

**ОТКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
ХОЛДИНГ «ЭДАС»**

**ТЕОРЕТИЧЕСКО-ПРАКТИЧЕСКИЕ
аспекты системы интегративной медицины
«ПРИРОДНЫЙ ДОКТОР»**

Россия-Москва

2012 г.

ВВЕДЕНИЕ: ЛЕЧИТЬ ПО ГИППОКРАТУ

Человечество находится в поиске эффективных методов лечения и профилактики заболеваний, но, к сожалению, до сих пор отсутствуют медицинские методики, которые позволили бы лечить быстро, эффективно, безопасно (без побочных действий препаратов), без хронизации заболеваний, привыкания и «синдрома отмены».

Для обеспечения оптимальности системы здравоохранения и перехода на новый качественный уровень ее развития необходимо проведение профессиональной экспертизы используемых стандартов лечения и препаратов, базирующейся на основе современных достижений медицинской науки и практики.

Современная медицина, устраняющая в основном следствия, недостаточно занимается искоренением причин заболеваний, что ведет к их хронизации. К этому следует добавить недостаточный уровень индивидуализации лечения с учетом особенностей пациента, что сводится на практике к лечению болезни, а не больного.

Чтобы ответить на банальный вопрос ЧТО ДЕЛАТЬ, необходимо обратиться к истокам.

По ГИППОКРАТУ: эффективное лечение организма обеспечивается путём комплексного двуединого воздействия на организм:

- по принципу противоположности (метод аллопатии), когда воздействие в основном направлено на устранение симптомов (температура, кашель, боль и т.п.) заболеваний;

- по принципу подобия (метод гомеопатии), когда воздействие направлено на устранение многофакторных причин заболевания.

Игнорирование двуединого подхода Гиппократ в конечном итоге привело к системному кризису всей мировой медицины и одновременно к необходимости поиска выхода из создавшейся ситуации. Не случайно в системе здравоохранения ряда развитых стран Европы и Америки в последние десятилетия возникла тенденция к объединению в лечении и профилактике двуединого воздействия на организм, путем интеграции различных, но совместимых между собой и организмом научных методов.

Многолетние исследования в ведущих клиниках России показали следующие преимущества интегративного подхода:

- сокращение суточной и курсовой дозы аллопатических препаратов;
- уменьшение риска побочных действий;
- снижение опасности лекарственной зависимости и «синдрома отмены»;
- повышение эффективности, сокращение сроков и стоимости лечения.

При этом реализация интегративных схем лечения острых и хронических заболеваний диктует необходимость учитывать особенности экологии среды места проживания и индивидуальные особенности организма.

Совместное использование аллопатических (химических) и гомеопатических (натуральных) комплексов в интегративных схемах лечения позволяет не только поднять эффективность лечения, но и за счёт гомеопатической составляющей нейтрализовать ряд побочных действий химических препаратов. При этом снижается разовая и курсовая доза аллопатических средств, ускоряется срок наступления ремиссии, соответственно, снижается стоимость курсовой терапии.

Случаи непереносимости отдельных химических препаратов, аллергические и иные осложнения при их длительном, а иногда и однократном применении, растущая резистентность к лечению привычными аллопатическими средствами вынуждает к поиску их замены на безопасные, но столь же эффективные препараты. Многолетний практический опыт и клинические исследования позволили обнаружить, что гомеопатические комплексные препараты компании «ЭДАС» могут быть адекватной и полноценной заменой для ряда фитотерапевтических средств.

В процессе подготовки проведения исследований, рекомендованные стандартом и используемые в лечебной практике фармакотерапевтические и препараты «ЭДАС» проверялись на совместимость модифицированным методом электропунктурной диагностики с медикаментозным тестированием. Совместимость разных препаратов в интегративной схеме оказывает дополнительное положительное влияние на повышение эффективности и, соответственно, снижение сроков и стоимости лечения.

Использование интегративных схем лечения особенно актуально для больных, обреченных

на постоянный приём лекарств. Так, снижение функций щитовидной, поджелудочной и других желез, возрастное уменьшение эректильной способности у мужчин вынуждают пациентов постоянно употреблять гормональные, ферментативные и/или стимулирующие химические препараты. Такая терапия неизбежно приводит к изменениям эндокринной, сердечно-сосудистой, иммунной и других систем.

Адекватно подобранная индивидуальная схема совместного применения химических препаратов с соответствующим натуральными гомеопатическими комплексами «ЭДАС» позволяет не только снизить дозы гормональных и ферментативных лекарств, но в ряде случаев перейти на их сокращенный приём, а иногда полностью отказаться от этой лекарственной терапии. Такие схемы широко используются в лечении гипотиреоза, сахарного диабета II типа, воспалительных и возрастных заболеваний половой сферы, при избыточном весе и т.д.

Однако существующее в ортодоксальной медицине необоснованно негативное отношение к гомеопатии и различным нелекарственным методам, требует аргументированного освещения возможностей интегративной медицины с учетом последних достижений науки.

ГЛАВА I.

АЛЛОПАТИЯ И ГОМЕОПАТИЯ – БАЗОВЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Natura sanat, medicus curat
(Гиппократ)

Ятрогении и методы неконвенциональной терапии

В настоящее время в медицине формируется новая парадигма. Если долгие годы в диагностике и лечении больных методы ортодоксальной (академической) медицины и методы так называемой неконвенциональной медицины шли параллельно, то сегодня можно говорить о тенденциях к их сближению, сочетанию и интеграции.

Согласно концепции, предложенной Британской медицинской ассоциацией (ВМА) в 1993 году, к неконвенциональной медицине относят «те формы лечения, которые нешироко используются в ортодоксальных медицинских специальностях, и умение которых не входит в обучающие студенческие программы ортодоксальных медицинских учреждений и парамедицинских курсов».

К числу методов неконвенциональной медицины Британская медицинская ассоциация относит ароматерапию, фитотерапию, гомеопатию, акупунктуру, воздействия различными излучениями, многочисленные манипуляции: хиропрактику, кинезиологию, остеопатию, точечный массаж Шиатсу, рефлексологию и т.д. К этому перечню можно добавить такие методы традиционной медицины, используемые в России, как гирудотерапию, апитерапию и т.д. Арсенал неконвенциональной медицины в настоящее время включает около 140 методов.

Актуальным на сегодняшний день является вопрос о возможности сочетания в лечении больных методов ортодоксальной и неконвенциональной медицины, поскольку каждое из этих направлений, наряду с несомненными достоинствами, не лишено и существенных отрицательных моментов.

Так, терапевтические методы ортодоксальной медицины не свободны от лекарственных побочных эффектов. В частности, по данным JAMA (2000), ятрогенные патологии занимают третье место в США и шестое в мире по причинам, вызвавшим смерть. Что же касается методов неконвенциональной медицины, то их уязвимым местом с позиции представителей ортодоксальной медицины является слабая научная база изученности и обоснования их лечебных механизмов.

Однако, несмотря на существующие проблемы и скептицизм, методы неконвенциональной медицины к концу 20-го века стали рассматриваться как методы комплементарно-альтернативной медицины (КАМ), то есть такие, которые могут использоваться как самостоятельно, так и в дополнение (в качестве компонента) к методам ортодоксальной медицины.

Показательны в этом отношении высказывания в 1998 году президента Фонда интегративной медицины Великобритании принца Чарльза – сторонника диалога между различными направлениями медицины, считающего, что «как господствующая ортодоксальная медицина, так и комплементарно-альтернативная медицина, размывающая интеллектуальную строгость ортодоксальной медицины, должны учиться друг у друга с целью максимальной пользы для больного».

Практикующие специалисты, учителя и исследователи комплементарно-альтернативного направления медицины, например, нуждаются в понимании более систематического аудита и строгого исследования... Врачи и исследователи ортодоксальной медицины, в свою очередь, нуждаются в понимании подхода, который в большей степени основан на улучшении состояния (здоровья) индивидуума без непосредственного использования лекарств или хирургии».

Сегодня с уверенностью можно говорить о постоянно растущем интересе к методам неконвенциональной медицины как со стороны представителей ортодоксальной медицины, так и широких слоев населения.

Врачи Бельгии используют гомеопатию в 84% случаев, акупунктуру – в 74% (Sermens R., 1993). В Голландии методы неконвенциональной медицины применяют 47% врачей общей практики, из них 40% – гомеопатию и 4% акупунктуру. Гомеопатия популярна в азиатских странах, особенно в Индии, Пакистане, Шри-Ланке (Bellavite P., Signorini A. 1995). В США многие врачи прошли и проходят специализацию по гомеопатии (Ullman D., 1991).

