формы материи имеют только ей присущие проявления этой энергии, характеризующиеся как энергетическая вибрация – волна. Минералы (микроэлементы), драгоценные и полудрагоценные камни (кристаллы с примесью металлов), по их мнению, представляли собой конденсат этой энергии.

Современная восточная медицина следует сложившимся многовековым традициям. Например, в Китае народные целители и в настоящее время добавляют в травяной сбор различные компоненты высушенных тел животных в зависимости от заболевания. Лечение растениями, минералами, металлами и драгоценными камнями, как и тысячи лет назад, является одним из методов вновь возрожденного *аюрведческого врачевания*.

Долгое время традиционная (альтернативная) и современная медицина шли каждая своим путём, не используя достижений друг друга. В последние годы, несмотря на многообразие синтетических форм препаратов, вновь возрос интерес к фитотерапии – лечению лекарственными растениями, которые являются мощными средствами оздоровления за счет поступления в организм физиологически активных веществ. Например, *ромашка аптечная* устраняет около 50 симптомов заболеваний различных органов и систем, а широко известный *зверобой* – “лекарство от девяноста болезней”.

Нередко больные думают, что особым преимуществом в лечении обладают заморские травы (тибетские, индийские и др.). Однако клинические наблюдения показывают, что в каждом географическом районе преимущество в отношении населения этого района имеют лекарственные растения, полученные из растительной флоры этого района.

Основной принцип традиционной медицины – лечить не болезнь, а больного, сумму патологических симптомов, синдромов, наблюдающихся у заболевшего. Поэтому рецепт лекарственного сбора может быть крайне сложным, чтобы оказать многостороннее влияние на организм

– общеукрепляющее, тонизирующее, десенсибилизирующее, благотворно влияющее на деятельность ЦНС, сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, желёз внутренней секреции и обмен веществ.

К сожалению, современной медицине до сих пор мало известны и ещё недостаточно изучены фармакологические свойства многих лекарственных растений. В настоящее время в растениях выявлены и исследованы следующие группы активнoдействующих веществ: алкалоиды, гликозиды, сапонины, полисахариды, эфирные масла, органические кислоты, антибиотики, витамины, химические элементы, микроэлементы, дубильные вещества, пигменты, горечи, флавоноиды, лактоны, аминокислоты, смолы, жирные масла и др. Во многих случаях лечебное действие растений связано не с каким-либо веществом, а с комплексом веществ, входящих в него в тех или иных количествах.

Алкалоиды – сложные азотсодержащие соединения, присутствующие в растениях в виде оснований или солей. В медицине обычно употребляются соли алкалоидов, поскольку они лучше растворяются в воде и являются более биодоступными. Лекарственные препараты, содержащие алкалоиды, занимают одно из ведущих мест в системе управления физиологическими процессами, протекающими в организме здорового и больного человека, и поэтому играют ведущую роль в лечении различных недугов. Фармакологические свойства алкалоидов обладают широким спектром терапевтического действия: транквилизирующее и стимулирующее влияние на ЦНС, гипертензивное и гипотензивное действие, сосудосуживающее и сосудорасширяющее влияние на сердечно-сосудистую систему, самое различное влияние на медиаторные системы, функциональную деятельность мышечной системы и т.д., что и обуславливает их широкое использование в клинике внутренних и нервных болезней. Алкалоиды встречаются главным образом в цветковых растениях, и в большинстве случаев наибольшее содержание их определяется в период бутонизации и цветения, варьируя от следов алкалоидов до 2-3 % от всей массы сухого сырья. Огромная группа алкалоидоносных растений – белладонна, барвинок розовый, эфедра, чай и др. являются ценным сырьем для производства различных лекарственных препаратов.

Гликозиды – вещества безазотистой природы, молекула которых состоит из сахаристой части (гликон) и несахаристой части (агликон), с которой и связано лечебное действие. В отличие от алкалоидов гликозиды быстро разрушаются ферментами самих растений (аутоферментация), а также под действием различных физических факторов. Поэтому сушить растительное сырьё нужно быстро и хранить, не допуская отсыревания.

В практической медицине обычно используются следующие группы гликозидов: сердечные гликозиды, антрагликозиды, сапонины, горечи, флавоноидные гликозиды и др. Растения (различные виды наперстянки, ландыш, горицвет и др.), содержащие сердечные гликозиды, из-за высокой токсичности считаются ядовитыми и поэтому применяются под строгим врачебным контролем. Сердечные гликозиды имеют стероидную структуру и в этом отношении очень близки к гормонам. Среди всех средств, применяемых для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, растительные препараты составляют наибольшую часть.

Антрагликозиды – малотоксичны, содержатся в крушине, ревене, кассии, алоэ и других растениях, оказывают послабляющее действие.

Горечи (горькие гликозиды) – содержатся в полыни, горечавке, одуванчике, золототысячнике и других растениях. Горечи усиливают перистальтику желудка и увеличивают выделение желудочного сока, что способствует лучшему усвоению пищи, повышению аппетита.

Сапонины – содержатся во многих растениях, среди которых первое место занимают семейство гвоздичных и первоцветковых. Сапонинсодержащие растения используют в медицине как отхаркивающие (корни истода, синюхи, и первоцвета), мочегонные (трава почечного чая), желчегонные (трава зверобоя) средства. Некоторые сапонины обладают свойством понижать АД, оказывать потогонное действие. В последние годы выявлено противосклеротичное действие некоторых сапонинов.

Флавоноидные гликозиды – относятся к фенольным соединениям, плохо растворимым в воде, имеют желтую окраску, за что и получили свое название. Ряд флавоноидных гликозидов обладают Р-витаминной активностью, оказывают бактерицидное и желчегонное действие, способствуют удалению радиоактивных веществ из организма.

Лактоны – вещества, образующиеся из оксикислот, обладают разными фармакологическими свойствами. Некоторые используются как сосудорасширяющие и спазмолитические, другие – как эстрогены, противоопухолевые и фотосенсибилизирующие средства. Лактоном является и *кумарин*, производные которого обладают фотосенсибилизирующими свойствами, проявляют противоопухолевую активность, влияя на состав крови и т.д.

Эфирные масла – душистые, летучие вещества, являются смесями терпеноподобных веществ и их производных. В настоящее время известно более 2000 эфирномасличных растений (мята перечная, валериана лекарственная, тимьян ползучий, душица обыкновенная, полынь горькая, шалфей лекарственный, укроп огородный и др.), в которых содержание эфирных масел колеблется от следов до 18-20 % массы сухого лекарственного сырья.

Под действием кислорода и влаги воздуха состав эфирных масел может изменяться, поэтому необходимо строго соблюдать правила сушки, хранения и приготовления лекарственных форм.

Из фармакологических свойств наиболее характерно для эфирных масел наличие противовоспалительной, антимикробной, противовирусной и противоглистной активности, а также улучшающее функции желудочно-кишечного тракта, отхаркивающее и успокаивающее кашель действие. Кроме того, некоторые эфирные масла оказывают выраженное влияние на деятельность сердечно-сосудистой системы и ЦНС, обладая стимулирующим, транквилизирующим и болеутоляющим действием, а также снижают АД, расширяют сосуды головного мозга и сердца.

Дубильные вещества относятся к группе *таннидов*, представляют собой производные многоатомных фенолов и содержатся почти во всех широко известных растениях (в коре и древесине, в корнях и корневищах травянистых растений). Дубильные вещества, как правило, малотоксичны. Некоторые растения, содержащие особенно много таннидов, применяют как вяжущие бактерицидные средства при желудоч-

но-кишечных заболеваниях, для полоскания горла и т. д. Танинды, нанесенные на обожженные места, ссадины и раны, используются как местные кровоостанавливающие и противовоспалительные средства. Танинды применяют также при отравлении алкалоидами и солями тяжелых металлов.

Фитонциды (открыты в 1928 году советским ученым Гокиным Б.П.) – это органические вещества с различным химическим составом, обладающие выраженным антимикробным действием. Считают, что подавляющее большинство растений, содержит фитонциды в больших или меньших количествах. Фитонциды оказывают губительное действие на плесневые грибы и инфузории. Растения, содержащие летучие фитонциды (лук, чеснок, черемуха, эвкалипт, тополь и др.), используют в качестве антибактериальных средств при некоторых кожных, инфекционных и вирусных заболеваниях, болезнях уха, горла и носа. При наружном применении фитонциды действуют как дезинфицирующее средство.

Витамины – сложные по структуре и физиологической активности органические вещества, которые в незначительных количествах необходимы для нормального развития и жизнедеятельности живого организма. Витамины играют первостепенную роль в обмене веществ, регуляции процессов усвоения и использования основных пищевых веществ – белков, жиров и углеводов, функциональной деятельности всех органов и систем организма. Живой организм нуждается в поступлении извне около 20 витаминов, остальные синтезируются во внутренних органах. В настоящее время известно около 30 природных витаминов, которые используются для профилактики и лечения гиповитаминозов, авитаминозов и других заболеваний и состояний, когда показано применение больших количеств витаминов. Потребность организма человека в витаминах зависит от условий жизни и работы, времени года, общего состояния здоровья и многих других факторов.

Для нормального функционирования различных систем организма нужны преимущественно определенные группы витаминов, но важно помнить, что полный набор витаминов и витаминоподобных веществ должен использоваться для оздоровления человека, поскольку даже недостаток одного из витаминов немедленно сказывается на состоянии всего организма.

Наряду с действующими веществами органической природы в лекарственных растениях в больших количествах содержатся и минеральные вещества. Элементы, входящие в состав минеральных веществ, принято называть *макроэлементами* (кальций, калий, магний, железо, кремний и др.) и *микроэлементами* (медь, марганец, мышьяк, кобальт, цинк, йод и др.). Микроэлементы часто называют *биотиками*, подчеркивая их важную роль в жизнедеятельности живого организма.

В исследованиях последних лет доказана важная роль обмена микроэлементов в патогенезе ИБС, воспаления бронхов, бронхиальной обструкции и в регуляции бронхиальной проходимости, что подтверждает необходимость коррекции этих нарушений в процессе реабилитационной терапии.

В организме человека обнаружено более 60 минеральных веществ (из них наиболее активные – кальций, хлор, хром, кобальт, медь, фтор,

йод, железо, магний, марганец, молибден, кремний, фосфор, калий, сера, селен, натрий, ванадий, цинк), и медицине еще предстоит выяснить, какова их роль в поддержании здоровья человека.

Известно, что без минералов, присутствующих в организме, витамины и витаминоподобные вещества не могут всасываться в кишечнике и поступать в кровь и, следовательно, влиять на активность гормонов, ферментов, обеспечивающих прохождение в организме биохимических реакций. Например, организм усваивает 10 процентов поступающего железа, но для его активного усвоения необходимо присутствие меди, кобальта, марганца и витамина С; без магния в организме не могут всасываться витамин С, кальций, фосфор, натрий или калий; для усвоения организмом фосфора необходимо присутствие кальция и витамина Д; для усвоения цинка требуется большое количество витамина А; сочетание витаминов А, Е и селена способствует усвоению кислорода тканями, повышает устойчивость организма к гипоксии.

Не менее важны для здоровья и минеральные соли, о которых впервые написал доктор Шусслер в 1873 году. По мнению автора (с позиции биохимии), болезнь не возникает, если нет дефицита минералов (тканевых солей) в клетках и не нарушена способность клеток ассимилировать, утилизировать и выделять. Поэтому нормализация клеточного метаболизма при добавлении требуемых минеральных солей в максимально усвояемой форме (в виде гомеопатических средств в разведении Д6) позволяла у многих больных восполнить недостаточность этих тканевых солей и значительно улучшить состояние организма.

В современных работах (Улащик В.С., 1981-1994 и др.) постулируется та же мысль, что ионный (солевой, электролитный) гомеостаз является важнейшей частью гомеостаза организма и многие болезни обусловлены нарушением последнего. Поэтому "болезнь" по своей биологической сущности представляет собой проблему восстановления механизмов нарушенного гомеостаза, в частности, ионного.

Выделяют 12 солей, наиболее важных для организма: фтористый кальций, фосфат кальция, сульфат кальция, фосфат железа, солянокислый калий, фосфат калия, сульфат калия, фосфат магния, солянокислый натрий (хлорид натрия), фосфат натрия, сульфат натрия, кремний, описание симптомов недостаточности которых дано в разделе "Гомеопатия".

Во всех случаях лекарственные растения, содержащие различные минеральные вещества, являются весьма эффективными лечебно-профилактическими средствами.

Кроме действующих веществ в растениях содержатся также сопутствующие балластные вещества – *крахмал, пектины, смолы, слизи, камеди, жирные масла*. В большинстве случаев наличие этих веществ в фитосборе желательно и даже необходимо. Например, крахмал и пектины используются при лечении некоторых желудочно-кишечных заболеваний, *слизи* (в качестве обволакивающих средств) – при кашле, желудочно-кишечных заболеваниях, *смолы* – для изготовления пластырей (например, ранозаживляющий пластырь – "клеол").

Несомненно, что вещества растений по своей природе более родственны и более биодоступны организму человека, чем синтетические препараты, что и обуславливает их высокую терапевтическую эф-

фективность и способность обеспечивать как патогенетическую, так и профилактическую направленность действия. Поэтому, несмотря на более медленное постепенное действие фитотерапии на организм, а может быть именно благодаря этому, она является более физиологичным, менее аллергизирующим методом лечения и практически лишена побочных эффектов, столь характерных для многообразного арсенала химиопрепаратов.

Благодаря новейшим исследованиям, в настоящее время формируется и успешно развивается *современная фитотерапия и фитодиагностика, основанные на подборе фитокомпозиций по резонансно-волновым свойствам*. Когда фитосбор подобран с учетом резонансно-волновых характеристик соответствующего больного эффективность его несравненно выше, чем при эмпирическом подборе согласно нозологическому диагнозу, так как лекарственные растения (правильно подобранные), восстанавливая частотные характеристики клеток, тем самым, способствуют восстановлению нарушенного болезнью электромагнитного поля организма. Такой подход к индивидуальному подбору фитокомпозиций позволяет проводить поэтапное комплексное лечение пациента, воздействуя на все вовлечённые в патологический процесс органы и системы точно подобранным лекарственным сбором.

В старину каждая хозяйка знала "в лицо" не менее 25-35 наименований трав (приложение 11). Травы собирали, сушили впрок и лечили ими всю семью, применяя их в виде травяных чаев, отваров, настоев.

Лекарственные сборы готовятся из высушенного измельченного сырья, которое хранится в бумажных пакетах или стеклянных банках.

Из большинства растений готовят настои (отвары) в отношении 1:10 или 1:20, реже 1:30, т.е. из одной весовой части сбора готовят 10-20-30 частей настоя или отвара. Настои, предназначенные для наружного применения, готовят более концентрированными – 1:5. Настои хорошо всасываются и оказывают более быстрое и сильное действие.

Отвары, по сравнению с настоями, всасываются в организме медленнее и действуют продолжительнее. Их готовят из грубых частей растений (кора, корни, древовидные стебли травянистых растений), не содержащих летучих и разлагающихся от длительного нагревания действующих веществ (корни валерианы, истода и др.). Для приготовления отвара сырье заливают холодной водой на срок от 1-2 ч до 20-24 ч, затем 10-30 минут кипятят на медленном огне в посуде с плотно закрытой крышкой, при периодическом помешивании, охлаждают, профильтровывают и пьют, руководствуясь рекомендациями врача.

Настои готовят холодным, горячим или смешанным способами.

Холодный способ: измельченные части растения заливают холодной кипяченой водой и настаивают в закрытом сосуде в течение 4-8 часов, затем процеживают и употребляют.

Горячий способ: измельченное сырье заливают кипятком и ставят на 15-20 минут на плиту или парят в горячей духовке 2-5 часов. В обоих случаях не доводят до кипения. Затем процеживают и употребляют.

Смешанный способ, при котором наиболее полно извлекаются действующие вещества: сырьё заливают холодной кипячёной водой, настаивают в течение 4-8 ч в закрытом сосуде. Затем настоем процеживают, а остаток растения заливают кипятком и на 15-20 мин ставят на горячую плиту, не доводя до кипения. Охлаждают, процеживают и смешивают с настоем, полученным холодным способом.

Для наружного применения настоев (отвары) готовят из двойной или тройной дозы растительного сырья.

Настойки – представляют собой спиртовые, спиртоводные или спиртоэфирные вытяжки из растительного сырья из расчета 1:5 или 1:10. Настаивание ведут в хорошо закрытом сосуде при температуре 20°С, вне воздействия прямых солнечных лучей при периодическом взбалтывании. Полученная настойка, имеющая запах и вкус настаиваемого растения, фильтруется и хранится в плотно закрытой посуде при комнатной температуре. Дозируется настойка каплями (в 1 мл приблизительно содержится 40 капель).

Экстракты (концентрированная вытяжка из растительного сырья) – в домашних условиях готовят, выпаривая отвар в горячей печи до половины начального объема. Дозируется экстракт каплями.

В домашних условиях часто отвары и настои готовят без кипячения. Для этого лекарственное сырьё заливают крутым кипятком, плотно закрывают сосуд крышкой, заворачивают в плотную ткань и настаивают в течение 4-6 часов, затем процеживают, остаток сырья отжимают. Настои и отвары готовят ежедневно, хранят в темном прохладном месте.

Иногда в домашних условиях горячие настои удобнее готовить в термосе. Для этого суточную дозу лекарственного сырья (1-2 столовых ложки) заливают 1-2 стаканами крутого кипятка и настаивают в течение ночи. На следующий день нужно пить весь настой в 3-4 приема, т.к. хранить настой в термосе больше суток нельзя. Каждый раз, наливая из термоса настой, его охлаждают (чтобы он был теплым) и выпивают.

Приготовленные отвары, настои можно использовать в качестве растворов для ингаляций, разводя их кипячёной водой до необходимой концентрации, обычно 1:2 или 1:3.

Довольно часто при лечении хронических заболеваний используют *соки из свежих растений, фруктов, ягод, овощей*. Для приготовления сока мелко нарезанные свежие растения (овощи, плоды, корни, клубни) пропускают через соковыжималку или мясорубку. Полученную кашицу отжимают через плотную ткань, к остатку добавляют небольшое количество кипяченой воды и еще раз отжимают. Полученный сок содержит все компоненты растений. Для использования зимой его стерилизуют и консервируют. Если сок действует раздражающе на слизистую желудка или кишечника, то к нему добавляют рисовый или овсяный отвар, мед (1-2 чайные ложки на 1/2 – 1/3 стакана), или кисель.

Приводим перечень лекарственных растений, которые с успехом могут применяться у детей и взрослых при различных заболеваниях.

1. Лекарственные растения, наиболее часто применяемые при заболеваниях органов дыхания:

а) отхаркивающие: алтей лекарственный (корень), анис обыкновенный (плоды), багульник болотный (травы), девясил высокий (корень), душица обыкновенная (травы), мать-и-мачеха (травы), мята перечная (листья), первоцвет весенний (листья, корни), подорожник (листья), синюха голубая (корни), солодка голая (корень), сосна обыкновенная (почки), термопсис ланцетный (травы), чабрец (тимьян обыкновенный или богородская трава), фенхель обыкновенный (плоды), фиалка трехцветная (травы);

б) противовоспалительные и антисептические: багульник болотный (трава), девясил высокий (корень), душица обыкновенная (трава), дуб черешчатый (кора), зверобой продырявленный (трава), калина обыкновенная (ягода), календула (ноготки – цветочные корзинки), крапива двудомная (листья), можжевельник обыкновенный (ягода), подорожник (листья), солодка голая (корень), коровяк скипетровидный, ромашка аптечная (цветки), сосна обыкновенная (почки), фиалка трехцветная (трава), чабрец (трава), эвкалипт (листья), кровохлебка лекарственная (корневище и корни), дягиль лекарственный (корень и корневище), чистотел (трава);

в) при бронхиальной астме и бронхоспазме: алоэ (свежий сок), анис обыкновенный (плоды), клевер луговой (цветки), багульник болотный (трава), березовые почки, бедрец камнеломка (корни), донник лекарственный (листья, стебли), душица (трава), дурман обыкновенный (листья, плоды), истод сибирский (корни и корневища), чабрец (трава), медунца (листья), кровохлебка лекарственная (корневище и корни), цветки бузины, хвойник двухколосковый (эфедра-трава), синюха голубая (корни и корневище), пустырник (трава).

II. Лекарственные растения, применяемые при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей:

а) антимикробные и противовоспалительные: аир болотный (трава), алоэ древовидный (листья, сок), алтей лекарственный (корни), берёза (почки, листья), бессмертник песчаный (соцветия), василёк синий (цветы), зверобой (трава), горец змеиный (трава), календула (цветки), липа (цветки), спорыш (трава), кора дуба, кровохлебка (корневище), калган (корень), семя льна, сушеница болотная (трава), ольха серая (шишки), ромашка аптечная (цветки), солодка голая (корневище), тысячелистник (трава), фенхель (плоды), укроп (плоды), чабрец (трава), череда (трава), чистотел (трава), шалфей (трава), щавель конский (корень), эвкалипт (листья);

б) желчегонные: аир болотный (трава), алоэ (сок, листья), арника горная (цветки, почки), береза (листья), бессмертник песчаный (соцветия), брусника (листья), валериана (корень), василек синий (цветы), трифоль (листья), девясил (корень), душица (трава), календула (цветки), кассия (листья), крапива (листья), крушина (кора), липа (цветки), можжевельник (плоды), кукурузные рыльца, мята (трава), одуванчик (корень), почечный чай, полынь (трава), ромашка аптечная (цветки), тмин (плоды), тысячелистник (трава), щавель конский (корень), вахта трехлистная (листья);

в) способствующие пищеварению: аир болотный (трава), анис (плоды), горечавка жёлтая (корни), дягиль лекарственный (корни), мята (трава), одуванчик (корень), тысячелистник (трава);

г) вяжущие, обволакивающие, закрепляющие и антисептические: бадан толстолистный (корни и корневища), брусника (листья), горец змеиный (трава), горец перечный (трава), зверобой (трава), земляника (листья, плоды), кровохлебка (корень), калган (корень), малина (листья, плоды), ольха (почки), смородина (листья), спорыш (трава), сушеница (трава), календула (цветки), ромашка аптечная (цветки), семя льна, черемуха (ягоды), черника (ягоды), шалфей (трава), щавель конский (корень), шиповник (плоды), подорожник (листья), солодка (корни);

д) *спазмолитические*: аир (корень), бузина (цветки), бессмертник (цветки), валериана (корень), душица (трава), зверобой (трава), календула (цветки), мята (трава), одуванчик (корень), подорожник (листья), пустырник (трава), ромашка аптечная (цветки), солодка (корни), сушеница (трава), тмин (плоды), укроп (плоды), фенхель (плоды), чабрец (трава), шалфей (трава);

е) *противоглистные*: трифоль (листья), гранат (корки), девясил (корень), хмель (шишки), чеснок, зверобой (трава), золототысячник зонтичный (трава), тыква обыкновенная (семена), пижма (соцветия), черника (листья), полынь цитварная (семена);

ж) *слабительные*: алоэ (сок, листья), бузина (цветки), трифоль (листья), горец почечуйный (трава), жостер (плоды), золототысячник зонтичный (трава), кассия (листья), крушина (кора), семя льна, одуванчик (корень), тмин.

III. Потогонные и жаропонижающие лекарственные растения:

клюква, липа, малина, ромашка, смородина черная.

IV. Лекарственные растения, действующие на ЦНС:

а) *седативные*: аир (корень), арника горная, боярышник (плоды), валериана (корень), душица (трава), календула (цветки), мак снотворный, пассифлора инкарнатная (трава), пион белый (корни и корневища), пустырник (трава), раувольфия змеиная (корни и корневища), тысячелистник (трава), фенхель (плоды), хмель (шишки);

б) *обладающие холинолитическим действием*: дурман (листья), красавка (трава, стебли), вьюнок шерстистый (трава), крестовик широколистный (листья), скополия карнаолийская.

в) *адаптогены*: виды аралии, заманиха, жень-шень, кофе, левзея софлоровидная, лимонник китайский, родиола розовая, чай китайский, элеутерококк.

V. Лекарственные растения, содержащие витамины:

а) *содержащие витамин С*: актинидия коломикта, первоцвет весенний, смородина черная, самые различные виды шиповника, сосна обыкновенная;

б) *поливитаминные*: капуста, крапива, морковь, клюква, облепиха, рябина.

VI. Биостимуляторы: алоэ, каланхоэ.

VII. Регулирующие обмен веществ:

а) растения – "очистители": калина, солодка голая, череда, листья толокнянки, спорыш, пырей ползучий, сушеница болотная, цветки липы, подорожник, черника, семя льна.

б) растения, содержащие инсулиноподобные и другие гормоноподобные вещества: девясил (корни и корневище), листья крапивы двудомной, пион уклоняющийся, корни лопуха, корни одуванчика, клевер луговой.

VIII. Лекарственные растения, применяемые при болезнях почек и мочевого пузыря:

береза, брусника, вереск обыкновенный, почечный чай, василек синий, горец птичий (спорыш), земляника лесная, можжевельник, пырей ползучий, толокнянка, хвощ полевой.

Следует отметить, что приведенная классификация в значительной мере условна и носит ориентировочный характер, т.к. почти все

растения обладают разносторонними свойствами и поэтому одни и те же растения в народной медицине широко используются при лечении различных заболеваний.

Многовековой опыт народной медицины подтверждает, что при лечении лекарственными растениями лучше пользоваться сборами, а не отдельными растениями. В отечественной фитотерапии в лекарственные сборы обычно входит 7-12 растений, хотя число составляющих его компонентов может быть и намного больше. Так в китайской фитотерапии применяют сборы, включающие несколько десятков растений, что объясняется как стремлением врачей при составлении сбора воздействовать на все многообразие симптомов, имеющихся у больного, так и большим арсеналом лекарственных растений, имеющихся в распоряжении врача.

Прежде чем рекомендовать сбор лекарственных растений пациенту, необходимо провести обследование и установить правильный диагноз. При составлении любого сбора необходимо учитывать индивидуальные особенности больного и наличие у него сопутствующих заболеваний. Поэтому лекарственный сбор, помимо основных трав, должен содержать и дополнительные компоненты. Например, если речь идет о лечении *хронического холецистита* у больного, у которого имеется тенденция к гипертензии, отмечается неустойчивое состояние кишечной моторики (склонность к запорам), показатель протромбинового индекса у верхней границы нормы и имеется избыточная масса тела, то такому больному в лекарственный сбор должны быть включены *желчегонные травы, травы с гипотензивным действием*, дополнительно включаются *травы с послабляющим действием*, а также *травы, понижающие аппетит* и нормализующие обмен веществ. При фитотерапии не возникает опасности тромбозов, наоборот, показатель протромбинового индекса имеет тенденцию к нормализации. Однако при необходимости можно включать в сборы травы, замедляющие свёртывание крови.

С осторожностью следует подбирать лекарственные сборы при лечении молодых женщин, т.к. некоторые растения оказывают тонизирующее действие на мышцы матки и могут вызвать аборт. Поэтому беременность является относительным противопоказанием для фитотерапии. Некоторые авторы (Ковалева Н.Г. и др., 1971) считают, что во время менструации следует сократить прием лечебных настоев.

Иногда настои (отвары) лекарственных растений вызывают обострение заболеваний желудочно-кишечного тракта (изжога, тошнота, ощущение тяжести в надчревной области) в первые две недели фитотерапии за счет раздражающего действия некоторых компонентов сбора на слизистую оболочку. В таких случаях, кроме добавления в настой мёда, киселей, употребления настоя в теплом виде, следует рекомендовать пациенту принимать его в течение 7-10 дней не до еды, а через 30-40 мин после еды, переходя затем на обычный прием. Возможно, следует на какое-то время исключить горечи (верба, одуванчик, паслен, полынь, пустырник, тысячелистник, чабрец, бессмертник, хмель и др.), если больной с трудом переносит горький вкус настоя или добавить мяту, которая улучшает вкус настоя. Желательно во все сборы, независимо от заболевания, включать шиповник.

При лечении хронических заболеваний лекарственные сборы обычно принимают 1,5–2–2,5 месяца и более, делая при длительном приеме перерывы на 1–2 недели через каждые 1–1,5 месяца лечения. Рекомендуется периодически менять в рецептуре сбора лекарственные растения со сходным действием (например, кассию на ревеня при привычных запорах), чтобы избежать эффекта привыкания и ослабления лечебного действия.

Фитотерапия не имеет строгих канонов по употреблению отдельных видов растений, их разовых доз, числа приемов и продолжительности курса, поэтому они могут уточняться и изменяться врачом в зависимости от тяжести заболевания, возраста, индивидуальных особенностей больного. Как и при любом виде лечения не желателен шаблонный подход к фитотерапии.

Предлагаемые нами лекарственные сборы и народные рецепты для лечения различных заболеваний, составлены на основании самых авторитетных источников (Д.Йорданов и др., 1968; Соколов С.Я., Замотавев И.П., 1984; Максютин Н.П., 1985; Товстуха Е.С., 1990; Крылов А.А. и др., 1991, Шмерко Е.П. и Мазан Н.Ф., 1992 и др.) и их эффективность подтверждена практическими наблюдениями.

Таким образом, фитотерапия является одним из древнейших методов традиционной медицины. В современных условиях – это самый популярный метод немедикаментозной терапии, благодаря общедоступности и достаточно высокой лечебной эффективности. Высокая биодоступность для организма всех компонентов лекарственных растений обеспечивает политропность действия как на уровне функциональных нарушений, так и на уровне морфологических изменений в органах и тканях.

В отличие от Западного (нозологического) подхода к назначению фитокомпозиций, дальнейшее совершенствование системы управления базами данных по фитотерапии позволит осуществлять комплексный подбор фитокомпозиций для конкретного больного с учетом его основного заболевания и сопутствующих основному заболеванию патологических синдромов.

Вследствие отсутствия отрицательного действия на организм, фитотерапия может использоваться длительно в качестве фоновой поддерживающей терапии практически при лечении любого заболевания. Поэтому правильно подобранную фитотерапию можно рассматривать не только как действенный метод профилактики функциональных заболеваний (иногда в сочетании с различными пищевыми растительными добавками), но и как метод, способствующий оптимизации лечебного процесса любого длительно текущего хронического заболевания. А сочетание фитотерапии с другими методами немедикаментозного лечения, в частности, с биофизическими методами, благодаря *интегративному воздействию на регуляторные механизмы организма и стимулирующему влиянию на процессы саногенеза и самооздоровления*, обеспечивает достаточно высокую эффективность лечения особенно на начальных стадиях болезни. Такая тактика лечения позволяет ограничить количество используемых медикаментов и сделать лечение более щадящим.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

7.1. Заболевания сердечно-сосудистой системы

В большинстве стран мира наблюдается тенденция к росту сердечно-сосудистых заболеваний (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и др.), которые начинают играть ведущую роль в структуре смертности среди лиц молодого и среднего возраста. Клинико-экспериментальные исследования свидетельствуют о множестве патогенетических и саногенетических механизмов, участвующих как в возникновении патологии сердечно-сосудистой системы, так и противодействующих её развитию.

Однако в период становления патологии во многих случаях врачи вынуждены констатировать, что почти при полном отсутствии у больного отклонений от нормы, у него всё же имеются *многочисленные жалобы*, которые невозможно объяснить наличием только психосоматических нарушений. Многочисленные функциональные жалобы и расстройства, не выявляемые обычными клинико-морфологическими методами диагностики, относятся к регуляторным и лежат в энергоинформационной области.

Функциональные расстройства всегда наблюдаются как на начальной стадии патологического процесса (скрытая доклиническая стадия), так и тогда, когда морфологические изменения проявляются в форме клинического заболевания.

И именно методы немедикаментозной терапии способны оказать наиболее выраженное интегративное влияние (по сравнению с фармакотерапией) на многие патофизиологические механизмы, участвующие в формировании патологии органов кровообращения.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – комитетом экспертов ВОЗ (1979) определяется как поражение миокарда, обусловленное расстройством коронарного кровообращения, возникающего в результате нарушения равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы. Понятие ИБС охватывает острые (преходящие) и хронические патологические состояния, обусловленные органическими поражениями коронарных артерий (атеросклероз, тромбоз) или нарушением их функционального состояния (нарушение регуляции тонуса, спазм). Клинически нарушение кровообращения миокарда проявляется, когда сужение сосудов венечных артерий достигает 50% от исходного (Гасилин В.С., 1976).

К факторам риска развития ИБС большинство авторов относит гиперхолестеринемию, особенно если она дополняется психоэмоциональным перенапряжением, отягощённой наследственностью, гиподи-

намией, злоупотреблением алкоголем и курением. На этом фоне развиваются сложные взаимосвязанные нарушения липидного, белкового, углеводного обменов и их регуляции при участии печени, щитовидной, поджелудочной и других желёз внутренней секреции.

Возникают проявления гиперадаптоза – повышенной реактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и других систем нейрогуморальной регуляции, что способствует прогрессированию процесса атеросклероза (венечных артерий, мозга, нижних конечностей).

В настоящее время ИБС рассматривается как психосоматическое заболевание: постоянные психоэмоциональные перегрузки приводят к ослаблению корково-корковых, корково-подкорковых и корково-висцеральных взаимоотношений, нарушению физиологического равновесия в организме, что при определённых условиях способствует развитию атеросклероза (обменное заболевание, в основе которого лежит нарушение нейроэндокринной регуляции обмена липидов и белков, проницаемости и трофики сосудистой стенки) – основного морфологического субстрата ИБС.

Отрицательные эмоции, психоэмоциональные перегрузки сопровождаются гиперпродукцией катехоламинов, которые абсорбируются волокнами сердечной мышцы, что сопровождается снижением концентрации АТФ и креатинфосфата и увеличением потребности в кислороде. А поскольку имеется недостаток кислорода, то стимулируемое катехоламинами интенсивное окисление приводит к накоплению в миокарде молочной кислоты и уменьшению содержания гликогена, т.е. интенсивное окисление протекает при дефиците энергии для окислительных процессов, что ведёт к повреждению органелл клетки и некрозу миокарда. Более того, повышение активности САС создаёт условия для возникновения спазма коронарных артерий. Спастическим реакциям коронарных сосудов многие авторы придают большое значение в патогенезе развития ИБС, хотя этот механизм еще недостаточно изучен.

Важным фактором в развитии ИБС является недостаточность коллатерального кровообращения сердца, что обычно наблюдается в условиях гиподинамии у малотренированных лиц молодого возраста, у которых ИБС протекает бурно, обострения её ведут к развитию крупноочаговых инфарктов миокарда.

Определённое значение в развитии ИБС придают иммунологической перестройке организма, в результате которой собственные ткани сердца приобретают антигенные свойства (с нарастанием дислипидопротеидемии и увеличением содержания холестерина в ЛПНП и ЛПОНП они превращаются в вещества как бы чужеродные для организма) и для их нейтрализации вырабатываются антитела. В итоге в организме формируются ещё более сложные комплексы – аутоиммунные, которые практически не исчезают из крови больных ни в момент лечения, ни после него.

Определённую роль в прогрессировании ИБС придают нарушению функции тромбоцитов (склонность к агрегации), нарушению взаимосвязи между свёртывающими и антисвёртывающими системами крови, в сторону повышения активности первой, и нарушению микроцир-

куляции. Это важнейшее звено патогенеза ИБС, нормальное функционирование которого способствует обеспечению прироста коронарного кровотока при возрастании метаболических потребностей в миокарде. Механизм этих нарушений, в основном, связан с изменением белкового и липидного обменов, нарушением функции САС и изменённым состоянием сосудистой стенки.

Шхвацабая И.К. (1982) в развитии ИБС выделяет два периода: I-й – ангиоспастический (в современной интерпретации – функциональный) и II-й – неадекватное кровоснабжение миокарда (клинико-морфологический).

В первом периоде ИБС в возникновении приступов стенокардии ведущую роль играют нарушения механизмов центральной нейрогуморальной саморегуляции сердца и сосудов. Длительность этого периода зависит от темпа прогрессирования ИБС и от механизмов саморегуляции коронарного кровообращения.

Во втором периоде в возникновении приступов стенокардии имеет значение истинное несоответствие между потребностями миокарда в кислороде и возможностями коронарных сосудов.

Многообразие патогенетических механизмов, лежащих в основе ИБС, обуславливают ее подразделение по клиническим и функциональным признакам на I, II, III, и IV-й функциональные классы (ФК), что необходимо учитывать при выборе патогенетического, дифференцированного лечения. Сложность патофизиологических механизмов, участвующих в формировании ИБС диктует необходимость применения для лечения и реабилитации этих больных методов немедикаментозной терапии (особенно в I-ом периоде ИБС – функциональном), способных оказать более выраженное интегративное влияние на саморегуляцию по сравнению с фармакотерапией, поскольку фармакотерапия может оказать воздействие только на 1-2 звена сложного патогенеза заболевания. Следует также иметь в виду, что больным стенокардией II, III, IV ФК для поддержания должного терапевтического эффекта требуется длительное, иногда пожизненное применение антиангинальных, антигипертензивных и других препаратов, нередко вызывающих нежелательные побочные реакции.

Фитотерапия, как один из методов общедоступного немедикаментозного лечения, имеет неоспоримые преимущества по сравнению с фармакотерапией: не вызывает побочных реакций при длительном применении; обладает выраженным политропным действием; сочетание фитотерапии с физиотерапией способствует пролонгированию действия многих медикаментов, что позволяет назначать их в более низких дозах, а в лучшем случае совсем отменять их приём.

Следует заметить, что клиническая фармакология фитотерапии как атеросклероза, так и ИБС изучена недостаточно. Обычно используют лекарственные растения, способствующие повышению сниженных резервных возможностей ЦНС, коронарного кровообращения миокарда, а также оказывающие общестимулирующее и нормализующее действие на обмен веществ. В частности, за счет влияния фитотерапии на дислиппротеидемию уменьшается всасывание холестерина и ограничивается его проникновение в эндотелий сосудов.

Фитотерапия, как уже отмечалось, играет важную роль как в плане профилактики осложнений при болезнях сердечно-сосудистой систе-

мы, так и в плане усиления действия медикаментозных средств. Большим ИБС можно рекомендовать следующие лекарственных растения и лекарственные фитосборы.

Таблица 11

**Основные лекарственные растения, применяемые
при ишемической болезни сердца**

Название лекарственного растения	Форма применения	Фармакологическое действие
Амфора кустарниковая (листья, семена)	Фрутицин	Нейротропное, спазмолитическое, кардиотоническое
Адонис весенний (трава)	Настой	Дигиталисоподобный эффект, усиливает почечный кровоток и кровоток в системе малого круга
Боярышник кроваво-красный (плоды, цветки, корни)	Настойка, настой	Антиангинальное, антиаритмическое, седативное
Володушка многожилая (трава)	Буплирин	Р-витаминное
Джуг длинноплодный (семена)	Олигтеризид	Кардиотоническое
Диоскорея кавказская (корневище с корнями)	Полиспонин, диоспонин, отвар	Антисклеротическое, сосудорасширяющее, диуретическое, гипотензивное, улучшает функцию сердца
Желтушник раскидистый (трава)	Настой	Кардиотоническое, диуретическое,
Кукурузные рыльца	Настой, отвар	Антисклеротическое, желчегонное, мочегонное, мембраностабилизирующее
Кендырь конопляный (корневище с корнями)	отвар	Кардиотоническое
Ламинария сахаристая	Морская капуста	Антисклеротическое, противосвертывающее, легкое слабительное
Ландыш майский (листья, цветки)	Настойка, экстракт.	Кардиотоническое, седативное
Лобелия лекарственная (корни)	отвар	Кардиотоническое, седативное
Морковь посевная (семена, корнеплоды)	отвар, сок	Поливитаминное, спазмолитическое, легкое слабительное и мочегонное действие
Морозник краснеющий (корневище с корнями)	отвар	Кардиотоническое
Наперстянка пурпурная (листья)	Настой, порошки	Кардиотропное, кардиотоническое, антиаритмическое
Наперстянка шерстистая (листья)	Лантозид целанид, дигоксин	Кардиотоническое, кардиотропное
Облепиха крушиновидная (плоды, листья)	Масло	Выраженное антисклеротическое, поливитаминное, общетонизирующее, антиоксидантное и мембраностабилизирующее действие
Пассифлора инкарнатная (трава)	Настой, жидкий экстракт	Седативное, легкое спазмолитическое
Пустырник (трава)	Настой, настойка	Седативное, гипотензивное, кардиотоническое
Строфант Комбе (семена)	Настойка, строфантин К	Кардиотоническое
Омела белая (листья)	Экстракт, настойка	Седативное, кардиотропное, гипотензивное, диуретическое
Хвощ полевой (трава)	Отвар, настой	Мочегонное, антисклеротическое, реминерализирующее
Якорцы стелющиеся (трава)	Экстракт жидкий	Антисклеротическое, антикоагулянтное

1. Шиповник – 15,0, морковь посевная – 10,0, сушеница болотная – 10,0, береза (листья) – 10,0, мята перечная – 10,0, элеутерококк (корень) – 15,0, кассия остролистная (плоды и листья) – 10,0, почечный чай – 10,0, лопух большой (корни) – 10,0. Настой принимать по 1/3 -1/2 стакана 3 раза в день после еды.

2. Трава тысячелистника – 20,0, цветки арники – 5,0, трава зверобоя – 25,0. Стакан настоя выпивают в течение дня глотками.

3. Морская капуста – 10,0, боярышник (плоды) – 15,0, рябина черноплодная (плоды) – 15,0, брусника (листья) – 10,0, череда трехраздельная (трава) – 10,0, пустырник – 10,0, ромашка аптечная – 10,0, кукурузные столбики с рыльцами – 10,0,

крушина ломкая (кора) – 10,0. Настой принимать по 1/3 -1/4 стакана 3 раза в день после еды.

4. Земляника лесная – 5,0, хвощ полевой – 10,0, зверобой продырявленный – 10,0, листья мать-и мачехи – 10,0, семена укропа – 20,0, сушеница болотная – 30,0, пустырник – 30,0. Принимать по 1/3 стакана настоя 3 раза в день после еды в течение 2-2,5 мес.

5. Корень боярышника – 20,0, трава омелы белой – 30,0, листья барвинка малого – 10,0, плоды тмина – 10,0, трава пустырника – 10,0. Принимать настой по 1/2 стакана 4 раза в день.

6. Трава панцерии – 10,0, корень солодки – 10,0, корень валерианы – 5,0, цветки календулы – 10,0, трава череды – 10,0, плоды укропа – 5,0. Принимать по 1/3 стакана настоя 2-3 раза в день после еды.

С целью оптимизации лечебно-профилактического процесса фитотерапия обычно используется в сочетании с другими методами немедикаментозного лечения.

Во многих случаях целесообразно начинать лечение с назначения адекватной детоксикационной терапии (БРТ, гомеопатия, гемосорбция и др.) нормализации образа жизни, исключения факторов риска развития и прогрессирования ИБС, применения методов психокоррекции и психорелаксации.

Методы немедикаментозной терапии, используемые при лечении больных ИБС, должны быть направлены: на нормализацию функционального состояния ЦНС, вегетативной нервной системы, психоэмоционального состояния; на снижение предрасположенности к спазмам коронарных артерий; на улучшение трофо-метаболических процессов в миокарде (энергетики, сократимости, кровоснабжения и т.д.) и всех видов обмена веществ, системной и регионарной гемодинамики; на повышение иммунологической реактивности организма; нормализацию реологических свойств крови и на мобилизацию антиоксидантной защиты клеток.

Физиотерапия. Из методов физиотерапии, обладающих нейротропной направленностью действия, больным ИБС показано назначение электросона или транскраниальной электроанальгезии.

Электросон (ЭС) и транскраниальная электроанальгезия используются для лечения больных стенокардией напряжения с целью улучшения нейрогуморальной регуляции коронарного кровообращения и устранения патологических кортико-висцеральных взаимосвязей. Лечение электросном следует проводить на фоне рациональной или специальной психотерапии с целью коррекции реакций больного на заболевание.

Наши наблюдения свидетельствуют, что лучше процедуры электросона проводить в послеобеденные (с 14 ч до 16 ч) или в предобеденные часы (с 11 ч до 14 ч), т.к. в ранние утренние часы на фоне преобладания повышенного тонуса симпатической нервной системы (у большинства больных) и повышенного потребления кислорода эта процедура, как и любая другая, может стать нагрузочной для организма, чем и будет обусловлена неадекватная реакция на процедуру. С позиций хронотерапии хороший результат мы наблюдали при проведении процедуры ЭС перед ночным сном (21-23 ч).

Михно Л.Е. и др. (1986) разработали комбинированную методику лечения ЭС в чередовании через день (процедуры следует проводить в одни и те же часы) с интраназальным ЭФ 3% р-ра лития хлорида, общий курс лечения до 16-18 процедур.

Можно комбинировать ЭС с ингаляционной терапией (ИТ) водорастворимых транквилизаторов (за 30-40 мин до процедуры ЭС) или ингаляциями фиторастворов нейтротропной и общестимулирующей направленности действия.

Показания. Стабильная стенокардия I, II, III ФК, особенно стенокардия, связанная с психоэмоциональным перенапряжением, выраженным астеноневротическим или ипохондрическим синдромами, вегетативно-сосудистыми расстройствами, нарушением сна, кардиалгией, гиперсимпатикотонией, больным с сопутствующей гипертонической болезнью, повышенной функцией щитовидной железы, с сахарным диабетом лёгкой и средней тяжести. Инфаркт миокарда в подострой стадии. Постинфарктный кардиосклероз с выраженными функциональными нарушениями в ЦНС, гиперлипопроотеидемией, гиперкатехолаемией, гиперкоагуляционным синдромом, лабильностью сердечного ритма и АД.

Противопоказан электросон больным стенокардией покоя с недостаточностью кровообращения II и III степени, сердечной астмой, сахарным диабетом в стадии декомпенсации, при заболеваниях кожи и глаз, и других противопоказаниях к физиотерапии.

В результате курсового лечения у больных уменьшаются или исчезают боли в области сердца, одышка, головные боли, лабильность сердечного ритма, улучшаются показатели ЭКГ, снижается систолическое и диастолическое давление на 10-15 мм рт.ст. Выявляются также улучшение биоэлектрической активности мозга, тенденция к снижению холестерина в крови и β -липопротеидов, тенденция к нормализации деятельности САС. Улучшение нейрогуморальной регуляции работы сердца способствует снижению потребления миокардом кислорода и повышению адаптации к физической нагрузке, что позволяет увеличить дистанцию дневной ходьбы на 2-3 км.

Для купирования ангинозного статуса можно использовать методику комбинированного обезболивания (Эстрин В.А. и Мкртчян В. Р.) – сочетание нейролептанальгезии и транскраниальной электроанальгезии. Применение такой методики особенно показано больным при непереносимости медикаментозных обезболивающих средств наркотического действия, а также при нежелательных эффектах предшествующей терапии (рвота, угнетение дыхания). Как правило, применение метода у больных стенокардией I, II, III ФК (на курс лечения 8-10 процедур) сопровождается улучшением клинического течения заболевания, повышением умственной работоспособности, сглаживанием неврозоподобной симптоматики, улучшением психовегетативного тонуса организма и процессов адаптации к окружающей среде.

Гальванизация и электрофорез лекарственных веществ оказывают благоприятное влияние на больных ИБС. При этом физико-фармакологическом методе исключается побочное действие лекарств на желудочно-кишечный тракт, а постоянный ток, кроме того, обладает брадикардическим действием, усиливает систолу, удлиняет диастолу, улучшает микроциркуляцию в миокарде. Под влиянием гальванического тока повышается активность ионов K^+ , *малоинтенсивные воздействия* сопровождаются повышением концентрации АТФ и гликогена в сердечной мышце. Лекарственный ЭФ должен быть направлен на *устранение преобладающего синдрома или симптома заболевания*, с целью оказания преимущественно коронаролитического, анти-

адренергического, анальгезирующего, антикоагулянтного действия, устранения нарушений липидного обмена, артериальной гипертензии. Учитывая необходимость одновременного воздействия на разные звенья саморегуляции организма, целесообразно использовать раздвоенные электроды, биполярные методики, чтобы ввести в организм несколько ионов лекарственных веществ. Процедуры проводят ежедневно или через день (в зависимости от построения лечебного комплекса в целом), на курс лечения 10-15-20 процедур.

Для достижения сосудорасширяющего эффекта применяется ЭФ препаратов спазмолитического направления действия: папаверин, теофиллин, зуфиллин (противопоказан при тахикардии), пипольфен, дибазол (как адаптоген повышает толерантность к физической нагрузке у больных ИБС, снижает метеочувствительность), но-шпа, (наряду со спазмолитическим, оказывает антиаритмическое и седативное действие), платифиллин, апрофен, дифацил, ганглерон и др.; для нормализующего влияния на метаболизм и функцию миокарда – ЭФ новокаина, калия, магния, панангина, йода, пиридоксина, цианкобаламина, 0,05 % р-ра нитроглицерина и др. С целью устранения ангинозных приступов (при редких приступах стенокардии напряжения) назначается ЭФ седативных препаратов, коронаролитиков, препаратов анальгезирующего действия, блокирующих болевую импульсацию – новокаин, дионин, ганглерон, пиразолоновые салицилаты, ацетилсалициловая кислота, смеси Парфёнова и др., антиаритмические препараты – новокаинамид, хинидин и др. При наличии гиперкинетического типа кровообращения положительный эффект наблюдается после ЭФ β -адреноблокаторов (обзидан – 0,1 % р-р, анаприлин – 0,5 % р-р, курантил – 1 % р-р).

Для воздействия на нарушенный липидный обмен, в частности гиперхолестеринемии, применяется ЭФ лекарственных веществ с различным механизмом действия. Нормализующее влияние на липидный обмен может осуществляться в 4-х направлениях: 1) активация обмена веществ: ЭФ йода, гепарина, аскорбиновой кислоты, 2% вит. Е из 50 % р-ра димексида, анодная транспечёночная и трансселезёночная гальванизация или ЭФ лекарственных веществ на область печени; 2) стабилизация уровня холестерина путём повышения содержания лецитина: ЭФ аминокислот–метионина, гистидина или витаминов группы В и др.; 3) ингибирование синтеза холестерина: ЭФ никотиновой кислоты, марганца и др.; 4) активирование липопротеидной липазы, ускорение распада и выведения липидов: ЭФ гепарина, 2% вит. Е из 50% р-ра димексида, никотиновой кислоты и др.

При наличии 2-3 факторов риска ИБС с целью одновременного воздействия на разные звенья саморегуляции организма целесообразно назначать ЭФ 2-3 лекарственных препаратов терапевтически направленного действия. Выбор соответствующих лекарственных средств и их сочетаний для ЭФ, методика их введения, продолжительность воздействия должны быть основаны на глубоком анализе детального обследования больного: при большей тяжести заболевания – меньшая интенсивность воздействия. При гальванизации или лекарственном ЭФ, применяемым по Вермелю, по воротниковой, глазнично-затылочной методикам, достигается наиболее выраженное влияние на деятельность ЦНС, АД, мозговое кровообращение; при использовании транс-

кардиальной или рефлекторно-сегментарной методик, ионных рефлексов по Щербаку – отмечается благоприятное влияние на ритм сердца и стенокардию; при воздействии на зоны кожной гипералгезии – обезболивающий эффект.

При разработке индивидуальной физиотерапии у больных ИБС целесообразно включать в лечебный комплекс лекарственный ЭФ на область печени или транспечёночную и трансселезёночную анодную гальванизацию, т.к. улучшение функции этих органов играет важную роль в профилактике атеросклероза. Кроме того, ИБС часто сочетается с патологией желчевыводящих путей и нередко приступы стенокардии являются эквивалентом рефлекторных влияний с желчного пузыря на коронарные сосуды, что необходимо учитывать при составлении плана комплексной терапии.

Противопоказания к назначению гальванизации и лекарственного ЭФ: сердечная недостаточность выше II А стадии, индивидуальная непереносимость гальванического тока и лекарственного препарата. Метод малоэффективен при наличии политопной экстрасистолии, частых пароксизмальных нарушений ритма, а также при стенокардии покоя.

Диадинамические и синусоидальные модулированные токи (ДДТ и СМТ). Для лечения стенокардии напряжения (I, II, III ФК) применяют ДДТ и СМТ на зоны гипералгезии, зоны иррадиации болей, паравerteбрально на уровне C_7 - Th_5 или паравerteбрально на уровне C_3 - Th_2 и Th_9 - L_2 , а также другие локализации. При выборе вида импульсного тока предпочтительнее применение СМТ. Параметры СМТ: режим переменный, I, III, IV р.р. (или I, III р.р. при большей тяжести заболевания), частота следования импульсов – 120-100-70 Гц, глубина модуляции – 25-50-75%, по 2-3 мин каждым родом работ, сила тока до ощущения безболезненной вибрации под электродами, ежедневно, на курс – 6-10 процедур.

У большинства больных прекращаются или урежаются приступы стенокардии, улучшается общее состояние, урежается сердечный ритм, незначительно снижается систолическое (на 5-20 мм рт.ст.) и диастолическое (на 5-10 мм рт.ст.) давление. Вегетоническая направленность реакций более выражена у больных с вегетативной дистонией.

Урежение сердечного ритма и снижение повышенного сосудистого тонуса уменьшают нагрузку на сердце и сердечный выброс и способствуют более экономной работе сердца. Однако при наличии выраженного атеросклероза коронарных артерий, уменьшение сердечного выброса под влиянием импульсных токов нередко сопровождается уменьшением поступления крови в венечные сосуды, что неблагоприятно для больных стенокардией. Поэтому, назначая лечение импульсными токами больным стенокардией II-III ФК, целесообразно анализировать показатели гемодинамики и только при их положительной направленности продолжать курс лечения.

Микроволновая терапия. ДМВ-терапия: прямоугольный волноизлучатель направляют на область сердца со стороны спины, зазор 3-5 см, доза слаботепловая (20-30 Вт – аппарат “Волна-2” или 3-8 Вт – “Ромашка”), экспозиция – 5-10 мин, на курс лечения – 7-10 процедур. При локализации воздействия на область икроножных мышц улучшается периферическое кровообращение.

Микроволновая терапия ДМВ-диапазона сопровождается улучшением коронарной, общей и центральной гемодинамики, уменьшением болевого синдрома, повышением интенсивности окислительно-восстановительных процессов, улучшением показателей липидного обмена, повышением толерантности к физической нагрузке.

КВЧ-терапия: длина волны ЭМИ КВЧ 7,1, 5,6 мм или индивидуальная, мощность излучения до 10 мВт, режим работы импульсный или непрерывный, частота модуляции 9,45 Гц, зона воздействия – мечевидный отросток или прекардиальная зона, положение излучателя контактно на зону воздействия, метод воздействия – стабильный, экспозиция до 15-25 мин, на курс лечения – 10-15 процедур, проводимых ежедневно. Аппарат “Электроника-КВЧ” (4,9 мм), режим импульсной генерации с временной манипуляцией 6 с.

Одним из эффектов КВЧ-терапии (при стенокардии II-III ФК, прогрессирующей стенокардии) является активация антикоагуляционного и фибринолитического потенциала крови, что способствует улучшению реологии крови и восстановлению процессов микроциркуляции. Включение КВЧ-терапии в комплексную постинфарктную реабилитацию больных (20-30-е сутки от начала развития инфаркта) способствует ускорению процессов репарации в зоне некроза миокарда за счёт более раннего наступления интенсивного коллагенообразования. Более быстрый темп организации зоны некроза коррелирует с ранней стабилизацией биоэлектрической активности сердечной мышцы и повышением толерантности к физической нагрузке. При использовании различных аппаратов для КВЧ-терапии с целью более индивидуального подбора длины волны облучают кровь больных в специальных кюветах из фторопласта, используя одинаковую плотность потока мощности ($0,7 \text{ мВт/см}^2$) и экспозицию – 30 мин. Одна кювета – контрольная, другие одновременно облучают длиной волны соответственно – 5,6; 7,1; 4,9 мм. При исследовании уровня гепарина, суммарной фибринолитической активности и активности фермента плазмина определяется наибольшая активность показателей, что и служит критерием адекватности выбранной длины волны.

Показания для ДМВ-, КВЧ-терапии: стенокардия I-III ФК, прогрессирующая стенокардия, при инфаркте миокарда в фазе выздоровления, постинфарктный кардиосклероз. Лечение проводится на фоне медикаментозной терапии (нитраты, β -адреноблокаторы, антагонисты кальция).

Магнитотерапия. С лечебной целью у больных ИБС используют постоянное магнитное поле (ПМП) от магнитофоров и переменное магнитное поле низкой частоты (ПеМП н.ч.). Клинически у больных стенокардией I-III ФК наблюдается урежение приступов стенокардии и повышение переносимости физических нагрузок.

Методика лечения ПМП. Применяют магнитофорное поле напряжённостью 220 Э с градиентом напряжённости 50 Э/мм. Магнитофоры накладывают на 15 мин на прекардиальную область и на левую лопаточную зону. Курс лечения до 10-20 дней.

Методика лечения ПеМП н.ч.: используют 2 варианта локализации воздействия (аппарат “Полюс-1”).

1 вариант: цилиндрический индуктор располагают над областью грудного отдела позвоночника на уровне C_4 - Th_5 , режим непрерывный,

направление силовых линий вертикальное, напряжённость магнитной индукции до 35 мТл, экспозиция – 10-15 мин, на курс до 7-12 процедур.

II вариант: цилиндрический индуктор располагают над областью проекции сердца на переднюю поверхность грудной клетки. Физические параметры процедуры те же, но на курс лечения до 7-10 процедур.

Показания. Для I-варианта – стенокардия I-II ФК; для II варианта – стенокардия II-III ФК. Наличие сердечной недостаточности II ст., явления экстрасистолии не является противопоказанием для применения ПемП н.ч., хотя МП не оказывает особого влияния на нарушенный сердечный ритм.

Противопоказания к назначению ДМВ, ЭМИ КВЧ, ПемП н.ч.: синусовая брадикардия, мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения IIБ-III стадии, декомпенсированная форма сахарного диабета, общие противопоказания к ФТ.

Ультрафиолетовое излучение. У больных ИБС отмечается определённая ритмичность колебаний в системе гемокоагуляции и в содержании липидов сыворотки крови: в зимне-весенний период – повышение уровня общего холестерина, атерогенной фракции и β -липопротеидов, а в летний период – снижение. Это связано с биологическим влиянием солнечного спектра на метаболизм липидов. Поэтому, целесообразно включать в лечебный комплекс УФО (по общепринятым схемам) в осенне-зимний и в зимне-весенний периоды года. УФО в эритемных дозах назначают на область позвоночника (2-3 биодозы на поле, 5-6 облучений на курс) при сопутствующем остеохондрозе, при иррадиации стенокардии.

Эффективно использование аутоотрансфузии УФ-облучённой крови (УФОК) при лечении стабильной стенокардии любого функционального класса: как правило, наблюдается улучшение общего состояния и реологических свойств крови, урежение приступов стенокардии, нормализация иммунологического гомеостаза организма.

Лазеротерапия, наряду с общестимулирующим и общерегулирующим действием, обладает также выраженным кардио- и цитопротекторным эффектом и благотворно влияет на процессы микроциркуляции в сердечной мышце. Установлено, что эффективность комплексной терапии при применении метода ВЛОК возрастает до 95 %, а пороговая мощность нагрузки повышается в среднем на 25-30 процентов (Баруло Г.Т., 1986). При лечении ИБС используется множество методов лазерного воздействия: по методике чередования процедур через день или в виде последовательных циклов применения того или иного метода НЛИ, что позволяет оказывать влияние на все функциональные системы организма, участвующие в формировании хронической многозвеньевой (многофункциональной) патологии, к какой относится ИБС. Следует иметь в виду, что под влиянием НЛИ наблюдается активация антиоксидантной системы организма, что может привести к абсолютной или относительной недостаточности в организме витамина Е и проявиться клиническим феноменом “вторичного обострения” заболевания. Поэтому необходимо перед началом и в процессе лазеротерапии назначать препараты токоферола ацетата (вит. Е) в терапевтически эффективной дозе. Лазеротерапия у больных ИБС может использоваться в нескольких вариантах.

1. Используется ВЛОК ГНЛ в острой фазе инфаркта миокарда, в фазе рубцевания, при стабильной стенокардии I-II-III ФК, хроническом нарушении сердечного ритма, недостаточности кровообращения I-II степени. Облучение проводят посредством кварц-полимерного световода, введённого через пункционную иглу в локтевую вену. Мощность ЛИ на конце световода – 1-3 мВт, экспозиция – 10-20 мин (общезергетическое воздействие за один сеанс до 1,5-3 Дж/см²). Лечение проводят через день или 2 раза в неделю, на курс лечения – 3-5-7 сеансов.

2. Лазеропунктура (ГНЛ или ИКЛ) по возможности проводится после пульсовой или акупунктурной диагностики (метод Р. Фолля, ВРТ, Ака-банз и др.), позволяющей выявить функционально изменённые меридианальные системы, с целью последующего выравнивания их энергетического баланса. В сеанс лазеропунктуры обычно включают точки специфического действия: MC (IX) 6,7; VB (XI) 21; J (XIII) 14, 17; V (VII) 15, 14; F (XII) 23; AP 55, 100, 59, 22, используя за один сеанс 5-7 точек, экспозиция на одну точку – 20-30 с, плотность мощности лазерного излучения 1-5 мВт/см². Курс лечения состоит из 10-12 сеансов. Повторные курсы (2-3) проводят обычно через 3-4 месяца.

3. Используется зональное облучение контактно-сканирующим методом (ГНЛ или ИКЛ) паравerteбральных зон на уровне Th₂ – Th₇, надостной ямки слева, середины грудины, локтевой ямки, медиальной поверхности нижней трети предплечья, проекции верхушечного толчка (при стенокардии, инфаркте миокарда в фазе рубцевания, хроническом нарушении сердечного ритма). Можно проводить так же дистанционное облучение вышеуказанных зон расфокусированным лучом.

Параметры: суммарная доза ЛИ за один сеанс 0,3-0,5-1 Дж/см², на курс лечения до 5-10 процедур.

На рисунке 101 приведены зоны воздействия, рекомендованные Илларионовым В. Е. (1994) при лечении ИБС.

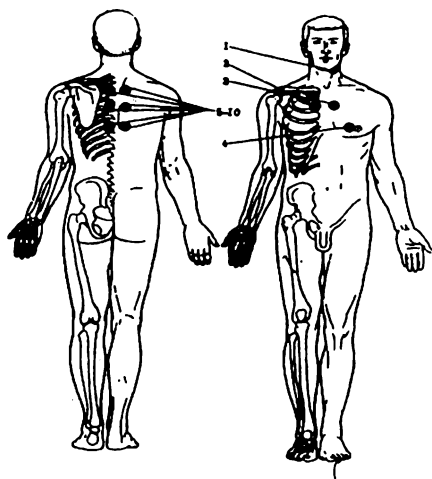


Рис. 101. Поля воздействия при ишемической болезни сердца.

Комбинация полей воздействия: поля 2, 3, 4 – при отсутствии нарушений сердечного ритма; поля 1-4 при нарушениях сердечного ритма; поля 2-10 – при сопутствующем остеохондрозе позвоночного столба с корешковым синдромом и рефлекторной стенокардией.

Метод гипербарической оксигенации (ГБО), получивший широкое распространение в последние годы, на сегодня считается одним из эффективных методов интенсивной терапии нарушений функции жизненно важных органов, благодаря мощному антигипоксическому влиянию на организм.

ГБО применяют, прежде всего, при заболеваниях, связанных с различными формами гипоксии (дыхательная, гемическая, тканевая, цир-

куляторная), когда необходимо нормализовать доставку кислорода во все ткани организма. Следует заметить, что одной из форм циркуляторной гипоксии является ишемия, ведущая к регионарному кислородному голоданию (нарушение мозгового, коронарного кровообращения, кровотока в конечностях и т.д.). Поэтому, ГБО используется, прежде всего, для коррекции гемореологических расстройств и, связанных с ними, нарушений гемоциркуляции и микроциркуляции.

Наряду со специфическим действием фактора, заключающимся в ликвидации или ослаблении кислородного голодания организма, существует и неспецифическое влияние метода на системы организма и, прежде всего, на ЦНС, что и обуславливает широкий спектр терапевтических реакций саногенетической направленности действия.

Процедуры проводятся в соответствии с инструкцией, прилагаемой к аппарату, экспозиция от 30-60 мин до 10-12 часов, что зависит от клинической ситуации и решаемых терапевтических задач, на курс лечения – 10-12 сеансов.

Гидротерапия. Все методы водолечения повышают адаптивные возможности сердечно-сосудистой системы. Изменяя температуру и силу механического раздражения тела струёй воды, можно получать различные реакции со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем.

Теплые водные процедуры оказывают седативный эффект, вызывают расширение сосудов и снижение АД; прохладные и холодные водные процедуры оказывают тонизирующий эффект, вызывают сужение сосудов, повышение их тонуса, подъём АД. Поэтому все водные процедуры назначаются с учётом степени функциональных нарушений, особенностей нервной системы и сопутствующих заболеваний.

Влажные укутывания. Больного заворачивают во влажные простыни, смоченные водой, постепенно снижающейся температуры – 30-25° С. Длительность процедуры – 30-40 мин, 3-4 раза в неделю, на курс лечения – 8-12 процедур. Применяют: при стенокардии I-III ФК, при сопутствующем астеноневротическом синдроме.

Дождевой и вверный души назначают при стенокардии I-II ФК, используя температуру воды 35-36°С, по 2-3 мин, на курс лечения – 10-15 процедур, назначаемых ежедневно.

Контрастные ванны относятся к процедурам тренирующего действия. Используют контрастные ванны с разницей температур в 10°С (25°С и 35°С). Лечение начинают с ножных контрастных ванн и после 3-5 процедур при хорошей их переносимости переходят к применению общих контрастных ванн. Больной поочередно пребывает то в прохладной воде – 1 мин, то в тёплой воде – 2 мин, начиная и заканчивая процедуру пребыванием в воде температурой 35°С. Общая длительность процедуры 8-10 мин, процедуры назначают ежедневно, на курс – 10-12 ванн. **Показания:** стенокардия I-III ФК (II-III ФК – ножные контрастные ванны) с нарушением нейрогуморальной регуляции (гиперсимпатикотония) и выраженным вазоспастическим компонентом в патогенезе стенокардии (холодовая стенокардия; стенокардия вратывания; стенокардия, провоцируемая психоэмоциональными и метеорологическими факторами).

Подводный душ-массаж. Используют струю воды под атмосферным давлением 1-1,5 атм., экспозиция – 15-20 мин (включая 5-минут-

ную адаптацию), на курс лечения – 8-10 процедур, назначаемых через день (более подробно методика описана ниже). **Показания:** стенокардия I ФК, при сопутствующих дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов, субкомпенсированном сахарном диабете, ожирении, умеренной артериальной гипертензии.

Плавание в бассейне, а также выполнение специальных физических упражнений в воде – является эффективным тренирующим методом лечения больных стенокардией I-II ФК при хорошей адаптации организма больного к физической нагрузке. Для больных стенокардией I ФК общая продолжительность физических упражнений в бассейне не должна превышать 15-20 мин, для больных – IIФК – 10-15 мин. Темп плавания и выполнения физических упражнений в сочетании с дыхательными упражнениями подбираются под контролем ЧСС (в начале курса не выше 70-80% от максимального на высоте пороговой нагрузки, в конце курса – 80-90%). Процедуры назначают ежедневно, на курс лечения – 20-25 процедур. Можно рекомендовать плавание в бассейне более длительно с целью поддержания достигнутого эффекта и дальнейшей тренировки сердечно-сосудистой системы.

Сауну можно рекомендовать через 6 месяцев после острого инфаркта (в Финляндии применяют даже через 3-4 месяца после острого инфаркта миокарда). Применение сауны показано больным ИБС с компенсированным кровообращением, без приступов стенокардии, при переносимости физической нагрузки не ниже 75 Вт (велоэргометрия).

Бальнеотерапия. Большое значение в лечении больных ИБС имеют бальнеотерапевтические методы лечения, т.к. они оказывают влияние на многие патогенетические механизмы, участвующие в развитии ИБС. Бальнеотерапию больным ИБС назначают в виде общих и камерных ванн. Все виды общих ванн оказывают термическое, гидростатическое и специфическое химическое действие.

В механизме действия ванн при ИБС особенно важна их способность активизировать капиллярное кровообращение, увеличивать количество функционирующих капилляров и ускорять кровоток в них, что обусловлено снижением периферического сопротивления сосудов кровотоку. Под влиянием ванн увеличивается минутный объем кровообращения, усиливается сердечный выброс, наряду с замедлением ритма и увеличением диастолы, уменьшается тканевая гипоксия, улучшаются адаптационные возможности нейро-гуморальных систем регуляции в ответ на физические нагрузки. Во время приёма ванны и в первые 1-1,5 часа после ванны сердце работает с повышенной нагрузкой, но в более благоприятных условиях – в условиях снижения ПСС и удлинённой диастолы. Эти реакции и составляют основу тренирующего влияния минеральных ванн на сердечно-сосудистую систему больных ИБС. С целью повышения тренирующего эффекта бальнеотерапии соблюдают принцип постепенного повышения интенсивности воздействия – концентрации биологически активных веществ (сероводорода, уголекислоты, радона), длительности ванн и др. Эффект тренирующего действия ванн возрастает к концу курса лечения.

Сероводородные ванны. Специфичность действия этих ванн во многом связана с проникновением газовой фракции сероводорода (H_2S) в кровь и изменением уровня активности нейрофизиологических и метаболических процессов. Сероводород является стимулятором окис-

лительно-восстановительных процессов, поэтому следует рекомендовать больным достаточное пребывание на воздухе. Попадая во внутреннюю среду организма, H_2S интенсифицирует окислительные и энергетические процессы, увеличивает потребление кислорода тканями и обмен катехоламинов в надпочечниках и миокарде. С повышением концентрации сероводорода в ванне возрастает выраженность их влияния на окислительные и энергетические процессы, на периферическую и центральную гемодинамику. Поэтому, чем тяжелее степень функциональных нарушений, тем ниже должна быть концентрация сероводорода в ванне. *Не назначать этот вид лечения больным с нарушением ритма сердца и гиперсимпатикотонией.*

В процессе курса лечения сульфидные воды улучшают функциональное состояние и регулирующую функцию ЦНС, благодаря улучшению центральной гемодинамики и снятию церебро-ишемического звена патогенеза, отрицательно влияющего на коронарное кровообращение и метаболизм миокарда у больных ИБС. Сульфидные воды повышают адаптационно-трофические функции организма, стимулируют гормональную функцию половых, щитовидной и надпочечниковых желёз, липидный, углеводный и белковый обмены, биоэлектрические процессы в миокарде и других органах, а также способствуют урежению пульса, удлинению диастолы, снижению ПСС току крови. Окисление H_2S и выведение продуктов его распада осуществляется печенью и почками, функциональное состояние которых важно учитывать, назначая этот вид ванн.

Сульфидные ванны предпочтительнее назначать при сопутствующих дегенеративно-дистрофических заболеваниях опорно-двигательного аппарата, заболеваниях периферической нервной системы, понижении функции половых и щитовидной желёз, хронической артериальной недостаточности сосудов нижних конечностей, диабетических микроангиопатиях.

Углекислые ванны. Специфичность действия этих ванн обусловлена углекислым газом, который оседая на коже в виде мелких пузырьков, вызывает расширение мелких сосудов кожи и ее покраснение. Углекислый газ, попадая во внутреннюю среду организма через кожу и дыхательные пути, временно повышает рН крови, способствует урежению и углублению дыхания, гипервентиляции, увеличению перфузии газов в лёгких, увеличению насыщения крови кислородом, повышению всасывания кислорода тканями и энергетики мышечного сокращения, уменьшению артерио-венозной разницы в содержании кислорода. Под влиянием курса углекислых ванн происходит перестройка вегетативной регуляции сердца в сторону снижения гиперсимпатикотонии и повышения тонуса парасимпатической нервной системы. В результате этого при гиперкинетическом варианте кровообращения углекислые ванны снижают увеличенный ударный и минутный объёмы крови, тем самым уменьшая "напряжённость" работы сердца, повышают толерантность к физической пороговой нагрузке. При курсовом лечении углекислыми ваннами наблюдается тенденция к нормализации основного и липидного обменов, снижается чувствительность миокарда к катехоламинам и дефициту кислорода, улучшается общая и коронарная гемодинамика, процессы метаболизма в миокарде, повышается толерантность к физической нагрузке и гипоксии, уменьша-

ется или исчезает болевой симптомокомплекс, невротические синдромы за счет восстановления равновесия основных нервных процессов в ЦНС, наблюдается тенденция к нормализации функции щитовидной железы, стимулируются функции половых желёз и гормональная функция коры надпочечников.

В последние годы для лечения больных ИБС получили распространение *сухие углекислые ванны*. Сухие газовые ванны являются методом выбора у больных с утяжелённым течением заболевания, поскольку эти ванны лишены нагрузочного гидростатического действия, но сохраняют специфический компонент действия углекислого газа. Под влиянием сухой углекислой ванны наблюдаются: незначительное урежение пульса, снижение артериального давления на 5-10 мм рт.ст., благоприятные сдвиги в гемодинамике за счёт вазодилататорного действия углекислого газа; улучшение метаболизма тканей и их кислородного обеспечения, реологических свойств крови и общего состояния. В целом сухие углекислые ванны способствуют повышению коронарного и миокардиального резервов, сниженных у больных ИБС. Многие авторы считают этот метод патогенетически обоснованным у больных инфарктом миокарда в фазе реконвалесценции, с целью оптимизации фазы реконвалесценции в процессе постинфарктной реабилитации.

Радоновые ванны. Основными действующими факторами являются радон и альфа-излучение короткоживущих продуктов распада радона, сохраняющихся на коже в течение нескольких часов после процедуры. Радоновые ванны невысокой концентрации (40-100 нКи/л) способствуют урежению приступов стенокардии, снижению повышенного артериального давления, улучшению показателей липидного обмена, вызывают благоприятную перестройку гемодинамики. Действие радоновых ванн на общую гемодинамику имеет коррегирующий характер, максимально проявляющийся при гиперкинетическом варианте кровообращения, связанном с симпатикотонией и гиперреактивностью сердечно-сосудистой системы. В связи с более щадящим влиянием ванн на гемодинамику удаётся избежать перегрузки сердца во время процедуры, что позволяет назначать их при более тяжёлых формах ИБС. Под влиянием радоновых ванн улучшается функция внешнего дыхания – увеличивается вентиляция, жизненная ёмкость лёгких и поглощение кислорода тканями, улучшаются энергетические процессы в миокарде, бронхиальная проходимость.

Действие ионизирующего излучения на центральную и вегетативную нервную систему проявляется выраженным седативным и болеутоляющим эффектом, меняется чувствительность нервных рецепторов к изменению гомеостаза, в частности, снижается возбудимость α - и β -адренорецепторов. С целью получения более выраженного седативного и болеутоляющего действия используют концентрацию радона до 120 нКи/л.

Радоновые ванны предпочтительнее назначать при гиперкинетическом варианте гемодинамики, при сопутствующих болевых синдромах экстракардиального характера, астеноневротическом синдроме, гипертиреозе, фибромииоме.

Хлоридно-натриевые ванны. Основным действующим фактором является длительное раздражающее влияние соли на кожу, её рецеп-

торный аппарат и сосуды. Эти ванны в большей степени, чем другие, оказывают влияние на теплообмен в организме, усиливают кровообращение тканей, повышают интенсивность обменных процессов в них. Под влиянием ванн наблюдается снижение склонности тромбоцитов к агрегации, что уменьшает вязкость крови и улучшает кровообращение на уровне микроциркуляции, наблюдается также седативный эффект за счёт влияния на ЦНС. Первые 2-4 ванны назначают с минерализацией 20 г/л, последующие – 30 г/л.

Хлоридно-натриевые ванны предпочтительнее назначать при сочетании стенокардии с астеноневротическим синдромом, заболеваниями опорно-двигательного аппарата, нервной системы, хроническим пиелонефритом.

Йодобромные ванны, обогащенные кислородом или морской солью, способствуют улучшению функционального состояния ЦНС (усиливают интенсивность процессов торможения, снижают процессы возбуждения, повышают порог болевой чувствительности), общего состояния, увеличению коронарного резерва, исчезновению или урежению приступов стенокардии, улучшению показателей гемодинамики (снижение артериального давления на 10-20 мм рт.ст., урежение пульса на 5-6 уд/мин) и показателей липидного обмена, снижению гиперхолестеринемии, нормализации функции щитовидной железы, половых желёз, особенно в период климакса. Эти ванны расценивают как стимуляторы и регуляторы эндокринных и обменных функций организма.

Йодобромные ванны назначают больным стенокардией с сопутствующим астеноневротическим синдромом, гипертиреозом, фибрилляцией, с симптомами гиперсимпатикотонии, при патологическом климаксе.

Отмечено, что радоновые, углекислые и йодобромные ванны способствуют снижению антигипертермического действия к антигенам тканей сердца и сосудов.

Кислородные ванны готовят искусственным путём, используя физический или химический методы. Специфичность действия этих ванн обусловлена непосредственным влиянием пузырьков кислорода на периферические рецепторы кожи и проникновением его через кожу и дыхательные пути в ткани организма. Попадая во внутренние среды организма, кислород способствует ликвидации гипоксии у больных стенокардией, повышает уровень оксигенации артериальной крови и интенсивность окислительно-восстановительных процессов в миокарде, улучшает коронарное кровообращение, способствует снижению тонуса периферических сосудов, что обеспечивает перевод сердца на более щадящий режим работы. Кислородные ванны оказывают благоприятное влияние на функциональное состояние ЦНС.

Кислородные ванны назначают преимущественно при сочетании ИБС с артериальной гипертензией, при стенокардии с гипокинетическим вариантом гемодинамики.

В результате курсового лечения общими ваннами повышается толерантность к физической нагрузке на 100-240 кгм/ мин, а камерными – в среднем на 70 кгм/ мин.

В местных кардиологических санаториях, санаториях-профилакториях и отделениях восстановительного лечения при отсутствии вышеперечисленных ванн можно назначать хвойные и жемчужные ванны. Эти ванны также способствуют улучшению сократительной функции

миокарда и повышению резервов коронарного кровообращения, но в меньшей степени, чем сульфидные, углекислые и радоновые.

Дифференцированный подбор бальнеотерапии. При стенокардии I ФК, в том числе и при сочетании с артериальной гипертензией, недостаточностью кровообращения I ст. могут применяться все виды общих ванн. При стенокардии II ФК вышеперечисленные общие ванны назначаются при отсутствии пароксизмальных нарушений сердечного ритма, частых экстрасистол (типа ранних, бигеминии, политопных). Не являются противопоказанием к назначению общих ванн (радоновых, углекислых) единичные экстрасистолы, постоянная нормосистолическая мерцательная аритмия у больных при стенокардии I ФК, при отсутствии клинических признаков сердечной недостаточности. При нарушении проводимости по типу блокады левой и правой ножек пучка Гиса (удлинение QRS до 0,12 с и больше) вопрос о показаниях к бальнеотерапии решается по совокупной оценке признаков коронарной и сердечной недостаточности. Бальнеотерапия общими ваннами таким больным не рекомендуется.

При стенокардии III ФК, сопровождающейся частыми болевыми приступами (более 3-4 раз в день) на фоне приёма нитропрепаратов пролонгированного действия, с толерантностью к физической нагрузке 200 кгм/мин и ниже, с недостаточностью кровообращения I ст., при сочетании с начальными формами гипертонии назначают камерные ванны, или сухие углекислые ванны, ограниченно общие радоновые ванны (при недостаточности кровообращения не выше I-Б стадии).

Противопоказания к бальнеотерапии. Стенокардия IV ФК. Сердечная недостаточность выше II-А стадии. Стенокардия покоя. Нестабильная стенокардия. Полная блокада ножек пучка Гиса. (удлинение QRS до 0,12 секунд и более). Сложные нарушения сердечного ритма: частая, политопная экстрасистолия, экстрасистолия по типу бигеминии, пароксизмальная аритмия, в том числе, мерцательная, атриовентрикулярная блокада выше I степени. Хроническая аневризма сердца и сосудов. Неблагоприятное прогрессирующее течение ИБС с частыми обострениями.

Принципы сочетания физиобальнеотерапии. Бальнеотерапию в виде общих и камерных ванн, как правило, используют в сочетании с электро- и светолечением (направленным на устранение преобладающих синдромов или симптомов заболевания), массажем, ЛФК, двигательной активностью и другими методами немедикаментозного лечения, а при необходимости и с медикаментозной терапией. Ванны и электролечение рекомендуется чередовать через день. Целесообразно методы аппаратной физиотерапии назначать больным за 1,5-2 часа до занятий ЛФК. Наши наблюдения показали лучшую переносимость методов аппаратной физиотерапии в предобеденные часы, а бальнеотерапии – в послеобеденные часы (16-17.30). Бальнеотерапию в виде общих ванн назначают спустя 1,5-2 часа после приема пищи, за 1,5-2 ч до лечебной физкультуры, а камерные ванны за 1-1,5 ч до лечебной физкультуры. В день ванны не рекомендуется увеличивать продолжительность и интенсивность лечебной гимнастики и тренировочной ходьбы. После ванны рекомендуется отдых в течение 1-2 ч.

Подбирая для больного ИБС вид бальнеотерапии и физиотерапии, необходимо учитывать особенности нервной и нейрогуморальной ре-

гуляции: функциональное состояние ЦНС, признаки гиперсимпатикотонии (склонность к тахикардии, лабильность сердечного ритма и артериального давления, повышенная громкость сердечных тонов, увеличенная экскреция катехоламинов, гиперкинетический вариант гемодинамики), признаки парасимпатикотонии (брадикардия, гипотония, сниженная экскреция катехоламинов), состояние эндокринной системы, в частности, нарушение функции щитовидной железы, половых желёз, характер сопутствующих заболеваний.

При назначении физиобальнеотерапии больным ИБС целесообразно учитывать биоритмы физиологических функций человеческого организма (суточные, сезонные...) и характер их нарушений. В настоящее время считается доказанной сезонность обострений ИБС. Как правило, состояние здоровья этих больных ухудшается в переходные периоды года. Поэтому курсы профилактической терапии в условиях поликлиники, санатория-профилактория, отделения восстановительного лечения должны быть спланированы с учётом возможных сезонных обострений (на октябрь-ноябрь, на март). В осенне-зимний период обычно ухудшается работоспособность сердца и снижается коронарный кровоток, поэтому в основном больным назначаются физиопроцедуры коронаролитического действия (ЭФ папаверина, зуфиллина, нитроглицерина, дибазола и др., ДМВ-терапия и др.) в сочетании с бальнеотерапией или водолечением, ЛФК, психотерапией, гомеопатией. Весной у больных чаще наблюдаются нарушения в системе свёртывания крови, поэтому в профилактический лечебный комплекс включают ЭФ гепарина, аспирина, общее УФО, ПеМП н.ч., аэроионизацию в сочетании с бальнеотерапией или водолечением, ЛФК и другими методами немедикаментозного лечения.

В целях достижения оптимального лечебно-профилактического эффекта в большинстве случаев (если позволяет клиническая ситуация) целесообразно начинать лечение с немедикаментозных методов, включая методы биофизической терапии (БРТ, гомеопатия — унитарная, комплексная, резонансная, подобранные с помощью ЭПДФ или ВРТ), адекватной эфферентной терапии, фитотерапии, психокоррекции и психорелаксации, физиорефлексотерапии. Сочетание и последовательность применения методов немедикаментозного лечения подбирается врачом в зависимости от конкретной клинической ситуации и возможностей больного. Включение в лечебный комплекс *различных форм и методов ЛФК*, назначаемых с учётом миокардиальных резервов и при их систематическом применении, позволяет добиться существенного улучшения функционирования сердечно-сосудистой системы и адаптации организма к возрастающим нагрузкам.

Планомерная и последовательная комплексная лечебно-реабилитационная терапия, благодаря интегральному влиянию на саморегуляцию и процессы самооздоровления организма, может приостановить прогрессирование атеросклероза, оказать положительное влияние на процессы ишемии миокарда, что позволит уменьшить или полностью исключить приём лекарственных препаратов.

Климато-, гидро- и бальнеотерапия как в санаторно-курортных условиях, так и в лечебно-профилактических учреждениях, также способствуют усилению саногенетических реакций организма, направленных на замедление прогрессирования заболевания.

Эффективность комплексной терапии в значительной мере зависит от условий лечебного учреждения, от соблюдения пациентом надлежащего режима до, во время и после приёма лечебных процедур. Условия приёма всех видов терапии должны быть комфортны и стабильны, и никакие внешние раздражители не должны отвлекать больного во время лечения. Вся окружающая пациента обстановка должна способствовать выработке *положительных устойчивых условно-рефлекторных связей*: лечение в одни и те же часы, в одних и тех же комфортных условиях, желательно у одних и тех же специалистов (массажист, инструктор ЛФК и т.д.), т.к. от этого, в значительной мере, зависит эффективность лечебного процесса и длительность его последствий.

Индивидуально подобранный режим лечения и отдыха должен полностью исключать биссистемное и бесплановое назначение множества лечебных методов, целесообразность которых иногда невозможно обосновать. В этом случае уместно вспомнить наставление Захарьина Г. А.: "... даже симптоматические и паллиативные средства следует назначать крайне воздержанно, как раз в меру действительной необходимости... Злоупотребление симптоматическими и паллиативными средствами – верный признак плохого врача или неумеющего понять, в чем суть дела и назначить коренное лечение, или чаще тяготящегося этим исполнением своего долга".

Лечащий врач должен уметь не только профессионально осуществлять последовательный и планомерный подбор методов немедикаментозного лечения, своевременно внося коррективы в лечебный процесс в соответствии с динамикой состояния больного, но и уметь объяснить больному цель назначаемых мероприятий, чтобы пациент все предписание врача выполнял сознательно. *В рамках холистической модели терапии именно интегральная стимуляция механизмов самооздоровления и активная мотивация поведения пациента являются основополагающими принципами лечебной тактики.* Такая тактика позволяет на передний план ставить стимуляцию саногенеза и самооздоровления организма, а фармакотерапию использовать лишь как заместительную терапию или как поддерживающую терапию в случае недостаточной эффективности методов немедикаментозного лечения.

Постинфарктный кардиосклероз. Больным постинфарктным кардиосклерозом физиобальнеотерапевтические факторы в лечебный комплекс включают с учётом давности от начала инфаркта, тяжести течения, степени функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы.

В основе дифференцированного применения физиобальнеотерапии у этого контингента больных лежит функциональная характеристика сердечно-сосудистой системы, а не величина морфологических изменений в миокарде, поскольку при трансмуральном инфаркте функциональные нарушения могут соответствовать II классу и, наоборот, у больного, перенёсшего мелкоочаговый инфаркт, функциональные нарушения могут соответствовать III-IV ФК.

Задачей лечения и реабилитации больных в ранний период постинфарктного кардиосклероза является повышение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы за счет гиперфункции сохранившихся мышечных волокон миокарда и развития венечных коллатералей, что достигается адекватной тренировкой сердечно-сосудистой системы. Поэтому физиотерапию этим больным обязательно приме-

няют в комплексе с различными двигательными режимами, ЛФК, бальнеотерапией, психотерапией и другими методами немедикаментозного лечения.

Физиобальнеотерапия. Уже через 1-2 месяца после инфаркта миокарда назначают больным электросон (этот метод можно назначать при невротическом синдроме у больных трансмуральным инфарктом уже на 2-4 неделе от начала заболевания), общую гальванизацию по Вермелю, ЭФ лекарственных веществ терапевтически направленного действия, ДМВ-терапию (по вышеописанным методикам), общее УФО, лазеротерапию, КВЧ-терапию, массаж области сердца или воротниковой зоны.

С целью дополнительной тренировки сердечно-сосудистой системы больному уже с 6-7 недели можно назначать углекислые, сульфидные, радоновые камерные ванны (I-II ФК) при температуре – 36-35°C, длительности экспозиции до 10-15 мин, через день, всего – 10-12 ванн. Содержание углекислоты до 1,5 г/л, сероводорода – 50-100 мг/л, радона – 40-100 нКи /л. При отсутствии вышеперечисленных ванн можно назначать камерные: кислородные, йодобромные, хлоридно-натриевые.

Больным со стойкой стабилизацией гемодинамики, без частых, тяжёлых приступов стенокардии и сложных нарушений ритма уже через 2 месяца после инфаркта можно назначать подводную гимнастику в бассейне (температура воды 25-28°C, длительность занятия – 5-15 мин, через день); ПеМП н.ч. в сочетании с тренировкой на велоэргометре. Больным с сопутствующими проявлениями остеохондроза позвоночника (синдром плеча, синдром передней грудной стенки, радикулярный синдром, плечелопаточный периартроз), нередко приводящими к развитию невротических реакций и выраженной кардиофобии, ограничивающей расширение двигательного режима, показано назначение СМТ, располагая электроды паравертебрально на шейно-грудном уровне или поперечно на область плечевого сустава, или по ходу пораженного корешка – на участки наиболее выраженных болей. За одну процедуру возможно воздействие на 2-3 поля, в переменном режиме, I, III, IV р.р., глубина модуляции – 25-75 % (до 50% при паравертебральной локализации электродов), частота модуляции – 100-70 Гц, общая длительность процедуры до 6-10 мин, на курс до 7-9 процедур, назначаемых ежедневно. Или применяется ЭФ лекарственной смеси: 5% р-р новокаина – 500 мл, димедрол – 0,5, платифиллин – 0,06. Методика: анод (50 см²), смоченный лекарственной смесью, располагают на левую подключичную зону Захарьина-Геда, катод (80 см²) на внутреннюю поверхность левого предплечья, сила тока до 1,5-2 мА, длительность первой процедуры – 6-8 мин, последующих постепенно удлиняется до 20 мин, на курс лечения до 10-14 процедур.

Оба метода обладают выраженным анальгезирующим эффектом.

Как в раннем, так и в более позднем периоде реабилитации (через 1-3 года после инфаркта) физиобальнеотерапия назначается обязательно к *комплексу с различными двигательными режимами*. Методический подход к назначению ЛФК и физиобальнеотерапии осуществляется с учётом функциональной характеристики сердечно-сосудистой системы, тяжести сопутствующих заболеваний, возраста больного и его общего состояния.

Лечебная физкультура (дозированная физическая нагрузка) и различные её элементы подбираются индивидуально для конкретного больного, поскольку только адекватная физическая нагрузка может привести к повышению толерантности сердечно-сосудистой системы и улучшению общего самочувствия больного.

Сердце очень быстро реагирует на физическую нагрузку, вследствие богатых нервно-рефлекторных и условно-рефлекторных взаимосвязей. Регулярная адекватная физическая тренировка приводит к усилению сократительной способности миокарда, урежению частоты сердечных сокращений на фоне сниженной потребности миокарда в кислороде при сравнительно высоких энергетических затратах; стимулируются также экстракардиальные факторы гемодинамики за счёт усиления работы скелетной мускулатуры, грудного и диафрагмального дыхания.

Использование физических упражнений, неадекватных состоянию кардиогемодинамики, может привести: 1) к повышению ПСС, затрудняющего работу сердца; 2) к нарушению электролитного равновесия ионов K^+ и Na^+ , которые наряду с ионами Mg^{2+} играют существенную роль в сократительной способности миокарда; 3) к усилению активности симпатно-адреналовой системы, гиперкатехоламины, возрастанию потребности миокарда в кислороде и другим нежелательным эффектам (Круглый М. К., Кобзев А. Ф., 1978).

Для определения адекватности физической нагрузки широко используется велоэргометрическое исследование (постепенно возрастающие по мощности нагрузки от 150 кГм/мин до 750 кГм/мин) под контролем пульса, АД, ЭКГ, а также различные компьютеризированные диагностические программы. В повседневной практической работе врач может судить о реактивности системы кровообращения, используя стандартные физические нагрузки: проба с приседаниями, определение толерантности организма больного к ходьбе, бегу. До нагрузки и тотчас после неё исследуют пульс, АД и ЭКГ. При нормотонической реакции данные ЭКГ не должны ухудшаться, пульс после нагрузки учащается в среднем на 50-70% от исходного, максимальное АД увеличивается до 25%, а минимальное АД уменьшается до 10-20%. Полученные показатели возвращаются к исходным через 3-5 мин. Очень важно правильно рассчитать тренировочный пульс, а также оценить соответствие учащения пульса увеличению пульсового давления, т. е. это соотношение свидетельствует о механизмах приспособления системы кровообращения к физическим нагрузкам и о возможности увеличения нагрузки. И пока ежедневно исследуемые показатели соответствуют нормотонической реакции, можно считать темп занятия адекватным состоянию больного.

В домашних условиях занятия физическими упражнениями лучше проводить с 11-12 ч, по возможности, на свежем воздухе или при открытой форточке, в соответствующей одежде, не стесняющей движений тела, используя комплекс упражнений, предложенный врачом. Очень хорошо предложить больному вести ежедневный дневник самоконтроля состояния. В этом дневнике больной должен отразить состояние пульса и общее самочувствие до и после начала занятия, частоту пульса на высоте максимальной нагрузки (пульс не менее и не более 80-90% от максимального), появление боли в области сердца (при ходьбе, выполнении упражнений), каким образом удалось купировать боль (медикаменты, упражнения, дыхание, массаж) и другие

замечания по усмотрению врача и больного. В случае заболевания (ОРВИ и др.) занятия прекращаются до полного восстановления здоровья и возобновляются вновь с общеразвивающих упражнений и ходьбы в медленном темпе с постепенным наращиванием нагрузки.

В условиях отделения восстановительного лечения в основном занимаются больные, которые по результатам проб с дозированной физической нагрузкой отнесены к I-II ФК. Принцип построения занятия – постепенное наращивание физических нагрузок и интервальный метод тренировок. Под интервальным методом, в данном случае, подразумевается смена темпов движения в ходьбе. Занятие начинают с подсчёта пульса, затем переходят на ходьбу в медленном темпе, который может сочетаться с упражнениями на дыхание, на укрепление свода стопы (3-5 мин.), затем приступают к упражнениям, направленным на тренировку всех мышечных групп (плечевой пояс, мышцы спины, брюшного пресса, шеи, растяжение задней поверхности бедра, дыхание). Повторяемость каждого упражнения должна быть не менее 10-15 раз в медленном или среднем темпе в зависимости от переносимости нагрузки. Начинают занятие с более простых, лёгких упражнений, постепенно переходя к более сложным. При выполнении сложных упражнений (для мышц спины, брюшного пресса) пульс не должен превышать величины тренировочного. Затем приступают к тренировке на выносливость с помощью ходьбы в разном темпе в течение 5-10 мин (в начале медленный темп – 1-2 мин, тренировочный темп – 2-5 мин и заканчивают в медленном темпе). Постепенное увеличение физических нагрузок в процессе занятия идет в основном за счёт ходьбы: время ходьбы увеличивают каждые 1-2 недели на 5 мин, одновременно увеличивая и продолжительность тренировочного темпа на 1,5-3 мин. К концу месяца продолжительность ходьбы доводят до 20-25 мин. Темп движения в основном тренировочный с интервалами по 1 мин медленной ходьбы через каждые 5-10 мин. После ходьбы рекомендуется выполнять упражнения на расслабление, дыхание, лёгкие упражнения для верхних и нижних конечностей в течение 2-3 мин. Постоянные занятия в течение 2-4 месяцев предусматривают прохождение больным ежедневно 8-10 км со скоростью 4,5-5 км в час.

При положительной динамике клинического состояния (отсутствие симптомов коронарной недостаточности и потребности в регулярном употреблении медикаментов), после проверки толерантности к бегу больной приступает ко второму этапу тренировки. Основную часть этого этапа тренировки составляет интервальный бег, т. е. чередующийся с ходьбой или медленным бегом. Принцип наращивания нагрузок в беге такой же, как и в ходьбе. Длительность одномоментного бега – 5-10 минут.

В течение недели на 1-2 дня можно снижать нагрузки или устраивать полный отдых, особенно в дни лёгкого недомогания. Можно использовать схему бега, рекомендованную программой ВОЗ (1968) для реабилитации больных ИБС:

- 1-я неделя – время бега 4 мин – расстояние 400 м;
- 2-я неделя – время бега 5 мин – расстояние 600 м;
- 3-я неделя – время бега 8 мин – расстояние 800 м;
- 4-я неделя – время бега 10 мин – расстояние 1000 м;
- 5-я неделя – время бега 10 мин – расстояние 1000 м.

Состояние больного должно контролироваться на каждом занятии, поскольку только нормотоническая реакция на определённый темп свидетельствует об адекватности нагрузки.

На втором этапе тренировки больному следует рекомендовать в основном ходить на работу пешком в тренировочном темпе.

Физические тренировки следует сочетать с закаливающими мероприятиями: обтирания водой, постепенно снижающейся температуры (34-24-18°C), обливания стоп, начиная с температуры 36°C до водопроводной, контрастные ванны для конечностей с разницей температуры воды до 10°C, общее обливание в течение 1-2 мин. Температуру воды можно снижать на 1°C (с 36°C до 25°C) каждые 5-7 дней. Если больной ослаблен, то закаливание лучше начинать с воздушных ванн (верхне-плечевой пояс, затем нижние конечности), начиная с 5 мин, доводя к концу 2-й недели – до 15 мин. Если закаливание начинают в летнее время, то можно проводить его на свежем воздухе, сочетая с ходьбой и физическими упражнениями.

У больных постинфарктным кардиосклерозом, как и у больных ИБС, следует более широко использовать методы большой и малой психотерапии, которые должны быть направлены на нормализацию психоэмоциональной сферы больного, повышение психологической устойчивости к стрессам, обучению навыкам психогигиены, психопрофилактики, элементам аутотренинга.

Умело комбинируя методы немедикаментозного лечения, и подерживая активную позицию больного в отношении своего здоровья, врач, тем самым, способствует ускорению процессов восстановления, возвращению как можно большего числа больных к общественно-полезному труду, снижению процента инвалидизации от этого заболевания.

Гипертоническая болезнь (ГБ) – это заболевание, характеризующееся нарушением механизмов саморегуляции гемодинамики и снижением адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, что сопровождается ускорением возрастной динамики сосудистых изменений и прогрессированием осложнений. По современным представлениям, в этиологии ГБ доминирует наследственная предрасположенность и нервно-психический фактор, а в патогенезе – нейро-гуморально-эндокринные механизмы.

Существующие классификации ГБ отражают степень поражения органов (ВОЗ, 1978); доброкачественное или злокачественное течение, степень выраженности и устойчивости АД (лёгкая, умеренная и тяжёлые формы) стадийность и характер течения заболевания. Выделяют три стадии, так называемой, эссенциальной гипертензии:

I-я стадия (фаза А) – латентная предгипертоническая, для которой характерна гиперреактивность сосудов на фоне выраженных невротических реакций. Данная стадия нередко рассматривается как нейроциркуляторная (вегетососудистая) дистония по гипертоническому типу;

II-я стадия (фаза Б) – транзиторная, характеризуется нестойкой и кратковременной гипертензией. В состоянии покоя, под влиянием правильного режима, лечения, как правило, АД нормализуется;

III-я стадия – лабильная гипертензия, при которой преобладают функционально-динамические нарушения сосудистого тонуса и некоторых биохимических и нейрофизиологических показателей;

II-я Б стадия – устойчивая, со стабильностью гипертензии. Имеет функционально-органический характер с превалированием функциональных нарушений.

III-я стадия – характеризуется вторичным поражением сердца, мозга, почек. Болезнь принимает органический характер с возможными периодическими ухудшениями состояния или ремиссией.

При составлении плана комплексной лечебно-реабилитационной терапии следует учитывать особенности течения ГБ, исходя из динамики патофизиологических изменений. Шхвацабая И. К.(1974) предложил делить ГБ на два периода – становления и стабилизации.

Период становления: характеризуется гиперреактивностью гипоталамических центров симпатического отдела нервной системы с гиперсекрецией катехоламинов, ишемией почек, сопровождающейся выработкой прессорноактивных веществ (вазопрессина, АКТГ, простогландинов серии F, ренина, ангиотензина-I и ангиотензина-II, альдостерона и др.) с одновременным повышением активности депрессорных механизмов (простогландины серии A и E, кининовая система крови и почек и др.), формированием гиперкинетического типа кровообращения с резким увеличением сердечного выброса (МОК, УО) и тахикардией.

Период стабилизации заболевания характеризуется: снижением систолического объема сердца, нарастанием почечного и периферического сосудистого сопротивления (ПСС) кровотоку, усилением прессорных влияний и снижением активности депрессорных систем регуляции, нарушением упругоэластических свойств сосудов и усилением их контрактильной способности, что в совокупности приводит к стабилизации АД на высоком уровне.

В настоящее время выделяют несколько форм ГБ, из них две основные: гиперадренергическая и гипорениновая.

Гиперадренергическая форма ГБ чаще наблюдается на ранних этапах развития заболевания и характеризуется повышением активности САС, гиперкинетическим вариантом кровообращения (высокий МОК и нормальное или несколько повышенное ПСС). В клинической картине преобладает чувство тревоги, внутреннего напряжения и повышенной возбудимости, ярко выражена кардиальная симптоматика, изменчивость АД в течение дня, отмечается склонность к симпатoadренальным пароксизмам.

Гипорениновая форма чаще встречается на более поздних стадиях заболевания и характеризуется значительным повышением ПСС и объема внутриклеточной жидкости. В клинической картине отмечается постоянство артериальной гипертензии в течение суток, более высокое диастолическое давление, выраженная церебральная симптоматика, склонность к брадикардии, появляются отеки век, одутловатость лица по утрам, отеки конечностей.

Всё вышеизложенное свидетельствует о том, что в комплексной терапии ГБ следует руководствоваться не только стадией заболевания, но и типом гемодинамики, состоянием ЦНС и вегетативной нервной системы, характером патофизиологических нарушений, особенностями гуморальных прессорных систем регуляции, наличием сопутствующих заболеваний и осложнений, в частности, ХИБС и др.

Методы немедикаментозного лечения занимают ведущее место в комплексной терапии ГБ, т.к. они оказывают нормализующее влияние

на функциональную активность ЦНС, психоэмоциональный тонус, стимулируют периферические вазодепрессорные механизмы, регулируют тонус сосудов, нормализуют реологические свойства крови, мобилизуют антиоксидантную защиту клеток и клеточных мембран и т.д.

Повышению эффективности немедикаментозных методов лечения (в частности, гомеопатии, физиорефлексотерапии и др.) в комплексной терапии ГБ способствует исследование суточного ритма АД. Само по себе исследование суточного ритма АД в течение 1-2 недель (через каждые 1,5-2 часа) позволяет уточнить часы максимального его подъема в течение суток, что в соответствии с данными внутрисуточной активности и пассивности функциональных систем (акупунктурных меридианов) позволяет выявить или уточнить наиболее нарушенную (первичную) пусковую систему. К примеру, у пациента стабильно регистрируется подъем АД в вечерние часы (17-19 ч), что может свидетельствовать о почечном характере гипертензии; при подъеме АД в 19-23 ч возможен вариант гормонально-эндокринной дисфункции и гипертонической болезни; подъем АД в 1-3 ч свидетельствует об изменениях в печени и возможном варианте печеночной гипертензии. Эти сведения важны, т.к. позволяют уточнить оптимальное время для назначения многих лечебных методов и средств, в частности, для гомеопатии, БРТ, а при проведении пунктурной терапии выбрать оптимальные для воздействия БАТ и БАЗ.