Интерес к методам неконвенциональной медицины среди врачей и населения отмечен во многих странах. Об этом свидетельствуют не только все возрастающее количество медицинских работников, помимо основной специальности, осваивающих на различных циклах государственных и частных учебных заведений методы гомеопатии, фитотерапии, остеопатии и т.д., но и многочисленные научно-практические симпозиумы и конференции, проводимые по практическому использованию методов неконвенциональной медицины в лечении различных патологических проявлений.

Чтобы ответить на вопрос о возможности сочетанного лечения больных, например, аллопатического и гомеопатического, необходимо с позиций достижений современной науки рассмотреть ряд фундаментальных представлений и, прежде всего, представление о болезни.

Болезнь с позиции современной медицины

К настоящему времени предложено несколько десятков определений «болезни» от самых кратких – «жизнь при ненормальных условиях», принадлежавшей Р.Вирхову, и «нарушение функций, вследствие которого возникает угроза жизни» Л.Ашоффа – до весьма пространных, с попытками довести определение до глубокой биологической сущности болезни.

Одной из попыток является определение болезни как «состояния, обусловленного нарушениями структуры и функций организма и его реакциями на эти нарушения» (Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К., 1997). Как отмечается многими специалистами, «в основе этого состояния всегда лежат те или иные нарушения гомеостаза, т.е. уравнивания всех жизненных процессов внутри организма и его отношений с внешней средой».

Следует заметить, что в весьма распространенном сегодня представлении под гомеостазом понимается, прежде всего, постоянство химического состава и физико-химических свойств внутренней среды организма. Выражением гомеостаза является ряд биологических констант, т.е. устойчивых количественных показателей, характеризующих нормальное состояние организма.

Таковыми постоянными по величине показателями внутренней среды являются масса крови, содержание в ней форменных элементов, температура тела, содержание в крови ионов натрия, хлора, а также белков, глюкозы, концентрация водородных ионов и т.д.

Перечисленные показатели внутренней среды представляют так называемый «гомеостазис веществ», основу которого составляет непосредственный материальный субстрат, например, содержание глюкозы в крови, или показатели, непосредственно связанные с субстратом: величина осмотического давления, реакция крови и т.д.

Однако достижения современной науки и практики позволяют предполагать, что понятие внутренней среды организма или гомеостаза не может быть исключительно сведено к гомеостазису веществ.

Общеизвестно, что для нормальной жизнедеятельности организма необходимы не только обмен веществ, но и обмен энергии, причем эти процессы взаимосвязаны. Любые изменения веществ в организме сопровождаются множеством различных химических, механических, термических и электрических и других явлений.

Обмен веществ с непрерывным процессом обращения энергии неотделимы друг от друга. Не существует изменения вещества без превращения энергии и нет обмена энергии без обмена веществ.

В последние годы внимание исследователей было обращено на изучение физических полей, которые генерирует организм в процессе функционирования. Так, установлено существование вокруг человека электромагнитных и акустических полей, В частности, выделяют основные 4 диапазона электромагнитного излучения и 3 диапазона акустического излучения (Рис. 1).

АКУСТИЧЕСКИЕ ПОЛЯ

ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫЕ ПОЛЯ

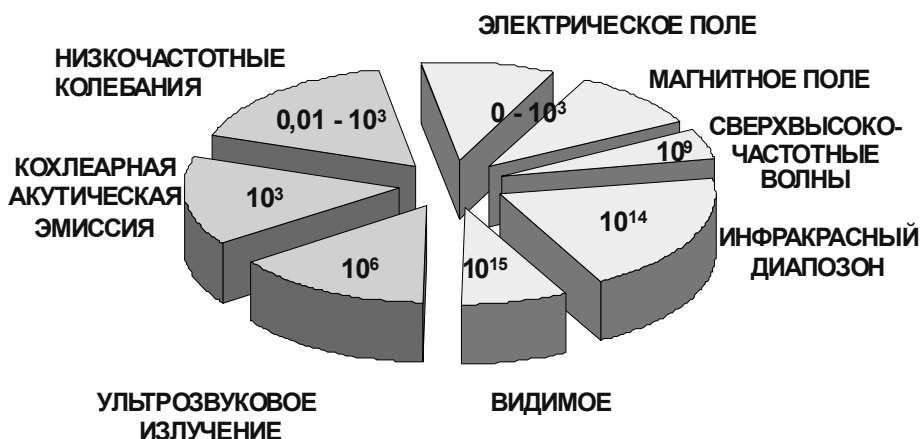


Рисунок 1. Схема электромагнитных и собственных полей человека

Источники электромагнитных полей в различных диапазонах частот разные. Низкочастотные поля создаются главным образом при протекании физиологических процессов, сопровождающихся электрической активностью органов: сердцем (характерное время процессов порядка 1 с), мозгом (0,1 с), кишечником (1 мин), периферическими нервами (10 мс). Излучение в СВЧ и ИК диапазонах (от 10^9 до 10^{14}) – это тепловое электромагнитное излучение.

Так же различными оказались источники акустических полей. В частности, низкочастотное излучение создается такими физиологическими процессами, как дыхательные движения, биение сердца, ток крови в кровеносных сосудах и т.д., сопровождающимися колебаниями поверхности тела человека в диапазоне 0,01 - 103 Гц (Антонов В.Ф. с сотр., 1996).

Учитывая собственные электромагнитные и акустические поля человека, не следует забывать высказывания А. Эйнштейна о «вписанности человека в пространственно-временной континуум», а значит о неизбежном энергоинформационном взаимодействии человека и окружающей среды.

Таким образом, на рубеже 21 века в ортодоксальной медицине возникло представление о необходимости расширения понятия гомеостаза, включив в него не только константы физико-химических показателей (хорошо известный «гомеостазис веществ»), но и постоянство уровня энергоинформационных процессов в организме и отдельных его частях, то есть гомеостаза энергии и информации.

Важнейшую роль в обеспечении нормальной жизнедеятельности организма играют информационные процессы. К ним относятся: получение информации от многочисленных рецепторов о состоянии внутренних констант («вещество»); сложные информационные процессы, связанные с кодированием в ЦНС важнейших показателей крови; информация о работе исполнительных механизмов и т.д.

Важность информации для нормальной жизнедеятельности организма подтверждают многочисленные примеры рецепторного аппарата, разнообразие проекционных областей внутренних органов на коже, радужной оболочке и т.д. Результатом этого является надежность в обеспечении гомеостаза. Не случайны поэтому попытки современных исследователей рассматривать как разнообразные формы жизнедеятельности, так и состояние болезни на информационном уровне. Информационный подход позволяет раскрыть новые стороны явлений, основу которых составляют физико-химические процессы.

В биологическом мире обмен информацией является неотъемлемой частью жизни: на молекулярном уровне порядок представлен в форме заданной точной ассоциации атомов в молекулах (аминокислоты, белки, липиды, нуклеиновые кислоты и т.д.). На клеточном уровне порядок выражен в регулярности и репродуктивности клеточных организаций, в процессах биосинтеза, транспорта и движения.

Для «наведения порядка», то есть, чтобы уменьшить энтропию, необходима информация. Поэтому известны следующие определения информации, как «возможности установить порядок» (Harold E.U., 1986) или, согласно известной фразе Джеккоба (Jakob F., 1973), «силы управлять тем, что сделано». Важность информации для нормальной жизнедеятельности организма позволяет считать ее неотъемлемой частью гомеостаза, который в современном понимании включает в себя гомеостаз вещества, энергии и информации.

Болезнь по существу является информационным беспорядком. Ярким подтверждением этого положения являются генетические заболевания, когда при изменении порядка в генетическом коде болезнь как бы заложена в самом хранилище информации. Генетические болезни могут быть также результатом исключительно мелких ошибок транскрипции в «библиотечной» основе клетки.

Даже в приобретенных заболеваниях или при заболеваниях вследствие смешанного воздействия генетических факторов и факторов окружающей среды (а таких заболеваний много) «информационный беспорядок» царит на различных уровнях организации физиологических систем. Это не только изменения молекулярного порядка ДНК, но также информационные «расстройства» на уровнях супрамолекулярных систем.

Болезнь – дезорганизация, но, тем не менее, она подчиняется некоторым законам и таким образом включает какие-то элементы порядка. Гомеостатические функциональные системы, которые обеспечивают здоровье, могут быть причиной многих патологических проявлений в случаях их неадекватного, усиленного и не соответствующего обстоятельствам использования. С другой стороны, следует отметить, что ряд феноменов, считающихся патологическими, на самом деле биологически полезны (даже если они вызывают боль), так как представляют стадию перехода организма к большей жизненной устойчивости, энергии и сопротивлению патогенным факторам.

В этой связи следует упомянуть воспаление, некоторые иммунные реакции, которые относятся к патологическим процессам и которые, несмотря на некоторую плату в терминах субъективных симптомов и возможных органических изменений, в действительности служат цели восстановления, защиты, усиления сопротивления.

Любой подход к концепции болезни будет ближе к реальности, если он окажется более интегрированным в том смысле, что все возможные уровни, на которых проявляется патологический информационный беспорядок, будут охвачены этим определением. В этом отношении весьма эффективным является подход к болезни с позиции теории функциональных систем организма П.К. Анохина, так как он позволяет создать сеть взаимодействий, включающую молекулы, клетки, органы и системы с горизонтальным (например, от молекулы к молекуле) и вертикальным способами передачи информации между организациями различных уровней (например, от молекулы к клетке, от клетки к организму, от организма к взаимодействию с окружающей средой) (Рис. 2).

Ни одна биологическая функциональная система не существует в организме изолированно, так как в противном случае она была бы «захвачена» энтропией. Это в свою очередь означает, что и болезнь нельзя рассматривать изолированно, как самостоятельное явление. «Болезнь – не есть просто ошибка природы, а лишь один из путей бытия, глубокое значение которого еще далеко от понимания» (Bellavite P., Signorini A., 1995).

Признавая, что основу болезни составляют те или иные нарушения гомеостаза (веществ, энергии, информации), становится очевидным, что, по крайней мере, одним из направлений в лечении болезней является нормализация гомеостатических показателей организма.

Как известно, первым, приступившим к созданию научной медицины, был греческий врач Гиппократ, сформулировавший основную задачу врача как сохранение здоровья (профилактика болезней) и излечение больных. Им же были постулированы два принципа лечения: «*similes similibus curantur*» – подобное лечится подобным и «*contraries contrarius curantur*» – противоположное лечится противоположным.

Важную роль в развитии научной медицины сыграл выдающийся ученый древности Клавдий Гален. Помимо анатомии и физиологии, Гален занимался лекарственными средствами, но его отношение к лекарствам отличалось от врачебного подхода Гиппократа. Если Гиппократ для лечения применял целые растения, то Гален считал, что надо пользоваться их составными частями, вытяжками и что не все вещества, входящие в растение, полезны.

Строение функциональной системы

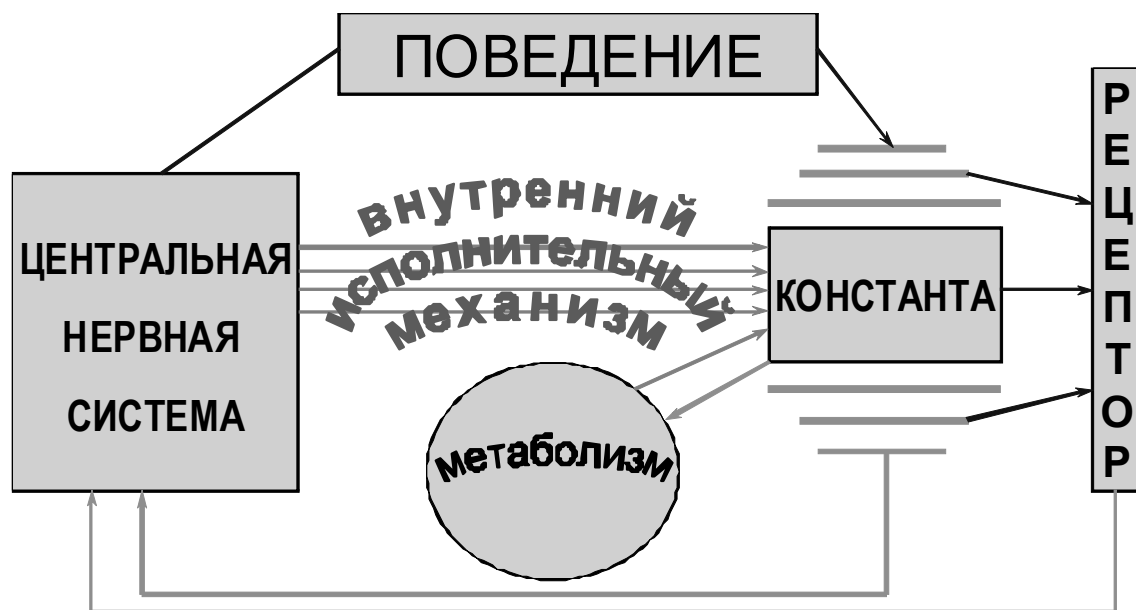


Рисунок 2. Общая архитектура функциональной системы (по П.К. Анохину)

Методические особенности ортодоксальной и неконвенциональной медицины

В основу своего лечения Гален положил принцип противоположности – принцип и по сей день доминирующий в ортодоксальной научной медицине стран Европы и Америки. Лечение по принципу противоположности было названо впоследствии Самюэлем Ганеманом – аллопатическим. Однако, далеко не все методы, используемые в лечебных целях, могут быть отнесены к сфере научной медицины и далеко не во всех клинических приемах их основу составляет принцип противоположности.

Тесная связь ортодоксальной (академической) медицины с новейшими технологиями, предопределила успехи последних лет в области кардиологии, генной инженерии, молекулярной медицины и т.д. Однако, к числу ограниченности методов ортодоксальной медицины можно отнести использование в лечении только одного из гиппократовских принципов – «противоположное лечит противоположное» и недостаточное внимание важнейшему для жизнеобеспечения принципу саморегуляции – «подобное лечит подобное».

Как известно, ортодоксальную медицину характеризует триединый подход, состоящий в этиологическом, патогенетическом и симптоматическом лечении. Этиотропная, или каузальная терапия, направлена на устранение причины болезни; патогенетическая терапия воздействует на процессы развития болезни с целью их прерывания или ослабления; симптоматическая терапия имеет цель ликвидацию тягостных для больного проявлений болезни. К методам ортодоксальной медицины относятся также мероприятия, направленные на восстановление нарушенных болезнью функций (реабилитация) или их замещение (заместительная терапия).

Иная ситуация с методами неконвенциональной медицины. В отличие от ортодоксальной медицины, методы которой, в частности, направлены на устранение причины болезни (этиологическая терапия), подавляющее большинство приемов неконвенциональной медицины направлено внутрь организма, на активизацию его защитных сил и механизмов саморегуляции. Именно возможности коррекции механизмов саморегуляции являются ведущими при использовании методов неконвенциональной медицины.

К неконвенциональной медицине (терапии) относится метод гомеопатии, основу которого составляет принцип подобия: «подобное лечит подобное», постулированный Гиппократом и обоснованный Ганеманном. Указанный принцип дает возможность с принципиально иной точки зрения, чем в сфере ортодоксальной медицины, рассматривать болезнь и выбирать средства возвращения здоровья.

В отличие от ортодоксальной медицины, ряд методов неконвенциональной медицины, например, гомеопатия, акупунктура, биоэнергетические приемы и т.д., в основе своих лечебных эффектов имеют восстановление таких показателей гомеостаза организма, как энергия и информация.

Гомеопатия как метод энергоинформационной медицины

Относящийся к неконвенциональной терапии гомеопатический метод, имеет ряд специфических особенностей, которые определяют его уникальность. Согласно концепции, разделяемой крупнейшими специалистами в области гомеопатии (Coulter H.L., 1976, Vithoulkas G., 1980, Charett G., 1982), «гомеопатическая медицина является клинико-фармацевтической системой, использующей микродозы веществ растительного, минерального или животного происхождения с целью стимуляции естественного лечебного ответа» (Bellavite P., Signorini A., 1995).

Возникшая на рубеже 18 –19-х веков, как новая терапевтическая система, гомеопатия, несмотря на различные трудности, связанные главным образом с неприятием представителей ортодоксальной медицины, развивалась, совершенствовалась и стала широко распространяться в последние десятилетия.

Рассматривая гомеопатию, как базовый метод неконвенциональной медицины, мы постараемся ответить на обоснованные вопросы представителей ортодоксальной (академической) медицины: как с позиции современной медицинской науки можно рассматривать принцип «подобное лечит подобное»; не является ли положительный эффект гомеопатических препаратов феноменом плацебо; что известно сегодня о механизмах лечебных эффектов гомеопатических препаратов?