Фитотерапию широко используют при всех вариантах и формах течения ГБ, но наиболее она эффективна в период становления и на начальных этапах периода стабилизации заболевания. Подбирая фитосбор, необходимо стремиться к тому, чтобы он действовал на ведущее патогенетическое звено гипертензии у конкретного больного с учётом типа гемодинамики и особенностей гуморальных систем регуляции.

Т а б л и ц а 12

**Основные лекарственные растения, применяемые
при гипертонической болезни**

<i>Название лекарственного растения</i>	<i>Форма применения</i>	<i>Фармакологическое действие</i>
Астрагал шерстистолыстый	Настой	Седативное, гипотензивное
Валериановый корень	Настой, успокоительный чай, настойка	Понижает возбудимость коры головного мозга и регулирует функции вегетативной нервной системы
Василистник вонючий (трава)	Настой	Гипотензивное, сердечное
Боярышник (плоды, цветки)	Настой	Кардиотоническое (особенно при склонности к пароксизмальной тахикардии), гипотензивное
Барвинок малый (листья)	Настой	Спазмолитическое, седативное, гипотензивное, коронаролитическое, сосудорасширяющее, уменьшает головокружение и головную боль
Донник лекарственный	Настой	Седативное, кардиотоническое, антикоагулянтное
Магнолия крупноцветная (листья)	Отвар	Гипотензивное
Лунносемянник даурский (корневище с корнями)	Настойка, отвар	Гипотензивное, седативное
Омела белая (трава)	Настой	Гипотензивное, антисклеротическое (особенно при церебральных симптомах – головокружение, головная боль)

Омела белая (трава)	Настой	Гипотензивное, антисклеротическое (особенно при церебральных симптомах – головокружение, головная боль)
Пассифлора анкарнатная (трава)	Настой	Седативное
Пион уклоняющийся, марьин корень (трава, корни)	Настойка, отвар	Седативное
Пастернак (плоды)	Отвар	Спазмолитическое и сосудорасширяющее
Пустырник (трава)	Настой	Седативное, гипотензивное
Рябина черноплодная (плоды)	Сок	Общеукрепляющее, гипотензивное и спазмолитическое
Солянка Рихтера (плоды)	Отвар	Гипотензивное
Сушеница болотная (трава)	Настой	Седативное, сосудорасширяющее и гипотензивное действие, замедляет ритм сердечных сокращений
Стефания гладкая (клубни с корнями)	Отвар	Седативное, снотворное, гипотензивное
Укроп огородный (плоды)	Настой	Спазмолитическое
Хвощ полевой (трава)	Настой	Антисклеротическое, спазмолитическое
Хмель (шишки)	Настой	Седативное
Кора зевомии	Экстракт и настойка	Гипотензивное, седативное
Шлемника байкальского	Настойка	Гипотензивное, седативное

Вещества, оказывающие мочегонное действие содержатся во многих растениях, но наиболее эффективны: лист березы (настой из листьев березы принимают по 2 стакана в день), трава хвоща полевого (в виде настоя – 1 стакан в день), корень петрушки (в виде горячего настоя – 150 мл в день), листья брусники, почечный чай, толокнянка обыкновенная. Усиливают мочеотделение ягоды крыжовника, земляники, барбариса, груша, лимон, семена тыквы, укропа, дыня, салат, сок редьки с мёдом в равных количествах.

Фитосборы, применяемые при лечении ГБ должны оказывать *успокаивающее, гипотензивное, спазмолитическое и диуретическое действие с учетом типа гемодинамики.*

1. Сушеница болотная – 15,0, астрагал шерстистоцветковый – 20,0, хвощ полевой – 20,0. Настой принимать по 1-2 столовых ложки 2-3 раза в день после еды.

2. Сушеница болотная – 60,0, боярышник – 40,0, бессмертник песчаный – 50,0, донник лекарственный – 10,0, листья березы – 10,0, корень солодки – 20,0, листья мать-и-мачехи 20,0, хвощ полевой – 30,0, трава укропа огородного – 30,0. Настой принимают по 2/3 стакана 3 раза в день до еды.

3. Ландыш майский (цветки) – 10,0, фенхель обыкновенный – 20,0, мята перечная – 30,0, валериана лекарственная – 40,0. Настой принимают по 1/3–1/4 стакана 3 раза в день (при учащенном сердцебиении, раздражительности, повышенной тревожности, бессоннице).

4. Омела белая – 30,0, боярышник (цветки) – 20,0, валериана лекарственная – 20,0, барвинок малый (листья) – 10,0, тмин обыкновенный – 20,0. Настой принимают по 1/4 стакана 3-4 раза в день.

5. Шлемник байкальский (корни) – 20,0, пустырник обыкновенный – 15,0, сушеница болотная – 15,0, шиповник (плоды) – 15,0, мята перечная – 10,0, Ромашка аптечная – 10,0, почечный чай – 15,0. Настой принимать по 1/4–1/3 стакана 3-4 раза в день.

Физио- и бальнеотерапия. Природные и преформированные факторы, широко используемые в комплексной терапии больных ГБ, можно условно разделить на 4 группы.

Первая группа – факторы, действующие на гемодинамические и метаболические процессы в ЦНС, кардиальную симптоматику.

Электросон и транскраниальная электроанальгезия. Физические параметры фактора подбираются с учетом положительных субъектив-

ных ощущений больного во время процедуры: комфортность, расслабленность, успокоенность и т.д. По методике электросна можно использовать, так называемый, круговой ток (аппарат ЭКТ-2, несущая частота 2000 Гц) с присущим ему меньшим раздражающим действием на нервные структуры, чем действие постоянного тока с прямоугольной формой импульсов. При применении метода СМТ-ЭС наблюдается наряду с антигипертензивным действием, более выраженное благоприятное влияние на цереброишемическое звено патогенеза заболевания. **Показания.** ГБ I и II стадии, доброкачественное течение (независимо от гемодинамического варианта), преимущественно церебральная форма заболевания. **Противопоказания.** Отслойка сетчатки и ее пигментные перерождения, высокая степень близорукости, декомпенсированная глаукома, страх темноты, остаточные явления нарушения мозгового кровообращения.

Для лечения больных ГБ, особенно стабильных ее стадий, при гиперкинетическом либо зукинетическом типе гемодинамики можно рекомендовать следующие сочетания:

1. Электросон и фонофорез 2% мази апрессина: наносят 2% апрессиновую мазь на воротниковую область или паравертебрально на уровне Th_7-L_2 – 1 поле и на область икроножных мышц – II поле. Параметры воздействия УЗ на I поле: методика лабильная, режим импульсный, интенсивность 0,05-0,1 Вт/см², по 1-1,5 мин; на II поле – методика лабильная, режим импульсный или непрерывный, интенсивность 0,05-0,2 Вт/см² по 1,5-2 мин на каждую икроножную мышцу.

Сначала проводят воздействие УЗ на выбранную область, а затем без временного интервала проводят лечение электросном. Процедуры ЭС проводят ежедневно, а фонофорез 2 % мази апрессина через день, общий курс лечения – 7-10 процедур.

2. Сочетанное применение ЭФ 0,1 % р-ра обзидана и электросна. Активный электрод-анод площадью 120-150 см², смоченный 5 мл 0,1% р-ра обзидана (анаприлина) накладывают на межлопаточную область (Th_2-Th_9), а индифферентный электрод-катод площадью 120-150 см² локализуют продольно на уровне Th_9-L_2 , плотность тока 0,02 мА/см², экспозиция – 10 мин, затем без временного интервала проводят лечение электросном с использованием прямоугольного импульсного тока частотой – 10 Гц, экспозиция – 30-40 мин. Сочетанные воздействия проводят ежедневно, на курс лечения до 10 процедур. Эта методика может быть рекомендована для лечения больных ГБ I-II стадии, а также при сочетании ГБ и ИБС.

Противопоказания к назначению ЭФ адреноблокаторов: синусовая брадикардия, полная или неполная предсердно-желудочковая блокада, недостаточность кровообращения выше II А стадии, БА, сахарный диабет, спастический колит.

Для лекарственного ЭФ можно использовать также вещества, ослабляющие адренергические влияния на сердце (новокаин, магний, седуксен и др.), симпатолитики (дибазол, но-шпа, папаверин и др.), холинолитики (платифиллин, дифацил и др.), ганглиоблокаторы (бензогексоний, ганглерон и др.) и другие лекарственные вещества, используя в зависимости от клинической симптоматики методики Вермея,

воротниковую по Щербаку, интраназальную, трансцеребральную, ионные рефлексы по Щербаку.

Микроволновые воротники (аппараты "Ромашка", "Волна-2"), *СМТ-воротник*, оказывающие благоприятное влияние на церебральную гемодинамику, показаны больным ГБ с выраженной церебральной симптоматикой.

КВЧ-терапия может применяться в нескольких вариантах, выбор которых зависит от формы и стадии ГБ и от конкретной клинической симптоматики. Метод широко используется при ГБ I-II стадии.

1. Длина волны ЭМИ КВЧ – 5,6 или 7,1 мм, мощность излучения до 10 мВт, режим работы – непрерывный или ТЧМ, зона воздействия – проекция аорты (во 2-ом межреберье справа от грудины), положение излучателя – контактно на зону воздействия или область мечевидного отростка, экспозиция до 15-30 мин, на курс лечения до 10 процедур, назначаемых ежедневно.

2. Длина волны ЭМИ КВЧ – 5,6 мм, мощность излучения до 10 мВт, режим работы импульсный – 50 Гц, зона воздействия – на уровне С₂₋₃ по средней линии, положение излучателя – над зоной воздействия (0,5-1 см), экспозиция до 20 мин, на курс лечения – 10-12 процедур, назначаемых ежедневно.

3. Длина волны ЭМИ КВЧ – 4,9 мм или подбирается индивидуально, мощность излучения до 2-5 мВт, режим работы – импульсная генерация 45 Гц + пауза 11 с, зона воздействия 2 БАТ (симметричные) за одну процедуру (соответственно по дням – Е 36; РР 6; МС 6; ТR5; F2), положение излучателя – контактно на БАТ, экспозиция по 10-15 мин на точку, на курс лечения – 7-10 процедур, назначаемых ежедневно. Повторный курс лечения через 3-4 недели.

4. Длина волны ЭМИ КВЧ 4,9 мм или индивидуальная, мощность излучения до 3-7 мВт, режим работы непрерывный или ТЧМ, зона воздействия – верхние шейные симпатические узлы, положение излучателя – над зоной воздействия (0,5-1 см), экспозиция – 5-10 мин (1-я процедура – плацебо; 2-я – по 5 мин с обеих сторон; 3-я процедура – 7 мин с обеих сторон; 4-10 процедуры – по 10 мин с обеих сторон), на курс лечения до 10 процедур, назначаемых ежедневно.

Целесообразно во время сеанса КВЧ-терапии контролировать частоту пульса и АД и при возникновении отрицательных реакций у больного следует пересмотреть физические параметры – частоту и поток мощности.

Лазеротерапию у больных ГБ I-III ст. включают в общий комплекс лечения, используя несколько вариантов методик.

1. *ВЛОК ГНЛ* (аналогична применяемой при ИБС) применяют при ГБ II-III стадии на фоне общепринятой медикаментозной терапии. Облучение проводят через 1-2 суток в течение 10-20 мин, на курс лечения – 3-5-7 сеансов (до улучшения). У некоторых больных при проведении лазерного воздействия могут отмечаться некоторая сонливость, чувство успокоенности на 1-2 ч после процедуры, что расценивается как признак благотворного влияния НЛИ на организм, хотя и отсутствие этого признака не может служить показателем неэффективности лечения. Обычно АД плавно снижается (на 15-20%) в течение первых 3-4 процедур, что объясняется улучшением микроциркуляции и увеличением объема циркуляторного русла, уменьшением ПСС, а также

включением "вторичных механизмов" (учлучшение гормонально-эндокринных и вегетативных функций, нормализация функции почек и др.), способствующих стабилизации АД.

2. Облучение контактно-сканирующим методом (ГНЛ или ИКЛ) следующих БАЗ: парвертебральных зон на уровне C_1 - C_7 и Th_5 - Th_9 , каротидных зон, надключичных и надостных зон, кубитальной зоны, зоны пульсы и подколенной ямки, проекции верхушечного толчка, зоны мечевидного отростка. Параметры воздействия: плотность мощности ЛИ – 2-5 мВт/см², экспозиция на одну зону – 30с-1-2 мин, суммарная доза энергии за один сеанс – 0,5-1 Дж/см². На курс лечения до 7-14 сеансов. Можно использовать расфокусированное ЛИ для воздействия на перечисленные зоны по дистантной методике, при этом суммарная доза энергии за один сеанс не должна превышать 1-2 Дж/см² (следует учитывать коэффициент отражения).

3. Проводят лазеропунктуру (ГНЛ и ИКЛ) после проведения пульсовой или акупунктурной диагностики (метод Р.Фолля, Накатани, Акабанэ и др.), позволяющей установить функциональное состояние меридианов. На меридианы, находящиеся в гиперфункциональном состоянии оказывают воздействие в ИК-диапазоне, в основном используя точки: седативную, ЛО-пункт или пособник, глашатай и сочувственную (плотность мощности ЛИ на выходе световода до 5 мВт/см²), время воздействия на каждую точку – 30-40 с, суммарное время на первых процедурах не должно превышать 2-3 мин, в последующем может быть доведено до 5-7 минут.

На меридианы, находящиеся в гипофункциональном состоянии воздействуют ГНЛ, в основном используя следующие точки: тонизирующую, пособник, глашатай и сочувственную (плотность мощности на выходе световода – 2-5 мВт/см², экспозиция воздействия на каждую АТ – 15-20 с, суммарное время на первых сеансах не должно превышать 2-3 мин, в последующем оно может быть увеличено до 4-5 мин). Комбинированное воздействие ГНЛ и ИКЛ проводят до энергетического выравнивания меридианов (контроль через каждые 2-3 сеанса) и нормализации АД. Лучшие результаты наблюдаются при пролонгированном лечении – 2-3 раза в неделю, на курс – 7-14 сеансов. Впоследствии возможна поддерживающая терапия – 1-2 сеанса в 1-2 недели.

4. Если нет возможности провести акупунктурную диагностику, то проводят лазеропунктуру (ГНЛ или ИКЛ), используя симптоматические (специфические) точки: Е9,36; МС 6,9; F 2,3; VB 20, 21; V 18,19,40; GI 4,11. За один сеанс воздействуют на 5-7 точек, плотность мощности лазерного воздействия – 1-2 мВт/см², экспозиция на одну точку – 20-30 с, на курс лечения – 10-15 сеансов.

Электроаэрозоли водорастворимых транквилизаторов, сосудорасширяющих средств или соответствующих лекарственных трав, назначаемых за 1 ч до или после еды, показаны больным ГБ с клинической симптоматикой, связанной с изменениями в ЦНС и ослаблением коркового торможения.

Целесообразно больным ГБ I-II А стадии назначать в зимне-весенний период *общее УФО* с 1/8 до 1 биодозы, а больным ГБ II Б стадии – с 1/8 до 2-х биодоз, на курс лечения до 14-16 облучений, сочетая светолечение с общей франклинизацией, аэроионизацией или электроаэрозольтерапией или ЭФ лекарственных веществ.

быть дополнен медикаментозными средствами, назначаемыми с учётом стадии болезни и типа гемодинамики.

Вегетососудистая дистония (ВСД) – одно из наиболее распространённых патологических состояний человека. Вегетодистония по Лангу Г.Ф. (1935 г.) – это проявление нарушения функционирования систем мозга (в первую очередь лимбико-ретикулярного комплекса), обеспечивающих адаптационно-приспособительные реакции человека.

Симптомокомплекс вегетативно-сосудистых расстройств наблюдается при многих заболеваниях внутренних органов (эндокринопатиях, аллергических состояниях, поражениях головного мозга и др.), но наиболее часто при неврозах. Считается, что ВСД является обязательным признаком невротических расстройств. Поэтому в настоящее время общепризнана точка зрения, что ВСД не является самостоятельной нозологической формой, а представляет собой синдром, сопровождающий многие органические и функциональные заболевания.

Функциональные расстройства, как результат нарушения регуляции, всегда наблюдаются на начальной стадии любого патологического процесса (если организм не может компенсировать раздражение, что происходит нарушении регуляции – стадия предболезни, крайнее физиологическое состояние организма), а также и тогда, когда морфологические изменения в органах и тканях проявляются в форме клинического заболевания.

Современная медицина вынуждена признать, что причина большинства функциональных расстройств лежит в энергоинформационной сфере, а не в морфологической, что необходимо учитывать в плане своевременной диагностики и соответствующей терапии. Это тем более актуально, поскольку своевременное патогенетически направленное лечение кардиального, гипотензивного или гипертензивного синдромов ВСД, можно рассматривать как первичную профилактику ИБС и ГБ.

Для удобства планирования лечебной тактики можно чисто условно подразделить сосудистые (нейроциркуляторные) дистонии на первичные и вторичные (Покалев Г.М., 1971 г.):

- первичные возникают как результат кортиковисцеральных нарушений, преимущественно психогенного генеза (вследствие первичных нарушений в гипоталамической и лимбической системах, подкорке, являющихся высшими регуляторными центрами вегетативной нервной системы);

- вторичные развиваются на фоне заболеваний органов кровообращения, дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы и т.д., особенно при наличии очагов хронической инфекции, которые содействуют развитию нарушений нервных процессов в ЦНС и проявлению патологических кортиковисцеральных связей.

В современных условиях, вследствие ухудшения экологической обстановки, многие люди страдают хроническими и скрытыми интоксикациями, иммунодефицитом за счет хронической интоксикации, которые в большинстве случаев невозможно своевременно диагностировать с помощью обычных клинико-лабораторных методов исследования, но которые, однако, нередко являясь причиной многочисленных функциональных нарушений. К сожалению, подобные нарушения не только значительно ухудшают качество жизни человека, но и усугубляют развитие клинического заболевания, усугубляют клиническую

симптоматику, делая малоуспешной терапию по общепринятым в официальной медицине схемам.

Принципы и методы лечения ВСД, одного из самых распространенных заболеваний психосоматической природы, должны сочетать в себе совокупность традиционных клинических и психотерапевтических подходов. Для лечения этого контингента больных (особенно первичной ВСД) наиболее оправдано использование холистической модели лечения, в основе своей содержащей целостную концепцию терапии и представляющую собой как бы цепочку взаимосвязанных, последовательно применяемых различных терапевтических методов и средств с учётом индивидуальных особенностей пациента. Во главу угла холистического подхода к терапии поставлена самопомощь и активная мотивация.

Исходя из изложенных принципов, комплексная терапия ВСД должна быть направлена прежде всего на устранение нарушений в высших отделах ЦНС, регулирующих функции соподчиненных отделов вегетативной нервной системы; на восстановление кортиковисцеральных взаимосвязей; на лечение нозологических форм (при вторичной ВСД). Все усилия врача и больного должны быть подчинены одной цели: поднять жизненный тонус организма и повысить его адаптивные резервы.

В плане терапии необходимо учитывать, что у многих больных ВСД имеется повышенная, нередко извращённая чувствительность ко многим, обычно применяемым фармакопрепаратам (транквилизаторам, психотропным, тонизирующим и т.д.), к электропроцедурам, в связи с чем у них могут усиливаться как симптомы и жалобы функционального характера, так и симптомы основного заболевания.

В соответствии с клиническими данными, результатами вегетопсихологического и биофизического обследования (ЭПДФ, БРТ, ВРТ и др.) врач дифференцированно подбирает для каждого больного индивидуальный лечебно-профилактический комплекс и даёт рекомендации для самостоятельной долговременной терапии. При этом целесообразно учитывать хронобиологический ритм активности обоих отделов вегетативной нервной системы. При обсуждении вопросов хронобиологии на 32-м конгрессе терапевтов в Карлсруэ (1980 г.) отмечено, что около 2/3 населения – ваготоники и 1/3 – симпатикотоники: симпатикотоники – эрготропные типы (“утренние люди”, “жаворонки”), парасимпатикотоники – тропотропные типы (“вечерние люди”, “совы”).

При составлении лечебно-профилактического комплекса особое внимание должно быть уделено состоянию эмоционально-аффективной сферы больных, т.к. в настоящее время у больных наблюдается тенденция – жалобы депрессивного характера относить к соматической сфере, т.е. “соматизация депрессии”. Без снятия этого депрессивного невротического синдрома любое лечение в большинстве случаев малоэффективно. Поэтому психотерапия (индивидуально подобранные методы психокоррекции и аутопсихорелаксации – медитация, аутотренинг, йога, позитивное самовнушение и т.д.) составляет неотъемлемый элемент комплексной терапии.

Повышает внушаемость больных лечение электросном или применение транскраниальной электростимуляции, поэтому можно одновременно сочетать оба метода. Потенцирует гипносуггестивные методы лечения аэрофитотерапия, к примеру, в виде ингаляции аэрозоля настоя лекарственных трав: полынь горькая – 3 ч., тимьян ползучий – 2 ч.,

душица обыкновенная – 2 ч., мята перечная – 1 ч. Настой распыляется в помещении, где проводится сеанс психотерапии (групповой или индивидуальной) или лечение электросном в сочетании с внушением.

Заслуживает внимания применение у этого контингента пациентов нового метода лечения, так называемой, “*музыки мозга*” (авторы метода – акад. Вейн А.М., проф. Левин Я.И. и др.), в основе которого лежит прослушивание пациентом музыки, полученной путем преобразования его электроэнцефалограммы в музыку с помощью специальных методов компьютерной обработки с использованием ряда алгоритмов, выверенных многолетними исследованиями и наблюдениями авторов. Метод обладает достаточной терапевтической эффективностью, отсутствием противопоказаний и может быть использован в любых условиях (домашних, поликлинических и т.д.) в сочетании с любыми другими методами лечения.

Таким образом, различные формы психотерапии в сочетании с методами, потенцирующими эффект суггестии и психорелаксации, являются неотъемлемой частью комплексной терапии больных ВСД.

Фитотерапия, применяемая как при первичной, так и при вторичной ВСД, в виде настоев, отваров, витаминных чаёв, лекарственных ванн позволяет значительно расширить терапевтические возможности лечебного процесса. Большинство лекарственных сборов можно применять длительно, в течение нескольких месяцев, делая 1-2-х недельные перерывы каждые 2-3 месяца. Женщинам во время менструальных дней также рекомендуется делать перерыв в приёме лекарственных сборов.

Наиболее часто используются следующие лекарственные растения: аралия маньчжурская (корень), астрагал (травя), боярышник (плоды, цветки), валериана (корень), вахта трехлистная (травя), душица (травя), жень-шень (корень), заманиха (корень), календула (цветки), ландыш (цветки), левзея (корень), лимонник китайский (плоды), мята перечная (листья), мелисса (травя), пион уклоняющийся (корень), пустырник (травя), родиола розовая (корень), сушеница болотная (травя), тмин (плоды), хмель (соцветия, шишки), хвощ полевой (травя), шалфей (травя), элеутерококк (корень).

При ВСД с гипертензивным синдромом можно применять следующие лекарственные сборы, которые действуют успокаивающее на нервную систему, уменьшают головную боль, понижают давление.

1. Сушеница болотная – 15,0, астрагал – 20,0, хвощ полевой – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 15-20 мин, охладить, процедить. Настой принимать по 1-2 столовых ложки 2-3 раза в день после еды. Курс лечения 4-6 недель.

Все нижепредлагаемые лекарственные сборы готовятся аналогично.

2. Валериана – 25,0, пустырник – 25,0, тмин – 25,0, фенхель – 25,0.

Настой принимать по 1/2 стакана 3 раза в день.

3. Пустырник – 20,0, сушеница – 20,0, шалфей – 10,0, душица – 20,0, боярышник (цветки) – 10,0. Принимать по 1/2 стакана 2 раза в день до еды.

4. Татарник – 20,0, солома зеленого овса – 20,0, тмин – 20,0, боярышник – 10,0, ромашка – 10,0. Настой принимать по 1/2 стакана утром и днём и 1 стакан перед сном.

5. Барвинок малый – 10,0, валериана – 20,0, боярышник (цветки) – 20,0, омела белая – 30,0. Принимать по 1/3 – 1/4 стакана 3-5 раз в день.

6. Фенхель – 10,0, ромашка – 10,0, алтей – 20,0, солодка – 20,0, пырей – 20,0.

Настой принимать в теплом виде по 1 столовой ложке 2-3 раза в день.

При преобладании в клинической симптоматике жалоб на повышенную нервную возбудимость, раздражительность, бессонницу можно применять следующие лекарственные сборы.

7. Вереск – 20,0, сушеница – 20,0, тимьян – 20,0, валериана – 20,0, цикорий (корень) – 10,0. Настой принимать по 1/2 стакана 3-4 раза в день.

8. Ромашка – 10,0, мята – 10,0, фенхель – 10,0, тмин – 10,0, валериана – 10,0. Настой принимать по 1 стакану на ночь.

При вегетососудистой дистонии с гипотензивным синдромом целесообразно применение лекарственных растительных нейростимуляторов (адаптогенов), лекарственных сборов, обладающих тонизирующим, общеукрепляющим и иммуномодулирующим действием. В отличие от чая и кофе лекарственные растения являются более универсальным средством стимуляции, т.к. стимулируют прежде всего работу различных органов и систем организма не методом "подхлестывания" ЦНС, а снабжая организм всеми жизненно необходимыми веществами: микроэлементами, витаминами, ферментами и другими физиологически активными веществами. Применяются адаптогены в виде настоек и экстрактов домашнего или аптечного изготовления: корень жень-шеня, экстракт элеутерококка, экстракт левзеи, настойка аралии (медицинский препарат "Сепарал"), настойка стеркулии, которые рекомендуется принимать в виде коротких курсов (2-4 недели) во избежание привыкания к ним.

Для более длительных курсов лечения можно использовать следующие лекарственные сборы.

9. Родиола розовая – 20,0, заманиха – 20,0, шиповник – 20,0, крапива – 15,0, боярышник – 15,0, зверобой – 10,0. Настой принимать по 1/3 – 1/2 стакана 2-3 раза в день.

10. Аралия маньчжурская – 15,0, левзея сафлоровидная – 15,0, боярышник – 15,0, календула – 10,0, подорожник – 10,0. Настой принимать по 1/4-1/3 стакана 3 раза в день.

11. Валериана – 40,0, вахта трехлистная – 30,0, мята перечная – 30,0, фенхель – 20,0, душица – 30,0, шиповник – 40,0, хмель (сок плодов) – 20,0. 5-10 г лекарственного сбора залить 400 мл кипятка, настоять 2-3 часа. Принимать по 1/2 стакана 3-4 раза в день до еды.

12. Валериана – 20,0, ромашка – 30,0, тмин – 50,0, солодка – 10,0, лопух (корень) – 10,0, шиповник – 30,0. 5-10 г лекарственного сбора залить стаканом кипятка, настаивать 6-8 часов. Принимать по 100 мл 2 раза в день до еды.

13. Шиповник – 40,0, крапива – 30,0, боярышник – 30,0, зверобой – 10,0. 10 г лекарственного сбора залить стаканом кипятка, настоять в термосе 2 ч, процедить, отжать, принимать по 1/2 стакана 2 раза в день до еды.

14. Боярышник – 30,0, шиповник – 30,0, календула – 20,0, череда – 20,0, арония – 20,0, подорожник – 20,0. Готовить и принимать так же.

15. Пижма – 1,0, бессмертник – 5,0, очиток большой – 10,0, гулявник струголистный – 5,0, шиповник – 10,0, хвощ полевой – 5,0, крапива – 5,0, черная смородина (плоды и листья) – 5,0, горечавка или золототысячник – 5,0. Лекарственный сбор залить 1 л кипятка, настаивать 1-2 часа. Принимать по 1/3-1/2 стакана 2 раза в день.

Кардиальные (сердечные) проявления при ВСД ощущаются в виде кардиалгии, перебоев в сердце, замираний, следующих с той или иной частотой в течение дня. Иногда болевые ощущения в сердце сопровождаются чувством "нехватки воздуха", неудовлетворенностью вдохом. На фоне этих жалоб часто отмечаются бессонница, тревога за свое сердце, быстрая утомляемость. Фитотерапия кардиального синдрома складывается из назначения лекарственных растений седативной и кардиотонической или кардиолитической направленности действия.

16. Валериана – 40,0, ромашка – 10,0, ландыш – 10,0, фенхель – 20,0, мята перечная – 30,0. 5-10 г измельченного лекарственного сбора залить стаканом холодной воды, настаивать при комнатной температуре не менее 3-х часов, затем кипятить 5-10-15 минут, процедить, отжать, принимать по 1/5 стакана 5-6 раз в течение дня.

17. Мята – 30,0, зверобой – 10,0, душица – 10,0, солодка – 10,0, трифоль – 10,0. 5 г измельченного сбора залить стаканом холодной воды, настаивать 8 часов, затем кипятить 5 минут, процедить, отжать, принимать по 1/2 стакана 2 раза в день до еды.

При "перебоях" и "чувстве замирания сердца" можно применять успокаивающие чаи.

18. Тимьян или чабрец – 10,0, душица – 10,0, боярышник – 10,0, мелисса лекарственная – 10,0, пустырник – 20,0, береза (листья) – 10,0, зверобой – 10,0, шиповник – 20,0. 5-10 г измельченного сбора залить 0,5л холодной ключевой или дистиллированной водой, настоять при комнатной температуре 40 - 60 мин, затем кипятить 3-5 минут, настоять на слабом огне (без кипения) 20-30 минут. Пить, добавив по вкусу мед или сахар.

19. Боярышник (плоды) – 30,0, боярышник (цветки) – 20,0, валериана – 20,0, зверобой – 30,0, тысячелистник – 30,0. Столовую ложку лекарственной смеси залить стаканом кипятка, настоять 4-5 ч, процедить, отжать. Настой принимать по 1/4 стакана 4 раза за 20-30 минут до еды.

В народной медицине траву пустырника или боярышника (плоды и цветки) называют "сердечными травами". Длительный приём настоев из этих лекарственных растений помогает избавиться от многих сердечных жалоб.

20. Пустырник – 50,0, боярышник (плоды) – 50,0. 6 столовых ложек лекарственного сбора залить 4 стаканами кипятка и настаивать в термосе в течение 20-24 часов, процедить и отжать набухшие ягоды. Пить по 1 стакану во время еды. Настой пить длительно пока не исчезнут признаки заболевания и не восстановится хорошее самочувствие.

21. Взять поровну цветков и плодов боярышника по 3 столовых ложки и залить 3 стаканами кипятка, настоять 2-3 ч в теплом месте, процедить, принимать по стакану 3 раза в день за 30 мин до еды или через 1 час после еды. Для улучшения вкуса настоя и для пополнения в организме запасов витамина "С" в настой можно добавить 2-3 ложки плодов шиповника.

22. Спиртовые настойки плодов или цветков боярышника можно использовать в тех случаях, если обстоятельства не позволяют приготовить настой (например, в пути): 10 г плодов высушенного боярышника настаивать 10 дней в 10 г водки, затем раствор профильтровать, отжать. Принимать настойку по 30 капель с водой 3 раза в день до еды.

При головных болях эффективно использование в виде настоев или соков следующих лекарственных растений: брусника обыкновенная, бузина сибирская, валериана лекарственная, девясил высокий, зверобой продырявленный, калина обыкновенная, капуста белокачанная, картофель, клевер луговой, клубника полевая, сирень обыкновенная, смородина чёрная.

Брусника обыкновенная – в народной медицине используют свежие ягоды. *Бузина сибирская* – используют настой цветков бузины: столовую ложку цветков залить стаканом кипятка, настоять 20-30 минут, процедить. Принимать по 1/4 стакана (для улучшения вкуса добавить 1 чайную ложку меда) 3-4 раза в день за 15-20 минут до еды. *Валериана лекарственная* – применяют в виде настоя или отвара длительно. *Девясил высокий* – применяют настой из корня: чайную ложку измельченного корня залить стаканом холодной воды, настоять 10 часов. Принимать по 1/4 стакана 4 раза в день за 30 мин до еды. *Зверобой продырявленный* – применяют в виде отвара: столовую ложку травы залить стаканом кипятка, кипятить 15 мин, процедить, принимать по 1/4 стакана 3 раза в день. *Калина обыкновенная* – пьют свежий сок. *Капуста белокачанная* – помогает прикладывание свежих листьев к голове. *Картофель* – сок свежего картофеля пьют по 1/4 стакана при систематических головных болях. *Клевер луговой* – принимают настой из цветков клевера: столовую ложку цветков залить стаканом кипятка, настоять 30 минут, процедить. Пить по 1/2 стакана 3 раза в день. *Клубника полевая* – применяют свежие ягоды. *Сирень обыкновенная* – свежие листья прикладывают к больному участку при головной боли. *Смородина черная* – применяют по 3/4 стакана свежего сока при сильных головных болях по 3 раза в день.

Следующие рекомендации по лечению головной боли взяты из народных лечебников. При общей головной боли без особых симптомов и неизвестных причин можно использовать одно из следующих домашних средств.

Опустить обе руки с локтями в горячую воду и держать их там, пока боль не прекратиться, при необходимости все время подливая горячую воду. Хорошо также привязать ко лбу при помощи легкой материи (бинтом) нетолстые ломтики сырой картошки.

При тяжёлой голове, связанной с умственным переутомлением, принять теп-

лую ванну или хотя бы опустить ноги по щиколотку в горячую воду на 10-15 минут. Хорошо выпить горячий настой перечной мяты (1 чайная ложка травы на стакан кипятка). Хорошо поест малосольную селедку, которая вообще хорошо помогает при переутомлениях. Можно немного полежать в покое и отдохнуть.

При мигренозной головной боли, если во время приступа мигрени одна половина головы становится красной, то на эту сторону нужно класть холодные примочки, а ноги поставить в горячую ванну; если же, наоборот, большая часть головы побелела, то на нее класть горячие примочки; если же разница в окраске головы не отмечена, то полезно обвязать голову горячим полотенцем, причём на виски положить ломтики свежего лимона. Можно все эти мероприятия дополнить приемом соответствующего лекарства.

Могут также помочь: массаж головы, начиная ото лба и ведя обе руки к затылку; вдыхание смеси, состоящей из равных частей нашатырного и камфарного спирта.

Многим помогает избавиться от мигренозных болей такое средство: разбить в стакане свежее яйцо и залить стаканом кипящего молока, сильно и быстро размешать и выпить. Если эту смесь пить ежедневно в течение некоторого времени, то как свидетельствуют наблюдения народной медицины, можно полностью избавиться не только от мигрени, но и постоянных нервных головных болей.

При бессоннице, нервном возбуждении, раздражительности можно употреблять следующие лекарственные сборы:

23. Мята перечная – 20,0, вахта (листья) – 10,0, хмель, шишки – 10,0. Принимать настой утром и перед сном по 2/3 стакана.

24. Валериана – 10,0, боярышник (цветки) – 10,0, мята перечная – 10,0, омела – 10,0, пустырник – 10,0. Способ применения аналогичный предыдущему.

25. Мята перечная – 30,0, пустырник – 30,0, валериана (корень) – 20,0, хмель – 20,0.

Способ применения аналогичный предыдущему.

26. Ромашка – 20,0, мята перечная – 20,0, фенхель – 20,0, валериана – 20,0, тмин – 20,0. Принимать в виде отвара по одному стакану утром и вечером.

Нередко в переходные периоды года наблюдается усугубление вегетососудистых расстройств, что сопровождается снижением работоспособности, устойчивости внимания, быстрой утомляемостью, вялостью.

В этих случаях рекомендуется использовать витаминные фитосборы.

27. Плоды шиповника – 20,0, плоды рябины – 20,0. Столовую ложку смеси залить 2 стаканами кипятка, кипятить 10 мин, настаивать 4 часа и хорошо закупорить. Принимать по 1/3-1/2 стакана 3 раза в день.

28. Листья крапивы – 30,0, плоды рябины – 20,0. Способ приготовления и применения аналогичный предыдущему.

29. Плоды шиповника – 30,0, плоды смородины – 10,0, листья крапивы – 30,0, корень моркови – 30,0. Способ приготовления и применения аналогичный предыдущему.

30. Плоды шиповника – 10,0, листья малины – 10,0, листья смородины – 10,0, листья брусники – 10,0. Способ приготовления и применения аналогичный предыдущему.

Для лиц с чрезмерно расстроенной нервной системой, когда человек не спит неделями, несмотря на принимаемые меры, есть отличное народное средство: всю постель сделать из черного материала – простыни, наволочки, одеяло, ночную рубашку. И, если возможно, даже стены оклеить черной бумагой на какое-то время. Это дает удивительные результаты – засыпают люди, месяцами страдающие упорной бессонницей.

Неплохой эффект наблюдается, если положить под подушку березовый веник или шишки хмеля.

Фитобальнеотерапия. Методика: в стеклянную или эмалированную посуду помещают 200-400-1000 г лекарственных растений, которые заливают 2-3 л кипятка. Затем, плотно закрыв посуду крышкой, оставляют на 2-3 ч. Процедив, раствор выливают в ванну с водой или в подготовленную хлоридно-натриевую ванну средней минерализации (1,5-2 кг соли на ванну). Оставшуюся лекарственную смесь складывают в полотняный мешочек, которым натирают тело в ванне. Ванну принимают по 15-20 мин, температура воды 36-38°C (при гипотонии – 35-36°C) ежедневно или через день, на курс – 10-12-15 ванн.

Седативное действие оказывают следующие растения: душица, хвоя хвойных деревьев, лаванда, роза, шалфей, герань, цикорий, мята, багульник, полынь, шишки хмеля, цикломен, резеда, валериана; *тонизирующее* – фенхель, розмарин, базилик, рябина (листья, почки, ягоды), тополь (почки); *гипертензивное* – пажитка, тимьян, листья рябины, тополевы почки; *гипотензивное* – лаванда, сушеница, душица, цитрусовые (корки плодов), укроп, ромашка, фенхель, мята, дуб (листья), береза, сосна и ель (зимой); *урежают частоту пульса и снижают артериальное давление* – валериана, мелисса, лимон, сосна и ель (зимой), тимьян, лаванда, душица, ваниль, береза, дуб; *увеличивают частоту пульса и повышают артериальное давление* – камфарный лавр, сосна и ель (летом), тополь, сирень, зубровка, боярышник.

При бессоннице хороший эффект наблюдается от следующих растительных сборов, используемых для ванн:

1. 200 г корня валерианы залить 5 л кипятка, настоять 3-4 ч, процедить и влить в ванну с температурой воды 36-38°C;

2. 100 г травы багульника и 100 г травы пустырника залить 2 л кипятка, настоять 2-3 ч, процедить, влить в ванну с температурой воды 37-38°C;

3. 100-200 г листьев мяты, 100 г полыни, 100 г шишек хмеля залить 5 л кипятка, настаивать 2-3 ч, процедить и вылить в ванну с температурой воды 37-38°C;

При повышенной нервной возбудимости и плохом сне хороший эффект наблюдается от применения сенной ванны из сухого пахучего сена.

4. 1,5-2 кг сухого сена превратить в труху, залить 4-5 л кипятка, парить на медленном огне – 1 час, процедить и влить в ванну с температурой воды – 35-36°C. Принимать ежедневно за 1-1,5 часа до сна по 15-20 мин, 10-15 ванн на курс лечения.

5. Траву душицы, шалфея, березы (по 20-30 г каждого ингредиента) залить 2 л кипятка, настоять в тепле 2 ч, процедить и вылить в ванну с водой при температуре 36-37°C. Принимать через день за 1,5 - 2 ч до сна по 10-20 мин, на курс лечения – 10-15 ванн .

Все вышеперечисленные лекарственные сборы для ванн оказывают успокаивающее действие, вызывают ослабление нервного напряжения, расширяют сосуды, улучшают сон.

Психокорректирующая терапия, фитобальнеотерапия и фитотерапия при недостаточной терапевтической эффективности могут быть дополнены методами биофизической терапии, в частности, гомеопатией (унитарной, комплексной, резонансной (приложение 6), поскольку основные жалобы больных ВСД имеют функциональный характер, что требует применения соответствующих методов и средств.

Важную роль в лечебно-профилактическом комплексе играют различные формы и средства лечебной физической культуры (ЛФК) – утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, самостоятельные занятия больных, спортивные подвижные игры, плавание и т.д.

Лечебная физкультура (ЛФК) – метод общего воздействия на организм, стимулирующий все физиологические процессы в организме. Мышечная система (локомоторный аппарат) является мощным регулятором вегетативных функций (моторно-висцеральные рефлексy осуществляются всеми уровнями ЦНС, однако основная роль принадлежит большим полушариям головного мозга и ретикулярной формации), активно влияет на гемодинамику, нормализуя воздействие на основные нервные процессы, восстанавливая их динамическое равновесие.

Утренняя гигиеническая гимнастика – проводится из различных исходных положений – лёжа, сидя, стоя (что находится в соответствии с основным двигательным режимом), в течение 10-15 мин, число упражнений – 8-10, выполняемых в среднем темпе. АД и ЧСС к концу занятий могут повышаться на 15-20 % от исходного, но через 5-6 минут должны возвращаться к исходному уровню.

Лечебная гимнастика (ЛГ) – включающая общеразвивающие упражнения, специальные упражнения, направленно действующие на определённые функции организма (подбираются врачом с учётом сопутствующей патологии), и *дыхательные* упражнения (статического или динамического характера), в целом должны быть направлены на формирование правильного грудно-брюшного дыхания и овладение навыками снятия стресса с помощью дыхательного психотренинга, дыхательной гимнастики йогов и др. методов. Общая продолжительность ЛГ – 25-30 мин, соотношение дыхательных упражнений к общеразвивающим в начале курса лечения – 1:2, 1:3, в последующем – 1:4. Целесообразно проводить занятия под музыкальное сопровождение, учитывая, что музыка закономерно меняет тонус скелетной мускулатуры (по механизму акустико-моторного рефлекса), оказывает положительное влияние на психоэмоциональную сферу. Занятия должны проводиться в хорошо оборудованном зале, кабинете, т.к. больные ВСД чрезвычайно чувствительны к дискомфорту. Пульс и давление могут увеличиваться в процессе занятий, но должны возвратиться к исходному уровню через 8-10 минут отдыха. В летнее время можно рекомендовать плавание, гимнастику в воде, различные подвижные игры, дозированную ходьбу по пересеченной местности, используя различный темп ходьбы в зависимости от тренированности организма, занятия греблей. Ритмические сокращения и расслабления мышц рук и ног в процессе занятий ЛГ и при различных двигательных нагрузках способствуют повышению эластичности сосудистой стенки, улучшают гемодинамику, трофику и сократительную способность сердечной мышцы.

Считаем нужным отметить, что ЛФК и ЛГ – это творческий процесс, где врач и больной выступают активными сторонниками, поэтому врачу следует всемерно поддерживать и развивать творческие устремления больного, направленные на самооздоровление организма и самосовершенствование личности посредством физической активности.

В комплексе с лечебной гимнастикой целесообразно назначать и лечебный массаж. При выборе зоны массажа нужно руководствоваться функциональным состоянием ЦНС, клиническими особенностями заболевания и характером изменения сосудистого тонуса.

При превалировании в клинической симптоматике *кардиальных жалоб* применяется массаж области сердца, левой половины спины (зона Захарьина-Геда) и грудной клетки. Куничев Л.А. предложил использовать массажные воздействия на паравerteбральные зоны спинномозговых сегментов – C₄ -C₉, Th₂ -Th₆, Th₁₂ -L₁, массаж грудины, области сердца, межлопаточной зоны и левого плеча, массаж нижних и верхних конечностей.

При тенденции к снижению АД используется массаж воротниковой зоны, а также самомассаж рук и ног.

При тенденции к повышению АД используется массаж головы и воротниковой зоны (шея, область надплечий, верхняя часть спины и груди), может быть применен и массаж живота (чаще при избыточном питании). Каждая схема массажа требует профессионального применения определенных массажных приёмов, от чего напрямую зависит терапевтический эффект метода.

Сбалансированное питание – одно из наиболее действенных средств, благотворно влияющих на болезненные отклонения в организме и личности человека. Соблюдение определённого диетического режима отнюдь не требует спартанских ограничений в питании и подборе продуктов. Наоборот, недостаток тех или иных продуктов питания истощает организм, снижает защитную силу, расстраивает витаминный и микроэлементный баланс, что неблагоприятно отражается на течении болезни. Лечащий врач, давая общие рекомендации по диетическому питанию, как правило, рекомендует больным вегетодистонией максимально широкий (в разумных пределах) режим питания, достаточный, чтобы обеспечить все энергетические и пластические нужды организма сообразно возрасту, полу, профессии, индивидуальным особенностям пациента. Тем не менее, не следует забывать слова неизвестного греческого поэта: “Лишнее всё бесполезно, старинная есть поговорка: если не в меру – и мёд желчью становится нам”.

В этом аспекте *метод разгрузочно-диетической терапии (РДТ)*, апробированной нами на большом клиническом материале (Курицына-Крупнова Л.К. и др., 1992 г.), можно рассматривать как своеобразный метод очистки и обновления организма, что повышает его адаптивные возможности и переносимость различных нагрузок (биохимических, физических, психических). При проведении РДТ у больных вегетодистонией (тактика аналогичная, как при БА) мы использовали 1-2 коротких цикла воздержания от пищи (последовательное 8-10-и дневное или голодание с интервалами). В этот период больному рекомендовалось обильное питьё родниковой воды, достаточное пребывание на свежем воздухе, самомассаж отдельных частей тела, теплый душ перед сном. Из методов физиотерапии можно назначать: ЭС, малоинтенсивную транс-печёночную анодную гальванизацию, аэрофитотерапию, ингаляционную фитотерапию, фитобальнеотерапию. Следует отметить, что РДТ – это активный творческий процесс, основанный на личном опыте врача и понимании особенностей личности конкретного больного. Приводим разработанную нами схему диеты восстановительного периода (обычно он равен разгрузочному периоду или его половине) при 7-10-дневной разгрузочно-диетической терапии (табл.13).

Т а б л и ц а 13

Восстановительная диета при сроках воздержания от пищи – 7-10 дней

День	Время приема пищи	Наименование пищевого продукта	Кол-во (в гр)
1	9- 00	Сок разбавленный водой 1:2	200
	12- 00	Сок любой неразбавленный	200
	15- 00	_____	200
	18- 00	Сок любой	250
	21- 00	Кефир, ряженка, катык	200
2	9- 00	Сок любой	200
	12- 00	Салат любой без масла и соли	300
		Сок любой	300
	15- 00	Яблоки тертые	100
		Морковь тертая	200
	18-00	Сок любой	200
	21-00	Кефир, ряженка, катык	250
		Яблоки	100
		Кефир, ряженка, катык	200
		Мед	20

3	9-00	Сок любой	200
		Хлеб ржаной	100
		Морковь тертая или свекла	200
	15-00	Яблоки или цитрусовые	200
		Кефир, ряженка, катык	200
		Салат любой	200
	18-00	Каша гречневая, овсяная, перловая.	200
		Кефир, ряженка, катык	200
		Хлеб ржаной	100
	21 00	Салат любой	200
		Кефир, ряженка, катык	200
		Хлеб	100
		Кефир, ряженка, катык	200
		Яблоки или цитрусовые	100
4	9-00	Хлеб ржаной	100
		Мед	20
		Морковь тертая или свекла	200
	12-00	Яблоки	150
		Кефир, ряженка, катык	200
		Хлеб ржаной	100
	15-00	Салат любой	200
		Яблоки	150
		Кефир, ряженка, катык	200
		Хлеб ржаной	100
		Каша гречневая, перловая, овсяная	200
	18-00	Салат	100
		Кефир, ряженка, катык	200
		Хлеб ржаной	100
		Орехи грецкие	4-5 шт.
		Творог	200
	21-00	Мед	20
		Кефир, ряженка, катык	200
		Хлеб	100
5	10-00	Морковь тертая или свекла	150
		Яблоки или цитрусовые	200
		Кефир	200
	14-00	Хлеб ржаной	100
		Салат любой	100
		Суп любой без мяса, нежирный	200
		Кефир, ряженка, катык	300
		Хлеб ржаной	200
	19-00	Яблоки или цитрусовые	100
		Картофельное пюре или любая каша	200
		Салат любой	100
		Творог	100
		Мед	20
	22-00	Кефир, ряженка, катык	200
		Хлеб ржаной	100
		Кефир, ряженка, катык	200
		Хлеб ржаной	100
		Яблоки или цитрусовые	100
		Орехи грецкие	4-5 шт..

Вторая группа – это факторы, стимулирующие периферические вазодепрессорные механизмы.

Воздействие физическими факторами на область шейных симпатических узлов и каротидных клубочков сопровождается отчётливым вагусным эффектом, что проявляется замедлением ритма сердечной деятельности и снижением тонуса периферических сосудов (ПСС). С целью воздействия на ПСС используют следующие методы.

УВЧ-терапия на область верхних шейных симпатических узлов: электроды №1, зазор 2-3 см, доза атермическая, экспозиция – 5-7 мин, на курс лечения – 7-9 процедур, назначаемых через день. Не назначать метод больным с резким преобладанием коркового возбуждения, при проявлениях симпатикоганглионита шейного отдела, при сопутствующем тиреотоксикозе.

ДДТ или СМТ, локализованные на область верхних шейных симпатических узлов. Параметры ДДТ: ток двухполупериодный волновой или непрерывный по 2-3 мин, на курс лечения – 5-7 процедур. Параметры СМТ: режим переменный, I р.р., частота модуляций – 100 Гц, глубина модуляций – 25-50 %, экспозиция – 3-5 минут, сила тока до ощущения вибрации, на курс лечения – 7-9 процедур, назначаемых через день.

Анодная гальванизация верхних шейных симпатических узлов в чередовании через день с ЭФ 0,04% р-ра норадреналина на эту же область. Общий курс лечения до 10-15 процедур. Использование такого сочетания у больных с лабильной гипертензией или стабильно высоким АД способствует повышению чувствительности нейрогуморальных систем регуляции к гипотензивной терапии.

Аналогичным эффектом обладают **КВЧ-терапия и лазеротерапия**, локализованные на эту же область.

Методами, благоприятно воздействующими на ПСС, являются **4-х камерные гальванические ванны** (восходящее направление тока), а также ЭФ 1-2 % р-ра бензогексония по методике ионных рефлексов Щербака (гипотензивная реакция развивается медленно, но держится длительно за счёт снижения тонуса мелких мышечных артерий и артериол).

Все методы II-й группы показаны больным стабильной ГБ (II стадия). Методы II-ой группы можно комбинировать с ЭФ спазмолитиков, сосудорасширяющих средств или другими факторами I группы по методике чередования через день или в виде последовательно чередующихся циклов лечения, общая продолжительность курса лечения до 15-20 процедур.

Третья группа – факторы, способствующие улучшению почечной гемодинамики, и, тем самым, способствующие снижению активности прессорных систем регуляции (в частности ренопрессорных влияний) и стимулирующие активность почечной вазодепрессорной системы (кинин-простогландины). Все факторы этой группы следует назначать на фоне ограничения хлорида натрия в пище.

Индуктотермия на область проекции почек. Параметры: сила анодного тока 120-140 мА (2-3-е положение переключателя – аппарат “ИКВ-4”), экспозиция – 10-15 мин, на курс – 10-20 процедур. **Противопоказан** метод больным ГБ с повышенной свёртываемостью крови и выраженным церебральным и коронарным атеросклерозом.

ДМВ-терапия на область проекции почек: прямоугольный излуча-

тель, мощность – 20-30 Вт (аппарат “Волна-2”) или – 3-8 Вт (аппарат “Ромашка”), зазор – 3-5 см, экспозиция – 7-10 мин, на курс лечения – 7-14 процедур, проводимых ежедневно или через день.

УВЧ-терапия на область проекции почек и солнечного сплетения: конденсаторные пластины № 2 или № 3 располагают поперечно на уровне Th_9 - Th_{12} , зазор спереди – 4 см, сзади – 2 см, доза атермическая, экспозиция – 5-7 мин, на курс лечения – 5-7 процедур.

Амплипульстерапия на область проекции почек и поясничных симпатических узлов: электроды паравертебрально на уровне Th_9 - L_2 , режим переменный, I p.p., частота модуляций тока 100 Гц, глубина модуляций – 50-100 %, экспозиция – 5-7 мин, на курс лечения до 7-10 процедур.

Лазеротерапия. Используются методы ВЛОК или ЭЛОК (воздействие на зоны проекции крупных сосудов) в сочетании с лазеропунктурой или облучением паравертебральных зон на уровне C_1 - C_7 и Th_5 - Th_7 , контактно-сканирующим или дистантно-сканирующим методами.

Ультразвуковая терапия, локализованная на область проекции почек, особенно показана больным ГБ II стадии при сочетании с хроническими воспалительными заболеваниями почек. УЗ паравертебрально на уровне Th_9 - L_2 , методика лабильная, режим импульсный, интенсивность – 0,05-0,2 Вт/см², по 2-3 мин на поле, на курс лечения – 5-7 процедур, назначаемых через день.

Факторы III группы, в основном, назначаются больным ГБ II-III стадии.

Противопоказания к назначению факторов III-й группы: сопутствующая ИБС (кроме метода СМТ), недостаточность кровообращения, нарушение ритма сердечной деятельности, наклонность к кровотечениям.

Поскольку разделение на группы условное, то в зависимости от клинической ситуации нередко сочетают физические факторы I-й и II-й групп или факторы I-й и III-й групп.

Четвертая группа – методы бальнео- и гидротерапии: ванны - радоновые, углекислые, сероводородные, йодобромные, азотные, хлоридно-натриевые, скипидарные, ванны по Гауффе для рук с постепенно повышающейся температурой (35° - 44°С), четырёхкамерные ванны. Все перечисленные методы оказывают преимущественное влияние на периферическую и регионарную гемодинамику, на сократительную функцию миокарда, создавая реальную возможность обратного развития как гипертрофии левого желудочка сердца, так и других проявлений “гипертонического сердца”. Эти методы способствуют также коррекции имеющихся нарушений в ЦНС.

Подводный душ-массаж является эффективным методом гидротерапии при лечении больных гипертонической болезнью. Метод сочетает в себе действие на организм общей водяной ванны и механическое массирующее влияние компактной водной струи, направленной под водой на тело больного. Под влиянием лечения снижается артериальное давление (на 15-30 мм.рт.ст.), улучшаются процессы гемодинамики, особенно при гиперкинетическом типе нарушений, уменьшаются или исчезают головные боли. Кроме того, подводный душ-массаж оказывает общее влияние на организм, повышает силу основных корковых процессов в ЦНС, обладает тонизирующим действием на психосоматическое состояние пациента, нормализует нарушенные функции внешнего дыхания.

6	10-00	Картофельное пюре или каша любая	200
		Творог	100
		Сметана	50
		Мед	20
	14-00	Хлеб ржаной	100
		Чай травяной	200
		Салат любой	200
		Суп молочный (гречка, рис, пшено) с маслом	400
		Картофельное пюре	200
		Хлеб ржаной	100
	19-00	Компот, сок	200
		Салат любой	200
		Каша любая	200
		Кефир, ряженка, катык	200
		Хлеб ржаной	200
		Масло сливочное	10
	22-00	Чай травяной	200
		Кефир, ряженка, катык	200
		Хлеб ржаной	100
		Орехи грецкие или семечки любые	5-6 шт. 1/4 ст.
7	10-00	Картофельное пюре или каша любая	200
		Творог	100
		Сметана	50
		Мед	20
	14-00	Хлеб ржаной	100
		Чай травяной	200
		Салат любой	200
		Суп молочный (гречка, рис, пшено) с маслом	400
		Картофельное пюре	200
		Хлеб ржаной	100
	19-00	Компот, сок	200
		Салат любой	200
		Каша любая	200
		Кефир, ряженка, катык	200
		Хлеб ржаной	100
		Масло сливочное	10
	22-00	Чай травяной	200
		Кефир, ряженка, катык	200
		Хлеб ржаной	100
		Орехи грецкие или семечки любые	5- 6 шт. 1/4 ст.
8		Питание обычное, но по возможности с ограничением мяса.	

Анализ клинических наблюдений позволяет сделать вывод, что лечебное голодание, оказывая воздействие на высшую нервную деятельность и весь организм в целом, способствует нормализации функциональных систем (подтверждается данными ЭПДФ), деятельность которых направлена на то, чтобы осуществить наилучшее, быстрое, наиболее экономичное обеспечение приспособительных функций организма.

Иглорефлексотерапия (ИРТ) – проводится с целью активации нейро-гуморальной, вегетативно-сосудистой и эндокринной деятельности организма по типу “автоматического” рефлекторного регулирования. Под влиянием воздействия в коре головного мозга формируются специфические психосоматические и условно-рефлекторные реак-

ции, обусловленные комплексом вызванных ощущений в результате раздражения БАТ. Разлитое торможение в коре головного мозга, вызванное ИРТ, способствует разрыву "патологических доминант" и нормализации основных корковых процессов. Как показали наши наблюдения, ИРТ вполне сочетается с другими методами немедикаментозной терапии, применяемыми в комплексном лечении больных ВСД.

Существуют различные подходы к выбору точек акупунктуры у больных вегетодистонией. Наиболее часто нами использовались следующие БАТ: RP (IV) 4, 6, 9; GI (II) 4, 9, 10, 11, 20; MC (IX) 6; P (I) 7, 5; C (V) 4, 5, 7; V(VII) 15, 60, 62; J (XIII) 14, 26, 24. Аурикулярные точки (AP): 13, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 28, 31, 34, 51, 115, 55, 86.

Выбор точек и их сочетаний, методика раздражения должны быть основаны на анализе клинической симптоматики, психоэмоционального состояния и преобладающего вегетативного тонуса.

Ориентировочное сочетание точек акупунктуры у больных по дням: 1 день: P (I) 7, RP (IV) 6, (XII) 2, J (XIII) 20, AP 34, 13; 2 день: GI (II) 4, E (III) 34, T (XIV) 12, AP 55; 3 день: RP (IV) 6, E (III) 36, AP 25, 51.

Дальнейший подбор точек воздействия у больных с синдромом вегетодистонии зависит от клинической симптоматики и жалоб больного, наличия повышенного или пониженного давления, сердцебиения, беспокойства, страха, одышки, чувства "нехватки воздуха" и т.д. При тенденции к повышению АД чаще всего в рецепт включаются следующие точки акупунктуры: MC (IX) 6, RP (IV) 4, E (III) 36, GI (II) 11; а также – R (VIII) 2, 3, 4, MC (IX) 7, 8, F (XII) 13, GI (II) 15.

При сердцебиении: R (VIII) 1; TR (X) 10, T (XIV) 14. Сердцебиение со стеснением в груди: C (V) 5. Боли в сердце: V (VII) 64, TR (X) 10, V (VII) 3, RP (IV) 3; боли, иррадиирующие в спину: V (VII) 60. Чувство замирания в груди, перебои в сердечной деятельности (невротические проявления при кардиалгиях): P (I) 4, C (V), C (V) 7, R (VIII) 25, J (XIII) 20; боли в сердце на фоне гипотонии: R (VIII) 6, MC (IX) 1, T (XIV) 4, 14, 17, при присоединении одышки: P (I) 7; боли в сердце на фоне беспокойства, страха: C (V) 3, 5, 7; V (VII) 17; T (XIV) 6.

Продолжительность курса ИРТ и частота сеансов зависят от клинической симптоматики, переносимости лечения, от сочетания ИРТ с другими составляющими лечебного комплекса и от роли ИРТ в общем лечебном комплексе (вспомогательное или ведущее).

При назначении больному ИРТ следует учитывать общие противопоказания к методу, строго следить за показаниями и противопоказаниями для включения в общий лечебный комплекс транквилизаторов и антидепрессантов. Не рекомендуется сочетать ИРТ с приемом психотропных препаратов и ганглиоблокаторов, стероидных гормонов. ИРТ у больных ВСД можно применять в сочетании с физиобальнеотерапией: с гидробальнеотерапией по методике чередования через день или в один день с интервалом времени, необходимым для отдыха больного (не менее 3-4 ч.), проводя сначала водолечение; с аппаратной физиотерапией (по методикам общего воздействия) в чередовании через день, а по локальным методикам – с интервалом в 2-3 ч, проводя сначала физиолечение.

Хорошие результаты мы наблюдали от использования следующих вариантов сочетания двух методов: аппаратная физиотерапия по ме-

Проведение подводного душа-массажа при ГБ осуществляется по типу общей методики, которая имеет свои особенности (Комарова Л. А., 1994).

Во время приёма подводного душа-массажа уровень воды в ванне доходит до линии сосков, температура воды – 36° С. После 5-минутной адаптации больного к водной среде, начинают массировать тело водной струёй приёмом медленного поглаживания от периферии к центру, используя дождевую насадку, которая устанавливается на расстоянии 10 см от поверхности тела, под углом 25-30°. Давление водной струи – 0,1-0,15 МПа. Особое внимание уделяется массажу рефлексогенных зон (воротниковой и паравerteбральной).

Для массажа задней поверхности тела больной поворачивается со спины на живот. Приёмами веерообразного поглаживания массируют спину от пояснично-крестцового до верхнегрудного отделов снизу вверх, затем заднюю поверхность ног в том же направлении. В области паравerteбральных зон проводится спиралевидное растирание снизу вверх (за исключением зоны сердца слева), давление струи 0,1-0,15 МПа. Процедура заканчивается общим штриховым поглаживанием. Длительность первой процедуры – 10 мин. Для проведения 2-й и 3-й процедур используют 2 насадки – дождевую и щелевидную. Сначала массаж проводят с помощью дождевой насадки в виде поглаживания всей поверхности тела аналогично предыдущему: давление струи – 0,15 МПа, зазор – 10 см, угол наклона струи – 25-30°. Затем меняют насадку на щелевидную, осуществляя более сильное воздействие при давлении струи – 0,2 МПа, угол её наклона – 50°, зазор – 10-15 см. При положении больного на животе массажной струёй приёмом глубокого поглаживания обрабатывают заднюю поверхность тела – пояснично-крестцовую область и спину (за исключением зоны сердца слева). Приёмами спиралевидного растирания массируют паравerteбральные зоны пояснично-крестцовых и нижнегрудных сегментов в направлении снизу вверх. При обработке нижних конечностей используют методику отсасывающего массажа, массируя сначала заднюю поверхность бёдер глубоким поглаживанием и спиралевидным растиранием от коленного сустава к тазобедренному, затем проводят поглаживание всей конечности от стопы до тазобедренных суставов. Икроножные мышцы массируют в виде спиралевидного или штрихового растирания.

После поворота больного на спину массажу подвергается “воротниковая область” в виде поглаживания по направлению снизу вверх (давление – 0,1-0,15 МПа, наклон струи – 25°), затем проводят более интенсивное растирание в виде штрихования от наружной поверхности тела к остистым отросткам позвонков на уровне Th₂-C₆ и спиралевидное растирание паравerteбральных зон этих же сегментов (давление – 0,1 МПа, зазор – 10 см, наклон струи – 90°).

При массаже передней поверхности тела обрабатывают ноги и руки приёмами глубокого поглаживания (давление 0,2 МПа, наклон струи – 30-40°, зазор – 10 см) по типу отсасывающего массажа. При массаже ног обрабатывают переднюю и наружную поверхности бёдер, затем всю ногу от стоп до паховой складки. При массаже рук сначала воздействуют на плечо, затем на всю руку от кисти до плечевых суставов. Большие мышечные группы подвергают более сильному воздействию, используя приём спиралевидного или штрихового растирания (давление – 0,15 МПа, угол наклона – 90°, зазор – 10 см).

В конце массажа вновь проводится поглаживание всего тела под давлением 0,2 МПа, при зазоре – 10 см. Живот, грудную клетку и "воротниковую зону" массируют при давлении – 0,1-0,15 МПа. Длительность 2-й и 3-й процедуры – 10-15 мин.

При проведении 4-й и последующих процедур массажа при хорошей их переносимости, используя 2-3 насадки (круглая дождевая, щелевидная, цилиндрическая трубка), применяют разнообразные приёмы массажа – поглаживание, растирание, разминание, спиралевидное и штриховидное растирание, вибрация, соблюдая ту же последовательность приёмов, что и в предыдущие дни: поглаживание, растирание (давление 0,15-0,2 МПа), затем вибрация (используют насадку-трубку) при воздействии на большие мышечные группы (давление – 0,15 МПа, наклон – 30°, зазор – 10 см). При хорошей переносимости лечения можно применить приёмы разминания со щелевидной насадкой или цилиндрической трубкой на большие мышечные группы. Эти приёмы следует применять только при условии полной компенсации патологического процесса (давление не выше 170/100 мм рт.ст., преимущественно при гиперкинетической форме гипертензии), наличии сопутствующих заболеваний опорно-двигательного аппарата и периферического отдела нервной системы.

Процедура массажа всегда начинается и заканчивается поглаживанием. При отсутствии различных насадок можно использовать одну, соответственно дозируя интенсивность воздействия изменением величины давления, зазора и угла наклона струи.

Длительность процедуры подводного душа-массажа составляет 15-20 минут, на курс лечения – 10-12 процедур, а иногда и до 20 процедур, проводимых чаще всего через день. После процедуры необходим отдых в течение 30-40 минут.

Показания к проведению бальнео- и гидротерапии: ГБ I-II стадии с доброкачественным течением, без тяжёлых кризов, без или со стенокардией I-II ФК, при недостаточности кровообращения не выше I степени, при отсутствии нарушения мозгового кровообращения, АД не выше 180/110 мм рт.ст. (25,3/14,7 кПа). Не являются противопоказанием к назначению общих радоновых, йодобромных, кислородных ванн единичные экстрасистолы, умеренная синусовая тахикардия (до 90 уд. в 1 мин) или брадикардия (не ниже 60 уд. в 1 мин), неполная блокада ножек предсердно-желудочкового пучка, легко купирующиеся гипертонические кризы I порядка, динамические нарушения мозгового кровообращения в анамнезе.

Общие противопоказания к бальнеотерапии и гидротерапии: злокачественные новообразования, тяжёлые формы анемии, явления левожелудочковой недостаточности и др.

Кроме физиобальнеотерапии, гидротерапии и фитотерапии составляющими лечебного комплекса у больных ГБ являются биофизические методы диагностики, контроля и терапии, различные виды психотерапии, ЛФК и массаж (воротниковой области, области почек, головы, нижних конечностей), диетотерапия. Все методы немедикаментозной терапии назначаются с учетом особенностей гемодинамики и сопутствующих заболеваний. И лишь при недостаточной эффективности немедикаментозных методов лечения лечебный комплекс может

тодикам общего воздействия в сочетании с ИРТ локальных точек взаимосвязанных с поражённым органом или функциональной системой, поддерживающей клиническую симптоматику (с интервалом в 2-3 ч), проводя сначала физиолечение; физиотерапия по локальным методикам воздействия, а через 1-3 ч – ИРТ дистальных точек, расположенных по ходу основных меридианов, функционально связанных с поражённым органом или функциональными системами, поддерживающими стабильность клинической симптоматики.

Физиотерапия. Сочетанное использование физио- и бальнеотерапии, как показали наши наблюдения, повышает эффективность комплексной терапии вегетодистонии.

Электросон, транскраниальная электроанальгезия, СМТ-ЭС: при симпатической направленности тонуса процедуры лучше проводить в послеобеденное время (14-17 ч.) или перед ночным сном, а при гипосимпатикотонии более эффективно, по нашим наблюдениям, назначение процедур в утреннее время (10-12 ч.). Используя импульсные токи, возможно с катода ввести 2% р-р оксилина (при СМТ-ЭС режим выпрямленный). Синергизм действия лекарства и физического фактора усиливает адаптивно-приспособительные возможности организма, потенцирует нейротропный эффект метода.

Гальванизация и лекарственный ЭФ. Используют различные методики при лечении ВСД: по Вермелю, воротниковую по Щербаку, по Бургиньону, интраназальную и др. Например, при использовании интраназальной методики или воздействии на область верхних шейных симпатических узлов достигается оптимальное влияние на функциональное состояние центральной и вегетативной нервной систем, мобилирующих адаптационно-приспособительные механизмы, что способствует адекватному обеспечению различных функций организма, в частности, наблюдается восстановление согласованности между деятельностью сердца и сосудистым тонусом.

Для ЭФ по вышеперечисленным методикам используют лекарственные препараты с различной направленностью действия: а) препараты спазмолитической направленности действия – папаверин, эуфиллин (противопоказан при тахикардии), пипольфен, дибазол (как адаптоген снижает метеочувствительность), но-шпа, платифиллин, дифацил, ганглерон и др.; препараты нормализующего влияния на метаболизм и функцию миокарда – новокаин, калий, магний, панангин, пиридоксин, витамин Е из 50% ДМСО и др.; с целью уменьшения кардиальных болей – новокаин, дионин, ганглерон и др.; антиаритмические средства – новокаинамид, панангин и др.

Выбор для ЭФ соответствующих лекарственных средств и их сочетаний, методика их введения, продолжительность процедуры должны быть основаны на глубоком анализе детального обследования больного. Процедуры проводят через день или ежедневно (в зависимости от построения лечебного комплекса в целом), на курс лечения – 7-10 процедур.

Хорошие результаты у этого контингента больных мы наблюдали от применения разработанного нами следующего лечебного комплекса: ЭФ 1-2% р-ра меди сульфата и 0,5-1% р-ра никотиновой кислоты биполярно по воротниковой методике Щербака (на воротниковую зону

анод, смоченный р-ром сульфата меди), в чередовании через день с ЭФ 2% р-ра оксидбутирата лития по интраназальной методике (с.т. 0,3-0,7 мА, 10-20 мин). Общая продолжительность курса электролечения – 15-20 процедур. Микроэлементы – медь и литий выбраны нами с учётом того, что, являясь составной частью организма, они обладают широким спектром нейродинамического действия на структуры лимбико-ретикулярного комплекса, в частности, способствуют улучшению психоvegetативной и интегративной деятельности ЦНС, снижают метеолабильность, предупреждают нарушение функций различных органов и систем организма.

При наличии у больных ВСД выраженных фобических реакций, гипертонии и нарушений сердечного ритма целесообразно на фоне электролечения назначать *электроаэрозольтерапию* 0,5% р-ром оксидидина (1-2 раза в день) в течение 10-20 дней или подобранную гомеопатию, или приём лекарственной смеси из витаминов группы В и метионина (B_5 -0,15, B_6 -0,04, B_{12} -0,05, B_3 -0,03, метионин – 0,4) по одному порошку 2 раза в день после еды в течение всего курса лечения, затем по 1 порошку в течение недели после окончания курса физиотерапии. Перечисленные лекарственные компоненты, являясь синергистами микроэлементов, назначенных в ЭФ, приносят в лечебный комплекс свои специфические свойства, улучшают обмен веществ, активизируют окислительный распад гистамина, уровень которого может быть повышен при длительном болевом синдроме и психоэмоциональном напряжении.

На наш взгляд, такой лечебный комплекс, дополненный психотерапией, ЛФК может считаться методом патогенетической терапии у больных вегетодистонией с сосудистыми пароксизмами и кардиалгией.

При сочетании гальванизации или лекарственного ЭФ с лечебным массажем головы или воротниковой зоны последний проводится за 40-60 мин до электролечения.

Диадинамические или синусоидальные токи (предпочтительнее СМТ) назначают на зоны иррадиации кардиальных болей: паравертебрально на уровне C_3 - C_7 , или Th_2 - Th_5 , на область верхних шейных симпатических узлов, на рефлексогенную зону сердца (электрод площадью 50-60 см² располагают спереди слева в области III-V ребра по среднеключичной линии, другой электрод такого же размера – в левой подлопаточной зоне или на уровне V-VI ребра по среднеподмышечной линии). Параметры СМТ: режим переменный, I, III, IV р.р. (или I, IV р.р.), частота модулированного тока – 120- 70 Гц, глубина модуляции – 25-50%, длительность посылки-паузы – 1-1,5 с или 2- 3 с, по 2- 3 мин каждым родом работ (общая длительность не более 5-7 мин), сила тока до ощущения безболезненной вибрации, на курс лечения до 6-9 процедур. Эти методы обладают выраженной ваготонической направленностью действия, особенно при локализации воздействия на проекции вегетативных образований.

Эффективными методами нейротропной направленности действия можно считать *дарсонвализацию* головы и рефлексогенной зоны сердца, *микроволновые воротники*, *аэроионизацию* рефлексогенных зон сердца или зон иррадиации кардиальных болей, *УФ-эритему* рефлексогенной зоны сердца или воротниковой зоны. *Аэрозоль- или электроаэрозольтерапия*: (спазмолитики, седативные, антиаритмические сред-

ства, водорастворимые транквилизаторы, настои лекарственных трав седативной и общестимулирующей направленности действия) проводится 1-2 раза в день, на курс лечения 15-20 процедур.

Спелеотерапия – лечение микроклиматом карстовых пещер или в ионотроне можно рекомендовать при сочетании ВСД с кардиореспираторной симптоматикой.

Гипербарическая оксигенация (ГБО) проводится в барокамере и состоит из 10-14 сеансов, длительностью от 40 до 90 мин, при величине давления 1,2-2 ат, на курс лечения – 10-12 процедур. Эффект ГБО значительно повышается при сочетании с лазеротерапией, КВЧ-терапией, бальнеотерапией, гальванизацией или лекарственным ЭФ (по методике чередования через день или в виде последовательных курсов лечения).

КВЧ-терапия. Параметры: длина волны ЭМИ КВЧ–4,9 мм или индивидуальная, мощность излучения – 2-5 мВт, режим работы – импульсный, модуляция – 5 Гц + пауза 6 с, зона воздействия – 3-4 БАТ на одну процедуру, положение излучателя – контактно на зону воздействия, экспозиция на одну БАТ – 3-5-10 мин, общее время до 15-25 мин, на курс лечения – 3-7-14 процедур, проводимых ежедневно. Повторный курс возможен через 2-3 недели.

При КВЧ-терапии выбор БАТ зависит от направленности вегетативных реакций: при симпатической направленности вегетативного тонуса (тахикардия, склонность к повышению АД, потливость, нередко обильное мочеиспускание) эффективно воздействие на точки парасимпатической направленности действия: Р (I) 9; МС (IX) 6; Е (III) 36; РР (IV) 6; С (V) 7; при парасимпатических реакциях (ВСД по вагоинсулярному типу – замирание сердца, замедление пульса, чувство страха, особенно страха смерти) предпочтительнее воздействовать на точки симпатической направленности действия: GI (II) 4; VB (XI) 34, 20; TR (X) 5, сочетая с одной из нижеперечисленных – РС 3, Т (XIV) 14, 20, реже Т (XIV) 16.

Лазеротерапия. Методика ВЛОК или при умеренно выраженных симптомах заболевания используется методика неинвазивного надвенозного облучения крови – ЭЛОК (5-7 сеансов) в сочетании с лазеропунктурой по методике чередования через день или в виде последовательных циклов ЭЛОК (ВЛОК) и лазеропунктуры.

Нами использованы методики ВЛОК (ГНЛ) или ЭЛОК (ИКЛ) в сочетании с воздействием ЛИ (ГНЛ или ИКЛ) на точки базового рецепта: J(XIII) 12; Т (XIV) 14; МС (IX) 6; Е (III) 36, который, в зависимости от индивидуальных особенностей больного и направленности вегетативной регуляции (дисрегуляции), дополняли симптоматическими точками. При преобладании парасимпатической направленности тонуса и неустойчивости вегетативных реакций можно использовать следующие точки: бай-хуэй, фэн-чи, жэнь-чжун, шоу-сан-ли, сань-инь-цзяо, хэ-гу, а при преобладании симпатической направленности – фу-ту, вань-гу, фэн-чи, тоу-вэй; при ВСД по вагоинсулярному типу считают главными точками – Т (XIV) 4, V (VII) 22, 23 (мин-мэнь, сань-цзяо-шу, шэнь-шу). С учётом клинической симптоматики, можно также использовать для лазеропунктуры АТ, перечисленные в методике КВЧ-терапии. Более точному подбору БАТ для лазеропунктуры способствует проведение одного из вариантов акупунктурной диагностики (Накатани, Акабанэ,

Р.Фолля). Принцип подбора АТ в пунктурный рецепт и последовательность воздействия подробно изложены в соответствующем разделе книги. Обычно в рецепт включается 5-7 точек, экспозиция на одну точку – 20-30 с, суммарное время воздействия за одну процедуру не должно превышать 3-4 минуты, суммарная доза энергии за одну процедуру – 0,2-0,5 Дж/см², на курс лазеротерапии до 9-15 процедур.

При терапии ВСД можно использовать и методики 2,3,4, рекомендуемые к использованию при лечении ГБ.

Гидро- и бальнеотерапия. Из методов гидробальнеотерапии можно рекомендовать: общее влажное укутывание, души – пылевой, дождевой, игольчатый. Температуру воды подбирают дифференцированно в зависимости от субъективных ощущений больного (прохладную, индифферентную, тёплую), длительность процедуры от 2 до 5 минут, давление воды – 1-1,5 ат. На курс лечения – 10-15 процедур, назначаемых ежедневно или через день.

Контрастные ванны применяют с разницей температуры 10° С (36° С и 26° С). Лечение начинают с ножных ванн, после 3-4 процедур переходят к общим контрастным ваннам. Больной поочерёдно погружается то в прохладную воду на 1 мин, то в тёплую на 2 мин. Начинать и заканчивать процедуру следует с пребывания больного в тёплой воде, общая длительность процедуры до 10 мин, на курс лечения до 12-15 ванн.

Ванны хвойные, азотные, йодобромные, хлоридно-натриевые, радоновые (концентрация радона 40-100 нКи/л), углекислые (концентрация углекислоты в ванне 0,8-2,0 г/л), сероводородные (концентрация сероводорода 50-100 мг/л), температура воды в ванне – 35°-36° С, экспозиция, 10-12 мин. На курс лечения – 10-12 процедур, назначаемых через день.

При выраженном преобладании процессов возбуждения с нарушением сна показаны радоновые, йодобромные, хлоридно-натриевые ванны; больным с астеническим синдромом и относительно уравновешенными основными нервными процессами – углекислые, сероводородные, йодобромные ванны. При гиперсимпатикотонии предпочтительнее радоновые или углекислые ванны, йобромные ванны; при парасимпатикотонии – сероводородные, кислородные ванны. Следует помнить о высокой терапевтической эффективности фитобальнеотерапии, которую пациент может активно использовать по рекомендации врача в домашних условиях.

Бальнеотерапию в виде общих или камерных ванн, как правило, используют в сочетании с электролечением (направленным на устранение преобладающих синдромов или симптомов заболевания) преимущественно по методике чередования через день.

Из всех методов и средств, предложенных для лечения ВСД нужно составить такой лечебный комплекс, который более всего бы соответствовал индивидуальным проявлениям болезни. Выбор соответствующих составляющих лечебного комплекса определяется совокупной оценкой психоэмоционального тонуса (методы психодиагностики), тяжести клинической симптоматики, исходного вегетативного тонуса, вегетативного обеспечения и реактивности, наличия сопутствующих заболеваний.

При организации лечебного процесса у больных ВСД очень важно учитывать суточный хроноритм вегетативной нервной системы. Зада-

ча врача – правильно выбрать вид маркера (вегетативный тонус, данные ЭПДФ, психоэмоциональные показатели), опираясь на который можно определить оптимальное время для лечения данного пациента. По нашим наблюдениям, при симпатикотонической направленности тонуса лечение лучше проводить с 13 до 17 часов, а при гипосимпатикотонии – с 10 до 13 часов.

В зависимости от клинических проявлений болезни в течение года следует провести 2-3 курса планомерной последовательной лечебно-реабилитационной терапии. Частота последующих профилактических курсов будет зависеть от длительности ремиссии и повторной манифестации функциональных нарушений и проявлений клинического заболевания.

7.2. Заболевания органов дыхания

Следует отметить, что к концу XX века одно из первых мест в общей структуре заболеваемости занимает патология органов дыхания – воспалительные заболевания лёгких и среди них респираторные аллергии (бронхиальная астма – БА, аллергический ринит – АР, дерматореспираторный синдром) считаются наиболее частым и наиболее тяжёлым заболеванием.

Воспалительные заболевания лёгких. В структуре воспалительных заболеваний лёгких (ВЗЛ) бронхиты являются самыми распространёнными и наиболее частыми болезнями органов дыхания, в связи с чем проблема полноценной реабилитации этого контингента больных имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение. Чтобы правильно использовать в комплексной терапии немедикаментозные методы лечения, необходимо понимать патофизиологическую сущность заболевания. Как известно, в лёгких имеется два гистогематических барьера: бронхососудистый и альвеолярно-сосудистый. Преимущественное поражение бронхососудистого барьера наблюдается у больных хроническим бронхитом (ХБ) – приблизительно в 50% случаев, в 25% – преобладает поражение альвеолярно-сосудистого барьера, а в остальных случаях сочетанно поражаются оба барьера. Исходно, более чем у 1/3 больных ХБ, поражение бронхов обусловлено аллергией, у остальных – воспалением. В этой связи необходимо отметить, что важную роль в развитии ВЗЛ (как острой формы, так и обострения хронической) играет состояние иммунной системы организма. Именно нарушение иммунологической реактивности является одной из причин затяжного течения ВЗЛ и хронизации патологии. Например, острая пневмония нередко протекает на фоне вторичного иммунодефицита со снижением активности NK-клеток (натуральных киллеров), нарушением активности Т-супрессоров, Т-хелперов, отмечается также снижение фагоцитарной функции нейтрофилов (Сильвестров В.П., Федотов П.И., 1987). Активное применение антибактериальных средств при лечении ВЗЛ также оказывает негативное влияние (в той или иной мере подавляется фагоцитоз, подавляется хемотаксис, тормозится реакция бластной трансформации лимфоцитов) на состояние иммунной системы организма и на неспецифические защитные механизмы организма. Поэтому целесообразно своевременное включение в комплексную терапию любой формы и стадии ВЗЛ (острая, период реконвалесценции) *методов и средств иммуно-*

дулирующего и иммунокорректирующего действия, назначаемых дифференцированно с учётом выявленных иммунологических нарушений. Иммуностимуляторы и иммунокорректоры особенно показаны больным с затяжным течением ВЗЛ, когда отсутствие полной нормализации показателей иммунного статуса способствует значительному удлинению сроков выздоровления.

В патогенезе ВЗЛ имеет важное значение нарушение функции системы местной бронхопульмональной защиты, которая включает в себя нормальную функцию мерцательного эпителия, продукцию сурфактанта, лизоцима, интерферона, защитного иммуноглобулина А, нормальное функционирование альвеолярных макрофагов и бронхопульмональной иммунной системы, представленной всеми субпопуляциями Т-лимфоцитов, большим количеством натуральных киллеров, а также В-лимфоцитами. При острых и рецидивах хронической ВЗЛ функция системы местной бронхопульмональной защиты резко подавлена, что способствует внедрению в легочную ткань инфекционного возбудителя и развитию в ней воспаления.

Важное патогенетическое значение в развитии ВЗЛ имеет активация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и образование избытка свободных радикалов, повреждающих мембраны клеток бронхопульмональной системы.

Следовательно, в комплексной терапии ВЗЛ следует предусмотреть методы и средства, обладающие мембраностабилизирующим и антиоксидантным действием, а также методы, улучшающие функции системы местной бронхопульмональной защиты, нормализующие иммунный гомеостаз организма.

Чтобы затормозить активность патологического процесса в бронхопульмональной системе и предупредить последующие рецидивы болезни, необходимо оказать воздействие как на активность воспаления, так и на резистентность дыхательной системы и организма в целом. С целью влияния на процессы воспаления и восстановления функции бронхопульмональной системы целесообразно использовать определенную последовательность целенаправленных лечебных воздействий.

1. Антибактериальная терапия имеет решающее прогностическое значение при терапии больных ВЗЛ, учитывая роль инфекции в возникновении и развитии воспаления. Антибактериальные препараты и способы их введения в организм выбираются врачом индивидуально в зависимости от тяжести течения ВЗЛ и с учётом сопутствующей патологии, причём отдается предпочтение антибиотикам широкого спектра действия. Антибактериальные препараты необходимо назначать в достаточной терапевтической дозе и с интервалами их введения, обеспечивающими в крови и в легочной ткани терапевтическую концентрацию препарата. С целью уменьшения побочного действия антибактериальных средств целесообразно использовать разные пути их введения в организм. Например, при необходимости 5-ти разового введения препарата в течение суток целесообразно 2-3 раза ввести их в организм в форме аэрозоля (электроаэрозоля, ультразвукового аэрозоля), а 2 раза – внутримышечно. В случае достаточности 2-3-х разовой аэрозолтерапии следует использовать только ингаляционный способ введения антибактериальных препаратов в организм, помня, что общее количество вводимого в организм антибактериального

средства, подобранного с учётом чувствительности микрофлоры и индивидуальной переносимости, не должно превышать суточной дозы. В случае резистентности микрофлоры можно использовать полусинтетические пенициллины широкого спектра действия. Антибактериальные препараты могут назначаться не только в аэрозолях, парентерально, но и эндотрахеально и эндобронхиально (в частности, при наличии активного воспалительного бактериального процесса в бронхах), что считается более эффективным, поскольку позволяет локализовать антибактериальное средство непосредственно в очаге воспаления (особенно при комбинировании с ГТ, лекарственным ЭФ).

С первых дней заболевания включают в лечебный комплекс спиртово-масляные компрессы, горчичники, горчичные обёртывания (у детей), массаж грудной клетки, используя приемы поколачивания и вибрации, что способствует отхождению труднооткашливаемой мокроты.

Мы уже отмечали, что активная антибактериальная терапия оказывает негативное влияние на состояние иммунной системы организма, что диктует необходимость включения в лечебный комплекс методов и средств иммуномодулирующего действия, повышающих неспецифическую резистентность организма. К таким средствам можно отнести растительные адаптогены, которые обладают "мягким" иммуномодулирующим действием и практически лишены побочных эффектов иммуномодулирующих химиопрепаратов. Следующие растительные адаптогены можно назначать на весь период болезни: экстракт элеутерококка (по 1 ч.ложке 3 раза в день), настойка китайского лимонника (по 30-40 капель 3 раза в день), настойка жень-шеня (по 20-30 капель 3 раза в день), пантокрин (по 30 капель 3 раза в день), пантовит, биолан и др. Положительное влияние на иммунную систему, на неспецифическую резистентность организма могут оказать алоэ, ФИБС, препараты интерферона, лизоцима, вводимого в рецепт ингалируемого аэрозоля. К методам быстрого воздействия на иммунный статус следует отнести: плазмофорез, лазерное (ВЛОК, ЭЛОК) и ультрафиолетовое облучение крови (УФОК), воздействие физическими факторами на функционально активные зоны – область тимуса, надпочечников, биполарные области, а также включение в лечебный комплекс ЭС и транскраниальной электроанальгезии в сочетании с психокорректирующими методами.

Для улучшения функции системы бронхопульмональной защиты можно рекомендовать ингалирование никотиновой кислоты, витаминов Е, А, группы В (пиридоксин, цианкобаламин, пантотеновая кислота), обладающих мембраностабилизирующим и антиоксидантным действием.

С целью уменьшения явлений интоксикации, связанных с заболеванием и активной антибактериальной терапией, больному рекомендуется обильное питьё клюквенного морса, отваров шиповника, фруктовых соков, слабоминерализованных минеральных вод, а также поливитаминных фиточаёв. Следует отметить, что правильно подобранная фитотерапия, в соответствии с клинической симптоматикой и решаемыми терапевтическими задачами, должна назначаться на протяжении всего периода болезни и продолжаться в период ремиссии заболевания.

Ряд физических факторов обладает способностью усиливать действие антибактериальных средств, в частности, ингаляции фитонци-

дов, которые могут быть использованы не только как продолжение курса антибактериальной ингаляционной терапии, но и как самостоятельный метод лечения при более лёгком течении воспаления.

Поскольку физические методы являются достаточной энергетической нагрузкой на организм, то их начинают активно использовать на 3-5-й день болезни, при отсутствии явлений сердечно-сосудистой недостаточности, кровохарканья, уменьшении явлений интоксикации и при температуре тела не выше 38°C. В зависимости от степени активности воспаления назначают последовательное курсовое воздействие на область грудной клетки высокочастотными факторами с учётом их термоселективного действия на ткани организма – поле УВЧ, СВЧ, ВЧ (локализация, физические параметры, длительность курса воздействия каждым физическим фактором зависят от клинической симптоматики). Следует иметь в виду, что при развитии обострения воспалительного процесса на фоне хронического бронхита можно назначать поле УВЧ не более 2-4 процедур; при затяжном течении ВЗЛ целесообразно сочетать или чередовать воздействие ВЧ-факторами на грудную клетку с воздействием на область надпочечников.

Воздействие высокочастотными факторами сочетают с ингаляционной терапией – ИТ (см. глава 5) и ЭФ лекарственных веществ терапевтически направленного действия, используя гальванический, флюктуирующий (флюктуофорез) или синусоидально модулированный ток (СМТ-ЭФ). Патогенетически обоснован ЭФ лекарственных растворов: антигистаминных средств, спазмолитиков, гепарина, далагина, витаминов, микроэлементов, салициловой кислоты и других нестероидных противовоспалительных препаратов (последние оказывают ингибирующее действие на многие БАВ), меди сульфата, хлорида кальция, магния сульфата, а также лизоцима, спленина, левамизола (последние обладают выраженным иммунокорректирующим эффектом, а спленин, кроме того, повышает антитоксическую функцию печени), препаратов гризи и др.

Физиотерапевтическое лечение, как правило, сочетается с занятиями ЛФК, проводимыми 2 раза в день по 10-15 мин. Адаптация больного к возрастающей физической нагрузке постоянно контролируется путём подсчёта пульса и дыхания до и после занятий ЛФК. Назначение ЛФК в начальном периоде болезни способствует более быстрому восстановлению функциональных нарушений в лёгких, сокращает сроки лечения больного. ЛФК обычно назначают на 2-3 день болезни, после снижения температуры, при удовлетворительном общем состоянии больного.

В остром периоде воспаления больному объясняют необходимость многократно менять положение тела в течение дня: в положении лёжа на здоровом боку – улучшается аэрация больного лёгкого, а положение лёжа на здоровом боку с валиком под грудной клеткой способствует уменьшению спаек в диафрагмально-рёберном углу; положение на животе – уменьшает образование спаек между диафрагмальной плеврой и задней стенкой грудной клетки, а положение на спине – между диафрагмальной плеврой и передней стенкой грудной клетки.

Ещё во время пребывания больного на постельном режиме назначают статические дыхательные упражнения с целью усиления вдоха и выдоха и улучшения отхождения мокроты (глубокий вдох через

нос и медленный выдох через рот, слегка надавливая во время выдоха на грудную клетку и верхнюю часть живота).

По мере улучшения состояния дыхательные упражнения сочетают с упражнениями для конечностей и туловища, включают дыхательные упражнения с сопротивлением с целью увеличения силы дыхательных мышц. Дыхательные упражнения рекомендуется выполнять в положении лёжа, сидя или стоя. Постепенно включаются общеразвивающие физические упражнения, а в дальнейшем спортивно-прикладные упражнения – ходьба, игры с мячом, тренажеры. Но все эти упражнения обязательно сочетаются с дыхательными упражнениями. Дыхательные упражнения для увеличения силы диафрагмы целесообразно сочетать со звуковой гимнастикой (на медленном выдохе производятся звуки “пф-ф-ф”, “,,бр-у-х-х”, “бр-о-х-х”, “м-м-м”, “р-р-р”) или короткими, следующими друг за другом сериями выдыхательных движений (толчками), во время которых напрягаются мышцы живота и одновременно сокращается диафрагма. Цель звуковой гимнастики – это выработать соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха – 1:2. Общее количество дыхательных упражнений с элементами звуковой гимнастики не должно превышать 30-40 % от общего времени занятия ЛФК.

Большое значение для больного имеет тренировка диафрагмального дыхания, т.е. овладение методикой йоговского дыхания и некоторыми асанами. Заниматься гимнастикой йогов (см. главу 1) больные могут под руководством инструктора, а в дальнейшем самостоятельно.

Занятия ЛФК противопоказаны при острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности.

2. Элиминационные воздействия необходимы для удаления из ткани лёгких материала, потерявшего токсичность, но сохранившего антигенность (убитая флора, повреждённая ткань и т.д.) и, вследствие этого длительно поддерживающего вялотекущий воспалительный процесс. Усиливает процессы элиминации ингаляционная терапия растворами ферментов, лекарственными растениями, щелочными минеральными водами. Целесообразно использовать биологические и биофизические методы терапии – БРТ, ЭПДФ, гомеопатию и др. Активная элиминационная терапия будет способствовать нормализации функции системы бронхопульмональной защиты и быстрейшему выздоровлению больного.

3. Репаративные воздействия. Экспериментально показано, что длительность периода восстановления в 3-4 раза превышает время, в течение которого происходит повреждение бронхолегочной ткани. Поэтому стимуляция процессов репарации должна быть достаточно интенсивной и длительной, чтобы предупредить рецидивы воспаления на фоне сохраняющихся очагов повреждения в лёгких (очаги десквамации эпителия, гистолиз и др.). Недостаточная стимуляция процессов репарации может усугубить до конца не разрешившийся патологический процесс (на фоне общей ослабленности организма) и привести к стойкой хронизации заболевания.

Ускорению процессов репарации способствуют: БРТ, гомеопатия, лазеротерапия, УФО, МП, фитотерапия, методы теплолечения.

4. Общеукрепляющие воздействия, стимулирующие процессы саморегуляции и повышающие устойчивость организма к рецидивам

воспаления: фитотерапия, все методы аппаратной физиотерапии с широким спектром общебиологического действия – ЭС, лазеротерапия (методы ВЛОК, ЭЛОК, лазеропунктура и др.), КВЧ-терапия, общее УФО, климатотерапия, азротерапия, аэрофитотерапия, различные методы психотерапии, ЛФК, массаж (классический, сегментарный, точечный), методы гидро- и бальнеотерапии, включая контрастные ванны для рук и ног, а также биологические и биофизические методы терапии.

Понимание динамики воспаления и восстановления бронхопульмональной системы диктует целесообразность долечивания больного в реабилитационном центре (отделении) или в санатории-профилактории, где используются в основном методы немедикаментозной терапии, стимулирующие процессы саногенеза и саморегуляции.

После возвращения из центра (отделения) реабилитации больные должны поступать под диспансерное наблюдение в поликлинике – это уже амбулаторно-поликлинический этап реабилитации. Задача этого этапа – сохранить стойкий терапевтический эффект лечения и предотвратить рецидив заболевания. В соответствии с планом противорецидивного общеукрепляющего лечения в течение года используется последовательное назначение различных методов немедикаментозной терапии. Обязательным для этого контингента больных является закаливание организма, которое следует начинать в июле-августе с постепенным наращиванием нагрузки (обтирания, обливания, контрастные ванны, лечебное плавание в бассейне и др.), желательными являются занятия гимнастикой йогов, а также длительный приём правильно подобранной фитотерапии.

Так осуществляется приемственность лечения на всех этапах реабилитации, что позволяет предотвратить переход острой формы ВЗЛ в хронический бронхолегочный процесс.

Практически, чтобы избавить больного от хронического ВЗЛ необходимо подойти к терапии с позиций холистической медицины, ориентированной на стимуляцию самооздоровления организма методами немедикаментозного лечения при активной позиции больного в вопросах самооздоровления.

Реабилитация считается эффективной, если устранены морфологические нарушения в бронхопульмональной системе, нормализуются функциональные и иммунологические показатели, отсутствует временная нетрудоспособность по основному заболеванию в течение года и снижается число дней нетрудоспособности по ОРЗ. Важным условием эффективности противорецидивной реабилитационной терапии является санация всех очагов хронической инфекции (зубы, миндалины, носоглотка и т.д.).

Бронхиальная астма (БА). В последние десятилетия XX века во всём мире наблюдается неуклонный рост числа больных *аллергий*, в структуре которой респираторным аллергиям (БА, АР и дерматореспираторному синдрому) принадлежит ведущее место. *Аллергия* – это болезнь века уходящего и болезнь века будущего, поражающая людей всех возрастов, нередко приобретающая тяжёлое течение и приводящая к летальному исходу. Особенно актуальна – проблема детской астмы.

Распространенность БА в различных регионах колеблется от 5% до 12-15 % и особенно высока в экономически развитых странах. Сре-

ди больных, страдающих БА, около 30% – редко пользуются противоастматическими препаратами, еще 35% – пользуются ими регулярно, около 25% – имеют тяжёлую форму заболевания и вынуждены постоянно принимать несколько противоастматических препаратов, а 10 % – страдают инвалидизирующей формой заболевания.

В настоящее время БА рассматривается как полигенное, гетерогенное заболевание, основное звено патогенеза которого – воспаление бронхиального дерева, вследствие нарушения иммунологических механизмов, усугубляемое развивающимися психоневрологическими нарушениями (рис. 114, 115). По мнению Федосеева Г.Б. (1983, 1995), по мере прогрессирования заболевания психоневрологический механизм патогенеза может приобретать ведущее значение, хотя в научном мире, по-прежнему, считается, что патогенетической основой БА является аллергическая реактивность организма при его сенсибилизации к экзоаллергенам.

По современным представлениям, проявление бронхиальной астмы неизбежно при совпадении трёх составляющих у одного конкретного человека:

- наследственная предрасположенность к атопии и аллергии; (приблизительно 1/3 населения имеет наследственную предрасположенность к аллергии, т.е. имеет изначально высокий титр IgE в сыворотке крови);

- снижение психологической и физиологической устойчивости человека;

- психологическая или физическая травма, или фрустрация.

Согласно докладу экспертов ВОЗ (1993) , астме дано следующее определение: бронхиальная астма (независимо от степени тяжести) – это хронический персистирующий воспалительный процесс в дыхательных путях, который ведет к гиперреактивности дыхательных путей, их обструкции и появлению респираторных симптомов (приступ астмы, астматический статус).

Воспалительный процесс в дыхательных путях приводит к четырем формам бронхиальной обструкции:

- острому спазму мускулатуры дыхательных путей;

- подострому отёку слизистой оболочки дыхательных путей;

- хроническому образованию вязкого бронхиального секрета;

- необратимому склеротическому процессу в дыхательных путях.

Однако учёные многих стран мира и педиатрическая группа Консенсуса (1992 г.), излагая свое видение проблемы астмы, вынуждены были признать, что хотя аллергия и является важным звеном патогенеза заболевания, тем не менее, постановка специфического аллергологического диагноза мало сказывается на эффективности проводимой терапии. Во всем мире заболеваемость и смертность от астмы неуклонно возрастают, несмотря на создание новых высокоэффективных противоастматических препаратов и ингаляционных систем (ИДА).

В соответствии с многофакторностью патогенеза БА лечение респираторного аллергоза, в частности, детской астмы – это сверхсложный процесс, *сузубо индивидуальный*, направленный в каждом конкретном случае не только на ликвидацию воспаления, на элиминацию аллергена, но и на нормализацию иммунологической реактивности, психоэмоциональной сферы пациента.

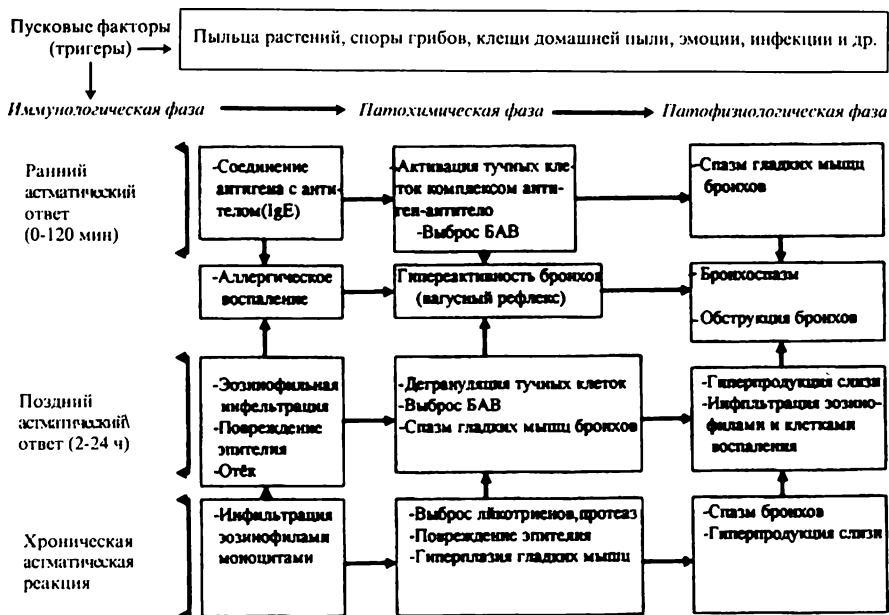


Рис. 102. Динамика патологического процесса в легких. В соответствии с динамикой патологического процесса осуществляется и лечение БА: ГРБ в сочетании с воспалительной реакцией усиливает симптоматику БА. *Кортикостероиды* – уменьшают воспаление, снижают хемотаксис эозинофилов, что уменьшает ГРБ, но не действуют на бронхоспазм; β_2 -*агонисты* – стабилизируют тучные клетки и вызывают расслабление гладкой мускулатуры бронхов, но не оказывают влияния на ГРБ; *стабилизаторы клеточных мембран* (интал, тайлед и др.) – препятствуют выбросу БАВ, но не оказывают воздействия на бронхоспазм и отёк слизистой бронхов; *антихолинэргические препараты* – уменьшают ГРБ, но не действуют на воспаление; *метилксантины* – снижают бронхоспазм, оказывают лёгкое противовоспалительное действие, но не предупреждают ГРБ; *антигистамины* – действуют лишь в острую фазу аллергической реакции (I-й тип), но не снимают ни бронхоспазм, ни воспаление, ни отёк слизистой бронхов, развивающиеся в позднюю фазу аллергической реакции.

Для того, чтобы правильно использовать методы и средства гипосенсибилизирующей и противоастматической направленности действия, необходимо чётко представлять патогенетическую основу аллергического воспаления, которое на клеточном уровне принимает как бы характер “замкнутого круга”, приводя к хроническому воспалительному процессу.

Лёгие можно рассматривать как мощную метаболическую лабораторию организма, слаженная работа которой во многом зависит от центральной и вегетативной нервной системы. У больных БА установлена жёстко детерминированная структура межсистемных связей, обеспечивающая регуляцию бронхиальной проходимости на нервном (симпатическом и парасимпатическом, а также не холинергическом и не адренергическом) и гуморальном уровнях (Марченко В.Н., 1992). В литературе имеется достаточно сведений, подтверждающих наличие тесных корреляций между способностью клеток-мишеней поражённого органа или системы к аллергическому ответу и состоянием вегета-

тивного тонуса и вегетативной реактивности. При этом преобладание парасимпатической активности или симпатикотония с активацией β -адренергического механизма потенцирует реакцию генетически predisposed организма на аллерген или любой неаллергенный стимул. Напротив β_2 -адренергическое преобладание снижает вероятность формирования и рецидивы астмы.

Современное понимание проблемы астмы позволяет говорить о многофакторности генеза нарушений бронхиальной проходимости: *обструкция бронхов формируется не только за счёт β -адренергических механизмов, вагусной гиперреактивности, выделения химических медиаторов, в совокупном действии генерализующих воспалительный процесс (бронхоспазм, секрецию слизи, увеличение сосудистой проницаемости и др.), но и за счёт изменения центральной нервной регуляции.* На сегодня считается доказанным, что в формировании бронхообструктивного синдрома участвуют психосоматические факторы и соматические расстройства, взаимодействие которых усиливает или формирует бронхообструктивный синдром у больных БА, или у лиц, находящихся в состоянии предастмы. Это, в свою очередь, способствует формированию патологической реакции на болезнь, а различные нервно-психические расстройства усугубляют течение бронхообструктивного синдрома (рис. 103)

Как следует из представленной схемы, чтобы предотвратить бронхоспазм, связанный с нарушением нервной регуляции, необходимо комплексное воздействие по нескольким направлениям.

1. Использование методов и средств, направленных на улучшение трофической, регулирующей и интегративной функции ЦНС, что будет способствовать как созданию положительного психоэмоционального фона в организме, так и оптимизации всех видов лечебного воздействия.

2. Воздействие на симпатическую нервную систему через симпатические адренорецепторы, используя, главным образом, селективные β_2 -агонисты и другие методы неспецифического воздействия, усиливающие бронходилатацию.

3. Воздействие на парасимпатическую нервную систему (n.Vagus) антихолинергическими препаратами в сочетании с другими методами ваголитической направленности действия.

4. Использование ЛФК, дыхательной гимнастики, йоги, телесноориентированной психотерапии и других видов тренирующего воздействия, способствующих укреплению соматического звена нервной регуляции системы дыхания.

Комплексное воздействие необходимо с целью нормализации функциональной активности определенных звеньев интегративных систем мозга, в совокупности обеспечивающих нормальное функционирование системы дыхания (механику дыхания). А включение в лечебный комплекс методов и средств противовоспалительной десенсибилизирующей направленности действия обеспечивает воздействие на один из основных механизмов бронхоспазма – воспаление.

Основные принципы комплексного лечения детской астмы

Современный врач, строго соблюдая общие фундаментальные законы и положения как традиционной, так и нетрадиционной (официальной) медицины, должен придерживаться определенных принципов в отношении стратегии и тактики лечения больных БА.

Рис.103. Роль нервной системы в патогенезе обструкции воздухоносных путей



В отношении стратегии

Этиологическая терапия – воздействие на причину болезни (выявление и устранение причинно значимого аллергена).

Патогенетическая терапия – воздействие на механизмы, способствующие клиническому проявлению заболевания.

Симптоматическая терапия – ликвидация сопутствующих симптомов.

Исходя из постулатов современной официальной и традиционной медицины, такая стратегия диктует необходимость системного анализа с позиций целостности биологической системы с целью воздействия на механизмы, формирующие обструкцию бронхов на субклеточном, клеточном, тканевом, органном и организменном уровнях (в соответствии с биофизической моделью болезни – на информационно-энергетическом и материальном уровнях). Такой подход требует, чтобы сознание современного врача не было закреплено в своем материалистическом понимании мира, а было способно выйти за узко ограниченные рамки этих представлений и воспринять синтетическое единство официальной и традиционной медицины как целесообразность и необходимую реальность ради сохранения физического, психического и духовного здоровья подрастающего поколения.

В отношении тактики

Многовековой опыт медицины, подтверждённый современной наукой, свидетельствует о недопустимости шаблонного подхода и "схемного" лечения БА. Современная реальность диктует необходимость пересмотра сложившихся стереотипов терапии астмы и использования такую тактику, которая позволяла бы как выявлять нарушения на всех уровнях целостной биологической системы, так и одновременно осуществлять их коррекцию.

Лечение должно быть комплексным, направленным в приступный период на купирование симптомов астмы, а в период ремиссии – на контроль за симптомами астмы и обеспечение полноценной активной жизни ребёнка.

Необходимость комплексного подхода к лечебному процессу объясняется сложностью и системностью любого хронического заболевания. И если рассматривать здоровье как состояние физического, психического, духовного и социального благополучия, то комплексная терапия должна быть направлена на болезнь не только на уровне симптомов, но и на тот дисбаланс, глубинную причину страдания, повлекшую за собой развитие различных недугов у ребёнка, поскольку не существует изменений в самочувствии ребёнка, которые не имели бы корреляционной связи с биологическими процессами.

Опыт древних говорит, что чаще всего дисбаланс в физиологии является проявлением дисбаланса в сознании человека. Поэтому, с позиции целостного, личностного подхода к здоровью, составляющими лечебного комплекса должны быть различные методы психической релаксации, различные двигательные режимы и рационально подобранные биоэнергетические методы коррекции нарушенного гомеостаза. Включение в комплексную терапию различных видов физической энергии позволяет перевести организм на энергетически более выгодный путь поддержания гомеостаза (оптимизируются микроциркуляторные реакции и деятельность механизмов регуляции нервно-мышечного аппарата, снижается содержание в крови стрессогенных

гормонов и медиаторов, активируются стресс-лимитирующие системы, уменьшаются психовегетативные расстройства, снижается активность ПОЛ и нормализуются взаимоотношения в системе ПОЛ-антиоксиданты и др.), что необходимо как для восстановления энергетического потенциала органов и тканей, так и для адекватного взаимодействия организма с окружающей средой. Благодаря универсальному неспецифическому действию на организм биоэнергетических методов, благоприятный эффект комплексной терапии постепенно нарастает и удерживается в течение 3-4-6 месяцев, поскольку в ответную реакцию включается весь организм. На этом фоне снижается потребность организма в противоастматической химиотерапии.

Рекомендуя ребёнку то или иное лекарство, следует отдавать предпочтение физико-фармакологическим методам их введения в организм (ИТ, ЭФ) или же использовать гомеопатические препараты, и/или гомеопатизированные аллопатические препараты (у больных предастмой, БА легкой степени), или же комбинировать гомеопатические препараты с современными противоастматическими препаратами (у больных среднетяжелой и тяжелой БА).

Любые рекомендации врача должны тщательно взвешиваться и контролироваться, поскольку в условиях извращенной реактивности и повышенной сенсibilизации организма нельзя допустить назначения методов и средств, ухудшающих состояние ребенка. Это подтверждает необходимость использования адекватных методов контроля за состоянием ребёнка (пикфлоуметрия, исследование вегетативного тонуса и вегетативной реактивности, ЭПДФ, БРТ и др.), так как обычные клиничко-лабораторные исследования не выявляют динамику симптомов астмы и не позволяют своевременно проводить коррекцию противоастматической терапии.

В процессе проведения комплексной терапии врач должен подбирать наиболее оптимальные варианты сочетания традиционных и нетрадиционных методов лечения (с целью всестороннего воздействия на все звенья патогенеза заболевания и организм в целом) и правильно организовать преемственность и непрерывность комплексной терапии на разных этапах реабилитации (в частности, выбор оптимального времени, способа и формы воздействия, длительности и повторяемости процедур, продолжительность курса лечения и определение сроков повторного курса, подбор диеты для пациента, контроль за адекватностью противоастматической терапии и т.д.).

Решая вопрос о противоастматической терапии, в первую очередь следует учитывать стабильность хороших результатов пикфлоуметрии (ПОСВ), в зависимости от которых строится план комплексного и самостоятельного лечения больного БА. Контролировать симптомы астмы помогает ведение больным дневника самоконтроля состояния.

Особое внимание должно быть уделено профилактической работе с детьми *группы риска* (дети, родившиеся в семьях с аллергическими заболеваниями в анамнезе, имеющие наследственную предрасположенность и психосоматическую обусловленность, развивающиеся в неврозогенных семьях, продуцирующих психосоматические заболевания на фоне выраженного нарушения психоэмоционального контакта с первично значимыми объектами – мать-отец, сестра-брат) и *предастммы* (дети, имеющие нарушения процессов переваривания и всасывания в желудочно-кишечном тракте, диатез, аллергический ринит, полиноз, аллергические заболевания кожи, склонность к ГРБ).

Дневник самоконтроля состояния больного БА

ПОСВ - л/мин \ Дни	1		2		3		4	
	утр	веч	У	В	У	В	У	В
400								
350								
300								
250	240							
150	180							
100								
50								
0								
Диастолическое АД								
ЧД								
ЧСС								
индекс Кердо								
Коэффициент Хильдебранта								
Ночн. сон (нарушен.)								
Физическ. нагрузка (усиление кашля, чувство стеснения в гр. клетке, затруд. дыхание)								
Р-ция на бытовые аллергены								
Каких триггеров следует избегать								
Реком. лекарствен. терапия								
Экстренные мероприятия при ухудшении состояния								
При каких ситуациях обращаться за мед. помощью								

Примечание. Карта по усмотрению врача может быть дополнена и другими данными, актуальными для конкретного больного, в частности, пищевым дневником.

ПОСВ в критической зоне (240-180 л/мин) – показание к повышению интенсивности противоастматической терапии. С целью улучшения самоконтроля за симптомами астмы у взрослых больных разработана система «зеленой-желтой-красной зон» (Межд. Конс., 1992), что позволяет больному не только понять хроническую и переменчивую природу астмы, но и в соответствии с диапазоном отклонений ПОСВ использовать противоастматическую терапию, разработанную врачом в зависимости от индивидуальных особенностей и потребностей больного, т. к. обострение астмы у конкретного больного протекает обычно по сходной схеме. На сегодня разработан терапевтический алгоритм лечения астмы и метод ступенчатого ведения астмы, представляющий унифицированную терапевтическую программу фармакотерапии и дающий возможность использовать тактику «шага вверх» (терапия переходит на более высокую ступень при ухудшении состояния) и «шага вниз» (сокращение лекарственной терапии при достижении хороших результатов лечения) с целью поддержания контроля над симптомами астмы.

При первичной профилактике детской астмы особенно важна возможность ранней диагностики и терапии на доклинической стадии болезни, поскольку на фоне повышенной аллергической чувствительности

и извращённой реактивности организма клинические проявления многих заболеваний приобретают причудливые формы и сочетания, что нередко ставит в тупик практическую медицину. Можно предположить, что диагностика нарушений на доклинической стадии в сочетании с изучением спектра "антигенов риска" – системы антигенов HLA не только обогатит врача более полной информацией о формировании БА, но и позволит также контролировать эффективность профилактических мероприятий, поскольку выявлена взаимозависимость распределения антигенов HLA от формы БА (экзогенная, эндогенная), тяжести течения, фенотипических особенностей, возрастного периода и периода манифестации заболевания.

Планируя профилактику обострений БА, связанных с риновирусной инфекцией, имеющей глобальное распространение и циркулирующей круглогодично, необходимо учитывать, что патогенное значение различных вирусов изменяется в зависимости от времени года. Поэтому профилактическое комплексное лечение следует обязательно назначать за месяц до предполагаемого контакта с ингаляционными аллергенами, за месяц до периода сезонного обострения или эпидемии вирусной инфекции, а также после перенесённого острого респираторного заболевания.

Эффективность профилактических мероприятий в значительной мере зависит от осознания родителями своей ответственности за настоящее и будущее ребёнка. Родительская любовь и внимание, соответствующий возраст и психофизиологическим возможностям ребёнка двигательный режим, закаливание, сбалансированная диета, личностная гармония – вот тот фон, который необходим организму ребёнка для нормального развития.

Вероятно, в обозримом будущем только диагностика на доклинической стадии заболевания и активная профилактика позволят практической медицине приблизиться к решению проблемы Детской Астмы.

В соответствии с общепринятыми отечественными классификациями БА, позволяющими при сохранении общепринятого подхода к диагностике и лечению детализировать течение заболевания, мы приводим схемы лечения различных форм и вариантов БА, используя методы традиционной и нетрадиционной медицины. Подходы к тактике лечения астмы у взрослых аналогичны стратегии и тактике лечения детской астмы.

Лечение атопической (экзогенной БА)

I. Этиологическое лечение (элиминационная терапия, разобщение больного с причиннозначимым аллергеном, безаллергенные палаты).

II. Патогенетическое лечение

A. Воздействие на иммунологическую фазу патогенеза БА:

1. Специфическая гипосенсибилизация.

2. Неспецифическая гипосенсибилизация:

а) элиминационные диеты, РДТ в сочетании с энтеросорбцией или без неё;

б) лечение гистоглобулином, аллергоглобулином, ЭФ гистамина;

в) лечение адаптогенами;

г) антигомтоксическая (биологическая) терапия.

3. Лечение глюкокортикоидами (использовать преимущественно физико-фармакологические методы введения их в организм).

4. Иммуномодулирующая терапия (иммуномодулирующие средства и методы, в частности, тимомиметические препараты, гемосорбция, иммунсорбция, плазмофорез, лимфоцитофорез, лазерное- и УФ-облучение крови, стимуляция функции коры надпочечников и тимуса с помощью методов физиотерапии и др.).

Б. Воздействие на патохимическую фазу патогенеза:

1. Стабилизаторы мембран тучных клеток (интал, кетотифен и др., используя преимущественно физико-фармакологические методы их введения в организм).

2. Воздействие на медиаторы воспаления, аллергии, бронхоспазма (холинолитики, антигистаминные, антисеротониновые, антибрадикининные и антипротеолитические средства).

3. Гомеопатические препараты. (унитарные, комплексные, резонансные).

4. БРТ и другие биофизические методы.

5. Психокорректирующая терапия.

В. Воздействие на патофизиологическую фазу патогенеза:

1. Бронходилататоры (бронхолитики).

2. Отхаркивающие средства.

3. Психокорректирующая терапия.

4. Физиотерапия (включая методы пунктурной физиотерапии).

5. Природные физические факторы и их искусственные аналоги (спелеотерапия, галотерапия, баротерапия и др.).

6. Лечение аппликациями (микроинъекциями) новокаина с димедролом или гомеопатическими (или гомеопатизированными аллопатическими) средствами (подобранными с помощью ЭПДФ или БРТ) в область определенных АТ с последующей лазеропунктурой.

7. БРТ и другие биофизические методы.

8. Гомеопатические препараты.

9. Иглорефлексотерапия.

10. Фитотерапия.

11. ЛФК, дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки (классический, точечный массаж активных точек, сегментарный массаж, вибромассаж).

12. Диетотерапия.

III. Симптоматическая терапия – лечение сопутствующих соматических заболеваний и осложнений, которые нередко усугубляют течение БА и др. аллергических болезней:

– поражений кожи;

– поражений слизистой желудочно-кишечного тракта;

– поражений верхних дыхательных путей;

– поражений внутренних органов.

Лечение инфекционно-зависимой (эндогенной БА)

I. Этиологическое лечение

1. Ликвидация острого или обострения хронического воспалительного процесса в бронхопульмональной системе, санация очагов хронической инфекции (консервативная или хирургическая).

2. Медикаментозное лечение: антибиотики (с учётом чувствительности микрофлоры и индивидуальной переносимости); сульфанила-

миды продлённого действия; при непереносимости антибиотиков и сульфаниламидов – нитрофураны, антисептики (диоксидин), фитонциды, противовирусные средства, используя сочетание различных методов их введения в организм.

3. Бронхопульмональная санация (особенно при гнойном бронхите, бронхоэктазах).

II. *Патогенетическое лечение* (в фазе ремиссии)

1. Неспецифическая иммунотерапия (РНК-содержащие препараты).

2. Неспецифическая гипосенсибилизация стабилизаторами мембран тучных клеток (интал, кетотифен и др., методы эфферентной терапии и др.).

3. Иммуномодулирующие средства и методы (препараты вилочковой железы, декарис, нуклеонат натрия, аллерглобулин и др.).

4. Восстановление дренажной функции бронхов (бронходилататоры, отхаркивающие средства, постуральный дренаж, массаж грудной клетки и др.).

5. Глюкокортикоиды (требуются чаще, чем при экзогенной БА).

6. Физиотерапия и физиорефлексотерапия.

7. Природные физические факторы и их искусственные аналоги (спелеотерапия, галотерапия, баротерапия и др.).

8. БРТ, и другие методы биофизической и терапии.

9. Гомеопатические препараты.

10. Фитотерапия.

11. Сауна-терапия (противопоказана при активном воспалительном процессе в бронхолегочной системе, аритмии и патологических изменениях на ЭКГ, выраженном обострении БА).

12. Психокорректирующая терапия.

13. Диетотерапия.

14. ЛФК, дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки (классический, точечный массаж активных точек, сегментарный массаж, вибромассаж).

III. *Симптоматическая терапия* (аналогичная вышеизложенной)

Клинико-патогенетические разновидности БА и особенности их терапии

Имеются различные клинические варианты БА, вследствие преобладания того или иного механизма патогенеза бронхиальной обструкции, которые могут при сохранении основной линии лечения, иметь особенности в подходе к этиологической, патогенетической и симптоматической терапии. Это следующие варианты БА:

- холинергическая (ваготоническая) ночная БА;
- астма физического усилия – АФУ (холодовая астма);
- пищевая астма;
- аспириновая астма.

Холинергическая (ваготоническая) астма. В период затяжных приступов БА и обострения легочной инфекции следует включать в лечебный комплекс холинолитики, используя различные пути введения их в организм, а также соответствующие гомеопатические препараты.

1. Периферические М-холинолитики: атропин, платифиллин, мета-

цин (в частности, ЭФ 0,1% раствора атропина по интраназальной методике позволяет осуществлять фармакологическую ваготомию).

2. Холинолитики в аэрозолях.

3. Гомеопатические препараты, подобранные с помощью ЭПДФ.

Ночная астма (НА). Нередко в начальной фазе БА ночные приступы удушья между 1 ч ночи и 5 ч утра являются единственным признаком заболевания (при этом не наблюдается существенных различий между эндогенной и экзогенной формами болезни), и поэтому астма не диагностируется врачом при осмотре больного ребёнка днём.

Актуальность проблемы изучения особенностей клинических проявлений НА обусловлена тем, что на фоне тенденции к значительному росту численности больных БА, приблизительно у трети из них наблюдается дыхательный дискомфорт в ночное время. Беспокойный сон с выраженной гипоксемией, как правило, приводит к снижению умственной и физической работоспособности, повышению уровня тревожности ребёнка. Многочисленные исследования по раскрытию механизма такого феномена, как ночные дыхательные расстройства у больных БА, являются спорными и до конца неизученными.

Известно, что у больных БА имеется внутренний десинхронизм – дезорганизация циркадных ритмов многих физиологических функций, что вероятно оказывает влияние на проявление *обструктивного апноэ – гипопноэ*, входящего в триггерный механизм возникновения ночных приступов удушья у больных БА.

У этих больных отмечается закономерность изменений циркадной ритмики медиаторов и рецепторного аппарата клетки в сочетании с изменением уровня гормонов. Бронхиальная гиперреактивность также подвержена циркадным колебаниям – в ночное время повышается бронхомоторный тонус, проницаемость слизистой, изменяется состояние рецепторов симпатической и парасимпатической регуляции, активность НАНХ-системы. Вся эта сложная взаимосвязь явлений ведёт к развитию спазма гладкой мускулатуры бронхов, повышению проницаемости капилляров, развитию отёка слизистой оболочки дыхательных путей и, как следствие, – к обструкции бронхов в ночное время.

Основные причины ночных приступов БА:

1. У здоровых меридиан лёгких (Р) имеет максимальный энергетический потенциал с 3 до 5 ч, а минимальный – с 15 до 17 ч; у больных вследствие энергетического дисбаланса меридиана лёгких, отмечается циркадный ритм бронхиальной проходимости с ухудшением ночью.

2. Повышается склонность к дегрануляции тучных клеток и базофилов в ночное время, что вызывает повышение уровня гистамина в крови.

3. Снижение в крови концентрации катехоламинов (в 3–4 ч ночи) и цАМФ в ночное время.

4. Циркадные ритмы числа адренорецепторов на лимфоцитах у больных БА (лимфоциты несут β -адренорецепторы того же типа, что и гладкие мышцы бронхов) – в ранние утренние часы отмечается минимальная плотность β -адренорецепторов. Ослабление эндогенной β -стимуляции в ночное время, совпадающее со снижением уровня адреналина и повышением уровня гистамина в крови, может вызывать ухудшение проходимости бронхов.

5. Циркадный ритм секреции кортизола – снижение его уровня ночью.

6. Влияние горизонтального положения (повышается бронхоконстрикторный тонус вагуса, особенно при холинергическом типе БА, и чувствительность бронхов к ацетилхолину ночью, снижается кашлевой рефлекс).

7. Повышенный контакт больного с агрессивными для него аллергенами (перо подушки, клещи-дермофагоиды в тюфяках и т.д.). Выявлено, что акрофаза IgE-антител приходится на период с 5 ч до 6 ч утра и именно в предутренние часы происходит процесс активации и высвобождения медиаторов воспаления, в частности, гистамина, индуцирующих астматический ответ.

8. Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) нередко является основным триггером ночной астмы. Согласно современным представлениям, патогенез БА, возникающий на фоне ГЭР, связан с двумя механизмами: во-первых, бронхоспазм развивается в результате заброса желудочного содержимого в просвет бронхиального дерева; во-вторых, индуцирование приступа удушья происходит в результате стимуляции вагусных рецепторов дыхательной части пищевода. Ночной характер приступов “рефлюкс-индуцированной астмы” связан с микроаспирацией и циркадным ритмом выработки соляной кислоты (преимущественно с 0 до 4 ч утра), а также стимуляцией вагусных рецепторов дистальной части пищевода, рефлекторно индуцирующих эффект бронхоконстрикции. Кашель приводит к повышению внутригрудного давления, усугубляя патологический рефлюкс и вновь запуская механизм активации вагусных рецепторов. Этим больным не рекомендуется принимать теофедрин во второй половине дня, т.к. он способствует снижению тонуса нижнего пищевого сфинктера.

9. Повышенная чувствительность дыхательных путей больного БА к суточным колебаниям барометрического давления, относительной влажности и снижению температуры воздуха в ночное время.

10. Циркадные колебания активности НАНХ-системы, включающей тормозные и возбуждающие компоненты, занимают важное место в регуляции бронхиальной проходимости. Нарушение бронходилататорной вазоинтестинальной не адренергической иннервации и высвобождение из С-волоконных окончаний нейропептидов – субстанции Р, нейрокининов и кальцитонина с возможным вовлечением в действие механизма аксон-рефлекса обуславливают гиперреактивность бронхов в ночное время.

С целью профилактики и лечения ночных приступов БА можно рекомендовать следующее:

1. Создание комфортных условий в спальне ребёнка (гигиеническая обработка с использованием новейших акарицидных препаратов, каждодневная смена постельного и нательного ночного белья, использование паролоновых тюфяков и подушек, очистка воздуха с помощью систем фильтрации, позволяющих удалять из воздуха почти 100% спор грибов, пыльцы, домашней пыли и других частиц, применение аппаратов для ионизации воздуха и др.).

2. Основной путь профилактики ночных приступов – это приём пролонгированных препаратов теофиллина или соответственно подобранных гомеопатических препаратов. При преобладании ночных приступов удушья оптимальным является прием 1/3 суточной дозы теофиллина утром или в обеденное время и 2/3 дозы – вечером (в средних

терапевтических дозах из-за невозможности проведения мониторингового контроля за содержанием теофиллина в крови). При использовании продлённых теофиллинов II-го поколения (дюрантные препараты теофиллина суточного действия) – их следует принимать вечером, а продлённый теофиллин I-го поколения (действующий 12 ч.) – также принимать перед сном, что по данным Dethlefsen (1987) надёжно предупреждает ночные или утренние приступы удушья у 95% больных.

3. Помогает определить время приёма лекарства использование принципа хронотерапии: в течение 3-х суток у больного в различные часы определяют бронхиальную проходимость и выявляют периоды ухудшения функции дыхания. Принцип хронотерапии в большинстве случаев надёжно предупреждает ночные приступы удушья. Так ингаляции β -адреномиметиков назначаются за 30-45 минут до предполагаемого приступа, интала – за 15-20 минут, бекломета – за 30 минут, эуфиллина внутрь за 45-60 минут.

4. Приём пролонгированных β -адреномиметиков в виде ИДА или таблеток (оптимальным считается прием 1/3 суточной дозы утром и 2/3 – в вечернее время), причем, если больной осуществляет контроль за симптомами астмы с помощью индивидуального пикфлоуметра, удаётся максимально точно подобрать и дозу препарата, и время приёма. Иногда целесообразно сочетать пролонгированные β_2 -агонисты с мембраностабилизирующими лекарственными препаратами.

5. Приём антихолинэргических средств (более эффективны при холинэргической форме БА и эндогенной БА) – атровент, ипратропиум бромид и др.

6. Курсовое лечение стабилизаторами мембран тучных клеток в виде ИТ, ЭФ способствует предупреждению ночных приступов астмы. В частности, рекомендуется *недокромил натрия*, действие которого основано на препятствии высвобождения гистамина, ЛТС₄, ПГД₂ и других БАВ из популяций тучных и других клеток, участвующих в воспалительной реакции бронхов. Использование этого препарата лежит в основе профилактического лечения больных НА.

7. Назначение ЭС, особенно перед ночным сном, также способствует предупреждению приступов ночного удушья (в сочетании с психотерапией и гомеопатией).

8. Больным с выраженной гипоксемией (анемией) рекомендуется вдыхание кислорода во время сна (или перед сном), что способствует повышению насыщения гемоглобина кислородом и уменьшает количество приступов ночью (в условиях стационара можно проводить через небулайзер).

9. Необходимо консервативное или хирургическое лечение полипов (аденоидов) носоглотки.

10. С целью улучшения мукоцилиарного клиренса можно назначать в течение дня и особенно перед сном бромгексин или амброксол (ла-сольван). Эти препараты стимулируют продукцию сурфактанта, нормализуют бронхолегочную секрецию, уменьшают вязкость мокроты, способствуют её отхождению.

11. Этому контингенту больных целесообразно назначать соответствующие методы физиотерапии (ИТ, СМТ, ЭФ, и др.) в часы с 15 до 17 ч.

12. Больным с гастроэзофагеальным рефлюксом не следует принимать пищу перед сном. Им рекомендуется частое и дробное употребление (5-6 раз в день) механически и химически щадящей пищи, последний приём пищи не позднее, чем за 3-4 ч до сна. При выраженном ГЭР можно принимать пищу стоя и после еды походить в течении получаса. Учитывая, что развитию ГЭР способствует определенное положение тела, рекомендуется спать на кровати, головной конец которой приподнят на 20 см. Из лекарственных препаратов можно назначать антациды, обволакивающие и антисекреторные средства, гастрокинетики.

Астма физического усилия (АФУ) – это не особая форма астмы, а одно из проявлений ГРБ, часто указывающее на то, что у больного симптомы астмы не находятся под полным контролем. Для многих больных БА физическая активность является важным пусковым механизмом обострения астмы, а для некоторых – вообще является единственным триггером. Обычно при назначении этим больным соответствующей терапии отмечается исчезновение симптомов, связанных с физической нагрузкой. АФУ могут провоцировать как физические нагрузки (самостоятельно проходит через 40-45 минут после физической активности), так и любые неблагоприятные климатические условия, но чаще – вдыхание холодного сухого воздуха.

Нередко у детей симптомы астмы вызываются небольшим физическим усилием, даже небольшой пробежкой, и в этих случаях, принятый за 30 минут до физических упражнений *натрия кромогликат*, может предотвратить симптомы астмы.

Соответствующая тренировка снижает частоту и тяжесть АФУ, следует лишь помочь больному выбрать такой вид физической активности, при которой у него не возникают соответствующие симптомы. Например, многие больные астмой переносят плавание (когда они дышат тёплым влажным воздухом) намного лучше, чем бег. При регулярных физических тренировках симптомы АФУ развиваются лишь в тех случаях, если физическая активность намного превышает переносимость физической нагрузки.

АФУ лечится достаточно эффективно, используя:

1. Тренировочный режим нарастающих физических нагрузок.
2. При необходимости (ПСВ ниже 75-80%) перед физическим занятием следует вдохнуть аэрозоль β_2 -агонистов.
3. Ингаляции гепарина (можно сочетать с гальванизацией или УФФ гепарина или ЭФ гепарина на грудную клетку). Гепарин действует как специфический блокатор инозитол-трифосфатных рецепторов и блокирует высвобождение кальция из тучных и других клеток.
4. Антагонисты кальция.
5. Стабилизаторы мембран тучных клеток.
6. Холинолитики.
7. Метилксантины (в виде ИТ, ЭФ, СМТ-ЭФ, УФФ).
8. Антигистаминные средства.
9. Введение солей магния (ИТ, ЭФ, гомеопатические препараты).
10. Антилейкотриеновые препараты.
11. Лекарственные растения.

Пищевая астма. Пищевая аллергия в качестве пускового фактора БА встречается преимущественно у маленьких детей. Из рациона чув-

ствительных больных следует исключить только те продукты, аллергия которых точно установлена контрольным обследованием двойным слепым методом, показавшим положительный результат.

Применение тестирования пищевых продуктов по методу Р.Фолля намного ускоряет процесс выявления аллергенных пищевых продуктов и составление гипоаллергенных диет.

Направленность лечения:

1. Обследование желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, лечение дисбактериоза и паразитарных заболеваний.

2. Элиминационные диеты.

3. РДТ в сочетании с энтеросорбцией.

4. Гомеопатические препараты.

5. БРТ, ВРТ, ЭПДФ и другие биофизические методы.

6. Гальванизация или лекарственный ЭФ (ионы магния, никотиновой кислоты и др.) на область печени, НЛИ и др.

7. Фитотерапия.

8. Методы эфферентной терапии.

“Аспириновая бронхиальная астма” (аспириновая триада). Согласно господствующей в настоящее время гипотезе, под влиянием ацетилсалициловой кислоты (АСК) у больных “аспириновой астмой” (АА) нарушается метаболизм арахидоновой кислоты, образующейся из разрушенных фосфолипидов мембран различных клеток (тучных, эозинофилов, эпителиальных клеток и т.д.). Метаболизм арахидоновой кислоты приводит к образованию БАВ – простогландинов (ПГ), тромбоксана A_2 (циклооксигеназный путь) и лейкотриенов (ЛТ), гидроксилькотриеновых кислот и липоксинов (липооксигеназный путь). ЛТ – это неоднородная группа жирных кислот, в которой выделяют дегидролейкотриен-ЛТВ₄ и сульфидолейкотриены – ЛТС₄, ЛТД₄, ЛТЕ₄ (до 1979 г. известны как МРС-А).

Повышенный выброс клетками органов дыхания метаболитов арахидоновой кислоты, действующих на различные клетки-мишени, включая афферентные и эфферентные нервные окончания и гладкомышечные волокна, запускает ещё один патологический механизм, участвующий в развитии ГРБ. Считается, что лейкотриены участвуют во всех механизмах бронхиальной обструкции и играют основную роль в патогенезе аспириновой астмы (особенно ЛТВ₄).

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) с антициклооксигеназной активностью, такие как индометацин, мефенаминовая кислота, ибупрофен, напроксен ингибируют активность циклооксигеназы и индуцируют бронхиальные и назальные симптомы. Считают, что при этом местно уменьшается синтез простогландинов, нарушается баланс между бронхорасширяющими и бронхосуживающими простогландами и тромбоксанами, усиливается гиперпродукция лейкотриенов.

НПВП могут активизировать тромбоциты, которые при этом начинают секретировать ФАТ (фактор агрегации тромбоцитов), который в свою очередь повышает сосудистую проницаемость, активизирует эозинофилы, повышает гиперчувствительность бронхов и приводит к развитию обструкции. Этому механизму развития “аспириновой астмы” уделяется большое внимание в работах Федосеева Г.Б. (1995, 1997), Gogle A.J. (1987), Page C.P. (1988) и др.

Жёлтый тартразиновый краситель, добавляемый во многие пищевые продукты, лекарства и косметику, не обладает ингибирующим действием на фермент циклооксигеназу, но вызывает подобную же клинику заболевания.

Клиническое течение “аспириновой астмы” характеризуется, в первую очередь, возникновением вазомоторного ринита с постоянной или периодической ринореей. При обследовании этих больных обнаруживают полипозные разрастания в носовой полости. Непереносимость аспирина в виде крапивницы и отёка Квинке может присоединиться позднее с последующим развитием приступов удушья, сопровождающихся насморком, конъюнктивитом, покраснением кожи головы после приема АСК. Иногда после приема лекарства может развиться шок и остановка дыхания.

Диагноз “аспириновой астмы” устанавливается после проведения перорального провокационного теста с аспирином. Тест проводится утром в кабинете, оснащённом реанимационной аппаратурой. Функция внешнего дыхания определяется перед обследованием, через каждые 30 минут после приема 30 мг АСК, 300 мг АСК, 600 мг АСК (соответственно при отсутствии ухудшения бронхиальной проходимости) и далее 3 раза через каждый час под аускультативным контролем. При снижении ОФВ1 (ПСВ) на 15% от исходного и при сочетании с симптомами бронхоспазма и риноконъюнктивита тест считается положительным.

Терапия “аспириновой астмы” имеет свои особенности:

1. Просвещение больного, доведение до его сведения списка лекарственных препаратов, косметических и пищевых продуктов, подлежащих исключению из повседневного приёма, тщательное соблюдение подобранной “гипоаллергенной” диеты. Приводим список веществ, подлежащих исключению при АА.

<i>Лекарства, вызывающие приступы удушья:</i>	<i>Пищевые продукты, содержащие салицилаты:</i>
<i>Салицилаты</i>	<i>Ягоды:</i>
Аспирин	смородина черная
Дифлунизал	вишня
Салициловая кислота	ежевика
<i>Полициклические кислоты</i>	крыжовник
Уксусная кислота	малина
Индометацин	земляника
Сулиндак	<i>Фрукты</i>
Толметин	яблоки
<i>Ненасыщенные жирные кислоты</i>	абрикосы
Напроксен	грейпфруты
Диклофенак	виноград
Фенопрофен	лимоны
Ибупрофен	персики гладкие
Кетопрофен	чернослив
Тиапрофеновая кислота	апельсины
<i>Эноловые кислоты</i>	сливы
Пироксикам	<i>Овощи</i>
<i>Фенамины</i>	огурцы
Метафенаминовая кислота	перец

Флуфенаминовая кислота
Циклофеноминовая кислота

Пиразолонь

Амидопирин

Норамидопирин

Фенилбутазон

Хорошо переносятся

и не вызывают бронхоспазм

Холина салицилат

Холина магнаия трисалицилат

Салициламида

Декстропропоксифен

Бензидамин

Хлорохин

Парацетамол

(Когда лечение только начинают

следует дать больному 1/2 табл.

парацетамола и наблюдать за

больным в течение 2-3 часов, не

появятся ли у него соответствующи-

щие симптомы. Эти симптомы

возникают не более чем у 5%

больных).

помидорь

картофель

Смешанная группа

Миндальный орех

изюм

зимняя зелень

Содержащие

добавленные салицилаты:

напитки из корнеплодов

мятные конфеты

конфеты с добавками зелени

Пакетированные продукты,

содержащие тартразин:

злаки

смеси для пирожных

смеси для глазирования

смеси для пудинга

мороженое

конфеты

содовая вода

кондитерские изделия

печенья

начинки для пирогов

2. Хирургическое лечение хронического синусита и удаление полипов с последующим применением стероидов (местных) в сочетании с другими методами неспецифического воздействия (ИТ, ЛИ, ЭФ и др.).

3. Десенсибилизация малыми дозами аспирина.

4. Гомеопатическое лечение аспирином в разведении Х30 по 1-2 капли 1-2 раза в неделю в течение 2-3 лет.

5. Применение стабилизаторов мембран тучных клеток.

6. Применение антагонистов лейкотриенов и простогландинов.

7. РДТ короткими курсами 1-2 раза в год в сочетании с энтеросорбцией или без неё.

8. Гомеопатия, подобранная с помощью ЭПДФ.

9. БРТ и другие методы биофизической терапии.

10. Фитотерапия.

Мы считаем целесообразным более подробно рассмотреть вопросы фитотерапии, ЛФК и массажа, разгрузочно-диетической терапии – РДТ, без знания и понимания которых представленные схемы лечения не могут быть использованы в полном объеме в интересах конкретного больного.

Фитотерапию при бронхиальной астме назначают с целью купирования приступов, проведения поддерживающей терапии и профилактики приступов. Фитосбор подбирается индивидуально для каждого больного с учетом его эмоционального состояния, естественных взаимоотношений органов и систем организма, направленности эрго- и трофотропных систем регуляции, совокупности доминирующих жалоб, приемственности с общим курсом комплексной терапии. Иногда (чрезвычайно редко) то или иное растение может вызывать аллергические реакции. В этих случаях приходится начинать лечение с микросбора (2-3 растительных компонента), в который осторожно один раз в 4-5 дней добавляют по одному растительному компоненту. При такой тактике несложно выявить растительный аллерген.

Лекарственные растения, применяемые при заболеваниях легких у детей

№	Название лекарственного растения	Форма применения	Фармакологическое действие
1.	Алтей лекарственный (корни)	отвар	Отхаркивающее, обволакивающее, противовоспалительное
2.	Анис обыкновенный (семена)	отвар	Отхаркивающее, дезинфицирующее, спазмолитическое, уменьшает секрецию слизистой бронхов, стимулирует моторную и секреторную деятельность пищеварительных органов
3.	Алоэ свежий	3 мл сока на ингаляцию	Повышает резистентность слизистых бронхов, оказывает противовоспалительное действие, повышает иммунологические защитные силы организма.
4.	Багульник болотный	Отвар, настой	Отхаркивающее, бактерицидное по отношению к золотистому стафилококку, противовоспалительное, антиспастическое, седативное
5.	Валериана лекарственная (корень и корневище)	отвар	Седативное, транквилизирующее действие на ЦНС, пролонгирует сон, регулирует сердечную деятельность, коронарорасширяющее и гипотензивное, противосудорожное, спазмолитическое, желчегонное, усиливает секрецию железистого аппарата ж.к.т.,
6.	Девясил высокий (корень и корневище)	отвар	Дезинфицирующее, противовоспалительное (противомикробная активность даже в отношении антибиотикоустойчивых штаммов стафилококка и синегнойной палочки), отхаркивающее, потогонное, вяжущее, стимулирует секреторную функцию желудка, седативное
7.	Донник лекарственный (листья, стебли)	Настой, отвар	Отхаркивающее, бронхолитическое, противосудорожное, наркотическое, мочегонное, слабительное, астрогонное, ранозаживляющее
8.	Душица обыкновенная	Настой, отвар	Успокаивающее спастический кашель действие, противосудорожное, отхаркивающее, противовоспалительное, седативное, мочегонное, желчегонное, антибактериальное, стимулирующее
9.	Дурман обыкновенный (листья, плоды)	В виде порошка или сигарет – вдыхание дыма	Спазмолитическое (в частности ваготоническое), успокаивающее спастический – судорожный кашель
10.	Дягиль лекарственный (корень и корневище)	Отвар	Противовоспалительное, отхаркивающее, потогонное, желчегонное, усиливает секрецию ж.к.т., спазмолитическое, обладает р-витаминной активностью
11.	Жень-шень обыкновенный (корень и корневище)	Настойка	Тонизирует ЦНС, повышает работоспособность, уменьшает утомляемость, повышает устойчивость гипо- и гипертонии, стрессам, противовоспалительное действие, повышает уровень ИАМФ в надпочечниках и содержание оксикортикостероидов в плазме крови, усиливает активность основной аденилатциклазы
12.	Звербой продырявленный (трава)	Отвар, настой, ингаляции	Бактерицидное, к грамположительным микробам (стафилококки), противовоспалительное, стимулирующее регенерацию тканей, седативное, обезболивающее, желчегонное, мочегонное, повышает секрецию желудочного сока, улучшает аппетит
13.	Земляника лесная (ягоды, листья)	Отвар, настой	Антитоксическое, дезинфицирующее, противовоспалительное, потогонное и др. Настой листьев – противоаллергическое, противонизогонное, общеукрепляющее
14.	Ипжир обыкновенный (плоды)	Отвар, настой	Дезинфицирующее, противовоспалительное, смягчительное при сухом кашле, мочегонное
15.	Истод сибирский (корень, корневище)	Отвар	Выраженное отхаркивающее, секретолитическое

16.	Калина обыкновенная (ягоды)	Отвар, настой	1.Противовоспалительное и ранозаживляющее действие плодов, витаминное, легкое мочегонное, нормализующее секрецию желудочного сока 2.Бронхоспазмолитическое, успокаивающее и кровоостанавливающее действие коры
17.	Крапива двудомная (листья, корни, семена)	Отвар, настой	Противовоспалительное, дезинфицирующее, отхаркивающее, снижает легочную гипертензию, мочегонное, противосудорожное, поливитаминное, обесшугливающее, повышает гемоглобин и количество эритроцитов
18.	Календула лекарственная (цветки)	Настой	Бактерицидное (в отношении стафилококков, стрептококков, вирусов гриппа типа «А» и «А2», регенеративное, желчемоногонное, потогонное, седативное
19.	Клевер луговой (цветки)	Настой	Отхаркивающее, бронхолитическое, антисептическое, общеукрепляющее, противовоспалительное
20.	Коровяк скипетровидный (цветки)	Настой	Противовоспалительное, отхаркивающее, болеутоляющее действие, ранозаживляющее
22.	Кровохлебка лекарственная (корень, корневище)	Отвар	Противовоспалительное, выраженное антибактериальное, кровоостанавливающее, повышает устойчивость организма к статическим и динамическим нагрузкам , антиоксидантное действие (тормозит дегрануляцию тучных клеток, что связано угнетением процессов ПОЛ в тканях)
23.	Липа мелколистная (цветки)	Отвар	Потогонное, мочегонное, спазмолитическое, уменьшает секрецию бронхов
24.	Лук	Сок (от 1:100 до 1:10) в ингаляциях	Сильно бактерицидное, отхаркивающее, антиоксидантное действие, повышает резистентность слизистых дыхательных путей (2-3 капли на 20 мл воды).
25.	Мать – и мачеха	Отвар, настой	Разжижает мокроту, отхаркивающее, противовоспалительное, потогонное – желче – мочегонное.
26.	Можжевельник обыкновенный (плоды)	Отвар	Дезинфицирующее, противовоспалительное, секретолитическое, желче – и мочегонное
27.	Подорожник большой (листья)	Отвар, настой	Противовоспалительное, болеутоляющее, уменьшающее секрецию слизистой бронхов, дезинфицирующее, отхаркивающее, ранозаживляющее
28.	Пустырник пятилопастный (трава)	Отвар, настой	Седативное, успокаивающее кашель, стимулирующее и улучшающее кровообращение
29.	Первоцвет весенний	Отвар, настой	Отхаркивающее, секретолитическое, спазмолитическое, потогонное, жаропонижающее, противокашлевое, спазмолитическое действие, повышает активность респираторного эпителия
30.	Пырей обыкновенный (корень, корневище)	Отвар, настой	Противовоспалительное, отхаркивающее, обволакивающее действие, спазмолитическое
31.	Почки сосновые	Отвар	Отхаркивающее, дезинфицирующее, желче- и мочегонное.
32.	Ромашка аптечная (цветки)	Отвар, настой	Противовоспалительное, дезинфицирующее, седативное, спазмолитическое, болеутоляющее и др.
33.	Солодка голая (корни)	Отвар	Противоаллергическое, противовоспалительное, антигистаминное, мягчительное, противомучительное, отхаркивающее, холеролитическое, спазмолитическое, улучшающее обменные процессы. Содержащаяся в корнях глицирриновая к-та (напоминает строение гормонов коры надпочечников – кортизона и др.) защищает кортизон от разрушения в организме и вызывает индукцию ферментов, метаболизирующих лекарства в почках
34.	Синюха голубая (корни и корневище)	Отвар	Отхаркивающее, успокаивающее действие (по силе влияния на ЦНС, в 10 раз превосходит валериану). Синюха в сочетании с сушенцией болотной используется при язвенной болезни.
35.	Термопсис ланцетный (трава)	Отвар	Усиливающий секрецию бронхиальных желез, разжижающий мокроту, отхаркивающее
36.	Тысячелистник обыкновенный (трава)	Отвар, настой	Противоаллергическое, противовоспалительное, противомикробное, противосудорожное, ранозаживляющее.

37.	Тмин (семена)	Отвар	Спазмолитическое, антисептическое, отхаркивающее, мочегонное
38.	Фиалка трехцветная (травя)	Отвар	Противовоспалительное, отхаркивающее, разжижает вязкую мокроту, усиливает секрецию бронхиальных желез
39.	Чабрец (травя)	Отвар, настой	Бактерицидное, в отношении кокковой флоры, бактериостатическое – грамотрицательных палочек, а также активное действие в отношении грибов, противовоспалительное, отхаркивающее, болеутоляющее, спазмолитическое, противоглистное. Активируют секрецию бронхов и более быструю эвакуацию слизи
40.	Чеснок	Сок	Бактерицидное, разжижающее мокроту действие, повышает резистентность слизистых дыхательных путей. Свежеприготовленный сок с 0,5 % р-ром новокаина – 1:10 (первая ингаляция), затем 1:6
41.	Шиповник (плоды)	Отвар, настой	Улучшает окислительно-восстановительные процессы, стимулирует обмен веществ, повышает сопротивляемость организма к инфекциям
42.	Шалфей (листья)	Отвар, настой	Бактерицидное, противовоспалительное, отхаркивающее, смягчительное, мочегонное действие
43.	Эвкалипт (листья)	Отвар, настой	Дезинфицирующее, противовоспалительное, отхаркивающее, обезболивающее, повышает резистентность слизистой бронхов
44.	Эфедра двухколосковая (травя)	Отвар, настой	Бронхолитическое, жаропонижающее, возбуждающее ЦНС и др. (содержит алкалоиды и др.)

При бронхиальной астме курс фитотерапии проводится длительно, даже после прекращения приступов. Кратковременная отмена фитотерапии возможна в летнее время (на 1-2 месяца) лишь по прекращении приступов. Периодически целесообразно проводить коррекцию фитосбора, т.к. динамичность симптомов астмы требует и динамического лечения. При возникновении приступов бронхиальной астмы фитотерапия не отменяется, а лишь производится коррекция фитосбора на фоне применения противоастматических средств.

При бронхоспазме, приступах бронхиальной астмы можно использовать следующие сборы лекарственных растений:

1. Бессмертник – 10,0, фиалка трехцветная – 10,0, девясил – 10,0, анис – 10,0, мать-и-мачеха – 10,0. Принимать в виде настоя по 30-50 мл (в зависимости от возраста) 3-4 раза в день до еды.

2. Солодка – 10,0, череда – 10,0, хвощ полевой – 10,0, шиповник – 10,0, бессмертник – 10,0, девясил – 10,0, ольха – 10,0, одуванчик – 10,0, лопух большой – 10,0. Готовить и принимать так же.

3. Багульник – 10,0, мать-и-мачеха – 10,0, фиалка трехцветная – 10,0, ромашка – 10,0, солодка – 10,0, девясил – 10,0, анис – 10,0, мята – 10,0, подорожник – 10,0. Готовить и принимать так же.

4. Солодка – 15,0, синюха голубая – 15,0, ромашка – 20,0, валериана – 10,0, пустырник – 10,0, мята – 20,0, зверобой – 10,0. Принимать в виде настоя по 1/3-1/4 стакана 3-5 раз в день после еды.

Улучшают бронхиальную проходимость благодаря бронходилатирующему, секретолитическому и противовоспалительному действию следующие лекарственные сборы:

5. Корень солодки – 10,0, трава фиалки трехцветной – 10,0, трава тимьяна – 10,0. Настой принимать по 1/5-1/4 стакана 4 раза в день. Бронхиальная проходимость заметно улучшается через 45-60 мин и сохраняется в течение 4-6 часов.

6. Трава тимьяна – 10,0, мать-и-мачеха – 10,0, фиалка трехцветная – 10,0, девясил – 10,0, анис – 10,0. Настой принимать по 1/5-1/3 стакана 4 раза в день.

7. Эфедра – 10,0, крапива – 10,0, девясил – 15,0, соцветия тысячелистника – 15,0, цветки боярышника – 15,0, календула – 15,0, подорожник – 25,0. Настой принимать по 1/4-1/2 стакана 3-4 раза в день после еды.

8. Анис – 10,0, фенхель – 10,0, тимьян – 10,0, солодка – 10,0, сосновые почки – 10,0, багульник – 10,0, мать-и-мачеха – 10,0. Стокан настоя принимать в 4-5 приемов в течение дня.

9. Эфедра – 10,0, ромашка – 50,0, березовые почки – 15,0, багульник – 50,0. Две столовые ложки измельченной смеси залить 500 мл кипятка, укутать, настаивать 5-6 час, процедить. Принимать по 1/3 -1/2 стакана в теплом виде 3 раза в день до еды.

10. Почки сосновые – 10,0, подорожник – 10,0, мать-и-мачеха – 10,0. Четыре чайные ложки измельченного сбора залить стаканом холодной кипяченой воды, настаивать 2 часа, затем кипятить 5 минут, настаивать 15 минут, процедить. Выпить эту дозу в 3-4 приема в течение дня.

11. Цветки бузины – 10,0, трава роснянки – 10,0, подорожник – 10,0, фиалка трехцветная – 10,0. Четыре чайных ложки измельченного сбора залить стаканом воды и кипятить несколько минут, после остывания процедить. Отвар выпить в течение дня за три приема.

12. Цветки бузины – 10,0, кора молодой ивы – 10,0, мать-и-мачеха – 10,0, анис (плоды раздробленные) – 20,0, шиповник (раздробленный) – 20,0. Готовить и принимать так же.

13. Истод сибирский – 10,0, мать-и-мачеха – 15,0, первоцвет весенний – 15,0, мята – 15,0, ромашка – 10,0, подорожник – 20,0. Настой или отвар принимать по 1/3-1/4 стакана 3-4 раза в день после еды.

14. Первоцвет весенний – 10,0, девясил – 10,0, шалфей – 10,0, сосновые почки – 10,0, мята – 10,0, календула – 10,0, подорожник – 10,0, солодка – 10,0, зверобой – 10,0, тимьян – 10,0. Настой принимать по 1/4-1/3 стакана 3-5 раз в день после еды.

15. Тысячелистник – 15,0: ветки черной смородины – 15,0, зверобой – 15,0, листья брусники – 15,0, листья земляники – 15,0, клевер – 15,0, крапива – 15,0. Столовую ложку смеси залить стаканом кипятка, настаивать 20 мин, принимать по 1/3-1/2-3/4 стакана (в зависимости от возраста) 3 раза в день.

16. Микстура противоастматическая Траскова: в 1 л микстуры содержится – натрия йодида и калия йодида по 100 г, настой из набора лекарственных трав (листья крапивы, травы хвоща полевого, листья мяты – по 32 г, травы горичеца, плодов аниса, сосновой хвои – 12,5 г, плодов шиповника – 6 г). Принимают по 1/2-1 чайной ложке (в зависимости от возраста) 3 раза в день на теплом молоке через 30 минут после еды. Курс лечения 4-6 недель.

Бронхиальная астма тягостна приступами, возникающими ночью, что вызывает чувство тревоги, подавленности и страха, поэтому к грудным сборам добавляются растения седативной направленности действия:

17. Мята – 30,0, пустырник – 30,0, валериана – 20,0, хмель – 20,0. Настой принимать по 1/3-1/2 стакана 3-4 раза в день.

18. Валериана – 25,0, пустырник – 25,0, тмин – 25,0, фенхель – 20,0. Настой принимать по 1/4-1/2 стакана 3-4 раза в день.

19. Ромашка – 20,0, мята – 20,0, фенхель – 20,0, валериана – 20,0, тмин – 20,0. Отвар принимать утром и днем по 1/2 стакана и вечером по 1 стакану.

20. Настой ромашки или настоя корня валерианы – 10,0-15,0 г сырья на 200,0 мл воды. Принимать по 1-0,5 стакана в теплом виде на ночь.

21. Ромашка – 25,0, мята – 25,0, фенхель – 25,0, валериана – 25,0, тмин – 25,0. Настой принимать по 1/4 -1/2 стакана 2 раза в день, а на ночь – по 1/2-1 стакану.

22. Отвар корнеплода репы обыкновенной: 2 столовых ложки измельченного корнеплода залить стаканом кипятка, варить 15 минут, процедить, принимать по 1/4 стакана 4 раза в день или по 1 стакану на ночь.

23. Анис – 20,0, фенхель – 20,0, тимьян – 20,0, солодка – 20,0. Измельчить все компоненты сбора в мелкую крупу и заварить 2 столовых ложки смеси 500 мл крутого кипятка. Пить в виде теплого настоя по 1/3 стакана 4 раза в день и в течение всей ночи (по необходимости).

Одновременно с приемом фитосборов можно использовать фитоаппликации на заднюю половину грудной клетки, что способствует в еще большей степени расслаблению мускулатуры бронхов и отхождению мокроты (Шмерко Е. и Мазан И., 1993).

а) корни солодки – 3 ч., трава сушеницы – 3 ч., трава календулы – 2 ч., цветы ромашки – 2 ч., листья подорожника – 4 ч., крапива – 3 ч., листья березы – 3 ч., трава бустырника – 5 ч., трава шалфея – 3 ч., листья смородины – 3 ч.;

б) цветы липы – 2,5 ч., трава сушеницы – 2,5 ч., трава тысячелистника – 2,5 ч., трава льна – 3 ч., трава календулы – 3 ч., листья малины – 2,5 ч., трава клюквы – 3 ч., листья аира – 1,5 ч., трава донника – 2,5 ч., листья подорожника – 2,5 ч.

Один из предложенных сборов измельчить, перемешать, взять 300-400 г растительной смеси и залить небольшим количеством горячей воды, настаивать, укутав в течение часа; затем, слив воду и отжав растения от лишней жидкости, быстро и равномерно разложить их слоем толщиной 2-3 см на плотной льняной ткани, при температуре 38°-40°С наложить фитоаппликацию на межлопаточную область (пациент в положении лёжа), поверх компресса положить клеенку и полотенце, чтобы длительно сохранялось тепло. Процедура делается на ночь, длительность процедуры 30-50 минут, курс лечения 10-15 аппликаций.

При сопутствующих заболеваниях печени и желчного пузыря к грудному сбору добавляют растения соответствующей направленности действия:

24. Пустырник, Иван-да-Марья, крапива, зверобой, почечный чай, мята, девясил, кукурузные рыльца, череда, календула, семя льна. Смешивают по 1 столовой ложке каждой травы. Отвар готовят из 2 столовых ложек измельченной смеси. Принимают по 1/4-1/2 стакана 3 раза в день за 40 минут до еды.

Растительные средства находят применение как в проведении поддерживающей терапии, так и в профилактических мероприятиях. Рациональная поддерживающая симптоматическая фитотерапия при бронхолегочной патологии должна сочетать в себе *парасимпатолитическое, секретолитическое, противовоспалительное, антиаллергическое и седативное действие*. Успешно применяются следующие лекарственные сборы:

25. Донник лекарственный – 5,0, тимьян – 5,0, фенхель – 5,0, мята – 5,0, подорожник – 10,0, алтей – 10,0, солодка – 10,0, мать-и-мачеха – 20,0. Стакан отвара пить в течение дня в несколько приемов.

26. Солодка – 10,0, череда – 10,0, аралия – 10,0, хвощ – 10,0, шиповник – 10,0, бессмертник – 10,0, девясил – 10,0, соплодия ольхи – 10,0, одуванчик – 10,0, лопух большой (корни) – 10,0. Настой принимать по 1/3-1/4 стакана 3 раза в день в качестве десенсибилизирующего средства.

27. Багульник – 25,0, крапива жгучая малая – 15,0. Измельченную смесь заварить 1 л кипятка, укутать, настаивать 3 часа, процедить. Маленьким детям принимать по 1 чайной ложке 3-5 раз в день, подросткам по 1/2 стакана 5-6 раз в день. В народе считают, что после 2-х недельного приема этого сбора начинающаяся астма проходит.

При аллергии на пыль, в том числе и на книжную, а также при пищевой аллергии успешно применяются:

28. Золототысячник – 5 ст. ложек (без верха), зверобой – 4 ст. ложки, одуванчик – 3 ст. ложки, хвощ полевой – 2 ст. ложки, кукурузные рыльца – 1 ст. ложка, шиповник – 4 ст. ложки. Столовую ложку хорошо перемешанного и мелко измельченного сбора залить вечером 1,25 стакана кипяченой воды и дать настояться в течение ночи. Утром поставить на огонь, довести до кипения, но не кипятить, укутать на 4 часа, затем процедить, хранить в холодильнике. Пить по 1/3 стакана 3 раза в день до еды. Как пишут народные целители, аллергия начинает выходить – сначала будут затвердения в носу, затем на подбородке, на руках и ниже до ног с сильным зудом. Смазывать анестезирующей жидкостью "Меновазин". Через месяц начинается выздоровление. Лечиться 6 месяцев.

29. Крапива глухая (цветы) – 1 ст. ложку сухих или свежих цветков на стакан кипятка, настоять, укутав на 30 мин, процедить. Пить по 1/3 - 1/2 стакана 4-5 раз в день или по 1 стакану 3 раза в день в теплом виде. Применяется как хорошее кровоочистительное средство при аллергической сыпи, фурункулезе, экземе.

Можно рекомендовать к употреблению некоторые растительные средства, способствующие восстановлению иммунологической реактивности организма (растущие в экологически чистых зонах).

30. Весенний цвет каштана конского (белый цветок). Три цветка в свежем виде залить 500 мл кипятка, настаивать в термосе 3 часа, а сухое сырье – 2 ст. ложки

залить стаканом кипятка, настаивать 3-6 часов в термосе. Пить по глотку на прием, суточная норма 0,5-1-1,5 литра (в зависимости от возраста).

31. Трава душицы – восстанавливает формулу крови: столовую ложку сухой травы залить стаканом кипятка, настаивать 6-8 часов в термосе, пить как воду в течение дня.

32. Цветы весенних деревьев, кустарников, полевые цветы, на которые садятся пчелы, восстанавливают иммунную систему организма при любой форме иммунодефицита. Желательно употреблять живые цветы, делая сложные сборы. Можно их запаривать и употреблять в виде настоя или в виде цветочного чая.

33. Цветы одуванчика со стебельком (повышают сопротивляемость организма к инфекции). Можно использовать свежие цветы, а можно – в виде настоя – 3 ст. ложки сухих цветков залить стаканом кипятка, настаивать 2 часа в термосе, пить по 1-2 стакана в течение дня.

34. Средство для повышения гемоглобина – свежая крапива (любой ее вид) – на 1 час кладется в соленую воду, затем промыть и употреблять как салат или пить настой из сухого сырья.

35. Сок красной свеклы – абсолютное средство при интоксикациях.

36. Мумиё – в народной медицине считается одним из сильных средств для лечения аллергии. Древние медики называли его чудодейственным бальзамом. "Лишь мумиё спасает от смерти", – гласит древняя восточная пословица. В своем составе мумиё содержит около 28 химических элементов, 30 макро- и микроэлементов, а также 10 различных окисей металлов, 6 аминокислот, ряд витаминов – В₁₂, Р, В₁ и др., эфирные масла, пчелиный яд, смолоподобные вещества, каждое из которых, влияя на соответствующие обменные процессы, оказывает многостороннее влияние на всю жизнедеятельность организма. Мумиё обладает бактерицидным и бактериостатическим действием и защитно-адаптогенными свойствами и не имеет противопоказаний по применению в умеренных дозах.

Мумиё разводится в концентрации 1 г на 1 л теплой воды (хорошее мумиё мгновенно растворяется без признаков мути).

Принимать утром один раз в сутки натощак за 1-2 часа до еды: детям до 1-3 лет по 50 мл, 4-7 лет – по 70 мл, 8 лет и старше – по 100 мл раствора мумиё.

Если аллергия очень сильная, то следует повторить прием мумиё и днем, но дозу уменьшают вдвое.

При экземе следует смазывать высыпания более концентрированным раствором – 1 г на 100 мл воды.

Действие мумиё обычно бывает очень сильным: отёк слизистой дыхательных путей у самых маленьких детей проходит в первые же дни лечения. Тем не менее необходим курс лечения не менее 20 дней.

Авиценна (Ибн Сина) рекомендовал проводить курс лечения по 20 дней весной и осенью.

При бронхиальной астме особенно хорошо помогает мумиё, растворенное в отваре солодки (лакричного корня). В 500 мл отвара солодки растворить 0,5 г мумиё. Принимать отвар по 200 мл (детям до 8 лет порцию можно уменьшить до 100-150 мл) утром 1 раз в день. Отвар хранить в холодильнике. Через 2 дня готовить новый.

Как общеукрепляющую терапию в период межсезонья можно рекомендовать больным предастмой и в межприступный период астмы, а также склонным к ВЗЛ, следующие виды витаминных сборов и витаминных напитков:

37. Плоды шиповника – 1 ч.

Ягоды черной смородины – 1 ч.

39. Плоды шиповника – 1 ч.

Плоды рябины – 1 ч.

41. Плоды шиповника – 3 ч.

Ягоды брусники – 1 ч.

Листья крапивы – 3 ч.

38. Плоды шиповника – 1 ч.

Плоды калины – 1 ч.

40. Листья крапивы – 3 ч.

Плоды рябины – 7 ч.

42. Плоды черной смородины – 1 ч.

Листья крапивы – 2 ч.

Плоды шиповника – 3 ч.

Сборы заваривают так: измельченное сырье хорошо перемешать и залить столовую ложку смеси стаканом кипятка, кипятить в водяной бане 10 минут, настоять укутав в течение 4-6 часов. Принимать по 1/2 стакана 2-3 раза в день.

Для лучшего сохранения витамина С и улучшения вкуса витаминный чай подкисляют лимонной кислотой из расчета 0,2 г кислоты на стакан.

43. Напиток из отрубей и лимона стимулирует желчеотделение, усиливает перистальтику кишечника, снимает нервную возбудимость, оказывает общеукрепляющее действие. Для приготовления 1 л напитка: 200 г отрубей заливают 1 л кипятка и варят, помешивая, при медленном кипении около 1 часа. В конце кипения добавляют лимонную цедру, отстаивают, охлаждают, добавляют 40-50 г сахара (или ксилита, или меда – в зависимости от переносимости) и сок одного лимона. Сок лимона можно заменить фруктово-ягодным соком. Принимать в промежутках между едой по 1/3 - 3/4 стакана (в зависимости от возраста ребенка) 2-3 раза в день.

44. Напиток из ревеня рекомендуется употреблять после еды для улучшения функции печени и кишечника: 300 г черешков ревеня, очищенных от загрязнений, мелко нарезают, заливают 1л воды и отваривают в закрытой посуде в течение 15-20 минут. После настаивания и остывания до комнатной температуры, отвар процеживают, добавляют в раствор 100 г сахара (мёд) и охлаждают. Принимать по 1/3-1/2 стакана 3-4 раза в день после еды.

Известно, что *заболевания верхних дыхательных путей* могут рефлекторно вызывать приступы бронхиальной астмы и сенсibilизировать организм, поэтому целесообразно при ОРВИ использовать фитотерапию в виде паровых ингаляций, настоев, отваров.

1. Малина (плоды) – 1 часть, мать-и-мачеха – 2 части, душица – 1 часть. Настой (10 г смеси на 200 мл воды) принимать в теплом виде по 50-200 мл (в зависимости от возраста) на ночь.

2. В равных частях берутся малина (плоды), липа, брусника, анис, мать-и-мачеха. Готовить и принимать так же.

3. Мать-и-мачеха – 2 части, липа – 3 части, солодка – 2 части. Настой принимать по 50-100 мл 2-3 раза в день до еды.

4. Липа – 1 часть, малина – 1 часть, душица – 1 часть, череда – 1 часть, лопух большой (корень) – 2 части. 10 г смеси залить 500 мл кипятка, настаивать 6 часов, принимать по 50-100 мл 3 раза в день до еды.

5. В равных частях берутся цветки липы, листья подорожника и трава зверобоя. Готовить и принимать также.

6. Мать-и-мачеха – 2 ч, цветки ромашки – 2 части, трава душицы – 1 часть. Готовить и принимать так же.

7. Мать-и-мачеха – 2 ч, ромашка – 2 части, душица – 1 часть, зверобой – 3 части, подорожник – 1 часть, шиповник – 4 части. Готовить и принимать так же.

Для полоскания рта и горла при воспалительных процессах верхних дыхательных путей можно применять следующие лекарственные растения:

8. Фенхель обыкновенный – 10,0, мята перечная – 30,0, ромашка – 30,0, шалфей – 30,0. Применять в виде теплого настоя по 1/3-1/2 стакана для полоскания при ларингите и ангине.

9. Липа – 40,0, ромашка – 60,0. Применять в виде теплого настоя для полоскания рта и горла при воспалительных процессах.

10. Кора дуба – 50,0, душица – 40,0, алтей лекарственный – 10,0. Показания и способ употребления тот же.

11. Взять в равных частях: кору дуба, листья шалфея, траву зверобоя и цветки бузины. Показания и способ употребления тот же.

12. Алтей лекарственный – 20,0, ромашка – 20,0, аир болотный – 10,0, донник лекарственный – 20,0, семя льна – 30,0. Применяется в виде теплого настоя для полоскания рта и горла при воспалении слизистых оболочек как смягчительное средство.

Курс фитотерапии при ОРВИ обычно не превышает 5-7 дней, однако целесообразно продолжить курс фитотерапии до прекращения основных признаков заболевания или развившихся осложнений.

При *трахеите, трахеобронхите* можно рекомендовать следующие сборы лекарственных растений:

13. Трава донника лекарственного – 5,0, трава тимьяна – 5,0, плоды фенхеля – 5,0, листья мяты перечной – 5,0, листья подорожника – 10,0, корень солодки – 10,0, листья медуницы – 20,0, листья мать-и-мачехи – 20,0. Столовую ложку смеси залить стаканом холодной кипяченой воды и настаивать 2 часа, затем кипятить в

плотно закрытой посуде 5 минут. После остывания процедить и пить в теплом виде в течение дня.

14. Листья мать-и-мачехи – 10,0, листья подорожника – 20,0, трава хвоща полевого – 30,0, цветки первоцвета – 10,0. Способ приготовления и применения аналогичные.

15. Листья мать-и-мачехи – 10,0, листья медуницы – 10,0, листья подорожника – 10,0, корень солодки – 10,0, трава фиалки трехцветной – 10,0. Способ приготовления и применения аналогичные.

Из домашних средств при кашле, одним из самых распространенных и мучительных симптомов, можно использовать следующие народные рецепты:

16. В эмалированную посуду без трещин влить стакан молока и всыпать столовую ложку измельченных листьев шалфея. Прикрыв тарелочкой, вскипятить, остудить и процедить. Затем вскипятить вновь, прикрыв раствор тарелочкой. Пить в горячем виде перед сном. Остерегаться сквозняков.

17. В кипящую воду (1 литр) всыпать 400 грамм отрубей, остудить, процедить и пить в течение дня в достаточно горячем виде. Для улучшения вкуса можно добавить жженный сахар.

18. Очищенную большую репчатую луковицу натереть на терке и смешать с гусиным жиром. Втирать эту смесь перед сном в область грудной клетки и шеи, затем завязать грудь и шею теплым платком. Утром натошак принимать по 1/2-1 столовой ложке эту смесь при сильном кашле.

19. Смешать свежесжатый сок моркови с молоком в равных количествах. Принимать в теплом виде 5-6 раз в день.

20. Сок брусники смешанный с медом в равных количествах также облегчает отхождение мокроты.

21. Очищенную черную редьку нарезать кубиками, сложить в кастрюлю и, посыпав сахаром, томить в духовке 1,5-2 часа. Готовую смесь остудить, процедить и хранить в холодном месте. При употреблении наливать сок в горячую ложку, чтобы он стал теплым. Принимать по чайной ложке 5-6 раз в день и перед сном.

22. Овес или ячмень насыпать в кастрюлю на 1/3-1/2 и долить молоком. Закрыть крышкой и томить в духовке с небольшим жаром. По мере выкипания доливать молоко пока не разварится овес (ячмень). Пить эту жидкость по 1/3-1/2 стакана в теплом виде несколько раз в день.

23. При длительном кашле нередко приносит облегчение, особенно у детей, следующее средство: 300 г меда, 1/2 стакана воды и 1/2 стакана мелко нарезанных листьев алоэ, перемешать и томить на очень медленном огне 1,5-2 ч затем остудить. Хранить смесь в прохладном месте. Принимать по столовой ложке 3 раза в день.

24. Следующее общестимулирующее средство исстари применялось в России при затяжном кашле. В его состав входили: мёд (желательно липовый или гречишный) – 650,0 г, мелко измельченные листья алоэ (биостимулированные) – 1/2 стакана, оливковое масло – 50,0 г, березовые почки – 75,0 г, цветки липы – 25,0 г. Перед приготовлением сорванные и промытые кипяченой водой листья алоэ положить на 10-14 дней в холодное темное место.

В расплощенный мёд положить мелко измельченные биостимулированные листья алоэ и смесь хорошо пропарить. Отдельно от этого березовые почки и липовый цвет залить 2 стаканами кипятка и прокипятить 1-2 мин, процедить, отжать. Полученный отвар смешать с остывшим мёдом, тщательно перемешать и разлить в две ёмкости, добавив в каждую поровну оливковое масло. Хранить в прохладном месте. Принимать по столовой ложке 3 раза в день. Перед употреблением смесь взбалтывать.

Лечебная физкультура, массаж и дыхательная гимнастика при бронхиальной астме у детей. Лечебную физкультуру при заболеваниях в детском возрасте следует рассматривать как широкий комплекс разнообразных средств, включающий в себя не только физические упражнения, но и организацию всего двигательного режима больного ребёнка, трудовые и педагогические процессы, психоэмоциональный аспект, закаливание, телесная терапия, массаж (последний в детском

возрасте, особенно раннем, является неотъемлемой частью профилактической лечебной гимнастики). Благодаря определённому двигательному режиму, восстанавливаются и закрепляются нормальные моторно-висцеральные и висцеро-висцеральные рефлексy, ликвидируются источники патологической импульсации. Определённый двигательный режим и комплекс ЛФК включают следующие средства лечебной физкультуры:

а) общеразвивающие упражнения, которые обеспечивают стимулирующее, нормализующее действие на нервные процессы, оказывают десенсибилизирующий эффект;

б) специальные динамические и статические дыхательные упражнения: с удлинённым и ступенчато-удлинённым выдохом; с произнесением на выдохе ряда дрожащих, шипящих и свистящих звуков, вызывающих дрожание голосовой щели и бронхиального дерева (физиологический вибрационный массаж, приводящий к снижению тонуса гладкой мускулатуры); дыхательные упражнения с акцентом на задержку дыхания на выдохе; сочетание дыхания с различными упражнениями для рук, ног и корпуса тела;

в) упражнения в расслаблении;

г) корригирующие упражнения;

д) дренажные упражнения и положения;

е) избирательный массаж грудной клетки (особенно приёмы поглаживания и вибрации).

Противопоказания к ЛФК. Печеночно-сердечная недостаточность III ст.; общее тяжёлое состояние (астматический статус), тахикардия – более 100-120 уд. в мин, одышка – 25-50 дыхательных движений в мин, температура выше 38° С); психические заболевания.

Методика ЛФК строится индивидуально, в зависимости от функционального состояния кардиореспираторной системы, возраста ребёнка, тяжести состояния, частоты приступов, переносимости физических нагрузок. В соответствии с возрастом больных детей, целесообразно подразделять их на две возрастные группы: дошкольную (от 3 до 7 лет) и школьную (от 7 до 16 лет).

Во время приступного периода БА занятия проводятся индивидуально. Используются исходные положения: лежа на спине с приподнятой верхней половиной туловища или сидя на стуле лицом к спинке стула (что обеспечивает свободную экскурсию грудной клетки), или сидя на стуле, свободно откинувшись на его спинку. Применяются знакомые ребёнку упражнения на расслабление, дыхательные упражнения с акцентом на диафрагмальное дыхание, с удлинённым выдохом в сочетании со “звуковой гимнастикой”, а также упражнения для мимической мускулатуры с усиленной артикуляцией, в сочетании с вибрационным и поглаживающим массажем, точечным массажем.

В постприступном периоде лечебная физкультура проводится в форме индивидуальных или малогрупповых занятий с использованием общеразвивающих упражнений с малым числом повторений для всех мышечных групп, из исходных положений лёжа, сидя, стоя, упражнений для мышц верхних конечностей и грудной клетки, упражнений в расслаблении, всех вариантов специальных дыхательных упражнений. Вводятся игры малой подвижности. Занятия проводятся на положительном эмоциональном фоне.

Рис.104 Ориентировочная схема содержания занятий лечебной гимнастикой с детьми дошкольного возраста, больными БА, в поликлинических и домашних условиях (тренировочный период курса лечения)

Часть занятия	Виды упражнений и передвижений	Продолжительность в мин	Методические указания
Вводная	<i>Задачи: тянуть детей в занятие, подготовить к основной части; поставить правильное дыхание</i>		
	1. Построение в круг или полукруг (для групповых занятий) 2. Разучивание (повторение) комплекса имитационных дыхательных упражнений с удлинённым выдохом. 3. Ходьба по залу (комнате) с изменением темпа.	2 - 5	1. Проводящий занятие должен стоять лицом к группе для контроля и своевременной коррекции правильности выполнения упражнений. 2. При ходьбе можно использовать различные положения стоп.
Основная	<i>Задачи: постепенно наращивать тренировочный эффект; стремиться включить в работу весь организм ребенка. Необходимо избегать статических усилий и задержки дыхания</i>		
	1. Игры и имитационные упражнения для различных мышечных групп и коррекции осанки. 2. Игры с включением бега и беговых упражнений. 3. Игры с упражнениями на дыхание ("Надуй парус", "Мыльные пузыри", и др.). 4. Подвижные игры с предметами (мячи, обручи и др.). 5. Звуковая гимнастика с тренировкой "выдоха". 6. Бег до 20 сек). 7. Ходьба:	20-30	1. Постоянно контролировать заинтересованность и эмоциональную реакцию детей на игры и упражнения. 2. Уделять больше внимания упражнениям с акцентированным выдохом (его удлинением). 3. Использовать фоновое музыкальное сопровождение.
Заключительная	<i>Задачи: снизить общую физиологическую нагрузку; вернуть детей к исходному состоянию (контроль за пульсом и дыханием).</i>		
	1. Ходьба с постепенным замедлением темпа. 2. Оталекающие и расслабляющие упражнения (с движениями руками, с коллективным декламированием и др.). 3. Дыхательные упражнения. 4. Отдых сидя или лежа.	3 - 5	1. Обязательно отметить работу каждого ребенка: подчеркнуть положительные успехи, высказать пожелание для следующего занятия. 2. Дать домашнее задание.
Всего		25 - 40	

Уровень физической нагрузки – ниже среднего. Длительность занятий от 10 до 15 минут. Необходимо сочетать ЛФК с проведением как классического, так и точечного массажа соответствующей интенсивности.

В межприступном периоде ЛФК применяется в форме утренней гимнастики, специальных занятий и самостоятельно выполняемых ребёнком индивидуальных назначений. Основным принцип применения ЛФК у детей различных возрастных групп – это нарастающая тренировка организма и специальная тренировка дыхательного аппарата (рис. 104-110).

При подборе общеукрепляющих упражнений используются разнообразные гимнастические упражнения из всех исходных положений, упражнения с общим физиологическим воздействием на организм (ходьба, бег, прыжки и т. д.), упражнения для обучения навыку полного дыхания, упражнения корригирующие и исправляющие деформацию грудной клетки и позвоночника.

Специальные дыхательные упражнения с усиленным выдохом в сочетании со звуковой гимнастикой способствуют снижению бронхиальной лабильности и, тем самым, как бы подготавливают бронхолегочную систему к физическим нагрузкам. Специальные дыхательные статические упражнения тренируют дыхание в ровном темпе с сознательным урежением, а в динамических – дыхание сочетается с различными движениями, различными положениями тела, что в целом способствует укреплению дыхательных мышц, увеличению подвижности грудной клетки, эффективному дренажу бронхиального дерева, особенно при сочетании с дозированным бегом, ходьбой и массажем грудной клетки.

Необходимые изменения и коррективы в методику ЛФК должны вноситься в соответствии с возрастом ребёнка. Обычно большим успехом у детей дошкольного возраста пользуются, так называемые, двигательные рассказы, в процессе которых дети проделывают разнообразные физические упражнения, шагают, бегают, выполняют дыхательные упражнения. Важным критерием в подборе игр и соответствующих упражнений является их эмоциональная насыщенность, возможность их использования для постановки правильного дыхания, удлинения фазы выдоха. Особое место здесь занимают специальные дыхательные упражнения, которые применяются в виде имитационных (подражательных) движений с произнесением звуков. Необходимо помнить, что игровой метод в ЛФК является частью игровой терапии в целом, которая так необходима больному ребёнку. Она дает возможность достигнуть не только соответствующего лечебного эффекта на занятиях ЛФК, но и позволяет ребёнку быть самим собой, преодолевать свои внутренние конфликты, психологический дискомфорт, невротическое состояние, которые могут являться как следствием болезни, так и её катализатором, а нередко служить и первопричиной заболевания.

Перед занятием ЛФК (в отдельных случаях после него) рекомендуется проводить 10-минутный медитационный психотренинг. Используя медитационную музыку (звуки природы, космоса и др.), необходимо задавать следующие установки: на успех проводимого лечения; на расслабление отдельных мышечных групп, особенно дыхательной мус-

кулатуры; на позитивное отношение к занятию; на собственные резервные возможности организма в преодолении болезни и другие темы.

Занятия ЛФК следует по возможности проводить на открытом воздухе, особенно выполняя домашнее задание под контролем или при участии родителей. Ежедневные занятия на открытом воздухе позволяют использовать природные факторы для закаливания организма. Это очень важно, поскольку доказано влияние холодного воздуха через рецепторы верхних и нижних дыхательных путей на развитие бронхоспазма. Поэтому при похолодании рекомендуется детям во время занятий вдыхать воздух через нос, а по мере адаптации и при постепенном снижении чувствительности этих детей к холодному воздуху можно осуществлять вдох через рот.

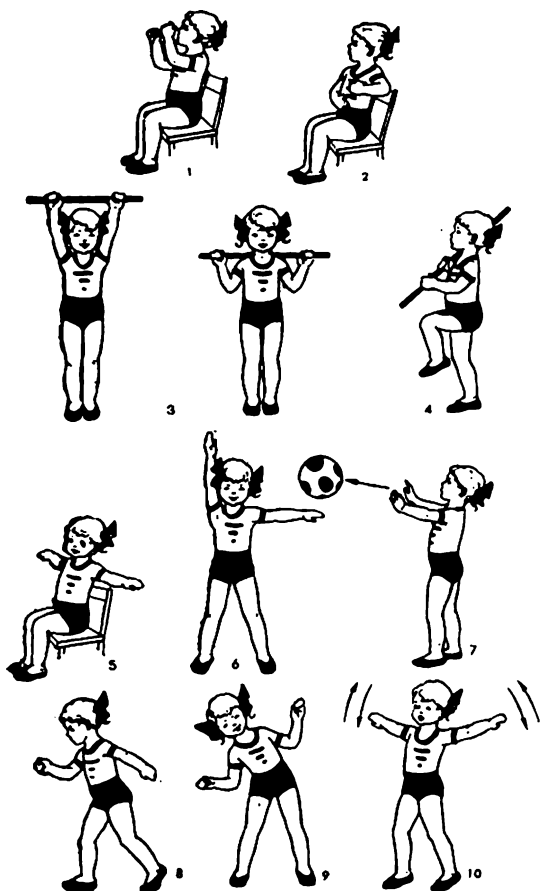


Рис.105. (1-10). Дыхательные имитационные упражнения для детей дошкольного возраста, больных БА

1. "Игра на дудочке". Сидя на стуле, сжатые в трубочку кисти рук подняты на уровне рта. Медленный выдох с громким произношением звука "п-ф-ф-ф-ф!" Повторить 4-5 раз.

2. "Паровой котел". Сидя на стуле, положить одну руку на живот, другую - на грудь. Выпячивая живот - вдох, втягивая живот и опуская грудь - выдох. При выдохе громко произносить звук "ш-ш-ш-ш!" Повторить 4-5 раз.

3. "Гимнаст". Стоя, ноги вместе, гимнастическая палка в руках перед грудью. Поднимаясь на носки - палку вверх - вдох; палку опустить назад на лопатки - длинный выдох с произношением звука "ф-ф-ф-ф!" Повторить 3-4 раза.

4. "Солдаты". Стоя, палку (оружие) в руках с опорой на плечо. Ходьба, высоко поднимая колени. На 2 шага - вдох, на 6-8 шагов - выдох с произнесением слова "ти-ш-ш-е!" Повторять 1,5 мин.

5. "Семафор". Сидя, ноги вместе, поднять руки в стороны - вдох, медленно опустить

руки с длительным выдохом и произношением звука "с-с-с-с". Повторить 3-4 раза.

6. "Регулировщик". Стоя, ноги на ширине плеч, одна рука - вверх, другая - отведена в сторону. Вдох носом, смена положения рук с удлинением выдохом и произнесением звука "р-р-р-р". Повторить 4-5 раз.

7. "Волейбол". Стоя, руки с мячом у груди - вдох. Бросить мяч толчком от груди вперед - выдох с длительным произнесением звуков "у-х-х-х-х!" Повторить 5-6 раз.

8. "Лыжник". Имитируя ходьбу на лыжах, выдыхать через нос с произнесением звука "м-м-м-м!" Повторять в течение 1,5–2 мин.

9. "Неваляшка". Стоя, ноги на ширине плеч. Гимнастическая палка в руках за спиной на уровне нижних углов лопаток - вдох. Наклоны туловища в стороны. При наклоне - выдох с произнесением звука "т-у-у-х-х-х!" Повторить 3–4 раза.

10. "Птицы летят". Медленная ходьба по залу. На вдох - руки поднять в стороны, на выдох - опустить с длительным произнесением звука "г-у-у-у!" Выполнять 1–2 мин.

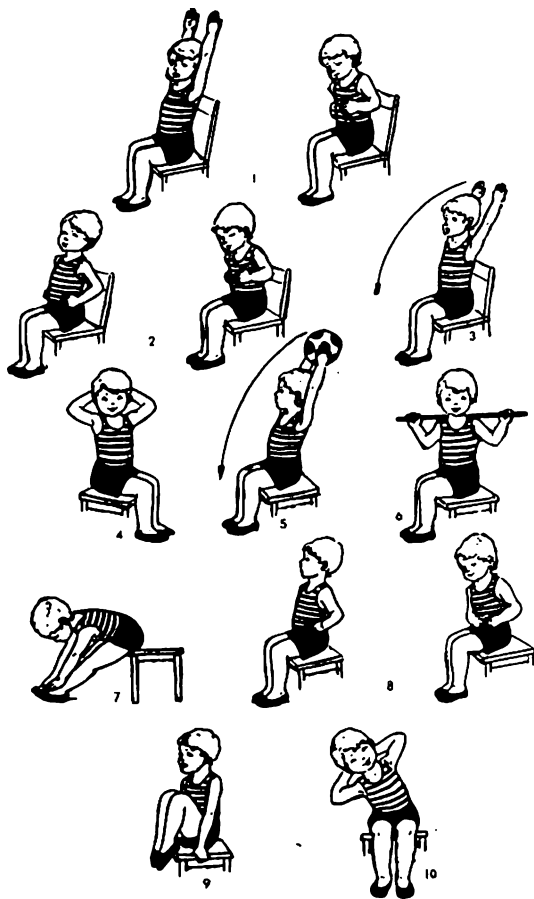


Рис. 106 (1–10). Дыхательные упражнения, выполняемые из исходного положения сидя, с элементами звуковой гимнастики

1. И.п.: сидя на стуле, ноги вместе. Поднять руки вверх - вдох; опустить руки ладонями на грудь, слегка надавливая на нее, сделать полный выдох. Выполнять с постепенным углублением дыхания. Повторить 4–5 раз.

2. И.п.: сидя на стуле, ноги вместе. Руки согнуть в локтях и отвести назад до соединения лопаток - вдох. Вернуться в и.п. и положить ладони на грудь. Слегка надавливая на грудь, сделать полный выдох, при выдохе произносить звук "пф-ф-ф-ф". Повторить 6–8 раз.

3. И.п.: сидя на стуле. Поднимать и опускать прямые руки (ладонями вперед), корпус держать прямо (дыхание произвольное). Повторить 6–8 раз.

4. И.п.: сидя на стуле, руки за головой. Поворот туловища вправо - вдох; и.п. - выдох. То же в другую сторону. Повторить 6–8 раз.

5. Упражнения с использованием набивного мяча

массой 1–2 кг. И.п.: сидя на скамейке (набивной мяч в руках). Поднять мяч вверх, за голову - вдох, опустить в и.п. - выдох. (То же с поворотом туловища в стороны, наклоны и др.) При выдохе произносить звук "бр-ух-х-х-х". Повторить 5–6 раз.

6. Упражнения с гимнастической палкой. И.п.: сидя на скамейке, гимнастическая палка в руках за спиной на плечах (лопатки фиксированы, сидеть прямо). Поворот туловища в сторону - вдох, и.п. - выдох. (То же с движением гимнастической палки - вверх, вперед и др.). Повторить 6–8 раз.

7. И.п.: сидя на скамейке, ноги прямые, вытянуты вперед с опорой на пол. Руки за головой, локти разведены - вдох. Медленный наклон вперед (достать пальцами рук носков ног) - выдох. При выдохе произносить звук "п-ф-ф-ф". Повторить 5–6 раз.

8. И.п.: сидя на стуле, руки на поясе. Сделать глубокий медленный вдох (прогнуться в пояснице). Слегка надавливая ладонями на живот (живот втянуть до отказа), выполнить полный, продолжительный выдох. Повторить 3-4 раза.

9. И.п.: сидя на скамейке с опорой на нее руками - вдох. Согнуть ноги в коленных суставах и подтянуть их к груди, носки оттянуты вниз, спина прямая - выдох. Повторить 4-5 раз.

10. И.п.: сидя на скамейке, руки за головой - вдох. Наклон туловища в сторону (спина прямая) - выдох. То же в другую сторону. При выдохе произносить звук "у-ф-ф". Повторить 5-6 раз.

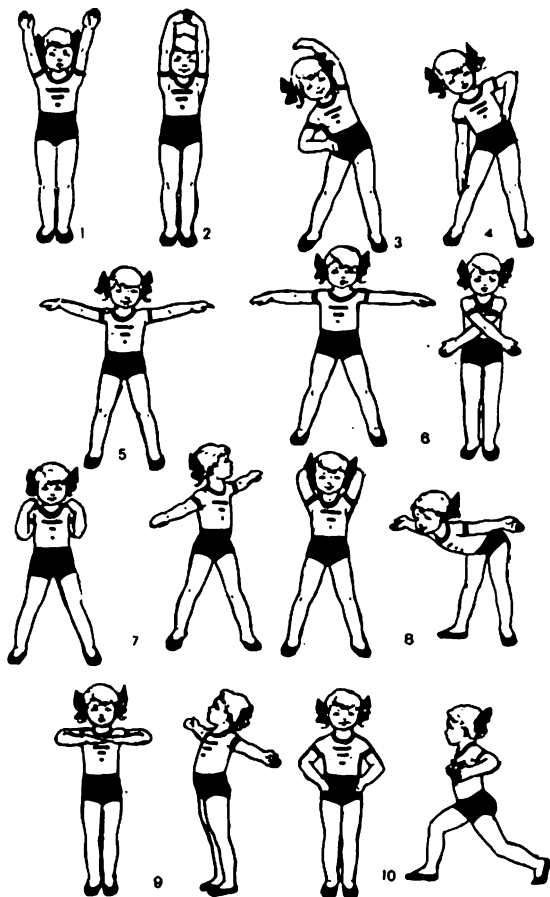


Рис.107 (1-10). Дыхательные упражнения, выполняемые из исходного положения - стоя с элементами звуковой гимнастики

1. И.п.: основная стойка. Руки поднять вверх ладонями внутрь - вдох; развернуть ладони, вернуться в и.п. - выдох. Выполнять медленно. Повторять 4-5 раз.

2. И.п.: основная стойка. Руки медленно поднять вверх (ладони повернуты внутрь), пальцы переплести, повернуть соединенные ладони вверх. Поднимаясь на носки, потянуться, посмотреть на кисти рук - вдох, медленно вернуться в и.п. - выдох. При выдохе произносить звук "ф-ф-ф". Повторить 6-8 раз.

3. И.п.: широкая стойка ноги врозь, руки на поясе. Наклон вправо, левую руку вверх ладонью внутрь, ноги прямые - вдох, и.п. - выдох. То же в другую сторону. Повторить 6-8 раз.

4. Упражнение "насос". И.п.: основная стойка. Наклон вправо - правая рука вдоль туловища скользит вниз, левая - навверх, до подмышечной впадины - выдох,

и.п. - вдох. То же - в другую сторону. При выдохе произносить звук "у-ф-ф-ф". Повторить 6-8 раз.

5. Упражнение "мельница". И.п.: широкая стойка ноги врозь, руки внизу. Одновременные круговые движения руками (вперед, назад). Дыхание произвольное. Выполнять 15-20 с.

6. Упражнение "ножницы". И.п.: основная стойка. Перекрестные движения прямыми руками перед грудью. Руки в стороны, ладонями вниз - вдох, скрестить - выдох. Выполнять 6-8 раз.

7. И.п.: широкая стойка ноги врозь, руки к плечам. Повороты туловища с выпрямлением рук в стороны, ладонями вниз - выдох, и.п. - вдох. Стопы от пола не отрывать. Повторить 6-8 раз.

8. И.п.: широкая стойка ноги врозь, руки за головой. Наклон вперед, руки в стороны ладонями вниз – выдох; и.п. – вдох. Повторить 5-6 раз.

9. И.п.: руки перед грудью. Руки в стороны, ладонями вверх (с хорошим прогибом в грудной части позвоночника) – вдох; и.п. – выдох. Повторить 5-6 раз.

10. И.п.: основная стойка, руки на поясе. Выпад правой ногой вперед, руки ладонями к груди (с легким нажатием на грудную клетку) – медленный, полный выдох, и.п. – вдох. То же другой ногой. При выдохе произносить звук "п-ф-ф-ф". Повторить 5-6 раз.

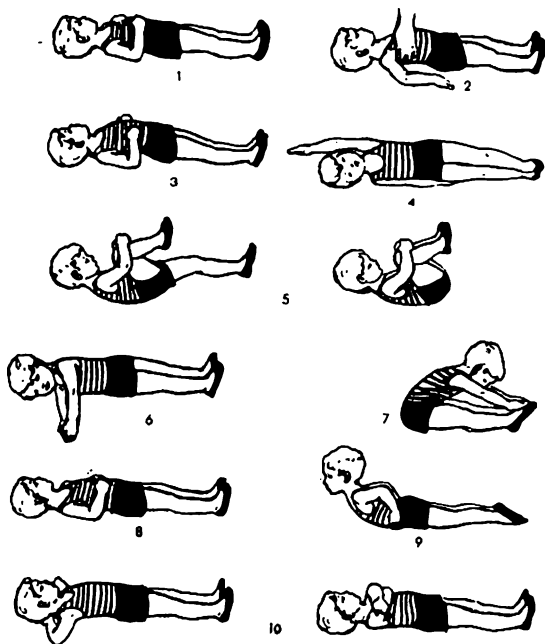


Рис.108 (1-10). Дыхательные упражнения, выполняемые из исходного положения лежа

1. И.п.: лежа на спине, одна рука лежит на животе, другая – на груди. Сделать полный вдох и полный медленный выдох (как при йоговском дыхании). Выполнять 20-30 с.

2. И.п.: лежа на спине, руки на груди (выполнять упражнение самостоятельно или с помощью инструктора). Движения рук и дыхание как при выполнении искусственного дыхания по методу Сильвестера. Повторить 6-8 раз.

3. И.п.: лежа на спине, руки вдоль туловища. Приподнять грудную клетку, выпятив ее, опираясь на согнутые в локтях руки – вдох. Вернуться в и.п. – выдох. Повторить 6-8 раз.

4. И.п.: лежа на боку, руки вдоль туловища. Поднять прямую руку вверх к голове – вдох, медленно опустить руку – выдох. Выполнять 6-8 раз (попеременно на каждом боку).

5. И.п.: лежа на спине. Руки вдоль туловища – вдох. Подтянуть ноги, согнутые в коленях, к груди (обе или по одной) – выдох. Выпрямляя ноги, вернуться в и.п. – выдох. Повторить 6-8 раз.

6. И.п.: лежа на спине, руки в стороны – вдох. Полуповорот в сторону до соприкосновения ладоней рук – выдох. Вернуться в и.п. Выполнять поочередно в обе стороны 6-8 раз.

7. И.п.: лежа на спине, руки вдоль туловища – вдох. Со взмахом руками сесть и дотянуться до носков ног – выдох. Повторить 4-6 раз.

8. И.п.: лежа на спине, руки на животе. Выпятить живот – вдох, втянуть – выдох. Повторить 6-8 раз.

9. И.п.: лежа на животе, руки на бедрах. Поднимая голову и грудную клетку – прогнуться – вдох. Вернуться в и.п. – выдох. Повторить 4-6 раз.

10. И.п.: лежа на спине, руки вдоль туловища. Заложив руки за голову, развести локти в стороны – глубокий вдох. Скрещивая руки на груди, слегка надавливая на нее – глубокий выдох. Повторить 6-8 раз.

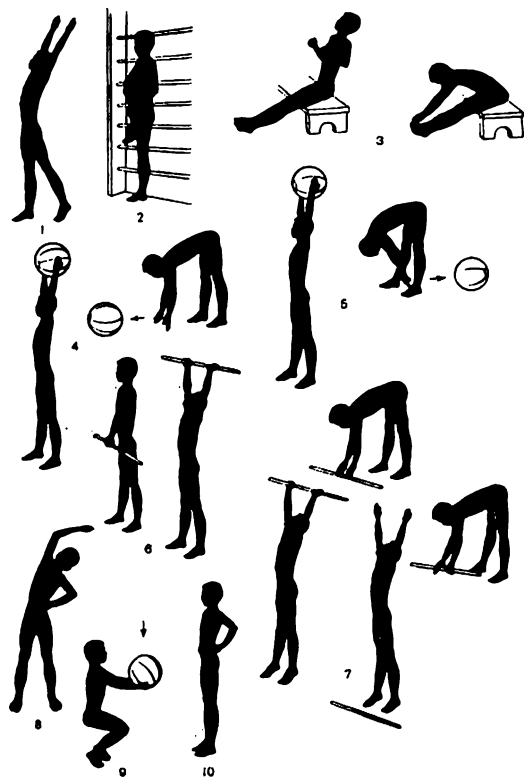


Рис.109 (1-10). Дыхательные упражнения для детей школьного возраста

1. И.п.: основная стойка. Поднимая руки вверх ладонями внутрь, отставляя ногу назад на носок, прогнуться – вдох. Медленно опуская руки вниз, вернуться в и.п. – выдох. При выдохе громко произносить звук “у-х-х-”. Повторить 5-6 раз.

2. И.п.: основная стойка (стоя спиной к стене или гимнастической стенке). Сделать вдох. Согнуть ногу в коленном суставе и подтянуть руками к груди – длительный выдох с произнесением звука “ф-ф-ф-ф”. Вернуться в и.п. То же – с другой ногой. Повторить 8-10 раз.

3. И.п.: сидя на скамейке, ноги вытянуты вперед, руки согнуты в локтях. Слегка отклониться назад – вдох, медленно наклоняясь вперед, с выдохом произносить звук “п-ф-ф-ф”, стремясь руками дотронуться до носков. Повторить 6-8 раз.

4. Упражнение в паре. И.п.: широкая стойка ноги врозь, в руках набивной мяч. Поднять прямыми руками мяч над головой – вдох. Наклоняясь вперед, опустить мяч на пол и с силой толкнуть его руками партнеру – выдох с произнесением звука “у-х-х-х-”. Повторить 6-8 раз.

5. Упражнение в паре. И.п.: широкая стойка ноги врозь, в руках набивной мяч. Поднять мяч вверх – вдох, наклониться, положив его на пол, с силой толкнуть мяч между ногами партнеру – выдох с произнесением звука “у-х-х-х-”. Повторить 6-8 раз.

6. И.п.: широкая стойка ноги врозь в руках гимнастическая палка. Поднять палку двумя руками вверх, посмотреть на нее – вдох. Вернуться в и.п. – выдох с произнесением звука: “ф-ф-о-о”. Повторить 5-6 раз.

7. И.п.: широкая стойка ноги врозь, в руках гимнастическая палка. Двумя руками палку поднять вверх, посмотреть на нее, приподнявшись на носки – вдох. Нагнуться, положив палку – выдох. Выпрямляясь, поднять руки вверх, посмотреть на них, встав на носки – вдох. Наклониться вперед, взять гимнастическую палку – выдох. Вернуться в и.п.. На выдохе произносить звук “с-с-с-с”. Повторить 5-6 раз.

8. И.п.: широкая стойка ноги врозь, руки на поясе – вдох. Наклон влево, поднимая правую руку вверх – медленный выдох с произнесением звука “у-у-ф-ф”. Повторить 4-5 раз в каждую сторону.

9. И.п.: широкая стойка ноги врозь, в руках резиновый мяч. Подбросить мяч – вдох. Присев, поймать мяч – длительный полный выдох с произнесением звука “у-х-х-х-”. Повторить 8-10 раз.

10. И.п.: основная стойка, руки на поясе. Овести руки и плечи назад – вдох. Возвратиться в и.п. – выдох с произнесением звука “м-м-м-м”. Повторить 6-8 раз.

Рис.110. Ориентировочная схема построения занятий лечебной гимнастикой с детьми школьного возраста, больными бронхиальной астмой, в поликлинических и домашних условиях (тренировочный период курса лечения)

Части занятия	Виды упражнений и передвижений	Продолжительность в минутах	Методические указания
Вводная	Задачи: постепенное подведение и адаптация ребёнка к нагрузке во время занятий. Постановка правильного дыхания.		
	1. Построение. 2. Различные варианты ходьбы с замедлением и ускорением темпа. 3. Выполнение дыхательных упражнений во время ходьбы .	2-5	Ритм ходьбы необходимо задавать ускорением или замедлением подсчета, или используя метроном.
Основная	Задачи: постепенное наращивание нагрузки; внимательно следить за состоянием занимающихся, своевременно предоставляя им отдых		
	1. Легкий бег по залу (комнате) с изменением направления движения. 2. Упражнения для различных мышечных групп с акцентированным выдохом. 3. Звуковая гимнастика. 4. Подвижные игры, эстафеты. 5. Упражнения на осанку, упражнения с предметами в сочетании с дыхательными упражнениями. 6. Бег с переходом на быстрый шаг.	35-40	1. Следить за правильным носовым дыханием (исключение составляют специальные дыхательные упражнения с выдохом через рот). 2. Контролировать эмоциональное состояние занимающихся. Включать в занятие больше имитационных игр и эстафет. 3. Использовать на занятии гимнастическое оборудование и предметы: гимнастические стенки, скамейки, маты, обручи, палки, мячи, набивные мячи и др. 4. Желательно использовать в занятии музыкальное сопровождение.
Заключительная	Задачи: снижение общей нагрузки; возвращение к исходному Состоянию (контроль за пульсом и дыханием)		
	1. Спокойная ходьба с отвлекающими упражнениями и движениями. 2. Дыхательные упражнения в ходьбе. 3. Отдых сидя или лежа	3-5	Дать задание для самостоятельных занятий.
	Всего	40-50	

Важно помнить, что ЛФК даёт позитивный результат, если она является звеном в единой цепи лечебно-профилактического комплекса, направленного на оздоровление ребёнка в целом. Поэтому в любом лечебном учреждении лечение должно проводиться с учётом следую-

щих показателей: тяжести заболевания и данных специальных исследований – антропометрии, пневмографии, оксигеомографии и данных спирометрии, пикфлоуметрии, электрокардиографии, функциональных проб с мышечной нагрузкой, вело- и степэргометрии и др. Такой широкий комплекс исследований позволяет выявить динамику системных изменений, происходящих в период проведения курса лечения, особенно это касается аппарата дыхания. Анализ этих данных должен служить основой для внесения корректив в занятия ЛФК и являться отправной точкой для дальнейших рекомендаций больному БА, поскольку неадекватные физические нагрузки на фоне сниженной физической работоспособности и толерантности к физическим нагрузкам могут вызывать посленагрузочный бронхоспазм (ПНБ), вплоть до развития приступа БА.

Метод звуковой гимнастики. Звуковая гимнастика состоит из специальных упражнений, связанных с произнесением звуков. При звуковой гимнастике вибрация голосовых связок передаётся на трахею, бронхи, лёгкие, грудную клетку, что вызывает расслабление спазмированных бронхов и бронхиол и способствует увеличению продолжительности выдоха и большему вовлечению диафрагмы в акт дыхания.

По силе воздушной струи согласные звуки делятся на 3 группы:

1. Наибольшая сила: *п, ш, ф.*
2. Средняя интенсивность: *б, г, д, в, р.*
3. Наименьшая сила: *м, к, л.*

Звук "р-р-р" эффективен при наличии обструктивного синдрома.

Цель звуковой гимнастики – выработать соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха – 1:2, т.е. выдох в два раза длительнее вдоха. Общее количество дыхательных упражнений с элементами звуковой гимнастики не должно превышать 30-50% от общего времени занятия ЛФК.

На занятиях ЛФК можно использовать следующую методику: после умеренного вдоха на медленном выдохе сдавливают грудную клетку в средних и нижних отделах при произнесении звуков: "пф-ф -ф-ф", "бру-х-х", "бр-а-х-х", "бр-о-х-х", "м-м-м", "р-р-р". Особенно длительно нужно произносить звук "р-р-р" на выдохе, начиная с 3-5 с и постепенно доводя до 10-30 с. Выдох с каждым звуковым упражнением следует повторять 4-5 раз, постепенно увеличивая число повторений по мере повышения тренированности до 7-10 раз. Длительность выдоха по секундомеру вначале 3-5 с, постепенно достигает 10-20-30 с (в зависимости от возраста).

Если воздухоносные пути забиты слизью, то, медленно надавливая на грудную клетку синхронно с кашлевыми толчками, способствуем выделению слизи. Это же упражнение можно проводить с полотенцем, опоясывая грудную клетку и стягивая её на выдохе, при этом просим больного произносить определенные звуки. Затем следует поверхностный вдох.

Через 1-2 месяца занятий по 2-4 раза в день необходимо при выполнении упражнения вводить элемент отягощения, если позволяет состояние пациента.