Современная трактовка принципа подобия

На лечебное применение принципа подобия, как уже отмечено, указывал еще Гиппократ, полагавший, что «болезнь производится подобным, и подобным же больной восстанавливает свое здоровье... Лихорадка уничтожается тем, что ее вызывает, и вызывается тем, что ее уничтожает... Врачует его природа, врач же должен природе прислуживать – *Natura sanat, medicus curat*».

На важность принципа подобия указывал выдающийся врач средневековья Парацельс. «Название болезни, – писал Парацельс, не служит показанием для лекарства. Это подобное, которое должно быть сравниваемо с его подобным, и это сравнение ведет к открытию чудесных составов для исцеления... Ни одна горячая болезнь не излечивается холодом, ни холодная – теплом. Но часто бывает, что подобное своему излечивает свое» (цит. по Липницкому Т.М., 1992).

Однако, в условиях абсолютного господства в медицине галеновской школы с созданной Галеном контраристической системой лечения «противоположное лечит противоположное», прогрессивные идеи Парацельса были отвергнуты. И только благодаря С.Ганеманну идеи Гиппократа и Парацельса получили реальное практическое осуществление, заставив врачей по-новому взглянуть как на больного человека, так и на методы лечения.

Многолетние наблюдения С.Ганеманна позволили сформулировать следующие важные заключения:

- Лекарственные вещества, способные излечивать болезненный процесс, способны также и вызвать подобный же болезненный процесс в здоровом человеческом организме.
- Лекарственные вещества, способные производить такое болезненное состояние в здоровом человеческом организме, способны также излечивать подобные болезненные состояния, происходящие от других причин.

Данные заключения С. Ганеманна на основании его ранних публикаций получили дальнейшее развитие и трактовку в его ставшем классическим труде «ОРГАНОН».

С. Ганеманн полагал, что для излечения необходимо, чтобы:

а) естественная болезнь и искусственная болезнь совпали друг с другом, насколько это возможно;

б) большая сила лекарства ставит жизненный источник в условия, близкие к условиям естественной болезни: последняя, будучи затушеванной ею, полностью погаснет «Органон, № 3 4».

В последние годы появились исследования, авторы которых смещают акцент в представлениях С. Ганеманна о том, что гомеопатические препараты оказывают влияние на внутренний «жизненный источник» организма и что лечение по принципу подобия – результат «битвы» между двумя сходными раздражителями.

Все большее число исследователей акцентируют внимание именно на особенностях механизмов «внутреннего» влияния гомеопатических средств, используя результаты достижений в других областях науки и техники, в частности - биокibernетики.

Не случайны поэтому попытки современных исследователей объяснить представления С. Ганеманна о «самоисцелении» больного под действием гомеопатических препаратов, опираясь на объективные данные о процессах саморегуляции, происходящих в организме человека и животных.

В отечественной физиологии понятие системности справедливо связывают с именем И.П. Павлова, который обнаружил в общей форме принцип саморегуляции при исследовании деятельности сердца и кровообращения.

Позднее И.П. Павлов распространил этот принцип на деятельность организма в целом, отметив в работе «Ответ физиолога психологам», что «человек есть, конечно, система (грубо говоря – машина), как и всякая другая в природе, подчиняющаяся неизбежным и единым для всей природы законам, но система в горизонте нашего современного научного видения, единственная по высочайшему саморегулированию... Система в высшей степени саморегулирующаяся, сама себя поддерживающая, восстанавливающая, направляющая и даже совершенствующая».

Принцип саморегуляции стал – по П.К. Анохину – ведущим принципом в деятельности функциональных систем организма, т.е. «динамических саморегулирующихся организаций, все составные компоненты которых взаимодействуют и обеспечивают достижение полезных для организма результатов» (Анохин П.К., 1968).

Именно результат, благодаря постоянной афферентации о его состоянии, осуществляет своеобразную «мобилизацию» центральных и исполнительных механизмов в функциональную систему, являясь, таким образом, системообразующим фактором.

Особенностью теории функциональных систем является то, что в отличие от многих других теорий системного характера, она предлагает операциональную схему саморегуляции, которая включает такие необходимые составные элементы, как «полезный результат», «рецепторное звено», «центральная часть системы», «исполнительные механизмы» и т.д. (Рис. 2). Именно этой схемой мы воспользуемся для объяснения принципа подобия при действии гомеопатических препаратов.

Как известно, «золотое» правило саморегуляции гласит: всякое отклонение от жизненно важного уровня какого-либо физиологически значимого фактора служит сигналом к немедленной мобилизации многочисленных компонентов соответствующей функциональной системы, вновь восстанавливающих жизненно важный для организма результат.

Это правило позволяет с иных позиций объяснить основной постулат гомеопатии: «подобное лечит подобное». Действительно, что, как не дальнейшее отклонение уже измененных болезнью констант, вызывает гомеопатическое средство с целью еще большей активизации защитных сил организма, реализуемых с помощью разнообразных механизмов соответствующей функциональной системы.

На этом пути, как отмечал Ганеманн и впоследствии многие гомеопаты, возможно «первичное ухудшение» состояния больного, вслед за которым следует выздоровление (восстановление нормальных показателей гомеостазиса с устранением имевшихся жалоб субъективного характера). Это определяет и основную задачу врача – гомеопата: подобрать средство в высшей степени «подобное» измененному функциональному состоянию организма, а также дозу (уровень разведения субстанции), чтобы до минимума снизить субъективные проявления первичной стадии ухудшения.

Таким образом, лечебный эффект гомеопатических средств объясняется не созданием в организме «искусственной» болезни и ее «борьбой» с естественной, а активизацией соответствующих внутренних саморегуляторных защитных сил организма.

Являются ли лечебные эффекты гомеопатии феноменом плацебо?

Как известно, введение С. Ганеманном в лечебную практику малых доз было значительно позже открытия принципа подобия. Вначале С. Ганеманн применял большие дозы, неизменно констатируя до периода выздоровления больных период отягощения, усиления болезни. В результате этих наблюдений С. Ганеманн совершил второе открытие, предложив путь последовательно, ступенчатого уменьшения дозы субстанций.

В первое время С. Ганеманн опасался, что с уменьшением дозы и ослаблением периода отягощения или ожесточения болезни исчезнет и целительный эффект. Однако, к своему удивлению, С. Ганеманн заметил, что чем более уменьшалась доза, тем слабее были субъективные показатели усиления болезни и тем быстрее наступало выздоровление при правильном подборе гомеопатического препарата. В своей практике он широко использовал десятичные, сотенные и даже тысячные разведения «материнских» лекарственных препаратов.

В современной гомеопатии существуют различные способы разведений (потенциации) лекарственных препаратов. Важно отметить, что при приготовлении растворов гомеопатических препаратов необходимо многократное встряхивание пробирок, а в случаях изготовления нерастворимых веществ (тритуратов) требуется усиленное растирание лекарственных веществ с химически чистой лактозой.

Не затрагивая других разведений – «тысячных», «корсаковских» и т.д. – отметим важный факт, что при разведении 12С или 24Х гомеопатический препарат не содержит «материнских» молекул. В практике широко используются разведения 30Х, 12С, 30С и др. Этот факт, то есть отсутствие в гомеопатических препаратах действующего начала («материнских молекул»), представители ортодоксальной медицины считают уязвимым местом в гомеопатической терапии, а положительные лечебные эффекты, наблюдаемые в этих случаях, связывают с феноменом плацебо.

Совершенно очевидно, что вопрос об эффективности гомеопатической терапии является чрезвычайно важным и что он не может быть рассмотрен в отрыве от терапии плацебо. Ведь хорошо известно, что феномен плацебо, – эффект отмечен и при использовании методов ортодоксальной медицины, и является одной из главных проблем исследований в области клинической фармакологии.

Особенностью же гомеопатической методологии, является то, что врач уделяет особое внимание жалобам пациента, индивидуальным особенностям больного и его семейному медицинскому анамнезу, когда важную роль играют взаимоотношения больной – врач, равно как и многочисленные социо-культурные факторы, эффективность гомеопатической терапии находится под сильным влиянием субъективных факторов. Однако, уже сегодня имеется много убедительных доказательств того, что плацебо-эффект – не единственно возможное объяснение действия гомеопатических препаратов.

Ясно, что ответ об эффективности гомеопатического лечения могут дать только строго контролируемые клинические наблюдения с использованием двойного слепого контроля и адекватных методов статистики в качестве гарантии результата.

При этом необходимо учитывать индивидуальный характер гомеопатической терапии – то есть возможность лечения больного с одной и той же патологией различными гомеопатическими препаратами, что определяет своеобразие этих клинических исследований от рутинных исследований эффективности фармакологических препаратов в ортодоксальной медицине.