Используя звуковую гимнастику в домашних занятиях можно руководствоваться следующим: вдох через нос (1-2 с) – пауза (1 с) – активный выдох через рот с произношением отдельных звуков или их сочетаний (2-4-6 с) – пауза (4-6 с).

Звуковых упражнений всего семь и ребёнку их легко запомнить. В целях повышения эмоциональной насыщенности домашнего занятия целесообразно сочетать произношение звуков с игровыми упражнениями и имитационными представлениями.

1. “Пф - ф - ф - ф” – 2-4 раза
2. “М - м - м - м” – 2-3 раза и “Пф - ф - ф - ф” – 1 раз
3. “Бр - ра - х - х” – 2-3 раза и “Пф - ф - ф - ф” – 1 раз
4. “Бр - ру - х - х” – 2-3 раза и “Пф - ф - ф - ф” – 1 раз
5. “Ш - р - ра - х - х” – 2-3 раза и “Пф - ф - ф - ф” – 1 раз
6. “Ш - р - ру - х - х” – 2-3 раза и “Пф - ф - ф - ф” – 1 раз
7. “В - р - ро - х - х” – 2-3 раза и “Пф - ф - ф - ф” – 1 раз

При малейших признаках утомления или ухудшения состояния ребёнка занятие следует прекратить.

В первые дни продолжительность занятий 3-6 мин, проводимых 1-2 раза в день. В дальнейшем продолжительность занятий постепенно увеличивается до 10-20 мин, которые проводятся 1-2 раза в день.

По мере повышения тренированности дыхательной системы у детей среднего и старшего школьного возраста, занятия можно несколько усложнить, постепенно увеличивая дыхательную паузу после обычного или активного выдоха (так называемая, волевая задержка дыхания): после выдоха задерживается дыхание и по секундной стрелке или с помощью счёта (1-2-3-4...) определяется, насколько секунд удалось задержать дыхание. Взрослым следует следить, чтобы ребёнок не перенапрягался и начинал дыхание, когда становится трудно его дальше задерживать, однако первый вдох не следует делать глубоким. В конечном итоге, следует стремиться, чтобы суммарная продолжительность задержки дыхания в течение дня составляла 5-7-10 минут.

Постоянные занятия дыхательной и звуковой гимнастикой в течение дня обеспечивают, если не ликвидацию, то значительное уменьшение частоты и продолжительности бронхоспазмов.

Противопоказаний к проведению звуковой гимнастики не имеется.

Лечебный массаж При бронхиальной астме спазм бронхов и бронхиол вызывает затруднение выдоха, вдох становится глубоким и частым, возникает одышка, которая при длительном течении заболевания может вызывать функциональные изменения со стороны грудной клетки, грудных мышц, бронхолегочного аппарата, а именно:

1. Грудная клетка находится в положении вдоха (расширена и приподнята – бочкообразная грудная клетка).
2. Грудная клетка теряет эластичность.
3. Дыхательные мышцы: мышцы вдоха укорачиваются, гипертрофируются; мышцы выдоха – растянуты, ослаблены.
4. Диафрагма опущена.
5. Участвуют в дыхании и вспомогательные мышцы, что приводит к их перенапряжению.
6. Легочная ткань “вздута” – эмфизема лёгких.
7. Бронхи и бронхиолы суживаются, особенно в момент приступа.
8. Отёк слизистой бронхов и наличие вязкой мокроты.
9. Сухой мучительный кашель, переходящий во влажный.
10. Нарушена координация дыхания. Развивается верхнегрудной тип дыхания.

Задачи массажа.

1. Добиться урежения и снижения тяжести приступов.
2. Расслабить вспомогательные дыхательные мышцы (мышцы плечевого пояса: от уровня Th₃ на спине и от уровня сосков на груди), т.е. расслабить мышцы верхних отделов грудной клетки (используя приемы: поглаживание, растирание, мягкая вибрация).
3. Тонизировать межреберные мышцы.
4. Увеличить подвижность грудной клетки (пассивизация выдоха после поверхностного короткого вдоха).
5. Уменьшить кашель (рефлекторно-сегментарный массаж Th₃-Th₉ + лопаток + подостных мышц).
6. Улучшить отхождение мокроты (стабильная вибрация в нижней части грудной клетки вдоль и поперёк рёбер).
7. Улучшить эластичность грудной клетки (растирание грудинно-рёберных сочленений, хрящей нижних рёбер, рёберных дуг).

Методика проведения массажа спины и передней стенки грудной клетки. Положение больного – лёжа на животе руки вдоль туловища, или, сидя у стола с опорой головы на руки.

Начинается массаж с поглаживания спины, затылка, плеч, межрёберных промежутков. Затем растирают кожу и разминают мышцы спины, плечевого пояса в продольном и поперечном направлениях. С целью улучшения отхождения мокроты проводят стабильную вибрацию в нижней части грудной клетки. В случае необходимости проводят рефлекторно-сегментарный массаж. Приёмы массажа чередуются с поглаживанием, им же заканчивается массаж. Длительность массажа спины 8-10 минут.

Массаж передней стенки грудной клетки проводят в положении больного – лёжа на спине. Начинают с поглаживания (с обходом молочных желёз у девочек-подростков) грудины, над- и подключичной областей, межрёберных промежутков. Далее используют приёмы растирания, разминания. Заканчивают массаж груди мягким сжатием грудной клетки несколько раз во время выдоха. Длительность массажа груди 5-6 минут. Общая длительность процедуры – 15-20 минут. Курс лечения: 10-15 процедур, ежедневно или через день. Для закрепления результатов восстановительного лечения, либо с профилактической целью, можно проводить 2-3 курса массажа, лучше в осенне-зимний и зимне-весенний периоды.

В зависимости от стабильности патологического процесса в бронхах и лёгких методика массажа может несколько изменяться.

Массаж целесообразно проводить за 1,5-2 часа до процедуры лечебной гимнастики, т.к. проведение массажа в указанном временном интервале существенно увеличивает функциональные возможности дыхательной системы больного и позволяет наиболее полно реализовать лечебный и тренировочный эффект физических упражнений. Возможно сочетание массажа с физиопроцедурами, в частности с ИТ, ГТ, СМТ-ЭФ через 30-45-60 мин после массажа, УФО в безэритемных дозах как за 30-45 мин как до, так и после массажа, высокочастотные факторы – за 1-1,5 ч до или после массажа. В каждом отдельном случае принципы сочетания немедикаментозных методов зависят от конкретных терапевтических задач и этапа реабилитации.

Точечный массаж. С позиций восточной философии, БА, как и другие хронические заболевания, возникает тогда, когда по той или иной

причине ослабевает или нарушается поток “жизненной энергии”, который можно сравнить с потоком воды в согнутом шланге. Вдоль расположенных на теле человека каналов и меридианов находится более 365 “жизненноважных точек”. Они и расположены там, где этот поток может прерваться. Поскольку данные точки не имеют анатомической субстанции, они не обязательно располагаются вблизи поражённого органа. Как и классический, лечебный точечный массаж применяется или с целью купирования приступов удушья, или для лечения в межприступном периоде болезни, или с целью профилактики. Детям, больным БА, точечный массаж проводят по той же методической схеме, что и взрослым, но воздействие на БАТ должны быть более щадящим.

Методические указания. 1. Помещение для массажа должно быть шумонепроницаемым, отдельным, желательно с естественным освещением. 2. Мышцы тела ребёнка должны быть расслаблены, глаза закрыты. 3. БАТ массируют от 25 с до 1-1,5 мин (в зависимости от возраста). 4. Массаж проводят, используя приёмы пальцевого разминания, и совершая круговые движения на БАТ без смещения кожи (против часовой стрелки). Должно возникать лёгкое ощущение распирания, небольшой ломоты, что действует на больного ребёнка успокаивающе. 5. Воздействие на БАТ у детей должно быть умеренным, не вызывающим сильной боли, т.е. должно соответствовать понятию “комфортная боль”. 6. Массаж симметричных точек выполняется одновременно двумя руками. 7. Точечный массаж можно выполнять и с целью купирования приступа БА. 8. Врач, проводящий массаж, должен сконцентрировать всё своё внимание на точках воздействия; перед каждым воздействием необходимо максимально расслабить пальцы рук, встряхнуть кистями и энергично потереть ладони в течение 3-5 секунд.

Существуют различные схемы проведения точечного массажа при БА. В предлагаемой методике используется тормозной метод массирования БАТ в течение 10-12 дней. Метод достаточно эффективен как для взрослых (цит. по О कोरोкову А. Н., 1995), так и для детей с учётом вышеизложенных методических указаний (рис. 111).

Курс лечебного воздействия разделен на три периода (по дням) с подбором различного количества БАТ (см. схему): 1-3 день (схема № 1 и 2); 4-6 день (схема № 3 и 4); 7-10-12 день (схема № 5 и 6).

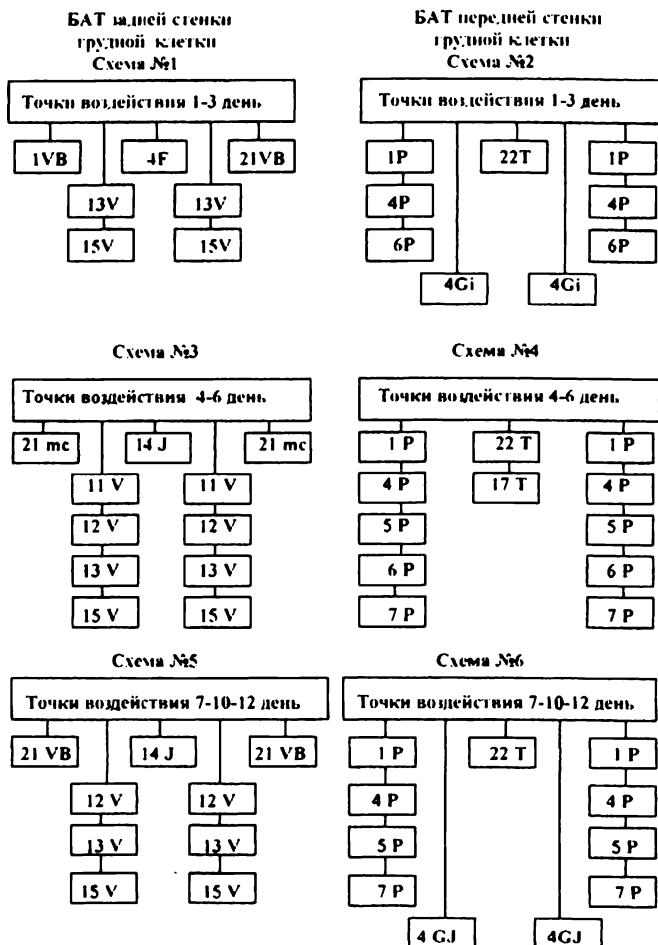
Лечебное воздействие точечным массажем при БА можно условно подразделить на два периода: I-й – купирование острых бронхоспастических проявлений; II-й – проведение курса комплексного массажа.

Для купирования приступа бронхиальной астмы сначала проводят классический массаж (о нем говорилось выше) с целью расслабления определённых мышц, а затем используют один из вариантов точечного массажа.

Для купирования ночного или утреннего приступа последовательно массируют следующие точки: F14, V13, V15, J22, P1, P5. В такой последовательности массаж точек можно выполнить 2-3 раза в зависимости от степени проявления бронхоспазма.

При дневном приступе массируют: VB 21, P7, P4, P1, V13, V15 и возбуждающим методом дополнительно массируют точку GI 4 в течение от 30 с до 1 мин, производя короткие сильные надавливания и прерывистую вибрацию. Остальные точки массируются успокаиваю-

Рис. 111. Схема для проведения точечного массажа (арабскими цифрами обозначены БАТ, а буквенными – меридиан, на котором они расположены)



щим методом, т.е. производится непрерывное воздействие, мягкие, медленные, вращательные движения без сдвигания кожи. Наибольшая эффективность достигается при следующей последовательности:

а) массаж спины: поглаживание, сегментарный массаж (отдельные приёмы), классический массаж, массаж БАТ;

б) массаж груди: классический массаж, массаж БАТ;

в) массаж рук: классический массаж, массаж БАТ.

Приёмы сегментарного массажа проводятся по данной схеме только на задней стенке грудной клетки и в определенной последовательности. Непосредственно сегментарному массажу предшествует выполнение различных видов поглаживания.

Затем подушечками III-IV пальцев рук, поставленных под углом 30°-35°, проводят (с натяжением) вдоль позвоночника, как бы растягивая длинную мышцу спины. Движения выполняются от Th₈ до Th₁ –

2-3 раза. Далее, большие пальцы рук устанавливают параллельно позвоночнику, надавливая ими на кожу, а остальные пальцы, захватывая кожу с подкожной клетчаткой, медленно перекачивают ее до задней аксиллярной линии. Этот приём выполняется 4-5 раз в тех же пределах.

Концами III-IV пальцев, поставленных один за другим (под углом 85°) в углубление между остистыми отростками грудных позвонков и внутренним краем длинной мышцы спины, отодвигают её короткими движениями в сторону на 1-1,5 см. Приём повторяют 2-3 раза. Потом проводят приём, продвигая длинную мышцу спины к позвоночнику. При этом большой палец руки находится с противоположной стороны позвоночника по отношению к остальным пальцам, которые, почти соприкасаясь с поверхностью спины, придвигают длинную мышцу к позвоночнику. Приём повторяют 2-3 раза снизу – вверх. Растяжение межреберных мышц выполняют с отягощением от грудины к позвоночнику (6-8 раз). При выполнении приёмов сегментарного массажа в начале массируется одна половина спины, затем – другая, причем воздействие на мышцы осуществляется методом их растяжения. Режим проведения массажа – щадящий. Следуя схеме, переходят к классическому массажу (см. выше). В данном случае общее время выполнения приёмов сегментарного и классического массажа составляет 8-10 минут. Нужно учитывать, что при возникновении приступа БА, классический и сегментарный массаж по этой методике не проводится, за исключением только мягких и глубоких поглаживаний с целью получения эффекта расслабления напряжённых мышц шеи, плечевого пояса и грудной клетки с последующим выполнением точечного массажа.

Все родители должны быть обучены основным приёмам общего массажа и, в частности, – *крыльев носа и кожи лица*. Этот массаж способствует снятию отёка слизистой оболочки носовых ходов и лучшему оттоку содержимого, нормализации носового дыхания.

Массаж крыльев носа. Пациент сидит на стуле. Массажист сидит напротив ребёнка. Массаж проводится круговыми движениями средних фаланг, согнутых указательных пальцев, нежно (ласково) со скоростью 130-150 об/мин массировать до появления тепла (1-1,5 мин). Самомассаж боковой поверхностью фаланг больших пальцев.

Массаж кожи лица над глазами. Пациент сидит на стуле, массажист стоит сзади. Массаж выполняется ладонной поверхностью II, III, IV и V пальцев от середины лба к вискам одновременными движениями: поглаживание (5 с), растирание (20 с), поглаживание (5 с). Аналогично проводится самомассаж.

Массаж кожи лица под глазами. Пациент сидит на стуле, массажист стоит сзади. Массаж выполняется ладонной поверхностью III, IV и V пальцев. Основное движение от спинки носа к углу рта. Поглаживание (5 с), растирание с максимальной быстротой до появления тепла (20 с), поглаживание (5 с). Аналогично производится самомассаж.

Массаж кожи лба. Ребёнок сидит на стуле, массажист стоит сзади. Массаж проводится подушечками пястно-фаланговых суставов II, III, IV и V пальцев одной руки, круговыми движениями со скоростью 10-130 об/мин. Одна рука придерживает голову пациента, а ладонь другой руки последовательно перемещается по периметру лба, совершая поглаживание (5с), растирание (20 с), поглаживание (5 с). Аналогично проводится самомассаж.

Кроме массажа, особенно детям, рекомендуется проводить *растирание тела сухим мягким махровым полотенцем*. Эту процедуру хорошо проводить сразу после пробуждения ребёнка ото сна: ребенок стоит на кровати или на полу и упирается руками в грудь методиста. Методист (родитель), скатав в валик треть длины полотенца, сверху растирает им ребёнка справа налево и наоборот, постепенно продвигаясь вниз и наоборот (15-20 с). Далее ребёнок поворачивается к методисту спиной и упирается руками в стену. Методист проводит аналогичные движения спереди (15-20 с), затем ребёнок поочередно поворачивается к методисту *левым и правым* боком и соответственно растираются боковые поверхности тела (по 10-15 с). При растирании не следует прилагать особых усилий, чтобы не вызвать перераздражения кожи. Эта сравнительно простая методика способствует быстрому пробуждению ребенка, разогреванию организма, усилению кровообращения в коже и как бы подготавливает организм к последующим процедурам, в частности, к утренней гимнастике на свежем воздухе.

Лечебная физкультура, дыхательная гимнастика и массаж с позиций психосоматической медицины, помимо своего тонизирующего эффекта, способствуют снятию мышечных блоков и устраняют психосоматическую и физиологическую рассогласованность, т.к. сами по себе являются не только прообразами телесной терапии, но и активными антидепрессантами. Антидепрессивные свойства метода усиливаются при сочетании ЛФК с групповым медитационным психотренингом, проводимым до занятия лечебной гимнастикой или после неё.

Итак, ЛФК, дыхательная гимнастика и массаж должны быть обязательными компонентами всех лечебно-профилактических комплексов, дифференцированно назначаемых ребёнку в разные периоды болезни и на разных этапах реабилитации. Практически, при отсутствии противопоказаний, эти методы прекрасно сочетаются с любыми видами традиционной и нетрадиционной медицины.

Диетотерапия. Диетическое питание – одно из наиболее действенных проверенных временем средств, благотворно влияющих на все болезненные отклонения в организме человека. Ведь среди многих немедикаментозных способов лечения диетотерапия считается одним из самых древних методов.

Многие учёные пытались разработать универсальную противоастматическую диету, но это оказалось невозможным из-за различных потребностей каждого человека и различных типов астмы. К примеру, больным с, так называемым, аспириновым типом астмы, запрещается приём вегетарианских продуктов до 26 наименований. Поэтому, говоря о диетотерапии ребёнка-аллергика, мы имеем в виду не ограничения в приёме пищи, а необходимость самоограничения и непрерывного деления еды на полезную и вредную.

Составляя пищевой рацион для ребёнка, необходимо учитывать, что ценность диетического питания уменьшается в следующей последовательности: сырая растительная пища, растительная пища после кулинарной обработки, кисло-молочные продукты, нежирные сорта мяса.

Для больных экзогенной БА пища, которую они едят, не должна быть аллергенной, а больные эндогенной астмой должны питаться так, чтобы организм был устойчив к инфекциям и действию психоэмоциональ-

ного стресса. Но оба типа астмы можно лечить правильным питанием с добавлением витаминов, микроэлементов, трав и, по необходимости, гомеопатических средств.

Для нормального функционирования различных систем организма требуются преимущественно определённые группы витаминов, но важно помнить, что полный набор витаминов и витаминоподобных веществ (витамины группы В: тиамин – В1, рибофлавин – В2, ниацин – В3, пантотеновая кислота – В5, пиридоксин – В6, фолиевая кислота – В9, цианкобаламин – В12, оротовая кислота – В13, пангамовая кислота – В15, холин, парааминобензойная кислота – ПАБК; ретинол – витамин А; кальциферол – витамин Д; аскорбиновая кислота – витамин С; токоферол – витамин Е; биотин – витамин Н; существуют три витамина К – К1, К2, К3, из них К1 и К2 образуются естественной микрофлорой в кишечнике; цитрин, рутин, гесперидин – витамин Р; никотиновая кислота – витамин РР; инозит; липоевая кислота; витамин U) должен использоваться для оздоровления человека, поскольку даже недостаток одного из витаминов немедленно сказывается на состоянии всего организма.

Ребёнка нужно с "пелёнок" приучать к правильному полезному питанию, так необходимому для поддержания его здоровья. Необходимо научить детей самих отвечать за свою астму и сознательно отказываться от продуктов и угощений, которые могут вызвать ухудшение состояния.

Рацион ребёнка должен включать множество свежих продуктов хорошего качества плюс свежую воду и свежие овощные, и фруктовые соки. При необходимости можно использовать законсервированные фрукты, но если они в сиропе, то перед употреблением их следует вымыть под холодной проточной водой.

По возможности следует избегать использования продуктов с искусственными красителями и вкусовыми добавками, заменив переработанные продукты свежими.

Хлеб из натуральной необработанной муки (многие из питательных элементов, потерянных при обработке муки, невозможно восполнить), поскольку тёмный хлеб, содержит много натуральных волокон, а с ними и натуральные витамины и минералы.

Свежее мясо, перед тем как его готовить тем или иным способом, следует поместить в кастрюлю с кипящей водой на 5-10 минут, затем достать его и вылить воду (это очистит его от токсинов и добавок), а затем использовать его для дальнейшей кулинарной обработки.

Масло можно заменить хорошими видами маргарина, обычное молоко – снятым молоком с низким содержанием жиров, а сыры употреблять выработанные из снятого молока. Для детей и младенцев с аллергией к коровьему молоку может быть полезно козье, овечье молоко.

Сахар следует заменить мёдом при условии его переносимости.

Особенно следует позаботиться о диете ребёнка в зимнее время: не отпускать его в школу без завтрака, в течение дня ему нужно давать для питья много тёплых напитков, а также регулярно использовать в рационе свежее мясо, рыбу, печень, птицу и как можно больше овощей и фруктов, витаминно-минеральных добавок.

Разумеется, все больные астмой должны избегать употребления продуктов, содержащих известные им аллергены или вещества, способные вызвать аллергическую реакцию. В частности, дети и их роди-

тели должны быть ознакомлены с явлением "ложной пищевой аллергии", заключающейся в комплексе патологических явлений, имитирующих аллергическую реакцию немедленного типа, которая обусловлена неспецифическим действием на организм гистамина. Из продуктов, способных высвобождать гистамин, следует назвать: яичный белок, клубнику, томаты, шоколад, рыбу, ветчину, ананасы. Кроме того, приступы бронхиальной астмы нередко провоцируются различными пищевыми добавками с низким молекулярным весом.

Многочисленные наблюдения за больными детьми показывают, что строгое соблюдение диетического режима, подобранного врачом, оказывает положительное влияние на здоровье ребёнка, перевода в стойкую ремиссию многие формы астмы и аллергического дерматита. Очень важен психологический настрой ребенка на диетотерапию. Нередко рецидивы БА обусловлены острой респираторной инфекцией или другими факторами, что свидетельствует о необходимости сочетать диетотерапию с профилактическими лечебными комплексами (систематическое закаливание, ЛФК, массаж, психотерапия, гипертермические процедуры, короткие курсы РДТ и другие методы индивидуально подобранной неспецифической гипосенсибилизации), повышающими эффективность реабилитационных мероприятий.

Разгрузочно-диетическая терапия (РДТ) – является одним из важнейших методов лечения БА, который можно рассматривать как вариант "полной" элиминационной диеты (от лат. *elimino* – изгонять, устранять), разработке и обоснованию которого посвящены многие работы отечественных и зарубежных учёных (Николаев Ю.Н., 1984; Кокосов А.Н., Осинин С.К., 1985; Кокосов А.Н., Черемнов В.С., 1995; Vivini, 1963 и др.).

Если рассматривать организм как сложную открытую систему (совокупность системных организаций в их динамике и взаимосвязи), которая обменивается с внешней средой информацией, энергией и веществом, то одним из важнейших свойств такой системы является постоянная трансформация из одного состояния в другое, т.е. способность к саморегуляции при различных изменениях среды. Поэтому при изменении поступления потока вещества и энергии в систему (лечебное голодание) – изменяются режимы работы самой системы согласно законам её поведения.

Голод является естественным стрессом для организма и обычно стресс-реакцию, отражающую адаптацию организма, изображают выпуклой кривой: восходящая часть – стадия тревоги, плато – повышение резистентности, толерантности, нисходящая часть – стадия истощения. Первые две стадии, в которые и должна укладываться РДТ, характеризуют систему, работающую в режиме регуляции.

Анализ клинико-экспериментальных наблюдений применения дозированного голодания позволяет полагать, что РДТ, являясь в какой-то мере стресс-моделью, воздействует преимущественно на гипоталамо-лимбический уровень регуляции нервных процессов, мобилизуя защитные силы организма и активизируя метаболизм с последующей нормализацией обмена веществ. Образующиеся в результате аутолиза тканей функционально активные вещества, ускоряют биосинтез в восстановительном периоде РДТ (Бабенков Г.И. и др., 1981; Малыш П.П., Осинин С.Г., 1986).

Кокосов А.Н. и Осинин С.Г., (1984, 1985 г.г.) выделяют 10 основных механизмов лечебного эффекта РДТ у больных БА. 1. Повышение иммунитета. 2. Подавление аллергического воспаления. 3. Гипосенсибилизация организма. 4. Угнетение иммунопатологического компонента патогенеза. 5. Стимуляция функции коры надпочечников. 6. Улучшение бронхиальной проходимости. 7. Детоксикация организма. 8. Аутолиз нежизнеспособных тканей. 9. Образование биостимуляторов регенерации. 10. Улучшение функции сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, РДТ – это методика, позволяющая отрегулировать нарушенные взаимоотношения между психикой, системой иммунитета, бронхиальным деревом и сердечно-сосудистой системой. Метод позволяет нормализовать работу желудочно-кишечного тракта и работу выделительных органов – мочевыводящей, дыхательной систем и кожи, разгрузив их от чрезмерной перегрузки.

Лечебное голодание показано:

- при среднетяжёлом течении, с преобладанием аллергического и нейрогенного компонента, резистентного к общепринятой терапии БА;
- при БА в сочетании с ожирением, поливалентной лекарственной и пищевой аллергией, язвенной болезнью, полисиндромными поражениями желудочно-кишечного тракта, хроническим пиелонефритом и мочекаменной болезнью;
- при аллергических поражениях кожи (псориаз, экзема, нейродермит и др.).

Мы считаем, что РДТ подлежат также больные бронхиальной астмой инфекционно-зависимого генеза, с сопутствующим поражением желудочно-кишечного тракта, гормонально-зависимая БА (в целях уменьшения приёма глюкокортикоидных гормонов или полного отказа от них), простогландиновая БА (аспириновая).

Многие специалисты, занимающиеся проблемой астмы, всё более убеждаются в том, что РДТ, как и другие методы немедикаментозной терапии, по возможности, должна предшествовать назначению активной противоастматической лекарственной терапии у больных БА.

Противопоказания к РДТ: общее истощение; злокачественные опухоли; активный воспалительный процесс; гельминтозы; “ювенильный” сахарный диабет; активный туберкулёз лёгких; тиреотоксикоз; декомпенсация функции печени и почек; психические заболевания.

Для практического врача важно в каждом конкретном случае решить вопрос об оптимальном сроке разгрузочного периода, необходимости назначения повторных курсов РДТ, когда лучше начинать РДТ и стоит ли назначать РДТ больному, находящемуся в астматическом статусе.

Исходя из современных представлений, что БА – это хроническое аллергическое воспаление слизистой оболочки бронхиального дерева, имеющее наследственную предрасположенность и психосоматическую обусловленность манифестации и клинического течения заболевания, мы можем сказать утвердительно: РДТ – это не метод исцеления, а метод, включающий внутренний механизм саногенеза, адаптации к действительности; метод, способствующий грубой детоксикации организма, позволяющий начать выведение “шлаков”; метод зустресса, снимающий патологическую доминанту бронхообструктивного реагирования на жизненные ситуации. Следовательно, РДТ должна быть относительно комфортна, безопасна и эффективна.

Наши клинические наблюдения (Гатупов Р. Р., Крупнова Л.К, 1993-1995) показали, что назначение взрослым 8-10 дневных курсов РДТ позволяет снять клиническую симптоматику БА, а 12-15-дневные курсы способствуют очищению организма от шлаков, снятию психопатологических наслоений и коррекции личностных особенностей пациентов (при условии соответствующего психологического настроя на реабилитационный процесс и формирование активной мотивации к РДТ).

У детей среднего школьного возраста мы применяли короткие курсы РДТ по типу фракционных, которые заключались в проведении 2-3 разгрузочных периодов (3-х, реже 5-дневных), с последующими 7-10 днями восстановления. У некоторых больных в восстановительном периоде использовали “моодиетические” дни (ежедневно использовался только один продукт питания), что позволяло как подобрать диету для больного БА, так и диагностировать пищевую аллергию; у других больных БА использовали 2-3 кефирных дня, затем начинали постепенно расширять диету по “моодиетическому” принципу или переходили на диету восстановительного периода. Во время всего курса лечения, не очень приятной для ребёнка, поддерживалась активная мотивация и положительный психологический настрой. У старших школьников использовалась или описанная тактика РДТ или назначались 7-8-10 дневные курсы РДТ с последующим переходом к восстановительному периоду.

У детей группы риска (дошкольный возраст), у которых в анамнезе, помимо частых ОРВИ, были жалобы на головные боли, боли в животе и беспокоили состояния беспричинной грусти также назначали 1-2 разгрузочных цикла (2 кефирных дня с последующим переходом на 8-10-дневный восстановительный период по нижеприведённой схеме).

Все перечисленные нами схемы носят сугубо ориентировочный характер, то есть в каждом конкретном случае продолжительность разгрузочного периода и сроки назначения повторных курсов лечебного голодания зависят от состояния больного и особенностей течения болезни. Методом выбора может являться периодическое проведение после курса РДТ не “полностью голодных дней”, а 2-3-дневных “овощных” или “фруктовых”, что позволит не только очистить кишечник за счёт продвижения по нему большой массы клетчатки, но и даст организму своеобразную витаминно-микроэлементную добавку.

Как лечебные, так и профилактические курсы РДТ целесообразно сочетать с дифференцированным применением методов психокоррекции, ИТ, щелочных минеральных вод (или 0,5 -1 % р-ра сульфата магния), ГТ, ЭФ (чаще всего на область проекции печени или поочередно печени и селезёнки), МРТ, ИРТ, лазеротерапии (на область проекции крупных сосудов), ЭС, СМТ, спелеотерапии, сауны в умеренном режиме. Применение фитотерапии требует осторожности из-за опасности перекрёстных аллергических реакций. Фитотерапия (в виде чая или ИТ) показана, если она подобрана с помощью ТМ по Р. Фоллю.

Методика проведения РДТ (при 7-10 дневном разгрузочном периоде)

1 этап – подготовительный. Больной (в соответствии с возрастом) знакомится с методикой проведения РДТ, литературой по лечебному голоданию, выявляется его психологическая готовность к применению данного метода лечения, уровень ожидаемого эффекта, глубина психологических и дыхательных проблем. Выявляются и saniруются хро-

нические очаги инфекции, проводится по необходимости бронхолитическая, противовоспалительная и детоксикационная терапия. Больные, по возможности, собираются в одну палату терапевтического или пульмонологического стационара для создания хорошего морально-психологического климата во время РДТ.

II этап – разгрузочный. Таблетированные препараты отменяются, инъекционные процедуры уменьшаются по мере улучшения состояния пациента. Вечером перед голоданием на голодный желудок пациентом принимается 30-50-70 мл 25-30% сернокислой магнезии и после этого прекращается всякий приём пищи.

В систему лечебного голодания входят следующие процедуры:

1. Лечебная физкультура в условиях зала с применением дыхательных упражнений. Продолжительность 25-30 минут.
2. Прогулки на свежем воздухе, в комфортно одетом виде, общей продолжительностью с перерывами не менее 4 ч.
3. Общая ванна с температурой воды 37-38° С в полуденное время, продолжительностью 10-15 минут.
4. Массаж грудной клетки, верхних и нижних конечностей 2 раза в день. Продолжительность – до состояния расслабления и облегченности.
5. Тёплый душ вечером перед сном.
6. Желательна очистительная клизма с водой температуры человеческого тела, объемом от 0,5 до 0,8 л ежедневно вечером (при плохой переносимости – через день).

После гимнастики, прогулок, ванны, массажа, ФТ – отдых в постели.

Очищение организма, аутолиз повреждённых и изменённых тканей идет во всех органах и системах – через дыхательную систему, кожу, слизистую желудочно-кишечного тракта. Поэтому выполнение перечисленных выше процедур во время лечебного голодания обязательно. Именно это превращает элементарную голодовку в лечебное голодание с позитивным сдвигом в психическом и физическом состоянии.

Рекомендуется также периодический самомассаж отдельных участков тела, очищение зубов и языка от налётов, по возможности, финская сауна или русская баня в щадящем режиме.

Питьевой режим при РДТ должен быть не менее 1,5-2-3 литров тёплой кипячёной воды в 6-8-10 приёмов, особенно при ощущении чувства голода, даже при отсутствии жажды.

При развитии ацидотического криза, что проявляется в виде подташнивания, позывов на рвоту, слабости, головокружения, разбитости, падения артериального давления, появления запаха моченых яблок в выдыхаемом воздухе (положительная реакция на ацетон в клиническом анализе мочи), можно назначать негазированные щелочные минеральные воды внутрь, а также раствор 3% пищевой соды в клизме (в объеме 100-150 мл). В более тяжёлых случаях можно проводить внутривенную инфузию 100 мл 4% раствора бикарбоната натрия. Явления ацидотического криза уменьшаются под влиянием сильного массажа больших групп мышц. Ацидоз обычно наступает на 3-5 день РДТ и после его разрешения к пациенту обычно приходит чувство лёгкости, эйфории, которое может смениться чувством голода, яркими снами на пищевую тему, что сигнализирует об эффективности РДТ. Тяжёлых ацидотических кризов, какие описываются в литературе во время проведения РДТ, мы у своих больных не наблюдали.

III этап – восстановительный. Обычно равен по продолжительности разгрузочному периоду или его половине. Больные БА лучше переносят восстановительную диету, укладывающуюся в срок голодания. В этот период происходит постепенное переключение организма с эндогенного на экзогенное питание за счет количественного и качественного изменения питания. Широко рекомендуемый в научно-популярной литературе по оздоровлению выход из голодания путём применения сырых фруктовых и овощных соков, продуктов растительного происхождения нецелесообразен у лиц, страдающих БА, так как у них существует возможность развития в фазу восстановления после РДТ гистаминолибераторных реакций, вследствие повышения реактивности больных на различного рода естественные и химические раздражители.

В первую неделю выхода из голодания рекомендуется ограничение физической подвижности и напряжения с постепенным их увеличением. По нашему мнению, самый лучший и наиболее безопасный выход – это первые 2 дня восстановительного периода, проведенные на кефире (он менее реактогенен, чем другие пищевые продукты), с последующим прибавлением ассортимента нижеприводимых продуктов.

Диета восстановительного периода после проведения 7-10-дневной разгрузочно-диетической терапии.

1-й день. 5-6 раз в день употреблять по 100-150 мл кефира, разведенного кипяченой водой в соотношении 1:1, в объеме до 1 литра в сутки.

2-й день. Кефир цельный до 1 л в 5-6 приёмов в течение дня.

3-й день. + к назначенному ранее – зелёный чай, картофельное пюре без масла в 5-6 приемов до ощущения состояния сытости.

4-й день. + отварной картофель, варёные овощи, сахар, чёрный чай, растительное масло.

5-й день. + салат из сырых овощей, белый хлеб (2 кусочка), компот из сухофруктов.

6-й день. + сливочное масло, вареное куриное яйцо. Приём пищи – 3-4 раза в день.

7-й день. + отварная говядина, хлеб чёрный, сметана.

8-й день. + лёгкое подсаливание пищи.

9-й день. + отварная рыба, свежие мучные изделия.

10-й день. Пища по вкусу, малосолёная.

11-й день. Обычный прием пищи.

Приводим другой вариант примерного меню для питания больных бронхиальной астмой в восстановительном периоде после лечебного голодания, рекомендованный Кокосовым А.Н. (1995).

1-й день. Отвар из сборных сухофруктов без сахара – 1,5-2 л. Первый стакан пить в течение получаса.

2-й день. Вареные овощи, фрукты, отвар риса на воде, зелёный чай. Пища принимается 5-7 раз в день небольшими порциями, тщательно пережевывается.

3-й день. Добавляют сырые овощи, фрукты, ягоды (можно в виде свежего сока), кашу на воде.

4-й день. Добавляют растительное масло для приготовления пищи.

5-й день. Начинают есть хлеб (3-4 кусочка). Сокращают количество приемов пищи до 3-4 раз.

6-й день. Начинают слегка подсаливать пищу (до 6-го дня это запрещено).

7-й день. Переходят на диетическое питание.

Во всех случаях необходимо ведение пищевого дневника с целью исключения "виновных" пищевых аллергенов.

Эту же диету можно использовать в восстановительном периоде после 3-5-дневного лечебного голодания.

Назначение диеты больному после курса РДТ представляет определённые трудности. Пациента нужно снабдить списком запрещённых и разрешённых к употреблению продуктов, обучить его умению разумно питаться в различных ситуациях (в школе, в гостях и т.д.), ознакомить с возможными аллергическими и неаллергическими осложнениями и стремиться сформировать у него активную мотивацию к разумному питанию, используя в пищевом рационе "натуральные продукты питания".

Энтеросорбция. Нередко разгрузочно-диетическая терапия сочетается с энтеросорбцией, основанной на связывании и выведении из организма через желудочно-кишечный тракт экзогенных и эндогенных токсинов, низкомолекулярных структур и клеток. Этот метод (в том или ином варианте) также прошёл длинный путь испытания временем. Наши далекие предки пришли к выводу, что одним из условий выздоровления является своевременное выведение из организма накопившихся вредных и балластных веществ, и поэтому использовали простейшие стимуляторы экскреции – рвотный корень, активированный уголь, глины, толчёные туфы и другие природные адсорбенты. По аналогии с человеком или, наоборот, человек подсмотрел этот феномен у природы, животные также периодически устраивают чистку желудка и кишечника, поедая только им известные растения.

В современных условиях возрождается традиция – включать в пищевой рацион природные сорбенты растительного происхождения, например, отруби злаковых, густой рисовый или овсяный отвар, принятые до завтрака, связывают в желудочно-кишечном тракте раздражающие и токсические вещества, микробные клетки.

Применение энтеросорбентов у больных БА способствует сорбции пищевых аллергенов, гистамина и других медиаторов бронхоспазма, бактериальных антигенов, циркулирующих иммунных комплексов, иммунокоррекции, нормализации кишечной микрофлоры (Папп М.О., 1991). Улучшение состояния больных даёт возможность сократить объём этиотропной и патогенетической терапии, в частности, количество симпатомиметиков, принимаемых больными, удаётся снизить почти в 2 раза, а благодаря повышению тканевой чувствительности, у некоторых больных удаётся снизить и гормональную зависимость. Но как и при всех методах терапии, актуален вопрос выбора оптимальной дозы энтеросорбента для получения максимального терапевтического эффекта.

Энтеросорбция обычно подключается в разгрузочном периоде: например, больной принимает внутрь 30-60 мл энтеросорбента СКНП-2 (азотсодержащий, активизированный уголь сферической грануляции, пероральный, крупнозернистый) в 3-4 приема с интервалом в 4-6 часов, запивая водой и не разжевывая гранулы. Сочетание РДТ и энтеросорбции позволяют *полностью предотвратить ацидоз* при лечебном голодании.

С 5- дня разгрузочного периода, когда вероятность ацидоза значительно уменьшается, дозу энтеросорбента снижают в 2- 3 раза и

продолжают приём в течение 2-3 дней (или до окончания разгрузочного периода). При сочетании БА с язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки применяют не гранулированные сорбенты, а другие сорбционные препараты (полифепан, энтеродез и др.)

У некоторых больных БА применение энтеросорбентов в период цветения растений (курс лечения от 1 до 3 недель, в суточной дозе 0,5-1 г/кг массы тела, разделенной на 3- 4 приема: утром до завтрака, между приёмами пищи и перед сном) либо полностью устраняет развитие обострения, либо снижает остроту проявления.

Энтеросорбенты оказались эффективными и при лечении пищевой аллергии, имеющей важное значение, как показывают наблюдения Потемкиной А.М. (1990), в поддержании симптомов БА.

Другие методы немедикаментозного лечения, используемые в комплексной терапии БА, представлены в соответствующих разделах книги.

Более подробно с тактикой лечения детской астмы можно ознакомиться, прочитав книгу авторов: "Лечение и реабилитация детей, больных бронхиальной астмой, методами традиционной и нетрадиционной медицины".

7.3. Заболевания органов пищеварения

Болезням органов пищеварения свойственно широкое распространение и рецидивирующее течение. В патогенезе большинства болезней органов пищеварения лежат нарушения моторной, секреторной и выделительной функций, развитие воспалительных, структурных, иммунных и трофических нарушений в слизистых оболочках, расстройство функции главных пищеварительных желёз, а также функциональные нарушения центральной, вегетативной и эндокринной систем.

Необходимо иметь в виду, что половина больных гастроэнтерологического профиля, обращающихся за терапевтической помощью, имеют функциональный характер расстройств. Функциональные нарушения, как уже упоминалось, не всегда можно зарегистрировать методами классической медицины, поскольку эти нарушения более свойственны для функционально-энергетической (скрытой) стадии болезни. Поэтому лекарственная терапия, обычно используемая в гастроэнтерологии, у этого контингента больных, редко бывает успешной. В то же время следует иметь в виду, что и при органической природе заболевания имеют место жалобы и симптомы функционального характера. Поэтому использование в комплексной терапии растительных лекарственных средств, биофизических методов, наряду с другими методами немедикаментозной терапии, значительно расширяет терапевтические возможности лечебного процесса, который должен быть динамичным, последовательным, индивидуальным в каждом конкретном случае.

Язвенная болезнь (ЯБ) – это хроническое рецидивирующее заболевание гастродуоденальной системы, при котором периодически возникают рецидивы язв желудка или двенадцатиперстной кишки. В плане лечения больных ЯБ следует учитывать, что это системное общепрограммированное заболевание, для которого характерна цикличность течения, когда рецидивы и ремиссии бывают различной длительности. С позиций планирования лечебной тактики важно также учитывать основные этиологические факторы язвенной болезни: нарушение нервных регулирующих механизмов (вследствие нервно-психического перенапряжения, переутомления, травм); нарушение гормональных ре-

гулирующих механизмов системы гипофиз – надпочечники – половые железы и некоторых инкреторных функций поджелудочной железы; аутоиммунные процессы; алиментарные факторы; местные нарушения трофики желудка и двенадцатиперстной кишки, изменяющие барьерные функции слизистой оболочки и повышающие агрессивные свойства желудочного сока; хронические поражения слизистой оболочки (гастриты, дуодениты), усугубляющие воспалительно-дистрофические явления в слизистой оболочке. К предрасполагающим факторам следует отнести конституционально-наследственные факторы, сопутствующие заболевания и вредные привычки.

Необходимо учитывать, что в настоящее время признается ведущим этиологическим фактором ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки хеликобактерная инфекция (НР), которая обнаруживается в слизистой оболочке при ЯБ почти в 100 % случаев. Доказана роль НР в развитии воспаления, образования эрозий и язв в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Обострение хеликобактерной инфекции является наиболее частой причиной обострений ЯБ. Поэтому принцип лечения ЯБ, ассоциированной с НР – это уничтожение бактерий, индуцирующих слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, повышение иммунологической реактивности организма.

В лечении больных язвенной болезнью выделяют два основных периода: лечение больных в активной фазе заболевания (впервые диагностированная язвенная болезнь или ее обострение); профилактическое лечение с целью предупреждения рецидива заболевания, к которому следует отнести и курсовое лечение "по требованию". Суть курсового лечения "по требованию" состоит в том, что больной сам отвечает за эффективность лечения, к которому приступает при появлении первых субъективных проявлений обострения заболевания. План такого лечения предварительно разрабатывается врачом. Эффективность лечения "по требованию" не уступает по эффективности непрерывной поддерживающей фармакотерапии, но стоимость такого лечения дешевле и, кроме того, оно оказывает положительное психологическое влияние на больного, так как он перестает считать себя безнадежно больным.

Фитотерапия занимает определенное место в комплексной терапии этого контингента больных.

Т а б л и ц а 15.

Основные лекарственные растения, применяемые при язвенной болезни и хроническом гастрите

<i>Название лекарственного растения</i>	<i>Форма приема</i>	<i>Фармакологическое действие</i>
1. Аир болотный (корневище)	настой, отвар	антацидное, спазмолитическое, бактериостатическое, фунгистическое, и противовоспалительное, успокаивающее и слабое обезболивающее
2. Алтей лекарственный (листья)	свежий сок	слабительное, адаптогенное, повышающее иммунологическую реактивность, антибактериальное и противовоспалительное, усиливающее секрецию особенно при пониженной кислотности, желчегонное
3. Алтей лекарственный (корни)	настой, отвар, экстракт сухой и жидкий	обволакивающее, противовоспалительное, защитное, обезболивающее (особенно при повышенной кислотности желудочного сока)
4. Деясиал высокий (корневище и корни)	отвар	Противовоспалительное, антимикробное, желчегонное, мочегонное, регулирующее влияние на секреторную и моторную активность желудочно-кишечного тракта

5. Душица обыкновенная (травя)	настой	Противовоспалительное, антимикробное, болеутоляющее, желчегонное, мочегонное, седативное, улучшающее пищеварение, особенно при секреторной недостаточности желудочно-кишечного тракта, а также при энтероколитах, сопровождающихся запорами и метеоризмом
6. Зверобой продырявленный (травя)	отвар, настой	Противовоспалительное, бактерицидное, спазмолитическое, желчегонное, мочегонное (увеличивает фильтрацию в почечных клубочках), капилляроукрепляющее, вяжущее, возбуждающее желудочную секрецию, фотосенсибилизирующее
7. Календула лекарственная (цветки)	настой, настойка	Противовоспалительное, бактерицидное, спазмолитическое, желчегонное, ранозаживляющее, повышающее секреторную активность желудка
8. Капуста белокочанная (листья)	свежий сок	содержит противоязвенный фактор - витамин U, антисклеротическое, антибактериальное, обезболивающее, антигистаминное, антисеротониновое, благоприятно влияющее на кишечную флору, моторно-эвакуаторную функцию кишечника и кислотность желудочного сока
9. Розовый картофель	свежий сок	нейтрализует кислотность желудочного сока, снимает ощущение жжения, подавляет секрецию желудочного сока
10. Лен обыкновенный (семя)	отвар (слизь) семя, льняное масло, препарат «Линетол»	обволакивающее, противовоспалительное, болеутоляющее, смягчительное, антисклеротическое
11. Облепиха (плоды)	облепиховое масло, свечи	регенераторное, антибактериальное, антиоксидантное, мембраностабилизирующее, ингибирующее влияние на секрецию желудочного сока, положительное влияние на белковый, липидный обмен в печени
12. Подорожник большой (листья)	настой, жидкий экстракт, препарат «Плантаглюцид»	обезболивающее, спазмолитическое, бактериостатическое, кровоостанавливающее, слабительное
13. Ромашка аптечная (цветки)	отвар, препарат «Ромазулан»	спазмолитическое, противовоспалительное, антисептическое, седативное, обезболивающее, желчегонное, повышающее секрецию пищеварительных желез, уменьшающее процессы брожения
14. Сушеница болотная (травя)	настой, отвар	Противовоспалительное, антибактерицидное, обезболивающее, ускоряющее процессы репарации, регенерации и эпителизации слизистых оболочек, антигипертензионное, и антиангинальное
15. Тысячелистник обыкновенный (травя)	настой	Противовоспалительное, бактерицидное, антиаллергическое, спазмолитическое, обезболивающее, желчегонное и желчевыделительное, повышающее секрецию желудочного сока, ветрогонное, диуретическое, кровоостанавливающее, ранозаживляющее
16. Чистотел большой (травя)	настой, отвар	спазмолитическое, желчегонное, противовоспалительное, бактерицидное (с широким спектром антимикробной активности), болеутоляющее, успокаивающее
17. Шалфей лекарственный (листья)	настой	Противовоспалительное, антимикробное, фитонцидное, кровоостанавливающее, повышающее секреторную активность желудочно-кишечного тракта
18. Шиповник коричневый (плоды)	настой, масло шиповника	поливитаминное, общеукрепляющее, антисклеротическое, противовоспалительное, желчегонное, диуретическое, кровоостанавливающее, благоприятно влияющее на активность ферментов, регенерацию тканей, синтез гормонов и углеводный обмен
19. Валериана лекарственная (корни)	настой, настойка	спазмолитическое, желчегонное, усиливающее секрецию железистого аппарата желудочно-кишечного тракта, седативное, транквилизирующее влияние на ЦНС, коронарорасширяющее, гипотензивное
20. Пустырник пятилопастный (травя)	настой, настойка	седативное, кардиотоническое

21. Синюха голубая (корень и корневища)	настой	седативное, нейротропное, антисклеротическое, гипотензивное, отхаркивающее (эффективно комбинировать с сушеницей болотной при повышенной секреторной активности желудочного сока)
22. Хмель обыкновенный (шишки)	настой	нейтротропное, успокаивающее, противовоспалительное, противозависное, капилляроукрепляющее, гипосенсибилизирующее, болеутоляющее, фунгицидное, стимулирующее регенерацию, трофо-метаболическое
23. Мята перечная (листья)	настой	успокаивающее, спазмолитическое, болеутоляющее, желчегонное, антисептическое, антимикробное (на все виды патогенных бактерий в желудочно-кишечном тракте.), усиливающее перистальтику кишечника, коронарорасширяющее., гипотензивное
24. Ягоды шиповника, рябины, земляники, смородины, листья крапивы		поливитаминные компоненты, которые можно включать в различные фитосборы

Примечание: при лечении больных с каллѣзными, долго не рубцующимися язвами, в сборы добавляют или увеличивают количество трав, способствующих рубцеванию язвы – чистотел, подорожник, пастушья сумка, корень лопуха, корень цикория, календула, кипрей. Лечение лекарственными растениями продолжается не менее 6-8 недель.

С профилактической и лечебной целью при ЯБ широко используются лекарственные растения: дуб, зверобой, подорожник, календула, девясил, тысячелистник, ромашка, солодка, мята, душица, укроп, фенхель, ревень, крушина, вахта трехлистная, и др., что основано на их различных фармакодинамических эффектах: болеутоляющее, противовоспалительное, спазмолитическое, адаптогенное, стимулирующее регенераторные и репаративные процессы в слизистой, нормализующее функции кишечника, уменьшающее эмоциональное напряжение и повышенную тревожность. Подбирая состав фитосбора для поддерживающей фитотерапии, в каждом конкретном случае следует использовать лекарственные растения, обладающие политропностью действия на основные патогенетические звенья заболевания.

При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с сохраненной, повышенной или пониженной секрецией желудочного сока можно рекомендовать следующие фитосборы:

1. Корень аира – 2 ч., лист березы – 2 ч., кора ивы белой – 1 ч., трава зверобоя – 5 ч., трава золототысячника – 3 ч., лист калины – 2 ч., семя льна – 4 ч., лист подорожника – 2 ч., лист мяты – 3 ч., трава пустырника – 5 ч. Взять 3 столовых ложки измельченного сбора, залить 500 мл крутого кипятка, настоять в термосе. На следующий день принимать настой в три приема за 20-30 мин до еды в теплом виде (при сохраненной и повышенной секреции желудочного сока).

2. Трава спорыша – 2 ч., трава зверобоя – 5 ч., семя льна – 3 ч., лист мяты – 2 ч., трава пастушьей сумки – 1 ч., цветы пижмы – 1 ч., трава пустырника – 4 ч., цветы ромашки – 2 ч., трава руты душистой – 3 ч., корень солодки – 2 ч., плоды тмина – 2 ч. Готовить и принимать как сбор №1.

3. Корень аира – 2 ч., корень валерианы – 2 ч., трава зверобоя – 6 ч., семя льна – 4 ч., трава Melissa – 3 ч., трава сушеницы болотной – 5 ч., плоды фенхеля – 2 ч., трава хвоща полевого – 2 ч., трава чабреца полевого – 4 ч., трава шалфея – 2 ч. Готовить и принимать, как сбор №1.

4. Корень алтея – 20,0, корень солодки – 20,0, корень окопника лекарственного – 20,0, трава чистотела – 10,0. Три столовых ложки сбора залить крутым кипятком, настаивать в течение 4-6 ч, в плотно закрытой эмалированной или фарфоро-

вой посуде. Процедить и принимать по 2-3 стакана в день за 30 мин до еды в течение 3-4 недель. Этот сбор уменьшает боли, стимулирует регенераторные процессы, нормализует желудочную секрецию, оказывает послабляющее действие.

5. Плоды фенхеля – 20,0, корень алтея – 20,0, цветки ромашки – 20,0, корень солодки – 10,0. Способ приготовления как у предыдущего сбора. Принимают по стакану вечером в теплом виде (оказывает противовоспалительное и спазмолитическое действие, нормализует функцию кишечника).

6. Плоды фенхеля – 20,0, цветки ромашки – 20,0, липовый цвет – 40,0. Три столовых ложки сбора залить 3 стаканами крутого кипятка, поставить на 15 минут в кипящую водяную баню, охладить, процедить. Принимать в теплом виде по 1-2 стакана натошак (в качестве противовоспалительного, спазмолитического средства).

7. Корень алтея – 10,0, цветки ромашки аптечной – 10,0, цветки календулы – 10,0, корень солодки голой – 10,0, трава зверобоя – 10,0, цветки бессмертника песчаного – 10,0, трава тысячелистника – 10,0, кора дуба – 10,0, трава пустырника – 10,0, трава сушеницы болотной – 10,0. Готовить как и предыдущий сбор, принимать по 1/2 стакана настоя 3 раза в день за 30 минут до еды (при гиперсекреторных состояниях в качестве противовоспалительного, спазмолитического средства).

8. Цветки ромашки аптечной – 5,0, корневище лапчатки прямостоячей – 20,0, трава зверобоя – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом крутого кипятка, настаивать в течение 3-4 ч, процедить. Принимать по одной столовой ложке 4-5 раз в день за 45-60 минут до еды (при наклонности к кровотечениям).

9. Трава чистотела – 10,0, трава тысячелистника – 30,0, цветки ромашки аптечной – 30,0, трава зверобоя – 30,0. Две столовых ложки сбора залить 2 стаканами кипятка, поставить на 30 мин в кипящую водяную баню, охладить, процедить. Принимать по 2/3 стакана за 30 минут до еды 3 раза в день (при повышенной кислотности желудочного сока).

10. Листья подорожника большого – 20,0, трава мяты перечной – 10,0, трава зверобоя – 10,0, цветки ромашки – 10,0, цветки календулы – 10,0, корень одуванчика – 10,0, трава шалфея – 10,0, корень аира болотного – 10,0, листья вахты трехлистной – 10,0. Способ приготовления аналогичный предыдущему. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день, за 30 мин до еды (при плохом аппетите, спазмах желудка, при гипо-и ацидных состояниях).

11. Листья вахты трехлистной – 20,0, плоды фенхеля – 20,0, трава мяты перечной – 20,0, трава тысячелистника – 20,0. Способ приготовления аналогичный предыдущему, принимать по 1/2 стакана за 30 минут до еды (при гиперацидных состояниях).

12. Трава чистотела – 10,0, цветки ромашки – 20,0, трава зверобоя – 20,0, трава тысячелистника – 20,0. Способ приготовления аналогичный предыдущему. Настой принимать по 2-3 стакана в день (при изжоге, отрыжке кислым содержимым).

13. Трава золототысячника – 20,0, трава зверобоя – 20,0, цветки ромашки – 20,0, листья мяты перечной – 20,0, трава сушеницы болотной – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом крутого кипятка, настаивать в течение 1-2 ч, процедить. Принимать по 1/2 стакана утром и вечером за 40 минут до еды (при длительно незаживающих язвах оказывает трофическое, противовоспалительное и антиспастическое действие).

14. Цветки ромашки аптечной – 5,0, трава зверобоя – 20,0, трава сушеницы топяной – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 2-3 часа. Принимать по столовой ложке 3 раза в день за 30 минут до еды (при длительно незаживающих язвах).

15. Отвар голубой синюхи: столовую ложку травы залить стаканом крутого кипятка, настаивать 1-2 часа, процедить. Принимать по столовой ложке 3-4 раза в день между приемами пищи (при повышенной невротической реактивности и длительно незаживающих язвах).

16. Цветки ромашки аптечной – 5,0, цветки календулы – 20,0, листья мать-и-мачехи – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, поставить в кипящую водяную баню, через 30 минут остудить, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3-4 раза в день за 20 минут до еды в течение 10 дней. Затем через десятидневный перерыв курс лечения повторяется на протяжении 2-3 месяцев (при выраженных болях и изжоге).

17. Цветки ромашки аптечной – 10,0, плоды фенхеля – 10,0, корень алтея – 10,0, корневище пырея – 10,0, корень солодки – 10,0. Две чайные ложки сбора залить стаканом кипятка, настаивать 2 часа. Кипятить 20 мин, процедить. Пить по 1 стакану на ночь (при ночных болях).

18. Цветки ромашки аптечной – 5,0, трава сушеницы болотной – 20,0, трава синюхи голубой – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 2-3 часа. Принимать по 1 столовой ложке 3 раза в день за 20 минут до еды (при выраженных болях).

Наряду с приемом лекарственных растений можно также использовать лечебные ванны. Для приготовления лечебных ванн используется 1-2 л настоя, для чего требуется 150-300 г сухого растительного сырья. Настаивание производят в течение 2-3 ч в стеклянной или эмалированной посуде с плотно закрытой крышкой и дополнительно утепленной (завернуть в шерстяную ткань). Температура воды в ванне – 36-37° С, длительность процедуры 20-30 мин, 2-3 раза в неделю.

Лечебные ванны можно чередовать с фитоаппликациями на подложечную область. Для фитоаппликаций можно использовать следующий сбор: сушеница болотная – 5 ч., цветки календулы – 5 ч., трава девясила – 2 ч., трава чистотела – 1 ч., корень солодки – 2 ч., листья мать-и-мачехи – 4 ч., трава медуницы – 3 ч., цветки ромашки – 5 ч. (способ приготовления описан выше). **Противопоказания** к фитоаппликациям: период обострения ЯБ, лихорадочное состояние, недостаточность кровообращения, туберкулез, болезни крови, выраженные невроты, кровотечения, беременность (все сроки).

Домашние средства, предлагаемые народной медициной для лечения язвенной болезни:

19. Два раза в день натощак за 20 минут до еды съедать небольшой кусочек листа алое, тщательно его прожевывая. Так лечатся 3 месяца, а потом сделать на 1 месяц перерыв. И если язва не совсем прошла, то лечение продолжать.

20. Взять 1,5 стакана сока листьев алоэ (отжатого руками через салфетку), стакан настоящего меда и стакан (прованского) оливкового масла, смешать, влить в бутылку и поставить ее на водяную баню (под дно бутылки подложить деревяшку), кипятить 3 часа на медленном огне. Затем остудить, закупорить и держать на холоде. Принимать утром натощак по столовой ложке, перед употреблением взбалтывать. Если в бутылке при хранении появилась обильная пена, то принимать лекарство вредно.

21. Выпивать до 4-х стаканов в сутки сока обыкновенной капусты за 20-30 мин до еды в течение 5-6 недель.

22. При язве, протекающей на фоне повышенной кислотности, пить по 2 стакана в день отвара трав, взятых в равных количествах: горечавка, листья шалфея и корица (в палочках).

23. При язвенной болезни желудка, гастрите с повышенной кислотностью можно пробовать свежеприготовленный сок из неочищенного сырого розового картофеля. Принимать натощак 3/4 стакана картофельного сока, затем лечь на 30 минут в постель. Через один час после принятия сока можно кушать. Лечение проводить в течение 10 дней, затем 10 дней перерыв, затем снова 10 дней лечения.

24. При ЯБ на фоне диеты, предписанной врачом, эффективно следующее средство: в банку с измельченной травой зверобоя заливают оливковое масло так, чтобы трава была покрыта полностью. Эту банку ставят в небольшую, но высокую кастрюлю с водой, уровень которой вровень с содержимым банки. Эту кастрюлю ставят в большую кастрюлю с водой, которую ставят на огонь. В течение 6 часов лекарство "томится" на водяной бане, в которой нужно постоянно поддерживать уровень воды. Через 6 часов готовое лекарство процедить и хранить в прохладном месте. Принимать по 2 столовые ложки за 30 минут до еды.

25. Для возбуждения аппетита при ЯБ народные целители использовали настой березовых почек: 50 г березовых почек настаивают в 0,5л водки в течение 10 дней. Принимают от половины до 1 чайной ложки настоя, разбавленного ложкой воды, за 15-20 минут до еды 3 раза в день. Средство не только улучшает аппетит, но и способствует заживлению язвы, снятию болей.

В целях повышения эффективности комплексной терапии целесообразно рекомендовать больному до начала курса фитотерапии про-

вести питьевое лечение бутылированными минеральными водами, если нет возможности пить воду непосредственно из источника, что терапевтически более эффективно.

Минеральные воды — это универсальный и ни с чем несравнимый метод лечения патологии органов пищеварения и мочевыделения. Терапевтическая эффективность метода при внутреннем приёме определяется: минерализацией (малая — 3-5 г/л, средняя — 5-12 г/л, и высокая), общим ионным составом и соотношением ионов (анионов и катионов), микроэлементов, органических веществ, газов и рядом других особенностей (рН, температура, радиоактивность и др.).

Лечебная эффективность в основном зависит от ионного состава минеральной воды. Например: *ион магния*, встречающийся в минеральных водах, является составной частью тканевых жидкостей и клеток организма, оказывает благоприятное влияние на функциональное состояние гепатобилиарной системы, что связано с его желчегонным действием и способностью снижать уровень холестерина в крови, и желчи. Магний участвует во всех важных для клеточного метаболизма ферментативных процессах, в частности, откладываясь в мышцах, активизирует анаэробный обмен углеводов, участвует в белковом обмене, процессах нервно-мышечной возбудимости. Соли магния катализируют деятельность ряда ферментов пищеварительной системы — трипсина и эритрипсина, оказывают спазмолитическое и болеутоляющее действие. Магний необходим для синтеза таких важных ферментов как холинэстераза, холинацетилаза, АТФ и других ФАВ. Из вод содержащих магний более 20 мг/л следует отметить воды — баталинскую, крымский и кислородский нарзаны, лугела.

Ион калия — является минеральным катионом, который содержится в каждой живой клетке. Гидрокарбонаты калия играют важную роль в регуляции осмотического давления. Ион калия усиливает тонус и моторную функцию желудка и кишок, регулирует секрецию хлористоводородной кислоты. Калий принимает участие в углеводном обмене, в синтезе белка и ряда ферментных систем, в процессах синтеза гликогена в печени, которая является одним из основных депо калия. Снижение содержания калия в организме приводит к нарушению деятельности пищеварительной системы, снижению перистальтики кишок, ухудшению аппетита, рвоте, поносам и другим нарушениям.

Минеральные воды, содержащие кальций (ижевские, железноводские воды, краинка и др.), активируют многие ферменты, снижают проницаемость клеточных мембран (в том числе гепатоцитов), оказывают противовоспалительное и антиспастическое действие, уменьшают отёчность тканей, несколько усиливают диурез, что важно для больных с патологией печени. Хлоридно-натриевые воды, содержащие кальций, улучшают липидный обмен за счёт усиления под их влиянием выработки печёночных фосфолипидов.

Минеральные воды содержащие микроэлементы — йод, бром, мышьяк, железо, кобальт, медь, марганец и др., относятся к специфическим водам с различным фармакодинамическим действием.

Более подробно с механизмом лечебного действия минеральных вод можно ознакомиться в соответствующих руководствах (Терентьева Л.А., Розенфельд М.И., 1980; Боголюбов В.М., 1985 и др.).

Именно совокупность действия всех компонентов минеральных вод

в сочетании с многоплановостью действия лекарственных растений на систему пищеварения и организм в целом обуславливают полифункциональный стимулирующий эффект этого сочетания на систему саногенеза и самовосстановления организма.

Питьевое лечение минеральными водами практически показано всем больным ЯБ. Это доступный метод терапии, который может быть использован в домашних условиях.

Используют минеральные воды малой (2-5 г/л) и средней минерализации (но не выше 10-12 г/л, содержащие не более 2,5 г углекислоты) – это гидрокарбонатно-натриевые и гидрокарбонатно-сульфатные натриевые воды со сложным катионным составом и рН от 6 до 7,5. В начале курса питьевого лечения назначают минеральную воду по 100 мл 2-3 раза в день, а при хорошей переносимости разовую дозу можно увеличить до 200 мл 3 раза в день; при повышенной или нормальной секреторной и эвакуаторной функции желудка тёплую минеральную воду принимают за 1,5 часа до еды; при пониженной – за 40-60 мин до еды; при замедленной эвакуации из желудка – за 1,5-2 часа до еды.

При наличии выраженных диспепсических явлений минеральную воду (особенно гидрокарбонатную) можно назначать 6-8 раз в день: за 90 мин до еды и приблизительно через 45 мин после еды (на высоте диспепсических явлений, усиления изжоги) и перед сном.

Пациентам с ЯБ в стадии ремиссии или нестойкой ремиссии, при наличии дискинезии и сопутствующих воспалительных заболеваний со стороны толстой кишки показаны *очистительные клизмы* из тёплой минеральной воды или ректальные *микрочлизмы* (20 мл тёплой минеральной воды +7-10 мл соответственно подобного настоя/отвара лекарственного растения или фитосбора). Сифонные промывания и субкавальные ванны не назначаются.

Физиотерапия. В комплексном лечении больных ЯБ фитотерапию, питьевое лечение минеральными водами, используют в сочетании с аппаратной физиотерапией, выбор методов которой зависит от фазы заболевания, и которая активно применяется только при отсутствии осложнений (стеноза привратника, перфорации и пенетрации язвы, кровотечения, малигнизации язвы).

В фазе обострения ЯБ широко применяется *лекарственный электрофорез*; ганглиоблокаторов (гексоний, ганглеорон, димекумарон и др.), спазмолитиков (папаверин, но-шпа, эуфиллин и др.), холинолитиков (платифиллин, атропин и др.), лекарственных веществ седативной и нейротропной направленности действия (седуксен, аминазин, магний, медь, цинк, кальций и др.), болеутоляющего действия (баралгин, новокаин, смеси Парфёнова и др.), используя в основном методики по Вермелю, воротниковую по Щербаку, ионный рефлекс по Щербаку, воздействие на область верхних шейных симпатических узлов или поперечно на надчревную область. Эффективно сочетанное применение 50 мл 0,5% р-ра новокаина per os, а затем ЭФ 1% р-ра новокаина (поперечно, на область эпигастрия – анод). Благодаря явлению диэлектролиза, новокаин входит в тесное соприкосновение со слизистой желудка и длительно удерживается в межэлектродном пространстве, что клинически проявляется длительным местноанестезирующим эффектом, понижением возбудимости холинореактивных систем, уменьшением

образования ацетилхолина, улучшением барьерных функций слизистой, снижением повышенной секреции желудка. При очень упорном течении рецидива ЯБ целесообразна комбинированная терапия: ЭФ лекарственных веществ в сочетании с фармакотерапией.

Широким спектром терапевтически направленного действия сопровождается ЭФ атропина (осуществляет фармакологическую ваготонию), даларгина (опиодный гексопептид, синтетический аналог энкефалина: обладает выраженным обезболивающим действием, уменьшает продукцию соляной кислоты, оказывает защитное действие на слизистую оболочку желудка, улучшает психоэмоциональный статус пациента), тиамин, вводимых по интраназальной методике.

СМТ или СМТ-ЭФ, вышеперечисленных лекарственных веществ (локализация воздействия – верхние шейные симпатические узлы, надчревная область или на точки выхода тройничного нерва на лице).

Электросон и транскраниальная электроанальгезия, назначаемые по общепринятым методикам воздействия.

УВЧ-терапия (используются методики воздействия – поперечно на область эпигастрия, на область верхних шейных симпатических узлов).

ДМВ-терапия (локализация воздействия на надчревную область или на область щитовидной железы).

УЗ-терапия назначается на область эпигастрия и соответствующие сегментарные зоны (проводится после предварительного приёма 300 мл кипячёной воды или настоя шиповника, или фиточая для того, чтобы газовый пузырь переместился в верхние отделы и не мешал проникновению ультразвуковых волн до задней стенки желудка). В течение одной процедуры воздействуют последовательно на три поля: область эпигастрия (режим непрерывный или импульсный, интенсивность 0,2-0,4 Вт/см², экспозиция 3-5 мин) и две паравертебральные зоны на уровне Th₅-Th₁₂ (режим импульсный, интенсивность 0,05-0,2 Вт/см², по 1-2 мин на каждую зону). Курс лечения – 7-10 процедур, назначаемых через день.

Лазеротерапия показана в стадии обострения заболевания, протекающего со стойким болевым синдромом, выраженными функциональными изменениями в ЦНС, а также при частых рецидивах заболевания и непереносимости фармакотерапии. Лазеротерапию можно также проводить в период ремиссии ЯБ с целью закрепления эффекта проведённой терапии или использовать как метод профилактики рецидива заболевания. В настоящее время при лечении ЯБ используют несколько вариантов методик с целью многостороннего воздействия на патологический процесс: облучение язвы через эндоскоп, методы ВЛОК или ЭЛОК (неинвазивное экстракорпоральное облучение кожных зон проекции крупных сосудов), лазеропунктуру, облучение зон Захарьина-Геда, воздействие контактно-сканирующим лазерным лучом по ходу пораженного меридиана или паравертебрально на уровне Th₅-Th₁₀.

1. Для местного воздействия ГНЛ на дефект слизистой оболочки используют кварцевое моноволокно диаметром 0,3-0,5 мм, которое вводят через дополнительный канал эндоскопа. Плотность мощности ЛИ на конце световода 1-5-10 мВт/см², экспозиция – 5-10 мин (в зависимости от размеров язвы). На курс лечения 4-5 сеансов, проводимых 1-2 раза в неделю.

2. ВЛОК ГНЛ. Мощность на выходе световода – 1-2 мВт, экспози-

ция 10-20 мин, на курс лечения – 3-5-7 сеансов (приблизительно у 80-85 % больных отмечается рубцевание язвы на 22-24-е сутки).

3. Лазеропунктура (ГНЛ или ИКЛ) осуществляется чаще всего через воздействие на корпоральные точки — J (XIII) 12; E (III) 36; MC (IX) 6; V (VII) 20-22; RP (IV) 4; T (XIV) 14, 20; GI (II) 4; VB (XI) 20, 39; F (XII) 3 и аурикулярные точки – AP 55, 104, 82, 88, 87, 29, 51. Можно сочетать лазеропунктуру с поверхностным многоигольчатым раздражением по паравerteбральным линиям и в области живота.

В случаях торпидного течения язвенной болезни, когда репаративные процессы снижены и язвенный дефект длительно не заживает, то наряду с лазеропунктурой можно рекомендовать воздействие на проекцию чревного сплетения контактно-сканирующим лучом по передне-срединному меридиану от точки J (XIII) 15, а также по околопозвоночным линиям от точки V (VII) 17 до точки V (VII) 22 слева и справа, используя ИКЛ с частотой модуляции 8,6 Гц. У больных с пилородуоденальной локализацией язвы и преимущественно гиперкинетическими нарушениями воздействие на GI (II) 11, RP (IV) 4, MC (IX) 6, AP 87,88 приводит к снижению уровня моторной активности, а при медиогастральной язве, как правило, сочетающейся с гипомоторным состоянием, воздействие ЛИ на точки E (III) 36, GI (II) 4 приводит к стимуляции моторики. В случае некоторого усиления болевого синдрома на фоне лазеропунктуры следует ограничить использование точек E (III) 36 и GI (II) 4. Сочетанное воздействие на указанные корпоральные точки и аурикулярные – AP 87,88 позволяет уменьшить активизирующий эффект лазеротерапии на моторику желудка. Если ведущим симптомом является изжога, то воздействуют на VB (XI) 20 и TR (X) 5, при рвоте – E (III) 36, 25; J (XIII) 12; F (XII) 3; MC (IX) 6; VB (XI) 20; V (VII) 21, 22. Лечебный эффект усиливается при включении аурикулярных точек – AP 87 (при язвенной болезни желудка) или AP 88 (при язве двенадцатиперстной кишки). При подборе точек в пунктурный рецепт придерживаются синдромологического принципа с учётом как основного заболевания, так и нередко наблюдающихся при этом астено-невротического, депрессивного и других синдромов. Поэтому лучший эффект наблюдается при сочетанном использовании лазеротерапии с другими методами немедикаментозного и медикаментозного лечения. Лечение должно проводиться обязательно под контролем состояния вегетативной нервной системы, энергетического состояния меридианов и эндоскопического исследования.

Всего проводят 2-3 курса лечения, с перерывом в 2-4 недели, количество сеансов на курс лечения зависит от эффективности терапии и составляет в среднем 7-14 процедур. Суммарная доза воздействия за сеанс до 0,3-2 Дж/см², общее время процедуры до 3-3,5-5 мин.

КВЧ-терапия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки может использоваться в 3-х вариантах.

1. Длина волны ЭМИ КВЧ – 4,9 мм или индивидуальная; мощность излучения – 5-10 мВт; режим работы – непрерывный или ТЧМ; зона воздействия – затылочно-теменная в чередовании через день с воздействием на зону эпигастрия или зоны Захарьина-Геда; положение излучателя – над зоной воздействия (0,5-1 см); экспозиция – 10-30 мин; на курс лечения до 14-20 процедур, проводимых ежедневно.

2. Длина волны ЭМИ КВЧ – 4,9 мм или индивидуальная; мощность

излучения – 5 мВТ; режим работы – непрерывный или ТЧМ; зона воздействия – 2-3 БАТ за сеанс; положение излучателя – контактно; суммарная экспозиция до 20-30 мин; на курс лечения до 11-18 ежедневных процедур. Рекомендуемые БАТ для включения в пунктурный рецепт в зависимости от клинической симптоматики: J (XIII) 12, 14, 11, 4; MC (IX) 6; E (III) 36, 19, 37, 39, 43, 45; T (XIV) 14; RP (IV) 4, 6; F (XII) 3, 13, которые используются в различных сочетаниях в соответствии с правилами и принципами китайской медицины.

Можно оказывать воздействие на АТ: GI (II)4; E(III)36, T(XVI)14, J(XIII)12 в сочетании с облучением зон проекции болевых ощущений на переднюю брюшную стенку.

3. Длина волны ЭМИ КВЧ – 5,6 мм, работа в режиме частотной модуляции (при необходимости проводится подстройка частотной генерации ЭМИ), зона воздействия – нижний край грудины, положение излучателя – контактно, экспозиция до 15-30 мин, ежедневно, на курс до 15-20 облучений (в зависимости от локализации язвы, размеров язвенного дефекта, общего состояния больного).

Непосредственно до воздействия ЭМИ КВЧ по одной из методик можно провести премедикацию даларгином в виде лекарственного ЭФ или ИТ (непосредственно перед процедурой готовится р-р даларгина путём разведения 1мг препарата в 6-10 мл физиологического раствора или дистил. воды). **Показания** к применению комбинированного метода лечения: ЯБ в стадии обострения, при наличии выраженного болевого синдрома, реактивного панкреатита, реактивного гепатита, при значительном снижении адаптационно-компенсаторных и регуляторных резервов организма, включая стресс-адекватное энергообеспечение систем, органов и тканей, а также сопутствующие ГБ I-II ст, ПНМК, дисциркуляторная энцефалопатия I-II ст. С осторожностью применять комбинированный метод лечения у больных с артериальной гипотензией.

Гипербарическая оксигенация (ГБО) в комплексном лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки показана: 1) при обострении заболевания, рентгенологически выявленной нише, либо эндоскопически установленной язве желудка или двенадцатиперстной кишки; 2) при длительно (более 60 дней) не рубцующейся язве, несмотря на активное медикаментозное лечение; 3) при сочетании язвенной болезни с сахарным диабетом, хроническим гепатитом, циррозом печени и облитерирующим энтеритом; 4) в случаях большой диафрагмальной грыжи, выраженной ВСД, сопутствующей ИБС и выраженном атеросклерозе сосудов головного мозга. У пожилых людей вопрос о назначении ГБО для лечения язвенной болезни решается индивидуально. Лечение проводится в большой терапевтической барокамере или кислородных камерах типа "Ока", "Иртыш МТ" и др. Сеансы назначаются в режиме 1,5-1,7 атм., больные находятся в барокамере 40-60 минут (после приёма пищи), на курс лечения до 10-15 процедур.

Уже после первого сеанса ГБО больные ощущают прилив бодрости, улучшение настроения и аппетита. Клинически положительный эффект ГБО наступает после 5-6 сеансов и проявляется уменьшением астено-вегетативного и болевого синдромов (особенно ночной боли), нормализацией сна. Полностью клинические проявления обострения язвенной болезни у большинства больных купируются после 7-8 сеансов ГБО.

При наличии противопоказаний к вышеуказанным процедурам, а также у пожилых больных можно рекомендовать *магнитотерапию*, локализованную на область эпигастрия или сегментарно.

В фазе затухающего обострения или неполной ремиссии назначают грязе-, озокерито-, парафинолечение на надчревную область и соответствующую сегментарную зону, гальваногрязь на подложечную область, поле УВЧ на подложечную область, методы гидро- и бальнеотерапии.

В фазе ремиссии заболевания профилактическую терапию лучше всего проводить в условиях санатория-профилактория или отделения восстановительного лечения.

Разумеется обязательными составляющими комплексной терапии у этого контингента больных, кроме вышеописанных методов, являются: отрегулированный образ жизни, соблюдение определённого диетического режима, индивидуально подобранные методы психотерапии, а также использование самим больным методов аутосуггессии и, по возможности, широкое использование биофизических и биологических методов терапии.

Хронический гастрит – это воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка, характеризующееся нарушением ее физиологической регенерации, уменьшением количества железистых клеток, а при прогрессировании патологического процесса – атрофией железистого эпителия, расстройством секреторной, моторной, а нередко и инкреторной функции желудка.

Согласно современной классификации (1990 г), основными формами хронического гастрита (ХГ) являются:

1. Хронический гастрит А (хронический аутоиммунный гастрит составляет 15-18 %) характеризуется продукцией антител к обкладочным клеткам желудка, а также к гастромукопротеину, принимающему участие во всасывании витамина В₁₂.

2. Хронический гастрит В (составляет 70 % всех хронических гастритов), ассоциированный с хеликобактерной инфекцией.

3. Хронический рефлюкс-гастрит развивается у больных, перенёвших резекцию желудка, вследствие заброса желчи в желудок или в результате хронического нарушения дуоденальной проходимости.

4. Хронический гастрит, ассоциированный с приёмом нестероидных противовоспалительных средств (около 10 % всех хронических гастритов).

5. Смешанные формы хронических гастритов А и В.

6. Редкие формы хронических гастритов (например, эозинофильный при БА, пищевой аллергии и др.).

Лечебная программа реабилитации составляется с учётом основных этиологических форм хронического гастрита: этиологическое лечение с целью устранения факторов, способствующих развитию хронического гастрита; купирование обострения воспалительного процесса; коррекция нарушений желудочной секреции; коррекция нарушений моторной функции желудка; стимуляция репаративных процессов в слизистой оболочке желудка; лечебное питание.

Фитотерапия. При хронических гастритах, в зависимости от их характера, в комплексной лечебно-профилактической и поддерживающей терапии особое внимание должно быть уделено применению фито-

терапии в виде различных водных настоев или спиртовых экстрактов из растений, содержащих: горечи, горько-ароматические вещества, эфирные масла (корневище аира, полынь обыкновенная, полынь белая, цветки василька и ромашки аптечной и др.), растительные слизи (корень алтея, семена и листья подорожника, листья и цветы просвирника лесного, льняное семя, исландский лишайник и др.). Поскольку при хроническом гастрите часто наблюдается нарушение функции кишечника и желчевыводящей системы, то в фитосборы включают лекарственные растения, регулирующие эти расстройства: цветки ромашки, полынь, мята перечная, тысячелистник и др. Следует учитывать, что такие лекарственные растения как листья подорожника, полынь, чабрец, фенхель, тмин, душица, мята, тысячелистник, зверобой, золототысячник, календула, ромашка не только подавляют воспалительный процесс в слизистой оболочке желудка, но и обладают способностью стимулировать секреторную функцию желудка.

При гастритах с пониженной секреторной функцией наиболее часто рекомендуются следующие лекарственные растения: подорожник, полынь, чабрец, фенхель, тмин, душица, пастернак, петрушка, мята, зверобой, трифоль, тысячелистник, золототысячник, цветки календулы. Эти растения подавляют воспалительный процесс в слизистой оболочке желудка и обладают способностью стимулировать секреторную функцию желудка.

1. Трава тысячелистника – 10,0, трава золототысячника – 10,0, корень горечавки – 10,0. Столовую ложку сбора залить 3 стаканами кипятка, настаивать 1 ч, кипятить 10 минут. Принимать по 1/2 стакана перед едой 3 раза в день (для улучшения аппетита);

2. Трава полыни горькой – 10,0, корневище аира – 10,0, листья трилистника водяного – 10,0, плоды тмина – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка. Кипятить 10 мин, остудить, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день за 20 мин до еды (для улучшения аппетита).

3. Цветки ромашки аптечной – 20,0, трава тысячелистника – 20,0. Настой принимать по 1/2 стакана 3-4 раза в день (при болях и спазмах).

4. Трава полыни горькой – 10,0, трава золототысячника – 10,0. Настой принимать по 1/2 стакана 3-4 раза в день (при склонности к поносам).

5. Семя льна – 20,0, корень алтея – 30,0, лист вахты трехлистной – 50,0, трава золототысячника – 20,0, корень одуванчика – 20,0, цветы пижмы – 10,0, трава спорыша – 20,0, трава тысячелистника – 20, трава чабреца – 40,0, плоды шиповника – 30,0. Взять три столовых ложки измельченного сбора, всыпать смесь в термос и залить на ночь 0,5 л крутого кипятка. На следующий день принимают настой в 3 приема за 30 мин до еды.

6. Лист березы – 30,0, трава трифоли – 50,0, корень девясила – 20,0, трава зверобоя – 40,0, цветки календулы – 30,0, семя льна – 20,0, лист ореха грецкого – 20,0, корень ревеня – 30,0, трава сушеницы – 30,0, плоды укропа – 10,0, лист черники – 20,0. Способ приготовления и применения аналогичный сбору № 5.

7. Цветки ромашки – 50,0, листья мяты – 50,0, корень валерианы – 50,0, трава тысячелистника – 50,0, трава трифоли – 50,0. Способ приготовления и применения аналогичный сбору № 5.

8. Цветки ромашки аптечной – 10,0, трава тысячелистника – 10,0, трава полыни горькой – 10,0, листья шалфея – 10,0. Две чайные ложки сбора залить стаканом кипятка, настаивать 4-5 ч. Принимать по 1/2 стакана 2 раза в день за 20-30 мин до еды (при склонностям к поносам).

9. Листы фенхеля – 10,0, листья толокнянки – 10,0, трава золототысячника – 20,0, трава зверобоя – 20,0, корневище горечавки – 20,0, трава цикория – 20,0, трава дымянки – 40,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка. Кипятить 10 мин, настаивать 2 ч. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день до еды (при склонности к спазмам желудка и кишечника, как средство, регулирующее деятельность кишечника).

10. Трава чистотела – 10,0, корень алтея – 30,0, корень солодки – 30,0, корень окопника лекарственного – 30,0. Две столовых ложки сбора залить 2 стаканами кипятка, настаивать 2-3 часа, процедить. Принимать по 2/3-3/4 стакана 3 раза в день до еды.

11. Трава зверобоя – 20,0, трава золототысячника – 20,0. Две столовых ложки сбора залить стаканом кипятка, настаивать 10 мин, охладить, процедить. Принимать по 1/2 стакана утром и вечером (при сочетании с хроническим энтероколитом).

12. Трава зверобоя – 10,0, листья вахты трехлистной – 10,0, трава сушеницы болотной – 10,0, трава пижмы – 10,0. 20 г сбора залить 0,5 л кипятка на ночь в термос. Принимать по 1/2 стакана 2 раза в день за 1-1,5 часа до еды (при изжоге и наклонности к запорам).

Носаль М.А. и Носаль И.М. (1969) дают следующие рекомендации по лечению хронического гастрита с пониженной секреторной функцией. В течение 6 недель ежедневно натощак съедать 1/2 стакана квашеной капусты и выпивать 1/3 стакана сока из нее. Через 30 мин после этого, принимается стакан отвара из смеси следующих трав: трава зверобоя – 40,0, трава полыни – 40,0, цикорий – 30,0, дымянка – 30,0 г. 4 ложки измельченной смеси заливается с вечера 1 л сырой воды и ставится в духовку на ночь, утром кипятить в течение 7 мин, настаивать 30 мин, процедить, выпить 1 стакан отвара, затем позавтракать и снова принять стакан отвара.

В остальное время дня пить отвар по стакану после еды 4 раза в день. На ужин рекомендуется 2 стакана простокваши и черствая булка.

Для стимуляции секреторной функции желудка рекомендуется также приём лимонного, томатного, клюквенного соков, разведённых кипячёной водой, или свежего сока из листьев подорожника по 100 мл в день в сочетании с последующей *фитоаппликацией*.

С целью улучшения крово- и лимфообращения и снятия спазмов желудка можно рекомендовать на подложечную область *фитоаппликации следующего состава*: трава ромашки – 2,5 ч., трава сушеницы – 3 ч., трава календулы – 2,5 ч., листья аира – 2 ч., цветки бессмертника – 1,5 ч., листья брусники – 1,5 ч., листья березы – 2 ч., трава зверобоя – 2,5 ч., трава донника – 1,5 ч., листья арники – 1 ч., листья подорожника – 2 ч., листья мать-и мачехи – 1 ч., листья черной смородины – 2,5 ч. Взять 50-60 г сбора (из расчета – толщина фитоаппликации 4-6 см на каждый см² тела), распарить в горячей воде в течение 15-20 мин, затем воду слить, а растительное сырьё равномерно разложить на марле и наложить на 20-30 мин на переднюю брюшную стенку. Температура сырья 36-37°С, продолжительность – 20-30 мин, периодичность – через день, на курс лечения до 15-20 процедур.

Фитотерапия проводится в течение 3-4 месяцев и дольше.

При хронических гастритах с нормальной и повышенной секреторной функцией наиболее часто используется: ромашка, мята, зверобой, семя льна, овса, тысячелистник, лапчатка, горец птичий, корневище аира, чистотел и другие растения, обладающие противовоспалительным, вяжущим, обволакивающим и адсорбирующим действием.

13. Листья подорожника 40,0, трава зверобоя – 40,0, трава сушеницы болотной – 40,0, трава золототысячника – 20,0, трава горца птичьего – 20,0, трава тысячелистника – 15,0, листья мяты перечной – 10,0, плоды тмина – 10,0, корневище аира – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 2-3 ч., процедить. Принимать по 1/2 стакана 4 раза в день через 1 час после еды.

14. Липовый цвет – 20,0, льняное семя – 20,0, корень солодки – 20,0, корневище аира – 20,0, листья мяты перечной – 20,0, плоды фенхеля – 20,0. 3 столовых ложки сбора залить 3 стаканами кипятка, настаивать 2-3 ч, процедить. Принимать по 1 стакану 2-3 раза в день за 1 час до еды.

15. Цветки ромашки аптечной – 20,0, цветки календулы – 20,0, листья подорожника – 20,0, листья тысячелистника – 20,0, трава череды трехраздельной – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить 20 мин на водяной бане, охладить и процедить. Принимать по 1/2 стакана 3-5 раз в день (при болях).

16. Корень алтея – 10,0, цветки ромашки – 10,0, корень солодки – 10,0, трава зверобоя – 10,0, цветки бессмертника песчаного – 10,0, трава тысячелистника – 10,0, кора дуба – 10,0, трава пустырника – 10,0, трава сушеницы болотной – 10,0,

цветки календулы – 10,0. Способ приготовления аналогичен № 15. Принимать по 1/3-1/2 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды (при хронических гастритах с нормо- или гиперсекрецией).

17. Корень алтея – 20,0, плоды фенхеля – 20,0, цветки ромашки – 20,0, корень солодки – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 2-3 ч, процедить. Принимать по 1 стакану вечером (при склонности к запорам).

18. Плоды аниса – 10,0, плоды фенхеля – 10,0, плоды тмина – 10,0, листья мяты перечной – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 30 мин, охладить, процедить. Выпивать стакан настоя глотками в течение дня (при болях и метеоризме).

19. Трава сушеницы болотной – 5,0, цветки ромашки – 5,0, лепестки шиповника – 10,0, цветки календулы – 5,0, трава хвоща полевого – 5,0, трава реляшка – 10,0, трава полыни полевой – 10,0, плоды шиповника (измельченные) – 15,0, плоды укропа – 15,0, трава зверобоя – 20,0, листья подорожника – 20,0, цветки тысячелистника – 35,0. 6,0 г сбора залить 0,5 л кипятка, настаивать 30 минут, процедить. Принимать по 1/2 стакана 4 раза в день за 15-20 минут до еды (при острых, хронических гастритах, ЯБ).

20. Трава зверобоя – 10,0, листья вахты трехлистной – 10,0, трава пижмы – 10,0, корень валерианы – 10,0, корневище аира – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 2-3 часа, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день за 1-1,5, часа до еды (при изжоге и склонности к запорам).

21. Трава сушеницы – 3 ч, цветки ромашки – 2 ч., трава чистотела – 1,5 ч., трава зверобоя – 2 ч., листья подорожника – 2 ч., листья земляники – 2,5, ч., цветки календулы – 2 ч., трава золототысячника – 1 ч., семя льна – 5 ч., плоды черники – 5 ч., плоды шиповника – 5 ч. Взять 3 столовых ложки измельченного сбора, залить 500 мл крутого кипятка, настоять в термосе в течение 30 минут, процедить. Принимать в теплом виде по 1/2 стакана 5-6 раз в день после еды. Можно добавить мед или лимон для улучшения вкуса.

22. Трава чистотела – 1,5 ч., семена овса – 5 ч., цветки календулы – 4 ч, трава сушеницы – 5 ч., листья подорожника – 3 ч., корневище и корень девясила – 3 ч., цветки ромашки – 4 ч., трава золототысячника – 1,5 ч., плоды шиповника – 10 ч., плоды боярышника – 10 ч.. Способ приготовления и применение аналогичный сбору № 21.

23. Трава золототысячника – 2 ч., цветки арники горной – 2 ч., листья смородины черной – 3 ч., листья шалфея – 1,5 ч., корень солодки – 1,5 ч., семена льна – 2 ч., листья подорожника – 4 ч., цветки календулы – 3,5 ч., плоды шиповника – 5 ч., корневище горца змеиного – 3 ч., плоды хвоща полевого – 2 ч. Взять 2 столовые ложки измельченного сбора, залить 500 мл крутого кипятка, настоять в термосе 60 мин, процедить, добавить мед или лимон по вкусу. Способ приготовления и применения аналогичный сбору № 21.

24. Трава полыни – 10,0, трава золототысячника – 20,0, листья вахты трехлистной – 10,0, корень одуванчика – 10,0. Настой принимать по столовой ложке за 15-20 минут до еды с целью улучшения аппетита.

25. Листья подорожника – 10,0, трава полыни – 10,0, листья мяты перечной – 10,0, цветки ромашки – 10,0, цветки календулы – 10,0, трава зверобоя – 10,0, корень аира – 10,0, трава шалфея – 10,0, корень одуванчика – 10,0, корень аралии маньчжурской – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 2-3 часа, процедить. Принимать по 1/2-1/3 стакана за 30 минут до еды (при ЯБ с пониженной желудочной секрецией для возбуждения аппетита).

26. Корневище аира – 20,0, листья вахты – 20,0, трава полыни – 20,0, трава золототысячника – 20,0, кожура апельсина – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 30 мин. Принимать по 1/2-1/3 стакана 3 раза в день до еды (при ахилическом гастрите для возбуждения аппетита).

27. Цветки ромашки – 50,0, корень валерианы – 40,0, плоды тмина – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 30 минут, охладить, процедить. Принимать по 2/3 стакана утром и вечером (при метеоризме).

28. Цветки ромашки – 20,0, листья мяты перечной – 20,0, плоды фенхеля – 30,0, плоды тмина – 20,0, корень валерианы – 10,0. Способ приготовления и применения аналогичный сбору №27.

29. Листья мяты перечной – 25,0, плоды тмина – 25,0, плоды фенхеля – 25,0, корень валерианы – 25,0, Способ приготовления и применения аналогичный сбору №27.

30. При повышенной секреторной функции желудка хороший эффект наблюдается при использовании сока розового картофеля, содержащего белки, крахмал, пектиновые вещества, глюкозу, фруктозу, сахарозу, комплекс витаминов группы В, минеральные соли, соли калия, фосфора. Свежий сок картофеля устраняет изжогу, обладает выраженным ранозаживляющим действием, поэтому широко используется при лечении гастритов и язвенной болезни. Принимать по 1/3-1/2 стакана 3-4 раза в день до еды в течение 3-4 недель.

В весенне-летний период можно рекомендовать включение в рацион свежих салатов из крапивы, одуванчиков, цикория, подорожника в смеси с капустой, яблоками, свеклой и обязательно растительным маслом. В неограниченном количестве можно употреблять свежие соки и ягоды – чернику, землянику, чёрную смородину.

С целью снятия спастических болей и улучшения крово- и лимфообращения больным хроническим гастритом с нормальной и повышенной секреторной функцией можно рекомендовать *фитоаппликации на область эпигастрия* следующего состава:

31. Трава сушеницы – 5 ч., трава календулы – 4 ч., трава донника – 2 ч., трава чистотела – 2 ч., трава ромашки – 2 ч., корневище и корень девясила – 1 ч., листья лещины – 3 ч., трава душицы – 1 ч., семена овса – 4 ч.

32. Трава сушеницы – 2,5 ч., соплодия ольхи – 1,5 ч., трава чистотела – 1 ч., листья подорожника – 2 ч., трава хвоща полевого – 2 ч., корневище и корень девясила – 1,5 ч., листья шалфея – 1,5 ч.

Методика приготовления и проведения фитоаппликационной терапии такая же, как при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью.

Минеральные воды. Фитотерапию целесообразно сочетать (последовательно или одновременно) с *питьевым лечением минеральными водами*, методика приёма которых зависит от клинической формы хронического гастрита, стадии, степени выраженности воспалительного процесса, характера сопутствующих заболеваний других органов системы пищеварения.

В стадии субкомпенсации и компенсации патологического процесса рекомендуются минеральные воды малой и средней минерализации, содержащие углекислоту, хлорный и натриевый ионы, имеющие рН воды – слабокислая или нейтральная. Минеральную воду назначают по 200 мл 3 раза в день: при атонии, сопровождающейся замедлением эвакуаторной функции – за 40-60 мин до еды; при ускоренной эвакуации (зиянии привратника) – за 10-15 мин до еды или даже во время еды.

Большим ХГ с секреторной недостаточностью используют минеральные воды с преобладанием гидрокарбонатного, сульфатного и хлорного ионов, малой минерализации (2-5 г/л), с малой концентрацией углекислоты или даже без нее, рН воды – от слабокислой до слабощелочной. В начале курса питьевого лечения назначают тёплую минеральную воду по 100 мл 2 раза в день – перед обедом и ужином, и только при хорошей переносимости дозу приёма увеличивают до 200 мл, включая и утренний приём.

Нередко у больных ХГ в стадии декомпенсации может развиваться гипохромная, гипорегенераторная анемия, поэтому им показан приём железистых, мышьяковистых, содержащих медь минеральных вод (Квасы, Ужгород и др.).

При превалировании в клинической картине ХГ гепатобилиарной симптоматики предпочтительнее использовать воды, содержащие гидрокарбонатный и сульфатный ионы, и употреблять минеральную

воду всегда в тёплом виде. При склонности к поносам рекомендуется дозу маломинерализованной тёплой воды уменьшить до 100 мл на приём и исключить утренний прием воды (особенно в начале курса лечения).

Кроме питьевого лечения бутылированными минеральными водами в домашних условиях можно использовать ректальные микроклизмы с минеральной водой, назначаемые перед сном.

Физиотерапия. Питьевое лечение минеральными водами и фитотерапия и целесообразно сочетать с лечебными физическими факторами.

Гипербарическая оксигенация (давление в барокамере до 2 атм.) стимулирует секрецию соляной кислоты за счёт уменьшения гипоксии, улучшения регионарного крово- и лимфотока, усиления тканевого дыхания. На курс лечения до 10 сеансов.

Гальванизация способствует нормализации секреторно-эвакуаторной функции желудка: катодная гальванизация желудка (при гастритах с пониженной секреторной функцией) или анодная гальванизация желудка (при гастритах с повышенной секреторной функцией), на курс лечения до 7-10 процедур.

ЭФ лекарственных веществ можно рекомендовать с целью коррекции нарушений моторной функции желудка и снятия спастических явлений, используя миотропные спазмолитики – папаверин, но-шпу и др., которые ликвидируют болевой синдром, тормозят моторно-эвакуаторную функцию, но не оказывают влияния на секреторную активность желудка (можно за 30-40 минут до процедуры рекомендовать инъекцию церукала внутримышечно – препарат блокирует допаминовые рецепторы, подавляет высвобождение ацетилхолина, стимулирует опорожнение желудка и перистальтику в верхних отделах тонкой кишки, уменьшает дуоденогастральный и гастроэзофагеальный рефлюксы, не влияя существенно на секреторную функцию желудка).

С целью стимуляции репаративных процессов в слизистой можно до лекарственного ЭФ или гальванизации желудка рекомендовать инъекцию солкосерила (2 мл препарата внутримышечно за 30-40 минут до процедуры) и/или приём масла облепихи (стимулирует репаративные процессы и ингибирует свободно-радикальное перекисное окисление липидов).

Большим хроническим гастритом со сниженной секреторной функцией можно рекомендовать ЭФ *кальция* в сочетании с внутримышечной инъекцией глюконата кальция – 10 мл 10% р-ра (кальций активизирует высвобождение ацетилхолина и гастрина, повышает уровень цАМФ в обкладочных клетках желудка, способствует усилению секреции соляной кислоты).

С целью оказания болеутоляющего и противовоспалительного действия можно назначать ЭФ местноанестезирующих веществ (лидокаин, смеси Парфёнова и др.) поперечно на область эпигастрия и соответствующие сегменты позвоночника – постоянным (а), диадинамическими (б), синусоидальными модулированными токами (в). Параметры токов: а) плотность тока 0,01-0,02 мА/см², экспозиция до 20 мин; б) ДН – 5-7 мин, КП – 2-3 мин; в) на аппарате "Амплипульс" – режим выпрямленный, I р.р., частота – 150 Гц, глубина модуляции – 75%, длительность посылок – 2-3 с, экспозиция 10-15 мин; на аппарате "Стимул" – ток выпрямленный, форма тока прямоугольная, режим непрерывный,

10-15 мин; ток переменный, режим посылок с длительностью посылок и пауз 2,5-2,5 с, 3-5 мин, и 2,5-5 с, 3-5 мин., курс лечения – 10-15 ежедневных процедур. Или можно использовать гальвано-, диадинамо-, СМТ-грязелечение, параметры токов аналогичные.

СМТ на область эпигастрия поперечно или паравертебрально, или внутрижелудочный СМТ-ЭФ кобамамида (кобамамид – это коферментная форма витамина В₁₂ оказывает анаболическое действие, стимулирует секреторную функцию желудка, повышает регенерацию клеток слизистой оболочки желудка). Больной за 15-30 минут до процедуры принимает 300 мг кобамамида, растворённого в 1/2-1 стакане воды, затем проводится процедура СМТ (используют поперечное расположение электродов, полюса электродов меняют через день, на курс лечения до 10-12 процедур, назначаемых ежедневно).

Выраженное обезболивающее и противовоспалительное действие присуще *полю УВЧ* (на область эпигастрия поперечно); *УФО в эритемной дозе* (на область эпигастрия и соответствующую сегментарную зону, по 2-3 биодозы на каждую зону, на курс – до 6 облучений).

УЗ-терапия обладает выраженным обезболивающим и трофометаболическим эффектом (методика воздействия аналогична, как при язвенной болезни).

Индукотермия (а) и ДМВ-терапия (б) оказывают выраженное обезболивающее и противовоспалительное действие: а) электрод-диск устанавливается над областью эпигастрия, сила анодного тока 120-160 мА (2-3-е положение переключателя на аппарате ИКВ-4), экспозиция – 15-20 мин, на курс лечения – 7-10 процедур, назначаемых ежедневно или через день; индуктотермозэлектрофорез – новокаина, лидокаина, папаверина, препаратов грязи; б) круглый или прямоугольный излучатель от аппарата “Волна-2” располагают над областью эпигастрия, размер – 3-5 см, мощность – 20-30 Вт, экспозиция – 7-10 мин, на курс лечения – 7-10 процедур, назначаемых ежедневно или через день.

Пеллоидо-парфино-озокеритолечение назначается в виде аппликаций на подложечную область и сегментарно по щадящей методике воздействия, экспозиция до 30-40 мин, на курс лечения до 12-14 процедур, назначаемых ежедневно или через день.

Лазеротерапия является эффективным методом терапии всех форм гастрита, так как ЛИ обладает выраженным противовоспалительным влиянием и стимулирует регенерацию тканей желудка.

При остром гастрите эффективно внутриорганное воздействие НЛИ на слизистую желудка через фиброгастроскоп (не противопоказано и при беременности) – экспозиция до 5-10 мин, плотность мощности – 5-10 мВт/см² на выходе световода, на курс лечения – 5-10 процедур.

Лазеропунктура при остром гастрите осуществляется через воздействие на корпоральные точки – J (XIII) 12; E (III) 36; MC (IX) 6; GI (II) 10; V (VII) 17-22 в сочетании с аурикулярными – AP 55, 82, 87, 51, 97, 104. При подборе точек в пунктурный рецепт руководствуются клинической симптоматикой заболевания. Для снятия боли обычно воздействуют на E (III) 36 и MC (IX) 6, и если боль не купируется, то дополнительно проводят аурикулотерапию в точках – AP 82, 87, 55, что в большинстве случаев позволяет купировать боль.

Симптомы тошноты и рвоты, нередко наблюдающиеся при остром гастрите, удаётся снять воздействием на точки – J(XIII) 17, MC (IX) 6,

Е (III) 36, AP – 55, 87. Длительность экспозиции на одну АТ – 10-30 с, плотность мощности до 1-5 мВт/см², на курс лечения – 7-9-13 сеансов. Повторный курс можно провести через 3-4 недели.

При лечении хронического гастрита используют в основном те же точки, однако интенсивность воздействия зависит от функционального состояния желудка: при гиперацидном гастрите – по рекомендациям некоторых авторов, суммарная доза энергии за сеанс как и при остром гастрите (до 1-3 Дж/см²), а при пониженной функциональной деятельности желудка обычно используют суммарную дозу за один сеанс до 0,5-1-1,5 Дж/см².

При повышенной кислотности нормализующий эффект оказывает воздействие на точки – MC(IX) 6, E(III) 36 или VB(XI) 20 и TR (X) 5, а также V(VII) 17, 18, 20, J (XIII) 10, 11, 12 в сочетании с воздействием на AP 51, 22, 87.