Первые наблюдения подобного рода, выполненные при поддержке Британского правительства, относятся к периоду Второй мировой войны. Они были выполнены на добровольцах, страдавших от ожогов кожных покровов. Исследования проводились в двух различных центрах (Лондон, Глазго) с использованием метода двойного слепого контроля, плацебо – контроля и принесли статистически достоверные результаты значительного улучшения состояния пациентов при применении гомеопатических препаратов.

Несомненный интерес представляет обзор группы голландских авторов, проанализировавших результаты 107 гомеопатических испытаний, выполненных на основе оценочных критериев ортодоксальной медицины (Kleijnen J. с сотр., 1991).

На основании проведенного анализа авторы пришли к заключению, что «результаты, представленные в обзоре, достаточны, чтобы считать гомеопатию методом регулярного лечения в ряде случаев». Что же касается «ряда случаев», то авторы приводят следующую таблицу эффективности гомеопатической терапии при лечении различных заболеваний (Табл. 1).

Клинические исследования в гомеопатии (Kleijen et al., 1991)

Заболевания	Число исследований	Положительные результаты / общее число
Заболевания ССС	9	4/9
Легочные инфекции	19	13/19
Другие инфекции	7	6/7
Заболевания ЖКТ	7	5/7
Послеоперационный илетус	7	5/7
Сенная лихорадка	5	5/5
Ревматические болезни	6	4/6
Травма и/или боль	20	18/20
Психические и психологические расстройства	10	8/10
Другие диагнозы	15	13/15

К настоящему времени можно считать также доказанной эффективность использования гомеопатических препаратов в лечении воспалений, инфекционных заболеваний, травм и в купировании болевых симптомов различного происхождения.

Результаты, полученные различными авторами, применявшими двойной слепой контроль, позволяют сделать важное заключение, что эффект гомеопатической терапии выше по сравнению с возможным эффектом плацебо.

Многие из примеров применения гомеопатических препаратов в лечебных целях показывают, что позитивные результаты отмечены в случаях, когда гомеопатические препараты содержат единичные «материнские» молекулы или не содержат их вовсе. Из этого следует, что гомеопатическая терапия не есть терапия «веществом»; что характерно, прежде всего, для фармакотерапии, составляющей основу ортодоксальной («академической») медицины.

Можно согласиться с утверждением, что «гомеопатические лекарства – это не лекарства в общепринятом понимании. Они не служат для уничтожения микробов или подавления их жизнедеятельности, они не применяются для замещения какого – либо недостающего организму вещества, например железа, кальция, йода и др., или купирования какого – либо патологического симптома, например для прекращения болей, зуда, бессонницы. Гомеопатия не имеет ни снотворных, ни болеутоляющих, ни слабительных, ни закрепляющих средств. Гомеопатические лекарства являются регуляторами организма, они содействуют восстановлению саморегуляции» (Вавилова Н.М., 1992).

Возникает естественный вопрос, каким способом гомеопатические препараты могут оказывать на организм регулирующее влияние, особенно, если эти препараты применяются в высоких разведениях? Остается сделать заключение об информационном воздействии гомеопатических препаратов.

«В гомеопатии информацию осуществляет лекарство, даваемое в ничтожно малых дозах» – справедливо отмечает Н.М. Вавилова. Однако каким образом это осуществляется, если высокие разведения гомеопатических препаратов не содержат «материнских» лекарственных молекул, а наблюдаемые положительные эффекты гомеопатической терапии не могут быть сведены к эффектам плацебо?

Об информационных эффектах гомеопатических препаратов

Рассматривая механизмы действия гомеопатических препаратов, отметим, что решающее значение в положительных лечебных эффектах гомеопатии принадлежит не столько самим разведениям (десятичным, сотенным, тысячным и т.д.), сколько способу их получения. Еще С. Ганеманн настойчиво указывал на необходимость многочисленных, до 100 раз встряхиваний гомеопатических препаратов на каждой стадии их разведения. Из этого следует, что разгадка механизмов действия гомеопатических препаратов заключена не в самой степени разведения, а в процессах, происходящих при ступенчатой динамизации с внешним энергетическим воздействием на раствор путем встряхивания.

Отметим, что при автоматизированном приготовлении гомеопатических препаратов с обязательными встряхиваниями в результате трения молекул жидкости о стеклянные стенки емкости образуется электрический ток, при этом на каждой стадии потенцирования интенсивность возникшего электрического поля возрастает.

Какие же изменения в коллективной структуре раствора вызывают высокоразведенные лекарственные вещества в процессе потенцирования?

Как отмечают Г.Реш и В.Гутман (1994), раствор в воде показывает тем большее сходство с «чистой» водой, чем меньше в нем концентрация растворенных веществ. Когда так называемая «материнская тинктура» растворяется в чистом растворителе, в контакт входят две схожие системы, а именно более дифференцированный раствор с его более развитыми структурными статическими аспектами и менее дифференцированный и динамически более активный растворитель.

Большая «открытость» и более развитые динамические аспекты чистой жидкости позволяют интегрировать структурную информацию материнской тинктуры в более разведенный раствор. И далее: «На каждом этапе разведения концентрация материнской тинктуры снижается, а информация не теряется, а распределяется по всему более разведенному раствору. С улучшением динамических аспектов оригинальная информация из материальной тинктуры интегрируется в колебательную картину и становится ее частью, которая динамически усиливается более высокими иерархическими уровнями.

На каждом этапе разведения менее дифференцированная система (чистый растворитель, как среда) модифицируется структурными аспектами более дифференцированной системой (раствор). Таким образом, внутренняя структурная информация раствора распределяется по новой системе, и этот процесс облегчается встряхиванием раствора».

Процессы, происходящие при встряхивании в технологии ступенчатой динамизации раствора при приготовлении гомеопатических препаратов в настоящее время широко изучаются. Так, если водный раствор сильно потрясти перед кристаллизацией, то энергия термолюминисценции, выделяемая таким кристаллом, будет значительно выше, чем энергия кристалла, полученного без встряхивания (Gutmann V., 1989). Это означает, что часть энергии, образовавшейся в процессе встряхивания, захватывается частицами растворенного вещества и сохраняется ими в процессе кристаллизации.

Системная организация нового раствора улучшается за счет встряхивания, что обеспечивает большую способность поддержать интегральную конфигурацию и функциональность. «Так, оригинальная информация лекарственного средства интегрируется и поддерживается в более разведенном растворе» (Реш Г., Гутман В., 1994).

Современные представления о биофизике воды позволяют сделать заключение, что процесс потенцирования приводит к значительному улучшению системной организации воды, что, в свою очередь, означает, что в высоких потенциях (разведениях) «информация лекарственного средства полностью динамизирована, более активна и имеет более высокую точность и на нее не оказывают влияния молекулы материнской тинктуры» (Реш Г., Гутман В., 1994).

Использование С. Ганеманном для производства потенцированных гомеопатических препаратов водно-спиртовой смеси послужило импульсом к изучению свойств воды при добавлении спирта.

Было установлено, что при добавлении спирта к жидкой воде в соприкосновение входят две разные, но все же схожие системные организации. Молекулы воды и спирта очень схожи в силу хорошо развитых донорских и акцепторных свойств, что приводит к образованию сети водородных связей (Рис. 3).

Образование тетрагидрида

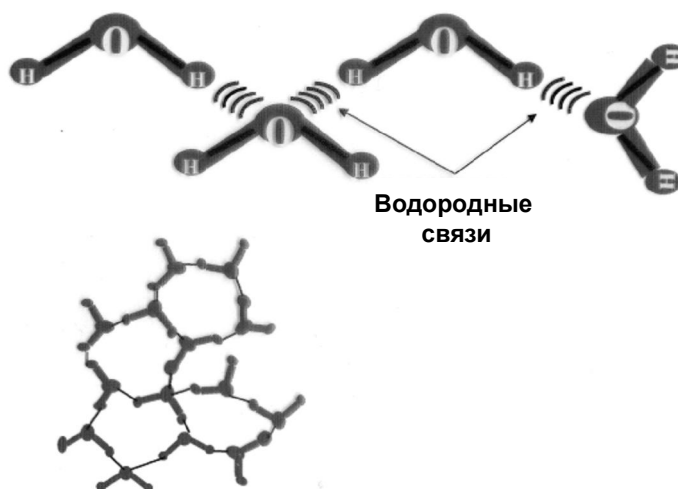


Рисунок 3. Структура воды (А – водородные связи между молекулами воды; В – тетраэдральные и нерегулярные полигональные структуры в жидкой воде)

Из имеющихся различий следует отметить лучшее развитие у воды донорских и акцепторных связей, что проявляется в более сильных водородных связях в жидкой воде, чем в жидком этаноле. Присутствие гидрофобной алкиловой группы на месте одного из атомов водорода приводит к тому, что сеть молекул спирта в жидком этаноле менее развита, чем в воде. В силу этих различий жидкий этанол является менее «структурированным» и динамически лучше развитым, чем жидкая вода.

В процессе динамизации всей системы молекулы спирта интегрируются в нижние иерархические уровни вследствие сходства гидрофильных свойств молекул воды и спирта. В свою очередь, обогащение молекулами воды верхних слоев обеспечивает улучшение условий для динамических свойств на всех уровнях. Как отмечают авторы (Реш Г., Гутман В., 1994), «образовалась улучшенная системная организация..., смесь становится более дифференцированной, чем какая-либо из ее составляющих в чистом виде».

Именно этим объясняется способность высоко разведенных лекарственных средств в водно-спиртовых растворах содержать и сохранять долговременно, с большой точностью информацию, которая может распознаваться водным компонентом организма, несущим всю информацию о человеке.

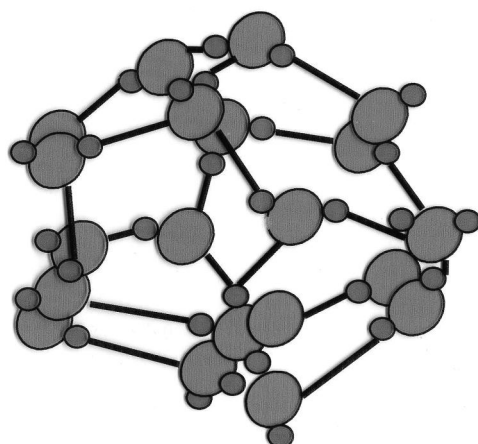
Способность растворов сохранять информационные характеристики растворенных веществ объясняется кратковременными взаимодействиями в виде водородных связей, Ван-дер-Ваальсовыми силами, которые образуют из молекул воды своеобразную сеть.

Согласно представлениям К. Смита и Г. Анагностатоса «память воды» обеспечивается специальной агрегацией молекул воды в форме клатратов. Термин «клатрат» (от латинского *clathrus* – решетка) был предложен Г. Анагностатосом для обозначения клеткообразной оболочки растворителя вокруг молекул исходного вещества или полости (Рис. 4).

Возможность существования «полостей» в жидкостях общепризнана, так как, в частности, в воде ее молекулы объединяются в пентагональные или гексагональные формы благодаря водородным связям. На формирование полостей, а также поверхностного натяжения, вызывающего отрицательное давление внутри, помимо водородных связей, оказывают влияние дипольные взаимоотношения.

Важно отметить, что клатраты образуются не только вокруг молекул растворенного вещества, но могут существовать и поддерживать стабильность в случае, если вещество покидает нишу. «При последовательном разведении и динамизации вокруг ядерных клатратов образуются новые клатраты, которые в конечном итоге также структурируются растворителем» (Смит К.В., 1994).

Электромагнитная биотрансформация и вода



Додекаэдральный кластер молекул воды, взаимодействующих посредством Н связей (клатрат)

Рисунок 4. Структура клатрата

Сходное заключение об информационно-фазовом состоянии воды, которое обеспечивается наличием информационных ячеек со строго детерминированным расположением в них структурных элементов, высказывает С.В. Зенин (2007). Он полагает, что «ячейка способна отражать в своей структуре любые внешние воздействия, производя своего рода кодировку свойств объекта, на нее действующего, т.е. осуществляя тем самым информационное преобразование. Становясь для соседних ячеек также объектом воздействия, информационно преобразованная ячейка способна осуществлять ретрансляцию своих свойств всем ячейкам среды, переводя тем самым среду в новое фазовое состояние».

Однако существуют и иные объяснения эффектов высоких разведений гомеопатических препаратов, основанные на физическом феномене изотопных различий (изотопичности), то есть на хорошо известном факте, что большинство химических элементов представляют смесь стабильных изотопов (атомов, имеющих фиксированное количество протонов, но различное число нейтронов в ядре).

Таковыми оказались, в частности, представления о роли позитрония, как важного механизма действия гомеопатических препаратов высоких разведений. Позитроний – электрон-позитрон (e^- , e^+) – атомная система, открытая косвенным путем, является аналогом атома водорода (Williams W.F., 1962). В атоме водорода один электрон вращается вокруг единственного протона, тогда как в позитронии роль протона играет позитрон. Таким образом, позитроний возможно рассматривать в качестве очень легкого изотопа водорода.

Полагают, что в непосредственной близости от лекарственных молекул и их молекулярных полей некоторые группы позитрония могут образовывать специфические комплексы позитрония с идентичным расположением электронов. Эти комплексы могут вести себя как легкие изотопы оригинальных молекул лекарственного вещества, сохраняя их свойства, даже если в процессе последующих разведений лекарственных молекул в растворе не остается (Dutta A.C., 1983).

На некоторых стадиях эти молекулы легких изотопов функционируют, как автокаталитические агенты и приводят к образованию новых поколений изотопов, пропорционально возрастающих по мере разведений, делая, таким образом, гомеопатические потенции все более мощными. Математически установлено, что катализ не происходит в начале реакции и что скорость его прямо пропорциональна концентрации конечного продукта реакции.

Таким образом, представление о том, что гомеопатические потенции связаны с образованием легких изотопов, находятся в русле современных концепций физики. Будущее развитие биофизики воды позволит уточнить, осуществляется ли передача информации в гомеопатических препаратах высоких разведений с помощью клатратов или легких изотопов с участием позитрония, однако уже сегодня очевидно, что гомеопатическая терапия – это, прежде всего, терапия информационная.

В настоящее время сделаны первые попытки в области экспериментальной физики по оценке гомеопатических препаратов с использованием Раман-лазера, абсорбции в сфере инфракрасного излучения и техники ядерно-магнитного резонанса.

Как известно, при воздействии лазерного луча на объект небольшая часть световых лучей рассеивается, причем их длина волны отличается от длины волны основного потока. Анализ эмиссионных пиков этих рассеянных лучей (эффект Рамана) позволяет судить о физическом состоянии (вязкость, диэлектрическая постоянная и т.д.) изучаемой жидкости. К настоящему времени имеются данные, что гомеопатические разведения различных растений (*Aesculus*, *Bryonia*, *Rosmarinus*) в 70% растворе этанола изменяют спектр Рамана. Это проявляется в заметном уменьшении спектральных пиков в диапазоне различных частот.

Рассмотренные нами различные аспекты, связанные с информацией, заставляют вновь и вновь возвращаться к представлениям о здоровье, болезни и т.д. В настоящее время живой организм рассматривается, как открытая система, далекая от равновесия, регулирование которой в силу разнообразных процессов взаимодействия организма с окружающей средой, не может быть сведено к линейным уравнениям.

Установлено, что живой организм чувствителен к чрезвычайно слабым электромагнитным полям и в особенности к определенным их частотам. В то же самое время изучение физических свойств воды предполагает, что сама вода может быть источником электромагнитных колебаний.

Это, в свою очередь, означает, что болезнь может рассматриваться не только в качестве результата функциональных или молекулярно-структурных нарушений, но и как результат расстройств всей сети электромагнитных связей, основанной на долговременных взаимоотношениях между элементами (молекулы, нервные центры, органы и т.д.), частоты колебаний которых когерентны и специфичны и, таким образом, способны к резонансу. То есть болезнь можно рассматривать как «расстройство внутренних осцилляторов и их коммуникаций» (Bellavite P., Signorini A., 1995).

Гармония осцилляций и связанных с ними взаимоотношений может быть возвращена к равновесию в результате изменения частоты при взаимодействии с другим осциллятором. Согласно этим представлениям, гомеопатическое лекарство может действовать на больного, как внешний источник частотных воздействий.

Полагают, что «динамизированное и потенцированное гомеопатическое средство может быть рассмотрено в качестве небольшого количества вещества, содержащего элементы, осциллирующие по фазе (когерентно), способные передать эти частотные колебания через процесс резонанса комплексу «метастабильных» структур, объекту нелинейного поведения, способного, в свою очередь, к колебаниям (макромолекулы, альфа-хеликс, мембраны, волокнистые структуры, рецепторы). Таким образом, может быть осуществлена связь между частотами лекарства и осцилляторами, находящимися в живых организмах нарушенных болезнью» (Bellavite P., Signorini A., 1995).