При хроническом гастрите с явлениями гастроспазма, спазма привратника эффективно использование корпоральных точек – E (III) 21, 36, 44, RP (IV) 8, J (XIII) 11-19, F (XII) 2; V (VII) 17-22 в сочетании с воздействием на аурикулярные – AP 87, 51, 55, 91, 110.

При повторяющейся икоте проводят лазерное воздействие на точки – V(VII) 17, MC (IX) 6, E (III) 36, AP 82, 55, 28.

При хроническом гастрите с пониженной кислотностью наряду с воздействием на указанные точки, рекомендуется использовать контактно-сканирующую методику на зону желудка в ИК-диапазоне.

Методом выбора может являться метод воздействия на слизистую желудка через фиброгастроскоп с помощью гибкого световода, используя при гипотрофическом (атрофическом) гастрите плотность мощности до 5-10 мВт/см² и экспозицию до 5-10 мин, а при гиперсекреторном гастрите – 10-50 мВт/см², а экспозицию до 10-20 мин. Курс лечения состоит из 7-9 сеансов. Можно дополнительно облучать паравертебральную зону на уровне Th₅-Th₁₀ (справа) по контактно-сканирующей методике, время экспозиции до 5 мин, плотность мощности до 2-5 мВт/см².

Как правило, к концу первого курса лазеротерапии у больных уменьшаются явления воспаления, частично восстанавливается секреция.

КВЧ-терапия: длина волны ЭМИ КВЧ – 7,1 мм, мощность излучения до 3-4 мВт, режим работы – непрерывный или ТЧМ, зона воздействия – область эпигастрия, положение излучателя – контактно; экспозиция до 15-30 мин, на курс лечения – 10-15 ежедневных процедур.

Эффективным является лечение в условиях санатория-профилактория, когда в привычных для больного климатических условиях имеется возможность использовать практически все виды немедикаментозного лечения. Всем больным хроническим гастритом рекомендуется ежегодное профилактическое лечение в условиях отделения восстановительной терапии с целью предупреждения прогрессирования атрофических изменений в слизистой оболочке желудка и дальнейшего нарастания секреторной недостаточности.

В фазе ремиссии заболевания ХГ рекомендуется санаторно-курортное лечение, где основными лечебными факторами являются: правильно организованное лечебное питание, фитотерапия, питьевое лечение минеральными водами, климато- и бальнеотерапия, физио- и физиорефлексотерапия, психотерапевтическое лечение.

Следует иметь в виду, что все больные хроническим гастритом с

секреторной недостаточностью, а также больные с хроническим аутоиммунным гастритом А с секреторной недостаточностью должны периодически проходить профилактические осмотры, цель которых предотвратить прогрессирование атрофических изменений в слизистой оболочке желудка и дальнейшее нарастание секреторной недостаточности, своевременно диагностировать опухолевый процесс в желудке. В период обострения хронического аутоиммунного гастрита физиолечение *противопоказано*, больному разрешаются лишь полуспиртовые согревающие компрессы на подложечную область, приём гомеопатических препаратов (подобранных с помощью ТМ по Фоллю), а в период обострения хеликобактерного гастрита В рекомендуется прием антихеликобактерных препаратов, например, *де-нол* в различных комбинациях с другими антибактериальными средствами, если биофизические методы терапии будут недостаточно эффективны.

Этим больным также рекомендуется ежегодное лечение в условиях местного санатория, лечебная база которого соответственно оснащена.

Хронический колит – это хроническое полиэтиологическое заболевание толстой кишки, которое характеризуется развитием воспалительно-дистрофических, а при длительном течении и атрофических изменений слизистой оболочки с нарушением функции кишечника. Нередко хронический колит сочетается с воспалительным заболеванием тонкой кишки – хроническим энтеритом.

Среди функциональных расстройств кишечника чаще всего встречается синдром раздражённой толстой кишки и функциональная диспепсия. У больных на фоне невроза кишок после волнения, отрицательных эмоций могут возникнуть тошнота, рвота, боль в надчрестье, чаще всего не связанные с приёмом пищи, и другие нарушения функции кишечника.

Лечебная программа при хроническом колите должна включать этиологическое лечение (противовоспалительная антибактериальная терапия, лечение сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, воспалительных заболеваний органов малого таза, кишечной ферментопатии и др.), хотя, как показывают наблюдения, с течением времени этиологические факторы могут отойти на второй план, а на первый план могут выступать особенности патогенеза хронического заболевания (дисбактериоз, дискинезия толстого кишечника, кишечная диспепсия, аллергизация, психологические и вегетативные проявления, нарушение функции системы иммунитета и продукции БАВ — серотонина, простагландинов и др.). Поэтому во многих случаях включение в комплексную терапию методов немедикаментозного лечения, имеющих общеоздоровительную направленность действия, может оказать существенное влияние на течение хронического колита. Большое значение для эффективности комплексной терапии имеют лечебное питание, восстановление зубиоза кишечника, нормализация моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Фитотерапия. Лекарственные растения широко используются в лечении хронического колита, т.к. они оказывают противовоспалительное действие на слизистую оболочку кишечника, способствуют улучшению пищеварения, нормализации микрофлоры кишечника и ликвидации дисбактериоза, а также благоприятно влияют на нервную систему больного и моторно-эвакуаторную функцию кишечника.

Например, при поносах, при синдроме нарушенного всасывания, при диспепсических явлениях применяют лекарственные растения с богатым содержанием танина – спелые плоды ольхи, плоды кизила, корни ясеня белого, корни лапчатки прямостоячей, плоды тёрна, листья ежевики, кора дуба, кора вербы, стебли лапчатки гусиной и др.; при поносе, связанном с ферментативной недостаточностью – цветки ромашки, цветки лаванды, листья тысячелистника, плоды аниса и др., а при инфекционных воспалительных процессах – цветки ромашки, бузины, листья ореха грецкого, корневище и корни кровохлёбки, трава зверобоя, шиповник, малина, клюквенный и гранатовый соки, разбавленные водой и др.

При запорах использование растительных слабительных средств значительно эффективнее, чем применение других методов лечения. Многие лекарственные растения оказывают послабляющее действие: одни, набухая в кишках, вызывают послабляющее действие, другие усиливают перистальтику кишок, сопровождающуюся обильной секрецией, что приводит к размягчению густых фекальных масс, третьи, благодаря содержащимся в них слизистым массам, способствуют продвижению содержимого кишок. Особенно эффективны в качестве растительных слабительных средств – алоэ, семя льна, семена и листья подорожника, жостер слабительный, крушина ольховидная, белая роза, व्यюнोक полевой, инжир. Необходимо также включать в пищевой рацион отруби, употреблять около 2 л жидкости в сутки.

Приводим наиболее известные рекомендации по фитотерапии хронического колита.

Противовоспалительное действие оказывают следующие фитосборы.

1. Тысячелистник – 10,0, крапива – 10,0, пустырник – 10,0, зверобой – 10,0, спорыш – 10,0, пастушья сумка – 10,0. Взять 5 столовых ложек лекарственной смеси, залить 1 л кипятка и кипятить на медленном огне 3 мин, настаивать 5 ч, затем профильтровать. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день до еды.

2. Зверобой – 40,0, корень аира – 10,0, цветки календулы – 10,0, трава хвоща полевого – 10,0, листья подорожника – 40,0, трава тысячелистника – 20,0, трава чабреца – 40,0, мята – 10,0, семена укропа – 30,0, трава полыни – 5,0. Взять 2 столовых ложки измельченной травяной смеси и залить 0,5 л кипятка, настаивать 2 ч, процедить и принимать по 1/2 стакана 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 1,5-2 месяцев.

3. Корневище горца змеиногo – 20,0, листья мяты – 20,0, цветы ромашки – 20,0, цветы календулы – 20,0; шиповник – 20,0. Взять столовую ложку сбора и заварить 1,5 стаканами кипятка, настаивать 30-40 мин, процедить, принимать по 1/2 стакана 3 раза в день за 20-30 мин до еды.

Лекарственные растения должны подбираться в фитосборы с учётом нарушения моторно-эвакуаторной функции толстого кишечника и пассажа кишечного содержимого.

При хроническом колите, сопровождающемся диареей можно рекомендовать следующие фитосборы.

4. Листья мяты перечной – 25,0, корневище лапчатки – 25,0, цветки ромашки – 25,0, корень валерианы – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать в течение 30-40 мин, процедить, принимать по 1/2 стакана – 3 раза в день за 20-30 минут до еды.

5. Корневище лапчатки – 10,0, ягоды черники – 20,0, цветки бессмертника – 10,0, листья шалфея – 30,0, плоды тмина – 10,0. Готовить как сбор № 4. Принимать по 1/2 стакана 2 раза в день за 15-20 мин до еды.

6. Шишки ольхи – 20,0, корневище горца змеиногo – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 20-30 мин, процедить, принимать по 1/2-1/4 стакана 3-4 раза в день до еды.

7. Корневище лапчатки – 20,0, корневище горца змеиного – 20,0, трава пастушьей сумки – 30,0, листья мяты перечной – 10,0, цветки ромашки – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 30 мин. Принимать по 1/2 стакана 3-4 раза в день за 20 минут до еды.

8. Трава горца птичьего – 10,0, корень лапчатки – 20,0, листья подорожника – 20,0. Способ приготовления аналогичный предыдущему. Принимать по 1/3-1/4 стакана 3-4 раза в день до еды.

9. Корневище лапчатки – 25,0, корневище кровохлебки – 25,0, трава пастушьей сумки – 50,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 2 ч, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3-4 раза в день за 20-30 минут до еды (при поносах, сопровождающихся выделением крови).

10. Трава горца птичьего – 20,0, трава лапчатки гусиной – 20,0, листья подорожника – 40,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить 30 мин на водяной бане, охладить, процедить. Принимать по 1/2-3/4 стакана 3-4 раза в день за 20-30 минут до еды (при поносах, сопровождающихся выделением крови).

11. Трава полыни – 20,0, трава хвоща полевого – 30,0, трава тысячелистника – 30,0, корневище лапчатки – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 30-40 мин, процедить. Принимать по 1/2-2/3 стакана 3 раза в день (как ветрогонное и закрепляющее средство).

При поносах как у взрослых, так и у детей из домашних народных средств можно использовать:

12. Молодые незрелые плоды грецкого ореха вместе с кожурой мелко нарезать и, наполнив ими на 3/4 бутылку, залить их водой, настаивать 3-4 дня. Принимать 1-2 раза в день по полчайной ложке (кроме детей).

13. Два раза в день выпивать по рюмке настоянных на водке внутренних тонких перегородок грецких орехов (1/3 стакана перегородок залить 250 мл водки и держать на солнце 12 суток).

14. Целый день пить понемногу воду из-под вымоченных ржаных сухарей.

15. Висушенную внутреннюю часть куриного желудка (кожицу) истолочь до порошка. Принимать по 1/4 чайной ложки 2 раза в день, запивая теплой водой. Эффективное средство при поносах как у взрослых, так и у детей.

16. При длительном поносе, вызванном глубоким засорением желудка, эффективно лечение яблоками. Для лечения взрослых взять 3 фунта сырых яблок (12 штук) и аккуратно в течение суток (даже ночью) через каждые 2 часа давать по одному очищенному натертому яблоку. При этом нельзя давать никаких лекарств и ничего нельзя есть, даже пить воду.

17. При всяком поносе, особенно хроническом, полезно давать натошак 3 раза в день по столовой ложке настоянных на водке дубовых листьев или отвара дубовой коры (щепотку размельченной дубовой коры залить 1,5 стаканами кипятка, кипятить в глиняной или эмалированной кастрюльке с плотно закрытой крышкой 8-10 минут, пока не останется один стакан жидкости).

18. Лицам, от природы страдающим слабым желудком и поносами, нужно пить хинную настойку и есть каждый день чеснок, лучше сырой, но можно и в варёном виде, выпивая и воду, в которой варился чеснок. Кроме того, пить настойку из листьев шалфея и полыни горькой, взятых в равных количествах.

19. Средства, понижающие перистальтику кишечника: всякое горячее питье, настои горьких трав (полыни, ивы, тополя, осины, ясеня и др.); вяжущие средства, содержащие танин (крепкий чай, кофе); обволакивающие кушанья (рисовые отвары, кисели, кофе из ячменя и желудей); сухари.

При склонности к запорам можно рекомендовать следующие фитосборы.

20. Кора крушины – 15,0, корень алтея – 30,0, корень солодки – 15,0, плоды фенхеля – 15,0, семена льна – 30,0. Две чайные ложки сбора залить стаканом кипятка, нагревать 15 минут, остудить, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день (при атонии кишечника с запорами).

21. Корень ревеня – 10,0, корень чистотела – 10,0, кора крушины – 10,0, цветки ромашки – 10,0, трава пастушьей сумки – 10,0, трава золототысячника – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настоять 20-30 мин, процедить. Принимать по 1/2 стакана в два приема вечером с промежутком в 4 часа.

22. Листья сенны – 30,0, кора крушины – 25,0, ягоды жостера – 25,0, плоды

аниса – 10,0, корень солодки – 10,0. Способ приготовления аналогичный. Принимать 3/4 стакана на ночь (при спастико-атонических запорах).

23. Кора крушины – 60,0, листья вахты – 20,0, трава тысячелистника – 20,0, плоды тмина – 20,0. Способ приготовления аналогичный. Принимать по 1/2 стакана на ночь.

24. Кора крушины – 20,0, корень алтея – 20,0, плоды фенхеля – 10,0, семя льна – 10,0, корень солодки – 10,0. Способ приготовления аналогичный. Принимать по 1/2 стакана на ночь.

25. Плоды фенхеля – 15,0, корневище аира – 15,0, корень валерианы – 20,0, листья мяты перечной – 20,0, цветки ромашки – 30,0. Способ приготовления аналогичный. Принимать в теплом виде по 1/2-3/4 стакана 3 раза в день после еды (при метеоризме и спазмах кишечника).

26. Корень валерианы – 10,0, плоды тмина – 10,0, цветки бузины – 10,0, цветки липы – 10,0, корень солодки – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 2 часа, процедить. Принимать по 1/4-1/3 стакана 3-4 раза в день за 20 минут до еды (при склонности к спазмам желудка и кишечника).

27. Плоды аниса – 10,0, плоды фенхеля – 10,0, листья мяты перечной – 20,0, цветки ромашки – 30,0, кора крушины ольховидной – 30,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 30 мин, охладить, процедить. Принимать по 1 стакану после обеда и перед сном (при склонности к спастическим состояниям кишечника).

28. Кора крушины – 20,0, плоды фенхеля – 20,0, плоды жостера – 30,0, корень солодки – 30,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 2 ч, процедить. Принимать вечером по 1 стакану (при спастико-атонических запорах).

При лечении хронического колита с преимущественным поражением прямой и сигмовидной кишок возможно проведение местного лечения с помощью внутриректальных свечей, лечебных клизм и лечебных микроклизм.

Микроклизмы вяжущие и адсорбирующие (оказывают выраженный противовоспалительный эффект) с использованием крахмала, ромашки, танина, травы зверобоя применяют в виде тёплого настоя (2 столовых ложки травы на стакан кипятка настаивается и вводится в прямую кишку 25-40 мл); антисептические – фитонцидные микроклизмы, микроклизмы с прополисом, с 0,25% р-ром протаргола. Фитонцидные микроклизмы готовят следующим образом: берут 25 г высушенных апельсиновых корок, 5 г растёртого чеснока, 5 г лука, 1 десертную ложку свежего сока алоэ – всё смешивают и заливают кипячёной водой температурой 50-60°С, настаивают 3 ч, процеживают и вводят в прямую кишку в количестве 30-40 мл.

Микроклизмы антиспастические антипириновые – после предварительной ромашковой микроклизмы вводят 30 мл 1,5-2% р-ра антипина; масляные бальзамические – масло облепихи, масло шиповника или рыбьего жира вводится в тёплом виде в количестве 30-40 мл (уменьшают выраженность воспаления, способствуют восстановлению эпителия); “заживляющие” с желе солкосерила – содержимое тюбика желе солкосерила разводят в 30 мл тёплой кипячёной воды и вводят в прямую кишку перед сном на протяжении 7-10 дней (способствуют восстановлению эпителия слизистой оболочки прямой кишки при трещинах и эрозиях).

Для лечебных клизм можно использовать также отвары из лекарственных растений, обладающих обволакивающим и противовоспалительным действием – корень алтея, цветки бузины чёрной, цветки календулы, кора дуба, трава зверобоя, корневище кровохлёбки, листья эвкалипта, трава шалфея, листья вахты, семя льна. Для получения

отвара берут ложку размельчённого лекарственного растения, заливают 0,5 л воды, доводят до кипения, охлаждают и при температуре раствора 35-36° С вводят 200-400 мл в прямую кишку. Больному необходимо удерживать жидкость в течение 10-15 мин, лёжа попеременно то на спине, то на левом боку, и только после этого кишечник опорожняется.

Лечебные клизмы делают на протяжении 1-1,5 месяцев, меняя фитосбор каждые 7-10 дней. Консультативная помощь врача помогает правильному проведению лечения.

Минеральные воды. В целях оптимизации лечебного процесса целесообразно рекомендовать больному до начала курса фитотерапии провести питьевое лечение бутылированными минеральными водами.

У больных с функциональными нарушениями функции кишечника показано питьевое лечение сульфатными магниевыми, сульфатными натриевыми, хлоридными натриевыми водами средней минерализации (Славяновская, Смирновская, Эссентуки № 4, Моршинская № 6, Феодосийская и др.), нагретыми до температуры 42-45° С (тёплые дегазированные минеральные воды оказывают также благоприятное влияние на функцию печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и на воспалённую слизистую желудка).

При гипокинетической дискинезии кишок используют холодные воды (20-26° С), содержащие углекислоту (Лужанская, Свалява, Боржоми и др.), по 100-150 мл на приём 3-4 раза в день.

Время приема минеральной воды зависит от функционального состояния секреторной функции желудка. Как правило, минеральные воды, принятые внутрь, не оказывают непосредственного действия на слизистую оболочку толстой кишки. Исключение составляют воды высокой минерализации (Баталинская, Лугела, Эссентуки № 17 и др.), которые благодаря особенности своего действия, достигают дистального отдела толстой кишки и оказывают влияние на её слизистую оболочку, усиливая двигательную функцию кишок. При этом активнее действует на моторику холодная минеральная вода.

Таким образом, при колитах, сопровождающихся поносами (за счёт усиления двигательной функции кишок) назначают горячие (42-45° С) маломинерализованные воды по 1/2 стакана 2-3 раза в день; при запорах – более минерализованные холодные воды, а если запоры сопровождаются явлениями спастической дискинезии – тёплые минеральные воды.

Целесообразно питьевое лечение сочетать с ректальными процедурами: клизмы с минеральной водой, сифонные промывания кишечника, микроклизмы с минеральной водой и лекарственными растениями и др. Под влиянием ректальных процедур устраняется кишечный стаз и связанная с ним интоксикация, вымывается патологическая флора и продукты воспаления, выделяемые кишечной стенкой, происходит частичное всасывание химических компонентов минеральной воды. Постепенно вырабатывается условный рефлекс на дефекацию. При колитах с явлениями неполного опорожнения кишечника с постоянными запорами, особенно на фоне гипотонической дискинезии толстого кишечника, а также при бродильной и гнилосной диспепсии показано промывание кишечника минеральной водой (субаквальные ванны, температура воды 40° С, 6-7 процедур), ректальные клизмы из

отваров лекарственных растений, микроклизмы из минеральной воды и лекарственных растений, орошения дистального отдела толстой кишки минеральной водой. Следует помнить, что ректальные процедуры, особенно субкавальные ванны и кишечные орошения, назначаются с осторожностью при развитии перивисцеритов.

Противопоказанием к проведению ректальных процедур являются: острые и подострые колиты, неспецифический язвенный колит, полипы кишок, выпадение прямой кишки, желудочно-кишечные кровотечения, кровоточащий геморрой, обострение проктита, обширные спайки брюшной полости, паховая грыжа, беременность. К назначению ректальных процедур типа сифонных промываний, субкавальных ванн следует подходить дифференцированно, с учётом сопутствующих заболеваний.

Физиотерапия. В комплексном лечении больных хроническим колитом определенное место занимают методы аппаратной физиотерапии и бальнеотерапии, действие которых должно быть направленно:

- на снижение повышенной возбудимости нервной системы и на восстановление интегративно-регуляторной функции ЦНС (для этих целей дифференцированно могут использоваться следующие методы: электросон, транскраниальная электроанальгезия, анодная гальванизация воротниковой области, анодная гальванизация верхних шейных симпатических узлов; ЭФ аминазина, седуксена, новокаина, кальция, магния по воротниковой методике Щербака, интраназальной ЭФ витаминов группы В, новокаина с димедролом, кальция с димедролом, ЭФ ганглиоблокаторов по методике Вермеля, биофизические методы и др.);

- на устранение нарушенной функции кишок с учетом воспалительного процесса в них, патологической микрофлоры и функционального состояния других органов системы пищеварения. При снижении иммунологической реактивности организма можно рекомендовать: ЭС, ДМВ-терапию на область надпочечников и тимуса, лазеротерапию, КВЧ-терапию и адекватную эфферентную терапию (особенно при выявлении дисбактериоза), БРТ, гомеопатию и др.

При хроническом колите, протекающем с выраженными аллергическими реакциями из методов аппаратной физиотерапии можно рекомендовать: интраназальный ЭФ кальция, димедрола, магния, тиамина; транспечёночную и транселезёночную анодную гальванизацию, лазеротерапию, КВЧ-терапию.

Приступая к лечению моторных нарушений функции толстого кишечника, нередко способствующих развитию запоров, необходимо, прежде всего, понять причины моторной дискинезии, т.к. нередко устранение причины приводит к нормализации функции.

При запорах с преобладанием спастического компонента показаны: ЭФ-лекарственных веществ противовоспалительной, спазмолитической и холинолитической направленности действия с локализацией воздействия на область кишечника (магний, платифиллин, дибазол, но-шпа, папаверин и др.); диадинамотерапия на область кишечника (используют ток двухполупериодный волновой или двухполупериодный непрерывный); УФ-эритетема области живота; грязеиндуктотермия; аппликации грязи, озокерита, парафина на область живота и сегментарно. Можно рекомендовать сочетанное применение грязеле-

чения и электропунктуры (аппарат “Элап”) – перед наложением грязевой лепешки воздействуют гальваническим током силой 100-300 мкА, при напряжении 3-6 В в возбуждающем режиме (изменение полярности каждые 5-10 с) на соответствующие АТ. Все процедуры можно сочетать с фитотерапией, принятой за 1,5 ч до процедуры.

При запорах с преобладанием атонического компонента можно рекомендовать: ЭФ кальция, прозерина по ходу толстого кишечника, электростимуляцию мышц живота током “ритм синкопа” или однополупериодным волновым от аппарата для диадинамотерапии. При амплипульстерапии – электрод площадью 120-150 см² накладывают на область поясничного отдела позвоночника, другой – площадью 40-50 см² (катод) в области проекции слепой кишки, используют II р.р., частота модуляции 30 Гц, глубина модуляции 100%, длительность полупериодов 1-1,5 с, длительность процедуры до 10 мин, на курс лечения до 10 ежедневных процедур); СМТ-ЭФ грязи на восходящий и нисходящий отделы толстой кишки.

При хронических запорах алиментарного, неврогенного, психогенного происхождения следует избегать слабительных средств или использовать растительные послабляющие средства (корень ревеня, кора крушины, морская капуста, трава сенны и др.) в сочетании с рациональной психотерапией, методами физио- и физиорефлексотерапии седативной направленности действия. Пациенту необходимо приложить усилия для восстановления привычки ежедневно опорожнять кишечник в одно и то же время (в первое время для облегчения акта дефекации можно использовать свечи с глицерином или ректальную масляную микроклизму).

Запоры, вследствие воспалительных заболеваний кишечника (хронический колит, хронический энтерит, дисбактериоз) или как результат сопутствующих заболеваний (гипотиреоз, климакс и др.), как правило, при адекватной терапии этих заболеваний сопровождаются нормализацией стула.

При дискинезии толстого кишечника (синдром раздражённого кишечника), обусловленной нарушением моторики кишечника при отсутствии его органических изменений, в клинике могут наблюдаться: спастический колит (хроническая боль в животе и запор); перемежающийся запор и понос; хроническая безболезненная диарея.

Лечение кишечных дискинезий, в первую очередь, должно иметь психотерапевтическую направленность (рациональная или другие виды психотерапии, исключение психотравмирующих факторов внешней среды), а также широко использовать все виды бальнео- и гидротерапии, физио- и физиорефлексотерапии, которые назначаются с учетом основной формы расстройства функции кишечника, и имеют, как правило, общеукрепляющую направленность действия: электросон или транскраниальная электроанальгезия, КВЧ-терапия, лазеротерапия (дифференцированно подбирается сочетание различных методик НЛИ), ЭФ лекарственных веществ психотропной направленности действия, используя методики – воротниковую, интраназальную, транскраниальную и др.

Приводим методики КВЧ-терапии и лазеротерапии, которые можно рекомендовать при лечении дискинезии толстой кишки.

КВЧ-терапия: длина волны ЭМИ КВЧ - 4,9 мм или “шум” в данном диапазоне, мощность излучения до 3-6 мВт, режим непрерывный или ТЧМ, зона воздействия – 2-3 БАТ за одну процедуру, положение излучателя – контактно на БАТ, экспозиция – 10 мин на БАТ, на курс лечения до 7-11 процедур. Рекомендуются БАТ– J (XIII) 12; T (XIV) 14; E (III) 36; E (III) 25; E (III) 37; RP (IV); GI (II) 4 (принцип сочетания и подбора БАТ в пунктурный рецепт, и последовательность воздействия на АТ даны в соответствующем разделе книги).

Лазеропунктура. Чаще других воздействуют НЛИ на следующие точки: J (XIII) 12; E (III) 36; MC (IX) 6; GI (II) 4; E (III) 25, 37, 32, 39; VB (XI) 24. Подбирая точки воздействия в пунктурный рецепт, руководствуются как симптоматикой заболевания, так и определёнными принципами последовательности воздействия. Параметры: плотность мощности до 1-5 мВт/см², длительность экспозиции на одну АТ – 15-30 с, на курс лечения до 5-7 процедур.

Методика последовательного воздействия на определенные поля (функционально активные зоны) на передней брюшной стенке — начинать с восходящего отдела толстой кишки, затем по поперечно-ободочному и далее по нисходящему и сигмовидному (от седьмого к первому полю). Можно воздействовать на эти поля расфокусированным лазерным лучом (ГНЛ или ИКЛ) или использовать контактно-сканирующее воздействие (от седьмого поля к первому) и по окологривничным линиям справа и слева на уровне Th₉-S₄. Плотность потока мощности излучения 1-5 мВт/см², время воздействия на поле – 0,5-1 мин, суммарное время до 5 мин, на курс лечения до 5 процедур. На общий курс лечения до 10-15 процедур (рис. 112).

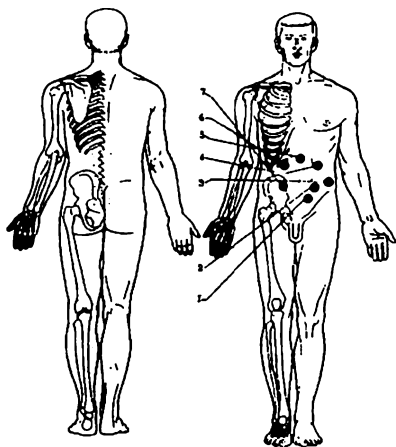


Рис. 112. Поля воздействия при дискинезии толстой кишки (Илларионов В.Е., 1994):

1 – зона сфинктера Пирогова – на 2 см влево от середины расстояния между лобковым сочленением и пупком; 2 – зона сфинктера Росси – середина расстояния от крыла левой подвздошной кости до пупка; 3 – зона сфинктера Бали – по левой передней подмышечной линии на уровне пупка; 4 – зона – на 1 см книзу от середины левого подреберья; 5 – зона сфинктера Хорста – середина расстояния от мечевидного отростка грудины до пупка; 6 – зона – на 1 см книзу от середины правого подреберья; 7 – зона сфинктера Бузи и Варолиуса – середина расстояния от крыла правой подвздошной кости до пупка.

Вне периода обострения заболевания, кроме вышеперечисленных методов лечения, можно рекомендовать все виды бальнео- и гидротерапии, учитывая, что холодные водные процедуры усиливают перистальтику кишечника, а тёплые – ослабляют моторику, уменьшают спазмы. Поэтому температура воды при водолечении варьируется от 33-34° С до 37-39° С в зависимости от типа дискинезии толстого кишечника: при спастических явлениях используется температура воды – 37-39° С, при атонии кишечника – 33-35° С.

При гипомоторной дискинезии можно рекомендовать душ Шарко, подводный душ – массаж, контрастные ванны, восходящий, циркулярный души.

Лечебная физкультура и массаж играют важную роль в лечении запоров. Необходимо рекомендовать включение в комплекс утренней гимнастики следующих упражнений: диафрагмальное дыхание, поочередное подтягивание согнутых ног к животу, упражнение “велосипед”, разведение согнутых ног в стороны, толчковые движения передней брюшной стенкой, ритмичное сжимание и втягивание сфинктеров (неоднократно повторять в течение дня). Все упражнения выполняются лёжа на спине или в положении стоя “на четвереньках”. Больным (особенно при запорах неврогенного или психогенного характера) рекомендуется гимнастика Трюссо-Бергмана, включающая специальные дыхательные упражнения, которые стимулируют перистальтику, повышают внутриректальное давление и играют роль условного раздражителя. Упражнение заключается в следующем: глубокий вдох с максимальным выпячиванием брюшной стенки, пауза 5-10 с, полный выдох с втягиванием брюшной стенки, пауза 5-10 с. Этот цикл дыхательных упражнений повторяется 3-4 раза (можно сочетать с самомассажем живота руками, надавливанием в конце дыхательного цикла на область между копчиком и задним проходом), затем следует глубокий вдох и сильное натуживание. После нескольких спокойных дыханий дыхательный цикл повторяется вновь (7-10 раз до посещения туалета). Можно перед началом гимнастики рекомендовать приём натошак холодной воды с мёдом или лимоном.

Контингенту больных с явлениями неполного опорожнения кишечника, особенно на фоне гипотонической дискинезии толстого кишечника, рекомендуется постоянное занятие ЛФК, используя комплексы упражнений: дыхательные, общеукрепляющие, для мышц брюшного пресса, а также массаж и самомассаж живота. Очень важен массаж нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника, так как это оказывает положительное влияние на функциональное состояние толстого кишечника. При спастическом состоянии кишечника проводят массаж брюшной стенки, используя преимущественно приёмы поглаживания, а при его гипотонии – растирание, похлопывание, пощипывание по ходу толстого кишечника.

Эффективность комплексной терапии любой формы хронического колита зависит, в первую очередь, от усилий и желания самого больного справиться с этим недугом.

Заболевания гепатобилиарной системы включают в себя: хронический гепатит (в 85 % случаев вследствие перенесенной болезни Боткина, а также токсический, токсико-аллергический и гепатиты, как следствие некоторых заболеваний), хронический холецистит, нередко осложняющийся желчнокаменной болезнью и дискинезией желчевыводящих путей.

Хронический гепатит. В практическом здравоохранении механизм развития острого вирусного гепатита и “хронизация” гепатита рассматривается с позиций вирусно-иммуногенетической концепции (ВИГ-концепции) Блюгера-Весклера (1977). В основу ВИГ-концепции легло положение о том, что в каждом конкретном случае уровень и характер патологического процесса зависят от степени взаимодействия между

возбудителем, с одной стороны, и иммунным ответом организма – с другой, тип которого детерминирован генетическими или приобретёнными факторами (вирус).

В случае полной толерантности иммунокомпетентной системы, слабом типе иммунного ответа на проникновение возбудителя и низкой его инфекционности может возникнуть латентное носительство без явных клинических и биохимических признаков заболевания. В случаях же частичной толерантности иммунокомпетентной системы, несмотря на отсутствие клинических симптомов, формируются типичные морфологические и биохимические признаки заболевания (субклиническая форма гепатита).

При недостаточной антигенной чужеродности возбудителя сенсibilизация лимфоцитов также недостаточна, что ведёт к длительной персистенции вируса и развитию хронического персистирующего гепатита – ХПГ. Формирующийся в этих условиях иммунный ответ недостаточен для элиминации возбудителя и предотвращения дальнейшего повреждения печени (развитие аутоиммунного процесса). При ослаблении супрессорного действия Т-лимфоцитов ХПГ может “соскользнуть” на аутоиммунный путь (хронический аутоиммунный “люпоидный” гепатит).

Согласно ВИГ-концепции, механизм развития ХПГ может быть двояким: либо заболевание развивается из-за снижения функциональной активности Т-хелперов и нарушенного вследствие этого полноценного антителообразования (так необходимого для элиминации вируса из организма) при сохраняющейся активности Т-киллеров, осуществляющих повреждающее действие; либо, в случае сильного типа реагирования иммуноцитов при наличии стойкой сенсibilизации Т-, В-, А- (адгерано)-клеток к антигенам собственных тканей и при недостаточной системе контроля за антигенным гомеостазом, заболевание развивается с образованием аутоагрессивных клонов иммуноцитов.

ХПГ, как правило, имеет благоприятный прогноз. В соответствии с современными взглядами на патогенез ХГ, лечение этих больных должно быть этапным и планомерно последовательным, вплоть до полной клинической, биохимической и морфологической ремиссии. Лечебно – реабилитационные мероприятия, в первую очередь, должны быть направлены на повышение иммунологической реактивности организма, а также тщательное лечение сопутствующих заболеваний органов пищеварения. Иммуномоделирующая направленность терапии оказывает нормализующее влияние на иммунную систему, усиливает клеточную иммунореактивность, устраняет дефицит иммунной системы у больных ХГ. Широко используется противовирусная терапия (в случае наличия маркеров фазы репликации вируса гепатита В без тенденции к сероконверсии), что способствует элиминации вируса, а метаболическая и коферментная терапия в сочетании с дезинтоксикационной терапией – улучшают метаболизм печёночных клеток и их способность к регенерации.

Хронический холецистит – это хроническое, полиэтиологическое, рецидивирующее воспалительное заболевание желчного пузыря, вызываемое различной бактериальной флорой (стрептококк, стафилококк, энтерококк, эшерихии, протей и др.), проникающей в пузырь гематогенным, лимфогенным и энтерогенным путём. Это заболевание нередко сочетается с функциональными нарушениями (дискине-

зией желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчевыводящих путей) и изменениями физико-химических свойств и биохимической структуры желчи (дисхолией).

Клиническое течение хронического холецистита характеризуется чередованием периодов обострения и ремиссии. Из осложнений хронического холецистита чаще всего наблюдается холангит, гепатит, холецисто-панкреатит, калькулёзный холецистит и др.

В плане лечебной тактики ведущее значение имеет: подавление инфекции и воспалительного процесса, нередко приводящих к периодическому обострению хронического холецистита; купирование болевого синдрома в периоде обострения; дезинтоксикационная терапия (элиминационная, эфферентная); рациональное применение холеретиков; повышение общей реактивности организма (нормализация функции нервной и иммунокомпетентной систем).

Желчнокаменная болезнь – это обменное заболевание гепатобилиарной системы, для которого характерно образование желчных камней в печёночных, желчных протоках (внутрипечёночный холелитиаз), в общем желчном протоке (холедохолитиаз) или в желчном пузыре (холецистолитиаз). Выделяют три стадии заболевания: физико-химическую, латентную (бессимптомное камненосительство), клиническую – калькулёзный холецистит.

Калькулёзный холецистит – характеризуется нарушением коллоидного состояния желчи, застоем желчи, инфекцией (поступающей в желчный пузырь восходящим путем при застое), нарушением липоид-холестеринового и других видов обмена.

Лечебная тактика при калькулёзном холецистите будет зависеть от многих факторов: 1) от локализации, размеров, количества и качества камней; 2) воспалительного состояния желчного пузыря; 3) функциональной дискинезии желчевыводительной системы; 4) патологии других органов системы пищеварения.

Больные калькулёзным холециститом, в большинстве случаев, должны подвергаться плановой операции, чтобы предотвратить риск внезапного развития опасных для жизни осложнений. Вне приступа желчной колики лечебная тактика должна быть направлена на обеспечение условий для оттока желчи, чтобы предупредить воспалительный процесс или своевременно воздействовать на развивающийся воспалительный процесс и воспрепятствовать развитию холестеринемии.

Дискинезия желчевыводящих путей – является самостоятельной нозологической формой и может возникнуть как результат расстройства моторной деятельности желчевыводительной системы. Наиболее частой причиной дискинезии является нарушение функции ЦНС, что может быть следствием висцеро-висцеральных рефлексов, возникающих рефлекторно при различных заболеваниях в брюшной полости, или же – как результат расстройства моторной функции желчного пузыря, возникающей вторично при хроническом гепатите и желчнокаменной болезни.

Лечебная тактика зависит от формы дискинезии – гипертонической (гиперкинетическая) или гипотонической (гипокинетическая, вплоть до атонии) и должна быть направлена на устранение невротических расстройств и кинетических нарушений, нормализацию сна.

В комплексной терапии заболеваний гепатобилиарной системы широко применяются лекарственные растения и питьевое лечение минеральными водами. Оптимизации лечебного процесса будет способствовать назначение правильно подобранных гомеопатических препаратов (унитарных, комплексных, резонансных), биорезонансной терапии и методов эфферентной терапии (применяется у больных ХПГ с палiativeй целью – для уменьшения интоксикации).

Фитотерапию следует рассматривать как составную часть пролонгированного курсового лечения хронических заболеваний гепатобилиарной системы. Многоплановость действия правильно подобранных лекарственных трав: противовоспалительное, спазмолитическое, дезинтоксикационное, бактериостатическое (иногда бактерицидное), болеутоляющее (болевого синдром при ХПГ связан с нарушением моторной функции желчного пузыря и желудочно-кишечного тракта), способность стимулировать фагоцитоз, желчеобразование и желчеотделение – в целом обосновывает целесообразность применения метода у больных ХПГ. Фитотерапия как лечебный метод эффективна также при лечении хронических негнойных воспалений желчных протоков и желчного пузыря, и дискинезии желчевыводящих путей.

Состав лекарственных трав рекомендуется менять каждые 2-3 месяца с учётом динамики восстановительного процесса и функционального состояния других органов системы пищеварения. Поскольку лечебный эффект лекарственных растений и препаратов из растительного (биологического) сырья обусловлен, прежде всего, стимуляцией секреции желчи и выхода её в двенадцатиперстную кишку, то их условно можно подразделить на следующие группы:

- холеретики (стимулирующие желчеобразовательную функцию печени) – листья вахты трехлистной, корни и листья одуванчика, плоды тмина, цветки и трава тысячелистника, корень цикория, сок и листья чистотела, зверобой, сок редьки чёрной и др.;

- гидрохолеретики (увеличивающие секрецию желчи, уменьшающие её вязкость, увеличивающие содержание холатов) – бессмертник, шиповник, холагол, холосас, а при повышенной литогенности желчи – аллохол, холензим, холагол, володушка, шиповник, кукурузные рыльца (способствуют растворению камней карбонатных, уратных, фосфатных);

- холекинетики (повышающие тонус желчного пузыря и снижающие тонус желчных путей) – пижма, петрушка, барбарис, а также кселит, сорбит, карловарская соль, магния сульфат, масла – облепиховое, оливковое, подсолнечное;

- холеспазмолитики (вызывают расслабление тонуса желчного пузыря) – бессмертник, корни аира болотного, кукурузные рыльца, мята перечная (холензим, танафлон);

- растения, обладающие преимущественно противовоспалительным и противомикробным действием – девясил, бессмертник, пижма, мята перечная, корневище аира болотного, полынь горькая, зверобой, душица обыкновенная (олиметин). Универсальным действием обладают препараты из растительного сырья – холафлукс, полифитохол.

Кроме перечисленных в фитосборы при заболеваниях гепатобилиарной системы обычно включают лекарственные растения, оказывающие положительное влияние на систему пищеварения – листья березы, цветки ромашки аптечной, цветки василька синего, траву споры-

ша, корни лопуха большого, листья подорожника, корни кровохлёбки лекарственной (обладают выраженным противовоспалительным действием за счет высокой фитонцидной активности), алоэ, корни алтея лекарственного, листья шалфея, корень солодки, листья мяты перечной.

Для стимуляции отделения жидкой желчи и других секретов можно применять овощные соки из моркови, свеклы, капусты, картофеля в разведении 1:4 по 1/3 стакана в день с постепенным увеличением разовой и суточной дозы (избегать возникновения метеоризма); сок редьки чёрной принимать по столовой ложке 3 раза в день за 15 мин до еды в течение 2-3-х недель; в форме морса можно использовать ягоды крыжовника, смородины, облепихи или витаминный чай из рябины и шиповника.

Сборы лекарственных растений, применяемые при заболеваниях печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей.

1. Корень валерианы – 20,0, цветки боярышника – 20,0, кора барбариса – 30,0, листья мяты перечной – 30,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 20-30 минут, процедить. Принимать по 1/2-1/4 стакана натощак утром и перед сном (в острой стадии гепатита с целью противовоспалительного, спазмолитического, дезинтоксикационного действия).

2. Цветки бессмертника песчаного – 20,0, трава тысячелистника – 20,0, трава полыни горькой – 20,0, плоды фенхеля – 20,0, листья мяты перечной – 20,0. Способ приготовления и показания аналогичные. Принимать по 1/2 стакана 4 раза в день за 15 минут до еды.

3. Корень валерианы – 20,0, цветки боярышника – 20,0, кора барбариса – 30,0, листья мяты перечной – 30,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 20 минут, процедить. Принимать стакан настоя в течение дня в 2-3 приема (для улучшения желчеотделения).

4. Цветки ромашки – 10,0, трава чистотела – 10,0, листья мяты перечной – 10,0, трава зверобоя – 10,0, корень солодки – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 30 минут, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день за 20 минут до еды (для улучшения желчеотделения).

5. Плоды фенхеля – 10,0, плоды тмина – 10,0, кора крушины – 20,0, листья мяты перечной – 20,0, трава тысячелистника – 20,0, трава золототысячника – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 20-30 минут, процедить. Принимать стакан настоя в течение дня (для регуляции стула при гепатите).

6. Плоды фенхеля – 10,0, плоды тмина обыкновенного – 10,0, кора крушины ольховидной – 20,0, листья мяты перечной – 20,0, трава тысячелистника – 20,0, трава золототысячника – 20,0. Способ приготовления аналогичный. Принимать по 1/3-1/4 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды (для регуляции стула при гепатите).

7. Листья мяты перечной – 20,0, листья трилистника водяного – 20,0, кора крушины ломкой – 20,0, корень одуванчика – 20,0, корни и корневища горечавки перекрестной – 20,0, трава чистотела – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 30 минут. Принимать по 1 стакану 2 раза в день (при гепатите с болями и анацидным гастритом).

8. Кора одуванчика – 20,0, листья вахты трехлистной – 20,0, корень горечавки желтой – 20,0, трава чистотела – 20,0, корень одуванчика – 20,0, листья мяты перечной – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 2-3 часа, процедить. Принимать по 1 стакану 2 раза в день перед едой (для регуляции стула при гепатите и анацидном гастрите, колите).

9. Трава чистотела – 15,0, цветки ромашки аптечной – 15,0, листья вахты трехлистной – 15,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 30 минут, процедить. Принимать по 1 стакану утром и вечером через 1 час после еды (при гепатите, сопровождающемся болями).

10. Плоды шиповника – 20,0, корневище пырея – 20,0, листья крапивы двудомной – 10,0. Столовую ложку смеси залить стаканом кипятка, настаивать 1 час, процедить. Принимать в течение дня 2-3 стакана перед едой (при гепатите и циррозе печени).

11. Трава зверобоя – 10,0, цветки пижмы – 10,0, трава тысячелистника – 10,0, цветки ромашки аптечной – 10,0, корень лопуха – 10,0, плоды шиповника – 10,0, лист шалфея – 10,0, корень девясила – 10,0, трава горца птичьего – 10,0, трава череды – 10,0. Столовую ложку смеси залить стаканом кипятка, настаивать 30 минут, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день за 20 минут до еды (при гепатите и циррозе печени).

12. Листья мяты перечной – 20,0, цветки ромашки – 10,0, корень солодки голой – 20,0, трава зверобоя – 20,0, трава чистотела – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 30-40 минут, процедить. Принимать по столовой ложке 2 раза в день перед едой (при гепатите с умеренным нарушением функции печени).

13. Трава адониса – 20,0, трава хвоща полевого – 20,0, трава тысячелистника – 20,0, трава чистотела – 40,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 1-2 часа, процедить. Принимать по 1/2-1 стакану 2 раза в день за 30 минут до еды (при гепатопатиях с нарушением кровообращения и отеками).

14. Цветки цмина – 10,0, трава тысячелистника – 10,0, плоды полыни – 10,0, плоды фенхеля – 10,0, листья мяты перечной – 10,0, корень цикория – 10,0, кора барбариса – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 30 минут, процедить. Принимать по 1/3-1/2 стакана 3-4 раза в день за 15-20 минут до еды (при гепатите и холецистите).

15. Цветки цмина – 30,0, кукурузные рыльца – 20,0, трава льнянки – 20,0, трава чистотела – 10,0, трава золототысячника – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 30 минут, процедить. Принимать по 1/2-3/4 стакана 3 раза в день за 20-30 минут до еды (при гепатите и холецистите).

16. Трава зверобоя – 20,0, корень одуванчика – 10,0, цветки цмина – 10,0, трава вахты трехлистной – 10,0, цветки ромашки – 10,0, трава золототысячника – 10,0. Способ приготовления аналогичный. Принимать по 1/3-3/4 стакана 2-3 раза в день за 20 минут до еды (при гепатите, холецистите, холангите).

17. Цветки бессмертника песчаного – 15,0, трава зверобоя – 15,0, листья мяты перечной – 15,0, трава пустырника – 15,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 30 минут, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3-4 раза в день за 30 минут до еды (в качестве желчегонного средства при жидком стуле).

18. Корень ревеня – 10,0, трава тысячелистника – 50,0, цветки бессмертника песчаного – 30,0. Способ приготовления аналогичный. Принимать по 1 стакану вечером (в качестве желчегонного средства при склонности к запорам).

19. Цветки бессмертника – 20,0, цветки календулы – 15,0, трава душицы – 15,0, цветки василька синего – 10,0. Способ приготовления и применения аналогичный сбору № 7.

20. Трава золототысячника – 15,0, листья шалфея – 15,0, цветки ромашки – 15,0, шишки хмеля – 15,0. Столовую ложку сбора залить 3 стаканами кипятка, настаивать 5-6 часов, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды (в качестве желчегонного средства при сопутствующем гастрите с повышенной кислотностью или язвенной болезни).

21. Трава спорыша – 15,0, трава девясила – 20,0, семена укропа – 15,0, корень валерианы – 20,0. Способ приготовления аналогичный. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день через 60 мин после еды (при сопутствующем гастрите с повышенной кислотностью или язвенной болезнью).

22. Цветки бессмертника песчаного – 15,0, трава зверобоя – 15,0, трава мяты перечной – 15,0, трава пустырника – 15,0. Столовую ложку сбора залить 1 л кипятка, настаивать 10-12 часов, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды (в качестве желчегонного средства при нормо- и гипацидном гастритах).

23. Трава зверобоя – 30,0, листья мяты – 20,0, трава полыни – 20,0, корень валерианы – 20,0, шишки хмеля – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 30 минут. Принимать по 1/2-3/4 стакана 3 раза в день за 20-30 минут до еды (при холецистите, холангите).

24. Трава чистотела – 10,0, листья ореха грецкого – 10,0, корень цикория – 10,0. Столовую ложку смеси залить стаканом кипятка, настаивать 30-60 минут,

процедить. Принимать по 3/4-1 стакану в день за 20 минут до еды (при холецистите, холангите).

25. Листья мяты перечной – 20,0, трава полыни обыкновенной – 20,0, корень валерианы – 20,0, трава зверобоя – 30,0, шишки хмеля – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 30 минут, процедить. Принимать по 1 стакану утром и вечером за 30 минут до еды (при холецистите и холангите с выраженным спазмом).

26. Трава зверобоя – 25,0, корни одуванчика – 15,0 цветки тмина песчаного – 15,0, трава вахты трёхлистной – 15,0, цветки ромашки – 15,0, трава золототысячника – 15,0. Способ приготовления и применения аналогичный (при холецистите и холангите с выраженным спазмом).

27. Цветки бессмертника песчаного – 20,0, трава золототысячника – 20,0, трава душицы – 15,0, цветки василька синего – 10,0, цветки календулы (ноготки) – 20,0. Столовую ложку сбора залить тремя стаканами кипятка, настаивать 5-6 часов. Принимать в теплом виде по 1/2 стакана 3-4 раза за 30 минут до еды (для снятия воспалительного процесса и как желчегонное).

28. Семена укропа – 20,0, трава мяты перечной – 30,0, цветки ромашки – 5,0, плоды боярышника – 20,0, цветы бессмертника песчаного – 15,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 12 часов, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день через 1 час после еды (как желчегонное при сопутствующем колите с метеоризмом и болями в кишечнике).

29. Корень алтея – 30,0, листья мяты перечной – 30,0, плоды тмина – 10,0, кора крушины – 30,0, листья шалфея – 30,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 2 часа, процедить. Принимать по 1 стакану вечером (при нормальном стуле) или по 2 стакана (при задержке стула).

30. Цветки ромашки аптечной – 30,0, листья мяты перечной – 30,0, листья мелиссы – 30,0. Способ приготовления аналогичный. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды (при неустойчивом стуле, метеоризме).

31. Трава чистотела – 10,0, корни одуванчика – 20,0, трава горца птичьего – 15,0, кукурузные рыльца – 15,0, трава зверобоя – 20,0, трава фиалки трехцветной – 10,0, плоды аниса – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 1-2 ч, процедить. Принимать по 1/3-1/4 стакана 3 раза в день за 30 мин до еды (при неустойчивом стуле, метеоризме).

32. Цветки ромашки аптечной – 10,0, плоды фенхеля – 10,0, цветки бессмертника – 10,0, листья мяты перечной – 20,0, трава полыни горькой – 20,0, трава тысячелистника – 20,0, кора крушины – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 1-2 часа, процедить. Принимать по 1 стакану утром и вечером за 30 мин до еды (при желчнокаменной болезни, желчегонной дискинезии).

33. Цветки бессмертника песчаного – 10,0, корень одуванчика – 10,0, кора крушины – 10,0, корень марены красильной – 40,0, листья мяты перечной – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 2-3 часа, процедить. Принимать утром и вечером по 1 стакану до еды (при желчнокаменной болезни и симптомах обострения холецистита).

При дискинезии желчевыводящих путей можно рекомендовать следующие фитосборы.

34. Листья вахты трехлистной – 30,0, трава полыни горькой – 30,0, листья мяты перечной – 30,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 1 час, процедить. Принимать в теплом виде по 2-3 столовых ложки за 30 минут до еды (при гиперкинетической форме дискинезии со спазмами).

35. Трава лапчатки гусиной – 30,0, трава чистотела – 30,0, трава мяты перечной – 30,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка. Принимать в горячем виде по 1-2 стакана в день до еды (при гиперкинетической форме дискинезии со спазмами).

36. Настойка из листьев барбариса амурского по 15-20 капель 2-3 раза в день за 15-20 минут до еды (при гиперкинетической форме дискинезии).

37. Настой кукурузных рыльцев (10,0 на 200 мл воды) по 1-2 столовых ложки через 3 часа после еды (при гиперкинетической форме дискинезии).

При гипокINETической форме дискинезии назначают холицистокинетические желчегонные средства (бессмертник в виде экстракта, настойки, отвара) и сред-

ства общетонизирующего действия (пантокрин, жень-шень, китайский лимонник и другие).

38. Цветки бессмертника песчаного 15,0-10,0 залить стаканом кипятка, кипятить 30 минут на водяной бане, процедить. Принимать за 30 минут до еды по схеме:

- 1 день – 1/3 стакана утром натощак;
- 2 день – по 1/3 стакана 2 раза в день;
- 3 день – по 1/3 стакана 3 раза в день;
- 4 день – по 1/2 стакана 3 раза в день;
- 5 день – по 1/2 стакана 2 раза в день;
- 6 день – по 1/2 стакана 1 раз в день.

При необходимости курс лечения повторить через 7 дней.

39. Листья вахты трехлистной – 15,0, корни горечавки желтой – 15,0, корень одуванчика – 15,0, листья мяты перечной – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 1-2 часа, процедить. Принимать по 2-5 столовых ложек за 30 минут до еды (при гипокинезии с секреторной недостаточностью желудка).

40. Трава зверобоя – 40,0, корень одуванчика – 40,0, цветки бессмертника песчаного – 15,0, листья вахты трехлистной – 15,0, цветки ромашки аптечной – 15,0, трава золототысячника – 15,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить 30 мин на водяной бане, процедить. Принимать утром и вечером по 1 стакану за 10-20 минут до еды (при гипокинезии с секреторной недостаточностью желудка).

41. Трава зверобоя – 20,0 трава девясила – 20,0, трава фиалки трехцветной – 15,0, корень валерианы – 20,0, Столовую ложку сбора залить тремя стаканами кипятка, настаивать 6-8 часов, процедить. Принимать по 1/2 стакана в теплом виде 3 раза в день за 30 минут до еды (для снятия спазма и расслабления тонуса желчного пузыря при сопутствующей гипомоторной дискинезии).

При заболеваниях органов пищеварения как лечебные и профилактические средства должны присутствовать в рационе овощи, ягоды и фрукты.

Плоды шиповника коричневого – настой плодов способствует желчеотделению, оказывает бактерицидное действие, регулирует секреторно-моторную функцию желудочно-кишечного тракта.

Земляника лесная – настой ягод и листьев обладает желчегонным действием, свежий сок ягод (3-4 столовых ложки) натощак рекомендуется принимать при желчнокаменной болезни.

Барбарис обыкновенный – настой ягод оказывает желчегонное действие.

Капуста белокочанная – рассол и капустный сок в теплом виде 2-3 раза в день до еды усиливает секрецию желчи, желудочного и панкреатического соков и оказывает лечебное действие при болезнях печени, желчного пузыря, холангиогепатитах.

Тыква обыкновенная – улучшает моторную функцию кишечника, повышает диурез и выделение солей из организма. Рекомендуется при нарушении обмена веществ, заболевании печени и желчного пузыря, при колитах с недостаточным опорожнением кишечника.

При желчнокаменной болезни из овощей особенно вредны – бобы, кислая капуста, а также спиртные напитки.

Как показывают клинические наблюдения, целесообразно фитотерапию сочетать с питьевым лечением минеральными водами или проводить питьевое лечение до применения фитотерапии. В амбулаторно-поликлинических условиях питьевое лечение бутылированными минеральными водами следует проводить 2-3 раза в году.

Минеральные воды. Для питьевого лечения этого контингента больных показаны слабоминерализованные воды, содержащие гидрокарбонатный ион, сульфаты, ионы хлора, магния, кальция (минеральные источники города Кисловодска, Пятигорска, Железноводска, Ессентуков, Трускавца и др.).

При ХПГ (при нормальных функциональных пробах печени или при незначительных отклонениях в отдельных функциональных пробах, без или при сопутствующей патологии желчных путей) показано назначение углекислых хлоридно-гидрокарбонатно-сульфатно-натриево-кальциевых вод малой минерализации (до 5 г/л), разовая доза из расчёта 3,5 мл/кг массы тела (ориентировочно до 200 мл), 3 раза в день за 30-60-90 мин до еды в зависимости от секреторной функции желудка. Хлоридно-сульфатно-калиево-магниевое-натриевая вода (моршинского типа) малой минерализации (3-3,5 г/л), а затем средней минерализации (7 г/л) по 50 мл назначается 2-3 раза в день – первые 3-5 дней, а затем по 150-200 мл.

При ХАГ с умеренной активностью можно рекомендовать те же воды, но не более 100 мл на приём, 2 раза в день, исключая утренний приём минеральной воды.

Противопоказано питьевое лечение: при ХАГ с выраженной активностью, при наличии гиперчувствительности замедленного типа, при высокой патологической активности других пищеварительных желёз, при гиповолемическом типе гемодинамики, аритмиях, нарушении портального кровообращения, выраженной печёночно-клеточной недостаточности.

Минеральные воды при хроническом холецистите назначаются по мере стихания обострения, а также широко применяются в фазе ремиссии.

Минеральные воды обладают выраженным холеретическим, холеспазмолитическим, гидрохолеретическим действием (эти эффекты обусловлены наличием анионов SO_4 , связанных с катионами натрия – желчегонное и гидрохолеретическое действие и ионов магния – холекинетическое действие), что способствует ликвидации дискинезии, улучшению обменных процессов в печени, коллоидной стабильности желчи, уменьшению вероятности образования желчных камней.

Поэтому особенно эффективны у этого контингента больных слабо- и среднеминерализованные минеральные воды: натриевые, кальциевые, углекислые, гидрокарбонатно-хлоридные, натриевые, сульфатные кальциево-магниевые-натриевые, кремнистые гидрокарбонатно-кальциевые, натриево-магниевые и др. Воды рекомендуются пить тёплыми (42-45°С) по 1/2-1 стакану 3 раза в день за 1 ч до еды в течение 3-4 недель.

При калькулёзном холецистите питьевое лечение минеральными водами (только при отсутствии частых приступов печёночной колики и осложнений этого заболевания) способствует уменьшению воспаления и застоя желчи в желчном пузыре и желчных путях, улучшению физико-химического состава желчи и микрофлоры пузыря, снижению литогенных свойств желчи, улучшению обменных процессов в печени и других органах системы пищеварения. Рекомендуется пить горячую минеральную воду по 200-250 мл 3 раза в день в течение 3-4 недель. Для борьбы с запорами в комплекс лечения включают ректальные процедуры из тёплой минеральной воды (можно в минеральную воду добавив отвар/настой из соответствующих лекарственных растений).

При сочетании хронического холецистита с гипертонической дискинезией желчевыводящих путей рекомендуются слабоминерализованные минеральные воды ("Славяновская", "Смирновская", "Ессентуки"

№ 4, 20, "Нарзан" № 7 и др.), назначаемые обычно в горячем виде по 1/3-1/2 стакана на приём; а при сочетании хронического холецистита с гипотонической дискинезией желчевыводящих путей рекомендуются среднеминерализованные минеральные воды ("Баталинская", содержащая магний – 20 мг/л, "Ессентуки" № 17, "Арзни", "Березовские минеральные воды", "Боржоми" и др.), назначаемые в холодном или слегка подогретом виде, не более 500-600 мл в день.

Время приёма минеральных вод зависит от состояния секреторной функции желудка: при сниженной секреции – за 20-30 мин до еды, при повышенной – за 1-1,5 ч до еды.

При хронических заболеваниях печени и желчных путей в стадии ремиссии эффективен, так называемый, внутренний дренаж без зонда. Больной натошак выпивает 1,5-2 стакана горячей (42-44° С) среднеминерализованной (5-12 г/л) минеральной воды и ложится на правый бок с грелкой на 40-60 мин. Для усиления желчегонного действия, особенно больным страдающим запорами, целесообразно во время процедуры, лёжа на спине, выполнять упражнения для мышц живота, способствующие сокращению желчного пузыря или добавить в минеральную воду 1/4-1/2 чайной ложки магния сульфата, или карловарской соли.

При хроническом калькулёзном холецистите и гипокинетической дискинезии дренаж проводят с использованием желчегонных средств – 40 мл 33 % р-ра магния сульфата, 50-100 мл оливкового масла; 100 мл 30% р-ра кселита или сорбита, 1 чайной ложки карловарской соли на 400 мл воды и др., но без грелки. Через 30 мин после приёма первого раздражителя пациент должен выпить еще один стакан минеральной воды той же температуры и лежать на правом боку 30-40 мин. Процедуры проводят 2 раза в неделю. Курс лечения – 4-6 процедур.

Для борьбы с запорами в лечебный комплекс включают ректальные процедуры из минеральной воды, в частности, микроклизмы из минеральной воды, которые рефлекторно способствуют опорожнению и желчного пузыря.

Физиотерапия. С целью повышения эффективности фитотерапии и питьевого лечения минеральными водами в лечебный комплекс включают *методы аппаратной физиотерапии и водотеплолечения*. Из методов теплотечения наиболее эффективна *пелоидотерапия*: оказывает положительное влияние на функциональное состояние печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, стимулирует глюкокортикоидную функцию надпочечников, улучшает иммунологическую реактивность организма, оказывает анальгезирующее, противовоспалительное и десенсибилизирующее действие. Наиболее щадящим видом пелоидотерапии являются электрогрязевые процедуры – гальваногрязь, индуктогрязь, СВЧ-грязь, СМТ-грязь (используются сапропелевые грязи температуры 38-40° С, экспозиция – 15-30 мин, в сочетании с низкой интенсивностью электроаппаратного воздействия, на курс лечения до 10-15 процедур).

Показаны электрогрязевые процедуры больным ХПГ в стадии обострения, нестойкой ремиссии или затухающего обострения, больным хроническим холециститом различной этиологии без склонности к частым обострениям, при нормальном СОЭ и лейкоцитозе, без сопут-

ствующих гепатиту заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Активное физиотерапевтическое лечение можно рекомендовать в фазе затухающего обострения. При ХПГ и хроническом холецистите можно применять транспеченочную анодную гальванизацию печени, ЭФ грязевого раствора, препаратов грязи, лекарственных веществ спазмолитической и трофометаболической направленности действия. Тактика выбора лекарственных средств для ЭФ будет зависеть от клинических проявлений заболевания. Например, при обострении хронического холецистита и наличии болевого синдрома применяется преимущественно ЭФ холеспазмолитиков (платифиллин, но-шпа, папаверин, зуфиллин, новокаин и др.) в сочетании с лекарственными травами преимущественно холеретического, противовоспалительного и противомикробного действия. Этот комплекс можно комбинировать с воздействием высокочастотными факторами (более показанными при гипертонической дискинезии).

Индуктотермия: малый электрод-диск устанавливают над правым подреберьем, воздушный зазор – 0,5-1 см, сила анодного тока — 140-160 мА, экспозиция до 10-15 мин на курс лечения до 10-12 процедур.

Поле УВЧ: электроды № 2 или 3 располагают поперечно над областью печени и желчного пузыря и со стороны спины на уровне Th_8 - Th_{10} , воздушный зазор – 3 см, доза атермическая, к концу курса лечения может быть слаботепловой, экспозиция – 5-10 мин, на курс лечения – 5-7 процедур.

Микроволновая терапия: аппарат “Волна-2”, цилиндрический излучатель диаметром 14 см устанавливают над правым подреберьем, воздушный зазор – 4-5 см, мощность излучения – 20-30 Вт, экспозиция до 10 мин, на курс лечения до 10-12 процедур.

По мере купирования обострения воспалительного и болевого процесса аппаратную физиотерапию применяют с учётом общего состояния пациента и типа нарушений в желчевыделительной системе.

При гипертонической форме билиарной дискинезии можно рекомендовать: ЭФ спазмолитиков на область правого подреберья; УФ-эритему на зоны кожной гиперестезии; УЗ низкой интенсивности (0,05-0,2 Вт/см²) который по терапевтическому эффекту приближается в раствору магния сульфата. Воздействие УЗ осуществляется на область правого подреберья с захватом области эпигастрия (1 поле) и паравerteбрально справа на уровне Th_6 - Th_{10} (2 поле), режим импульсный, методика лабильная, общее время экспозиции до 8 мин, на курс лечения – 7-8 процедур, назначаемых через день.

При гипотонической форме билиарной дискинезии можно рекомендовать следующие методы стимулирующего воздействия.

Электростимуляция правого диафрагмального нерва с целью повышения тонуса и кинетики желчного пузыря (методика описана в главе 5).

СМТ в тонизирующем режиме с целью получения обезболивающего и трофического эффекта: пластинчатый электрод (катод) с гидрофильной прокладкой площадью 3 см² помещают справа в области свободных окончаний XI-XII рёбер (органоспецифическая зона Боаса), другой – (анод) площадью – 100-150 см² в сегментарной зоне слева от позвоночника. Параметры: режим выпрямленный, II р.р., длительность посылки-паузы – 2-3 с, глубина модуляции – 50 % в процессе ле-

чения постепенно повышается до 100 %, частота модуляции – 30-10 Гц, сила тока до ощущения выраженной вибрации под электродами, экспозиция до 10-15 мин, на курс лечения до 15-20 процедур. Как правило, воздействие СМТ с зоны Боаса вызывает изменение функционального состояния желчевыводящей системы, повышает тонус желчного пузыря и сфинктеров, улучшает кинетику пузыря, особенно при одновременном назначении холикинетики растительных средств, а также сорбита – 10-20 г в 100 мл теплой воды до еды, кселита – 20 % р-р по 75 мл до еды.

При этой форме дискинезии можно также использовать СМТ-ЭФ сорбита, кселита (по типу электродренинга), катодную гальванизацию печени.

Противопоказанием для использования этих методик является: желчнокаменная и почечнокаменная болезни; обострение хронического панкреатита.

При сочетании гипотонии желчного пузыря с гипертонусом сфинктеров Люткина и Одди целесообразно сначала назначать холеспазмолитики с последующим применением холикинетики (магний, нитроглицерин, кселит, сорбит и др.).

Лазеротерапия при холецистите и дискинезии желчных протоков во многих случаях способствует снятию спазмов желчных протоков, усилению оттока желчи, отхождению мелких камней и ликвидации многих других патологических явлений. **Показания.** Острый холецистит (до и после оперативного вмешательства), хронический холецистит в стадии обострения, после операции на желчевыводящих путях, при отсутствии эффекта от традиционно используемых методов лечения холецистита.

Используются различные варианты методик лазеротерапии: ВЛОК, ЭЛОК (аналогично вышеописанным) или ЭЛОК в сочетании с лазеропунктурой следующих точек: J(XIII) 12, 13, 15, VB (XI) 25, 34, 38, F(XI) 2, 36, MC(IX) 6, V(VII) 18-25, а также AP – 96, 95, 88, и справа – AP 97, 55, 51. Плотность мощности – 1-10 мВт/см², время экспозиции на одну точку – 20-30с, за сеанс обычно используют 5-6 корпоральные АТ и 2-3 аурикулярных (AP) точки.

Как и при любой хронической многозвеньевой патологии перечисленные методы лазеротерапии могут быть дополнены воздействием контактно-сканирующим методом на паравerteбральные зоны на уровне Th₆-Th₁₀, а также на зоны проекции желчного пузыря, желчных протоков, печени, поджелудочной железы (предпочтительнее ИК-диапазон).

Выбор зон, способов воздействия и диапазона НЛИ, а также расчет суммарной энергии экспозиции за сеанс осуществляется врачом применительно к конкретному больному. На курс лечения можно назначать до 10-15 сеансов. Для закрепления эффекта курс лечения может быть повторен через один месяц. Критерием правильности выбора диапазона НЛИ, зон воздействия, суммарной дозы экспозиции могут являться показатели акупунктурной диагностики, общего энергетического баланса организма, а также динамика клинической симптоматики – уменьшение интенсивности боли, улучшение общего самочувствия, аппетита, нормализация в процессе лечения активности ферментов и биохимических показателей. При наличии желтушного синдрома нередко после 5-7 процедур исчезает иктеричность склер и видимых сли-

зистых оболочек. Во многих случаях проведение лазеротерапии позволяет отказаться от планового хирургического вмешательства.

У больных хроническим холециститом детально описаны нарушения функции вегетативной нервной системы (Циммерман Я.С., 1992), которые могут проявляться многочисленными клиническими синдромами, осложняя течение основного заболевания.

При вегетососудистой дистонии и невротическом неврозоподобном синдроме можно рекомендовать ЭФ лекарственных веществ седативной и психотропной направленности действия, гальванизацию по методике Келлата, электроаэрозольную терапию водорастворимыми транквилизаторами или использовать лекарственные травы седативной направленности действия в сочетании с рациональной психотерапией, методами аутотренинга и аутосуггестии.

При формировании правостороннего реактивного вегетативного синдрома, за счёт хронической ирритации симпатических структур вегетативной нервной системы в правой половине тела – эффективен лекарственный ЭФ ганглиоблокаторов по методике Вермеля (димекумарон, бензогексоний и др.) или СМТ-ЭФ ганглиоблокаторов (локализация электродов паразетерально на уровне Th_6-Th_{10} , активный электрод справа от позвоночника).

При солярном синдроме можно рекомендовать ЭФ ганглиоблокаторов, холинолитиков, электроаэрозоли водорастворимых транквилизаторов. Эти же методы эффективны при холецистокардиальном синдроме (следует учитывать, что ИБС часто ассоциируется с патологией желчевыводящих путей, нередко являющихся эквивалентом рефлекторных влияний стенокардии или наоборот). При синдроме предменструального напряжения эффективно назначение ЭФ нейролептиков (аминазин, седуксен и др.) по воротниковой методике Щербака, а также метод анодной гальванизации головы.

При всех формах нарушения функции вегетативной нервной системы эффективно применение гомеопатии, бальнео- и гидротерапии, физиорефлексотерапии, электросна и транскраниальной электроанальгезии, ЛФК, включение в тренировочно-оздоровительный комплекс соответствующих асан и дыхательной гимнастики йогов.

Следует отметить, что ЭС и транскраниальная электроанальгезия, назначаемые по общепринятым методикам, прекрасно сочетаются с различными видами психокоррекции и психорелаксации.

Нередко у больных в связи со снижением дезинтоксикационной функции печени и накоплением в крови нейротоксических веществ кишечного происхождения наблюдаются явления *хронической печёночной энцефалопатии*, которые можно уменьшить назначением ЭФ глутаминовой кислоты по трансцеребральной методике, элиминационной терапии (с помощью индивидуально подобранных гомеопатических средств), биорезонансной терапии, а также назначением методов эфферентной терапии (гемо- и лимфосорбция), применяемым как с лечебной, так и палиативной целью.

К эффективным методам терапии относятся *иглорефлексотерапия и электропунктура*, которые способствуют нормализации тонуса желчевыводящих путей и состояния вегетативной регуляции, оказывают положительный трофический и иммуномодулирующий эффекты и, в какой-то степени, болеутоляющий. Древневосточная медицина отно-

сит воспаление желчного пузыря к синдромам пустоты меридиана печени и полноты – желчного пузыря, поэтому соответственно применяется тонизация или седация акупунктурных точек. Кроме того, при хроническом холецистите возникает также синдром пустоты меридиана почек, акупунктурные точки которого тонизируют. Использование методов акупунктурной диагностики позволяет не только правильно подобрать точки воздействия и гомеопатические препараты, но и контролировать энергетическое выравнивание патологически измененных акупунктурных каналов “связи”. Чаще всего точками выбора при обострении хронического холецистита являются – R3, J4, или J3, V23, V28, F3, F8, F14, которые тонизируют, а VB 3, VB38, VB41, V17, V19 – седируют. При спазме сфинктера желчного пузыря точки – J4, IG8 – седируют; при атонии желчного пузыря точки – RP4, RP6, F3 – тонизируют. При хроническом холецистите к вышеназванным точкам можно добавить R7, R10, V67, которые тонизируют.

Электропунктуру можно проводить с помощью аппарата “ЭЛИТА-4”, воздействуя на вышеназванные точки постоянным током силой 10-50 мкА и напряжением 5-9 В, общая длительность процедуры – 15-20 мин (при гиперкинетической дискинезии – положительная полярность, при гипокинетической – отрицательная), на курс лечения – 12-15 процедур.

Для больных с патологией гепатобилиарной системы особое значение имеет *санаторно-курортное лечение* (климато-, бальнео-, пелоидотерапия, питьевое лечение минеральными водами), которое дополняется различными методами немедикаментозной терапии (диетотерапия, психотерапия, ЛФК и др.), назначаемыми в соответствии с клинической симптоматикой и решаемыми терапевтическими задачами.

Профилактическое лечение (проводимое годами) предусматривает определённый диетический режим, что даёт возможность исключить из рациона продукты, оказывающие аллергическое влияние на желудочно-кишечный тракт, а также способствует регулярному опорожнению кишечника, благодаря чему предупреждается развитие дискинезий за счёт блокады висцеро-висцеральных рефлексов.

Периодически проводимая фитотерапия, питьё минеральных вод, а также регулярные занятия ЛФК с включением упражнений для брюшного пресса и диафрагмы, способствуют опорожнению желчного пузыря.

Бальнеотерапия, которую можно использовать и в домашних условиях (ванны—хвойные, хлоридно-натриевые, из лекарственных растений) оказывает положительное влияние на состояние центральной регуляции, состояние тонуса желчевыводящих путей, на различные виды обмена веществ. Периодически можно назначать различные виды гомеопатического лечения.

Такова общая схема тактики долговременной профилактической терапии, способствующая достижению многолетней ремиссии заболевания, а также предупреждающая усугубление патологии гепатобилиарной системы.

Хронический панкреатит (ХП) – это хроническое, полиэтиологическое, длительно текущее, рецидивирующее, прогрессирующее воспаление поджелудочной железы (ПЖ), вследствие задержки выделения и внутриорганной самоактивации панкреатических ферментов.

Этиология ХП очень разнообразна и в ряде случаев устранение этиологических факторов (исключение употребления алкоголя, ле-

карственных препаратов, оказывающих повреждающее действие на ПЖ, своевременное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы и др.) может способствовать стабилизации и уменьшению хронического воспалительного процесса. Однако у большинства больных устранить причину ХП невозможно (например, генетически обусловленная ферментопатия, генетические нарушения обмена некоторых аминокислот – цистеина, лизина и др.).

Хронические панкреатиты обычно подразделяются на первичные (ПХП) и вторичные. При первичном ХП (в большинстве случаев связанном с перенесённым ранее острым панкреатитом) выделяют хронический кальцифицирующий панкреатит и хронический обструктивный панкреатит, возможен также и аутоиммунный механизм развития ПХП. Вторичный ХП обычно развивается на фоне хронического калькулёзного холецистита, холедохита, холангита, а может также развиться при заболеваниях желудка, тонкой и толстой кишок, печени.

Развитие ХП у больных с заболеванием внепечёночных желчных путей объясняют с точки зрения “общего канала”, когда *ductus choledochus u ductus pancreaticus* сливаются в один проток еще до сфинктера Одди, создавая условия для затекания желчи в протоки ПЖ, повышения гидростатического давления в них, механического повреждения ацинарных клеток. В остром периоде заболевания под влиянием вышеперечисленных факторов образуется фермент цитокиназа, превращающая трипсиноген в трипсин, который вызывает отёк и геморрагический некроз ПЖ.

В свою очередь соли желчных кислот активируют панкреатическую липазу, расщепляющую жир на глицерин и жирные кислоты, которые соединяясь с кальцием, образуют мыла. В совокупности эти нарушения могут приводить к диффузному склерозу ПЖ, внешнесекреторной панкреатической недостаточности (стеатореи) и нарушению внутрисекреторной функции ПЖ (панкреатический инсулинозависимый диабет), а в случае присоединения инфекций – к развитию гнойного панкреатита.

Лечебная тактика при ХП строится с учётом функциональных взаимосвязей гепатохоледохопанкреатической системы. В период выраженного обострения проводится этиологическая и антибактериальная противовоспалительная терапия, направленная на купирование боли, подавление секреции и активности ферментов ПЖ, борьбу с интоксикацией, обезвоживанием, электролитными нарушениями, коррекцию иммунологического дисбаланса, стимуляцию репаративных процессов в ПЖ, нормализацию желудочной секреции, функции печени, желчевыводящих путей, кишечника, коррекцию внешне- и внутрисекреторной функции ПЖ.

Основным методом лечения обострения ХП является консервативная тактика, предусматривающая в большинстве случаев активное использование немедикаментозных методов лечения, в частности, аппаратной физиотерапии (применяется в фазе затухающего обострения и при болевом синдроме), диетотерапии, минеральных вод.

При обострении ХП с выраженным болевым синдромом, гиперферментемией рекомендуется голод в течение 1-3 дней и приём 1-1,5 л в сутки щелочных минеральных вод (“Боржоми”, “Славяновская”, “Смирновская” и др.) комнатной температуры (20-22 °С), отвара шиповника

(1-2 стакана), некрепкого чая, затем переводят больного на лечебное питание (стол 5а, щадящий или расширенный).

Минеральные воды при ХП являются важнейшим лечебным методом. Учитывая функциональные взаимосвязи гепатохоледохопанкреатической системы, целесообразно питьевое лечение минеральными водами использовать в течение всего курса лечения обострения ХП (6-8 недель), по возможности, сочетая его с приёмом настоев (отваров) лекарственных растений, ректальными микроклизмами.

Для питьевого лечения используют минеральные воды малой (1,5-2,5 г/л) и средней (5-15 г/л) минерализации.

Гидрокарбонатно-натриевые минеральные воды ("Боржоми", "Смирновская", "Славяновская", "Волжская", "Лужанская", "Поляна купель", "Поляна Квасова", "Свалёва" и др.) используются при повышенной внешнесекреторной функции ПЖ. Эти воды способствуют нейтрализации кислого секрета желудка, оказывают противовоспалительное действие, тормозят секрецию гастрина, нормализуют кислотно-основное равновесие, стимулируют желчеобразование и желчеотделение, улучшают углеводный обмен и усвоение микро- и макроэлементов.

Больным ХП с внешнесекреторной панкреатической недостаточностью можно рекомендовать гидрокарбонатно-хлоридно-натриевые или гидрокарбонатно-кальциево-натриевые воды типа "Ессентуки" № 4, 17, источника № 14 в Пятигорске и др. Гидрокарбонатные воды применяют в дегазированном виде, подогретыми до 37-38 °С, по 100-150 мл 3 раза в день, за 20-30 мин до еды – при сниженной внешнесекреторной функции ПЖ, и за 1-1,5 часа – при повышенной.

Хорошие результаты наблюдаются при использовании моршинских минеральных вод источников № 1, № 6, а также "Нафтуси" (Украина). Сульфатно-хлоридная магниево-натриевая минеральная вода источника № 1 показана больным ХП с внешнесекреторной панкреатической недостаточностью. Эту воду рекомендуют принимать в первые 3-5 дней лечения в разведении 3,5 г/л по 100-150 мл 3 раза в день за 20-30 мин до еды, а в последующие дни – в разведении 7 г/л в такой же дозе. Лечебный эффект этой минеральной воды обусловлен стимуляцией образования секретина и панкреозимина, являющихся стимуляторами гидрокинетической и экболической функций ПЖ.

Хлоридно-сульфатная кальциево-магниево-натриевая минеральная вода источника № 6 рекомендуется как при гипо-, так и при гиперсекреторном типе панкреатической секреции. При этом больным с гиперсекреторным типом внешней секреции рекомендуют в течение всего курса питьевого лечения использовать минеральную воду в разведении 3,5 г/л по 100-150 мл 3 раза в день за 20-30 мин до еды, а больным с внешнесекреторной панкреатической недостаточностью – в разведении 7 г/л по 150-200 мл 3 раза в день за 1-1,5 ч до еды (Мишук В. Г., 1982).

Питьевое лечение минеральной водой "Нафтуса" оказывает благоприятное влияние не только на внешнесекреторную, но и на внутрисекреторную функцию ПЖ (гипогликемическое действие). При начальной форме заболевания и повышенной внешнесекреторной функции ПЖ "Нафтусю" назначают из расчёта 4 мл/кг массы тела на приём, а при внешнесекреторной панкреатической недостаточности – 3-3,5 мл/кг массы тела.

Все перечисленные минеральные воды можно использовать для ректальных микроклизм (25-30 мл), назначаемых непосредственно перед ночным сном.

Фитотерапия. В качестве поддерживающей терапии широко используются в лечебном комплексе лекарственные растения, обладающие политропным действием.

Из лекарственных растений, обладающих холинолитическими свойствами (вызывают расслабление сфинктера Одди), используют – траву белены черной, дурмана обыкновенного, дурмана индийского; оказывающих болеутоляющее, противовоспалительное и желчегонное действие – белладонну, лист мяты перечной, траву чистотела, сушеницы, зверобоя, тысячелистника, девясила обыкновенного, кипрея (обыкновенного), корни синюхи голубой, цветки коровяка скипетровидного; обладающих ганглиоблокирующими свойствами – софору толстоплодную, сферофизу солонцовую, и др.

При хроническом панкреатите нормализуют секреторно-моторную функцию холедохопанкреатической системы и оказывают противовоспалительное, болеутоляющее и седативное действие следующие лекарственные сборы.

1. Плоды аниса – 10,0, трава чистотела – 10,0, кукурузные рыльца – 10,0, корень одуванчика – 10,0, трава горца птичьего – 10,0, трава зверобоя – 10,0, трава фиалки трехцветной – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать в течение 1 часа, процедить. Принимать в теплом виде по 1 стакану 3 раза в день за 20-30 мин до еды.

2. Кора крушины ольховидной – 20,0, листья вахты трехцветной – 15,0, корни горечавки желтой – 15,0, трава чистотела – 15,0, корни одуванчика лекарственного – 10,0, корни марены красильной – 40,0. Способ приготовления аналогичный. Принимать по 1/2- 3/4 стакана за 30 минут до еды.

3. Корни лопуха – 10,0, трава полыни горькой – 10,0, корни девясила – 10,0, цветки ромашки – 10,0, цветки календулы – 10,0, трава зверобоя – 10,0, трава сушеницы болотной – 10,0, трава хвоща полевого – 10,0, трава череды трехраздельной – 10,0, трава шалфея – 10,0. Способ приготовления аналогичный. Принимать по 1/3-1/2 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды.

4. Семена укропа – 30,0, листья мяты перечной – 30,0, плоды боярышника – 20,0, цветки бессмертника песчаного – 20,0, цветки ромашки – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 15-20 мин, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день через один час после еды (успокаивающее, спазмолитическое, болеутоляющее и антимикробное действие).

5. Кора крушины ольховидной – 30,0, листья мяты перечной – 20,0, листья крапивы двудомной – 30,0, корневище аира болотного – 10,0, корень валерианы лекарственной – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать в течение часа, процедить. Принимать по 1/2 стакана утром и вечером для регуляции деятельности кишечника.

6. Корневище аира болотного – 10,0, кора крушины ольховидной – 30,0, листья мяты перечной – 20,0, листья крапивы двудомной – 20,0, корень одуванчика – 10,0, корень валерианы – 10,0. Способ приготовления и применение аналогичный.

7. Трава зверобоя – 10,0, листья мяты перечной – 10,0, трава фиалки трехцветной – 10,0, цветки липы – 10,0, цветки ромашки аптечной – 10,0. Чайную ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 15-20 минут, процедить. Принимать в теплом виде как лекарственный чай по 1/2-1 стакану 3 раза в день до еды.

При ХП с инкреторной недостаточностью рекомендуется использовать лекарственные растения, обладающие сахароснижающим действием: лист черники, стручки фасоли, лист грецкого ореха, корень одуванчика, элеутерококк, дикий цикорий, листья земляники, семена дикой моркови, трава крапивы двудомной, корень лопуха большого, козлятник лекарственный, плоды бузины черной, пион уклоняющийся, клевер луговой.

Сахароснижающие отвары, настои, лекарственные чаи можно применять,

используя каждое растение в отдельности или в смеси примерно равных частей.

Следующие растения – “очистители” организма: лист толокнянки, лист брусники, траву пырея ползучего, сушеницы болотной, спорыша можно использовать как для самостоятельного применения в форме лекарственного чая, так и включать их в рецепт фитосбора.

8. Листья брусники – 10,0, листья черники – 20,0, корень одуванчика – 20,0, листья крапивы двудомной – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 20 мин. Настой принимать по 1/2 стакана 3 раза в день за 20-30 мин до еды.

9. Листья черники – 50,0, листья крапивы двудомной – 20,0, листья бузины черной – 20,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 2 часа. Выпивать в течение дня.

10. Листья черники – 25,0, корень лопуха – 25,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать в течение часа, кипятить на водяной бане в течение 30 минут, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3-4 раза в день за 20-30 минут до еды.

11. Травя хвоща полевого — 50,0, листья земляники — 50,0, трава горца птичьего – 100,0. Три столовых ложки сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 30 минут, процедить. Принимать по 2 стакана в течение дня.

12. Корни заманихи – 10,0, корни девясила – 10,0, трава хвоща полевого – 10,0, плоды шиповника коричневого – 10,0, трава череды трехраздельной – 10,0, листья черники – 20,0, трава зверобоя – 10,0, цветки ромашки аптечной – 10,0, листья мяты перечной – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 30 минут, настаивать в течение часа, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день за 20-30 минут до еды.

13. Листья крапивы двудомной – 20,0, корни одуванчика – 10,0, корни лопуха – 10,0, листья черники – 30,0, льняное семя – 10,0, плоды можжевельника – 10,0. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, кипятить на водяной бане 10-15 мин, охладить, процедить. Принимать по 1 стакану 2-3 раза в день за 15-20 минут до еды.

14. Листья черники – 20,0, створки стручков фасоли – 20,0, корень лопуха – 10,0, листья брусники – 10,0. Способ приготовления и применения аналогичный.

15. Листья черники – 30,0, створки стручков фасоли – 30,0, корень лопуха – 10,0, корень цикория – 10,0, семена льна – 10,0. Четыре столовых ложки сбора залить 4 стаканами кипятка, настаивать в течение часа, кипятить на водяной бане 15-20 минут, процедить. Принимать по 1 стакану 3-4 раза в день за 15-20 минут до еды.

16. Настой из листьев черники пить в любом количестве в течение дня до еды.

17. Настой из овса (100 г зерен на 0,5 л воды) принимать по 1/2-2/3 стакана 4 раза в день до еды.

18. 10 лавровых листьев заварить стаканом кипятка, настаивать 2-3 часа. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день.

Сахароснижающее действие оказывает сок некоторых ягод, овощей и фруктов: сок клубней свежего картофеля, сок свежих листьев белокочанной капусты, сок свежих плодов малины, кизила и груши. Усиливает ферментативную секрецию цельный сок или разведенный 1:1. В начале принимают по 1/4-1/3 стакана сока за 40-50 минут до еды. При хорошей переносимости дозу сока увеличивают до 1 стакана на прием.

Физио- и бальнеотерапия. С целью оптимизации лечебного процесса и повышения его эффективности целесообразно фитотерапию и питьевое лечение минеральными водами сочетать с физиобальнеотерапией, а также гомеотерапией, которую подбирают с учетом энергетического состояния каналов “связи” гепатохоледохопанкреатической системы и назначают в соответствии с хроноритмом активности меридианов.

При обострении хронического панкреатита особенно эффективно применение *лазеротерапии по методике ВЛОК*, позволяющей быстро (в течение 2-3 дней) добиться снижения интенсивности клинических

проявлений заболевания. Микросветовод вводят в кубитальную или подключичную вену, мощность светового потока 1-2 мВт, время экспозиции – 10-20 мин, на курс лечения – 3-7 сеансов.

Кроме ВЛОК вполне приемлемо (и не менее эффективно) воздействие НЛИ на зоны проекции крупных сосудов (методика ЭЛОК) в сочетании с воздействием на точки акупунктуры, добавляя к основным точкам воздействия – J12, T14, MC6, E36 следующие дополнительные точки – VB 25, 34, 38, F 12, 36, V 18-25, AP – 88 и 95. Подбор дополнительных точек в лазеропунктурный рецепт осуществляется на основании данных акупунктурной диагностики, позволяющей также осуществлять контроль за функциональным состоянием меридианов в процессе лазеротерапии. Как правило, энергетическое выравнивание меридианов коррелирует с улучшением клинического состояния пациента. Время экспозиции ЛИ на одну точку – 15-20с, за сеанс используют 5-6 корпоральных точек и 2 аурикулярные точки, мощность до 1-10 мВт/см², суммарная доза воздействия за один сеанс ориентировочно не более 0,5-1 Дж/см².

С целью уменьшения боли в ПЖ можно рекомендовать ЭФ препаратов, обладающих спазмолитической направленностью действия (атропин – интраназально, платифиллин, но-шпа, папаверин, зуфиллин на область проекции ПЖ), способствующих ликвидации спазма сфинктера Одди, восстанавливающих отток панкреатического сока, снижающих внутриорганное давление. Этой же цели будет способствовать применение ЭФ ненаркотических анальгетиков – баралгина, анальгина из среды 50-25 % ДМСО (вводится биполярно), ЭФ антигистаминных средств (раствор димедрола в сочетании с кальцием – интраназально), а также ЭФ нитроглицерина (особенно при сочетании обострения ХП с ИБС).

С целью подавления секреции ПЖ можно рекомендовать (помимо голода, холода на эпигастральную область, приёма минеральных вод и общепринятого медикаментозного лечения) назначение – β-адрено-блокаторов (анаприлина, индерала, обзидана) по методу “электродренинга” или лекарственного ЭФ (ингибирующий эффект β-адреноблокаторов усиливается при одновременном назначении циметидина).

Снижению внешней секреции ПЖ Способствует так же назначение даларгина (синтетический опиоидный пептид из группы энкефалинов) в виде электроаэрозоля или лекарственного ЭФ на область ПЖ, что особенно показано при сочетании ХП и ИБС, ХП и ВЗЛ.

При выраженной гиперферментемии с целью подавления активности ферментов ПЖ используют также калликреин-протеазные ингибиторы: трасилол, контрикал, гордокс, аминокaproновая кислота, которые инактивируют циркулирующий в крови трипсин, устранив токсемию, блокируют свободные кинины и, тем самым, предупреждают прогрессирование воспалительно-деструктивного процесса в ПЖ, уменьшают нестихающую боль в верхней половине живота). Следует назначать их в достаточной терапевтической дозе с учётом индивидуальной переносимости препарата больным. Для введения в организм вышеуказанных препаратов можно использовать методику “электродренинга” (протаскивания) или в виде аппликации из среды ДМСО (рис. 113).

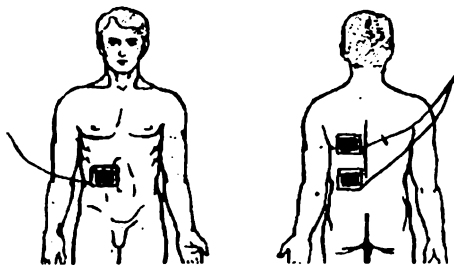


Рис. 113. Расположение электродов при электродренинге калликреин-протеазных ингибиторов у больных ХП

При “электродренинге” лекарственное вещество вводится не с лекарственных прокладок, а наносится на кожу в межэлектродном пространстве, что полностью исключает потерю лекарства на прокладках. Усиление лечебного эффекта достигается увеличением площади нанесения лекарственного вещества и использованием в качестве растворителя димексида, который сам по себе обладает выраженным противовоспалительным, болеутоляющим действием, улучшает микроциркуляцию и способствует проникновению лекарства в ткани.

Методика. Контрикал в дозе 5000- 10000 ЕД разводится в 2мл 50% р-ра димексида (трасилол 50000 ЕД, гордокс 25000 ЕД) и наносится на кожу спины в месте проекции ПЖ между электродами (больной в полугоризонтально-боковом положении). Раздвоенный анод (размером 10 x 7см) располагают в области верхней (выше Th_{6-7}) и нижней границы (ниже Th_{10}) намазанного на кожу лекарства, а катод (размером 10x15) помещают на передней поверхности тела в области печени. Сила тока до 5-7 мА, продолжительность ежедневных воздействий до 15-25 мин (в некоторых случаях возможно назначение процедур утром и днем) на курс лечения 5-7-9 процедур. **Показания к “электродренингу” контрикала:** болевая форма ХП с повышенной кининогеназной активностью и признаками абсолютной или относительной ингибиторной недостаточности. **Противопоказания.** Индивидуальная непереносимость контрикала, димексида, нарушение антитоксической функции печени и выделительной функции почек, беременность, глаукома, катаракта.

“Элеатродренинг” гамма-оксимасляной кислоты показан при умеренно выраженном и затухающем обострении ХП, при болевой форме ХП. Для приготовления рабочего раствора берут 10 мл 20% ампульного раствора натрия оксибутирата и разводят в 10мл 100%- 50% раствора димексида. Методика наложения электродов и проведения процедуры аналогична вышеописанной.

Как свидетельствуют наблюдения, уже буквально после 2-3 процедур “электродренинга” купируется боль, исчезают диспепсические явления, улучшается общее состояние, снижается уровень свободных кининов и трипсинов.

При выраженном болевом синдроме и нарушенной внешнесекреторной функции ПЖ хороший лечебный эффект мы наблюдали от применения *аппликаций* (по типу компресса) лекарственных смесей на область левого подреберья с захватом области эпигастрия, окологрудной зоны и соответствующей сегментарной зоны – Th_6-Th_{10} (по типу

полупояса). Лекарственная смесь наносится на кожу, поверх кладется марлевая салфетка, смоченная этой же лекарственной смесью, а сверху область воздействия покрывается компрессной бумагой. Применяется по 2-3 аппликации в день, экспозиция до 20-30 минут, курс лечения в течение 3-5 дней.

Использовали следующие составы лекарственных смесей: 1) 5 мл 25 % р-ра димексида, 5 мл ампульного р-ра баралгина, 5000-10000 ЕД контрикала (гордокса), 1 мл 1% р-ра никотиновой кислоты, 1 мл 2% р-ра но-шпы (или зуфиллина, папаверина); 2) 10000 ЕД трасилола в 25% р-ре димексида (трасилол разводится в 10 мл 25 % р-ра димексида), 5 мл ампульного р-ра баралгина, 1 мл витамина В₁₂, 1 мл 0,2 % р-ра платифиллина.

С позиций хронотерапии выбор времени для аппликаций лучше всего делать с учётом данных ЭПДФ или с учётом индивидуальных временных проявлений усиления боли.

Уже буквально после 2-3 аппликаций больные отмечали улучшение общего состояния и исчезновение болевого синдрома, что в последующем подтверждалось улучшением и клинко-биохимических показателей.

При выраженном болевом синдроме хороший терапевтический эффект наблюдается также от применения электроанальгезии (аппараты "ЛЭНАР", "Электронаркон-1" и др.), метода УФОК, лазеротерапии, КВЧ-терапии.

КВЧ-терапия. Длина волны ЭМИ КВЧ подбирается индивидуально, мощность излучения до 3-5 мВт, режим работы непрерывный или ТЧМ, положение излучателя – контактно на БАТ, время процедуры суммарно до 15-30 минут (на 1 БАТ не более 10 мин), зоны воздействия – 2-3 БАТ за одну процедуру, на курс лечения – 9-15 ежедневных процедур.

Рекомендуемые основные БАТ – J 12, MC 6, E 36, 39; VB 20, 24; дополнительные БАТ – P 9; GI 4, E 19, 21, 23, 25, 38; RP 2, 16; V 20-22; V 40,43; R 3. Индивидуализации терапии способствует подбор БАТ в пунктурный рецепт в соответствии с данными электропунктурной диагностики.

Выраженный болеутоляющий эффект вышеперечисленных методов можно объяснить поступлением в гемциркуляцию целого ряда ФАВ, среди которых наиболее важными являются эндорфины, обеспечивающие антистрессорное и болеутоляющее действие.

С целью коррекции внешне- и внутрисекреторной функции ПЖ (при ещё сохранённой, но сниженной внешнесекреторной функции) возможна стимулирующая терапия с применением зуфиллина (ингибирует активность фермента фосфодиэстеразы и повышает уровень цАМФ в панкреоцитах, что способствует синтезу панкреатических ферментов) и кальция (участвует в синтезе панкреатических ферментов и секреции инсулина, в стимуляции сохранившихся ацинарных клеток и секреции панкреатических ферментов – трипсина и липазы, а также предотвращает снижение их секреции с панкреатическим соком при заместительной терапии полиферментными препаратами – панзинорм, фестал, панкурмен и др.). Препараты кальция и зуфиллина можно использовать в виде лекарственного ЭФ (гальваническим или импульсными токами), "электродренинга" или аппликаций из среды 25-50%

димексида, при необходимости сочетая эти методы с внутривенным или внутривенно-капельным их введением. По окончании внутривенного вливания (или прокапав 2/3 объёма лекарственного раствора), проводят поперечную гальванизацию ПЖ. Параметры воздействия: плотность тока 0,01-0,03 мА/см², продолжительность процедуры 10-30 мин, на курс лечения 10-12 процедур, проводимых в дни внутривенных вливаний.

Можно сочетать физиотерапевтическое лечение с заместительной терапией препаратами, содержащими ферменты поджелудочной железы, особенно в случаях, когда ХП протекает с клиническими признаками внешнесекреторной недостаточности, при явлениях мальдигестии, мальабсорбции, стеатореи.

При ХП с наличием внешнесекреторной панкреатической недостаточности эффективно назначение *ДМВ-терапии* (аппарат "Ромашка"). Прямоугольный волноизлучатель с зазором 3-4 см располагают в области левого подреберья, мощность нетепловая – слаботепловая (3-5 Вт), экспозиция – 8-10 мин, на курс лечения до 7-10 процедур, назначаемых ежедневно или через день.

При ХП с нарушением внешнесекреторной и инкреторной функции можно рекомендовать применение *УЗ-терапии* на область проекции ПЖ и соответствующую рефлексогенную зону. Непосредственно перед процедурой больному предлагается выпить 300 мл лекарственного чая из ягод шиповника или из ягод шиповника и крапивы или других трав сахароснижающего действия. Больной в положении стоя или лёжа (с валиком под спиной, чтобы приблизить паренхиматозные органы – ПЖ и селезёнку к передней брюшной стенке). *I поле* - воздействие на область левого подреберья с захватом области эпигастрия, методика лабильная, режим импульсный (5 мс) – интенсивность – 0,05-0,2 Вт/см², экспозиция – 4-5 мин; *II поле* – воздействие на уровне Th₇-Th₁₀ паравerteбрально слева (больной стоит или сидит на стуле, выгнув спину), методика лабильная, режим импульсный, интенсивность – 0,05-0,1 Вт/см², экспозиция – 2-3 мин, на курс лечения – 7-10 процедур, назначаемых через день. Общее время экспозиции не более 7-9 мин. При отпуске процедур рекомендуется использовать волноизлучатель с площадью активной поверхности не более 1-2 см².

При ХП с умеренно повышенной внешнесекреторной функцией можно применять СМТ или СМТ-ЭФ лекарственных веществ терапевтически направленного действия. Расположение электродов поперечно на область левого подреберья и соответствующую сегментарную зоны, режим переменный (или выпрямленный), I и III р.р. или I, III, IV р.р., длительность полупериодов – 1-1,5 с или – 2-3 с, частота импульсного тока – 100-50 Гц, глубина модуляции – 25-50%, общее время воздействия – 6-9 мин, сила тока до ощущения приятной вибрации под электродами, на курс лечения – 7-10 процедур, назначаемых ежедневно.

В фазе затихающего обострения (особенно у лиц пожилого возраста) используется *ПеМП н.ч.* (аппарат "Полюс-1"), локализованное на область левого подреберья. Параметры воздействия: форма ПеМП – синусоидальная, частота – 30-50 Гц, магнитная индукция до 17,5 мТл (переключатель интенсивности в положении II-III), продолжительность процедуры – 15-20 мин, на курс лечения до 10-15 процедур.

Для борьбы с интоксикацией при обострении ХП (вялотекущем

процессе) используются методы эфферентной терапии – гемосорбция и плазмореф. Использование с детоксикационной целью методов БРТ и комплексной резонансной гомеопатии, как показывают наблюдения, очень эффективно, но пока не получило достаточно широкого распространения в виду отсутствия аппаратуры и подготовленных специалистов.

Стимуляция репаративных (анаболических) процессов в ПЖ при длительно текущем ХП с развитием фиброза и атрофии является актуальной проблемой, но, к сожалению, окончательно не разработанной. Можно рекомендовать трансселезёночно-панкреатическую и транс-печёночную анодную гальванизацию, назначаемую через 1-1,5 ч после приёма соответствующего фитосбора или минеральной воды.

Методика транспечёночной гальванизации. Электрод – анод, площадью 120-150 см² помещают на область правого подреберья с захватом области эпигастрия, а электрод – катод (площадью 120-150 см²) – на спине с захватом соответствующих сегментов спинного мозга (Th₆-Th₁₀). Плотность тока – 0,01-0,03 мА/см², экспозиция – 10-30 мин, на курс лечения 7-8 процедур, назначаемых через день.

Методика трансселезёночно-панкреатической анодной гальванизации. Электрод – анод площадью 120-150 см² помещают на область левого подреберья с частичным захватом области эпигастрия и окологрудиной зоны, а электрод-катод (площадью 120-150 см²) – на спине с захватом соответствующих сегментов спинного мозга (Th₆-Th₁₀). Плотность тока 0,01-0,02 мА/см², экспозиция – 10-30 мин, на курс лечения 5-7 процедур через день чередующихся с предыдущей локализацией электродов. С целью стимуляции процессов репарации в ПЖ можно методом ЭФ ввести с анода витамин В₁₂ (обладает анаболической активностью), а с катода – натрия тиосульфат (повышает регенерацию ПЖ, ускоряет процессы клеточной репарации, тормозит прогрессирование ХП).

Под влиянием использования вышеперечисленного сочетания улучшается функция ПЖ, детоксикационная функция печени и селезёнки, стимулируется фагоцитарная активность лейкоцитов, повышается активность клеточного иммунитета.

Стимулирует репаративные процессы в ПЖ и *лазеротерапия* (методика контактно-сканирующего воздействия или зональное облучение ПЖ расфокусированным лучом в сочетании с методом ЭЛОК), которую можно сочетать с предварительной обработкой зон воздействия 25 % р-ром димексида или подобранными гомеопатическими препаратами (растворёнными в дистиллированной воде).

Для коррекции иммунологического дисбаланса, наблюдающегося у больных ХП, можно рекомендовать ЭС или *транскраниальную электроанальгезию, ДМВ-терапию*, локализованную на область функционально активных зон, (битемпорально, на область тимуса), различные *методики лазеро- и КВЧ-терапии*.

Замедлению прогрессирования хронического панкреатита и уменьшению частоты обострений способствует нормализация функций желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей. В лечебном комплексе необходимо предусмотреть лечение дисбактериоза кишечника, нередко осложняющего течение ХП. Эффективными методами терапии дисбактериоза и лямблиозного холецистита являют-

ся биофизические методы, в частности, БРТ, биологические методы – гомеопатия (комплексная и резонансная), микроэлементы и их соли, фитотерапия.

В фазе ремиссии заболевания с профилактической целью показано применение бальнеотерапии в виде углекисло-сероводородных, углекисло-радоновых, углекислых, сульфидных ванн, температура воды – 36-37° С, продолжительность – 10-15 мин, на курс лечения – 8-10 процедур, назначаемых через день.

Пеллоидотерапия показана больным с внешнесекреторной недостаточностью ПЖ, наличием сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Этим же больным можно рекомендовать *применение гальваногрязи* на эпигастральную область (прежде всего при сопутствующих холецистопанкреатитах, при сочетании ХП с хроническим гастритом, дуоденитом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, астено-вегетативным синдромом). Используют плотность тока – 0,05 мА/ см², температура грязи – 38-40° С, экспозиция до 20 мин. Следует учитывать, что раннее назначение теплолечения (через 1-1,5 месяца после обострения ХП) у многих больных вызывает стойкое усиление боли, а включение методов теплолечения в комплексную терапию через 5-6 месяцев после обострения даёт хороший терапевтический эффект.