Сигналы, даже чрезвычайно слабые, но наделенные высокоспецифичной частотной информацией, способны звучать в унисон с воспринимающей системой (реципиент), могут действовать в качестве регуляторов, особенно в случае, когда разрегулированная система находится как бы на перепутье («бифуркация» в терминах теории хаоса) и когда выбор двигаться в ту или другую сторону связан с минимальными усилиями на границе между порядком и хаосом.

Изучение спектров электромагнитных волн гомеопатических препаратов в зависимости от потенции позволило по-новому объяснить их действие в случаях обычной дозировки. Различия могут быть объяснены смещением резонансных частот информационной волны в более высокую область спектра электромагнитных колебаний по мере потенцирования (сверхвысокого разведения) препарата (Самохин А.В., Готовский Ю.В., 2001).

Наиболее логичной и не противоречащей современным данным фундаментальной науки в области естествознания считается гипотеза Юсупова Г.А. (2000г.), которая гласит, что при энергоинформационном взаимодействии результат обусловлен резонансом (при совпадении частоты и фазы волны) или интерференцией (при совпадении частоты, но в противофазе волны) на уровне внутримолекулярных связей, ведущих к структурно-функциональным изменениям в биомолекулах. Подробнее с гипотезой Г.А. Юсупова можно ознакомиться в разделе «Об энергоинформационном механизме лечебного действия гомеопатических препаратов» (Приложение).

Современные представления о лечебных механизмах гомеопатических препаратов

В середине XIX века классик мировой физиологии Клод Бернар писал: «Постоянство внутренней среды есть необходимое условие свободной и независимой жизни». Что же представляет собой эта «внутренняя среда», постоянство которой, то есть гомеостазис вещества, энергии и информации необходимо поддерживать для нормальной жизнеобеспечения.

По А. Пишингеру – отцу современной гистохимии – под внутренней средой организма понимают, прежде всего, состояние внеклеточного матрикса. Это в свою очередь означает, что все усилия врачей ортодоксальной и неконвенциональной медицины для поддержания здоровья человека в конечном итоге должны быть направлены на нормализацию обменных процессов в матриксе для обеспечения его постоянства.

А. Внеклеточный матрикс и его организация

Важнейшими структурными компонентами внеклеточного матрикса (ВКМ) являются протеогликаны, глюкозаминогликаны, структурные гликопротеины (различные типы коллагена, эластин), а также связывающие гликопротеины. Связь между этими структурными компонентами с молекулами низкомолекулярных веществ (вода, цитокины, гормоны, пептиды, медиаторы) называется матрисомой.

Именно здесь осуществляется движение тканевой жидкости между клетками органов и матриксом, в регуляции которого активная роль принадлежит полисахаридной сети ВКМ и фибробластам. Их функции в центральной нервной системе принимают на себя глиальные клетки. В течении короткого времени фибробласт обрабатывает всю поступающую к нему информацию (метаболиты, нейротрансмиттеры, нейропептиды, изменение pH и т.д.) с адаптивным синтезом компонентов основной субстанции.

Полагают, что фибробласт не дифференцирует между «хорошим» и «плохим», а это означает, что под длительным влиянием любого раздражителя возникает значительная дезинформация многочисленных кругов обратной связи, что может привести к развитию «патологически адаптированного» (maladjusted) матрикса. Координация и контроль деятельности фибробластов обеспечивается нейрональным (вегетативные нервные волокна), иммунным и эндокринным воздействиями.

На «кооперативное взаимодействие» клеток соединительной ткани (фибробластов, макрофагов, лимфоцитов, эндотелия) между собой, с внеклеточным матриксом, клетками крови и паренхиматозными элементами на основе обратных связей указывают, в частности, А.Б. Шехтер и В.В. Серов (1995).

Авторы рассматривают соединительную ткань «как саморегулирующуюся систему, функционирующую под контролем высших регуляторных систем – нервной, эндокринной, иммунной», отмечая при этом, что авторегуляция осуществляется на разных структурных уровнях – от функционального элемента (гистон) до уровня организма.

В качестве координирующей структуры, осуществляющей быструю обратную связь между клетками и терминальными аксонами, функционирует пронизывающая весь организм цитокиновая сеть. Цитокины представляют собой низкомолекулярные клеточные медиаторы, которые способны вступать во все клеточные реакции, так как обладают ауто-, пара-, контрольными и эндокринными функциями (Abbas A., Lichtman., Pober J.S., 1997, Assadullah K., 1997).

Процессы, разыгрывающиеся в матриксе, сложны и трудно предсказуемы. Так, «каждый цитокин способен воздействовать на различные типы клеток – мишеней, однако в зависимости от типа и концентрации цитокина их действие может быть прямо противоположным» (М.А. Пальцев, 1995). И еще «цитокины различных групп оказывают сходное влияние на определенный тип клеток. Однако действие на клетку – мишень двух или более цитокинов иногда приводит к качественно различным ответам» (М.А. Пальцев, 2003).

Цитокиновая сеть образует в ВКМ пространственно – временную информационную структуру, которая принимает участие в тонкой настройке всех функций при взаимодействии клеток в ВКМ.

При этом молекулы протеогликанов и глюкозаминогликанов служат рецепторами, протекторами, инактиваторами и хранилищем цитокинов. Фибробласты (в ЦНС – астроциты) в качестве главных клеток, синтезирующих ВКМ, как полагает Х. Хайне (2008), замыкают контур ре-

гулирования, контролируемый цитокинами.

Детальное изучение роли нейро-, иммунно-, эндокринных компонентов при использовании методов ортодоксальной и неконвенциональной медицины затруднено существующими в организме взаимовлияниями этих компонентов на самых различных структурных уровнях (В.А. Черешнев с сотр., 2002).

Б. Иммунные механизмы в поддержании постоянства внеклеточного матрикса

Бурный прогресс молекулярной биологии и генетики, биотехнологии и биохимии, клеточной биологии, сопровождающийся открытием цитокинов, ростовых факторов, адгезивных молекул, белков внеклеточного матрикса, позволяет уточнить клеточные и клеточно-матриксные взаимодействия на примере физиологических и патологических процессов.

Не случайно поэтому в последнее время при рассмотрении механизмов болезни, то есть нарушения ВКМ, делают акцент на иммунологическую регуляцию, важными составными элементами которой являются Т-лимфоциты, различные цитокины и другие факторы.

Именно иммунные процессы, происходящие во внеклеточном матриксе при непосредственно регулирующем влиянии нервной и эндокринной систем, оказались в фокусе пристального внимания как представителей ортодоксальной медицины, изучающих фармакокинетику различных лекарственных препаратов, так и сторонников неконвенциональной медицины, прежде всего специалистов в области гомеопатии и гомотоксикологии. Это позволяет нам затронуть общие вопросы иммунологии.

Как это широко известно, в иммунологии выделяют Т-хелперы (ТН) – специальные субпопуляции CD 4+Т клеток, которые оказывают помощь другим клеткам с иммунной компетенцией в обеспечении иммунных ответов путем активации клеток или выделением цитокинов. ТН – клетки разделяют на 3 категории: ТН-1, ТН-2, ТН-3. ТН-1 клетки отвечают за клеточный иммунитет. Они активируют естественные клетки – киллеры (НК – клетки) и макрофаги. ТН-2 – клетки управляют гуморальным иммунитетом. Они способны стимулировать производство антител В – клеток, плазматических клеток, в результате чего уничтожаются антигены вне клеток (гуморальный иммунитет). ТН-1 и ТН-2 клетки являются провоспалительными лимфоцитами. Их главная задача – активация и стимулирование защиты от конкретного агента. ТН – 3 клетки – регуляторные клетки, уменьшающие воспаление. Их главным медиатором, регулирующим воспаление, является трансформирующий фактор роста – бета (TGF-β). Они ингибируют функции клеток ТН-1 и ТН-2, снижая таким образом уровень их активности. При этом следует иметь ввиду, что деятельность ТН-1 ингибирует деятельность ТН-2 и наоборот. В здоровом организме существует равновесие деятельности ТН-1 и ТН-2.

Блокирование системы в положении ТН-1 вызывает ТН-1 – ригидность. Типичными для ревматоидного состояния являются заболевания, вызванные обращением иммунной системы против соответствующих собственных тканей (клеточный аутоиммунитет): ревматоидный артрит, рассеянный склероз. Другим примером могут служить разнообразные хронические воспаления. В частности, кардиомиопатия и болезнь Крона обусловлены ТН-1 – ригидностью.