Немаловажную профилактическую роль играет нормализация функции желудочно-кишечного тракта, печени, желчевыводящих путей и кишечника, поскольку способствует замедлению прогрессирования ХП, уменьшению частоты обострений.

Годами эти больные должны придерживаться определённого диетического режима.

Занятия ЛФК по специально подобранным комплексам упражнений для больных ХП должны обязательно включаться в комплексную терапию, т. к. способствуют улучшению обменно-трофических процессов и кровообращения в органах брюшной полости, ускорению пассажа кишечного содержимого и ликвидации запоров, опорожнению желчного пузыря и повышению общего жизненного тонуса организма. Поэтому целесообразно рекомендовать больным включение этих специальных упражнений в комплекс ежедневной утренней гимнастики.

Больным ХП показана также *психотерапия*, использование различных *восточных психотехник*, что повышает их психологическую адаптацию, способствует улучшению общего состояния.

Таким образом, лечебно-реабилитационная терапия хронического панкреатита – это длительный долговременный процесс. С целью предотвращения прогрессирования воспалительно-деструктивного процесса в ПЖ, предупреждения возникновения осложнений и вовлечения в патологический процесс других органов и систем, больные нуждаются в наблюдении участкового терапевта и гастроэнтеролога. Эти специалисты осуществляют консультативную помощь, своевременно назначая соответствующий объем исследований и методы превентивной терапии. Но только активная позиция больного по отношению к своему здоровью позволит предотвратить прогрессирование заболевания и вести полноценный образ жизни.

Как уже отмечалось ХП нередко сопровождается не только нарушением внешнесекреторной, но и инкреторной функции ПЖ. Поэтому считаем целесообразным отметить особенности лечебной тактики при развитии сахарного диабета (СД) и его осложнений, поскольку от своевременности последней в значительной степени зависит прогноз и трудовая реабилитация больных. Серьёзным подспорьем в комплексной терапии этого контингента больных являются немедикаментозные методы лечения.

Лечебная физкультура является одной из важнейших составляющих комплексной терапии СД. Не зря она упоминается в триаде, начертанной на медали, выпущенной в честь 25-летия со дня открытия инсулина: "Инсулин, диета, физические упражнения". Применение различных общеразвивающих и дыхательных упражнений, дозированной физической нагрузки способствует улучшению функционирования кардиореспираторной системы, повышению насыщения артериальной крови кислородом и интенсификации тканевого метаболизма, что благоприятно влияет на гипергликемию и липидный обмен.

Лечебная физкультура у больных с различной степенью тяжести СД должна назначаться только в период компенсации заболевания с учетом имеющихся нарушений сердечно-сосудистой системы, в том числе и микроциркуляторных.

В амбулаторно-поликлинических условиях могут быть использованы различные формы ЛФК: утренняя гигиеническая гимнастика (простые упражнения для туловища и конечностей в чередовании с дыхательными упражнениями, упражнения для брюшного пресса – всего 4-8 упражнений с повторением каждого из них 4-6-8 раз), дозированные прогулки, хождение пешком на работу, труд в саду, огороде, умеренная езда на велосипеде, дозированная гребля, игра в городки, теннис, лыжные прогулки, коньки и др.

Минеральные воды. Это один из методов немедикаментозной терапии, обеспечивающий нормализацию углеводного и других видов обмена, в частности, микроэлементного, улучшение функционального состояния гепатохоледохопанкреатической системы и почек.

Различные по своему составу минеральные воды оказывают положительное влияние на углеводный обмен больных СД: гидрокарбонатные и сульфатные воды снижают уровень кетоновых тел в крови, способствуют увеличению щелочных резервов и снижению содержания холестерина, β -липопротеидов, свободных жирных кислот, триглицеридов, а также повышению уровня фосфолипидов, участвующих в транспорте жиров; воды с высоким содержанием ионов меди и цинка оказывают непосредственное влияние на деятельность инсулярного аппарата и активность ферментных систем, расщепляющих инсулин (можно сочетать с ЭФ меди и цинка с раздвоенного анода, локализованного на сегментарную зону ПЖ, с введением салицилатов с катода, локализованного на область проекции ПЖ на переднюю брюшную стенку).

Больным СД с различной тяжестью заболевания (в основном лёгкой и среднетяжёлой) рекомендуется лечение минеральными водами следующих источников: Березовские минеральные воды (гидрокарбонатно-кальциево-магниево-натриевые воды, содержащие органические вещества); Боржоми (углекисло-гидрокарбонатно-натриевые воды); Джава (углекисло-гидрокарбонатно-хлоридно-натриевые воды); Джермук (уг-

лекисло-гидрокарбонатно-натриевая вода); Друскининкай (хлоридно-натриево-кальциевая вода); Эссентуки (воды источников № 4, 17 и 20); Истису (углекислые гидрокарбонатно-натриевые воды достаточно высокой температуры — до 60°C); Миргород (хлоридно-натриевая вода); Пятигорск (углекисло-сероводородные, радоновые, железистые, углекислые и другие воды); Саирме (углекисло-гидрокарбонатно-натриево-кальциевая вода); Трускавец (гидрокарбонатно-кальциево-магниева вода “Нафтуса” с небольшим содержанием железа и лития, высокоминерализованная хлоридно-сульфатно-натриевая вода источника № 3).

Минеральные воды назначает 3-4 раза в день (время приёма зависит от состояния секреторной функции желудка). В первые один-два дня разовую дозу минеральной воды ограничивают 70-100 мл, в последующем при хорошей переносимости – увеличивают до 200-250 мл. При кетоацидозе и отсутствии противопоказаний количество минеральной воды можно увеличить до 400-450 мл. В этих случаях воду принимают в 2 приема с интервалом в 30-40 мин. Увеличение общего количества минеральной воды (до 1200 мл) рекомендуется и при мочекаменном диатезе.

Температура питьевой воды определяется, исходя из осложнений СД и сопутствующих заболеваний. При сочетании СД с ЯБ, энтероколитом, холециститом применяются воды, подогретые до 40 – 45°C. Длительность курса питьевого лечения до 4-х недель. Повторные курсы рекомендуется проводить каждые 3-4 месяца, используя соответствующие бутылированные минеральные воды, а в промежутках между питьевым лечением целесообразно использовать фитотерапию.

Больным СД показаны и другие методы введения минеральных вод: дуоденальный дренаж, промывание желудка, микроклизмы. Дуоденальный тюбаж назначается при сопутствующих заболеваниях гепатобилиарной системы. При кетоацидозе рекомендуется ректальный способ введения минеральной воды. Благоприятное влияние на течение СД оказывает и наружное применение минеральных вод в виде ванн, применяемых на вышеперечисленных курортах.

Физиобальнеотерапевтические методы широко используются для лечения СД и его осложнений при условии компенсации заболевания, стойкого отсутствия кетоацидоза и выраженной склонности к гипогликемиям, особенно при назначении лечебных ванн и сауны.

Диабетические ангиопатии – наиболее распространённое осложнение СД, поражающее все сосудистые бассейны, но с преимущественной локализацией в конечностях, сетчатке глаз, почках. Различают диабетические макро- и микроангиопатии и, соответственно, доклиническую функциональную и органическую стадии заболевания.

Диабетические микро- и макроангиопатии в функциональной стадии могут сопровождаться как гипо-, так и гипертонусом сосудов, что диктует необходимость дифференцированного включения физиотерапевтических факторов в комплексную терапию больных СД.

При диабетических ангиопатиях конечностей функционального характера, протекающих с явлениями гипертонуса сосудов и выраженным болевым синдромом, можно включать в комплексную терапию методы, обладающие сосудорасширяющей, трофометаболической и болеутоляющей направленностью действия.

Лекарственный ЭФ назначается на конечность по продольной ме-

тодике с растворами лекарств – но-шпа, папаверин, эуфиллин, никотиновая кислота, новокаин, йод, гепарин, смеси Парфёнова и др.

Индуктотермия (назначается преимущественно в тех случаях, когда имеются различные дефекты кожи гипсовые повязки): электрод-диск локализуют над областью поясничных симпатических узлов, сила анодного тока до 140-160 мА, экспозиция – 10-15 мин, 3-5 процедур, с последующим воздействием на конечность, используя электрод-кабель. Сила анодного тока – 120-140 мА, экспозиция – 10-15 мин, общий курс лечения до 6-10 процедур.

Противопоказания. Ишемия миокарда, сердечно-сосудистая недостаточность II степени, ГБ III стадии, склонность к геморрагиям, тиреотоксикоз (средняя и тяжёлая формы).

УВЧ-терапия (при любых локализациях воздействия используется атермическая доза) улучшает прифериическое кровообращение за счёт снижения сосудистого тонуса.

Общий лечебный комплекс у этого контингента больных может быть дополнен *суховоздушной ванной-сауной, углекислыми и кислородными ваннами.*

Механизм действия сауны складывается из сочетанного воздействия низкой влажности (10-15%), температуры (70-100°C) и охлаждающих процедур (душ, обливание, купание), что оказывает положительное влияние на кардиореспираторную систему, артериовенозный тонус, на кровонаполнение и скорость кровотока. Обильное потовыделение (0,3-0,5 л пота) усиливает выделение азотистых шлаков, солей натрия. Пребывание в сауне благотворно влияет на психосоматическое звено патогенеза СД – снимается нервное напряжение, повышенная тревожность, что немаловажно для больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией (без явлений сердечной и коронарной недостаточности и нарушений сердечного ритма).

Дозирование сауны осуществляется в индивидуальном порядке: температура – 60, 70, 80, 90°C, время пребывания в парилке – 3-5-7-10 мин с последующим приёмом охлаждающих процедур. Количество заходов в парилку – 2-3. Общее время процедуры с учётом отдыха и водных процедур – 1-1,5 ч, число посещений в неделю – 1-2 раза. В дни приёма сауны другие физиотерапевтические процедуры не назначаются.

При диабетических микроангиопатиях с явлениями гипотонуса в комплексную терапию включают лекарственный ЭФ (препараты грязи, алоэ, фибс, кокарбоксилаза, бифорез новокаина-йода и др.) по продольной методике в чередовании с СМТ или ДДТ на область соответствующих сегментов спинного мозга (импульсные токи блокируют пути афферентной импульсации, приводя к разрыву порочного круга патологического возбуждения и ликвидации очага застойного возбуждения в коре головного мозга; местное действие – обезболивающее, улучшающее крово- и лимфоток, нормализующее тактильную чувствительность и кожную температуру), Д'Арсонвализация конечности по ходу сосудисто-нервного пучка.

Электролечение рекомендуется сочетать с камерными или общими лечебными ваннами (углекислыми, кислородными, соляно-хвойными, йодо-бромными, контрастными), массажем конечностей и соответствующих сегментарных зон.

При диабетических ангиопатиях органического характера физиотерапию назначают с учётом состояния сосудистого тонуса и наличия сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. Пациентам без трофических изменений кожи назначается бифорез новокаина-йода (при выраженном склерозировании сосудов) по продольной методике с захватом соответствующих симпатических узлов; ЭФ гепарина, компламина (особенно у лиц с нарушенной сосудистой проницаемостью); ЭФ эуфиллина, магния, дибазола и др. (при выраженном гипертонусе сосудов); ЭФ лидокаина-пирилена и аскорбиновой-никотиновой кислот по сегментарной методике (лекарственная прокладка, смоченная 0,5% р-ром лидокаина и 0,07-1% р-ром пирилена, помещается на область C_6-T_4 – анод и на область $T_{10}-L_3$ – катод, смоченный смесью р-ров 1% никотиновой кислоты и 1-3% р-ром аскорбиновой кислоты), плотность тока – 0,02 мА/см², экспозиция – 15-20 мин, на курс лечения до 10 процедур.

ДДТ (в виде ДН- или ДВ-тока) или СМТ на пораженные конечности, а при наличии трофических язв импульсные токи применяют на область соответствующих сегментарных зон, сочетая их с локальным аэрофорезом ферментов, аскорбиновой и никотиновой кислот, алоэ и других препаратов, стимулирующих репарацию и микроциркуляцию. Назначается на цикл лечения 5-6 ежедневных процедур и проводится 2-3 таких лечебных цикла с перерывом между ними в 1-2 недели.

УВЧ-терапия по сегментарной методике (без ощущения тепла);

Магнитотерапия (на сегментарную зону и продольно) на курс лечения до 7-10 процедур, назначаемых через день. В частности, методом выбора у этого контингента больных является применение ВИМП, ВрМП. Хорошо сочетается электротерапия с радоновыми ваннами. При наличии противопоказаний к общим ваннам могут быть назначены камерные ванны.

Больным СД с поражением крупных сосудов функционального характера могут быть назначены искусственные сульфидные ванны на морской воде (90-120 мг/л, температура 36-37°C, по 10-15 мин через день) или скипидарные ванны из белой эмульсии (лицам без коронарной недостаточности или гипертонии II-III стадии). Концентрацию скипидарной эмульсии постепенно увеличивают: в первую ванну вливают 15 мл белой эмульсии (после предварительного размешивания её в 2-3 л воды температуры 60-70° С); в последующие – 20, 25, 30, 35 мл белой эмульсии, температура ванн – 36-37-38°C, по 10-15 мин, на курс лечения – 9-15 ванн, назначаемых через день.

Лазеротерапия при описываемой патологии оказывает выраженный регенераторный, противовоспалительный и обезболивающий эффекты, улучшает кровоток и микроциркуляцию. Методики воздействия: ВЛОК ГНЛ или ЭЛОК ИКЛ, лазеропунктура, дистанционное или контактно-сканирующее воздействие по ходу сосудисто-нервного пучка или соответствующего меридиана, или рефлексогенной зоны, курс лечения должен быть растянут во времени, что более адекватно функциональным резервам больного организма.

По данным литературы, ВЛОК ГНЛ более целесообразно проводить короткими циклами – 3-5 сеансов (мощность излучения на конце световода 1-2 мВт, экспозиция – 10-20 мин). Последующие сеансы можно проводить после 1-2 недельного перерыва и больше или использовать другие варианты сочетанной лазеротерапии.

Лазеропунктура может сочетаться со сканирующим воздействием на паравerteбральные зоны, по ходу меридиана или сосудисто-нервного пучка. Первые 3-5 сеансов лазеропунктуры проводят после акупунктурной диагностики: на меридианы, в которых избыток энергии, воздействуют в ИКЛ-диапазоне, а в которых ее недостаток – ГНЛ. Комбинированное воздействие ГНЛ и ИКЛ проводят до энергетического выравнивания в меридианах (акупунктурный контроль каждые 3-5 сеансов).

Для лазеропунктуры можно использовать АТ базового рецепта – J(XIII) 12; T(XIV) 14; MC(IX) 6; E (III) 36, дополняя его 2-3 точками специфического действия: MC(IX)9 и P(I)9 (заболевания артерий); VB (XI) 38 и V (VII) 31-34 (заболевания вен); VB (XI) 20, V (VII) 10, R (VIII) 2 (воздействие на вегетативный отдел нервной системы, преимущественно симпатический); E (III) 9, J (XIII) 17, T (XIV) 14, E (III) 36, T (XIV) 4, V (VII) 43 (точки иммуномодулирующего действия). Сочетание точек зависит от динамики хода лечения и превалирования конкретных клинических симптомов. В рецепт включают за один сеанс 7-9 зон воздействия, экспозиция на одну АТ – 15-30 с, суммарное время экспозиции до 5-7 мин, суммарная энергия экспозиции – 0,3-0,5 Дж/см². Общий курс лечения до 15 процедур.

В последующем можно проводить поддерживающие сеансы: один сеанс в 1-2 недели или повторные курсы (2-3) через 2-3 месяца.

Для контроля за эффективностью лазеротерапии, помимо акупунктурной диагностики, используют биохимические показатели крови, направленность вегетативного тонуса.

КВЧ-терапия показана при лечении диабетических ангиопатий и полинейропатий. Воздействие осуществляется на симметричные акупунктурные точки меридианов – E (III) 36; RP (IV) 2, 3, 4, 6; P (I) 7; V (VII) 20, 21, 23, 25, 60; TR (X) 3; F (XII) 2. Во время лечебной процедуры, как правило, воздействуют на 2 точки. Выбор и сочетание точек зависят от клинической симптоматики и динамики хода лечения. Курс лечения состоит из 10-15 процедур, длительностью до 20-30 мин. Критерием адекватности подобранной частоты являются сенсорные реакции пациента (ощущение тепла, вибрации, сдавления), соответствующие данному меридиану, а также энергетическое выравнивание в меридианах. Как правило, после курса лечения наблюдается уменьшение или исчезновение ирритативно-болевого синдрома, обусловленного диабетическими ангио- и полинейропатиями; снижение ПСС, увеличение пульсового кровотока и объема пульсовой волны, нормализация гемодинамических показателей – уменьшается или исчезает симптом термоасимметрии, увеличивается скорость распространения возбуждения по периферическим нервам. Положительная динамика клинической симптоматики подтверждается данными РЭГ, ЭМГ, электронейрографии, капилляроскопии, плетизмографии.

Показания для лазеротерапии и КВЧ-терапии: функциональные (I-II) стадии диабетических микроангиопатий, микроангиопатий и полинейропатий у больных инсулинозависимым и инсулинонезависимым СД лёгкой, среднетяжёлой и тяжёлой форм заболевания, как в состоянии компенсации, так и декомпенсированном состоянии. Преимущество этих лечебных методов – быстрое достижение лечебного эффекта без дополнительного использования медикаментозных средств.

Оптимизирует лечение любой формы диабетической ангиопатии

включение в лечебный комплекс *курантила* N (75-250 мг/сутки), являющегося уникальным антиагрегантом и антипротектором, воздействующим на все механизмы кровотока и реологии крови: артериолы, капилляры, тромбоциты, эритроциты и др.

У больных СД с сопутствующим заболеванием вен конечностей может быть применен ЭФ-трипсина, химотрипсина, оказывающий противовоспалительное, противоотечное, антигемокоагулирующее действие: 10 мг фермента растворяют в 20 мл боратного буферного раствора (или 20 мл дистил. воды подщелоченной до pH = 8,0) и наносят смесь на лекарственную прокладку (катод), которую помещают на внутреннюю поверхность голени по ходу сосудистого пучка, другой электрод – на наружную поверхность голени (при большой поражённости – на поясницу), плотность тока – 0,01-0,02 мА/см², экспозиция до 15-25 мин, на курс лечения – 10-12 процедур, назначаемых через день.

При поражении поверхностных вен с выраженными нарушениями в свёртывающей системе крови рекомендуется ЭФ-гепарина по продольной методике (экспозиция до 30-40 мин). Может быть применено УФО, начиная с 2-3 биодоз, 6-9 процедур на курс лечения.

При наличии трофических язв (перед процедурой поражённую поверхность очищают от отделяемого) можно использовать вышеописанные методики лазеротерапии, в сочетании со сканирующей дистантной методикой освечивания поражённой поверхности кожи, захватывая здоровые ткани в пределах 1-2 см, продвигаясь от периферии к центру патологического очага.

Методом выбора является УФО (0,5-1,5 биодозы) поражённой поверхности кожи с последующим аэрофорезом витаминов С и РР, алоэ, ферментов.

При *диабетических ретинопатиях*, являющихся наиболее частым и прогностически неблагоприятным осложнением СД, в комплексную терапию должны быть включены витамины, тканевые препараты, антикоагулянты, ферменты, гипохолестеринемические средства, используя преимущественно локальные физико-фармакологические методы их введения в организм.

Среди этих методов ведущее место занимает *лекарственный ЭФ*, благодаря полиморфизму действия и возможности оказывать длительное локальное фармакологическое воздействие при небольших дозах препарата.

В глазной практике для лекарственного ЭФ преимущественно применяют растворы, приготовленные на стерильной дистиллированной воде. Электрофорез осуществляется путём непосредственного воздействия на глаза через электроды-ванночки или через сомкнутые веки (по Бургиньону) – в последнем случае до ЭФ проводится 2-3 кратная инстиляция вводимого водного р-ра медикамента в конъюнктивальный мешок. Лекарственным р-ром смачивают лекарственную прокладку. Полярность электрода определяется знаком заряда, который приобретают частицы лекарственных веществ при диссоциации в растворе под действием тока.

Учитывая тяжесть процесса, при лекарственном ЭФ по Бургиньону рекомендуется осторожная, щадящая схема лечения: на первой процедуре сила тока не должна превышать 0,3-0,5 мА, а экспозиция 5-7 мин, в последующем постепенно увеличивается сила тока до 1,0-1,5 мА, а

экспозиции до 20-25 мин, на курс лечения до 15-25 процедур. При хорошей переносимости через 3-5 процедур можно перейти к лекарственному ЭФ через электрод-ванночку (с.т. от 0,3 мА до 1 мА, экспозиция с 3-5 мин до 15 мин). Ванночковый электрод стерилизуется кипячением. Ванночки, используемые для ЭФ атропина, подвергаются кипячению в отдельном стерилизаторе с надписью "атропин" и не могут быть использованы для других манипуляций.

Методом преимущественного выбора для лекарственного ЭФ при диабетических ретинопатиях можно считать растворы лекарств - трентала, теоникола, кавинтона; при диабетических ретинопатиях с наличием микроаневризм, кровоизлияний – ЭФ гепарина, папаина; при склерозе ретинальных сосудов с плазморрагическими очагами в офтальмологической картине – ЭФ йодида калия; при ангиоспазмах, дегенеративных изменениях сетчатки – ЭФ никотиновой кислоты, теоникола, смесей никотиновой и аскорбиновой кислот, алоэ с витаминами РР и С, никотиновой кислоты и йодистого калия и др.; при диабетических ретинопатиях, сопровождающихся макулярным отёком – ЭФ кальция. При наличии фиброзных изменений сетчатки, стекловидного тела, гемифтальме рекомендуется ЭФ смеси лизирующих веществ – лидазы (гиалуронидазы) с фибринолизин (растворитель ацетатный буфер или дистиллированная вода, подкисленная до pH = 4,5), которые оказывают выраженное противовоспалительное, противоотечное, антигемокоагулирующее, рассасывающее действие.

Противопоказанием к лекарственному ЭФ на глаза у больных СД являются: глаукома, отслойка сетчатки, выраженная склонность к кровоизлияниям, неоваскуляризация радужной оболочки, свежие преретинальные и внутристекловидные кровоизлияния (до 10 дней), ГБ II, Б-III стадии, выраженный склероз сосудов головного мозга, сосудистые кризы, синдром Киммельстиль-Уилсона, индивидуальная непереносимость электропроцедур.

При диабетических энцефалопатиях с умеренно выраженной неврастительной комплексная терапия может быть дополнена назначением лекарственного ЭФ глютаминовой кислоты, аминалона, препаратов фосфора, кокарбоксилазы, препаратов психотропной направленности действия по интраназальной или воротниковой методикам; электросонотерапия или транскраниальная электроанальгезия, дарсонвализация головы и воротниковой области, лазеротерапия по методике ВЛОК или ЭЛОК в сочетании с воздействием расфокусированным лучом на рефлексогенные зоны – каротидного синуса и шейно-воротниковую.

При упорных головных болях, обусловленных повышенным височным давлением и выраженными вегетативно-сосудистыми расстройствами, с успехом могут быть применены: анодная гальванизация головы, гальванизация по Келлату, гальванизация или лекарственный ЭФ по воротниковой методике Щербака (магний, кальций, новокаин, седуксен, платифиллин, аминазин и др.) или лекарственный ЭФ на область шейных симпатических узлов, воздействие СМТ на шейные симпатические узлы, общая франклинизация, электроаэрозольотерапия водорастворимых транквилизаторов и др.

Методы электролечения можно сочетать с массажем головы и воротниковой зоны, проводимым за 45-60 мин до электропроцедуры или с методами гидробальнеотерапии (хвойные, сульфидные, йодобром-

ные, азотные ванны, подводный душ-массаж и др.) по методике чередования через день.

Санаторно-курортное лечение больных СД является одним из видов комплексной реабилитационной терапии, позволяющей нормализовать углеводный и другие виды обмена, улучшить общую и регионарную гемодинамику, функциональное состояние печени, почек, нервно-гуморально-эндокринной систем, благодаря сочетанию широкого диапазона действия природных лечебных факторов: минеральных вод, климатолечения, грязелечения и других видов немедикаментозной терапии.

Показания. Наиболее целесообразно направлять на курортное лечение больных СД с латентными, легкими и средней тяжести формами заболевания, без склонности к кетоацидозу, в стадии компенсации, у которых диабет сочетается с болезнями органов пищеварения, мочевыделительной системы и начальными проявлениями диабетических ангиопатий и полинейропатий.

Противопоказано направлять на курорт больных с тяжёлой формой СД в стадии суб- и декомпенсации, склонных к кетоацидозу, а также лиц с лабильной формой СД, неспособных распознать начальные проявления гипогликемии.

Отечественные курорты для лечения больных СД перечислены выше, а из зарубежных наиболее показаны Карловы Вары, Марианские Лазни (Чехия), Баня (Болгария), Крыница (Польша), Лангенгальц, Бадэльстер (Германия) и др.

Однако следует помнить, что на всех этапах реабилитации больным СД показана квалифицированная, индивидуально подобранная психотерапия, использование различных методик аутосуггестии, что повышает их психологическую и социальную адаптацию. Строгое соблюдение подобранной по колоражу диеты – одно из необходимых условий успешности любого вида терапии.

7.4. Заболевания суставов

Дистрофические и воспалительные поражения суставов занимают одно из ведущих мест в общей структуре заболеваемости и ранней инвалидизации больных, наступающей в большинстве случаев в первые 3-5 лет болезни. Велика социальная значимость заболеваний опорно-двигательного аппарата, так как наиболее часто болеют лица активного трудоспособного возраста.

Немедикаментозное лечение больных с заболеваниями суставов имеет свои особенности, связанные с формой заболевания. Поскольку этиологическое лечение в большинстве случаев неизвестно, то при лечении хронически протекающего дегенеративно-деструктивного процесса в тканях суставов и костях, большое значение придаётся естественным и преформированным физическим факторам, используемым в разных сочетаниях и комбинациях с целью воздействия на основные патогенетические звенья заболевания. Фитотерапия у этого контингента больных практически является фоновой долговременной терапией, используемой в комплексе с гомеопатией, химиотерапией, физическими факторами, ЛФК, различными методами и формами психотерапии и другими методами терапии. У всех больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата имеются, в той или иной степе-

ни выраженности, нарушения в минеральном и микроэлементном обмене. Поэтому коррекция этих нарушений с помощью *подобранных гомеопатических средств* (унитарных, комплексных, резонансных) патогенетически обоснована. Гомеопатическое лечение прекрасно сочетается с *адекватно подобранными* фитотерапией и лазеротерапией (при наличии чувствительности организма к этому методу лечения). ЛФК и психокоррекцией, что и должно составлять основу долговременной, планомерной лечебно-реабилитационной терапии с учётом активной позиции больного и при наличии у него доброй воли для борьбы с недугом. Говоря о фитотерапии как методе лечения, мы имеем в виду активную фитотерапию, когда больной сам для себя заготавливает лекарственные травы в соответствии с рекомендациями врача и календарём сбора растений (приложение 12).

Ревматоидный артрит (РА), по современным представлениям, является генетически детерминированным, мультифакторным, системным, аутоиммунным заболеванием неорганоспецифической природы, при котором в основном поражаются суставы.

Основой патогенеза РА (не до конца изученного) является нарушение иммунологической реактивности организма (дисрегуляция клеточного и активизация гуморального звена иммунной системы), что приводит к срыву толерантности к собственным антигенным детерминантам соединительной ткани. В процессе дезорганизации соединительной ткани высвобождается и накапливается ряд веществ (в частности, иммунные комплексы, сывороточные иммуноглобулины, ревматоидный фактор из группы JgM, антинуклеарные тела), приобретающих свойства аутоантигенов, и процесс принимает аутоиммунный характер.

Клинико-патогенетически это проявляется в виде клеточноопосредованных цитотоксических процессов и цитолитических аутоантителозависимых реакций, а также иммунокомплексной патологией, что и объясняет иммуновоспалительный системный характер заболевания.

В патогенезе заболевания большую роль играют нарушения функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы с явлениями дискортицизма и изменениями в вегетативной нервной системе.

Основным клиническим проявлением заболевания является суставной синдром, комплексная терапия которого представляет определённые трудности.

Фитотерапию, включённую в лечебный комплекс, следует рассматривать как вспомогательное средство поддерживающей терапии. При этом используются лекарственные растения, обладающие в основном противовоспалительным, иммуномодулирующим, общеукрепляющим, потогонным, мочегонным, бактерио- и вирусостатическим и бактерицидным действием. В лекарственные фитосборы периодически корректируемые врачом, можно включать следующие фитокомпоненты: лист багульника, берёза бородавчатая, крапива двудомная, мята перечная, плаун булавовидный, пижма обыкновенная, безвременник осенний, толокнянка обыкновенная, шалфей лекарственный, зверобой продырявленный, фиалка трёхцветная, череда трехраздельная, хвощ полевой, барбарис обыкновенный, кора ивы, плоды бузины чёрной, хрен обыкновенный, сок редьки посевной, ягоды и листья брусники и чёрной смородины, рябина обыкновенная, плоды шиповника.

К примеру, можно рекомендовать больным РА следующие фитосборы.

Листья крапивы – 30,0, цветки бузины черной – 10,0, листья берёзы – 40,0, кора ивы – 50,0. Настой принимать по 1/2 стакана 4 раза в день до еды.

Листья берёзы – 25,0, листья крапивы – 25,0, трава фиалки трёхцветной – 25,0, корень петрушки – 30,0. Настой принимать по 1/2 стакана 4-6 раз в день до еды.

Листья берёзы – 25,0, листья крапивы – 25,0, трава фиалки трёхцветной – 25,0, плоды шиповника – 25,0. Настой принимать 4-6 раз в день по 1/2 стакана до еды.

Листья чёрной смородины – 20,0, листья брусники – 20,0, плоды шиповника – 20,0. Настой принимать в тёплом виде по 2/3 стакана 3-4 раза в день до еды.

Физиотерапию применяют у больных РА при I-II степени активности патологического процесса. Широким спектром общетерапевтического влияния на многие звенья патогенеза РА обладают следующие методы аппаратной физиотерапии: *транскраниальная электроанальгезия; лазеротерапия; КВЧ-терапия; электроаэрозольная терапия водорастворимых транквилизаторов и растворов лекарственных растений с широким спектром общетерапевтического действия; транспечёночная и трансселезёночная анодная гальванизация или ЭФ лекарственных веществ* терапевтически направленного действия (по общим и локальным методикам воздействия).

В последние годы доказано иммуномодулирующее влияние ЭМП сверх- и ультравысоких частот (*поле УВЧ, ЭМП СВЧ*) при локализации воздействия на функционально-активные зоны: область гипоталамуса и гипофиза (битемпоральная локализация воздействия), тимуса, надпочечников и селезёнки, что позволяет изменить течение воспалительных и метаболических процессов в благоприятную сторону. Именно сочетанное воздействие высокочастотными ЭМП на различные функциональноактивные зоны позволяет оказать тотальное супрессивное влияние на иммунокомпетентную систему больных РА, независимо от серопринадлежности по ревматоидному фактору (Григорьева В.Д. и др., 1996).

1. Сочетанное последовательное воздействие полем УВЧ битемпорально (ЭМП с частотой 27,12 МГц) и **ДМВ-терапия на область тимуса**.

УВЧ-терапия: конденсаторные пластины № 2 располагают битемпорально с зазором 3 см, атермическая доза, экспозиция до 10 мин, на курс лечения – 15-20 ежедневных воздействий, проводимых в первую половину дня. Затем без временного интервала проводится ДМВ-терапия от аппарата “Ромашка”: керамический излучатель диаметром 4 см располагают контактно над верхней третью грудины, интенсивность воздействия – плотностью потока мощности до 100 мВт/см², экспозиция до 10 мин, на курс лечения – 15-20 процедур. Повторение курса возможно не ранее, чем через 6-8 месяцев.

Показания: больным РА с минимальной, средней (I-II) степенью активности воспалительного процесса, медленно прогрессирующим течением, суставной и суставно-висцеральной формой, с наличием экссудативного компонента воспаления в пораженных суставах, серонегативной по ревматоидному фактору формой, I-IV стадии процесса.

Противопоказания: общие для ФТ, индивидуальная непереносимость поля УВЧ и СВЧ, высокая степень активности (III степень) РА с внесуставными проявлениями быстро прогрессирующего течения, а также серопозитивность по ревматоидному фактору, длительная массивная глюкокортикоидная терапия (свыше 5 лет и более 5-10 мг/сут-

ки), терапия цитостатическими иммунодепрессантами (метотрексат – свыше 7,5 мг/неделю, циклофосфан – свыше 200 ед/неделю).

2. Сочетанное последовательное воздействие поля УВЧ битемпорально и ДМВ-терапия на область надпочечников.

Применение поля УВЧ аналогично вышеописанному. Затем без временного интервала проводится ДМВ-терапия от аппарата “Ромашка”, “Волна-2”, “Сиротерм” и др. с помощью прямоугольного излучателя, располагаемого на уровне Th₉-L₂₋₃ позвоночных сегментов, с зазором 3-5 см, интенсивность воздействия олиготермическая, экспозиция до 10 мин, на курс – 18-20 ежедневных воздействий, проводимых в первой половине дня. Повторный курс лечения возможен не ранее 6-8 месяцев.

Показания: больным РА со средней и высокой (II-III) степенью активности воспалительного процесса, медленно прогрессирующего течения, суставной и суставно-висцеральной формой, с наличием экссудативного компонента воспаления (синовит) в поражённых суставах, серопозитивной и серонегативной по ревматоидному фактору формой, I-IV стадии процесса.

Противопоказания: минимальная степень (I) активности РА и быстро прогрессирующее течение патологического процесса.

3. Сочетанное последовательное воздействие поля УВЧ битемпорально и ДМВ-терапия на область проекции селезёнки.

Применение УВЧ-терапии аналогично методике № 1. Затем без временного интервала проводится ДМВ-терапия на область левого подреберья. физические параметры аналогичные методике № 2.

Показания: больным РА с минимальной и средней (I-II) степенью активности воспалительного процесса, медленно прогрессирующего течения, суставной и суставно-висцеральной формой, с наличием экссудативного компонента воспаления (синовит) в поражённых суставах, серопозитивной по ревматоидному фактору формой, I-IV стадии процесса.

Противопоказания. Высокая степень (III) активности РА с внесуставными проявлениями, быстро прогрессирующее течение, а также серонегативность по ревматоидному фактору при любой степени активности патологического процесса.

Все перечисленные сочетания высокочастотных ФТ-факторов можно комбинировать с другими методами немедикаментозной и медикаментозной терапии. В частности, в вышеописанные комплексы иммуномодулирующей терапии можно включить пелоидотерапию (низких температур – 25-30°C) на область поражённых суставов, обязательно в сочетании с ЛФК с целью восстановления или сохранения функции сустава, устранения атрофии мышц, повышения общего тонуса организма.

Экспериментально-клиническими исследованиями доказана возможность использования лазеротерапии с целью защиты клеточных мембран от деструктивного воздействия циркулирующих в крови иммунных комплексов и коррекции клеточного и гуморального иммунитета, что делает метод патогенетически обоснованным при РА.

Лазеротерапия у этого контингента больных может быть использована в нескольких вариантах, правильность выбора которых, а также контроль за эффективностью и адекватностью метода находится в компетенции лечащего врача.

1. ВЛОК проводится с помощью гелий-неонового лазера с выход-

ной мощностью излучения на конце световода 1-2 мВт. Первые 3-5 процедур проводят через день, а в последующем – один раз в 2-3 дня, на курс лечения до 10 процедур. При этом ВЛОК назначают в возрастающей дозировке: 10 минут, 15 минут, 20 минут и т.д. до 30-40 мин на один сеанс. Во время курса ВЛОК назначают витамин Е, а в свободные от лазеротерапии дни можно рекомендовать ЭФ меди и серы или меди и никотиновой кислоты по методике Вермея (примечание авторов). При хорошем лечебном эффекте после первого курса, в дальнейшем через 3-4 месяца можно рекомендовать проведение короткого поддерживающего курса ВЛОК (3-5 сеансов), но не более 3 курсов в течение года.

2. Как альтернативу ВЛОК можно рассматривать метод ЭЛОК (используется ИКЛ) в сочетании с лазеропунктурой (ИКЛ или ГНЛ) и облучением соответствующих паравертебральных зон (ИКЛ) контактно-сканирующим методом. Для лазеропунктуры можно использовать точки базового рецепта: J (XIII) 12, T (XIV) 14, MC (IX) 6, E (III) 36, который дополняется воздействием на специфические точки: TR (X) 4,5,9,14; VB (XI) 30, 34, 40; GI(II) 4,11; RP (IV) 6,10; внемеридианные: PC 107,137,145; акурикулярные: AP 13,95,55; болевые точки. Подбор БАТ в пунктурный рецепт желательно проводить на основании данных электроакупунктурной диагностики с обязательным электропунктурным контролем в процессе сочетанной лазеротерапии, что позволит по энергетическому выравниванию меридианов и функциональному состоянию БАТ судить об эффективности и адекватности лазерного воздействия.

Основным правилом проведения лазеропунктуры, на наш взгляд, является использование ЛИ небольшой мощности до 2-5 мВт, за один сеанс стимулировать не более 6-8 АТ, по 10-30 с на точку, суммарная доза экспозиции за сеанс лазеротерапии не должна превышать 0,3-1 Дж/см², а на курс лечения, соответственно, 3-10 Дж/см². На курс лечения применяют до 7-14 процедур, назначаемых ежедневно или через день.

3. Сочетанное использование внутрисуставных и околосуставных введений аллопатических средств, причём инъекцию можно заменить компрессами на сустав с данными препаратами, используя в качестве "проводника" 25-50 % р-р димексида на бидистиллированной воде. Компрессы накладывают ежедневно на 30-40 минут или 2-3 раза в неделю на 2-3 часа с последующим воздействием НЛИ. Локализация НЛИ: наружная и внутренняя поверхности сустава, на которые воздействуют расфокусированным лазерным лучом, плотность потока мощности до 0,5-1 мВт/см². Облучение наружной поверхности сустава осуществляют ежедневно по 2-4 минуты, а внутренней 1-2 раза в неделю по 3-4 минуты.

Оптимальный вариант тактики сочетанной лазеротерапии выбирает врач, основываясь на глубоком анализе клинической симптоматики у конкретного больного.

До назначения курса иммунокорректирующей физической терапии можно провести курс эфферентной терапии (гемосорбция, иммуносорбция, лимфоцитозорез).

Поскольку отправной точкой приложения системных иммунных реакций является синовиальная оболочка сустава, поражение которой вовлекает в патологический процесс окружающие артикулярные и пе-

риартикулярные ткани, то является актуальным применение локальных воздействий физиотерапевтическими факторами с целью активации обменных и трофических процессов в поражённых околосуставных тканях, стимуляции регенерации, оказания супрессивного действия на аутоиммунные процессы в синовиальной оболочке и синовиальной жидкости. Местные воздействия на поражённые суставы, как правило, сочетают с воздействием на соответствующие сегментарные зоны.

КВЧ-терапия: используют длину волны ЭМИ КВЧ 5,6, 4,9, 7,1 мм, мощность излучения до 10 мВт, режим работы – импульсный (50 Гц), зона воздействия – поражённый сустав, положение излучателя – контактно или над зоной воздействия (зазор 1 см), время процедуры до 20-25 мин (а если воздействуют на 2 сустава, то поочерёдно или по 10-12 минут на сустав), на курс лечения до 10-12 процедур, назначаемых ежедневно.

При сопутствующих нейрорефлекторных болевых синдромах остеохондроза позвоночника в план лечения можно включать воздействие на уровне болезненных позвонков и корешков спинного мозга: при цервикалгиях – VB (XI) 20, T (XIV) 14; при торакалгиях – на болевые точки по ходу меридиана мочевого пузыря (VII) на уровне грудного отдела позвоночника и V(VII)60; при люмбалгиях – на околопозвоночные точки на уровне пояснично-крестцового отдела позвоночника и T(XIV)4, V(VII)60. VB(XI)34 (по 10-15 мин на точку).

Большим терапевтическим потенциалом в лечении локомоторного аппарата обладают грязевые аппликации, однако наличие экссудативного компонента и выраженность активного воспалительного процесса (II-III степень активности) ограничивают использование температурного фактора лечебных грязей. Более щадящими являются электрогрязевые процедуры (температура пелоидов 25-30° С) на область поражённых суставов: гальваногрязь, СМТ-грязь, индуктогрязь или УВЧ-грязь.

При отсутствии противопоказаний к назначению высокочастотных факторов (индуктотермия, УВЧ-терапия, ДМВ-терапия) их можно использовать не только как монотерапию, но и в сочетании с СМТ или СМТ-ЭФ лекарственных веществ, обладающих противовоспалительным, болеутоляющим и трофометаболическим действием: 1% р-р ацетилсалициловой кислоты, 2-5% р-р анальгина, 2-5% р-р натрия салицилата или р-р баралгина, лидокаина, используя в качестве “проводника” 25-50% р-р димексида; р-р ихтиола или сероводородной воды типа “Мацеста” с целью введения иона серы, 1-3% р-р натрия или калия йодида, грязевой р-р или препараты грязи.

Сразу же по окончании физиотерапевтического воздействия рекомендуется проводить лечебную гимнастику и механотерапию. Такое сочетанное воздействие на суставной синдром улучшает локомоторную функцию суставов и способствует уменьшению экссудативно-пролиферативного компонента воспаления в поражённых суставах и околосуставных тканях, а также оказывает иммуномодулирующий эффект за счёт активации клеточного звена иммунитета.

При наличии выраженного экссудативного компонента воспаления рекомендуется УФО на область поражённых суставов в эритемных дозах.

При РА с преимущественно суставной формой и пролиферативными изменениями в суставах **показана УЗ-терапия** на область поражённых суставов и соответствующие паравerteбральные рефлексогенные зоны, на область надпочечников, на область щитовидной железы. Методом выбора является назначение УФФ нафталана, трилона Б, гидрокортизона, трипсина, папаина, анальгина, анестезина, йода и других веществ терапевтически направленного действия.

Противопоказана УЗ-терапия больным РА с системными проявлениями, при сочетании с ревматизмом высокой степени активности, при наличии экссудативного воспаления в суставах, в период лечения стероидными гормонами, при ИБС, тиреотоксикозе, вегетососудистой дистонии.

В условиях отделения восстановительного лечения аппаратную физиотерапию целесообразно сочетать с бальнеотерапией: радоновые (концентрация радона 40-80 нКи/л), сульфидные (концентрация сероводорода 50-150 мг/л), хлоридно-натриевые (концентрация хлоридов 20-40 г/л), йодо-бромные ванны, подводный душ-массаж, а также суставная гимнастика в воде.

Бальнеотерапия не показана больным РА с активностью процесса выше минимальной (I степень), выраженными экссудативными явлениями в суставах, сопутствующим тромбофлебитом, ИБС, недостаточностью кровообращения выше I стадии.

Правильный и последовательный подбор методов аппаратной физиотерапии и физиорефлексотерапии в сочетании с другими методами немедикаментозной терапии, в частности, с ЛФК, фитотерапией, адекватной элиминационной и эфферентной терапией, психотерапией и другими методами способствуют положительным результатам лечения, восстановлению трудоспособности больных РА и сохранению результатов лечения в отдалённом периоде. Однако системный характер заболевания требует долговременной и последовательной реабилитационной терапии.

Деформирующий остеоартроз (ДОА) или полиостеоартроз как первичное заболевание встречается у 50 % населения и представляет собой дистрофическое поражение суставов, проявляющееся дегенерацией и деструкцией суставного хряща с последующими изменениями костных и суставных поверхностей, и образованием краевых остеофитов.

По современным представлениям, основная роль в патогенезе заболевания отводится: поражению суставного хряща, его дегенерации с раздражением продуктами распада синовиальной оболочки сустава, вторичному реактивному синовиту и спазму близлежащих мышц. В прогрессировании заболевания принимают участие аутоиммунные механизмы (продукты распада хряща являются чужеродными для организма).

Различают *первичный и вторичный ДОА*. В возникновении *первичного ДОА* определённую роль играют длительные перегрузки суставов (статические, производственные), некоторые эндокринные нарушения, наследственная предрасположенность, ожирение и другие факторы.

При первичном ДОА, как правило, наблюдается множественное поражение суставов, особенно тех, которые несут наибольшую меха-

ническую нагрузку – тазобедренные, коленные, реже суставы кистей и стоп.

Вторичный ДОА развивается и прогрессирует в уже изменённом суставном хряще, что может быть связано как с внешними, так и, главным образом, с внутренними факторами, обусловленными генетическими, эндокринными, ферментативными, сосудистыми, иммунологическими нарушениями. В совокупности, это приводит к нарушению физико-химических свойств хряща, его метаболизма, конгруэнтности суставных поверхностей.

В результате постоянно прогрессирующего процесса дегенерации суставного хряща, в полость поражённого сустава попадают его некротизированные фрагменты, которые фагоцитируются клетками микрофагально-фагоцитарной системы с последующим высвобождением монокинов и лизосомальных ферментов, что приводит к развитию вторичного реактивного синовита. Рецидивирующий реактивный синовит приводит к появлению фиброзно-склеротических изменений синовиальной ткани, суставной капсулы, что клинически проявляется болевым синдромом в виде артралгий, миалгий, болевых контрактур. Постепенно прогрессирует деформация суставов, нарушается их локомоторная функция, что может стать причиной стойкой утраты трудоспособности и ранней инвалидизации больного.

Лечение больных ДОА должно быть направлено, прежде всего, на предотвращение дальнейшего прогрессирования заболевания, снижение интенсивности алгического синдрома и явлений вторичного синовита, улучшение локомоторной функции суставов и психоэмоциональной сферы пациента. Улучшение эмоционально-волевой сферы пациента имеет важное значение в аспекте эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. У многих больных, обращающихся за терапевтической помощью, на фоне органических нарушений имеют место симптомы и жалобы функционального характера, наличие которых в клинической симптоматике снижает эффективность общепринятой терапии. Поэтому включение в комплексную терапию методов немедикаментозного лечения, ориентированных на конкретного больного, позволяет воздействовать не только на эмоционально-волевую сферу пациента, но и на основные звенья патогенеза заболевания, что значительно расширяет терапевтические возможности лечебного процесса, который должен быть динамичным, последовательным, индивидуальным.

Фитотерапию, включённую в лечебный комплекс, следует рассматривать как поддерживающую фоновую терапию, мягко действующую на некоторые патогенетические звенья основного заболевания и на симптомы и жалобы функционального характера, что очень важно в плане общей эффективности комплексной терапии. Хорошее обезболивающее и противовоспалительное действие при ДОА, как и при РА, оказывают лекарственные растения, которые способствуют улучшению нарушенных процессов обмена. К примеру, при сопутствующем ожирении рекомендуется в фитосборы включать лекарственные травы мочегонного, очищающего действия, снижающие аппетит: кора крушины – 60,0, корень одуванчика – 20,0, плоды петрушки – 20,0, плоды фенхеля – 20,0, листья мяты перечной – 20,0. Тёплый настой принимать по 2 стакана утром натощак.

Хороший эффект у больных с избыточным весом наблюдается при длительном употреблении отвара или настоя из кукурузных рылец по 1/3 стакана 4-5 раз в день за 15-30 минут до еды.

При лечении диабетических артропатий в фитосбор следует включать лекарственные растения, способствующие нормализации углеводного обмена, а также обладающие обезболивающим и противовоспалительным действием.

Терапевтические методы, благоприятно действующие на метаболизм суставного хряща и останавливающие прогрессирование дистрофического процесса считаются базисными (румалон, метиндол, артропарон, гумизоль и др.). К ним также относятся методы аппаратной ФТ и различные виды бальнеотерапии (йодобромные, радоновые, сульфидные, хлоридно-натриевые и скипидарные ванны из жёлтой эмульсии) в совокупном единстве стимулирующие микроциркуляторные, обменные и трофические процессы в тканях суставов, усиливающие систему тканевых антиоксидантов, воздействующие на процессы биоэнергетики, и, тем самым, предотвращающие прогрессирование дегенеративного процесса в тканях суставов.

Физиотерапия. Для лечения суставного синдрома широко используют локальные воздействия на сустав, используя различные ФТ-методы.

Уф-облучения поражённых суставов в эритемных дозах при болевом синдроме и при явлениях вторичного синовита (*противопоказано* назначение УФЛ при сопутствующей ИБС, аритмии, ГБ II-III стадии, тиреотоксикозе, болезнях почек, преходящих нарушениях мозгового кровообращения).

СВЧ-терапия (ДМВ-, СМВ-, КВЧ-диапазонов) может быть рекомендована при ДОА I-II-III стадии, выраженном болевом синдроме, без явлений вторичного синовита и персистирующих изменений.

КВЧ-терапия: используется длина волны ЭМИ КВЧ 5,6, 7, 1,4,9 мм, мощность излучения до 3-10 мВт. Режим работы непрерывный или импульсный – 50 Гц, экспозиция до 25 мин, зона воздействия – поражённый сустав, положение излучателя над зоной воздействия (0,5-1 см), воздействия проводят 1-2 раза в день, на курс лечения – 10-20 процедур.

УВЧ-терапия, локализованная на поражённые суставы.

Ультразвуковая терапия или УЗФ лидазы, трилона Б, гидрокортизона, йода и других препаратов могут быть рекомендованы при ДОА I-II-III стадии, выраженном болевом синдроме, при отсутствии или слабой выраженности вторичного синовита, наличии пролиферативных изменений в периартикулярных тканях. Воздействие осуществляется на поражённый сустав и сегментарную зону.

Индуктотермия или пеллоидоиндуктотермия применяется при ДОА I-II стадии, при отсутствии или слабой выраженности вторичного синовита, наличии болевого синдрома, периартикулярных изменений.

СМТ или СМТ-ЭФ лекарственных веществ противовоспалительной и болеутоляющей направленности действия назначается при ДОА I-II-III стадии с выраженным болевым синдромом и периартикулярными изменениями, без возрастных ограничений. **Противопоказан** метод при наличии вторичного синовита, при нарушениях сердечного ритма с брадикардией.

Эффективными лечебными методами являются также *электрогравитационные процедуры, флюктуоризация, флюктуофорез и интерференц-терапия*.

Во всех случаях используют стандартные методики с учётом общих противопоказаний к физиотерапии и индивидуальной чувствительности к энергетическому воздействию.

По окончании любой физиотерапевтической процедуры рекомендуется сразу же проводить лечебную гимнастику и механотерапию, выполнение которых облегчается вследствие уменьшения мышечного спазма и интенсивности алгического синдрома.

У многих больных ДОА, у которых сопутствующие заболевания (ИБС, лимфовенозная недостаточность, аденома предстательной железы, фиброматоз грудных желёз, и др.) не позволяют проводить интенсивную физиотерапию, эффективно применение *локальной криотерапии*.

Криотерапия – это метод холодового воздействия, способствующий быстрому нивелированию клинических симптомов заболеваний за счёт обезболивающего и спазмолитического действия, уменьшения воспалительных явлений в периартикулярных тканях и мышечных контрактур болевого генеза, благоприятно воздействующий на микроциркуляцию и лимфовенозный отток.

Методика криотерапии заключается в применении холодовых аппликаций с помощью специально замороженных тканевых аппликаторов (можно использовать замороженные в холодильнике при температуре $-6-10^{\circ}\text{C}$ обычные гидрофильные прокладки, применяемые для гальванизации), которые накладываются на поражённые суставы с двух сторон, длительность воздействия холодом – 10-12 мин (при наличии острого синовита воздействие проводится 2 раза в день – утром и вечером), на курс лечения до 20 процедур.

Показания: метод может быть использован для лечения ослабленных больных пожилого возраста, а также при сопутствующих заболеваниях, когда противопоказаны обычные методы физиотерапии.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость холода, болезнь Рейно, диабетическая ангиопатия, облитерирующий эндартериит.

С целью повышения эффективности криотерапии можно комбинировать её с другими физиотерапевтическими методами локального воздействия.

1. Методика крио-СМТ-терапии: в качестве прокладок используют замороженные аппликаторы и проводят СМТ-воздействие по стандартной методике, на курс лечения 10-12 процедур, назначаемых ежедневно. Сразу же по окончании процедуры рекомендуется проводить лечебную гимнастику и механотерапию.

Показания: гон- и коксартрозы, артроз голеностопного сустава с синовитом или без него, при наличии болевых контрактур, лимфовенозной недостаточности без варикозного расширения вен в области воздействия и без склонности к тромбофлебитам.

2. Методика последовательного применения криотерапии и УЗ-терапии: сначала проводится криотерапия на область поражённых суставов; затем больному рекомендуется проделать комплекс лечебной гимнастики в течение 10-15 минут и только после этого проводят лечение УЗ по стандартной методике, после чего опять лечебная гимнастика в течение 10-15 минут.

Показания: ДОА коленных, тазобедренных, голеностопных, плече-

вых суставов, с наличием реактивного синовита, периартикулярных поражений, мышечных контрактур.

3. Методика крио-магнитотерапии: сначала проводится криотерапия, затем больной в течение 15-20 минут выполняет упражнения лечебной гимнастики, после которой проводится процедура магнитотерапии. Индукторы накладываются с двух сторон на область поражённого сустава, индукция 17-35 мТл, экспозиция – 15-20 минут, ежедневно, на курс лечения – 10-12 процедур.

Показания: При сочетании ДОА с варикозным расширением вен, лимфовенозной недостаточностью, сопутствующими доброкачественными образованиями (методики разработаны проф. Григорьевой В.Д. и др., 1996 г.).

Кроме локальных физиотерапевтических воздействий с целью ослабления суставного синдрома широко используются методы, обладающие широким спектром общетерапевтического действия, в частности, электросон и транскраниальная электроанальгезия (по стандартным методикам), воздействие УЗ на область щитовидной железы, лазеротерапия, различные виды бальнеотерапии (радоновые, хлоридно-натриевые, скипидарные, сульфидные и др.) и гидротерапии (различные виды душей, в частности, подводный душ-массаж), вытяжение нижних конечностей, особенно методом подводной тракции.

Лазеротерапия в различных вариантах и комбинациях позволяет оказать воздействие на многие патогенетические звенья дегенеративно-дистрофического процесса (приводим варианты методик лечения, описанные Самосюк И.З. и др., 1997).

1. Облучение контактно-сканирующим методом в ИК-диапазоне или ГНЛ поражённых суставов и соответствующих рефлексогенных зон. Лечение начинают с облучения паравертебральных зон на уровне C_3 - Th_2 при заболевании суставов рук и L_2 - S_2 – при заболеваниях суставов ног. Время воздействия на каждую зону за сеанс – 3-5 мин, суммарная доза экспозиции – 0,5-1 Дж/см². При облучении суставов воздействуют преимущественно на проекцию суставной щели и дегенеративно-дистрофические очаги костной ткани и суставной капсулы. Доза энергетического воздействия на сустав определяется наличием или отсутствием вторичного реактивного синовита. В случае его наличия используют дозу экспозиции 2-7 Дж/см² на сеанс (3-7 мин на сустав), что способствует уменьшению воспалительного процесса и снятию боли. После 3-4 сеансов дозу облучения снижают до 0,5-1 Дж/см². Продолжительность курса – 5-10-15 облучений (в зависимости от тяжести заболевания, числа поражённых суставов и т.д.). Повторные курсы (2-3) можно назначать через один-два месяца.

2. Дистанционное или контактно-сканирующее воздействие ГНЛ на поражённый сустав (суставы) расфокусированным лучом (плотность мощности 0,7-1 мВт/см²) в сочетании с предварительным наложением на сустав компресса с красителем (0,04 % р-ра индигокармина на 20-50 % р-ре димексида). Суммарная энергетическая плотность – 3-4 Дж/см². Дополнительно можно облучать паравертебральные зоны по вышеизложенной методике. Курс лечения с использованием красителя состоит из 5-7 сеансов. Эту методику используют при упорном течении артроза с выраженным болевым синдромом.

3. Лазеропунктура с применением ГНЛ и ИКЛ на основании предварительной акупунктурной диагностики. Продолжительность сеанса 3-5

минут. После 5- 6 сеансов можно присоединить облучение паравerteбральных зон контактно-сканирующим методом. Суммарное время воздействия – 5-10 мин (суммарная энергия экспозиции – 0,3-1 Дж/см²). В лазеропунктурный рецепт включаются специфические точки: TR(X)4, 5, 14; VB (XI) 30, 34, 40; RP (IV) 5, 6, 10; GI (II) 4, 11, 15; E (III) 36; PC 107, 137; AP – 13, 95, 35 и болевые точки. В течение одного сеанса используют 7-10 точек, время воздействия на точки – 20-40 с. На курс лечения – 10-15 сеансов. Эта методика наиболее показана больным с сопутствующими хроническими заболеваниями.

Практически, лечащий врач, проанализировав клиническую ситуацию конкретного больного, вправе составить свой рецепт лазерного воздействия, руководствуясь определёнными параметрами ЛИ и используя соответствующие методы контроля за эффективностью и адекватностью лазерного воздействия.

Подводная тракция является эффективным методом лечения больных ДОО. Тракция – это метод механического воздействия на околосуставные ткани и мышцы, благодаря которому снимается спазм и ригидность связочно-мышечного аппарата, контрактуры мышечного генеза, что позволяет разгрузить постоянно соприкасающиеся суставные поверхности и оказать положительное влияние на клиническую симптоматику полиостеоартроза. Эффективность тракционного лечения ДОО повышается при сочетании с бальнеотерапией (бальнеотерапия непосредственно предшествует тракции) или при сочетании с СМТ, УЗ-терапией, ультрафонофорезом лекарственных веществ, крио-магнитотерапией, массажем, проведение которых рекомендуется через час после тракции. Включение в реабилитационный комплекс ЛФК рекомендуется только после окончания курса тракционной терапии, поскольку тренировка мышц совместно с тракцией может вызвать их перегрузку и нежелательное напряжение.

Методика тракции: плечевой пояс с помощью лямок фиксируется к головному концу кровати или щита (при подводном вытяжении). На область каждого голеностопного сустава накладывается манжета, которая при затягивании шнура фиксируется за тыл стопы и надпяточную область. К последнему крепится груз: при сухом вытяжении весом 1 кг на первой процедуре, до 3-х кг на каждую конечность при последующих; при подводном вытяжении – величина начального груза – 3-4 кг постепенно увеличивается (у женщин до 15-16 кг, у мужчин до 18 кг на обе конечности). Продолжительность процедуры сухого вытяжения – 10-15-20 мин, подводного – 15-20-25 мин, на курс – 8-10 процедур.

Показания: артроз тазобедренного, коленного, голеностопного суставов с отсутствием или наличием слабовыраженного синовита, контрактур болевого и связочно-мышечного генеза, а также остехондроза грудного и поясничного отделов позвоночника. В случае значительно ограничения подвижности больных возможно проведение процедур на больничной койке.

Противопоказания: тендиты и тендовагиниты, миотендиты нижних конечностей, склонность к тромбофлебиту.

Подводный душ-массаж является высокоэффективной лечебной процедурой при всех заболеваниях суставов (вне стадии обострения) с учётом дифференцированного применения местной или общей методик воздействия.

Подводный душ-массаж в процессе лечения способствует уменьшению боли и расслаблению периартикулярных мышц за счёт действия тёплой воды, что даёт возможность осуществлять сильный и глубокий струевой массаж мышц под водой. На месте воздействия появляется выраженная сосудистая реакция кожи и подлежащих тканей в виде артериальной гиперемии. Улучшение местного кровообращения обеспечивает трофическое, противовоспалительное и рассасывающее действие, снимает отёчность в суставах, освобождает их от продуктов тканевого распада и воспаления, улучшает кровообращение в мышцах, увеличивает их сократительную способность и объём движений в пораженных конечностях. У многих больных, по данным рентгенограммы, уменьшаются обызвествлённые участки, а при наличии спондилоартроза – повышается подвижность позвоночника на 5-10°.

Методика лечения. Температура воды в ванне 37- 38° С. Больной занимает в ванне удобное положение, способствующее расслаблению мышц и не вызывающее болевых ощущений. Адаптация к водной среде в течение 5 мин. При массаже верхних конечностей вначале проводят рефлекторно-сегментарное воздействие на паравerteбральные зоны (C₆-Th₂ – для верхних конечностей, L₁-S₅ – для нижних), используя приёмы спиралевидного растирания, штрихования, поверхностной и глубокой вибрации в направлении снизу вверх с помощью цилиндрической насадки. Больной располагается в ванне животом вниз. Давление струи 0,15-0,2 МПа, зазор – 10-12 см, наклон струи – 70-90°. Водной струёй с помощью дождевой насадки, используя прием поглаживания, обрабатывают всю верхнюю конечность от дистальных отделов до проксимальных. Используя попеременно разные насадки и соответственно приёмы поглаживания, штрихования, разминания и вибрации, массируют мышцы плеча, причём поражённый сустав подвергают более нежному воздействию в виде поглаживания по всей окружности сустава. При массаже плечевого сустава массируют и мышцы надплечья – трапецевидную, широчайшую мышцу спины, дельтовидную, двуглавую и трехглавую мышцы плеча, используя приёмы поглаживания, растирания в продольном и поперечном направлении, вибрации. Нижнюю поверхность сумки плечевого сустава обрабатывают при отведении руки от туловища на 90°. При заболевании плечевого сустава массаж мышц надплечья проводится с осторожностью (место проекции сердца не массируют), используют давление струи 0,15-0,3 МПа, зазор – 8-15 см, продолжительность процедуры – 10-15 мин.

При поражении одного сустава (например, при артрозе) сначала в течение короткого периода массируют здоровую конечность, а затем разными приёмами массажа длительно обрабатывают больную.

При заболевании локтевого сустава ему придают положение под углом 110° и, используя разные насадки и приемы, массируют всю конечность, подвергая пораженный сустав более нежному воздействию.

Заканчивают каждую процедуру подводного душа-массажа движением рук под водой.

При массаже нижних конечностей направление массажной струи как и при массаже рук идёт от дистальных отделов к проксимальным. Часто используют методику отсасывающего массажа. Учитывая наличие мощных мышечных массивов, нередко усиливают давление водной струи (до 0,2-0,4 МПа) и разнообразят приёмы массажа, используя насадки разной

формы. Расстояние наконечника от поверхности тела составляет 8-15 см, длительность массажа нижних конечностей – 10-15 минут.

При использовании общей методики подводного душа-массажа водной струей обрабатывают всё тело больного, массируя отдельные части тела больного в определённой последовательности: 1) спина, надплечья; 2) задняя поверхность нижних конечностей; 3) передняя поверхность нижних конечностей; 4) живот; 5) грудь; 6) верхние конечности. Согласно общим правилам массажа, струю направляют от дистальных участков тела к проксимальным, от периферии к центру, исключая воздействие на область сердца, половые органы, молочные железы, лицо и голову.

После пятиминутной адаптации больного в ванне, начинают массировать тело приемом поглаживания в описанной последовательности, а массаж мышц живота проводится круговыми движениями по часовой стрелке, используя дождевую насадку. Больше время отводится на массаж спины и ног. После поверхностного поглаживания, осуществляют глубокое поглаживание и растирание щелевидной насадкой, спиралевидными движениями растирают мышцы бедра, голени и плеча, паравертебральные зоны грудно-поясничных сегментов. Поперечным штрихованием массируют межреберья грудной клетки сзади. С помощью цилиндрической насадки проводят продольное и поперечное разминание мышц конечностей и задней поверхности туловища, а при ожирении – мышц живота. Приём вибрации используют в области спины, верхних и нижних конечностей. Поглаживанием начинают и заканчивают процедуру, чередуя этот приём с растиранием, разминанием и вибрацией. Массаж чувствительных участков тела проводят давлением не более 0,1-0,15 МПа, а менее чувствительных (спина, пояснично-крестцовая область) – до 0,3 МПа. Продолжительность процедуры общего воздействия составляет – 15-30 минут, но возможно увеличение длительности до 45 минут. На курс лечения назначают от 8-10 до 15-20 процедур, обычно через день, но иногда ежедневно.

Основные противопоказания: общие для ФТ, острый воспалительный процесс, острые травмы, доброкачественные опухоли с наклоном к росту, инфаркт миокарда в анамнезе (до 2-х лет), гипертоническая болезнь (при гипертензии выше 170/110 мм рт.ст.), тяжелые формы ИБС, заболевания сосудов с повышенной проницаемостью, беременность.

Правильный и последовательный подбор методов и средств немедикаментозной терапии с целью воздействия на основные патогенетические звенья хронического заболевания способствует положительным результатам лечения больных ДЮА и сохранению этих результатов в отдаленном периоде после лечения (до 6-8 месяцев). Это подтверждает необходимость активного участия больного в долговременной поддерживающей терапии.

Анкилозирующий спондилоартрит (АС, болезнь Бехтерева, болезнь Штрюмпеля-Мари-Бехтерева) – это общее коллагеновое заболевание с преимущественным поражением сочленений осевого скелета и с дальнейшим его анкилозированием.

Определённую роль в развитии заболевания играет наследственно-генетическая предрасположенность. По современным представлениям, в основе патогенеза АС лежит первичный *воспалительный про-*

цесс, развивающийся в дугоотростчатых, рёберно-позвоночных, крестцово-подвздошных и нередко в корневых и периферических суставах.

В конечном итоге, развивается прогрессирующая деструкция суставного хряща с эрозированием субхондральной кости, анкилозированием илеосакрального сочленения и мелких суставов позвоночника, в то время как в кости наблюдается внесуставной склероз. Окостенение наружного отдела фиброзного кольца межпозвонковых дисков ведёт к образованию синдесмофитов, остеопорозу тел позвонков, вследствие чего позвоночный столб на рентгенограмме имеет вид бамбуковой палки. По механизмам развития анкилозирующий спондилоартрит напоминает ревматондный артрит.

Различают три формы заболевания: *центральную*, при которой поражён позвоночник; *прикорневую (ризомелическую)*, при которой наряду с позвоночным столбом поражаются крупные, так называемые, корневые суставы – тазобедренные и плечевые; *периферическую*, при которой патологический процесс распространяется и на периферические суставы.

Затяжное течение и частые обострения заболевания, недостаточная эффективность химиотерапии, нередко вызывающей нежелательные побочные явления, обосновывают необходимость применения немедикаментозных средств с адекватным использованием их лечебных свойств как при высокой, так и минимальной активности воспалительного процесса. Выбор оптимальных методов немедикаментозного лечения определяется формой заболевания, характером течения и тяжестью поражения висцеральных органов.

Фитотерапия. Назначение фитотерапии в комплексе с другими видами немедикаментозного лечения позволяет более целенаправленно воздействовать как на общие проявления заболевания, так и на метаболизм суставного хряща и подлежащих тканей, что способствует более быстрой ликвидации алгического и воспалительного синдромов, а также активации компенсаторно-адаптивных реакций организма. В зависимости от клинической симптоматики в фитосбор включаются лекарственные растения с преимущественно общеукрепляющим, общестимулирующим действием, положительно влияющие на нарушенные обменные процессы в организме. Следующие фитосборы обладают выраженным анальгетическим, противовоспалительным, общеукрепляющим и шлакогонным действием.

Цветки василька синего – 5,0, цветки календулы – 5,0, цветки пиона – 5,0, плоды можжевельника – 5,0, кора крушины – 5,0, цветки бузины черной – 10,0, листья крапивы двудомной – 10,0, трава хвоща полевого – 20,0, листья берёзы – 20,0. Принимать по стакану горячего отвара 4-5 раз в день.

Трава зверобоя – 20,0, цветки ромашки – 20,0, липовый цвет – 20,0, цветки бузины чёрной – 20,0. Настой принимать по 1/2 стакана 4 раза в день.

Стимулирует общий обмен веществ следующий сбор: плоды фенхеля – 15,0, цветки ромашки – 15,0, липовый цвет – 15,0, цветки бузины чёрной – 20,0, листья мяты перечной – 20,0. Принимать по 2-3 стакана тёплого настоя в день в течение 2-3 месяцев.

Физиотерапия, назначаемая в комплексе с другими методами и немедикаментозной терапии, является одним из эффективных методов лечения АС.

Лазеротерапия. Методика применения ВЛОК ГНЛ аналогична применяемой при РА. Не менее эффективно сочетанное (последовательное) применение облучения *паравертебральных зон* (контактно-ска-

нирующее воздействие ГНЛ или ИКЛ с уровня C_1 до S_1 , суммарная доза воздействия – 0,5-1 Дж/см² за сеанс), пораженных суставов (2-3 крупных сустава в том числе и илеосакральное сочленение или 4-5 мелких – суммарная доза воздействия за сеанс 0,5-1 Дж/см²), а также лазеропунктура (локальные болевые и специфические точки – V (VII) 62, IG (VI) 3, V (VII) 11, TR (X) 4, VB (XI) 30,34 – время воздействия на одну точку до 30 с, за один сеанс используется 5-7 точек. Курс лечения состоит из 15-20 сеансов. Повторять курс лазеротерапии можно через 1-2 месяца.

Приводим схему полей воздействия НЛИ, рекомендованную Илларионовым В. М. (1994).

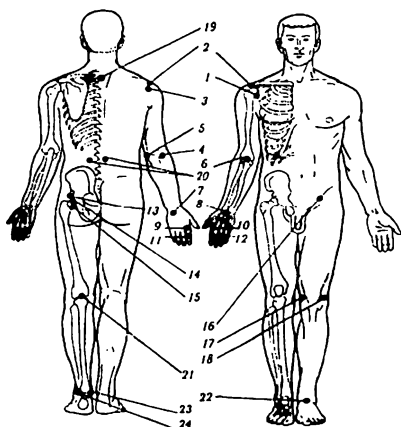


Рис. 114. Поля воздействия при болезнях суставов:

1-3 – плечевой сустав; 4-6 – локтевой сустав; 7-8 – лучезапястный сустав; 9-12 – суставы кисти; 13-16 – тазобедренный сустав; 16, 18, 21 – коленный сустав; 22-24 – голеностопный сустав; суставы стопы (по одному полю с тыльной и подошвенной поверхностей по проекции суставной щели); 19-20 – дополнительные поля воздействия независимо от локализации процесса

Индуктотермия, назначается на область проекции надпочечников и паравerteбральных симпатических узлов вдоль позвоночника, используя индуктор-кабель (не назначать

метод при высокой активности патологического процесса, сопутствующих заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек, ИБС, тиреотоксикозе, преходящих нарушениях мозгового кровообращения, выраженной ВСД).

Хороший терапевтический эффект наблюдается при *сочетанном применении методов грязе- и электролечения: гальваногрязь, СМТ- или ДДТ-грязь, пелоидоиндуктотермия* при локализации воздействия на сегментарные зоны и патологически изменённые суставы.

Уз-терапия, локализованная на паравerteбральные зоны позвоночника (зону воздействия делят на 4 поля, за одну процедуру озвучивают не более 1-2 полей) или УФФ – анальгина, баралгина, кортана, лидазы, йода, трилона Б, перкутальгина и др. препаратов, назначаемого на зоны наибольшей выраженности патологического процесса (противопоказания к методу аналогичны вышеперечисленным с учетом индивидуальной переносимости лекарств).

При нерезко выраженном болевом синдроме в лечебный комплекс можно включать ЭФ 2-5 % р-ра новокаина (баралгина из среды ДМСО), смесей Парфёнова, 1- 3% р-ра натрия или калия йодида, органической серы, используя методику продольного воздействия на позвоночник. При наличии локальной болезненности можно использовать следующие методы: вакуум-электрофорез препаратов грязи и ненаркотических анальгетиков, а также флюктуоризацию, флюктуофорез, интерференцтерапию.

Больным АС с болевым синдромом и спастическим состоянием

мышц можно рекомендовать локальное применение *СМТ-грязелечение* или *ДДТ-грязелечение* в сочетании с одновременным электрофорезом местноанестезирующих средств (на плотный мешочек с грязью накладывается лекарственная прокладка, смоченная р-ром соответствующего препарата). Эти методы назначаются по стандартным методикам (противопоказано назначение методов при склонности к брадикардии, наличии гнойных процессов в любой области тела).

Из методов иммунокорректирующей терапии у больных АС можно использовать *методику сочетанного воздействия – поле УВЧ битемпорально и ДМВ-терапия на область надпочечников*. Отличительной особенностью этого сочетанного использования от изолированного назначения каждого фактора является высокая клиническая эффективность при выраженном воспалительном процессе. Процедура начинается с битемпоральной УВЧ-терапии и без временного интервала проводят воздействие ДМВ на область надпочечников. Общая продолжительность процедуры – 20-25 минут, на курс лечения – 18-20 процедур, проводимых ежедневно в первой половине дня. Повторный курс возможен не ранее, чем через 6-8 месяцев. **Показания:** АС средней, высокой (II-III) степени активности воспаления при центральной, ризомелической, периферической формах без висцеральных поражений.

Противопоказания: общие для ФТ, индивидуальная непереносимость методов, АС высокой (III) степени активности воспалительного процесса с висцеральными поражениями.

Любое физиотерапевтическое лечение обязательно сочетают (в виде последовательных процедур) с различными методами и формами ЛФК (индивидуальные и групповые занятия, лечебная гимнастика в воде, плавание – стиль брасс на спине, ходьба на лыжах, игра в волейбол и др.). Методы ЛФК назначаются с учётом локализации поражения, степени функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата, состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Специальные дыхательные упражнения и упражнения, направленные на профилактику сколиоза и кифоза позвоночника, должны быть обязательными составляющими комплекса лечебной гимнастики.

Из методов водолечения можно рекомендовать вибрационные, вихревые ванны, подводный душ-массаж, гидрокинезотерапию, сауну.

Сауна (суховоздушная баня) – этот метод, вследствие доступности и высокой терапевтической эффективности, получил широкое распространение при лечении воспалительных и дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов. Сауна оказывает хорошее противовоспалительное действие, повышает иммунобиологический потенциал организма, улучшает обменно-метаболические процессы, корректирует метеопатические реакции, нормализует состояние периартикулярных мышц, положительно влияет на состояние центральной и вегетативной нервной системы. Сущность процедуры сауны – это постоянное чередование тепловых и холодных воздействий, что способствует тренировке механизмов, регулирующих функции важнейших физиологических систем организма. Обладая широкими возможностями приспособления к теплу и холоду, организм человека рационально перестраивает и тренирует свои адаптационные реакции, способствующие поддержанию основных физиологических функций на оптимальном уровне.

У больных с заболеваниями суставов при использовании сауны как лечебного метода следует уделять особое внимание условиям и способу охлаждения организма, которые должны быть минимальными, кратковременными и соответствовать степени перегревания. Необходимо исключить резкое переохлаждение организма, учитывая сниженные адаптационные возможности больного организма.

Для больных с заболеваниями суставов наиболее целесообразны умеренные тепловые нагрузки (нижняя или средняя полка). Для равномерного прогревания тела целесообразно каждые 2-3 мин изменять его положение; желательно также периодически выполнять дыхательные упражнения в виде глубоких и замедленных вдохов и выдохов. После заходов в термокамеру рекомендуется постепенное воздушное охлаждение в течение 15-20 мин, приём жидкости в виде 300-500 мл шлакогонных фиточаев между каждым промежуточным охлаждением. Общая продолжительность сауны может составлять 1,5-2 ч, а общее время пребывания в термокамере, соответственно, 30-40 минут.

Во время приёма сауны можно использовать приёмы самомассажа, массажа и мануальной терапии, выполнять дозированные физические упражнения или элементы лечебной гимнастики. При наличии в сауне специального оборудования, после её посещения можно принять УФ-облучение (обязательно определить индивидуальную биодозу, т.к. в этих условиях повышается чувствительность кожи к УФЛ).

Назначают сауну чаще всего один раз в неделю, на курс лечения 12-20 процедур, т.е. длительность лечения составляет около 3-5 мес.

Противопоказания: общие для физиотерапии, в том числе инфаркт миокарда (до 6-12 месяцев), заболевания сердечно-сосудистой системы с явлениями недостаточности кровообращения выше I степени, нарушением ритма и проводимости, резко выраженный атеросклероз, острые воспалительные процессы или обострение хронических, эпилепсия, бронхоэктатическая болезнь, гипертиреоз, климакс, моче- и желчнокаменная болезнь, болезнь Паркинсона.

Все перечисленные виды ФТ-воздействий целесообразно, по возможности, сочетать с бальнеотерапией (радоновые, сульфидные, хлоридно-натриевые, азотные ванны), различными видами массажа, тракционной терапией – вытяжение в вертикальной ванне массой собственного тела.

Поскольку анкилозирующий спондилоартрит является хроническим заболеванием с затяжным и постепенно прогрессирующим течением, требуется большое искусство врача в составлении плана долговременной лечебно-реабилитационной терапии, большое терпение и воля больного в постоянном выполнении всех рекомендаций врача. Но только такая направленность лечебно-реабилитационной тактики позволит перевести заболевание в длительную ремиссию.

7.5 Заболевания почек и мочевыводящих путей

К наиболее распространённым заболеваниям почек относятся острый и хронический гломерулонефрит, пиелонефрит, интерстициальный нефрит, амилоидоз почек, диабетический гломерулосклероз, нефропатия беременных, медикаментозные поражения почек.

Для выбора оптимальных методов и средств лечения имеет значение общая реактивность организма и наличие инфекции в мочевых

путях, синдромов – нефротического, гипертензивного, почечной недостаточности, а также состояние ренальных и экстраренальных компенсаторных механизмов.

Фитотерапия при хронических заболеваниях почек используется в качестве вспомогательного метода лечения. Подбирая лекарственные растения для фитосбора, необходимо учитывать не только их лечебный эффект, но и содержание в растениях химических веществ, способных оказать раздражающее действие на паренхиму почек.

При патологии почек и мочевыводящих путей лекарственные фитосборы составляют в соответствии с основными клиническими проявлениями заболевания и решаемыми терапевтическими задачами. Диуретическими свойствами обладают – лист толокнянки, трава хвоща полевого, листья берёзы, цветки василька синего, спорыш, корни лопуха большого, ягоды можжевельника, листья почечного чая, корни стальника полевого, корень петрушки, корень солодки голой, цветки и листья земляники и др.; противовоспалительным и антиаллергическим действием – листья берёзы, листья брусники, цветки бузины чёрной, спорыш, листья толокнянки, трава хвоща полевого, череда трёхраздельная, лист подорожника большого и др.; бактерицидными свойствами – лист брусники, лист толокнянки, лист череды, цветки липы, цветки календулы, трава шалфея, листья земляники, трава зверобоя и др. При гематурии в качестве кровоостанавливающих и капилляроукрепляющих средств используют – лист крапивы двудомной, траву тысячелистника, траву пастушьей сумки, корни стальника полевого, листья брусники, рябину черноплодную, плоды шиповника и др.; при склонности к тромбозам с целью снижения свёртывающей активности крови – лист берёзы, траву донника лекарственного, траву череды, ягоды клюквы четырёхлепестковой; с целью гипотензивного эффекта – сушеницу болотную, рябину черноплодную, барвинок малый и др.; препятствующие камнеобразованию – корни марены красильной, берёзовый сок (разрушает мочевые камни преимущественно фосфатного и карбонатного происхождения), спорыш, трава хвоща полевого, корни стальника полевого, сок лимона, ягоды клюквы и др. Оказывают на организм общеукрепляющее действие – листья и сок берёзы, ягоды клюквы, листья и ягоды земляники, листья и ягоды брусники, рябина черноплодная и др.

При составлении фитосбора следует учитывать противопоказания к применению некоторых лекарственных растений. Например, не назначают корни марены красильной при гломерулонефрите с выраженной почечной недостаточностью; ягоды можжевельника – следует назначать недлительно при острых воспалительных заболеваниях почек; трава хвоща полевого не назначается при нефритах и нефрозах (может вызвать раздражение почек).

При гломерулонефрите с целью изменения реактивности организма и получения гипотензивного и диуретического эффектов можно назначать следующие фитосборы.

1. Ягоды земляники лесной – 60,0, листья смородины черной – 10,0, листья берёзы – 10,0, плоды можжевельника – 10,0, шишки хмеля – 10,0, листья толокнянки – 20,0, листья подорожника большого – 20,0, листья брусники – 20,0, листья крапивы двудомной – 30,0, трава хвоща полевого – 30,0, плоды шиповника – 40,0. Залить 500 мл кипятка 8-10 г измельченного фитосбора и томить в течение 30 мин на водяной бане. Принимать по 150 мл теплого настоя 3 раза в день до еды (при усилении гематурии из сбора исключить полевого хвощ).

2. Почечный чай – 15,0, листья подорожника – 15,0, трава хвоща полевого – 10,0, трава тысячелистника – 10,0, цветки календулы – 20,0, трава череды трехраздельной – 15,0, плоды шиповника – 15,0. Настой принимать по 1/3 стакана 3-4 раза в день.

3. Листья березы – 15,0, почечный чай – 15,0, трава тысячелистника – 15,0, листья крапивы – 15,0, сушеница болотная – 10,0, цветки календулы – 15,0, трава череды – 15,0, трава подорожника – 15,0. Принимать настой по 1/3 стакана 3-4 раза в день (при гематурической форме хронического гломерулонефрита).

При пиелонефрите в качестве поддерживающей терапии можно назначать фитосборы, направленные на борьбу с мочевого и очаговой инфекцией, повышающие сопротивляемость организма к инфекции и оказывающие диуретическое действие. Можно рекомендовать лекарственный чай следующего состава:

4. Листья березы – 10,0, лист толокнянки – 10,0, трава хвоща полевого – 10,0, корень одуванчика – 10,0, плоды можжевельника – 10,0, лист брусники – 20,0, семена льна – 20,0, корень солодки – 10,0. Принимать по 150 мл 4 раза в день за 30 мин до еды (можно комбинировать с антибактериальными препаратами).

При пиелонефрите после перехода воспалительного процесса в фазу ремиссии или неполной ремиссии больные могут принимать клюквенный морс по 1 стакану 4 раза в день в сочетании с метионином по 0,5х4 раза в день (можно использовать метионин-ЭФ на область печени). Такое сочетание способствует синтезу гиппуровой кислоты печенью. Выделяемая почками и поступающая в мочу гиппуровая кислота является бактериостатическим средством для большинства возбудителей пиелонефрита.

При пиелонефтрите эффективно последовательное использование следующей схемы лечения:

А. Больной принимает вышеприведенный лекарственный чай (№ 4) – 2 недели;

Б. Клюквенный морс в сочетании с ЭФ метионина транспечёночно (это сочетание в совокупности способствует уменьшению выделения оксалатов почками и ощелачиванию мочи). При первичной и вторичной гипероксалурии с целью стабилизации клеточных мембран и улучшения метаболизма аминокислот следует также включать в лечебный комплекс витамин Е, соли магния и калия (в гомеопатическом разведении), через день чередуя ЭФ метионина с интраназальным ЭФ пиридоксина (с.т. 0,3 - 0,7 мА, экспозиция до 30 мин, на курс лечения до 15 процедур, назначаемых через день), Длительность этого цикла лечения около 4-5 недель;

В. Питьевое лечение слабоминерализованной минеральной водой (сочетать со световой ванной на область поясницы, назначаемой через 1 ч после приёма минеральной воды) – 2-3 недели.

Эффективность сочетанной терапии повышается, если она проводится поэтапно с соблюдением принципа приемственности и последовательности в лечебном процессе.

В качестве поддерживающей терапии (после этого курса лечения) можно использовать фитосборы, оказывающие диуретическое и антисептическое действие.

5. Лист толокнянки – 20,0; лист брусники – 20,0; лист подорожника – 20,0; лист чёрной смородины – 10,0; листья березы – 10,0; плоды можжевельника – 10,0; листья крапивы – 30,0; плоды земляники лесной – 60,0; трава хвоща полевого – 60,0. Отвар принимать в тёплом виде по 150 мл 3 раза в день за 30 мин до еды.

6. Трава хвоща полевого – 7,0; плоды можжевельника – 10,0; корень солодки – 10,0; листья толокнянки – 7,0; листья брусники – 10,0. Одну треть часть измельчённой смеси лекарственных растений заливают одним стаканом воды и томят в

водяной бане 20 мин. Принимают по одной столовой ложке 3 раза в день до еды в течение трех недель каждого месяца на протяжении 1-1,5 лет.

В комплексном лечении циститов используют лекарственные растения, которые присущи антисептическое, противовоспалительное, успокаивающее и мочегонное действие.

7. Листья толокнянки – 20,0; листья берёзы – 20,0; кукурузные рыльца – 20,0; корень солодки – 20,0. Отвар принимают по 1/3 стакана 3 раза в день до еды.

8. Плоды петрушки – 10,0; травы чистотела – 10,0; листья толокнянки – 40,0; трава грыжника – 40,0. Отвар принимают по 1/2 стакана 3-4 раза в день через 1,5-2 часа после еды (при щелочной реакции мочи).

9. Трава грыжника – 10,0; плоды петрушки – 10,0; листья мяты перечной – 10,0; корень стальника – 30,0; листья толокнянки – 40,0. Настой принимают по 1/3 стакана 3 раза в день (при отхождении песка и щелочной реакции мочи).

10. Листья берёзы – 15,0; листья брусники – 15,0; трава почечного чая – 10,0; корень солодки голой – 15,0; трава зверобоя – 15,0; цветки ромашки – 15,0; цветки календулы – 15,0. Настой принимают по 1/2 стакана 3-4 раза в день (при выраженной дизурии и щелочной реакции мочи).

11. Цветки липы – 20,0; кора дуба – 20,0; листья толокнянки – 20,0; лист подорожника – 40,0. Настой принимают в тёплом виде по одному стакану на ночь (при гематурии и щелочной реакции мочи).

При наличии инфекции в мочевых путях, нарушении устойчивости мочевых растворов, нарушении пассажа мочи и обмена веществ, что может способствовать камнеобразованию, целесообразно применение фитосборов, оказывающих антисептическое, мочегонное и спазмолитическое действие.

12. Листья крапивы – 5,0; корневище аира – 5,0; листья мяты перечной – 5,0; трава хвоща полевого – 15,0; цветки бузины чёрной – 15,0; цветки липы – 15,0; плоды можжевельника – 15,0; плоды шиповника – 15,0. Отвар принимают по 1 стакану утром во время завтрака и вечером.

13. Листья берёзы – 20,0; корень стальника – 20,0; плоды можжевельника – 20,0; трава чистотела – 20,0; трава лапчатки гусиной – 20,0. Четыре столовых ложки сбора залить 1 л кипятка, подождать пока остынет и выпить сразу, стараясь как можно дольше задержать мочеотделение. При мочеотделении рекомендуется принимать тёплую сидячую ванну (сбор противопоказан при гломерулонефрите).

14. Корень марены красильной – 10,0; корень стальника – 20,0; льняное семя – 40,0. Готовить и принимать как предыдущий фитосбор (при оксалатных камнях).

Мочегонными свойствами также обладают: *арбуз* (употребляют до 2-5 кг в день при мочекаменной болезни, циститах, гломеруло- и пиелонефритах, протекающих без задержки жидкости в организме, при уратном, оксалатном и цистеиновом уролитиазе с выпадением солей в кислой моче); *капуста белокочанная* (благодаря содержанию большого количества солей калия, усиливает выделение жидкости из организма); *клюквенный морс* (обладает бактерицидным действием, при оксалурии, включение в рацион клюквенного морса, содержащего бензоат натрия, способствует превращению глицина в гиппуровую кислоту, и как следствие - уменьшению выделения оксалатов почками, ощелачиванию мочи); *земляника лесная* (настой из ягод и листьев); *укроп огородный*; *барбарис обыкновенный* (ягоды, листья); *груша* (сок); *дыня* (мякоть или сок); *крыжовник*.

Минеральные воды. При хронических воспалительных процессах в мочевыводящих путях широко используют питьевое лечение слабоминерализованными минеральными водами типа Арзни, Саирме, Джермук, Краинка, Славяновская, Смирновская, вода источника "Нафтуся", которые оказывают противовоспалительное действие, повышают выделение и выведение мочи, вместе с которой удаляются и микроорганизмы. Минеральные воды назначают из расчета 3-5 мл/кг массы тела (можно до 10 мл/кг массы тела при отсутствии противопоказаний), 3-4 раза в день до еды. Питьевое лечение минеральными водами лучше провести до лечения лекарственными растениями.

Физиотерапия. Методы аппаратной физиотерапии в качестве вспомогательной терапии при заболеваниях почек в амбулаторных усло-

виях используют сравнительно редко, поскольку после всех физиотерапевтических процедур больным с патологией почек необходим длительный (до 2 ч) отдых в постели.

При хроническом гломерулонефрите и пиелонефрите фитотерапию и питьевое лечение минеральными водами можно сочетать (через 1,5-2 часа) со световыми ваннами на область поясницы, а также можно рекомендовать методы – УВЧ-терапии, индуктотермии, ДМВ-терапии, УЗ-терапии на область почек. Все перечисленные методы в той или иной степени способствуют уменьшению спазма сосудов, улучшению почечного кровотока и функционального состояния почек, увеличению клубочковой фильтрации, выведению конечных продуктов азотистого обмена с мочой у больных с гиперазотемией. **Противопоказанием** к назначению перечисленных факторов является макрогематурия (свыше 10 эритроцитов в поле зрения).

Более редко применяются анодная гальванизация почек или ЭФ кальция, магния, калия, зуфиллина, пиридоксина, папаверина, фурудонина, эритромицина, уросульфана, а также ЭС или транскраниальная электроанальгезия, лазеротерапия (методы ВЛОК, ЭЛОК), хотя сочетанное применение вышеперечисленных факторов может значительно улучшить результаты комплексной терапии.

Сравнительно недавно в клинической практике при лечении нефритов стали применять *КВЧ-терапию*: ЭМИ КВЧ – 4,9 мм, зона воздействия – область головы, (теменно-затылочная область), мощность излучения – 2-5 мВт, экспозиция до 20-30 мин, на курс лечения до 15 процедур. Лучший терапевтический эффект отмечается после проведения 2-3 последовательных курсов лечения.

В стационарах или отделениях восстановительного лечения можно использовать методы теплолечения (грязе-, парафино-, озокеритолечение), назначаемые не ранее, чем через три месяца после купирования острого или обострения хронического воспалительного процесса в почках.

Нельзя недоучитывать значение *психотерапии* в комплексном лечении заболеваний почек, особенно при появлении ХПН, поскольку такие пациенты наблюдают неблагоприятный исход заболевания у других больных, находящихся на поддерживающем гемодиализе. Они находятся в состоянии постоянной тревожности и особенно подвержены психологическим и даже психическим расстройствам вплоть до суицидальных попыток из-за чувства безысходности. У этих больных индивидуально подобранные методы психотерапии можно сочетать с ЭФ психотропных лекарственных веществ, а также назначать транскраниальную электроанальгезию, проводимую на фоне суггестивной терапии.

Климатическое лечение в зоне сухого жаркого климата, без резких суточных колебаний температуры и без сильных ветров, с низкой влажностью и большим числом солнечных дней является эффективным методом лечения больных с патологией почек.

В условиях специализированного стационара или отделения восстановительного лечения в комплексную терапию можно включить *искусственный аналог климатотерапии* – *дозированную аэрогипертермию*. Больные в течение 1-6 ч находятся в лечебном кабинете – “климатотроне”, с искусственно созданным сухим (относительная влажность 21-25 %) и

жарким (40–45° С) климатом, напоминающим климат Средней Азии. Процедуры отпускаются через день, на курс лечения – 15–20 сеансов.

Бальнеотерапия при заболеваниях почек имеет меньшее значение, чем климатотерапия и в основном используется на климатических курортах с минеральными водами.

Важное значение в комплексной терапии больных с заболеваниями почек и мочевыводящих путей имеет *диетотерапия*, которая составляется с учётом наиболее важного клинического синдрома (сочетания синдромов) с ограничением в рационе пищевых веществ, раздражающих паренхиму почек (алкоголь, пряности, солёности, копчёности, несвежие продукты и др). На сегодня разработано достаточно пищевых смесей и пищевых добавок, назначаемых при ХПН на фоне определенной диеты.

Все составляющие лечебного комплекса подбираются лечащим врачом, руководствующимся медицинскими показаниями и решаемыми терапевтическими задачами в плане долговременной лечебно-реабилитационной терапии.

* * *

Обобщая изложенное в этой главе можно заключить, что в комплексную лечебно-реабилитационную терапию необходимо включать различные методы немедикаментозного лечения, так как только планомерная длительная терапия в рамках холистического подхода к лечению при наличии доброй воли больного к самоизлечению, способна дать оптимальный лечебный эффект у больных с многофункциональной хронической патологией.

Все рекомендации по лечению, изложенные в этой главе, носят сугубо ориентировочный характер (физические параметры, длительность курса, последовательность сочетания и комбинирования естественных и преформированных факторов, биофизических методов и т. д.), поскольку в медицинской практике не бывает двух абсолютно идентичных ситуаций, как не существует и двух одинаковых больных. Поэтому в каждом конкретном случае врачу необходимо обеспечить строго индивидуальный подход с чётко продуманной программой лечебных действий. Однако, опираясь на общие принципы подхода к реабилитационной терапии, врачу легче найти путь к конкретному практическому решению. Для обеспечения принципа динамизма лечебного процесса врачу необходимы не только глубокие знания патогенетических механизмов болезни, но и понимание механизмов действия всех составляющих лечебного комплекса, чтобы последовательно и планомерно управлять процессами саногенеза и самовосстановления организма.

Лечащий врач, планируя последовательность и длительность применения различных методов немедикаментозного и медикаментозного лечения у конкретного больного, должен стремиться к положительным результатам терапии в максимально короткие сроки, предлагая больному в дальнейшем использовать план-схему определённых мероприятий для самооздоровления. Поэтому успешность любой терапии зависит не только от профессионализма врача, но и от активной позиции больного в отношении своего здоровья, готового тратить время и усилия для своего оздоровления. Победить болезнь – это значит преодолеть самого себя, потому что здоровым может быть только тот, кто научится управлять собой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Во второй половине XX века всё большую популярность среди врачей и населения приобретают методы немедикаментозного воздействия на организм человека, что более соответствует природе человека, нежели симптоматическое подавляющее лечение с помощью аллопатических средств.

В век кибернетики стал возможным синтез восточной акупунктуры и западной медицины, благодаря разработке биофизических методов терапии и диагностики. В свете современной кибернетики, созвучной со многими положениями восточной медицины, человек и его окружение вновь рассматриваются как единое энергетическое целое, отсюда основной принцип системного подхода гласит: всё влияет на всё. И в качестве символа совокупности этих понятий служит понятие – Монада, олицетворяющее энергетическое целое, гармонию всего в природе (сил Инь и Ян), гармонию всех сил организма, тела и духа. Поэтому лечение для древнекитайского врача не равнозначно устранению болей, симптомов, а направлено на преодоление болезни путём приведения в гармонию всех сил организма – духовных и телесных. И медицина была для него не наукой, а искусством врачевания с помощью естественных лечебных средств, направленных на выравнивание сил Инь и Ян и приведение в гармонию ритмов функциональной активности всех систем организма.

Немедикаментозные методы лечения относятся к методам системной интегральной терапии, ответная реакция на действие которых запускает основные механизмы адаптации, способствует переходу организма на более выгодный путь поддержания биоэнергетического гомеостаза. Это, в какой-то мере, объясняет возросший интерес к методам безмедикаментозной терапии, что созвучно с общим направлением современной науки: в биологии, физике, психологии появляется всё больше сторонников системных подходов рассмотрения природы биологических систем в целом и человека в частности. Эти новые подходы создают концептуальную базу для синтеза материального и идеального, для понимания окружающего мира как иерархии открытых взаимодействующих систем, что даёт возможность вернуть идею холизма в европейскую медицину и объединить концептуальные подходы Востока и Запада к лечебному процессу.

Ещё со времен Гиппократ (возможно и ранее) природа человека во всех мировых культурах рассматривалась дуалистически: идеальная душа и материальное тело в неразрывном единстве, что и легло в основу знаменитого афоризма древности: «Нельзя лечить тело, не лечя душу больного». Народные мифы и легенды из глубины веков донесли до нас славу о врачах-целителях: Авиценне, Беруни, Цельсе и других, обладающих уникальными способностями исцелять душу и тело с помощью слова и естественной натуропатической медицины, методы

которой, связанные как с медицинской, так и духовной практикой, остались на Востоке в неприкосновенности и в настоящее время.

Приблизительно в средние века европейская наука постепенно сползла к вульгарному материализму вольтериановского толка, дуализм превратился в абсурдное противопоставление и стало доминировать сугубо материалистическое представление о материи и окружающем нас мире. Это представление легло в основу материалистического мышления, и как следствие такого восприятия мира – механистическо-детерминистское, причинно-следственное понимание развития патологии у живых организмов. С этих позиций тело рассматривалось как чисто механическая система: мозг – командная система, сердце – насос и отдельные исполнительные органы, совершающие определённую работу и потребляющие определённую энергию.

В XIX и XX веках стала доминировать химическая и атомно-молекулярная концепции, которые благодаря успехам химического подхода к борьбе с неизлечимыми болезнями и эпидемиями и быстрому эффекту от действия химиопрепаратов, более чем на полтора века определили доминирование химикофармацевтического подхода к терапии любых отклонений от нормального функционирования человеческого организма. Однако по мере развития европейской науки XX века происходит трансформация взглядов на роль процессов, определяющих жизнедеятельность человеческого организма. Постепенно в биологию всё шире стала проникать идея о роли полевых влияний и взаимодействий на внутриклеточном, организменном и системном уровнях проявления жизнедеятельности организма. И, наконец, стала утверждаться идея: *жизнь возможна только при наличии трех категорий – материи, энергии и информации.*

Уникальное свойство живой материи – это её замечательная организация: все микро- и макрокомпоненты клетки при наличии трёх категорий – материи, энергии и информации вносят свой вклад в её структуры, находящиеся в постоянном движении и трансформации. И одной из современных идей, объясняющих координацию этой активности является концепция поля, позволяющая рассматривать организм не как набор органов и органелл, в которых поведение молекул случайно, а как систему, организуемую комплексным и взаимопроникающим полем на всех уровнях от атомного до целостного организма. Для организации материи поле должно быть когерентным как музыкальный тон или луч лазера. Исторически первоначально все взаимодействия в биологических системах сводились к электромагнитным (Гурвич А., 1922, 1945 и др.), и лишь в 70-80-х годах стала достаточно популярной идея, что поля несут информацию, и отсюда представление об информационном уровне существования материи. Эта идея подтверждала гипотезу, что многие методы немедикаментозной терапии, в частности гомеопатия, лекарственные растения, действуют путём передачи информации, которую тело потеряло в процессе развития заболевания.

Успехи точных и естественных наук второй половины XX столетия выводят медицинскую науку на новое мировоззрение, иные представления о природе здоровья и болезней человека, позволяя сформулировать и обосновать современную научную медицинскую парадигму – биофизическую (биокибернетическую) модель здоровья – болезни, в основе своей объединяющей в неразрывное целое биоэнергетичес-

кие механизмы адаптации и гомеостаза с нейро-рефлекторно-гуморальными.

В настоящее время вопросы биополя, а по современной терминологии “энергоинформационного состояния” или “энергоинформационной структуры человека”, являются предметом глубокого изучения теоретической и прикладной физики, математики и других естественных наук. Современная научная парадигма основана на убеждении, что свойство целого можно понять, только исследуя в совокупном единстве функции органов, систем, клеток, молекул и т.д.

Понимание, в самом широком смысле, что энергия – основа всего сущего на Земле, позволяет в рамках *биофизической модели жизни* обосновать современные представления об иерархии процессов и уровней существования человека. В контексте биофизической модели жизнедеятельность организма рассматривается как многоуровневая иерархия систем управления (меридианы, сегменты, надсегментарные структуры и т.д., а также различные уровни многоконтурной нейро-гормонально-гуморальной системы со множеством обратных связей), в которой процессы функционирования регулируются как на материальном (физическом) уровне, так и нематериальном – энергоинформационном, причём этот уровень рассматривается как приоритетный.

Информационноэнергетическая система человека активно взаимодействует с окружающей средой (через систему меридианов и АТ), обеспечивая адаптацию организма к требованиям этой среды и поддерживая гомеостаз. Именно нарушения в этой системе можно выявить в доклиническую стадию болезни, когда целенаправленная профилактика может вернуть организму состояние здоровья.

Уже сегодня раскрытие замечательных свойств *биоэнергии* выводит понимание жизни за пределы физических построений: *суперчувствительность* (в гомеопатии – это реакция организма на электромагнитные сигналы, интенсивность которых ниже порога теплового шума); *не имеет пространственных ограничений* (дистанционное целительство, психокинез и др.); *тесная связь биоэнергии с сознанием* (отсюда возможность влияния личности врача на эффективность терапии); *отрицательное энтропийное влияние* (отрицательное энтропийное влияние подразумевает биологическую перестройку, противодействующую энтропии, что и составляет суть неспецифического оздоравливающего эффекта) – всё в совокупности может быть ассоциировано с целительством хилера, терапией травами, кристаллами и т.д.

Признание «*полевых*» свойств живой и неживой материи и раскрытие роли ЭМП как одного из носителей энергоинформационной функции, обеспечивающей взаимосвязь на всех уровнях организации живых систем, послужили мощным импульсом для развития и обоснования биофизических методов диагностики и терапии (ЭПДФ и ТМ, БРТ, ВРТ и др.) и создания нового направления в европейской медицине – *функциональной (биоэнергоинформационной) медицины*.

Эта краткая информация представлена с единственной целью – схематично обозначить современные взгляды на иерархию процессов и уровней существования человека, чтобы связать эти концептуальные представления с практической медициной.

Терапевтические подходы, используемые в классической, функциональной и традиционной медицине (последние два направления мож-

но объединить в одно понятие – альтернативная медицина) существенно различаются.

Классическая медицина в стандартной медицинской практике, по-прежнему, рассматривает организм как набор квазинезависимых органов и систем, почти не принимая во внимание представленных уровней, их взаимосвязи и взаимовлияния, т.е. концептуально остается на механистическом уровне Ньютоновско-Картезианских представлений. Поэтому, воздействие на организм чаще всего осуществляется на химическом уровне, и лечение сводится к устранению симптомов без выявления истинных причин заболевания. Классическая медицина, достигшая прекрасных результатов в диагностировании клинических заболеваний, по-прежнему игнорирует необходимость своевременного выявления скрытой доклинической стадии болезни. Нередко ради достижения быстрых сиюминутных успехов применяется полипрагмазия, и, вследствие инертности мышления, недостаточно используются традиционные, хорошо зарекомендовавшие себя способы лечебного воздействия на организм.

Основное отличие *традиционной (альтернативной)* медицины заключается в комплексном, системном подходе к человеку, в рассмотрении его во всём многообразии связей, с возможно более полным учётом всех уровней функционирования и управления. Каждый пациент рассматривается как неразрывное единство физического тела и духовной сущности человека. В результате такого подхода к комплексному лечению у пациента в процессе лечения во многом меняются взгляды на жизнь, на собственную ситуацию, на отношение к себе и окружающим.

Современная функциональная медицина, представляющая собой совокупность восточных традиций и современных технологий, как мост – связующее звено старается объединить в единое целое подходы классической и традиционной медицины к лечебному процессу, что вполне соответствует холистическому взгляду на строение и развитие человека. Опыт, накопленный функциональной медициной за три десятилетия, позволяет утверждать, что исправно функционирующая регулирующая система (неповреждённая информационноэнергетическая структура) обеспечивает целостность морфологических структур организма. По-видимому, причина большинства клинических болезней лежит в информационноэнергетической сфере, хотя возможно и не имеет смысла говорить об иерархии уровней, т.к. они являются взаимосвязанными и, в равной мере, критичными для жизнедеятельности человека. Тем не менее, в плане понимания необходимости планомерного и последовательного использования методов традиционной, функциональной и нетрадиционной медицины, жизнедеятельность организма можно условно рассматривать с точки зрения механизмов и уровней регулирования.

Терапевтические приёмы, используемые в классической и функциональной медицине существенно отличаются: в официальной медицине основной акцент делается на эффективную фармакотерапию (аллопатию), а в функциональной – с помощью внешних информационных сигналов стараются выявить причину нарушений и нормализовать нарушенные регулировочные контуры, используя для этой цели ЭПДФ

и ТМ, ВРТ, гомеопатию (унитарную, комплексную, резонансную), БРТ и другие методы немедикаментозной терапии. С позиций функциональной медицины, при лечении хронических заболеваний следует придерживаться принципов гомеопатического подхода к терапии, а также принципов традиционной медицины, что позволяет максимально индивидуализировать терапию.

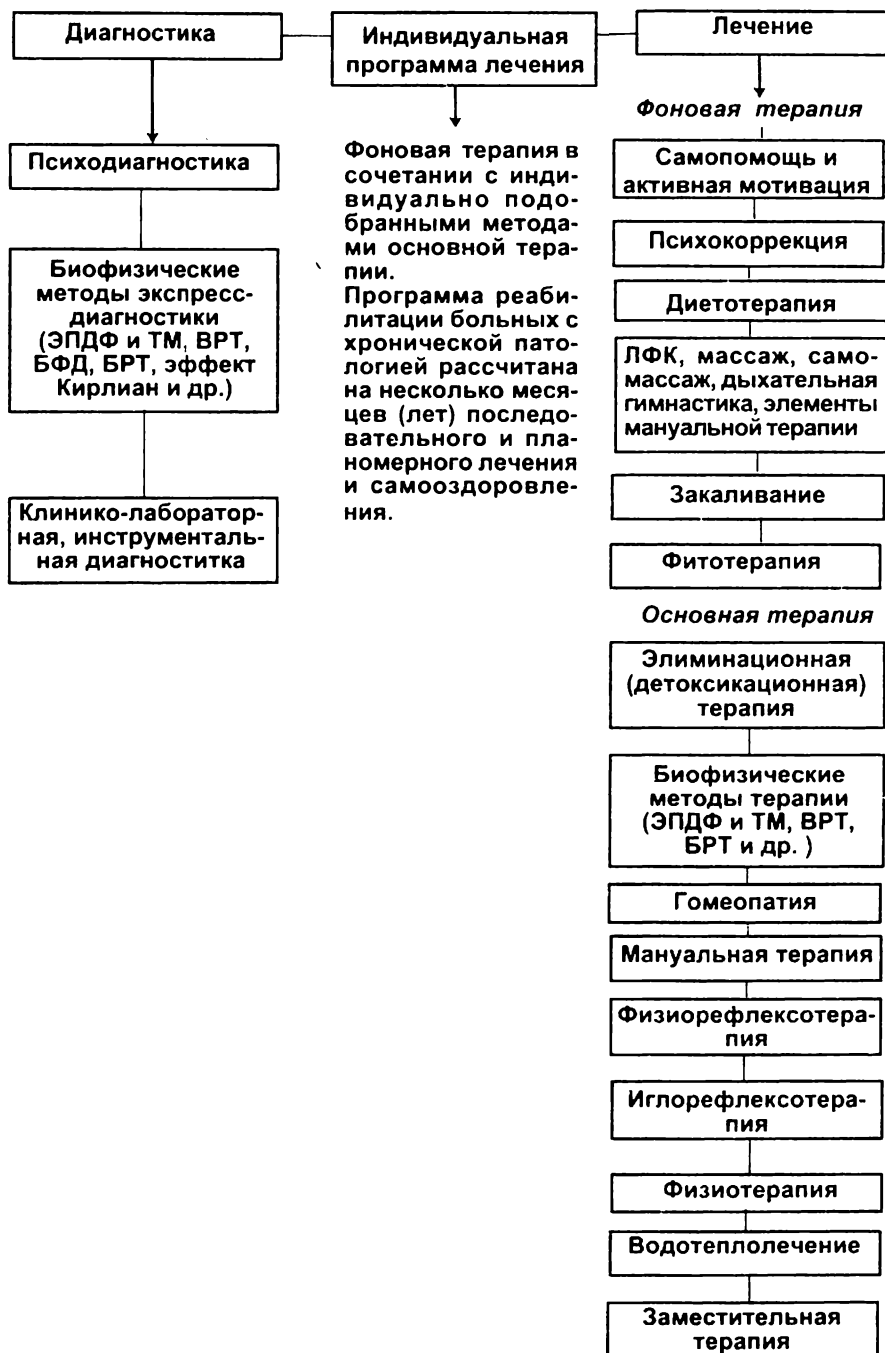
Крепнущее новое направление европейской медицины – функциональная медицина, благодаря росту статистически достоверных примеров её значимости и эффективности, всё более утверждается в практической медицине. Именно это новое направление способствовало возвращению в практическую медицину идеи холизма и принципов холистического подхода к терапии (динамичность, плановность, последовательность, многомерность, длительность), позволяющего объединить в лечебном процессе методы и средства традиционной и нетрадиционной медицины. Поистине каждому времени соответствуют как свои болезни и причины их вызывающие, так и адекватные им методы терапии.

В большинстве высокоразвитых стран мира, к которым относится и Россия, наблюдается неуклонная тенденция к росту заболеваемости и смертности среди лиц активного трудоспособного возраста. Изменилось время, изменились люди и их психосоциальное окружение, изменились также и картины болезней. Все болезни имеют своё начало, течение и исход, во многом зависящий от личностных особенностей индивида и конституционально-генетической предрасположенности, от различных факторов внешней и внутренней среды, в том числе, и социальных. Следует отметить, что в последние десятилетия наблюдается постоянный рост функциональных заболеваний, несмотря на совершенствование клинико-морфологических и инструментальных методов диагностики. Свыше 70-80 процентов больных страдают различными функциональными нарушениями, когда при обычном клиническом обследовании врачи вынуждены констатировать полное или почти полное отсутствие отклонений от нормы, хотя всё-таки у пациентов имеются жалобы, которые нельзя объяснить только наличием психосоматических нарушений.

Однако, если считать, что многочисленные функциональные нарушения соответствуют состоянию предболезни (крайнее физиологическое состояние организма или скрытая доклиническая стадия болезни), переходу которой в болезнь во многом способствуют нарушение психосоматических взаимоотношений, отсутствие своевременной диагностики и адекватной профилактической терапии, то возникает необходимость взглянуть на данную проблему с других позиций и искать иные подходы к тактике комплексной терапии, тем более, что функциональные нарушения значительно ухудшают качество жизни пациента и при развитии клинического заболевания.

На наш взгляд, эту проблему помогает решить интегральный подход к профилактике и лечебно-реабилитационной терапии с позиций идеи холизма. Ниже мы приводим концептуальную модель комплексной лечебно-профилактической работы с пациентом, включающую ряд этапов, отражённых в программе реабилитации (рис. 115).

Рис.115. Концептуальная модель лечебно-профилактической работы с пациентом с позиции холистической медицины



Представленная схема лечения разработана на основании подходов пробиотической и холистической медицины к лечению больных с многопрофильной патологией, что чаще всего наблюдается при хроническом течении заболевания. Такой подход к терапии предполагает использование многопараметрического лечения патологического процесса (воздействие одновременно на 2-3 и более подсистем) с учётом естественных взаимоотношений органов и систем, используя в совокупном единстве последовательно применяемые, индивидуально подобранные методы и средства традиционной и нетрадиционной медицины.

Следовательно, для того, чтобы терапия была холистической, она должна представлять собой очень гибкую модель лечения, ориентированную на личность и поведение пациента, направленную на формирование у него улучшающего здоровье поведения. Поэтому *самопомощь и мотивация, способствующие самооздоровлению организма, являются основополагающими принципами успешности терапии, ибо победить болезнь – это значит одержать верх над самим собой.*

Диагностические методы должны по возможности соответствовать холистическим принципам: диагностическая оценка не должна сосредотачиваться на отдельных подсистемах, а учитывать и синергическую роль, которую играет каждая из подсистем в функционировании сверхсистемы, т.е. организма в целом. Этим требованиям вполне соответствует представленный в схеме комплекс диагностических методов холистической экспресс-диагностики, который дополняется методами, используемыми в нетрадиционной медицине в зависимости от нозологии.

Биофизические методы экспресс-диагностики позволяют: 1) выявить скрытые нарушения энергетики каналов, когда пациент ещё не ощущает клинических признаков поражения того или иного органа или системы; 2) определить качество поражения канала (органа): функциональный (обратимый) или органический (морфологические изменения на уровне тканей или органов); 3) осуществлять адекватный подбор препаратов – гомеопатических, гомеопатизированной аллопатии и лекарственных растений; 4) осуществлять контроль за динамикой состояния пациента в процессе лечения и за эффективностью проводимой терапии. Именно *совокупная оценка состояния физических полей и излучений, формируемых телом в пространстве и на уровне меридиональной системы, в сочетании с клинико-морфологическими и психодиагностическими исследованиями позволяет получить полное представление о состоянии человека.*

В процессе проведения диагностики результаты всех диагностических методов исследования сопоставляются, анализируются, что позволяет судить о реальном состоянии пациента, о состоянии наиболее значимых органов и систем организма и о возможных причинах заболевания. И в зависимости от полученных результатов исследования строится индивидуальная программа лечения, включающая комплекс методов и методик, воздействующих на тот или иной уровень проявления жизнедеятельности организма человека. Часть методов лечения выполняется в лечебном учреждении, однако большую часть назначений пациенты могут выполнять самостоятельно после соответствующего обучения.

Иногда целесообразно (особенно при наличии функциональных

рефлекторных блокад позвоночных сегментов, нередко осложняющих течение висцеральной патологии) провести мануальную коррекцию состояния наиболее значимых органов и систем, что приводит к быстрому снятию или уменьшению симптомов заболевания и, таким образом, подтверждает правильность диагностических врачебных представлений. Такая тактика удобна как для врача, т.к. дополняет и корректирует его собственные выводы, так и для пациента, который в первый же день видит реальные результаты лечения.

Специалист должен периодически контролировать процесс лечения, т.к. даже при наличии хорошо продуманного и отработанного комплекса методик, направленных на коррекцию энергоинформационного и физического состояния пациента, реакция конкретного человека на лечение может быть сугубо индивидуальной. Поэтому в ходе всего лечебного процесса регулярно проводится биофизическая диагностика, в которой участвуют как врач, так и пациент, что позволяет создать систему коррекции и контроля за динамикой состояния больного и эффективность проводимой терапии.

Лечение. Перед началом любой терапии как бы подготавливается фон организма, т.к. при неподготовленном фоне снижается эффективность основной терапии. Поэтому если время терпит, то лечение следует начинать с установления контакта с пациентом, с рекомендаций по нормализации образа жизни. Известно, что состояние духа пациента существенно влияет на процесс лечения, поэтому очень важно создание положительного мышления и конструктивного отношения к лечебному процессу со стороны пациента.

Поскольку наибольшая нагрузка в организме падает на две системы: пищеварительную и нервную (на уровне ЦНС замыкается порочный круг при всех функциональных, психосоматических заболеваниях), то в качестве фоновой терапии используют нижеперечисленные методы.

Психотерапию назначают с целью воздействия на личность больного, снятия настроенности организма на извращённую реактивность, нормализации психосоматических взаимоотношений, выработки мотивации и активной позиции в отношении лечения. Для этого используются методы большой и малой психотерапии, а главное – больной обучается аутогенной тренировке, позитивному самовнушению и другим методам для самостоятельного духовного самосовершенствования.

Диетотерапию, включая и метод разгрузочно-диетической терапии (РДТ), различные пищевые добавки назначают с целью самоочищения организма, нормализации бактериального симбиоза гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта, лечения дисбактериоза, паразитарных заболеваний, хронических интоксикаций и т.д.

ЛФК, дыхательную гимнастику, массаж и самомассаж назначают с целью снятия мышечных блокад, устранения рассогласованности между психическим и физиологическим, восстановления правильной регуляции кардиореспираторной системы и т.д.

Закаливание осуществляется с целью повышения способности организма быстро изменять работу органов и систем так, чтобы обеспечить наиболее выгодные условия существования организма человека в постоянно меняющейся окружающей среде. Наиболее удобными и эффективными являются водные процедуры (обливания, обтирания, души, контрастные ванны, купания), а так же солнечные и воз-

душные ванны, позволяющие повысить устойчивость организма к холоду, простудным заболеваниям, стрессу, пониженному или повышенному атмосферному давлению и т.д.

Фитотерапия (подобранная с помощью ТМ по Фоллю) позволяет оказать всестороннее влияние на все системы организма за счёт попитропизма действия и высокой биодоступности для организма.

Не только лечение, но и тем более профилактику, следует начинать с фоновой терапии, при необходимости дополняемую биологическими и биофизическими (биоэнергоинформационными) методами, т.е. профилактику лучше осуществлять с энергоинформационного уровня, нежели с клинико-морфологического. Иными словами, в доклиническую стадию болезни профилактические мероприятия должны быть направлены на восстановление регулирующих систем организма, поскольку воздействие на первопричину болезни предотвращает формирование хронической патологии.

Основное лечение в каждом отдельном случае должно основываться на строго индивидуальном подходе и иметь чётко продуманную программу реабилитационно-восстановительной терапии, успешность которой во многом зависит от компетенции врача. План основного лечения строится в зависимости от реактивности отдельных уровней болезни и выделенного «ядра патологии», т.е. основного комплекса проблем (основных звеньев патогенеза), решение которых может привести к стойкой ремиссии заболевания или к выздоровлению пациента. В плане основного лечения предусматривается возможность использования в различной последовательности методов и средств немедикаментозной и медикаментозной терапии в зависимости от клинической ситуации и решаемых терапевтических задач на соответствующем этапе реабилитационно-восстановительного лечения.

На первом этапе назначается элиминационная (соответствующие гомеопатические препараты) или адекватная эфферентная терапия (гемосорбция, лимфосорбция и др.) с целью активации дезинтоксикационной и выделительной функции органов и систем, поскольку, вследствие ухудшения экологических условий жизни, многие люди страдают хроническими и скрытыми интоксикациями (в большинстве случаев выявляемых только с помощью биофизических методов), которые нередко являются причиной многих функциональных нарушений, иммунодефицита и других патологических состояний.

Электроakupунктурная диагностика и феномен медикаментозного тестирования по Р. Фоллю – являются методами *диагностики* состояния энергоинформационного обмена организма, *терапии и контроля* за эффективностью проводимого лечения. Метод ЭПДФ основан на измерении параметров БАТ, представляющих собой информационный канал связи между органом и окружающей средой (Dumitrescu I.E., 1989), через который соответственно можно корректировать ответные сигналы с патологических систем, подсистем, органов (Schmitz - Harbauer W., 1992). Электрофизиологические параметры АТ отражают химико-физиологическое, морфофункциональное и энергетическое состояние органа, тканевой системы или их частей, сопряженных с этой АТ, а также отражают степень участия АТ в процессах регулирования энергетического равновесия в организме. Любая коррекция состояния организма должна идти с обратной связью, т.е. находиться под

контролем, поскольку один и тот же метод у разных людей может приводить к разным результатам. Медикаментозное тестирование позволяет не только подобрать индивидуальную дозу и вид лекарства, но и выявить лекарственную несовместимость, нередко приводящую к возникновению аллергии или даже несущую угрозу для жизни. Рассматривая лекарственную несовместимость как болезнь, американские исследователи (госпиталь Джона Холкинса в Балтиморе) установили, что в настоящее время эта болезнь среди прочих занимает 7-е место. Явление лекарственной непереносимости связано не только с видом лекарства, но и с видом и типом пациента, состоянием его желудочно-кишечного тракта. Поэтому метод ТМ может являться действенной мерой профилактики медикаментозных осложнений.

Биорезонансная терапия – это метод с широким спектром терапевтических эффектов, представляющий собой удачное сочетание классической акупунктуры, классической гомеопатии и современных технологий. Этот метод удачно дополняет гомеопатическое лечение или используется самостоятельно.

К биофизическим методам экспресс-диагностики следует отнести также биоэлектронную функциональную диагностику (БФД), вегетативный резонансный тест (ВРТ), компьютерную сегментарную электрографию, эффект Кирлиан и др. Биофизические методы являются важным дополнением клинической медицины, но, ни в коем случае, не заменяют её, поскольку позволяют ставить не клинико-статистические диагнозы, а только функциональные диагнозы, дающие представление о функции органа, системы, организма в целом.

Гомеопатические препараты (унитарные, комплексные, резонансные) – являются биологическими препаратами, не имеющими побочного действия. Эти препараты хорошо сочетаются с другими видами немедикаментозной терапии, дополняя её и укорачивая путь к выздоровлению пациента, являясь как бы катализатором этого процесса. Как правило, в основе эффективности биологической терапии лежит индивидуальный подход, позволяющий рассматривать человека с учётом его персональных (физических и психических) характеристик и многомерной сети структурных и функциональных взаимосвязей в целостной биосистеме. Применение гомеопатии направлено на мобилизацию собственных защитных сил организма и восстановление функций.

Иглорефлексотерапия (ИРТ) – по сути своей является методом информационного воздействия на регулирующие системы организма. Эффективность воздействия ИРТ на энергоинформационную систему человека во многом зависит от знания основ традиционных теорий (теория У-СИН, полярность системы ИНЬ-ЯН и др.), от знания сегментарной, соматической и вегетативной иннервации БАТ и отдельных органов, что даёт возможность определить, на каком уровне в спинном мозге замыкается рефлекторная дуга, в какую область коры большого мозга придёт раздражение, какие системы примут участие в реализации процесса возбуждения, и какая предполагается эффекторная реакция. Немаловажное значение имеет правильно выбранный метод воздействия (возбуждающий, тормозной) и время лечения. С позиций китайской хронобиологии необходимо учитывать биологические часы человека – часы максимального времени органа или системы (рис. 18). В период максимального времени соответствующий орган энергетиче-

чески нагружен и максимально чувствителен, поэтому, по возможности, гомеопатические лекарства для определенного органа и биофизические методы следует назначать перед максимальным периодом или в период максимальной активности органа (системы), так как все методы в этом случае оптимальнее действуют.

Физиорефлексотерапия. Характерной особенностью этого метода является специфический характер раздражителя и возможность через воздействие на БАТ вызывать как общие ответные реакции организма, так и реакции со стороны определённых органов или систем, используя низкоинтенсивные физические воздействия. Метод более физиологичен, чем физиотерапия, используется как при функциональных нарушениях, так и при органических поражениях. Неинвазивность метода – немаловажный фактор в условиях разгула массовых эпидемий.

Физиотерапия – это, в большей степени, метод воздействия на физическом уровне (при использовании современных методик и подходов к лечению). При воздействии физическими факторами, благодаря развитию многоуровневых рефлекторных и нейрогуморальных реакций, обусловленных интегративной деятельностью нервной системы, обеспечивается широкий спектр терапевтических реакций саногенетической направленности действия (при адекватности физических параметров воздействия состоянию функциональных систем организма).

Мануальная терапия. Ещё Гиппократ в V до н.э. отмечал, что с помощью этого метода можно лечить многие болезни. Воздействуя через раздражаемые рецепторы на патологически изменённые мышцы, суставы, структуры позвоночника, мануальная терапия оказывает влияние на вегетативный аппарат внутренних органов. Поэтому мануальную терапию рекомендуется применять не только при синдромах, связанных с повреждением межпозвоночных суставов, дисков, связок, но и при функциональных рефлекторных блокадах позвоночных сегментов, сопровождающихся неврологическими синдромами при висцеральной патологии (вторичные вертеброкардиоалгии, хронические заболевания органов пищеварения, лёгких, почек, урогенитальной системы и др.). В мануальной терапии особое значение имеет *релаксация*, поэтому совершенно безопасному методу – *постизометрической релаксации* (ПИР) и приёмам *автомобилизации* (комплекс мобилизационных приемов, включающих в основном ПИР и гравитационное отягощение) можно обучить пациента, чтобы он выполнял их самостоятельно.

Водотеплолечение. Различные виды водотеплолечения (питьевое лечение минеральными водами, различные виды камерных и общих ванн, различные виды лечебных душей, грязе-, озокерито-, парафинолечение, сауна и др.) можно применять как с профилактической, так и с лечебной целью, удачно дополняя и разнообразя лечебный процесс.

Заместительная терапия. При правильно проводимой фоновой и основной терапии нередко удаётся или отменить, или резко снизить дозу заместительной, или симптоматической фармакотерапии.

Действие всей программы, в зависимости от сложности клинической ситуации, рассчитано от нескольких месяцев до 1-2-х и более лет, поскольку конечная цель любой терапии – это восстановление гармонии между психикой и телом (сомой), восстановление нарушенных бо-

лезную психических, энергетических и физиологических взаимосвязей.

Многолетний опыт показывает, что для реального излечения, а не для подавления симптомов заболевания, необходимо воздействие на пациента как на единую систему, включающую как энергоинформационные и морфофизиологические системы, так и психологическую структуру личности. Рассмотренный подход к лечебному процессу основан на синтезе современных научных достижений, векового опыта народов Востока и Запада, опыта медицины классической и альтернативной. Как показывают практические наблюдения, подход к терапии с позицией холистической медицины даёт положительные результаты вне зависимости от анамнеза пациента. В отечественной литературе мы встретили ссылку на пятилетний опыт работы центра альтернативной медицины «Aura and Body Centre», организованного нашим соотечественником Султановым В.С. в г. Мельбурне (Австралия). В этот центр за последние пять лет обращалось множество пациентов со сложными хроническими заболеваниями (рак III-IV стадии, диабет, бесплодие, псориаз, серьёзные заболевания сердечно-сосудистой системы и др.), исчерпавшие все возможности лечения методами классической медицины. Тем не менее, по данным центра, более 80 процентов пациентов, получивших полный курс лечения, кардинально улучшили своё состояние.

Анализ опыта большинства высокоразвитых стран (Швеция, Канада, Япония, США), достигших высоких показателей здоровья общества, свидетельствует, что только развитие массовой физической культуры и спорта, пропаганда здорового образа жизни, строительство оздоровительных центров, способно обеспечить профилактику многих болезней цивилизации. Но наряду с оздоровительными центрами, должны быть и центры альтернативной медицины, где небольшой коллектив врачей-профессионалов мог бы заниматься лечением сложных хронических больных. На наш взгляд, при лечении таких больных необходимо (по возможности) отказаться от дифференциации лечения, принятого в официальной медицине, и стремиться к максимальной концентрации различных методов лечения на уровне одного специалиста или небольшого коллектива врачей, хорошо ориентирующихся в этиопатогенезе и клинической картине болезни. Это значительно повысит возможность контроля за процессом лечения. Необходимо возвратиться к старой испытанной формуле лечения: *«один врач – один больной и консультация по необходимости»*, что продиктовано неуклонным ростом численности хронических больных.

Вероятно, в обозримом будущем только диагностика на доклинической стадии заболевания и, следовательно, активная профилактика, внедрение в практическую медицину «идеи холизма», развитие массовой культуры и спорта, строительство оздоровительных центров, активная пропаганда престижа здоровья и здорового человека позволят практической медицине повысить показатели здоровья нашего общества до уровня высокоразвитых стран.

РИСУНОЧНЫЕ ТЕСТЫ

Рисуночные пробы, такие как: «Нарисуй человека», «Кинетический рисунок семьи», «Дом, дерево, человек» применяются с целью исследования индивидуальных особенностей личности.

Ход проведения теста состоит из двух частей: рисования и беседы – обсуждения нарисованного.

Материалы: стандартный чистый лист бумаги (А4), простой карандаш, ластик, по желанию испытуемого – цветные карандаши.

Данные тесты имеют общие моменты в интерпретации некоторых особенностей рисунков. Эти особенности трактуются разными авторами по-разному. Их внешняя расхожденность оправдана, так как рисунок должен быть проанализирован в целом, а не разбросан на отдельные элементы, которые при таком положении могут противоречить друг другу. В этой связи целесообразно обратить внимание на так называемую контрольную таблицу, предложенную автором текста «Рисунок дерева» Кохом, которой можно воспользоваться, чтобы оценить интуитивное впечатление исследователя о полученном рисунке. Таблица включает перечень пар полярных ощущений, из которых надо выбрать наиболее подходящие для оценки впечатления от рисунка.

Этот перечень может быть дополнен, если ощущения исследователя не вписываются в него.

Качество рисуночных линий:

Сильный нажим трактуется как сильное психологическое напряжение, имеющее выход через:

а) амбициозность или агрессивность с тенденцией к их проявлению;

б) энергичность, настойчивость;

в) тревожность.

Очень легкий нажим:

а) неуверенность, робость, боязливость, нерешительность, колебания, пассивность;

1) светлый - темный	11) веселый - грустный
2) ясный - пасмурный	12) заполненный - пустой
3) яркий - тусклый	13) агрессивный - доброжелательный
4) гармоничный - негармоничный	14) контролируемый - бесконтрольный
5) спокойный - беспокойный	15) цветной - нецветной
6) неподвижный - оживленный	16) богатый - бедный
7) упорядоченный - беспорядочный	17) тяжелый - легкий
8) жесткий - мягкий	18) сложный - простой
9) изящный - угловатый	19) прочный - ненадежный
10) оживленный - неоживленный	20) скромный - напыщенный
	21) утонченный - грубый

б) недостаток энергии;

в) или свидетельство гибкости и подвижности мышления.

Неровный, переменчивый нажим:

а) нестабильность;

б) импульсивность;

в) эмоциональная лабильность; (значимые детали выделены более сильно или заштрихованы).

Нажим, слабеющий в процессе рисования:

а) утомляемость испытуемого, возможно, депрессия.

Формы и направления линий:

Мало гнутых линий, много острых углов - агрессивность, плохая адаптация в обществе.

Преобладание горизонтальных штрихов - слабость, боязливость, постоянная обеспокоенность собственной безопасностью или женственностью.

Вертикальные линии - самоуверенность, решительность, повышенная активность, упрямство, настойчивость.

Преобладание кривых линий свойственно женственной или конфликтной личности.

Прямые, жесткие штрихи - агрессивность, упрямство, настойчивость. Постоянное изменение направления штриховки - обеспокоенность, возможно, незащищенность.

Твердые уверенные штрихи - безопасность, упорство, решительность, амбициозность.

Прерванные, зигзагообразные линии - чувство незащитности, медлительность, зависимость.

Длинные линии предполагают импульсивный, легко возбудимый темперамент.

Штрихи справа налево - признак интроверсии, изоляции. Штриховка от себя - агрессия, экстерверсия.

Брайан Шелби анализирует некоторые формы линий, характерные для ребенка 4-6 лет.

1. Твердая уверенная линия - решительность, волевой характер, ясность мысли, хорошее эмоциональное равновесие.

2. Чрезмерно сильный нажим (линия прервана от того, что при нажиме сломался карандаш) в случае, если такие линии характерны для рисовальщика, то это проявление сдерживаемой агрессии, эмоциональной неуверенности, склонности винить себя и «падать духом».

3. Сильный нажим, линия прерванная, кривая – недостаточная вера в себя, в свои силы, боязнь совершить ошибку.

4. Равномерная, правильно выполненная линия без перегибов при нажиме на карандаш, слегка волнообразной формы – развитый ум, хитрость, душевное равновесие, самообладание, отсутствие тревоги.

5. Неточная, легкая и прерывистая линия – нерешительность, подверженность колебаниям, боязнь взять на себя инициативу, рискнуть. «Это робкий ребенок, имеющий, возможно, проблемы с питанием и страдающий расстройством кишечника». Апатичность, нежелание прилагать усилия.

6. Линия, состоящая из прерывистых, коротких штрихов – проявляющаяся агрессия. «Такой ребенок не умеет действовать прямо, так как боится препятствий и коварства внешнего мира, поэтому использует повторяющиеся короткие и одиночные попытки для завоевания пространства и самовыражения». Подозрительность, недоверчивость.

7. Кривая, почти волнистая линия, то есть ребенок не может рисовать прямые линии – это может означать нарушение эмоционального состояния или проблемы психического характера.

Размер рисунка

Рисунки на весь лист – это компенсаторное превознесение себя в воображении. Рисунки большого размера предполагают агрессивную, экспансивную натуру, зачастую лишенную чувства меры, склонную к тщеславию, высокомерию.

Рисунки малых размеров предполагают наличие комплекса неполноценности, возможную predisposition к депрессии, тревогу, эмоциональную зависимость, чувство дискомфорта.

Расположение рисунка

В центре – признак нормальной, уверенной личности, чувствующей себя и безопасности; эгоцентризм у ребенка, значимость для него нарисованного образа, иногда – незащищенность.

В верхней части листа – высокий уровень надежд, иногда нереальный уровень оптимизма или завышенная самооценка.

В нижней части листа – чувство беззащитности, депрессии, возможно, заниженная самооценка.

На краю листа – неуверенность в себе, потребность в одобрении, поддержке, боязнь принятия самостоятельных решений, стремление избежать нового опыта.

Стирания рисунка слишком частые означают тревожность, нерешительность, недовольство собой. Если стираются и перерисовываются отдельные детали, следовательно, они имеют большую значимость для рисовальщика.

Наличие дополнительных деталей на рисунке, фон, окружение. Стремление заполнить все пустоты на рисунке какими-нибудь изображениями обозначает наличие у рисовальщика чувства одиночества, незащищенности, недостаточного удовлетворения потребности в любви и тепле.

Рисование линий опоры (например, контур земли) означает незащищенность, желание иметь дополнительную опору в жизни, тревожность, неуверенность.

Наличие туч означает тревогу, боязливость, а солнце, лампочка, горящая печь и другие образы, связанные со светом или теплом, означают потребность в дополнительном внимании, заботе, ласке. Последнее особенно часто встречается в детских рисунках.

Тест – «Нарисуй человека»

Разработан К.Махвер в 1946 году на основе теста Ф.Гудинафа. Здесь рассматривается его детский вариант (от 3 до 13 лет).

Инструкция: «Нарисуй человека, какого хочешь». Если ребенок отказывается, надо постараться его убедить. На все уточняющие вопросы ребенка отвечать уклончиво, например: «Ты начни, а дальше легче будет...»

Все вопросы, реплики, стирания и дополнения к рисунку, а также время рисования фиксируются в протоколе.

По окончании рисования спросить у ребенка, все ли он нарисовал, затем перейти к заключительной беседе, которая состоит примерно из таких вопросов: Кто это? Где он живет? Есть ли у него друзья? Чем он занимается? Добрый он или злой? На кого он смотрит? Кто смотрит на него?

Порядок интерпретации:

1. Кто изображен?

2. Что он делает в данный момент, по словам автора?

3. Пропорциональность фигуры и особенности изображения отдельных частей, расположение на листе.

4. Декорирование и окраска.

5. Наличие дополнительных аксессуаров.

6. Качество линий (нажим, равномерность и пр.).

7. О чем говорил ребенок при беседе.

Интерпретация:

Если нарисованная фигура смотрит влево, это признак обращенности ребенка в прошлое, которое, возможно, было более благоприятно, если вправо – обращенность к будущему, на Вас – обращенность к настоящему.

Рисунок в профиль обозначает склонность к интроверсии, фигура со спины – глубокая интроверсия.

Обычно ребенок рисует человека своего пола – это признак нормальной идентификации. Если она нарушена, то ребенок рисует представителя противоположного пола или бесполое существо.

Кроме того, изображение лица противоположного пола может быть связано с привлекательным или угрожаемым человеком из окружения ребенка.

Части тела:

Каждая часть тела носит символический характер при интерпретации.

1. *Голова* - символ интеллектуальной сферы, особенно лоб. Отсутствие лба означает, что ребенок сознательно не обращает внимания на умственную сферу. Пропорции головы и туловища есть отношение между физическим и духовным в ребенке. Изображение на голове чего-либо, например, шляпы - символ перцептивной защиты.

2. *Лицо* - символ сферы общения. Ребенок, имеющий проблемы в общении, рисует черты лица нечетко, не рисует их, совсем зачерчивает лицо или рисует в последнюю очередь. Если все детали лица прорисованы хорошо - это знак высокой заинтересованности ребенка в самом себе. Красивые глаза, длинные ресницы - признак эстетических наклонностей рисовальщика, женственности, у девочек - признак половой идентификации.

3. *Уши* - если они есть, то обозначают открытость восприятия или настороженность к окружающему миру.

4. *Глаза* - большие, с прорисованными зрачками или без зрачков с заштрихованными склерами - символ страха или тревоги.

5. *Рот* - если он открыт, то это признак агрессии или вербальной активности агрессивного характера, если прорисованы зубы, то это явная агрессия. Возможно, она защитного плана.

6. *Губы* - символ сексуальной сферы. Пухлые губы у девочки - признак половой идентификации.

7. *Нос* - отдельно не интерпретируется. Недостающие части лица могут указывать на некоторую степень интеллектуальной недостаточности.

8. *Шея* - контроль за своими проявлениями, степень их произвольности. Длинная шея может обозначать любопытство.

Туловище.

9. *Руки* - символ активности и общения. Руки расставлены в стороны - признак общительности. Руки спрятаны, прижаты к телу. В карманах или за спиной - необщительность, замкнутость, неудовлетворенность своим положением. Пальцы растопырены - неудовлетворенность своим положением. Если пальцы тщательно прорисованы - у ребенка есть способность к управлению и преобразованиям. Длинные пальцы с ногтями или подчеркивание кулаков - признак агрессии. О том же говорят руки, поднятые вверх.

10. *Торс*. Представление ребенка о физическом облике человека. Если хрупкий, ребенок рисует сильного, мускулистого человека - это признак компенсации недостающего. Идеального для него физического облика. Если сильный ребенок рисует хилого, то, возможно, это признак ассоциации с неким переживанием из прошлого опыта. Если прорисован пупок маленьким ребенком - это признак эгоцентризма, если ребенок старшего возраста, то это признак инфантильности или стремления уйти в себя. Часто фигура украшается дополнительными аксессуарами (бантики, пряжки и пр.). Это обозначает повышенное внимание к собственной персоне.

11. *Ноги* - символ опоры, устойчивости, направленности на практическую ориентацию.

Если стопы нарисованы так:  то это признак устойчивости, уверенности в себе.

Если так:  или стоп вовсе нет, то это обозначает чувство неуверенности. Линия

платья также является символом опоры.

Если ребенок раскрашивает рисунок, то следует обратить внимание на такие цвета: черный - символизирует агрессию; красный - активность; коричневый - нездоровье. Дополнительную информацию о цветовой интерпретации можно получить в цветовом тесте Люшера.

Тест "Кинетический рисунок семьи"

Предложен Р.Бернсом и С.Кауфманом в 1972 году для диагностики внутрисемейных отношений с точки зрения ребенка.

Инструкция. «Нарисуй свою семью так, чтобы ее члены были чем-то заняты».

Для выполнения рисунка предлагают стандартный чистый лист бумаги, карандаш 2М, ластик. Дополнительно можно предложить цветные карандаши.

В протоколе фиксируется время выполнения задания, все вопросы и высказывания испытуемого, стирания, поправки и прочее.

Беседа после окончания рисования включает в себя примерно такие вопросы:

1. Кто нарисован на рисунке?
2. Что делает каждый член семьи?
3. Где они находятся?
4. Им весело или скучно?
5. Кто из них самый счастливый и почему?
6. Кто самый несчастный, почему?

Кроме вопросов ребенку можно предложить решение нескольких ситуаций для выявления позитивных и негативных отношений в семье:

1. Представь себе, что ты имеешь два билета в цирк. Кого бы ты позвал пойти с собой?
2. Представь, что вся твоя семья идет в гости, но один из вас заболел и должен остаться дома. Кто он?

3. Ты строишь из конструктора дом (вырезаешь бумажное платье для куклы) и у тебя не получается. Кого ты позовешь на помощь?

4. Ты имеешь «N» число билетов (на один меньше, чем членов в семье) на интересную кинокартину. Кто останется дома?

5. Представь себе, что ты попал на необитаемый остров. С кем бы ты хотел там пожить?

6. Ты получил в подарок интересное лото. Вся семья села играть, но вас одним человеком больше, чем надо. Кто не будет играть?

Интерпретация.

1. Анализ структуры рисунка.

1.1. Сравнение состава нарисованной семьи с реальной:

а) Если семья нарисована в полном составе - это признак эмоционального благополучия семьи.

б) Если на рисунке изображен неполный состав семьи, это может обозначать недовольство семейной ситуацией, наличие эмоциональных конфликтов в семье и даже агрессию.

в) Случай, когда на рисунке вообще нет людей или, когда изображаются люди, не связанные с семьей, может свидетельствовать о:

- неких травматических переживаниях по поводу семьи;
- о чувстве отверженности, покинутости (например, дети из интерната);
- об аутизме;
- о высоком уровне тревожности, связанном с чувством небезопасности;
- а также, об отсутствии контакта между психологом и ребенком.

г) Случаи уменьшения состава семьи на рисунке можно объяснить тем, что ребенок не рисовал тех, кто для него менее всего эмоционально привлекателен или тех, с кем у него существуют конфликты в семье. На вопрос, почему он их не нарисовал, ребенок дает ответ защитного характера: «Не хватило места»; «Боюсь, это плохо получится» и т.д. Вместо них ребенок иногда рисует зверушек или птиц.

д) Если ребенок не рисует себя или рисует только себя, это обозначает отсутствие чувства общности с семьей. Вариант, когда ребенок рисует только себя объясняется дополнительно в зависимости от того, как он это делает:

- если он украшает образ на рисунке большим количеством деталей, аксессуаров, цветов и пр., а также делает изображение очень большим, то это может свидетельствовать о наличии эгоцентричности и, возможно, истероидных чертах характера;
- если величина рисунка маленькая в совокупности с негативным эмоциональным фоном - это признак чувства отверженности, покинутости, иногда, аутических тенденций.

е) Вариант, когда ребенок на рисунке увеличивает состав семьи можно объяснить наличием таких тенденций, как:

- неудовлетворенные психологические потребности в кооперативных равноправных связях, то есть желание иметь для общения ребенка того же возраста (брат, сестра);
- потребность быть в обществе других людей;
- желание занять родительскую охраняюще-руководящую позицию по отношению к другим детям (то есть на рисунке изображен ребенок или какое-нибудь животное, птица и пр.);
- потребность в человеке, способном удовлетворить стремление к близкому эмоциональному контакту;

- кроме того, иногда это может быть связано с символическим разрушением целостности семьи, местом родителей вследствие ощущения отверженности, ненужности.

2. Расположение членов семьи, особенности их взаимодействий.

а) Семья нарисована в полном составе, с соединенными между собой руками или семья занята одним делом - все это признак сплоченности, эмоционального благополучия семьи, включенности ребенка в эту ситуацию;

б) На низкий уровень эмоциональных связей в семье могут указывать такие признаки, как:

- разобщенность членов семьи на рисунке;
- большое расстояние между ними;
- помещение между ними различных предметов или стены, например, отец - газета, мать - плита или гладильная доска.

Особо неприятные персонажи помещаются в рамку или рисуются отдельно от остальных. Если ребенок нарисовал себя в стороне от других, это свидетельствует о чувстве отчужденности.

в) Если члены семьи вовлечены в какую-нибудь соревновательную игру, например, игру в мяч - это обозначает, что ребенок признает существование связи, взаимного интереса между ними, а также наличие соперничества за влияние в семье. Мяч, находящийся между двумя или несколькими персонажами, указывает на баланс любви и соперничества. Мяч возле головы одного из персонажей означает, что ребенок признает за ним активную, решающую роль в семейной жизни. Мяч лежит или подпрыгивает возле ноги какого-нибудь персонажа - неадекватная роль этого персонажа в процессе соперничества.

3. Последовательность и особенности рисования членов семьи.

а) Наиболее значимый персонаж рисуется первым, большего размера, чем все остальные, более тщательно и детализированнее, дольше всех остальных. В процессе рисования ребенок может возвращаться, подправлять и дополнять его.

б) Отрицательное отношение к какому-либо члену семьи может выражаться через недетализи-

рованное или неполное (например, без каких-либо частей тела) изображение. Использование штриховки для изображения персонажа может обозначать наличие конфликтов в отношении с ним или отсутствие аффективных связей. Так же можно объяснить и паузы, сомнения перед рисованием какого-либо персонажа.

в) Величина фигуры рисовальщика по сравнению с другими фигурами может быть разной. Если она больше или наравне с другими, то это трактуется либо как признак соревнования за родительскую любовь с другим родителем или братом - сестрой. Если же фигура автора меньше остальных, что не слишком соответствует реальности, то это признак чувства незначительности или требования заботы со стороны родителей. По тому, как или в каком стиле ребенок рисует (насколько он напоминает других персонажей), можно установить, с кем он себя идентифицирует, соответствует ли это его полу.

4. Символика рисунка.

а) Грязь (сваленные в кучу грязные тарелки, куча грязных листьев в саду, грязные пятна на полу и т.д.) - символ внутреннего беспокойства ребенка из-за неприятных для него моментов: внутренней дисгармонии, действия и поведение, вызывающее у него чувство вины и т.д.

б) Вода, лед, дождь, звезды, холодильник и все, что касается холода - символ депрессивного настроения в данный момент или в потенции. Об этом могут свидетельствовать кровати и лежащие на них спящие или больные люди, если ребенок идентифицирует себя с ними.

в) Символы соперничества: спортивные игры или оборудование, дерущиеся кошка с собакой.

г) Цветы и бабочки - символ реального или желаемого спокойствия и безмятежности.

д) Шарик, бумажные змеи - символ чувства давления, от которого ребенок пытается избавиться.

е) Символы агрессии: детская кроватка или клетка, как символ «пленения», лишения свободы, наказания (например, младший братик в кроватке). Здесь же - барабан, оружие, молот, мотыга или грабли, дикие животные (например, при посещении зоопарка).

ж) Дорожные знаки - символ сдерживания эмоций, подчинения правилам, навязанным ребенку в большей степени школой.

з) Символы власти и угрозы: метла, выбивалка для одежды, пылесосы, грузовики, промышленная техника (экскаваторы, краны), поезд, огромные нависшие над головой здания.

и) Изображение опасных для жизни предметов между персонажами (оружие, даже игрушечное, ножицы, столовые ножи и т.п.) - символ агрессивности, существования фактора соперничества.

Тест «Дом - дерево - человек» (ДДЧ)

Предложен Дж.Буком в 1948 году. Предлагается тест Р.Бернса.

Инструкция: «Нарисуйте, пожалуйста, дом, дерево и человека в полный рост, постарайтесь изобразить на этом же рисунке какое-то действие».

Надо нарисовать испытуемого при этом на серьезный лад и попросить его не рисовать карикатур и плоские контуры.

Все вопросы и комментарии испытуемого, время выполнения рисунка и другие важные моменты записываются в протокол.

После того, как рисунок завершен, можно перейти к беседе с испытуемым, в которой могут присутствовать вопросы такого рода: «Что за ситуация здесь нарисована? Что происходит на рисунке? Есть ли взаимодействие между человеком, деревом и домом? Если да, то положительно ли оно? С чем ассоциируется у Вас дом, дерево и человек? Что они могут для Вас символизировать?»

Интерпретация.

Бернс утверждает, что «взаимодействие между домом, деревом и человеком представляет собой зрительную метафору. Если привести весь рисунок в действие, вы увидите то, что действительно происходит в вашей жизни».

В упрощенной форме, *дерево* в рисунке типа ДДЧ символизирует жизненную энергию, стремление к жизни определяется толщиной ствола и веток.

Если дерево занимает на рисунке значительное место, это говорит об огромной энергии и позитивном подходе к жизни. Такой человек - словно режиссер «пьесы».

Если испытуемый рисует только себя, это значит, что он хорошо контролирует свою жизнь. Если на рисунке есть другой человек, это значит, что он является движущей силой в его жизни.

Дом - это словно сцена из пьесы, в зависимости от того, как он выглядит, это может быть дом, в котором он провел детство, лагуна или даже тюрьма. Если внутри дома находится человек, это значит, что рисовальщик находится или нуждается в защите. Если на рисунке дом занимает много места, это означает стремление к достижению материальных благ.

Еще одним способом интерпретации рисунка может стать порядок, в котором нарисован дом, дерево и человек. Если первым нарисовано дерево, значит основным является жизненная энергия. Если же первым нарисован дом, то значит, что на первом месте безопасность, успех или наоборот, пренебрежение этими понятиями.

Описание характеристик дерева:

— Под порывом ветра дерево склонилось к дому - это стремление к безопасности и покою в домашней обстановке. Образ может означать замкнутость на прошлом.

— Ветки направлены вниз - много нерешенных проблем. Рисунок ивы означает депрессию и замкнутость на прошлом.

— Ветки направлены вверх. Если дерево прочно стоит на земле. Такой рисунок означает стремящуюся вперед личность с достаточно удавшейся жизнью.

– Ветки направлены наружу. Такой рисунок обычно делают люди, любящие оказывать помощь другим.

– Изобилие веток и зелени со стороны дома - означает личность, которая уделяет большое количество энергии одному аспекту жизни, совершенно забывая о других.

– Изобилие веток и зелени на стороне, противоположной от дома - означает личность, которая стремится пустить энергию в свой собственный рост, отрицая семейные и домашние ценности.

Примеры интерпретации рисунков дома:

– Труба. Акцент на трубе предполагает озабоченность психологической атмосферой в доме, это может также означать мужественность, силу и творческое начало.

– Дверь. Отсутствие двери предполагает психологическую недоступность. Дверь очень маленьких размеров может означать стеснительность. Дверь, расположенная сбоку, означает бегство.

– Крыша. Остроконечная крыша означает сильное супер-эго и чувство вины. Акцентированная или тщательно нарисованная крыша предполагает слабый контроль за миром фантазии.

– Ступеньки и дорожки. Нарисованные в традиционном стиле они предполагают желание социальной активности. Ступеньки, ведущие к чистой стене, предполагают конфликтность и недоступность. Хорошо нарисованные дорожки означают хорошее чувство контроля за своим поведением и развитое чувство такта. Длинные дорожки или ступени подразумевают чувство дистанции в общении.

– Окна. Отсутствие окон подразумевает замкнутость, в то время как большое количество окон предполагает активность, открытость и хороший контакт с окружающими. Занавески подразумевают озабоченность красотой и стремление сохранять дистанцию в общении. Маленькие окна предполагают стеснительность и психологическую недоступность. Для понимания рисунка человека следует обратиться к интерпретации теста «Нарисуй человека».

Приложение 2.

МЕТОД – “НЕЗАКОНЧЕННЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ”

В психологической практике чаще других используется вариант метода “незаконченные предложения” Сакса и Сидней. Он включает в себя 60 незаконченных предложений, в которых дополнения, осуществляемые испытуемым, регламентированы и зависят от содержания начала фразы. Они могут быть разделены на 15 групп по 4 предложения в каждой, характеризующих, в той или иной мере, систему отношений обследуемого к семье, к представителям своего или противоположного пола, к половой жизни, к учителю, начальнику и подчиненным. Некоторые группы предложений имеют отношение к испытываемым страхам и опасениям, к имеющемуся чувству вины, свидетельствуют об отношении испытуемого к прошлому и будущему, затрагивают сферу взаимоотношений с родителями и друзьями, жизненные цели.

Инструкция. Ниже приводится 60 незаконченных предложений. Следует прочитать каждое предложение и закончить его, записывая первую же пришедшую в голову мысль. Выполнить задание быстро, не задумываясь долго над каждой фразой. Если невозможно закончить какое-нибудь предложение сразу, обвести его кружком и заняться им позже.

1. Думаю, что мой отец редко...
2. Если все против меня, то...
3. Я всегда хотел(а)...
4. Будущее кажется мне...
5. Если бы я занимал(а) руководящий пост...
6. Мой учитель (воспитатель, руководитель, начальник)...
7. Знаю, что глупо, но боюсь...
8. Думаю, что настоящий друг...
9. Когда я был(а) ребенком (или когда я был(а) совсем маленьким (ой)...
10. Идеалом женщин (мужчины) или мальчика (девочки) для меня является...
11. Когда вижу мужчину рядом с женщиной (или девочку рядом с мальчиком)...
12. По сравнению с большинством других семей моя семья...
13. Лучше всего мне заниматься (работать) с...
14. Моя мама и я...
15. Сделал(а) бы все, чтобы забыть...
16. Если бы мой отец только захотел...
17. Думаю, что достаточно способен(на), чтобы...
18. Я мог(ла) бы быть очень счастливым(ой), если бы...
19. Если кто-нибудь будет под моим руководством...
20. Надеюсь на...
21. В школе мои учителя...
22. Большинство моих товарищей не знает, что я...
23. Не люби людей, которые...
24. В детстве я...
25. Считаю, что большинство девушек и юношей (или мальчиков и девочек)...
26. Семейная жизнь кажется мне...
27. Моя семья обращается со мной как...

28. Люди, с которыми я учусь (работаю)...
29. Моя мать...
30. Моей самой большой ошибкой было...
31. Я хотел(а) бы, чтобы мой отец...
32. Моя наибольшая слабость заключается в том...
33. Моим скрытым желанием в жизни...
34. Мои подчиненные...
35. Наступает день, когда...
36. Когда ко мне приближается учитель (начальник)...
37. Мне бы хотелось перестать...
38. Больше всего люблю тех людей, которые...
39. Если мне нравится женщина (мужчина), (или девочка, мальчик...) я...
40. Считаю, что большинство женщин (мужчин) (или девочек и мальчиков...)...
41. Когда я вспоминаю свое детство...
42. Большинство известных мне людей...
43. Люблю учиться (работать) с людьми, которые...
44. Считаю, что большинство матерей...
45. Когда я был(а) ребенком, то я чувствовал(а)...
46. Думаю, что мой отец...
47. Когда мне начинает не везти, я...
48. Когда я прошу что-нибудь сделать других...
49. Больше всего я хотел(а) в жизни...
50. Когда я буду старым(ой)...
51. Люди, превосходство которых на собой я признаю...
52. Мои опасения не раз заставляли меня...
53. Когда меня нет, то мои друзья...
54. Моим самым живым воспоминанием детства является...
55. Мне очень не нравится, когда женщины (мужчины) (или девочки и мальчики...)...
56. Если я остаюсь наедине с женщиной (мужчиной) (или девочкой мальчиком)...
57. Когда я был(а) маленьким ребенком, моя семья...
58. Люди, которые учатся (работают) со мной...
59. Я люблю свою мать, но...
60. Самое худшее, что мне случалось совершать, это...

Ключ:

1. Отношение к себе (2,17,32,47)
2. Страхи (7,22,37,52)
3. Вина (15,30,45,60)
4. Секс (11,26,39,56)
5. Мать (14,29,44,59)
6. Отец (1,16,31,46)
7. Семья (12,27,42,57)
8. Противоположный пол (10,25,40,55)
9. Товарищи (8,23,38,58)
10. Коллеги (13,28,43,58)
11. Начальство (6,21,36,51)
12. Подчиненные (5,19,34,48)
13. Прошлое (9,24,41,54)
14. Будущее (4,20,35,50)
15. Цели (3,18,33,49)

Для каждой группы предложений выводится характеристика, определяющая данную систему отношений, как положительную, отрицательную и безразличную для испытуемого. Полученные данные подвергаются качественной и количественной обработке. В одном из вариантов этого метода испытуемый должен закончить рассказ, а не отдельное предложение.

Следует подчеркнуть, что некоторые вопросы этого варианта оказываются неприятными для обследуемых, так как касаются интимной стороны их жизни. Поэтому автор рекомендует в инструкции сообщать обследуемому, что исследование проводится с целью тренировки их памяти или внимания.

Например.

Отношение к семье. По сравнению с большинством других семей, моя семья:...

- плохая, недружная, распалась, слишком мещанская, несчастливая и т.п. – 2;
- не очень хорошая, нервная, менее дружная и т.п. – 1;
- хорошая, дружная, нормальная, любящая, счастливая – 0;
- не хуже, не лучше, обыкновенная – 0;
- маленькая, большая и т.п. – 0;
- более интеллектуальная, особая – 0.

Отношение к друзьям и знакомым.

Думаю, что настоящий друг...

- миф, не существует, будет тяжелым крестом, я сам по себе – 2;

- это собака, книга и т.п. - 1;
 - мне очень нужен, у меня не скоро - 1;
 - большая редкость, не подведет, всегда поймет - 0.
- Отношение к себе. Если все против меня, то...
- я страшно переживаю, я в отчаянии, мне очень плохо - 2;
 - я виноват, я сдаюсь, я плохой человек - 1;
 - я переживаю, я волнуюсь, нераничаю, мне неприятно - 1;
 - я ухожу, я замыкаюсь в себе - 1;
 - я против всех - 0;
 - нужно разобраться, подумать, я этого не боюсь - 0.

Отношение к будущему.

Будущее кажется мне...

- очень мрачным, печальным, страшным - 2;
- серым, туманным, неприглядным - 2;
- светлым, розовым, неясным, неизвестным, таким же как и настоящее - 0.

Затем подсчитывается общее количество баллов по каждой группе. Чем больше баллов получила группа, тем выраженнее отношение испытуемого к ее содержанию, причем со знаком минус, тем выше для него личностная значимость этих утверждений.

Данная методика применима как ко взрослому контингенту, так и к детям старшего и среднего и даже младшего школьного возраста. В целом она применима к учащимся любых возрастных групп. Однако, используя эту методику при обследовании детей, необходимо внести в часть предположений некоторые изменения.

Так, вопросы, связанные с группой «секс» (например, 11,26,39,56) можно незначительно видоизменить и отнести к группе «семья» или «противоположный пол». Это касается и группы вопросов «подчиненные» (например, 5,19,34,48). Вопросы из этой группы также можно несколько модифицировать и отнести к группам «товарищи» или «коллеги».

Группа вопросов, условно названная «начальством», может быть рассмотрена в случае диагностики учащихся как «отношение к старшим, взрослым».

Приложение 3.

САМОУПРАВЛЕНИЕ ЭМОЦИЯМИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ, ПОВЕДЕНИЕМ, ОБЩЕНИЕМ (Пейсахов Н.М. и др., Казань, КГУ, 1989)

Самоуправление – это способность целенаправленно, осознанно строить отношение с людьми в ходе совместной деятельности; изменять свое поведение на основе понимания ситуации и ее динамики; рассматривать свою деятельность в соответствии с целями группы и своими возможностями; управлять психическим состоянием так, чтобы не нарушались межличностные отношения, а цель деятельности достигалась оптимальным путем – эффективно, экономно, быстро и надежно.

Результат этой деятельности – показатель состояния активного самоуправления, т.е. адаптации на уровне личности.

Все многообразие противоречий разрешается индивидуально каждой личностью, поэтому мы и наблюдаем бесконечное разнообразие ответных реакций на внутренние и внешние воздействия. Следует учитывать, что активное самоуправление личности строго индивидуально, постоянно меняется и приобретает заново.

Нарушение самоуправления может стать условием или причиной для развития личностного (межличностного) конфликта, возникновения психотравмирующей ситуации, формирования психогенных и повлечь за собой нарушение самоуправления и саморегуляции психовегетативными функциями, т.е. привести к развитию психосоматического заболевания. Для изучения самоуправления можно использовать тест-опросник.

Анкета теста-опросника содержит 48 утверждений, по 6 каждое из следующих основных звеньев самоуправления (за исключением 7 звена): 1. Анализ ситуации; 2. Прогнозирование – прогноз; 3. Целеполагание – цель; 4. Планирование (средства и их последовательность) № 5. Выработка критериев оценки; 6. Принятие решения; 7. Действия; 8. Само-взаимоконтроль (сравнение полученных результатов с целью); 9. Коррекция.

Опросник – САМОУПРАВЛЕНИЕ – “Су”

Предлагаемая анкета дает возможность узнать о способности владеть собой в различных ситуациях в соответствии с основными звеньями самоуправления.

Необходимо внимательно прочитать утверждение, вникнуть в его смысл и, если согласны с высказываниями, под соответствующим номером бланка написать ответ “да”, если не согласны – “нет”. Работать нужно самостоятельно, не советуясь о том, как ответить на вопрос. Первый пришедший на ум ответ, как правило, и есть правильный.

САМОУПРАВЛЕНИЕ.

1. Практика показывает, что я верно определяю свои возможности в любой деятельности.
2. Я предусмотрительный человек.
3. Я берусь только за то, что смогу довести до конца.
4. Обычно хорошо представляю, что нужно сделать, чтобы добиться задуманного.
5. Постоянно пытаюсь найти ответ на вопрос “что такое хорошо и что такое плохо”.
6. Прежде чем сделать окончательный шаг, я взвешиваю все “за” и “против”.
7. Всегда отдаю себе отчет в том, что со мной происходит.

8. Непредвиденные препятствия не мешают мне довести дело до конца.
9. У меня не хватает терпения долго разбираться в том, что не решается сразу.
10. В своих делах и поступках не люблю заглядывать далеко вперед.
11. Редко задумываюсь о главных целях своей жизни.
12. Отсутствие продуманных планов не мешает мне добиться хороших результатов.
13. Часто затрудняюсь сказать, того ли достиг, что хотел.
14. На выбор моих решений влияют не поставленные цели, а настроение в данный момент.
15. Мне часто кажется, что целый час или два исчезли неизвестно куда.
16. Тот, кто считает необходимым исправлять все допущенные промахи, не замечает, как совершает новые.
17. Когда нужно разобраться в сложной обстановке, чувствую прилив энергии и сил.
18. Я четко представляю свои жизненные перспективы.
19. Умею отказаться от всего, что отвлекает меня от цели.
20. В своих словах и поступках следую пословице: "семь раз отмерь, один - отрежь".
21. Уделяю много времени тому, чтобы понять, с каких позиций надо оценивать свои действия.
22. В своих действиях я успешно сочетаю риск с осмотрительностью.
23. Необходимость проверять самого себя стала моей второй натурой.
24. Когда у меня портятся отношения с людьми, могу их изменить.
25. Как правило, мне бывает трудно выделить главное в сложившейся ситуации.
26. Жизнь показывает, что мои прогнозы редко сбываются.
27. Люди, которые всегда четко знают, чего они хотят, представляются мне слишком рациональными.
28. Удача сопутствует тому, кто не планирует заранее, а полагается на естественный ход событий.
29. Мне хватает чувства меры в отношениях с близкими.
30. Меня угнетает необходимость принимать срочные решения.
31. Обычно я мало слежу за своей речью.
32. Некоторые свои привычки я охотно бы изменил, если бы знал, как это сделать.
33. Что я хочу, и что я должен сделать – вот предмет моих постоянных раздумий.
34. Заранее знаю, каких поступков можно ожидать от людей.
35. Обычно с самого начала четко представляю будущий результат.
36. Пока не сложится в голове конкретный план, не начинаю серьезного разговора.
37. У меня всегда есть точные ориентиры, по которым я оцениваю свой труд.
38. Я всегда учитываю последствия принимаемых моих решений.
39. Внимательно слежу за тем, понимают ли меня во время споров.
40. Я готов снова и снова заниматься совершенствованием уже законченной работы.
41. Сколько ни анализирую свои жизненные трудности, не могу достичь полной ясности.
42. Жизнь так сложна, что считаю пустой тратой времени предвосхищать ход событий.
43. Следование однажды поставленной цели очень обедняет жизнь.
44. Считаю, что планирую, не планирую, а обстоятельства всегда сильнее.
45. В последнее время ловлю себя на том, что придаю большое значение мелочам, забывая о главном.
46. Мне обычно не удается найти правильное решение из-за большого количества возможных вариантов.
47. В спорах не замечаю как "выхожу из себя".
48. Сделав дело, предпочитаю не исправлять даже явные просчеты.

Бланк ответов "Су" состоит из трех параллельных столбцов цифр: 1. 1-16, 2. 17-32, 3. 33-48, расположенных вертикально.

1. Анализ ситуации – суммируются ответы "да" в 1 строчке всех 3 столбцов и ответы "нет" в 9 строчке;

2. Прогнозирование – сумма "да" - 2-х и "нет" - 10 строчек;

3. Целеполагание – сумма "да" - 4-х и "нет" - 12-х строчек;

4. Планирование – сумма – "да" - 4-х - 12-х строчек;

5. Критерий оценки качества - сумма "да" 5-ти и "нет" - 13-х строчек;

6. Принятие решений – "да" 6-х и "нет" 14 –х строчек;

7. Самоконтроль – "да" 7-х и "нет" 15-х строчек;

8. Коррекция – "да" 8 –х и "нет" 16–х строчек.

Сумма всех полученных баллов характеризует активность самоуправления. Результаты сравниваются со шкалой оценок.

Оценочная шкала состояния активного самоуправления.

	Уровни самоуправления				
	Низкий	Ниже среднего	Средний	Выше среднего	Высокий
Муж	0-13	14-22	23-31	32-40	41-48
Жен.	0-11	12-21	22-30	31-39	40-48
Звенья	0-1	2	3-4	5	6

Примечание: Многолетними исследованиями установлено, что средние уровни показателей свойств личности является наиболее целесообразными. В этом случае в процессе самоуправле-

ния имеется возможность понижать или повышать активность приспособительной деятельности в зависимости от складывающейся ситуации и добиваться конечных результатов оптимальными способами. Крайние варианты следует рассматривать как неоптимальные для процесса адаптивного самоуправления.

МЕТОДИКА РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Вначале нужно дать больному возможность раскрыться, создать условия для максимально открытого диалога с врачом. В процессе беседы, в условиях хорошего контакта возможно умышленное пренебрежение жалобами, беспокоящими больного и проведение авторитарного внушения, направленного на устранение некоторых симптомов болезни. Обязателен анализ межличностных взаимоотношений больного в семье, на работе. Большое внимание уделяется логическому обсуждению результатов, полученных при ответе на вопросы анкеты *самоуправления*.

Больному в доступной для него форме разъясняется структура самоуправления и показываются ее нарушения. В итоге этой беседы у больного должна возникнуть потребность в необходимости самосовершенствования или изменения сложившейся системы самоуправления эмоциями, деятельностью, поведением, общением на основе рационального анализа ситуации, прогнозирования, выработки цели, формирования критериев оценки качества, принятия решения к действию, развития самоконтроля и коррекции.

Рассмотрим содержание психотерапевтической беседы при анализе полного цикла самоуправления:

1. Анализ противоречий или ориентировка в ситуации.

Предметом беседы может быть обсуждение следующих вопросов:

— Почему у меня не получается так, как у других? В чем причина моих неудач? Во мне? В складывающихся обстоятельствах? Правильно ли я понимаю, что происходит вокруг меня? Каково реальное положение вещей?

Обсуждаются утверждения 1, 17, 33, 9, 25 и 41 и ответы, которые дал испытуемый.

2. *Прогнозирование*. Обсуждаются способности больного анализировать прошлое и настоящее, видеть противоречие между прошлым и настоящим, уметь заглянуть в будущее, предсказать ход событий.

Эти проблемы вскрываются при анализе ответов на 2, 18, 34, 10, 26, 42 утверждения анкеты.

3. *Целеполагание*. Получается ли у больного построение субъективной (идеальной) модели желаемого или должного?

Способен ли он перейти от предположения о принципиальной возможности произвести изменения, добиться цели к осознанию реальных возможностей достижения желаемых результатов?

Есть ли у пациента стратегические цели, рассчитанные на всю жизнь, выдвигаются ли на их основе тактические цели (на 5-7 лет вперед)?

Как оперативные цели, реализация которых требует дней, недель, месяцев соотносятся с тактическими и стратегическими?

Беседа ведется на основе утверждений 3, 19, 35, 11, 27, 43.

4. *Планирование*. Как больной понимает "модель" средств достижения цели, т.е. систему средств и последовательность их применения?

Соответствуют ли планы стратегическим, тактическим и оперативным целям?

В беседе используются 4, 20, 36, 12, 28 и 44 вопросы опросника самоуправления.

5. *Критерий оценки качества*. Анализируется вся система отношений личности к другим людям, к себе, своим возможностям.

Как больной создает систему оценок? До начала практических действий и поступков? По ходу действий? Поспешно или обдуманно?

Большую помощь оказывают 5, 21, 37, 13, 29, 45 утверждения анкеты.

6. *Принятие решения*. Как больной принимает решение? Обдуманно? В нерешительности? Достаточно ли сочетания смелости и осмотрительности?

Обсуждение идей на основе результатов ответов на 6, 22, 38, 14, 30, 46.

7. *Самоконтроль*. Как идет дело? Все ли идет по плану? Нет ли отступления от цели? Планы? Нет ли ошибок в поступках, действиях?

Основой для психотерапевтической беседы служит самовзаимооценка - 7, 23, 39, 15, 31, 47 утверждений анкеты самоуправления.

8. *Коррекция*. Все ли идет как задумано? Что нужно изменить в своих действиях и поступках? Есть ли время на обдумывание? Есть ли условия для изменений?

Коррекция самый сложный этап процесса самоуправления, поскольку он включает в себя все предыдущее. Его обсуждение основывается на анализе 8, 24, 32 и 48 утверждений.

Во время психотерапевтической беседы врач незаметно для больного, подготавливает его к рождению нового рационального понимания сущности заболевания и путей лечения, основа которого — это длительная, кропотливая, настойчивая работа над собой по овладению навыками и умением по саморегуляции и самоуправлению физиологическими и психическими функциями организма и личности.

Для этой цели больной обучается методу аутогенной тренировки (АТ) и методу позитивного самовнушения.

**ГОМЕОПАТИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ,
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЗУЕМЫЕ В ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ**

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Стенокардия

Acetylcholine chloride
Aconitum
Aurum jodatum
Acidum asparagicum
Acidum cis-Aconitum
Acidum citricum
Acidum DL-malicum
Acidum formicum
Acidum fumaricum
Acidum a-ketoglutaricum
Acidum succinicum
Amylium nitrosum
Cactus
Crataegus
Cor suis
Kalmia
Lachesis
Latrodectus mactans
Oxalis acetosella
Syphilinum
Scarlatinum
Sympathicus suis
Penicillinum
Tabacum
Spigelia
Natrium oxalaceticum
Natrium pyruvicum
Coffea
Myrtilocactus
Naja tripudians
Glonoinum
Аритмия
Adonis vernalis
Kali carbonicum
Natrium muriaticum
Natrium pyruvicum
Nux vomica
Spartium scoparium
Tuberculinum
Digitalis purpurea
Barium carbonicum
Cactus
Moschus
Атеросклероз
Aurum jodatum
Baryta carbonica
Baryta jodata
Cerebrum suis
Acidum citricum
Acidum fumaricum
Conium
Cuprum metallicum

Embryo totalis suis
Fucus vesiculosus
Funiculus umbilicalis suis
Plumbum jodatum
Plumbum metallicum
Sanguis suis
Aurum metallicum
Barium carbonicum
Calcium carbonicum
Argentum nitricum
Arsenicum iodatum
Iodum
Secale cornutum
Vanadium
Viscum album
Cholesterinum
Брадикардия
Digitalis
Naphthaquinone
Veratrum viride
Natrum pyruvicum
**Сердечная
недостаточность**
Crotalus
Naja tripudians
Antimonium arsenicosum
Grindelia robusta
Psorinum
Hydrochinon
Cactus
Crataegus
Эндокардит
Adonis vernalis
Convallaria majalis
Diphtherinum
Phosphorus
Streptococcus haemolyticus
Spigelia
Kalmia
Iberis amara
Colchicum
Veratrum viridum
Pyrogenium
Lachesis
Bryonia
Apis
Aconitum
Arsenicum album
Sulfur
Rhus
Артериальная гипертензия
Anthaquinone
Aorta suis

Aurum
Cor suis
Glandula parathyreoidea suis
Glandula suprarenalis suis
Syphilinum
Medulla oblongata suis
Psorinum
Spartium scoparium
Sympathicus suis
Tuberculinum
Cuprum metallicum
Toxoplasmosis Nosode
Crataegus
cidum fumaricum
Plumbum metallicum
Melilotus officinalis
Ureter suis
Veratrum viride
Argentum nitricum
Arsenicum
Lycopodium
Phosphorus
Sulfur
Thuja
Naja tripudians
Aconitum
Миокардит
Crataegus
Granuloma dentis
Streptococcus haemolyticus
Tonsillitis Nosode
Convallaria majalis
Laurocerasus
Pyrogenium
Kali carbonicum
Carbo vegetabilis
Acidum DL-malicum
Ammonium carbonicum
Stigmata maydis
Adonis vernalis
Digitalis
Cor suis
Coenzyme A
Phosphorus
Sulphur
Leptospirose Nosode
Гипотония
Acidum phosphoricum
Ferrum phosphoricum
Kalium phosphoricum
Silicea
Sulfur
Veratrum

Aconitum
Carbo vegetabilis
Cuprum
Arsenicum album
Перикардит
Phaseolus nanus
Senega
Iberis amara
Antimonium arsenicosum
Ревматизм
Acidum benzoicum
Acidum formicicum
Antimonium crudum
Carboneum sulphuratum
Causticum
Chamomilla
Colchicum
Fagopyrum
Hepar sulphuris
Lithium benzoicum
Methanal
Rhus radicans
Rhus toxicodendron
Salix purpurea
Thyua
Acidum salicylicum
Ferrum phosphoricum

Medorrhinum
Mercurialis perennis
Ranunculus bulbosus
Acidum fluoricum
Petroleum
Sulphur
Abrotanum
Ledum
Caulophyllum thalictroides
Mezereum
Stellaria media
Ruta
Viola odorata
Tuberculinum
Adonis vernalis
Mercurius bijodatus
Spirea ulmaria
Gnaphalium polycephalum
Berberis
Kali sulphuricum
Ferrum metallicum
Acidum salicylicum
Dulcamara
Pulsatilla
Rhododendron
Bryonia
Kalmia

Тахикардия
Lycopus virginicus
Natrium jodatum
Natrium pyruvicum
Strophanthus
Cor suis
Kali carbonicum
Aconitum
Gelsemium
Coffea
Ignatia
Acidum DL-malicum
Вегетативная дистония
Adrenalinum
Funiculus umbilicalis suis
Kali phosphoricum
Phenothiazine
Sulfaguanidinum
Sympathicus suis
Tetracycline
Galium aparine
Medulla oblongata suis
Hydrastis
Agaricus muscaricus
Acidum phosphoricum
Ignatia
Sepia
Spigelia

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Бронхиальная астма
Acidum cis-Aconiticum
Acetylcholine chloride
Acidum asparagicum
Acidum citricum
Acidum DL-malicum
Acidum formicicum
Acidum fumaricum
Acidum a-ketoglutaricum
Acidum succinicum
Asthma Nosode
Arsenicum album
Arsenicum jodatum
Bacillinum
Baryta oxalsuccinica
Para-Benzochinonum
Bronchus suis
Carbo vegetabilis
Cetraria islandica
Chininum arsenicosum
Coenzyme A
Corpus pineale
Coxsackie virus Nosode
Cystein
Ephedra vulgaris
Galphimia
Glandula parathyreoidea suis
Glandula suprarenalis suis
Histamine
Hydrochinon

Influenzinum
Ipecacuanha
Klebsiella pneumoniae
Mephitis putorius
Methanal
Mucosa nasalis
Naphthol
Natrium nitricum
Natrium pyruvicum
Pollis graminis
Puimo suis
Querbacho
Sambucus nigra
Serum ovile
Sinusitis Nosode
Sulfur
Sympathicus suis
Tuberculinum
Yerba santa
Anthimonium sulfuricum
Syphilinum
Lobelia inflata
Viola tricolor
Psorinum
Grindelia robusta
Hepar sulfuris
Kali sulphuricum
Medorrhinum
Drosera
Sanguinaria

Pertussis Nosode
Veratrum
Lachesis
Cuprum metallicum
Antimonium arsenicosum
Zincum valerianicum
Dulcamara
Natrium sulfuricum
Allium sativum
Pyoderma Nosode
Бронхит
Belladonna
Calcium jodatum
Cetraria islandica
Grindelia robusta
Hepatica triloba
Pulmonaria vulgaris
Tartarus stibiatus
Ubiquinone
Azum triphyllum
Galanga
Chynhydrin
Querbacho
Ephedra vulgaris
Carbo vegetabilis
Asthma Nosode
Bacillinum
Bronchus suis
Ilex aquifolium
Stannum jodatum
Acidum DL-malicum

<i>Baryta carbonica</i>	<i>Ferrum phosphoricum</i>	<i>Dulcamara</i>
<i>Cantharis</i>	<i>Rhus toxicodendron</i>	<i>Kalium iodatum</i>
<i>Psorinum</i>	<i>Skatol</i>	<i>Carbo animalis</i>
<i>Mercurius vivus</i>	<i>Veratrum album</i>	<i>Carbo vegetabilis</i>
<i>Asa foetida</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	<i>Kreosotum</i>
<i>Balsamium peruvianum</i>	<i>Sulfur</i>	<i>Pulsatilla</i>
<i>Dulcamara</i>	<i>Natrium oxalaceticum</i>	<i>Senega</i>
<i>Ammonium iodatum</i>	<i>Acidum benzoicum</i>	<i>Sticta pulmonaria</i>
<i>Mercurius solubilis</i>	<i>Lycopodium</i>	аденоидный
<i>Jaborandi</i>	<i>Bryonia</i>	<i>Chamomilla</i>
<i>Guaiacum</i>	<i>Cantharis</i>	нервный
<i>Lycopodium</i>	<i>Phosphorus</i>	<i>Ignatia</i>
<i>Mezereum</i>	<i>Veratrum viride</i>	судорожный
<i>Sanguinaria</i>	<i>Chelidonium</i>	<i>Ipecacuanha</i>
<i>Aconitum</i>	<i>Sanguinaria</i>	<i>Conium</i>
<i>Natrium</i>	<i>Tartarus stibiatus</i>	<i>Cuprum aceticum</i>
<i>Suefuricum</i>	<i>Chinhydrin</i>	Грипп
<i>Pulsatilla</i>	<i>Hepar sulfuris</i>	<i>Acidum a-ketoglutaricum</i>
<i>Alumina</i>	<i>Mellilotus officinalis</i>	<i>Aconitum</i>
<i>Ammonium muriaticum</i>	<i>Hyoscyamus</i>	<i>Belladonna</i>
<i>Ammonium carbonicum</i>	<i>Heloderma</i>	<i>Bryonia</i>
<i>Senega</i>	<i>Gutti</i>	<i>Causticum</i>
<i>Lobelia inflata</i>	<i>Myrtus communis</i>	<i>Eucalyptus</i>
Плеврит	<i>Calcium carbonicum</i>	<i>Eupatorium perfoliatum</i>
<i>Anthrachinon</i>	<i>Myosotis arvensis</i>	<i>Gelsemium</i>
<i>Arsenicum album</i>	<i>Ferrum metallicum</i>	<i>Lachesis</i>
<i>Bryonia</i>	<i>Aconitum</i>	<i>Mercurius sublimatus corrosivus</i>
<i>Diphtherinum</i>	<i>Hepar sulfur</i>	<i>Stramonium</i>
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	<i>Calcareae iodatum</i>	<i>Nux vomica</i>
<i>Morbillinum Nosode</i>	<i>Silicea</i>	<i>Camphora</i>
<i>Peritoneum suis</i>	Трахейт	<i>Mercurius solubilis</i>
<i>Senega</i>	<i>Eucalyptus</i>	<i>Aconitum</i>
<i>Pleura suis</i>	<i>Lachesis</i>	<i>Leptospirosis Nosode</i>
<i>Ranunculus bulbosus</i>	<i>Pulmonaria vulgaris</i>	<i>Mercurialis perennis</i>
<i>Antimonium arsenicosum</i>	<i>Sanguinaria</i>	<i>Pyrogenium</i>
<i>Abrotanum</i>	<i>Dulcamara</i>	<i>Dulcamara</i>
<i>Calcium iodatum</i>	Кашель: сухой	<i>Gripp-Nosode</i>
<i>Phaseolus nanus</i>	<i>Aconitum</i>	<i>Kali phosphoricum</i>
<i>Scilla</i>	<i>Belladonna</i>	<i>Thuja</i>
<i>Mercurius sulphuricum</i>	<i>Bryonia</i>	<i>Thyroidinum</i>
<i>Kali carbonicum</i>	<i>Bromum</i>	<i>Hydrastis</i>
<i>Tuberculinum</i>	<i>Hyoscyamus</i>	<i>Mercurius vivus</i>
<i>Coxsackie Virus A9</i>	<i>Drosera</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
<i>Aconitum</i>	<i>Ipecacuanha</i>	<i>Allium cepa</i>
<i>Apis</i>	<i>Spongia</i>	<i>Ammonium bromatum</i>
<i>Cantaris</i>	<i>Sticta pulmonaria</i>	<i>Arsenicum album</i>
<i>Sulfur</i>	влажный	<i>Phosphorus</i>
Пневмония	<i>Antimonium tartaricum</i>	<i>Rumex</i>
<i>Anthrachinon</i>	<i>Hydrastis canadensis</i>	<i>Sticta pulmonaria</i>

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Желчная колика	<i>Belladonna</i>	<i>Chelidonium</i>
<i>Adeps suillus</i>	Холангит, холецистит,	<i>Chinhydrin</i>
<i>Atropinum sulfuricum</i>	желчнокам. болезнь	<i>Chionanthus virginica</i>
<i>Carduus marianus</i>	<i>Aesculus</i>	<i>Fel tauri</i>
<i>Chelidonium</i>	<i>Bacterium coli</i>	<i>Mandragora</i>
<i>Berberis</i>	<i>Belladonna</i>	<i>Mercurius sublimatus</i>
<i>Agriomonia</i>	<i>Berberis</i>	<i>corrosivus</i>
<i>Chamomilla</i>	<i>Boletus laricis</i>	<i>Sutoxol</i>
<i>Natrium choleinicum</i>	<i>Calculi bili</i>	<i>Crotalus</i>
<i>Bryonia</i>	<i>Carduus benedictus</i>	<i>Salmonella typhi</i>

Vesica fellea suis
Tuberculinum
Pyrogenium
Baptisia
Bryonia
Carduus marianus
China
Leptandra
Natrium sulfuricum
Konum
Tartarus stibiatus
Podophyllum
Aranea diadema
Acidum succinicum
Nux vomica
Mercurius vivus
Suefur
Arsenicum album
Argentum nitricum
Natrium muriaticum
Язва двенадцатиперстной кишки
Acetylcholine chloride
Anacardium orientale
Bacterium lactis aerogenes
Duodenitis Nosode
Duodenum suis
Ipecacuanha
Jejunum suis
Polypus recti Nosode
Mandragora
Methanal
Mucosa nasalis suis
Robinia pseudacacia
Sympathicus suis
Argentum nitricum
Ulcus duodeni Nosode
Natrium oxalaceticum
Acidum succinicum
Chinhydrone
Curvatura major ventriculi suis
Fel tauri
Funiculus umbilicalis suis
Ornithogalum umbellatum
Pylorus suis
Salmonella typhi
Sinusitis Nosode
Ulcus ventriculus Nosode
Arsenicum album
Bismutum subnitricum
Cadmium sulfuricum
Calcium carbonicum
Hydrastis
Natrium muriaticum
Licopodium
Petroleum
Phosphorus
Uranium nitricum
Язва желудка
Bacterium proteus

Bismutum subnitricum
Kali bichromicum
Kali phosphoricum
Syphilinum
Magnesia usta
Origanum vulgare
Tuberculinum
Chinhydrone
Symphytum
Anacardium orientale
Ubiquinone
Ipecacuanha
Argentum nitricum
Ventriculus suis
Asarum
Carbo vegetabilis
Дуоденит
Duodenum suis
Levisticum officinale
Pancreas suis
Duodenitis Nosode
Mercurius dulcis
Nux vomica
Antimonium crudum
Bryonia
Carbo vegetabilis
Энтерит
Acidum succinicum
Aconitum
Antimonium crudum
Myrtillus
Quercus
Salmonella typhi
Acidum salicylicum
Ubiquinone
Pancreas suis
Mezereum
Argentum nitricum
Belladonna
Дискинезия желчных путей
Belladonna
Berberis
Carduus marianus
Chelidonium
Fel tauri
Podophyllum
Chionanthus virginica
Ferrum sulfuricum
Boletus laricis
Eupatorium perfoliatum
Cuprum
Magnesium phosphoricum
Nux vomica
Zincum metallicum
Arnica
Graphites
Calcareæ carbonicum
Гастрит
Acidum benzoicum

Antimonium crudum
Argentum nitricum
Betula alba
Guajacum
Levisticum officinale
Nux vomica
Quercus e cortice
Tartarus stibiatus
Belladonna
Natrium oxalaceticum
Gastritis Nosode
Sulphur
Cardia ventriculi suis
Curvatura major ventriculi suis
Gentiana titea
Natrium choleinicum
Berberis
Acidum sulphuricum
Naphthoquinone
Podophyllum
Psorinum
Ferrum metallicum
Acidum phosphoricum
Bryonia
Veratrum album
Pulsatilla
Colchicum
China
Гастрозенерит
Anthracinum
Natrium muriaticum
Nux vomica
Aconitum
Arsenicum album
Salix purpurea
Tormentilla
Veratrum
Mezereum
Salmonella paratyphi B
Nuphar luteum
Aethusa
Podophyllum
Rhus toxicodendron
Kali bichromicum
Ipecacuanha
Chamomilla
Гепатит, цирроз печени
Chelidonium
Aurum muriaticum natronatum
Ptelea trifoliata
Ginseng
Selenium
Iberis amara
Acidum aminosalicylicum
Acidum oroticum
Agaricus phalloides
Carboneum sulphuratum

Carboneum tetrachloratum
Carcinoma hepatis metastasis
Carduus marianus
Carduus benedictus
Belladonna
Berberis
Chinhydon
Coenzyme A
Cysteinum
Insekticide
Leptospirose Nosode
Phosphorus
Psoriasis Nosode
Pyrogallol
Sulfaguanidinum
Tonsillitis Nosode
Vinum badense
Dolichos pruriens
Cynara scolymus
Fel suis
Fel tauri
Hepar suis
Hepatitis Nosode
Cirrhosis hepatis Nosode
Lachnanthes tinctoria
Mercurius sublimatus corrosivus
Podophyllum
Taraxacum

Natrium sulfuricum
Oxalis acetosella
Ammonium muriaticum
Lycopodium
Digitalis
Cichorium
Fumaria officinalis
Magnesium aceticum
Marrubium album
Vesica fellea suis
Cinchona
Kali carbonicum
Agrimonia
Dioscorea villosa
Nasturtium aguaticum
Nux vomica
Quassia amara
Pichi-Pichi
Chamomilla
Colocynthis
Arsenicum album
Bryonia
Cheledonium
Aurum metallicum
Magnesium muriaticum
Plumbum
Taraxacum
Панкреатит
Bacterium lactis aerogenes
Boletus laricis

Dioscorea villosa
Duodenum suis
Duodenitis Nosode
Fel tauri
Jejunum suis
Leptandra
Momordica balsamina
Crotalus
Salmonella typhi
Coxsackie virus Ag
Podophyllum
Mumps Nosode
Para-Benzochinonum
Phosphorus
Arsenicum album
Bryonia
Iodum
Iris versicolor
Mercurius carosivus
Colocynthis
Кандидамикоз
Abrotanum
Avena sativa
Arsenicum album
Carbo vegetabilis
Mercurius sublimatus corrosivus
Silicea
China

ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ

Анемия

Acidum aceticum
Cedron
Cinchona
Ferrum phosphoricum
Graphites
Kali carbonicum
Manganum carbonicum
Manganum phosphoricum
Manganum sulfuricum
Medulla ossis suis
Natrium muriaticum
Osteomyelosclerosis Nosode
Phosphorus
Rubia tinctoria

Sanguis suis
Splen suis
Ventriculus suis
Arsenicum iodatum
Aurum metallicum
Ferrum metallicum
Kalium arsenicum
Cuprum arsenicum
Lachesis
Natrium muriaticum
Abrotanum
Plumbum
Pulsatilla
China
Hidrastis canadensis

Zincum metallicum
Лейкемия
Acidum succinicum
Calcium arsenicosum
Cysteine
Medulla ossis suis
Para-Benzochinon
Polyarthritis Nosode
Sanguis suis
Calcium carbonicum
Arsenicum album
Acidum nitricum
Plumbum aceticum
Ceanothus
Thuja

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Сахарный диабет

Acidum aceticum
Acidum Ot-ketoglutaricum
Acidum lacticum
Adrenalin
Arteria suis
Bacterium lactis aerogenes
Chionanthus virginica
Curare

Galega ofcinalis
Helonias dioica
Jejunum suis
Kali aceticum
Mercurius dulcis
Natrium sulfuricum
Pancreas suis
Papaver
Phaseolus nanus

Phloridzine
Sanguis suis
Sulfur
Sympathicus suis
Syzygium jambolanum
Kreosotum
Natrium choleinicum
Acidum phosphoricum
Arcenicum album

Lycopodium
Nux vomica
Secale cornutum
Sulfur iodatum
Phosphorus
Echinacea purpurea
**Заболевания щитовид-
ной железы**
Ferrum sulphuricum
Iodum
Kali iodatum
Lycopus virginicus

Natrium iodatum
Serum ovile
Thyroidinum
Fucus vesiculosus
Ferrum phosphoricum
Thyreoidinum
Arsenicum album
Graphites
Belladonna
Adonis vernalis
Convallaria majalis

Conium
Phosphorus
China
Barium iodatum
Barium carbonicum
Bromum
Badiaga
Spongia
Arnica
Fucus vesiculosus
Scrophularia nodosa

ЗАБОЛЕВАНИЯ УХА, ГОРЛА И НОСА

Аденоиды
Psorinum
Calium carbonicum
Polypus nasalis
Sanquinarinum nitricum
Salmonella paratyphi B
Apis
Barium carbonicum
Barium iodatum
Mercurius biiodatus
Thuja
Sulfur iodatum
Calcium iodatum
Аллергический ринит
Acidum 6-ketaglutaricum
Acidum cis-Aconiticum
Acidum Fumaricum
Aurum maculatum
Cumarinum
Nervus olfactorius suis
Pollis graminis
Psorinum
Serum ovile
Ангина
Apis mellifica
Bacterium pyocyaneus
Belladonna
Capsicum
Hyoscyamus
Guajacum
Ignatia
Kali phosphoricum
Mercurius iodatus flavus
Mercurius sublimatus
corrosivus
Mercurius solubilis
Mumps Nosode
Lachesis
Lycopodium
Petroleum
Streptococcus haemolyticus
Salmonella paratyphi B
Thuja
Acidum nitricum
Aurum metallicum

Barium carbonicum
Hepar sulfur
Ларингит
Acidum sulphuricum
Aurum maculatum
Belladonna
Eucalyptus
Lachesis
Mezereum
Paris quadrifolia
Pulmonaria vulgaris
Aurum triphyllum
Selenium
Chinhydrin
Polypus laryngis
Carbo vegetabilis
Phosphorus
Causticum
Acidum fluoricum
Cepa
Dulcamara
Magnesium phosphoricum
Apis
Arsenicum album
Baptisia
Mastomidium
Aurum iodatum
Capsicum
Plantago major
Pyrogenium
Ubiquinone
Magnesium phosphoricum
Apis
Arsenicum album
Belladonna
Hepar sulfur
Hydrastis
Lycopodium
Ринит
Hedera helix
Kali carbonicum
Lachesis
Lithium carbonicum
Kali bichromicum
Belladonna

Mercurius solubilis
Graphites
Lycopodium
Ammonium bromatum
Euphorbium
Sticta
Natrium carbonicum
Lemna minor
Dulcamara
Orum
Belladonna
Tuberculinum
Calcium iodatum
Cerumen
Cinnabaris
Tellurium
Otitis media Nosode
Borax
Bovista
Petroleum
Chamomilla
Ferrum metallicum
Ferrum phosphoricum
Lachesis
Mercurius dulcis
Mercurius solubilis
Morbillinum Nosode
Natrium oxalaceticum
Plantago major
Ubiquinone
Capsicum
Tellurium
Kreosotum
Osteomyelitis Nosode
Kali sulphuricum
Mastoiditis Nosode
Asa foetida
Ignatia
Aconitum
Apis
Dulcamara
Graphites
Отосклероз
Chinhydrin
Funiculus umbilicalis suis

Os petrosom suis
Ubiquinone
Cimicifuga
 Озена
Acidum nitricum
Aurum
Bacillinum
Cadmium sulphuricum
Calcium fluoratum
Euphorbium
Graphites
Kali iodatum
Kali phosphoricum
Lachesis
Lemna minor
Syphilinum
Marum verum
Mucosa nasalis
Ozaena Nosode
Sinusitis Nosode
Theridion currasavicum
Trichomonaden Fluor iodum
ФАРИНГИТ
Arum maculatum
Belladonna
Capsicum
Hepatica triloba
Sanguinaria
Tartarus stibiatus
Arum triphyllum
Salmonella paratyphi B
Chinchydron

Синусит
Euphorbium
Natrium oxalaceticum
Naphthoquinone
Otitis media Nosode
Ozaena Nosode
Thuja
Acidum DL-malicum
Coxsackie virus Nosode
Hedera helix
Mucosa nasalis
Medorrhinum
Mercurius solubilis
Dulcamara
Hepar sulfur
Hydrastis
Verbascum
Pyrogenium
Cinnabaris
Silicea
Hepar sulfur
Belladonna
Гипертрофия миндалин
Calcium iodatum
Glandula lymphatica suis
Polypus nasalis
Tonsilla pharyngica suis
Thuja
Тонзилит хронический
Acidum DL-malicum
Belladonna
Bryonia
Ferrum metallicum

Kali bichromicum
Lycopodium
Tonsilla suis
Dulcamara
Mercurius bijodatus
Calcium sulphuricum
Grandula lymphatica suis
Tonsillitis Nosode
Mercurius solubilis
Lachesis
Aconitum
Salicea
Sulfur
Phytolacca
Mercurius solubilis
Phosphorus
ОРВИ
Aconitum
Allium cepa
Ammonium bromatum
Arsenicum album
Baptisia
Belladonna
Bryonia
Gelsemium
Drosera
Kalium bichromicum
Causticum
Rumex crispus
Cticta pulmonaria
Ferrum phosphoricum
Phosphorus
Euphrasia
Eupatorium perfoliatum

ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

Аноптеция
Bacillinum
Crinis humanus
Graphites
Kali phosphoricum
Rosmarinus officinalis
Streptococcus haemolyticus
Natrium muriaticum
Arsenicum album
Barium carbonicum
Graphites
Iodum
Phosphorus
Lycopodium
Thallium
Экзема
Berberis aquifolium
Cutis suis
Fagopyrum
Penicillin
Placenta suis
Pollis graminis

Scrophularia nodosa
Sepia
Viola tricolor
Vaccinium
Adeps suillus
Comocladia dentata
Mercurius solubilis
Psoriasis Nosode
Serum ovile
Psorinum
Natrium pyruvicum
Trichomonaden fluor
Arsenicum album
Acidum sulfuricum
Hepar suis
Manganum carbonicum
Ovum
Asthma Nosode
Medorrhinum
Chinchydron—
Kali arsenicosum
Petroleum

Tellurium
Curare
Acidum muriaticum
Bovista
Para-Benzochinonum
Bacillinum
Crotort.tigilium
Acidum carboolicum
Pix liquida
Addum oxalicum
Cicuta virosa
Graphites
Staphisagria
Dolichos pruriens
Lycopodium
Pyodermia Nosode
Ranunculus bulbosus
Ubiquinone
Clematis
Arnica
Kreosotum
Tuberculinum

Comedones
 Sulfur
Streptococcus haemolyticus
Acidum fluoricum
Cistus canadensis
Anacardium orientale
 Apis
 Alumina
Acidum formicum
 Phosphorus
Рожа
Belladonna
Comocladia dentata
Lycopodium
Mancinella
Rhus toxicodendron
Rhus venenata
Vaccinium
Calium aparine
Arctium lappa
Bothrops lanceolatus
Cantharis
Apis mellifica
 Graphites
Фурункулез
Arctium lappa
Pyodermia Nosode
Staphylococcus
Sulphur jodatum
Ubiquinone
Arnica
 Sulfur
Arnica
Arsenicum album
Belladonna
Hepar sulfur
Carbo vegetabilis
Petroleum
Lachesis
Микоз
Nagelmycosen Nosode
Nageltrichophytia Nosode

Graphites
 Borax
Carbo animalis
Heiподермum
Acidum sulphuricum
Cutis suis
Funiculus umbilicalis suis
Galphimia
Glandula suprarenalis suis
Heparsuis
Pollis graminis
Psoriasis Nosode
Sepia
Serum ovile
 Sulphur
Amica
Hypophysis suis
Acidum fluoricum
Aconitum
Ambra grisea
Anacardium orientale
Barium carbonicum
Selen
Staphisagria
Zincum metallicum
Hydrastis canadensis
Псориаз
Acidum Asparagicum
Acidum cis-Aconiticum
Acidum citricum
Acidum DL-malicum
Acidum fumaricum
Acidum succinicum
Arsenicum jodatum
Baryta oxalsuccinica
Berberis aquifolium
 Borax
Chaulmoogra
Cutis suis
Funiculus umbilicalis
 Graphites
Hepar suis

Hydrocotyle asiatica
Mercurius solubilis
Natrium arsenicosum
Natrium oxalaceticum
Natrium pyruvicum
Psoriasis Nosode
Psorinum
 Sulphur
Tuberculinum
Chinhydrin
Scarlatinum
Acidum formicum
 Graphites
Carduus marianus
Chelidonium
Arsenicum album
Rhus
Solidago
 Thuja
Крапивница
Acidum p-Aminosalicylicum
Apis mellifica
Lycopodium
 Ovum
 Penicillin
 Silicea
Urtica urens
Anacardium orientale
Veratrum
Ignatia
Dulcamara
Tuberculinum
Balsamum copaivae
Antimonium crudum
Arsenicum album
Kalium bromatum
Calcium carbonicum
Natrium muriaticum
Nux vomica
Pulsatilla
Urtica urens
 Phosphorus

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Аднекситum
Bacterium coli
Fluor albus Nosode
Natrium oxalaceticum
 Gutti
Apis mellifica
Acidum fumaricum
Belladonna
Berberis
Palladium
Crabro vespa
Lachesis
Lilium tigrinum
Medorrhinum
 Thuja

Trichomonaden-Fluor
Mercurius vivus
Bryonia
Arnica
Arsenicum album
Hamamelis
Calcarea carbonicum
Cocculus
Coffea
Nux vomica
Аменорея
Aquilegia
Aristolochia
Helonias dioica
Ferrum metallicum

Gossypiumherbaceum
Luffa operculata
Ovarialcyste-n. osode
Rubia tinctorum
Cimicifuga
 Graphites
Clematis recta
Pulsatilla
Sanguinaria
Cimicifuga
Дисменорея
Aletris farinosa
Aquilegia
Brucella abortus Bang
Caulophyllum thalictroides

Cerium sulfuricum
Coffea
Cuprum
Cyclamen
Gelsemium
Glonoinum
Hypophysis suis
Ignatia
Lachesis
Lilium tigrinum
Melilotus
Niccolum metallicum
Ovarialcyste-Nosode
Placenta suis
Platinum matallicum
Potentilla anserina
Tarantula
Uterus suis
Viburnum opulus
Gnaphalium polycephalum
Mitchella repens
Lachesis
Pulsatilla
Berberis
Ammonium carbonicum
Calcium aceticum
Cimicifuga
Jaborandi
Magnesium phosphoricum
Ammonium carbonicum
Hammamelis.
Belladonna
Chamomilla
Veratrum album
Галакорея
Calcium jodatum
Lac caninum
Pulsatilla
Urtica urens
Macrum
Bryonia
Castor equi
Lac canninum
Natrium oxalaceticum
Pyrogenium
Rhus toxicodendron
Phellandrium
Phytolacca
Ubiquinone
Aconit
Arnica
Belladonna

Hepar sulfur
Lachesis
Mercurius solubikis
Pulsatilla
Salicea
Acidum nitricum
Меноррагия
Bovista
Bursa pastoris
Carbo animalis
Cal carbonicum
Myoma uteri
Ustilago maydis
Cimicifuga
Mitchella repens
Natrium bromatum
Ipecacuanha
Platinum
Calcareea carbonicum
Crocus
Arnica
Метрит
Aurum jodatum
Berberis
Fluor albus Nosode
Hypericum
Psorinum
Tuberculinum
Менноррагия
Acidum nitricum
Bovista
Bursa pastoris
Crocus
Erigeron canadensis
Kali carbonicum
Medorrhinum
Myoma uteri
Ovarialcyste Nosode
Pyrodenium
Ustilago maydis
Chamomilla
Crotalus
Ipecacuanha
Badiaga
Sabina
Ignatia
Климатический невроз
Belladonna
Glonoinum
Sulphur
Acidum sulfuricum
Gelsemium

Pulsatilla
Sanguinaria
Cocculus
Ferrum metallicum
Naja
Valeriana
Paconia
Ferrum aceticum
Aurum metallicum
Миома матки
Aurum
Mumps Nosode
Bursa pastoris
Myoma uteri
Uterus
Platinum
Hydrastis
Kalium iodatum
Arsenicum iodatum
Calcareea iodatum
Calcareea sulphuricum
Thuja
Conium
Нимфомания
Cantharis
Ovarialcyst Nosode
Veratrum
Hyoscyamus
Platinum metallicum
Киста яичника
Ovarialcyste Nosode
Fluor albus Nosode i
Palladium
Iodum
Colocynthis
Cannabis sativa
Apis (куста правого яичника)
Бесплодие
Damiana
Ferrum metallicum
Filix
Testis suis
Myoma uteri
Hepar suis
Acidum fumaricum
Ovarialcyste Nosode
Uterus suis
Ignatia
Zincum metallicum
Cuprum

ЗАБОЛЕВАНИЯ УРОЛОГИЧЕСКИЕ

Цистит
Aconitum
Apis mellifica
Bacterium coli
Belladonna

Equisetum arvense
Ferrum metallicum
Galium aparine
Hydrastis
Mercurius solubilis

Myrtillus
Nux vomica
Piper methysticum
Populus tremuloides
Stigmata maydis

Thuja
Triticum repens
Uvae ursi
Mezereum
Bursa pastoris
Otitis media Nosode
Pichi-Pichi
Mitchella repens
Dulcamara
Jaborandi
Chimaphila umbellata
Mercurius vivus
Hypericum
Medorrhinum
Conium
Balsamum copaivae
Cantaris
Pareira brava
Sarsaparilla
Capsicum
Staphisagria
Sabina
Дизурия
Berberis
Calcareea carbonica
Cantaris
Pareira brava
Sarsaparilla
Chimaphila
Equisetum arvense
Uva ursi
Capsicum
Selenium
Mezereum
Naphthaline
Mercurius vivus
Basilicum
Clematis
Medorrhinum
Hydrastis
Chimaphila umbellata
Цистопиелит
Acidum benzoicum
Acidum succinicum
Balsamum peruvianum
Berberis
Bryonia
Calculi renales
Equisetum arvense
Eupatorium purpureum
Pyelon suis
Ren suis
Thuja
Tuberculinum
Ureter suis
Uva ursi
Vesica urinaria suis
Para-Benzochinonum
Dulcamara
Cantaris

Pareira brava
Sabina
Sarsaparilla
Theridion
Chimaphila
Энуфрез
Asthma Nosode
Sabal serrulatum
Selenium
Ubichinon
Sarsaparilla
Гломерулонефрит
Cystopyelonephritis Nosode
Juniperus communis
Ureter suis
Acidum formicum
Mercurius sublimatus
corrosivus
Apis mellifica
Ferrum metallicum
Scarlatinum
Staphilococcus
Helleborus
Dulcamara
Pyrogenium
Diphtherinum
Tuberculinum
Vaccininum
Ammonium benzoicum
Colchicum
Terebinthina
Arsenicum album
Argentum nitricum
Belladonna
Helleborus
Kalium nitricum
Cantaris
Plumbum
Prunus spinosa
Phosphorus
Импотенция
Acidum phosphoricum
Damiana
Selenium
Baryta carbonica
Lycopodium
Hyoscyamus
Acidum citricum
Acidum muriaticum
Ductus deferens suis
Testis suis
Yohimbine
Phosphorus
Caladium seguinum
Ginseng
Psorinum
Epididymis suis
Alumina
Antimonium crudum
Argentum nitricum

Acidum fluoricum
Helleborus
Graphites
Iodum
Sulfur
Calcareea carbonicum
Calcareea sulfuricum
Cobaltum
Coffea
Lachesis
Ferrum
Selen
Rhosphor
China
Мочекаменная болезнь
Calculi renalis
Cystopyelonephritis Nosode
Equisetum arvense
Natrium oxalaceticum
Pyelon suis
Ren suis
Solidago virgaurea
Stigmata maydis
Terebinthina
Ureter suis
Vesica urinaria suis
Bursa pastoris
Coccus cacti
Bryonia
Colchicum
Colocynthis
Asparagus
Acidum nitricum
Acidum phosphoricum
Calcium phosphoricum
Sarsaparilla
Phosphorus
Acidum benzoicum
Berberis
Lycopodium
Lithium carbonicum
Аденома
предстательной железы
Acidum benzoicum
Acidum nitricum
Aurum muriaticum natronatum
Barium carbonicum
Aurum metallicum
Acidum picrinicum
Adenoma prostata
Chimaphila umbellata
Clematis
Medorrhinum
Hydrastis
Chimaphila umbellata
Aurum metallicum
Acidum picrinicum
Adenoma prostata
Chimaphila umbellata
Clematis

Conium
Cucurbita pepo
Cystopyelonephritis Nosode
Damiana
Digitalis
Eupatorium purpureum
Ferrum jodatum
Ferrum picricum
Gnaphalium polycephalum
Hepar sulphuris
Kreosotum
Magnesium muriaticum
Pareira brava
Pichi-Pichi
Polypus recti Nosode
Prostata suis
Pyelon suis
Ren suis
Sabal serrulatum
Solidago virgaurea
Vesica urinaria suis
Thuja
Populus tremuloides
Calcium carbonicum
Простатит
Acidum a-ketoglutaricum
Adenoma prostata
Aesculus
Balsamum copaive
Natrium oxalaceticum
Selenium
Thuja
Belladonna
Pulsatilla
Chimaphila
Sabal serulata
Conium

Lycopodium
Mercurius solubilis
Пиелонефрум
Baptisia
Balladonna
Bryonia
Calculi renales
Coxsackie Virus A9
Mercurius solubilis
Stigmata maydis
Pyelon suis
Lithium carbonicum
Coccus cacti
Podophyllum
Aconitum
Arnica
Berberis
Hepar sulfur
Cantaris
Lachesis
Silicea
Solidago
Sulfur
Terebinthina
Уретрит
Balsamum copaivae
Cubeba
Thuja
Acidum benzoicum
Acidum nitricum
Berberis
Pareira brava
Argentum nitricum
Calcium carbonicum
Нефроз
Argentum nitricum
Acidum phosphoricum

Lycopodium
Acidum carbolicum
Amidopyrin
Apocynum
Acidum phosphoricum
Baryta oxalsuccinica
Calcium arsenicosum
Cuprum metallicum
Ferrum arsenicosum
Phosphorus
Polyarthrits Nosode
Pyelon suis
Ren suis
Scarlatinum
Solidago virgaurea
Sulfoguanidinum
Tonsillitis Nosode
Ureter suis
Vesica urinaria suis
Kali arsenicosum
Acidum acetylsalicylicum
Acidum fumaricum
Zincum picricum
Ночное недержание мочи
Cuprum
Acidum a-ketoglutaricum
Cinchona
Ferrum metallicum
Ferrum phosphoricum
Kali phosphoricum
Lyssinum
Magnesium sulphuricum
Plantago major
Psorinum
Sepia
Causticum
Equisetum arvense

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗ

Катаракта
Ceraria maritima
Chynhydron
Corpus vitreum suis
Hedera helix
Naphthaline
Oculus totalis suis
Rubeolae Nosode
Ammonium carbonicum
Lens suis
Acidum oxalicum
Cannabis sativa
Colchicum
Conium
Secale cornutum
Phosphorus
Silicea
Cholesterinum
Холязион
Thuja

Конъюнктивит
Argentum nitricum
Crotalus
Hyo.scyamus
Belladonna
Crabco vespa
Kali bichromicum
Kali sulfuricum
Mezereum
Penicillinum
Psorinum
Tuberculinum
Ubiquinone
Vaccinium
Gutti
Euphrasia
Rhus toxicodendron
Syphilinum
Oculus totalis suis
Cornea suis

Ferrum jodatum
Corrallium rubrum
Bryonia
Calcium sulfuricum
Acidum sulfuricum
Calcium jodatum
Aethiops antimonialis
Kreosotum
Arsenicum album
Mercurius solubilis
Croton tiglium
Aconitum
Graphites
Hepar sulfur
Dulcamara
Pulsatilla
Mercurius biiodatum
Mercurius solubilis
Petroleum
Rhus toxicodendron

Глаукома

Corpus vitreum suis
Funiculus umbilicalis suis
Gelsemium
Mercurius solubilis
Oculus totalis suis
Ubiquinone
Belladonna
Calcarea carbonicum
Causticum
Conium
Pulsatilla

Silicea

Aurum metallicum
Sulfur
Кератит
Aurum iodatum
Mercurius iodatus flavus
Mercurius solubilis
Mercurius sublimatus
corrosivus
Rhus toxicodendron
Tuberculinum
Calcium sulphuricum

Aethiops antimonialis

Kali iodatum
Kali muriaticum
Apis
Arnica
Aurum metallicum
Silicea
Thuja
Миопия
Funiculus umbilicalis suis
Retina suis
Viola odorata

ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ**Артрит**

Ammonium phosphoricum
Antimonium crudum
Aristolochia clematis
Bryonia
Causticum
Chamomilla
Glandula parathyreoidea
Methanal
Sticta
Tuberculinum
Sulfur
Ammonium benzoicum
Lithium benzoicum
Lithium muriaticum
Calcium carbonicum
Magnesium carbonicum
Phytolacca
Acidum salicylicum
Rhus toxicodendron
Артроз
Ammonium muriaticum
Ammonium phosphoricum
Bacillinum
Cartilage suis
Chinhydrin
Glandula parathyreoidea
Mandragora
Stannum metallicum

Strontium carbonicum
Manganum metallicum
Sulfur
Petroleum
Arnica
Полиартрит
Arthritis Urica Nosode
Acidum DL-malicum
Bryonia
Ferrum phosphoricum
Granuloma dentis
Rhododendron
Diphtherinum
Streptococcus haemolyticus
Causticum
Actaea racemosa
Glandula suprarenalis suis
Ledum
Manganum aceticum
Para-Benzochinone
Hypophysis
Poliarthritis Nosode
Caulophyllum thalictroides
Chinhydrin
Mercurius salicylicus
Aconitum
Apis
Belladonna
Rhus toxicodendron

Phytolacca
Echinacea purpurea
Ревматический полиартрит
Abrotanum
Cirrhosis hepar Nosode
Tonsillitis Nosode
Vaccinium
Bryonia
Chinhydrin
Colchicum
Rhamnus cathartica
Nux vomica
Sulfur
Kalium carbonicum
Kalium phosphoricum
Kalium sulfuricum
Тендовагинит
Bryonia
Cartilage suis
Funiculus umbilicalis suis
Rhus toxicodendron
Thuja
Arnica
Acidum benzoicum
Rhus toxicodendron
Ruta graveolens
Salicea
Sulfur iodatum

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ**Кариес**

Acidum hydrofluoricum
Acidum succinicum
Acidum fluoricum
Calcium fluoratum
Kreosotum
Calcium iodatum
Cistus canadensis
Mercurius vivus
Pulpa dentis juis
Dens suis
Podophyllum
Saccharum
Acidum nitricum

Calcium phosphoricum
Natrium pyruvicum
Гингивит
Acidum citricum
Acidum salicylicum
Kreosotum
Mercurius solubilis
Mercurius sublimatus
corrosivus
Nux vomica
Acidum nitricum
Bismutum metallicum
Alumina
Aristolochia clematidis

Apis
Asenicum album
Acidum nitricum
Belladonna
Kalium bichromicum
Natrium muriaticum
Глосит
Allium sativum
Mygale avicularis
Vinca minor
Carbo vegetabilis
Castoreum sibiricum
Nux vomica
Veratrum

Capsicum
Conium
Парадантиз
Mezereum
Acidum citricum
Carbo vegetabilis
Dens suis
Gingiva suis
Kali carbonicum
Natrium pyruvicum
Parodontosis Nosode
Pulpa dentis suis
Psorinum
Стоматит
Acidum salicylicum
Acidum sulphuricum

Bryonia
Hydrastis
Kali carbonicum
Kali bichromicum
Mercurius vivus
Mumps Nosode
Nux vomica
Psorinum
Tartarus stibiatus
Vinca minor
Acidum boricum
Acidum muriaticum
Arsenicum album
Borax
Lingua suis
Mezereum

Oxalis acetosella
Penicillin
Veratrum
Bismutum metallicum
Castoreum sibiricum
Petroleum
Medorrhinum
Rhus toxicodendron
Silicea
Aurum maculatum
Acidum muriaticum
Mercurius solubilis
Argentum nitricum
Hepar sulfur
Kalium muriaticum
Capsicum

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Геморрой
Aesculus
Allium sativum
Calcium fluoratum
Lachesis
Lycopodium
Nux vomica
Paeonia officinalis
Sulphur
Podophyllum
Acidum muriaticum
Carbo vegetabilis
Mandragora
Millefolium
Phosphorus
Syphilinum
Mercurius solubilis
Abrotanum
Acidum sulphuricum

Kali carbonicum
Ignatia
Berberis
Graphites
Acidum nitricum
Kreosotum
Hamamelis
Collinsonia canadensis
Aloe
Hamamelis
Capsicum
Carduus marianus
Causticum
Paeonia officinalis
Sepia
Salicea
Остеомиелит
Mercurius solubilis
Otitis media Nosode

Para-Benzoch inone
Staphylococcus
Aurum muriaticum
Kalium bichromicum
Calcium phosphoricum
Phosphorus
Mercurius biiodatus
Остеопороз
Acidum fluoricum
Cortisone
Mastoiditis Nosode
Os suis
Периостит
Asa foetida
Manganum sulfuricum
Os suis
Rhus toxicodendron
Mezereum
Mercurius praecipitatus ruber

ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Анаплексия
Arnica
Belladonna
Carbo vegetabilis
Glonoinum
Lachesis
Papaver
Bothrops lanceolatus
Laurocerasus
Asterias rubens
Syphilinum
Causticum
Musculi oculi suis
Phosphorus
China
Aesculus
Цервикалгия
Cimicifuga
Discus intervertebralis suis

Fumculusumbilicalis suis
Lachnanthes tinctoria
Энцефанум
Baptisia
Pyrogenium
Aconitum
Helleborus
Variolinum
Coxsackie Virus B4
Cerebrum
Opium
Agaricus
Antimonium tartaricum
Belladonna
Gelsemium
Lachesis
Mercurius solubilis
Apis
Tabacum

Эпилепсия
Asterias rubens
Atropinum sulphuricum
Corpus pineale suis
Cresolum
Cuprum
Hyoscyamus
Lyssinum
Serotonin
Stramonium
Zincum cyanatum
Calcium arsenicosum
Acidum hydrocyanicum
Pertussis Nosode
Naphthoquinone
Argentum nitricum
Agaricus
Arsenicum nitricum
Belladonna

<i>Nux vomica</i>	<i>Crocus</i>	<i>Belladonna</i>
<i>Silicea</i>	<i>Kali phosphoricum</i>	<i>Glonoinum</i>
<i>Sulphur</i>	<i>Tarantula</i>	<i>Ignatia</i>
<i>Acidum hydrocyanicum</i>	<i>Zizia aurea</i>	<i>Psoriasis Nosode</i>
Невралгия тройничного нерва	<i>Asa foetida</i>	<i>Coxsackie Virus B4</i>
<i>Acidum salicylicum</i>	<i>Moschus</i>	<i>Zincum sulphuricum</i>
<i>Lithium carbonicum</i>	<i>Ambra grisea</i>	<i>Bryonia</i>
<i>Graphalium polycephalum</i>	<i>Hepar sulfur</i>	<i>Cantharis</i>
<i>Mastoiditis Nosode</i>	<i>Ignatia</i>	<i>Apis mellifica</i>
<i>Hydrocotyle asiatica</i>	<i>Kalium bromatum</i>	<i>Cicuta virosa</i>
<i>Kreosolum</i>	<i>Silicea</i>	<i>Helleborus</i>
<i>Syphilinum</i>	<i>Nux vomica</i>	<i>Glonoinum</i>
<i>Cedron</i>	Бессоница	<i>Rhus toxicodendron</i>
<i>Mezereum</i>	<i>Avena sativa</i>	<i>Echinacea</i>
<i>Bryonia</i>	<i>Coffea</i>	<i>Agaricus</i>
<i>Cepa</i>	<i>Colon suis</i>	<i>Ammonium carbonicum</i>
<i>Hekla Lava</i>	<i>Musculus suis</i>	<i>Gelsemium</i>
<i>Magnesium phosphoricum</i>	<i>passiflora incarnata</i>	<i>Muenum</i>
<i>Guajacum</i>	<i>Valeriana</i>	<i>Lathyrus sativus</i>
<i>Ferrum metallicum</i>	<i>Phosphorus</i>	<i>Medulla spinalis suis</i>
<i>Causticum</i>	<i>Aquilegia</i>	<i>Dulcamara</i>
<i>Rhododendron</i>	<i>Cerebellum</i>	<i>Rhus toxicodendron</i>
<i>Hyoscyamus</i>	<i>Conium</i>	<i>Неврастения</i>
<i>Aconitum</i>	<i>Strychninum nitricum</i>	<i>Acidum picricum</i>
<i>Arsenicum album</i>	<i>Cimicifuga</i>	<i>Ambra</i>
<i>Aurum muriaticum</i>	<i>Acidum phosphoricum</i>	<i>Argentum nitricum</i>
<i>Belladonna</i>	<i>Ferrum metallicum</i>	<i>Damiana</i>
<i>Dulcamara</i>	<i>Chinhydrone</i>	<i>Helonias dioica</i>
<i>Mercurius solubilis</i>	<i>Cactus</i>	<i>Kali phosphoricum</i>
<i>Coffea</i>	<i>Corrallium rubrum</i>	<i>Zincum picricum</i>
<i>Platinum</i>	<i>Medorrhinum</i>	<i>Selenium</i>
<i>Plumbum</i>	<i>Gelsemium</i>	<i>Dulcamara</i>
Неврит лицевого нерва	<i>Rhododendron</i>	<i>Coffea</i>
<i>Calcium iodatum</i>	<i>Magnesium phosphoricum</i>	<i>Magnesium phosphoricum</i>
<i>Causticum</i>	<i>Nux vomica</i>	<i>Chamomilla</i>
<i>Gelsemium</i>	<i>Chamomilla</i>	Остеохондроз
<i>Aconitum</i>	<i>Filix</i>	<i>Abrotanum</i>
<i>Arnica</i>	<i>Acidum benzoicum</i>	<i>Cortisone</i>
<i>Kalium iodatum</i>	<i>Phenobarbital</i>	<i>Funiculus umbilicalis suis</i>
Опоясывающий герпес	<i>Aconitum</i>	<i>Syphilinum</i>
<i>Bacterium proteus</i>	<i>Ambra grisea</i>	<i>Hypericum</i>
<i>Cantharis</i>	<i>Arnica</i>	<i>Tuberculinum</i>
<i>Cistus canadensis</i>	<i>Kalium bromatum</i>	<i>Cinchona</i>
<i>Croton tiglium</i>	<i>Plumbum</i>	<i>Cincculus</i>
<i>Herpes zoster Nosode</i>	<i>Sulfur</i>	<i>Discus intervertebralis suis</i>
<i>Luffa operculata</i>	Межреберная невралгия	<i>China</i>
<i>Mezereum</i>	<i>Asclepias tuberosa</i>	<i>Ammonium muriaticum</i>
<i>Rhus toxicodendron</i>	<i>Bryonia</i>	<i>Apis</i>
<i>Sepia</i>	<i>Dulcamara</i>	<i>Arnica</i>
<i>Ubiquinone</i>	<i>Magnesium phosphoricum</i>	<i>Bryonia</i>
<i>Vacciniumum</i>	<i>Ranunculus bulbosus</i>	<i>Nux moschata</i>
<i>Variolinum</i>	Лямбго	<i>Gnaphalium polycephalum</i>
<i>Veratrum</i>	<i>Acidum succinicum</i>	Полимиелит
<i>Ranunculus bulbosus</i>	<i>Lyssinum</i>	<i>Beta vulgaris rubra</i>
<i>Thuja</i>	<i>Dulcamara</i>	<i>Kali phosphoricum</i>
<i>Varicellen Nosode</i>	<i>Calcium fluoratum</i>	<i>Oleander</i>
Истерия	<i>Aesculus</i>	<i>Baryta muriatica</i>
<i>Artemisia vulgaris</i>	<i>Variolinum</i>	<i>Naphrhoquinone</i>
<i>Castoreum sibiricum</i>	Менингит	<i>Para-Benzochinone</i>
	<i>Baptisia</i>	<i>Aconitum</i>

<i>Arsenicum album</i>	<i>Zincum cyanatum</i>	<i>Naphthoquinone</i>
<i>Arsenicum metallicum</i>	<i>Conium</i>	<i>Plumbum aceticum</i>
<i>Veratrum veridum</i>	<i>Acidum picricum</i>	<i>Causticum</i>
<i>Gelsemium</i>	<i>Secale cornutum</i>	<i>Apis</i>
Постинсультные парезы	<i>Lithium carbonicum</i>	<i>Ignatia</i>
и параличи	<i>Arum maculatum</i>	<i>Phosphorus</i>
<i>Agaricus phalloides</i>	<i>Crotalus</i>	<i>Cuprum</i>
<i>Thallium aceticum</i>	<i>Gelsemium</i>	<i>Sulphur</i>
<i>Thallium sulphuricum</i>	<i>Kali phosphoricum</i>	<i>Mercurius solubilis</i>

КОМПЛЕКСНЫЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ И ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ

<i>Препараты</i>	<i>Показания к применению</i>
ABROPERNOL	обморожения, опрелость, гиперкератоз, гипергидроз, экзема, эритема
AESCULUM-HELL	вен. стаз, варикоз, геморрой, экзема
ALBUMOHEEL	заб. почек с альбуминурией (о.и. хр.гломерулонефрит)
ALETRIS-HEEL	истощение, слабость, бессилие
ANGINHEEL	о. и . хр. тонзиллит
ANGIO-INJEL	нар.корон. кровообращ., спазм сосудов
ARNICA-HEEL	подострое и хроническое воспаление, локальное или общее
ARSURANEEL	дискразия, маразм
ARTERIA-HEEL	нар.периф.кровообращения
AURUMHEEL	вегет.-функц. расстр.кровообр. (корон.), гипотония, аритмия
BARIJODEEL	атеросклероз (сос. гол. мозга), лимфатизм
BRONCHALIS-HEEL	бронхиты, в т.ч. курильщиков
BRYACONEEL	невралгия (ревматическая), грипп
CALCOHEEL	нар. обмена кальция, эксудативные диатезы, золотуха
CARDIACUM-HEEL	функц. сос.наруш., в т.ч. при остеохондрозе
CIRCULO-INJEL	нар.периф. кровообр., спазмы сосудов парестезии, холодные ноги.
COLNADUL	артриты, ревматизм мягких тканей, ухудш. во влажную погоду
CRALONIN	функциональные и органические заболевания сердца
CRUROHELL	гнойные свищи, язвы голени
DIARRHELL	о. и хр. га, card.mar., veg., colos.- перв. и втор.нарушения и повреждения печени
DROPERTEEL	коклюш, застойные бронхиты
DUODENOHEEL	дуоденит, язва двенадцатиперстной кишки, гиперацидоз
ENGYSTOL	активация защитных механизмов при вирусных заболеваниях
ERIGOTHEEL	язва желудка и двенадцатиперстной кишки

GALIUM-HEEL	актив.защит.мех-в при хр. забол.
GASTRICUMEEL	острые и хронические гастриты
GRIPP-HEEL	грипп
GYNACOHELL	острые и хронические заболевания женских половых органов
HEPEEL	травмы, воспалительные и дегенеративные заболевания (опор-двиг.апп.), пародонтоз, сотрясение мозга
HORMEEL	функц. наруш. менстр. цикла, бесплодие, регуляция функции эндокрин. желез
HUSTEEL	кашель, плеврит, переохлаждение
INJEEL-CHOL	заболевания печени и желчного пузыря
KLIMAKT-HEEL	климакс
LAMIUFLUR	болезни кожи и слизистых в т.ч. экзема и лейкорея
LITHIUMEEL	ревматоидный артрит
LYMPHOMYOSOT	экс.кат.диатез, гипертрофия миндалин, хр. ангина, увел. желез. мезенх.реактивация
MERCURIUS-HEEL	гнойные воспаления (фурункулы, карбункулы, ангины)
METRO-ADNEX-INJEL	воспалительные заболевания женских половых органов, дисменорея, климакс
NASO-HEEL	острые и хронические риниты, синуситы
NERVOHEEL	психосоматические нарушения, климактерический невроз
NEURALGO-RHEUM-INJEL	невралгии, ревматизм мягких тканей, нарушения в межпозвонковых дисках, артриты
NEURO-INJEL	психосоматические заболевания, умственное истощение
OCULOHEEL	конъюнктивит, блефарит, дакриоцистит
OSTEOHEEL	периоститы, экзостозы, шпора, отосклероз-шум в ушах
PAEONIA-HELL	геморрой
PECTUS-HEEL	боли в горле
PROCTHEEL	катаральное воспаление и атония кишечника
PSORINOHEEL	альтернативная терапия при хронических заболеваниях – кожных, печени
RENEEL	воспалительные заболевания моче-выводящих путей\
RHEUMA-HEEL	ревматизм мягких тканей, артриты
RHODODENDRONEEL	невралгия, ревматизм мягких тканей, артриты с ухудшением во влажную погоду
SCHWEF-HEEL	дерматозы, экзема, пиодермия, стимуляция защитных механизмов
SPASCUPREEL	спазмы мышц (глад. и прям.)
SPIGELON	головная боль
STRUMEEL	зоб, атеросклероз

SULFUR-HEEL	дерматозы, воспалительные экземы, зуд кожи
TANACET-HEEL	нервная раздражительность (после удаления глистов)
TARTEPHEDREEL	воспаления дыхательных путей, астматический синдром , кашель
TONICO-INJE	физическое утомление. Нарушение развития у детей
TRAUMEEL	астроз enterиты, диарея
VALERIANAHEEL	седативное ср-во
VERTIGOHEEL	головокружения, особенно атеро-склеротическое
VIBURCOL	возбуждение и ди хорадка у детей, грипп
VOMITUSHEEL	рвота, тошнота
YPSILOHEEL	вегетативная дистония, истерия
ZEEL	артрозы

Гомаккорды и показания для их применения

ACONITUM-Homaccord	начальные стадии гриппа
ANACARDIUM-Homaccord	дуоденальный синдром, язва двенадцати-перстной кишки
APIS-Homaccord	отеки, зудермия
BELADONNA-Homaccord	локальные воспаления-ангины, фурункулы
BERBERIS-Homaccord	воспаления и раздражения в мочеполовой и желчевы-водящей системах
CEANOTUS-Homaccord	эпигастральный синдром, заболевания поджелудочной железы
CHELIDONIUM-Homaccord	заболевания желчного пузыря, печени, аритмии
CHINA-Homaccord	истощение, слабость, остеохондрозы
CIMICIFUGA-Homaccord	шейный остеохондроз, неврологическые синдромы
CINNAMOMUM-Homaccord	капиллярные кровотечения, крово-точивость
COCCULUS-Homaccord	болезненность при движениях, слабость после физической нагрузки
COLOCYNTHIS-Homaccord	невралгии, остеохондроз с ишалгией
DROSERA-Homaccord	коклюш, бронхит, бронхиальная астма
DULCAMARA-Homaccord	гипертрофия мышц, гидрогенизация, ухудшение во влаж-ную погоду
FERRUM-Homaccord	эпикондиллит, плечекистевой синдром
GELSEMIUM-Homaccord	шейный остеохондроз, невралгии
GRAPHITES-Homaccord	хронические сухие экземы, рубцы, келлоиды, склонность к ожирению
HAMAMELIS-Homaccord	венозные стазы, варикоз, экзема, тромбфлебиты
IGNATIA-Homaccord	экзогенная депрессия, парадоксальные симптомы , истерия
MELILOTUS-Homaccord	гипертензия, полнокровие, предаоплексия
MEZEREUM-Homaccord	herpes zoster, зуд кожи и слизистых

NATRIUM-Homaccord	хронический катар, золотуха
NUX VOMICA-Homaccord	функциональные нарушения в желудочно-кишечном тракте и печени, метеоризм, нарушения после приема алкоголя, кофе или никотина
PHOSPHOR-Homaccord	ларингит, трахеит, фарингит, хрипота, петехии
PLANTAGO-Homaccord	ночной энурез, недержание мочи, цисталгия
RANUNCULUS-Homaccord	межреберная невралгия, herpes zoster, плевральные боли
SABAL-Homaccord	первая стадия аденомы предстательной железы, цисталгия
SELENIUM-Homaccord	снижение умственных способностей, особенно при атеросклерозе
VERATRUM-Homaccord	гастроэнтериты, коллапс

Препараты группы композитов и их применение

AESCULUS Compositum	нар. периф.кровообращ. гангрена, об. и атер. эндатерит, слоновость, пролежни, холистеремия, дисменорея, глухота, постэмбол. нар. кровообращ., лимфатизм, инсульт, инфаркт
ATROPINUM Compositum	печеночные, почечные и кишечные колики, судорожный кашель, коклюш, дисменорея
CACTUS Compositum	нарушения кровообращения, в т.ч. коронарного
CANTHARIS Compositum	циститы, пиелиты, нефриты
CARCINOMINUM Compositum	экзогенная депрессия, пародоксальные симптомы, истерия
CAUSTICUM Compositum	стимуляция защитных сил при новообразованиях всех типов и стадий
CARBO Compositum	антигомтоксическое действие при инсульте и инфаркте миокарда
CEREBRUM Compositum	нар.онтогенеза у детей, слабость в ногах, вегетат. дистония, депрессия, атеросклероз, после сотряс. гол. мозга и энцефалита, невралгия, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, нарушения памяти, нервное истощение, и другие дегенеративные изменения
COENZYME Compositum	стимуляция деятельности ферментных систем при дегенеративных поражениях и при недостаточности функций энзимов
COLCHICUM Compositum	вспомогательная терапия при новообраз. до и после операции, радиотерапия
COR Compositum	наруш. коронар. кровообращ. после инфаркта, слабость миокарда, гастрокардиальный синдром, аритмия, стенокардия, спортивное сердце, эмфизема
CUTIS Compositum	стимуляция защитных систем при чувствительной коже, экземах, аллергии, склеродермия, угри, эритема, дерматомикозы, струп молочный, эктима, импетиго контактное, нейродермиты, пролежни, алопеции
DISCUS Compositum	остеохондрозы, артрозы, артриты
ECHINACEA Compositum	стимуляция защитных механизмов при воспалительных, инфекционных заболеваниях, токсикозах, аллергиях

EUPHORBIIUM Compositum	риносинуситы, отит
GINSENG Compositum	интоксикация защитных систем, восстановление
GLYOXAL Compositum	стимуляция защитных механизмов, блокирующих токсины, нарушения ферм. систем, функ. желез
HEPAR Compositum	стимуляция дезинтоксикационных ф-й при забол. печени и желчных путей, токсикозы, дерматозы
KALMIA Compositum	заболевания суставов и околосуставной соединительной ткани и соединительных сосудов, заб. сердца
LEPTANDRA Compositum	хрон. заб. печени и поджел. железы, метеоризм
MOLYBDAN Compositum	регуляция минер. обмена, дефицит микроэлементов (после приема медиков), дегенер., новообраз.
MOMORDICA Compositum	регулирующее действие при органических и функциональных заболеваниях поджелудочной железы
MUCOSA Compositum	стимуляция защит. систем при забол. слизистых (катар, язва)
OVARIUM Compositum	стимуляция защитных функций, соединительной ткани, функции желез, рвота, недостаточность передней доли гипофиза, мастодиния, остеомалация, различные нарушения метаболизма в т.ч. старческий
PLACENTA Compositum	стимуляция периф. кровообращения при атеросклерозе, сахар. диабете, гангрене, троф. язв., остат. явления после энцефалита, инсульта, глухота при болезнях внутреннего уха.
PODOPHYLLUM Compositum	геморрагии, колиты катар. и эроз., при новообраз. до и перед операцией
POPULUS Compositum	забол. мочеполовой сист., альбуминурия, почечнокаменная болезнь, первая стадия аденомы простаты., нарушения функции выделения
PROCAINUM Compositum	восстановление на клет. уровне, поддержка защит. систем
PULSATILLA Compositum	активизация защит. систем, функции дезинтоксикации в тканях
RAUWOLFIA Compositum	гипертензия
SOLIDAGO Compositum	острые и хрон. заболевания мочевыделительной системы, первая стадия ст. аденомы простаты, гипергидроз, экзема
STROPHANTUS Compositum	нарушение коронарного кровообращения, в т.ч. после инфаркта миокарда
SYZYGIUM Compositum	вспомогательная терапия при старческом диабете
TESTIS Compositum	стимуляция мужской потенции, импотенция репродуктивного возраста, ускоренная эякуляция, истощение, остеомалация
THALAMUS Compositum	стимуляция центр. регул. функций при дегенерациях, новообразованиях.
THYREOIDEA Compositum	дисфункция щитовидной железы, стимуляция функций желез, защитных систем и других функций
TONSILLA Compositum	стимуляция лимфатической системы и защитных сил
UBICHINON Compositum	стимуляция защитных механизмов против токсинов и реактивация заблокированных ферментных систем
VISCUM Compositum	новообразования, до и после операций и радиотерапии (биотерапия на клеточной фазе)

Катализаторы (ферменты)

Acetylcholinchlorid-Injeel and forte
Acidum cis-aconiticum-Injeel and forte
Acidum L(+)-asparagicum-Injeel and forte
Acidum citricum-Injeel and forte
Acidum fumaricum-Injeel and forte
Acidum glutaminicum-Injeel and forte
Acidum 6-ketoglutaricum-Injeel and forte
Acidum L(+)-lacticum-Injeel and forte
Acidum DL-malicum-Injeel and forte
Acidum sarcosolacticum-Injeel and forte
Acidum succinicum-Injeel and forte
Adrenalin-Injeel and forte
Anthrachinon-Injeel and forte
Daryum oxalsuccinicum-Injeel and forte
Para-Benzochinon-Injeel and forte
Beta vulgaris rubra-Injeel and forte
Cerium oxalicum-Injeel and forte
Cerium sulfuricum-Injeel and forte
Chinhydrin-Injeel and forte
Cortison-Injeel and forte
Ferrum fumaricum-Injeel and forte
Cystein-Injeel and forte
Glyoxal-Injeel and forte
Guanidin-Injeel and forte
Histamin Injeel and forte
Hydrochinon-Injeel and forte
Indol-Injeel and forte
Insulin-Injeel and forte
Methylenblau-Injeel and forte
Methylglyoxal-Injeel and forte
Methylguanidin-Injeel and forte
Myrtillus-Injeel and forte
Naphthochinon-Injeel and forte
Natrium oxalaceticum-Injeel and forte
Natrium pyruvicum-Injeel and forte
Parathyreoidin-Injeel and forte
Scatol-Injeel and forte
Trichinoyl-Injeel and forte
Ubichinon-Injeel and forte

Суис-органные препараты

Aorta suis- Injeel and forte
Arteria suis- Injeel and forte*
Bronchus suis- Injeel and forte
Cardia verticill suis- Injeel and forte
Cartilago suis-Injeel and forte
Cerebellum suis-Injeel and forte
Cerebrum frontalis suis- njeel and forte
Cerebrum occipitalis suis-Injeel and forte
Cerebrum suis-Injeel and forte
Cerebrum totalis suis-Injeel and forte
Coecum suis-Injeel and forte
Colon suis-Injeel and forte
Cor suis-Injeel and forte
Cornea suis-Injeel and forte
Corpus luteum suis-Injeel and forte
Corpus pineale suis-Injeel and forte
Corpus vitreum suis-Injeel and forte
Curvatura major ventricul suis-Injeel and forte
Curvatura minor ventricul suis-Injeel and forte
Cutis suis-Injeel and forte
Dens suis-Injeel and forte
Discus intervertebralis suis-Injeel and forte
Ductus auricularis externus suis-Injeel and forte
Ductus deferens suis-Injeel and forte
Duodenum suis-Injeel and forte
Embryo totalis suis-Injeel and forte
Epididymis suis-Injeel and forte
Gingiva suis-Injeel and forte

Glandula lymphatica suis-Injeel and forte
Glandula parathyreoidea suis-Injeel and forte
Glandula pinealis suis-Injeel and forte
(Corpus pineale suis-Injeel)
Glandula submandibularis suis-Injeel and forte
Glandula suprarenalis suis-Injeel and forte
Glandula thymi suis-Injeel and forte
Glandula thyreoidea suis-Injeel and forte
Hepar suis-Injeel and forte
Hypophysis suis-Injeel and forte
Hypothalamus suis-Injeel and forte
Jejunum suis-Injeel and forte
Larynx suis-Injeel and forte
Lens suis-Injeel and forte
Lingua suis-Injeel and forte
Mamma suis-Injeel and forte
Medulla oblongata suis-Injeel and forte
Medulla ossis suis-Injeel and forte
Medulla spinalis suis-Injeel and forte
Mucosa nasalis suis-Injeel and forte
Musculi oculi suis-Injeel and forte
Musculus suis-Injeel and forte
Nervus olfactorius suis-Injeel and forte
Nervus opticus suis-Injeel and forte
Nervus opticus suis-Injeel and forte
Oculus totalis suis-Injeel and forte
Oesophagus suis-Injeel and forte
Onyx suis-Injeel and forte
Os suis-Injeel and forte
Os petrosum suis-Injeel and forte
Ovarium suis-Injeel and forte
Pankreas suis-Injeel and forte
Parathyreoidea suis-Injeel and forte
Parotis suis-Injeel and forte
Peritoneum suis-Injeel and forte
Placenta fetalis suis-Injeel and forte
Placenta materna suis-Injeel and forte
Placenta suis-Injeel and forte
Pons suis-Injeel and forte
Prostata suis-Injeel and forte
Pulmo suis-Injeel and forte
Pulpa dentis suis-Injeel and forte
Pyelon suis-Injeel and forte
Pylorus suis-Injeel and forte
Rectum suis-Injeel and forte
Ren suis-Injeel and forte
Retina suis-Injeel and forte
Salpinx uteri suis-Injeel and forte
Splen suis-Injeel and forte
Sympathicus suis-Injeel and forte
Testis suis-Injeel and forte
Thymus suis-Injeel
(Glandula thymi suis-Injeel)
Thyreoidea suis-Injeel
Tonsilla suis-Injeel and forte
Tonsilla pharyngica suis-Injeel and forte
Tuba Eustachii suis-Injeel and forte
Ureter suis-Injeel and forte
Urethra suis-Injeel and forte
Uterus suis-Injeel and forte
Vena suis-Injeel and forte
Ventriculus suis-Injeel and forte
Vesica fellea suis-Injeel and forte
Vesica urinaria suis-Injeel and forte\

Основные нозоды

Adenoma mammae-Injeel and forte
Adenoma prostata-Injeel and forte
Adeps suillus-Injeel and forte
Anthraxum-Injeel and forte

Appendicitis-Injeel and forte
 Arthritis urica-Nosode-Injeel and forte
 Ascariden-Injeel and forte
 Asthma-Nosode-Injeel and forte
 Bacillinum-Injeel and forte
 Bacterium coli-Injeel and forte
 Bacterium lactis aerogenes-Injeel and forte
 Bacterium proteus-Injeel and forte
 Bacterium pyocyaneus-Injeel and forte
 Brucella abortus Bang-Injeel and forte
 Calculi bill-Injeel and forte
 Calculi renales-Injeel and forte
 Carcinoma bronchium-Injeel and forte*
 Carcinoma coli-Injeel and forte*
 Carcinoma hepatis-Injeel and forte*
 Carcinoma hepatis metastatis-Injeel and forte
 Carcinoma laryngitis-Injeel and forte*
 Carcinoma mammae-Injeel and forte
 Carc.Urin (только Д30 и Д200)
 Carcinoma uteri-Injeel and forte*
 Cerumen-Injeel and forte
 Cholesterinum-Injeel and forte
 Cirrhosis hepatis-Injeel and forte
 Colibacillinum-Injeel and forte
 (см. Bacterium coli-Injeel)
 Comedones-Injeel and forte
 Coxsackie-Virus-A9-Injeel and forte
 Coxsackie-Virus-B4-Injeel and forte
 Crinis humanus-Injeel and forte
 Cystopyelonephritis-Nosode-Injeel and forte
 Diphtherinum-Injeel and forte
 Diverticulose-Nosode-Injeel and forte
 Duodenitis-Nosode-Injeel and forte
 Dupuytren-Nosode-Injeel and forte
 Dystrophia musculorum progressiva-Nosode-Injeel and forte
 Echinococcinum-Injeel and forte
 Fedris wolhynica-Nosode-Injeel and forte
 Fel suis-Injeel and forte
 Fel tauri-Injeel and forte
 Fibroma pendulum-Injeel and forte*
 Fluor albus-Nosode-Injeel and forte
 Gastritis-Nosode-Injeel and forte
 Glioma-Injeel and forte
 Gonococcinum-Injeel and forte
 (см. Medorrhinum-Injeel)
 Granuloma dentis-Injeel and forte
 Grippe-Nosode-Injeel and forte
 Hepatitis-Nosode-Injeel and forte
 Herpes simplex-Nosode-Injeel and forte
 Herpes zoster-Nosode-Injeel and forte
 Hirudo medicinalis-Injeel and forte
 Hydrophobinum-Injeel and forte
 (см. Lyssinum-Injeel)
 Influenzinum-Injeel and forte
 (см. Grippe-Nosode-Injeel)
 Kieferostitis-Nosode-Injeel and forte
 Klebsiella pneumoniae-Injeel and forte
 Lac caninum-Injeel and forte
 Lac defloratum-Injeel and forte
 Leptospirose-Nosode-Injeel and forte
 Listeriose-Nosode-Injeel and forte
 Luesinum-Injeel and forte
 Lyssinum-Injeel and forte
 Malaria-Nosode-Injeel and forte
 Mamma cystica-Injeel and forte
 Mastoiditis-Injeel and forte
 Mastopathia cystica-Nosode-Injeel and forte
 Medorrhinum-Injeel and forte
 Meningeoma-Injeel and forte
 Morbillinum-Injeel and forte
 MS-Nosode-Injeel and forte
 Mumps-Nosode-Injeel and forte
 Myoma uteri-Injeel and forte
 Nagelmykose-Nosode-Injeel and forte
 Nageltrichophytie-Nosode-Injeel and forte
 Neurofibroma-Injeel and forte
 Osteomyelitis-Nosod-Injeel and forte
 Osteomyelosklerose-Nosode-Injeel and forte
 Otitis media-Injeel and forte
 Ovarialcyste-Injeel and forte
 Ovum-Injeel and forte
 Oxyren-Injeel and forte
 Ozaena-Nosode-Injeel and forte
 Paratyphoidinum B-Injeel and forte
 (см. Salmonella paratyphi B-Injeel)
 Parodontose-Nosode-Injeel and forte
 Periproktitischer Abszeß-Nosode-Injeel and forte
 Pertussis-Nosode-Injeel and forte
 Pneumococcinum-Injeel and forte
 (см. Klebsiella pneumoniae-Injeel)
 Poliomyelitis-Nosode-Injeel and forte
 Polyarthritis-Nosode-Injeel and forte
 Polypus laryngis-Injeel and forte
 Polypus nasalis-Injeel and forte
 Polypus recti-Injeel and forte
 Polypus vesicae urinae-Injeel and forte
 Psoriasis-Nosode-Injeel and forte
 Psorinum-Injeel and forte
 Pyodermie-Nosode-Injeel and forte
 Pyrogenium-Injeel and forte
 Rubeolae-Nosode-Injeel and forte
 Salmonella paratyphi-Injeel and forte
 Salmonella typhi-Injeel and forte
 Sanguis menstrualis-Injeel and forte
 Sanguis suis-Injeel and forte
 Scarlatinum-Injeel and forte
 Schweinepest-Serum-Injeel and forte
 Serum ovile-Injeel and forte
 Sinusitis-Nosode-Injeel and forte
 Smegma-Injeel and forte
 Staphylococcus-Injeel and forte
 Streptococcus haemolyticus-Injeel and forte
 Streptococcus viridans-Injeel and forte
 Struma cystica-Injeel and forte
 Struma nodosa-Injeel and forte
 Struma parenchymatosa-Injeel and forte
 Sudor pedis-Injeel and forte
 Sutoxoi-Injeel and forte
 Syphilinum-Injeel and forte
 (см. Luesinum-Injeel)
 Teratoma-Injeel and forte
 Tetanus-Antitoxin-Injeel and forte
 Thyreoidin-Injeel and forte
 Tonsillarprupfe-Injeel and forte
 Tonsillitis-Nosode-Injeel and forte
 Toxoplasmose-Nosode-Injeel and forte
 Trichonomaden-Fluor-Injeel and forte
 Tuberculinum-Injeel and forte
 Typhoidinum-Injeel and forte
 (см. Salmonella typhi-Injeel)
 Ulcus cruris-Nosode-Injeel and forte
 Ulcus duodeni-Nosode-Injeel and forte
 Ulcus ventriculi-Nosode-Injeel and forte
 gravidar.Д200
 Vaccinum-Injeel and forte
 Varicellen-Nosode-Injeel and forte
 Variolinum-Injeel and forte

Лекарственные препараты, рекомендуемые для электрофореза

Лекарственные средства	Вводимый (вещество) ион	Концентрация раствора	Полярность
Адебит	Адебит	2-5% в 25% ДМСО	+/-
Адреналина гидрохлорид	Адреналин	0,1% 0,5-1,0мл на прокладку	+
Алоэ экстракт	Алоэ	1:3	-
Амизил*	Амизил	1% 1-2мл	+
Аминазин	Аминазин	1%	+
Аминалон	Аминалон	2% 1-2мл	-
Аминокапроновая кислота	Аминокапроновая кислота	0,5мл 5% р-ра смешивается с 2мл изотонического р-ра натрия хлорида	-
Анальгин	Анальгин	2-5% (водный) 5-10% в 25% ДМСО	- +/-
Анаприлин	Анаприлин	0,5% - 5 мл	+
Апизартрон	Яд пчелиный (компоненты) Апитоксин Милливинон	0,01-0,1% 1мл 1 ампула на 10 мл буферного раствора (рН=4,6)	+/- +/- +/-
Апрофен	Апрофен	0,5%	+
Аскорбиновая кислота	Аскорбиновой кислоты радикал	2-5%	-
Атропина сульфат	Атропин	0,1% 1мл на прокладку	+
Ацетилсалициловая кислота	Ацетилсалициловой кислоты радикал	5-10% р-р в 25%-50% р-ре ДМСО	+/-
Ацетилхолина гидрохлорид	Ацетилхолин	0,1-0,5%	+
Барбамил	Барбамил	3-5%	+
Барбитал натрий (мединал)	Барбитал натрий	3-5%	+
Бензогексоний	Бензогексоний	1-2%	+
Биларин (бычья желчь)	Биларин	1:10	+
Бромизовал	Бромизовал	2-5%	+
Бромурал	Бромурал	2-5%	+
Веронал	Веронал	2-5%	+
Випраксин	Яд змеиный (компоненты)	1мл	+/-
Витамин В1	Тиамин	1-2-5%	+
Витамин В12	Цианокобаламин	100-200мкг на прокладку	+
Витамин В2	Рибофлавин	0,12%	+
Витамин В6	Пиридоксин	1-5%	+
Витамин Е	Токоферола ацетат	2 % на ДМСО (0,5 мл на процедуру)	+
Галантамина гидрохлорид	Галантамин	0,25-0,5%	+
Галоперидол	Галоперидол	0,5%	+
Галаскорбин	Галаскорбин	0,25-0,5% (готовят extempore)	+
Ганглерон	Ганглерон	0,25%-0,5%	+
Гепарина натриевая соль	Гепарин	150мг/кг веса у детей до 3 лет; 5000ЕД у старших. Растворять в дистиллированной воде	-

Гиалуронидаза	Гиалуронидаза	0,1-0,2 г на 30 мл подисленной до pH=5,0-5,2 дистиллированной воды или ацетатного буфера	+
Гидрокортизон сукцинат (водорастворимый)	Гидрокортизон	1ампулу растворяют в 0,2% р-ре натрия хлорида или дистиллированной воде- pH 8,5-9,0	-
Гистамина гидрохлорид	Гистамин	0,01% (до 1мл на прокладку)	+
Глутаминовая кислота	Глутаминовой кислоты радикал	0,5-2% (в подщелоченной до pH=7,8 8,0 дистиллированной воде	-
Гордокс	Гордокс	5000ЕД на 10-20мл растворителя-pH 6-6,2 или из 15-25% ДМСО	+
Трасилол	Трасилол		+
Контрикал	Контрикал		+
Грязь лечебная	Компоненты грязи	Нативная грязь или грязевой раствор	+/-
Гумизоль	Гумизоль		+/-
Даларгин	Даларгин	1мг ампульного порошка растворяют в 3мл подкисленной (pH=5,5) воды	+
Делагил	Делагил	2,5%	+
Дезоксирибонуклеаза	Дезоксирибонуклеаза	при pH 0-5,0 при pH 5,0-14,0	+
Диазепам	Диазепам	0,5%	-
Дибазол	Дибазол	0,5-2%	+
Дикаин	Дикаин	0,5-1%	+
Димексумарон	Димексумарон	0,5 -0,1%	+
Дипразин (пипольфен)	Дипразин	1%	+
Димедрол	Димедрол	0,25-1%	+
Дионин	Дионин	0,5мл в 5мл дистиллированной воды - до 1 года; 0,7мл в 5мл дистиллированной воде - до 2-3 лет; 1мл в 7мл дистиллированной воды - 4 лет; 1,0-1,5мл в 7мл дистиллированной воды - до 7 лет; 1,5-2,0мл в 7мл дистиллированной воды - детям старше 7 лет	+
Дипразин	Дипразин	1%	+
Дифацил	Дифацил	0,5%	+
Допан	Допан	0,06% в 50% ДМСО	+
Имизин	Имизин	1,25% 2мл	+
Ихтиол	Сера органическая	2,5-10%	-
Интал	Интал	1 капсула (20 мг) в 3 мл дистиллированной воды	-
Кавинтон	Кавинтон	1мл (5мл) ампульного (0,5%) раствора разбавляют в 1 мл ДМСО	+
Калия (натрия) бромид	Калий (натрий) бром	2-3%	+
Калия (натрия) иодид	Калий (натрий) йод	2-3%	-
Калия (натрия) хлорид	Калий (натрий) хлор	2-3%	+
			-

Кавинтон	Кавинтон	1мл (5мл) ампульного (0,5%) раствора разбавляют в 1 мл ДМСО	+
Карбахолин	Корбахолин	0,1 %	+
Кватерон	Кватерон	0,5%	+
Кислота аскорбиновая	Кислота аскорбиновая	0,5-2%	-
Кислота никотиновая	Кислота никотиновая	0,25% детям до 2лет; 0,5% детям 2-7 лет; 1% детям старше 7 лет	-
Кобальта хлорид	Кобальт	1%	+
Коденна фосфат	Коденин	0,1-0,5%	+
Коллализин	Коллализин (коллагеназа)	50 КЕ в 10 мл воды	+
Ксантинола никотинат	Теофиллин, Никотиновая кислота	2%	-
Ксикаин (лидокаин)	Ксикаин	2-5%	+
Кофеин-бензоат натрия 1% в5% растворе натрия гидрокарбоната	Кофеин	1-2 %	+
Курантил	Курантил	0,5%-2 мл	+
Левамизол	Левамизол	100мл на 2,5мл ДМСО и 2,5 мл дистиллированной воды	+
Левомецитин суццинат (водорастворимый)	Левомецитин	Разовая доза 0,5-1 г (2-5 мл 20% раствора)	+
Лизоцим	Лизоцим	25мг-50мг препарата растворяют в 15-20мл дистиллированной воды при pH 10,7 при pH 10,7	+/-
Лидаза	Лидаза	0,1г растворяется в 10-20мл дистиллированной воды pH 5,0-5,2 или в 25% ДМСО	+ +/-
Лития бензоат (хлорид)	Литий	2-5%	+
Люминал (фенобарбитал)	Люминал	1-2%	+
Магния сульфат	Магний	2-3%	+
Марганца сульфат	Марганец	2-3%	+
Меди сульфат	Медь	0,5-1%	+
Мезатон	Мезатон	1-2%	+
Метамизил	Метамизил	0,25%	+
Метамизил гидрохлорид	Метамизил	0,25% (2-4 мл на процедуру)	+
Метацин	Метацин	0,1%	+
Метнонин	Метнонин	0,5-2% на подкисленной воде (pH=3,5-3,6)	+
Мономицин	Мономицин	5000-10000 Ед.мл	+
Натрия парааминосалицилат	Параминосалициловой кислоты радикал	1-2%	-
Натрия салицилат	Салициловый радикал	1-5%	-

Натрия (магния) тиосульфат	Радикал тиосер-ной кислоты	1-3%	-
Натрия фосфат	Фосфор	2-5%	-
Натрия фторид	Фтор	2%	-
Натрия хлорид	Хлор	2-5%	-
Натрия оксипутират	Гамма-оксимас-ляной кислоты радикал	2-5%	-
Неомицина сульфат (мицетин)	Неомицин	5000-10000 Ед.мл	+
Никотиновая кислота	Никотиновой кислоты радикал	0,5-1%	-
Нитроглицерин	Нитроглицерин	0,5% мл 1% спиртового раствора +99,5 мл дистиллированной воды (разовая доза - 5-10 мл указанного раствора)	+
Новокаина гидрохлорид	Новокаин	0,25-2%	+
Но-шпа	Но-шпа	1%	+
Новокаиномид	Новокаиномид	2-5%	+
Норсульфазол-натрий	Норсульфазол	1-2%	+
Обзидан	Обзидан	0,1% 5мл	+
Лекозим	Папаин (лекозим)	17 Ед.мл	+
Панангин	Аспарагиновой кислоты радикал	1-2%	+
Пармидин	Пармидин	2,5% в 50% ДМСО	+
Папаверина гидрохлорид	Папаверин	0,1-0,2-0,5%	+
Пахикарпина гидрохлорид	Пахикарпин	1%	+
Пеллоидин	Пеллоидин		+
Пенициллина натриевая соль	Пенициллин	5000-10000 Ед.мл	-
Пентамин	Пентамин	5%	+
Пилокарпина гидрохлорид	Пилокарпин	0,1%-0,5%	+
Пирелен		0,1%	+
Платифиллина гидротартрат	Платифиллин	0,2%-0,5мл в 5мл дистиллированной воды детям до 1 года; 0,7 мл в 5 мл дистиллированной воды детям до 2 лет; 1 мл в 5 мл дистиллированной воды детям до 4 лет; 1,5 мл в 5 мл дистиллированной воде детям до 7 лет; 2мл в 7 мл дистиллированной воды детям старше 7 лет	+
Преднизолон (растворимый, ампульный)	Преднизолон	0,5%	+
Прозерин	Прозерин	0,1%	+
Ронидаза	Ронидаза	0,5г в 10-20 мл дистиллированной воды подкисленной до pH 5,0-5,2	+

Резерпин	Резерпин	0,1%	+
Серебра нитрат	Серебро	0,5-1%	+
Серотонина адипинат	Серотонин	1% 1мл	+
Совкаин	Совкаин	0,25%-1%	+
Стрептомицина сульфат	Стрептомицин	5000-10000Ед мл	+
Седуксен	Седуксен	0,5% 1-2 ампулы на 10-20 мл дистиллированной воды	+
Супрастин	Супрастин	1-2мл	+
Спленин	Спленин	1-2мл	+
Теоникол (ксантинола никотинат, компламин)	Теоникол (ксантинола никотинат)	5 мл 5% раствора	+
Тетрациклина гидрохлорид	Тетрациклин	5000-10000 Ед мл	+
Теofilлин	Теofilлин	2-5% pH 8,5-8,7	-
Трентал	Трентал (пентоксифиллин)	2%	+
Тропацин	Тропацин	1%	+
Трипсин	Трипсин	5-10мг растворяют в дистиллированной воде pH 5,0-5,2	+
Террилитин	Террилитин	50 ПЕ в 10 изотонического раствора хлорида натрия	-
Трилон Б	Трилон Б	10% в ДМСО	+/-
Триседил*	Триседил	0,25-0,5% 2-4мл на прокладку	+
d-Тубокурарин	d-Тубокурарин	1-2% 1-2 мл	+
Фенибут	Фенибут	5%	+
Фенкарол	Фенкарол	0,5% в 25% растворе ДМСО	+
Фибринолизин	Фибринолизин	1 флакон (20000 Ед) разводят в 200 мл одного из растворителей; а) дистиллированная вода, подкисленная до pH+=5,0-5,2, или ацетатный буфер б) дистиллированная вода, подщелоченная до pH=8,6-8,8 (на процедуру - 30 мл приготовленного раствора)	
Френолон	Френолон	0,25%-0,5% (на процедуру 1мл)	-/+
ФиБС	ФиБС	2-5%	+/-
Фурадонин Фурагин	Фурадонин	1-2% на дистиллированной воде, подщелоченной до pH=8,4-8,8	
5-Фторурацил	5-Фторурацил	1-2%	-
Унитиол	Органическая сера	2-5%	-
Хинина гидрохлорид	Хинин	-1%	+
Хлортетрациклин а гидрохлорид	Хлортетрациклин	5000-10000Ед мл	+
Цинка сульфат	Цинк	0,5-1%	+
Цистеин	Цистеин	2-5%	-
Экмолин	Экмолин	0,5%	-
Элениум*	Элениум	1%	+

Эритромицин	Эритромицин	0,1-0,25 г (разводят в 70 % этаноле)	+
Этимизол	Этимизол	1,5%	+/-
Эуфиллин	Эуфиллин (Тео-филлин)	0,5-2%	+/-
Эфедрина гидрохлорид	Эфедрин	0,1-1%	+
Эуспиран	Эуспиран	1-5капель на 5мл дистиллированной воды	+

Примечание: * - при введении лекарства требуется применение защитных средств от инaktivации их продуктами электролиза (5% глюкоза, 1% гликокол).

Для ЭФ сложных органических соединений, обладающих амфотерными свойствами (белки, аминокислоты и др.) используются растворители:

1) ацетатный буферный р-р (натрия ацетат 11,4 г, ледяная уксусная кислота 0,9 мл, дистиллированная вода 1000 мл) или дистиллированная вода подкисленная 2-3% хлористоводородной кислоты до pH 4,0-5,2 – вводят с положительного полюса;

2) боратный буферный р-р (борная кислота – 6,2 г, калия хлорид – 7,4 г, натрия гидроксид – 3,2 г, дистиллированная вода подщелоченная 5-10% раствором едкой щелочи до pH 8,0-9,0 – вводят с отрицательного полюса.

Приложение 6

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СМЕСИ, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДЛЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Бронхолитическое действие.

1.Смесь Ю.Ф.Домбровской №1: эфедрин гидрохлорид 0,2; новокаин 0,25; зуфиллин 0,3; аскорбиновая кислота 1,0; дистиллированная вода 50,0. Детям до 5 лет - 3,0 мл; 5-10 лет - 4,0 мл; 10-15 лет - 5,0 мл на одну ингаляцию.

2.Смесь Ю.Ф.Домбровской №2: новокаин 0,25; аскорбиновая кислота 2,0; кальция хлорид 2,0 вода дистиллированная 50,0. На ингаляцию 3-5 мл.

3.Эуспиран 1% - 25,0. На ингаляцию 5-10 капель с добавлением физиологического раствора хлорида натрия -2-3,0мл.

4.Сальбутамол 1-2-3 вдоха (в зависимости от клинической ситуации).

5.Беротек 1-2-3 вдоха(в зависимости от клинической ситуации).

6.Раствор зуфиллина 2,4% - 2мл; раствор эфедрина гидрохлорида 5% - 0,5мл; раствор димедрола 1% - 0,5мл.На ингаляцию.

7.Эфедрин 0,025; зуфиллин 0,15; димедрол 0,03; новокаин 0,5% - 3-5мл на ингаляцию.

8.Димедрол 0,5% 10:0; эфедрин 0,3; глицерин 3,0; На ингаляцию 0,5-1мл с добавлением 3-5мл физиологического раствора.

9.Эуспиран 1% - 0,5; эфедрин 5% - 1,0; атропина сульфат 0,1% - 1,0; димедрол 1% - 1,0; аскорбиновая кислота 5% - 2,0.На ингаляцию 3-5 мл

10.Раствор адреналина 0,1% - 1,0; теофиллин 0,2; дистиллированная вода 15,0.На ингаляцию 3-5 мл.

Противоотечное действие.

11.Эфедрин 5% - 1,0; адреналин 0,1; - 1,0; атропин 0,1% - 0,3; димедрол 1% - 1,0; пипольфен 2,5% - 1,0; аскорбиновая кислота 5% - 5,0. На ингаляцию 2,0мл.

12.Атропин 0,1% - 0,3; гидрокортизон 1,0мл (25мг); эфедрин 5% - 0,5; пипольфен 2,5% - 0,2; димедрол 1% - 0,3; адреналин 0,1% - 0,3 мл;дисциплированная вода-1-2 мл.На ингаляцию.

13.Смесь Ю.Ф.Домбровской №3: атропин сульфат- 0,01; новокаин- 0,25; димедрол- 0,2; раствор адреналина гидрохлорида 0,1% - 4,0мл; дистиллированная вода -40,0 мл, на ингаляцию 2-3мл.

14.Атропин сульфат- 0,25; новокаин- 0,25; димедрол- 0,2; эфедрин гидрохлорид- 0,1; адренали гидрохлорид -0,1% - 10,0; калий сульфат- 0,05; цитраль 1% - 3,0; глицерин -1,0. На ингаляцию 0,5-1

15. Гидрокортизон 1,0мл (25мг); атропин сульфат 0,1% - 0,3мл; эфедрин гидрохлорид 5% - 0,5мл; димедрол 1% - 0,5мл; адреналин гидрохлорид 0,1% - 0,3мл. На ингаляцию.
16. Атровент 1-2-3 вдоха.
Протео- и муколитическое действие.
17. Панкреатин -0,5; буферный фосфатный раствор (рН 5-7) - 50мл. На ингаляцию 3-5 мл.
18. Химопсин -0,25; буферный фосфатный раствор -20,2мл. На ингаляцию 3-5 мл.
19. Трипсин -10 мг (0,01); физиологический раствор хлорида натрия- 5,0 мл на 1 ингаляцию.
20. Лидаза- 16 ЕД; физиологический раствор хлорида натрия -4,0 мл на 1 ингаляцию.
21. Панкреатин -0,25 и бикарбонат натрия -2% - 2-4,0 мл на 1 ингаляцию.
22. Дезоксирибонуклеаза- 5-7 мг; раствор магния сульфата- 0,036% - 2,0 мл на 1 ингаляцию.
23. Фибринолизин 300 ЕД в 4-5,0мл физиологического раствора хлорида натрия на ингаляцию.
24. Ацетил-цистеин 10-20% раствор 3-5 мл на ингаляцию.
25. Калий йодит- 4,0; зуфиллин-2,0; эфедрин гидрохлорид- 0,2; дистиллированная вода -200,0 мл. На ингаляцию 5-10 мл.
26. Двууглекислый натрий- 1,0; иодит натрия- 0,25; бура -1,0; дистиллированная вода- 100,0 мл. На ингаляцию 25-50 мл.
27. Перекись водорода 3% -10,0; глицерин-2,0; физиологический раствор хлорида натрия -70,0 мл. На ингаляцию 25-50 мл.
28. Террилитин 200 ПЕ; физиологический раствор 5-8 мл. На ингаляцию 2-2,5мл.
Противовоспалительное действие.
29. Сульфаниламидные препараты: норсульфазол 5-10%; альбucid 20%; этазол 5-10%; бисептол 5-10%; 5-10мл на ингаляцию.
30. Диоксидин 1% (ампулированный) в разведении 1:4, 1:2 с физиологическим раствором 4-5мл на ингаляцию.
31. Димексид 20% 1- 2мл; димедрол 1% - 0,5мл; вода дистиллированная - 1-2 мл. На 1 ингаляцию.
32. Гидрокортизон -1,0мл (25мг); физиологический раствор - 9,0 мл. На 1 ингаляцию 3-5 мл.
33. Этоний 0,2% раствор (в физиологическом растворе) 4-5мл.
34. Настойка календулы-1,0мл; димедрол-0,025; эфедрин-0,025; аскорбиновая кислота-0,2; новокаин-0,5% - 5мл. На 1 ингаляцию.
35. Раствор хлорофиллипта 2% - 2,0мл; эфедрин 2,5% - 0,5 мл; масло персиковое - 3,0 мл. На 1 ингаляцию.
36. Сок каланхоэ-1,0 мл; физиологический раствор-4,0 мл. На 1 ингаляцию.
37. Активный антибиотик; эфедрин 3% - 1,0; физиологический раствор-5,0; глицерин чистый-1,0. На ингаляцию.
38. Метициллин-0,5-1,0; физиологический раствор -3,0-5,0; глицерин чистый 1,0. На ингаляцию.
39. Сульфаниламидные препараты: норсульфазол 5-10%; альбucid 20%; этазол 5%. На ингаляцию 5-10мл.
40. Спиртовой раствор хлорфиллипта-0,1; эфедрин 5% - 0,5; глицерин-0,5; раствор глюкозы 5% - 8,0. На ингаляцию 3-5 мл.
- Гормональные и антигистаминные аэрозоли.*
41. Диазолин-0,05; эфедрин-0,025; раствор новокаина 0,25% - 3,0. На ингаляцию.
42. Гидрокортизон-0,025; диазолин-0,05; аскорбиновая кислота-0,2; физиологический раствор-50,0. На ингаляцию 3-5 мл.
43. Гидрокортизон-0,025; диазолин-0,05; эфедрин-0,025; физиологический раствор-50,0. На ингаляцию 3-5 мл.
44. Активный антибиотик; норсульфазол-0,25; диазолин-0,05; эфедрин-0,012; аскорбиновая кислота-0,2; сахар-0,25; физиологический раствор-50,0. На ингаляцию 3-5 мл.
45. Гидрокортизон -0,5; алоэ-5,0; глюкоза 5% - 5,0; физиологический раствор-3,0. На ингаляцию.
46. Натрий двууглекислый (сода)-2,0мл; натрий хлористый (соль)-1мл; дистиллированная вода-100,0 мл. На ингаляцию 25-50мл.

47. Натрий двууглекислый-1,0 мл; натрий йодистый-0,25мл; бура-1,0 мл; дистиллированная вода-100,0 мл. На ингаляцию 25-50мл.

48. Натрий хлористый-8,5; калий хлористый, кальций хлористый, натрий двууглекислый по-0,2; глюкоза-1,0 мл; дистиллированная вода-100,0. На ингаляцию 25-50мл.

49. Перекись водорода 3% - 10,0; глицерин-20,0; физиологический раствор-70,0 мл. На ингаляцию 25-50 мл.

50. Бура, хлористый натрий, эфедрин по-1,0; новокаин, натрий двууглекислый по-2,0; дистиллированная вода-100,0. На ингаляцию 25-50мл.

51. Натрий бром-0,03; натрий бикарбонат-0,07; магnezия серноокислая-1,12; калий хлористый-0,25; натрий хлористый-9,0; дистиллированная вода 200,0. На ингаляцию 25-50 мл.

52. Сероводород-100мг; дистиллированная вода-1000,0 хранить в посуде с притертой пробкой. На ингаляцию 25-30 мл.

53. Натрий хлористый-8,5; калий хлористый-0,2; кальций хлористый-0,2; натрий бикарбонат-0,2; глюкоза-1,0; дистиллированная вода-1000,0. На ингаляцию 25-100 мл.

54. Натрия хлорид-8,0; калия хлорид-0,2; кальция хлорид-0,2; натрия бикарбонат-0,2; дистиллированная вода-100,0. На ингаляцию .

55. Настойка травы термопсиса-1,0-250; нашатырно-анисовые капли -5,0; натрия бикарбонат-5,0. На ингаляцию 50-100 мл.

56. Настойка корня алтея-0,5-300,0; натрия бикарбонат-1,0; натрия бензоат-1,0. На ингаляцию 15-30 мл..

57. Калий йодистый-0,25; натрий бикарбонат-1,0; натрий борнокислый-1,0; кодеина фосфат.-0,05; дистиллированная вода-100,0. На ингаляцию 15-30 мл.

Для тепло-влажных ингаляций можно также применять отвары и настои из лекарственных трав, которые соответствуют прописям отваров и настоев для внутреннего применения.

Антисептики.

58. Риванол 0,05-0,1% 3-5мл на ингаляцию.

59. Перекись водорода 3% 3-5мл на ингаляцию.

60. Фурациллин 0,02% 3-5мл на ингаляцию.

Биогенные стимуляторы, витамины.

61. Алоэ-1,0; новокаин 0,5% - 5мл. На ингаляцию.

62. Алоэ-0,2-0,3мл; гидрокортизон- 0,5 (12,5мг); глюкоза 5% 4-5мл. На ингаляцию.

63. Прополис 5% спиртовой раствор, дистиллированная вода по 10мл; масло шиповника (персиковое, облепихи) - 5мл. На 1 ингаляцию.

64. Никотиновая кислота 1% - 0,3; физиологический раствор-5мл. На 1 ингаляцию.

65. Аскорбиновая кислота-0,2; никотиновая кислота-0,03; витамин В1-0,01; эфедрин, димедрол по 0,025; новокаин 0,5% - 5,0. На 1 ингаляцию.

66. Аскорбиновая кислота-0,2; рутин-0,02; никотиновая кислота-0,03; рибофлавин-0,005; новокаин 0,5% - 3мл; дистиллированная вода-5мл. На ингаляцию.

67. Витамин А-0,3 (200000 МЕ); новокаин 0,5% - 1мл; масло персиковое-4 мл. На 1 ингаляцию.

68. Галаскорбин 0,1% раствор 3-5мл.

69. Биосед 0,5-1мл; физиологический раствор 4-5 мл. На 1 ингаляцию.

70. Гумизоль 0,1% раствор (в ампулах) 2-4 мл. На 1 ингаляцию.

71. Аскорбиновая кислота-0,2; никотиновая кислота-0,03; витамин В1-0,01; эфедрин 5% - 0,5; димедрол-0,005; новокаин 0,5% - 5,0. На ингаляцию.

Лечебные масла.

72. Ментол-1,5; камфора-5,0; эвкалиптовое масло-1,0; рыбий жир-25,0; персиковое масло-75,0. На ингаляцию 2-3мл.

73. Ментол-0,5; салол-5,0; персиковое масло- 50,0 На ингаляцию 2-3мл.

74. Ментол-0,3; эвкалиптовое масло-0,5; салол-0,5; глицерин-50,0; рыбий жир-50,0. На ингаляцию 2-3мл.

75. Калий йодистый-0,7; йод чистый-0,07; глицерин-10,0; вазелиновое масло-10,0. На ингаляцию 2-3мл.

76. Эвкалиптовое масло-3,0; ментол-0,8; терпентинное масло-5,0; вазелиновое масло-50,0. На ингаляцию 2-3мл.

77. Ментоловое масло 0,5% - 10,0. На ингаляцию 2-3мл.

Вода для ингаляций

78. Натрий бром-0,03; натрий бикарбонат-0,07; магнезия сернокислая-1,12; калий хлористый-0,25; натрий хлористый-9,0; дистиллированная вода 2000,0. На ингаляцию 50-100мл.

79. Натрий хлористый-8,5; калий хлористый-0,2; кальций хлористый-0,2; натрий бикарбонат-0,2; глюкоза-1,0; дистиллированная вода -1000,0. На ингаляцию 50-100мл.

80. Сероводород-100мг; дистиллированная вода-1000,0 (хранить в посуде с притертой пробкой). На ингаляцию 50мл.

Сухие аэрозоли.

81. Активный антибиотик; норсульфазол-0,25; димедрол-0,025; эфедрин-0,012; сахара лактат-0,16. На ингаляцию.

82. Оксациллин-0,025; норсульфазол-0,25; димедрол-0,025; сахара лактат-0,19. На ингаляцию.

Примечание: Перечисленные лекарственные смеси можно использовать с лечебно-профилактической целью у больных с предастмой и легкой астмой; у больных со среднетяжелой формой БА предпочтительнее использовать высокоэффективные противоастматические средства в виде ИДА.


Ориентировочная схема дозирования физических факторов у детей и взрослых

Возраст ребенка	Гальванизация и лек.ЭФ				СМТ-терапия, СМТ-ЭФ					Общее УФО	УФО-губус		Индуктотермия		
	Площадь проклад.(см²)	Время (мин)	Плотность тока (мА/см²)	Курс лечения	Выпрямлен. режим		Переменный режим		Курс лечения		Биодоза	Курс лечения	Мощность (с.т. анодного в мА)	Время (мин)	Курс лечения
					Плотность тока (мА/ см²)	Время (мин)	Плотность тока (мА/см²)	Время (мин)							
до 1 года	30-40	4-6	0-0,1	4-5											
от 1 до 2-х лет	50	5-6	0,01	4-6	0,02	4-6	0,03	4-6	4-5						
от 2 до 3-х лет	50-60	6-7	0,02	5-7	0,02- 0,03	4-6	0,04	4-6	5-6	По общепринятым схемам с определением индивидуальной биодозы	От 1/8 - 1/4 до 1 биодозы через день				
от 3 до 7 лет	50-70	6-8	0,02	5-8	0,02- 0,03	5-7	0,05	5-6	6-7		От 1/8-1/4 до 1/5 биодоз через день	с 5 лет			
от 7 до 14 лет	70-100	8-10	0,03	5-10	0,03- 0,04	5-8	0,06	5-8	6-8		I ступ.	5-6	6-7		
свыше 14 лет	80-120	10-12	0,03	8-10	0,04	6-8	0,06- 0,08	6-8	6-8	II-III ступ.	6-8	6-10			
										От 1/4 до 1,5 биодоз через день или ежедн.	I-II-III ступ.	6-8	6-10		
										От 1/4 до 2-х биодоз через день или ежедн.	I-II-III ступ.	8-10	8-10		

УВЧ-терапия			ПсМП УВЧ (ЭВТ-1)			СМВ - терапия			ДМВ - терапия			Магнитное поле			УЗ -терапия		
Мощность (Вт)	Время (мин)	Курс лечения	Мощность (Вт)	Время (мин)	Курс лечения	Мощность (Вт)	Время (мин)	Курс лечения	Мощность (Вт)	Время (мин)	Курс лечения	Мощность (мТл)	Время (мин)	Курс лечения	Мощность (Вт/см ² , рел.имп.)	Время на 1 поле в мин	Курс лечения
			10 - 15 Вт	4-5	3-5												
				5-6	3-5	1-2	3-4	3-5	1,5-2	4-5	3-5						
до 5	4-5	4-5		5-6	4-6	1-2	3-4	3-5	2-3	4-6	4-6						
до 5	4-6	4-6		5-6	4-6	2-3	4-5	4-6	2-4	4-8	5-7	С 5 лет					
5-15	4-7	4-7		5-8	4-7	2-4	4-5	4-7	4-8	6-8	5-8	9 I ступ.	5-8	5-6	0,05	1-2	4-5
												13,5 II ступ.	5-10	6-8	0,1	2-3	5-6
15-20	5-7	5-8 редко до 10		5-8	5-7	4-5	4-5	4-7	4-8	6-8	5-8	20 III ступ.	6-10	6-8	0,1-0,2	2-3	5-7

Примечание автора: 1) при лечении взрослых физические параметры незначительно увеличиваются по сравнению со старшей возрастной группой детей; 2) при лечении хирургических заболеваний у детей и взрослых длительность курса физиотерапии может быть увеличена в 1,5-2 раза.

Таблица комбинирования и сочетания совместимых физических факторов

№ П/п		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
	Физические факторы																						
1.	Ингаляция	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2.	Гальван. и лекс. ЭФ	+	+	-	-	-	±	±	±	±	±	±	-	±	±	+	+	-	-	+	+	+	+
3.	ЭС	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+	±
4.	СМТ, ДДТ	+	+	-	+	-	±	-	±	±	±	±	-	±	±	±	±	±	-	+	+	±	+
5.	Дарсонвализация	+	±	-	±	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-
6.	ТНЧ	+	±	-	±	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	±	-	-	-	+	+	-
7.	ПеМПВЧ	+	±	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	±	-	-	±	+	+	-
8.	Эп. УВЧ	+	±	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	±	-	-	±	+	+	-
9.	ПеМПУВЧ	+	±	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	±	-	-	±	+	+	-
10.	ДМВ	+	±	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	±	-	-	±	+	+	-
11.	СМВ	+	±	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	±	-	-	±	+	+	-
12.	КВЧ-терапия, МРТ	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-
13.	ПМП, Пе МПн.ч.	+	±	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	±	-	-	±	+	+	±
14.	УЗ-терапия и УФФ	+	±	-	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	±	-	-	±	+	+	-
15.	ИК-излучение	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-
16.	УФО - общее	+	+	±	+	-	±	±	±	±	±	±	-	±	±	-	+	-	-	+	+	+	-
17.	УФО - эритема	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-
18.	Лазеротерапия	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	+	-
19.	Лечебные грязи	+	+	-	+	-	-	±	±	±	±	±	-	±	±	-	±	±	-	+	+	+	-
20.	Аэроионотерапия	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
21.	Массаж	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	±
22.	Парафинолечение	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	±
23.	СО ₂ -ванны	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-
24.	Н ₂ S-ванны	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-
25.	Спелеотерапия	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	±	+	+	+	+	+

Примечание. + Процедуры, которые можно проводить в один день.

? Процедуры условно совместимые, подходят к назначению индивидуально в зависимости от состояния ребенка.

- Процедуры не совместимые в один день.

Примерные схемы общих ультрафиолетовых облучений у детей (биодоза на расстоянии 100 см – 2 минуты)

Про- еду- ры	Основная		Замедленная (шалящая)		Ускоренная	
	Количе- ство биодоз	Длитель- ность облу- чения пе- редней и задней по- верхности тела	Количе- ство биодоз	Длитель- ность облу- чения пе- редней и задней по- верхности тела	Количе- ство биодоз	Длитель- ность облучения передней и задней по- верхности тела
1	1/4	30с	1/8	15с	1/4	30с
2	1/4	30с	1/8	15с	2/4	60с
3	2/4	1мин	2/8	30с	3/4	1мин30с
4	2/4	1мин	2/8	30с	1	2мин
5	3/4	1мин30с	3/8	45с	1 ¼	2мин30с
6	3/4	1мин30с	3/8	45с	1 ½	3мин
7	1	2мин	4/8	1мин	1 ¾	3мин30с
8	1	2мин	4/8	1мин	2	4мин
9	1 ¼	2мин30с	5/8	1мин15с	2 ¼	4мин30с
10	1 ¼	2мин30с	5/8	1мин15с	2 ½	5мин
11	1 ½	3мин	6/8	1мин30с	2 ¾	5мин30с
12	1 ½	3мин	6/8	1мин30с	2 ¾	5мин30с
13	1 ¾	3мин30с	7/8	1мин45с		
14	1 ¾	3мин30с	7/8	1мин45с		
15	2	4мин	1	2мин		
16	2	4мин	1	2мин		
17			1 1/8	2мин15с		
18			1 1/8	2мин15с		
19			1 2/8	2мин30с		
20			1 2/8	2мин30с		
21			1 3/8	2мин45с		
22			1 3/8	2мин45с		
23			1 4/8	3мин		
24			1 4/8	3мин		

Примерные схемы общих ультрафиолетовых облучений у взрослых

Процедуры №	Схемы					
	Основная		Замедленная		Ускоренная	
	Биодоза	Расстояние от лампы до кожной поверхности (см)	Биодоза	Расстояние от лампы до кожной поверхности (см)	Биодоза	Расстояние от лампы до кожной поверхности (см)
1	¼	100	1/8	100	1/2	100
2	¼	100	2/8	—	—	—
3	2/4	—	3/8	—	1	—
4	2/4	—	4/8	—	1	—
5	¾	—	5/8	—	1 ½	—
6	¾	—	6/8	—	1 ½	—
7	1	—	7/8	—	2	—
8	1	—	1	—	2	—
9	1 ¼	—	1 1/8	—	2 ½	—
10	1 ¼	—	1 2/8	—	2 ½	—
11	1 ½	—	1 3/8	—	3	75
12	2	—	1 4/8	—	3	75
13	2	—	1 5/8	—	3 ½	75
14	2 ¼	—	1 6/8	—	3 ½	75
15	2 ¼	—	1 7/8	—	4	75
16	3	75	2	—	4	100
17	3	75	2 1/8	—		
18	3	75	2 2/8	—		
19	3	75	2 3/8	—		
20	3	75	2 1/2	—		
Всего 20-24 процедуры		Последующие процедуры в той же дозировке на курс до 28 процедур			Всего 16-17 процедур	

Календарь сбора лекарственных растений

Растения	Собираемые части	Время сбора	Место сбора
I	II	III	IV
Адонис (горичвет весенний)	трава	май-август	опушки, лесные поляны
Айва обыкновенная	плоды, семена	август-сентябрь	плодовое растение
Аир болотный	трава	июль-август	огороды, поля
Алтей лекарственный	корни	март-май, сентябрь-ноябрь	влажные луга, заросли кустарников, по берегам водосмов
Анис обыкновенный	плоды	август	культурное растение
Аралия манчжурская	корни	сентябрь-ноябрь	подлески смешанных и хвойных лесов, на прогалинах и опушках
Арника горная	цветочные корзинки, корни	июнь-июль, сентябрь	на высокогорных лугах и полянах Карпат и в Прибалтике
Арония Черноплодная (рябина черноплодная)	плоды	сентябрь	культурное растение
Алоэ древовидное	Листья	в течение года, лучше осенью	культивируется в Закавказье и Средней Азии, домашняя культура
Астрагал шестистроцветковый	Трава	июнь-июль	степная, лесостепная зоны, склоны балок и речных долин
Багульник болотный	облиственные ветви	май-июнь	торфяные болота
Барбарис обыкновенный	корни, плоды	май-октябрь	лесостепные и степные районы
Бедренец камнеломка	корни	май-октябрь	на лугах, обочинах дорог, пустырях, опушках
Белладонна, красавка	трава, стебли	в период цветения август-сентябрь	культивируемая культура, в естественных условиях - горные районы Крыма, Кавказа, Закарпатной Украины
Береза повислая	почки, Листья	январь-март, апрель-май	лесостепная и степная зоны, посадки
Боярышник кроваво-красный	цветки, плоды	май (цветки), август (плоды)	берега рек, леса
Брусника обыкновенная	листья	апрель-май	хвойные леса
Бузина черная	соцветия, плоды	май-июль, август-сентябрь	хвойные и лиственные леса
Валериана лекарственная	корни, корневища	август-сентябрь	лесные луга, берега рек
Василек синий	цветки	июль	в посевях ржи
Вахта трехлистная	листья	май-июль	травянистые болота, заболоченные берега рек
Валека (кизлятник лекарственный)	трава	июнь-август	опушки лесов, заросли луга
Вереск обыкновенный	трава	июль-сентябрь	в сосновых лесах, на их опушках, полянах
Водяной перец (горец перечный)	трава	июль-август	берега рек, озер
Горец почечуйный	трава	июль-сентябрь	поля, пустыри

Горец птичий (спорыш)	трава
Горец змеиный	корневища
Горечавка желтая	корни
Горчица сарепская	семена
Грыжник сладкий	трава
Девясил высокий	корни, корневища
Донник лекарственный	трава
Дуб обыкновенный	кора
Душина обыкновенная	трава
Дягиль лекарственный	корни
Костер слабительный	плоды
Заманиха высокая	корневища с корнями
Зверобой продырявленный	трава
Золотарник обыкновенный или	трава
Золотая роза	
Золотой корень (родиола розовая)	корневища и корни
Золототысячник	трава
Земляника лесная	плоды, листья
Ива белая или ветла	кора
Истод сибирский	корни
Календула лиственная (ногти)\	соцветия
Кассия остролистная (александрйский лист)	листья
Кориандр посевной	плоды
Коровяк	венчики цветков
Крапива двудомная	листья
Кровохлебка лекарственная	корневища
Крушина ломкая (ольховидная)	кора
Кукуруза обыкновенная	кукурузные рыльца
Ландыш майский	цветки, листья
Левзея софлорифидная	корневища с корнями
Липа сердцевидная	цветки
Лопух большой	корни

июль-октябрь
апрель, август-сентябрь
сентябрь-октябрь
июнь
май-август
март-апрель, сентябрь-октябрь

июль-август
март-апрель
июль-август
май-сентябрь
сентябрь
сентябрь-октябрь
июль-август
сентябрь-сентябрь

сентябрь-октябрь

июль-август
июль-июль
апрель-июль
август-сентябрь

июль-сентябрь
июль-сентябрь

июль-август
июль-август
май-сентябрь
сентябрь
апрель-май
в фазе молодой спелости
початков
май-июнь
август-сентябрь

июнь
май-сентябрь

близ жилья, дорог, на выгонах

на субальпийских лугах
культивируемое растение
вдоль дорог, на пустырях, прибрежных лесах
высокотравные луга, лесные поляны, заросли ку-
старников

на пустырях, возле культурных посадок
лесная, лесостепные зоны
на пустырях, возле культурных посадок
лесостепные зоны
заросли, кустарники
в горах южной части Приморья
поля
в лесах, на опушках, вырубках, лугах

на галечниках, скалах, по берегам горных водо-
емов, в тундре
на заливных лугах, по берегам рек, озер
лесные, степные сенокосы
по долинам рек, в сырых лесах
на Дальнем Востоке, на гонных каменистых скло-
нах
леса, холмистые склоны, сады
в Южном Казахстане, Туркмении

культивируемое растение
на лугах, опушках лесов, ж/д, насыпях
огороды, пустыри
пойменные и суходольные луга
кустарник, долины рек
культивируемое растение

в лесах, на опушках, полянах, в лесных оврагах,
субальпийские и альпийские луга, культивируе-
мое растение
лиственные леса
огороды, пустыри

Любисток лекарственный
 Мальва лесная
 Мать-и-мачеха
 Мелисса обыкновенная
 Можжевельник обыкновенный
 Мята перечная
 Овес посевной
 Одуванчик лекарственный
 Ольха серая
 Омела белая
 Пастушья сумка
 Почечный чай
 Пустырник пятилопастный
 Пырей ползучий
 Первоцвет весенний

корни
 цветки, реже листья
 цветки, листья
 листья
 шишко-ягоды
 трава
 солома, зерна
 трава, корни
 шишки
 листья
 трава
 листья, флешн
 трава
 корневища
 листья, корни

Пассифлора инкарнатная
 Ромашка аптечная
 Рябина обыкновенная
 Синюха голубая

трава
 цветки
 цветки, плоды
 корневища с корнями

Солодка голая
 Сосна лесная
 Стальник посевной
 Сушеница болотная
 Тимьян обыкновенный
 Тмин обыкновенный
 Толокнянка обыкновенная
 Тысячелистник обыкновенный
 Фасоль обыкновенная
 Фенхель обыкновенный
 Фиалка трехцветная
 Хвощ полевой
 Хмель обыкновенный

корневища
 хвоя, почки
 корни
 трава
 листья
 трава
 листья
 трава
 створки стручков
 плоды
 трава
 трава
 шишки

Цикорий обыкновенный

трава, корни

сентябрь-октябрь	культивируемое растение
май-июнь	в садах, в зоне поливного земледелия
май-август	сырые места
июль-июнь-октябрь	в лесах, на опушках, в тенистых ущельях
июнь	сосновые леса
июнь-октябрь	сырые луга
июнь	культивируемое растение
май-сентябрь	поля, луга, огороды, вдоль дороги
сентябрь-февраль	сырые леса
март-август	на ветвях плодовых деревьев
май-сентябрь	необработываемые участки земли, пустыри
июль-август	культивируемое растение
июль	холмистые склоны, пустыри
июль-сентябрь	луга, поля, огороды, сады
май-сентябрь	в лесной зоне, на лесных опушках, полянах, лугах, склонах
	Аджария, США, Бермуды, Бразилия
июль-август	поляны, огороды
май-август	леса
август-сентябрь	в лесной и лесостепной зонах, на опушках, полянах
май-сентябрь	степные луга
май-август	сосновые леса
сентябрь-октябрь	на сырых лугах, берегах рек, окраинах болот
июль-август	сырые леса
июль-июль	культивируемое растение
июль-октябрь	луга, вдоль дорог, поля
июль-август	сосновые леса, лесотундра
июль-август	луга, поляны
август-сентябрь	культивируемое растение
июль-сентябрь	на сухих каменистых склонах
июль-август	залежи, леса
май-сентябрь	поля, залежи, луга
июль-сентябрь	в зарослях кустарников, оврагах, по берегам рек, культивируемое растение
июль-август, сентябрь-октябрь	на лугах, лесных полянах, опушках

Цмин песчаный (бессмертник)	цветы
Чабец (тимьян ползучий)	трава
Черёда трезраздельная	трава
Черёмуха	цветки, плоды
Черника	листья, ягоды
Чистотел	трава
Шалфей лекарственный	листья
Шиповник коричневый	цветки, плоды
Шлемник байкальский	корни
Щавель конский	корень
Эвкалипт прутовидный	листья
Элеутерококк колючий	корни
Эфедра хвощевая (из надземной части растения производится эфедрин)	надземная часть

май-июнь	на сухих песчаных каменистых почвах
июнь-июль	суходольные луга
июль-август	берега рек, сырые луга
май-август	леса, берега рек
июль	осоновые леса
июнь-август	огороды, пустыри, лес
июнь-июль	культивируемое растение
июль-октябрь	леса, кустарники
сентябрь-октябрь	на щебнистых и каменистых почвах, в степях
сентябрь	сырые луга
ноябрь-февраль	культивируемое растение
сентябрь-октябрь	в лесах Дальнего Востока, на Сахалине, Приморье
июль-сентябрь	произрастает в Средней Азии и Восточном Тянь-Шане

ЛИТЕРАТУРА

- Адо А.Д., Федосеев Г.Б. К вопросу о развитии представлений о бронхиальной астме и ее классификации по А.Д.Адо и А.К.Булатову.//Тер.арх., 1984, №3, с. 11-15.
- Аллергические болезни у детей.//Под ред.проф.Студеникина М.Я. и проф. Соколовой Т.С. М.Медицина, 1986.
- Альманах психологических тестов. Под ред. Римские Р.Р. и С. А. М. "КСП", 1995, 400 с.
- Анохин П.К. Саморегуляция физиологических функций.//В кн.: П.К. Анохин. Узловые вопросы теории функциональных систем. М., 1980, с. 119-134.
- Балаболкин И.И. Механизмы развития БА у детей.//Педиатрия, 1979, №11, с.13-18.
- Белкин А.И. Психосоматические эффекты гормонов и ситуация// Клиническая психоэндокринология. Под ред. В.В. Ковалева. НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1985, с.5-15.
- Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия, М.-С.-Петербург, 1998г., 467 с.
- Варшавский В.М. Практическая гомеопатия.//М.Медицина, 1989, 112 с.
- Ващенко Т.Б., Поляк А.И. Об оценке функционального состояния системы цАМФ у больных инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы.//Проблемы этиологии, патогенеза, клиники и лечения бронхиальной астмы.//Под ред. Г.Б. Федосеева Л., 1981, с. 33-34.
- Винникот Д.В. Разговор с родителями.//М."Класс", 1994, 95 с.
- Владимиров Ю.А., Потаненко А.Я. Физико-химические основы фотобиологических процессов.// М.:Высшая школа, 1989, 199 с.
- Волков В.Т., Стрелус А.К. Бронхиальная астма.//Томск, 1996.
- Волков В.Т., Стрелус А.К. и др. Личность пациента и болезнь. //Томск, Сиб.мед.универс., 1995, 328 с.
- Ганеманн Самуил. Органон врачебного искусства.//М., Атлас, 1992.
- Герашенко С.Н. Основы лечебного применения электромагнитных полей микроволнового диапазона. // Киев: Радуга, 1997, 223 с.
- Гроф С. За пределами мозга. Изд.трансперсонального института., 1993, 498 с.
- Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений.//Л., Медицина, 1981, 216 с.
- Девятков Н.Д., Голанд Н.Б., Бедский О.В.Миллиметровые волны и их роль в процессах жизнедеятельности. - М.Радио и связь, 1991,168 с.
- Джугастрян В.Я., Нямцу Э.Т., Зеленка В.Д., Марченко Ю.Г. Энтеросорбция и лечебное голодание в терапии больных бронхиальной астмой.//Клин.мед., 1991, №4, с.54-56.
- Илларионов В.Е. Техника и методика процедур лазерной терапии. Москва, 1994, 189 с.
- Илларионов В.Е. Основы лазерной терапии. - М. "Респект" объединения "Инотех-Прогресс", 1992, 125 с.
- Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. Специальная литература. С.-Петербург, 1996, 453 с.
- Карпова Е.Ю. Человек будущего. Личность и социальная адаптация.//СПб, 1994, 189 с.
- Келер Г. Гомеопатия.//М.:Медицина, 1989, 585 с.
- Дэвид Киплер. Классические ролевые игры и психодрамма. //М."Класс", 1993, 222 с.
- Ковалева Н.Т. Лекарственные растения. М. Медицина, 1971г., 350 с.
- Козлов В.И., Буйлин В.А. и др. Основы лазерной физио- и рефлексотерапии.//Самфа-Киев, Изд. "Здоров'я", 1993, 216 с.
- Колесников Г.Ф. Электростимуляция нервно- мышечного аппарата. Киев. "Здоров'я", 1977, 177 с.
- Комарова Л.А., Егорова Г.И. Сочетанные методы аппаратной физиотерапии и бальнеотеплолечения. С.-Петербург, 1994, 240 с.
- Коротков К.Г. Эффект Кирлиан. СПб, 1955г., 215 с.
- Корнышев В.В. Питание и регулирующие системы организма. //М.:Медицина, 1985, 213 с.
- Крашениюк А.И. Крашениюк С.В. Труд- и йоготерапия как методы биоэнергетической коррекции состояния организма. В кн. Успехи трудологии и трудотерапии. Матер. IV научн.-практ. конф. Ассоциации трудологов России. Под ред. к.м.н. Крашениюка. Спб, 1994г., 14-16 с.
- Крылов А.А., Марченко В.А., Максютин Н.П., Мамчур Ф.И. Фитотерапия в комплексном лечении заболеваний внутренних органов.//Киев: Здоровья, 1991, 238 с.

Курицына (Крупнова) Л.К., Камзеев В.Д. Игнорефлексотерапия и физиотерапия больных шейным остеохондрозом и синдромом вегетодистонии. В кн. "Совершенствование профилактики, диагностики, лечения и реабилитации в практическом здравоохранении". Казань, 1990, с.105-107.

Крупнова Л.К., Шмакова М.А. Опыт лечения больных с затяжными формами неврозов в условиях санатория-профилактория. В кн. "Вопросы сан.-кур. лечения больных с заболеваниями нервной системы", Казань, 1992, с. 8-9.

Крупнова Л.К., Фазлеева Е.В. Лечение и реабилитация детей, больных бронхиальной астмой, методами традиционной и нетрадиционной медицины. Изд-во ИНИК ОАО КМПО. Казань, 1997, 535 с.

Курицына (Крупнова) Л.К. Состояние серотонинового обмена, газового и кислотно-щелочного гомеостаза у беременных и рожениц с сердечно-сосудистой патологией при применении электросна и электроанальгезии.//Автореферат дис. канд.мед.наук., Казань, 1979.

Курицына (Крупнова) Л.К. Корреляция между уровнем серотонина, газами крови, кислотно-основным равновесием, гемодинамикой у беременных с сердечно-сосудистой патологией.//Каз.мед.журн., 1979, №1, с.44-46.

Курицына (Крупнова) Л.К. Ингаляционная терапия.//Методические рекомендации., Казань, 1985.

Курицына (Крупнова) Л.К., Камзеев В.Д. Системный личностный подход к лечению больных, страдающих мигренью.//В кн. Совершенствование профилактики, диагностики, лечения и реабилитации в практическом здравоохранении.//Казань, 1990, с. 191-193.

Курицына (Крупнова) Л.К. Камзеев В.Д., Психотерапевтическая коррекция нарушения активного самоуправления при синдроме вегетодистонии.//Метод. реком., Казань, 1990.

Курицына (Крупнова) Л.К., Шмакова М.А., Ермакова Л.В. Опыт применения лазерной терапии при затяжных формах неврозов.//В кн. Международная конференция. Перспективные направления лазерной медицины, Москва-Одесса, 1992, с. 169-170.

Курицына (Крупнова) Л.К., В.Д. Камзеев. Вегетодистония.//Казань, 1992, 150 с.

Курицына (Крупнова) Л.К. Физиобальнеотерапевтические методы лечения ишемической болезни сердца. Метод реком. Казань, ГИДУВ, 1985.

Куприянов С.Ю., Системный подход к оценке роли нервно-психических факторов в развитии и лечении бронхиальной астмы.//ПГ - протогландин. Вестн.АМН, СССР, 1989, №2, с. 24-29.

Кьелл Рудестам. Групповая психотерапия.//Москва, "Прогресс" "Универс", 1993, 365 с.

Лечебная физическая культура при заболеваниях в детском возрасте. //Под ред. проф. Иванова С.М., М."Медицина, 1975, 319 с.

Лещинский А.Ф., Улащик В.С. Комплексное использование лекарственных средств и физических факторов при различной патологии. К., Здоровье, 1982г., 240 с.

Лобзин В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка.//Л., "Медицина", 1986, с. 277.

Александр Лоуэн. Физическая динамика структур характера.//М."Компания ПАНИ", 1996, 320 с.

Гаваа Лувсан. Очерки методов восточной рефлексотерапии.//Новосибирск, "Наука", 1991, 431 с.

Лотоцкий А.Ю., Николаева И.Н. Роль социально-психологических и личностных факторов в формировании нервно-психического механизма патогенеза преастмы.//В кн. Бронхиальная астма.//Под ред. Г.Б.Федосеева. Л., 1 ЛМИ им. акад. И.П. Павлова, 1989, с. 21-23.

Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крезер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача.//С.-Петербург, 1996, 255 с.

Лэндрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений.//М.межд.пед. акад., 1994, 358 с.

Максютина Н.П. Растительные лекарственные средства. К., Здоровье, 1985., 280 с.

Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. //Изд.Моск.ун-та, 1989, 187 с.

Миллиметровые волны нетепловой интенсивности в медицине. // Сборник докладов международного симпозиума. М.: ИРЭАН СССР, 1991, 759 с.

Обросов А.Н., Ясногородский В.Г. Применение энергии дециметровых волн в медицине., М., Медицина, 1980, 168 с.

Оранский И.Е. Природные лечебные факторы и биологические ритмы., М., Медицина, 1988, 286 с..

От эффекта Кирлиан к биоэлектрографии. Сборник из серии "Информация, сознание, жизнь", изд. "Ольга", 1998, 344 с.

Павловская-Хохлова О.В. Мироздание. Мир проявленный и непроявленный. М. 1998 г., 90 с.

Регуляция висцеральных функций: закономерности и механизмы. Под ред. Н.Н. Бехтерева. Л., Медицина, 1987, 255 с.

Ролик И.С., Самохин А.В., Фирсов С.Е. Справочник репрезентативных точек электропунктуры по Р.Фоллю.//Москва, 1991, 95 с.

Руководство по психотерапии. Под. ред. В.Е. Рожнова. Ташкент, Медицина, 1985, 719 с.

Руководство по физиотерапии и физиопрофилактике детских заболеваний.//Под ред. проф. Обросов А.Н., проф. Караченцевой Т.В., М. Медицина, 1989, 384 с.

Самохин А.В., Готовский Ю.В. Электропунктурная диагностика и терапия по методу Р.Фолля.//М. "Имедис", 1995.

Сборник методических рекомендаций и нормативных актов микроволновой резонансной терапии (МРТ). // Киев, 1992, 127 с.

Солдатов Д.Г. О роли респираторной вирусной инфекции в формировании гиперреактивности бронхов.//Тер. арх., 1990, с. 145-149.

Склярковский Л.Я., Губанов И.А. Лекарственные растения в быту. М., Росагропромиздат, 1989, 270 с.

Скурихина Л.А. Физические факторы в лечении и реабилитации больных заболеваниями сердечно-сосудистой системы. М., Медицина, 1979.

Соколов С.Я., Замотаев И.П. Справочник по лекарственным растениям. М., Металлургия, 1989, 370 с.

Солдатов Д.Г. О роли респираторной вирусной инфекции в формировании гиперреактивности бронхов. Тер. арх., 1990, с. 145-149.

Судаков К.В. Функциональные системы организма.//М.: медицина, 1987, 432 с.

Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии.//М. Медицина, 1982, 560 с.

Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л., Медицина, 1984, 192 с.

Терентьева Л.А., Розенфельд М.И. Лечебные минеральные воды. Рига, Звайгзне, 1980, 199 с.

Товстуха Е.С. Фитотерапия. К., Здоров'я, 1990, 304 с.

Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства.// М. "медицина", 1986, 382 с.

Улащик В.С. Введение в теоретические основы физической терапии. Минск: Наука и техника, 1981, 233 с.

Фазлеева Е.В., Курицына (Крупнова) Л.К. Профилактика и лечение вегетативно-сосудистой дистонии у подростков.//Тез. Респ. научн.-практ. конф.: Казань, 1995, с. 21-23.

Фазлеева Е.В. Психосоматический аспект в подготовке и организации занятий физической культурой в ВУЗе.//Материалы Регион. научн.-практ. конф.-Наб. Челны., 1997, с. 133-135.

Фазлеева Е.В., Крупнова Л.К. Новые подходы к диагностике, профилактике и лечению хронической патологии у детей с позиций традиционной и нетрадиционной медицины.// В кн.: Тезисы докладов VII-й международной научно-практической конференции "Традиционные и нетрадиционные методы оздоровления детей".//Смоленск. СГМА, 1998, с. 51-52.

Фазлеева Е.В. Некоторые аспекты профилактики психосоматических расстройств в детском возрасте. Материалы Всероссийск. науч.-практ. конф. "Актуальные проблемы валеологии и синаптологии". Наб. Челны, КГИФК, 1999, с. 15-19.

Фазлеева Е.В. Психокоррекция психологических нарушений у детей и подростков, больных бронхиальной астмой, в рамках занятий ЛФК. Метод рекоменд. Казань, КГПУ, 1999, 28 с.

Фазлеева Е.В. и Фазлеев Н.Ш. Использование методов йоги на занятиях ЛФК с учащимися разных возрастных групп. Метод, рекоменд. Казань, КГПУ, 1999, 19 с.

Федосеев Г.Б. Механизмы обструкции бронхов.//С.-Петербург: Мед. инф. агенство., 1995, с. 333.

Фрейд З. О клиническом психоанализе. М., Медицина, 1991, с. 288.

А. Фрейд. Введение в детский психоанализ. Психопатология детства и ее истоки.//СПБ ВЕИП, 1995.

Чучалин А.Г. Бронхиальная астма.//М. Медицина, 1985, с. 158.

Дж. С. Зверли, Р. Розенфельд. Стресс.//М. Медицина., 1985, с. 222.

Эйдемилер Э.Г. Методы семейной диагностики и психокоррекции.//СПБ. Фамира, 1996.

Эйдемилер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия.//П. "Медицина", 1990, 172.

Яковлев Н.Н. Живое и Среда. Молекулярные и функциональные основы приспособления организма к условиям среды. Л, Наука, 1986г., 175 с.

Ясногородский В.Г. Электротерапия М., Медицина, 1987г.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И КИТАЙСКИХ ТЕРМИНОВ.

АД- артериальное давление
АР- аллергический ренит
АТ- акупунктурная точка
АЦ- аденилциклаза
БА- бронхиальная астма
БАВ (ФАВ)- биологически (физиологически) активные вещества
БРТ- биорезонансная терапия
БС- биологическая система
ВЛОК- внутривенное лазерное облучение крови
ВСД- вегетососудистая дистония
ВЗЛ- воспалительное забол. легких
ВЧ- высокая частота
ГБ- гипертоническая болезнь
ГКС-глюкокортикостероиды
ГРБ – гиперреактивность бронхов
ГТ- гальванический ток
ГЦ- гуанилатциклаза
ГНЛ- гелий неоновый лазер
ДМВ- дециметроволновая терапия
ЖЕЛ- жизненная емкость легких
Ж.к.т.- желудочно-кишечный тракт
ИБС- ишемическая болезнь сердца
ИВТ- информационно-волновая терапия
ИДА- ингаляция дозирован. аэрозоля
ИРТ- иглорефлексотерапия
ИНЬ- философская категория "женское начало"
ИТ- ингаляционная терапия
КИТ-контрольно-измерительная точка
КОР- кислотно-основное равновесие
ЛИ- лазерное излучение
ЛПНП- липопротеиды низкой плотности
ЛПОНП- липопротеиды очень низкой плотности
ЛТС - лейкотриены (ЛТС 4, ЛТД 4, ЛТВ 4)
ЛО- сосуды тела, связывающая точка, коллатераль
МАО- моноаминоксидаза
МОК- минутный объем кровообращения
МПВ- мощность потока выхода
МП- магнитное поле
МРТ- микроволновая резонансная терапия
НАНХ - система – не адремергическая нехолинергическая система
НПВП- нестероидные противовоспалительные препараты
ОРВИ- острая респираторная вирусная инфекция

ОПСС- общее периферическое сопротивление сосудов
5-ОТ – 5- окситриптофан- серотонин
5-ОИУК – 5- оксииндолюксусная кислота
ОФВ 1-объем форсированного выхода- за 1 с
ПГ- простагландин (ПГЕ, ПГЕ2, ПГД2)
ПЖ- поджелудочная железа
ПОЛ- перекисное окисление липидов
ПСВ- показатель скорости выхода
ППЭ- плотность потока энергии
РДТ- разгрузочно-диетическая терапия
РЭС- ретикулоэндотелиальная система
САС- симпато-адреналовая система
СВЧ- сверхвысокая частота
СИТ- специфическая иммунотерапия
СМТ- синусоидальные модулирован. токи
СОД- супероксиддисмутаза
УВЧ- ультравысокая частота
УЗ- ультразвук
УФФ- ультрафонофорез
ФЖЕЛ- форсированная жизненная емкость легких
ФДЭ- фосфодиэстераза
ФК- функциональный класс
ФТ- физиотерапия
цАМФ- циклич. 3'5' - аденозин монофосфат
цГМФ- циклич. 3'5' - гуанозин монофосфат
ЦЗАН- паренхиматозный орган
ЦЗАН-ФУ- внутренние органы человека
ЦЗИН-ЛО- система главных каналов и сосудов тела
ЧД- частота дыхания
ЧИ- жизненная энергия
ЧСС- частота сердечных сокращений
ЭКГ- электрокардиограмма
ЭЛОК- экстракорпоральное облучение крови
ЭМВ- электромагнитные волны
ЭМИ- электромагнитное излучение
ЭМП- электромагнитное поле
ЭП- электрические параметры
ЭАП- электроакупунктура
ЭПДФ- электроакупунктурная диагностика по методу Р.Фолля
ЭС- электросон
ЭФ- электрофорез
ЭЭГ- электроэнцефалография
ЯН- философская категория "мужское начало"

АВТОРЫ КНИГИ



Крупнова (Курицына) Лидия Константиновна – врач физиотерапевт высшей квалификационной категории, владеющий методами традиционной медицины, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры реабилитации и спортивной медицины Казанской государственной медицинской академии, автор 2 монографий, 8 методических рекомендаций и более 40 научных публикаций.



Фазлеева Елена Вячеславовна – кандидат педагогических наук, доцент кафедры физического воспитания Казанского государственного педагогического университета, автор одной монографии, 12 научных работ и 4 методических рекомендаций, в основном посвященных проблеме физической и психологической реабилитации подростков и юношества.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

*Печатается по решению Ученого совета
Казанской государственной медицинской академии*

Л. К. КРУПНОВА, Е. В. ФАЗЛЕЕВА
РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

***Избранные вопросы немедикаментозной терапии.
Подход Востока и Запада к лечебному процессу.***

Отпечатано с оригинал-макета. Формат 60 × 90¹⁶. Печать офсетная. Усл. п. л
Уч.-изд. л. 51,7. Тираж 1000 экз. Заказ К-261.

Лицензия № 182 от 04.04.97.
Министерства информации и печати Республики Татарстан.

ГУП «Полиграфическо-издательский комбинат»
420503. г. Казань, ул. Баумана, 19.