Блокирование системы в состоянии ТН-2 вызывает аллергические заболевания различных органов. Следствием этой ригидности также являются клеточные дисфункции, синдром хронической усталости, поздняя стадия СПИДа, рак (Табл. 2).

Поддержание равновесия ТН-1 и ТН-2 – основа здоровья – обеспечивается многочисленными факторами, среди которых особую роль играют, в частности, цитокины. Их разделяют на 2 группы. Одна группа вызывает воспаление, разрушение тканей. К ней относят: интерлейкин-1, интерлейкин-6, интерлейкин-8, фактор некроза опухоли альфа (TNF-α). Их источники: макрофаги, ТН-1 клетки, хондроциты, фибробласты. Другая группа блокирует воспаление, способствует восстановлению тканей. Источники: ТН-3 клетки, другие клетки организма (Табл. 3).

Иммунные ответы регулируются большим количеством медиаторов. Несмотря на то, что обе стороны уравнения ТН-1 / ТН-2 совершают различные действия, они обе способны взаимно «контролировать» и ингибировать свои действия. Реакция, опосредованная ТН-1, ингибирует путем выработки интерферона – гамма развитие событий по пути ТН-2; и наоборот: клетки ТН-2 посредством секреции интерлейкина-10 ингибируют ТН-1-зависимый процесс. Над клетками ТН-1 и ТН-2 находится регуляторная система (ТН-3, или регуляторная клетка), которая в результате производства трансформирующего фактора роста – бета может ингибировать реакции, как обусловленные ТН-1, так и ТН-2. (Рис. 5).

Переключение Th1/Th2

- Th1-ригидность
 - Клеточный аутоиммунитет, например, ревматический артрит, рассеянный склероз
 - Хронические воспаления
 - тендинит
 - Кардиомиопатия
 - Болезнь Крона
- Th2-ригидность
 - Аллергические заболевания
 - астма
 - экзема
 - аллергический ринит
 - Клеточная иммунная дисфункция
 - хронические грибковые заболевания
 - синдром хронической усталости
 - рак
 - последняя стадия СПИДа
 - Рекреационные наркотики
 - экстази
 - алкоголь

Воспаление: медиаторы

- Вызывают воспаление
- Разрушение тканей
 - интерлейкин-1
 - интерлейкин-6
 - интерлейкин-8
 - фактор некроза опухоли
- Блокируют воспаление, способствуют восстановлению тканей
 - интерлейкин-10
 - трансформирующий фактор роста β

Источники:

- макрофаги
- Th1-клетки
- хондроциты
- фибробласты

Источники:

- Th3-клетки
- другие клетки организма

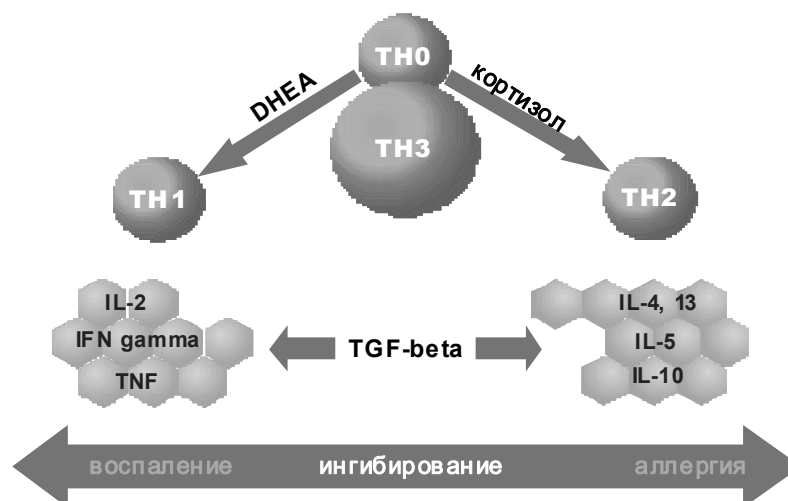


Рисунок 5. Регуляция иммунного ответа

В рамках клеточной или гуморальной иммунной защиты происходит активация иммуноцитов. В обоих вариантах последняя клетка каскада реакций оказывает влияние на входное действие данного механизма. Макрофаги стимулируют Th1-зависимую функцию путем выработки интерлейкина-12, но сами при этом активируются в результате производства интерферона-гамма (IFN- γ) и фактора некроза опухоли – бета (TNF- β), которые продуцируются Th1-клеткой. Таким образом, образуется замкнутый контур.

Аналогичный контур наблюдается в ходе каскада реакций, обусловленных Th2. Тучные

клетки стимулируют деятельность ТН-2, которые посредством синтеза интерлейкина-3, 4 и 10 активируют тучные клетки.

Таким образом, оба каскада реакций – ТН-1 и ТН-2 путем положительной обратной связи стимулируют свой собственный контур, который ингибируется лишь в результате взаимодействия между ТН-1 и ТН-2, а также контролирующего регуляторного воздействия регуляторных Т-клеток (Рис. 6).

Интерлейкины и другие медиаторы

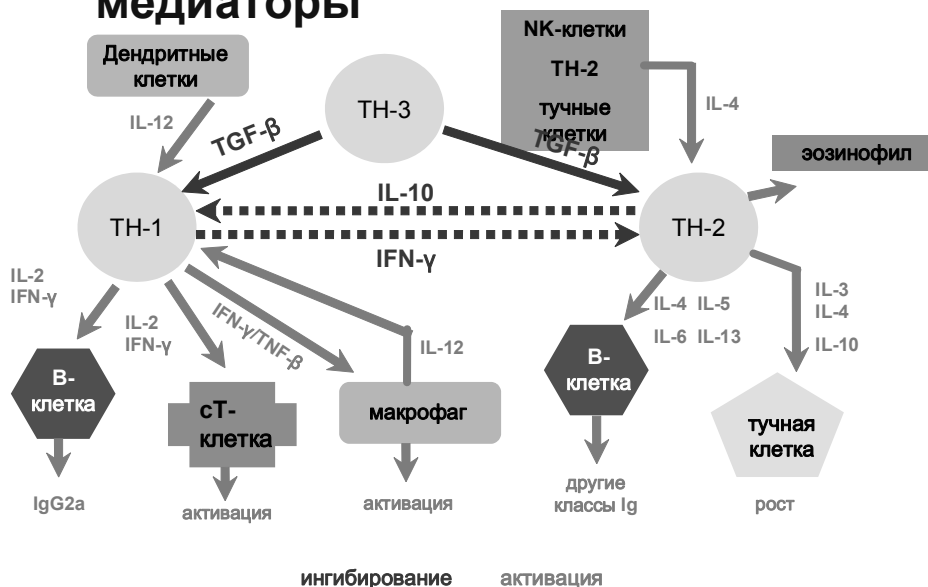


Рисунок 6.

В настоящее время лечебные механизмы методов неконвенциональной медицины, связанные с процессами, происходящими во внеклеточном матриксе, в наибольшей степени изучены для рефлексотерапии (акупунктуры) и гомеопатии (гомотоксикологии).

Гомеопатические препараты, как показывают исследования последних лет, воздействуют на цитокиновую сеть организма и тем самым управляют настройкой иммунологической толерантности. Некоторые препараты обладают понижающим уровнем регуляции эффектом (иммуноингибиторы), а некоторые стимулируют защитные реакции (иммуностимуляторы). Ряд препаратов обладает двумя противоположными видами регуляторного воздействия в зависимости от стадии саморегулирующего волнообразного процесса, на котором находится пациент. Препараты этой группы являются истинными иммуномодуляторами, потому что они способны осуществлять коррекцию в обоих направлениях.

Х. Хайне (2005) считает, что для достижения иммуномодулирующего эффекта путем активизации ТН-3 клеток состав препарата должен содержать протеины в разведениях от 10^{-1} до 10^{-14} (гомеопатических потенциях D1 – D14 – предел действия ингибирующего воспалительного фактора роста – TGF-β). Концентрации, превышающие уровень 10^{-1} с большой вероятностью приведут к выработке лимфоцитов ТН-1 и ТН-2. Молекулярные концентрации протеина 10^{-14} больше не являются достаточно насыщенными, чтобы произвести иммуномодулирующий эффект.

Так установлено, что потенцированные (D2 – D6) субстанции растительного и животного происхождения: *Aconitum napellus*, *Arnica Montana*, *Brionia cretica*, *Chamomilla recutita*, *Rhus toxicodendron* и др. действуют на синтез важного регулятора TGF-β лимфоцитов в культуре цельной крови. В указанных потенциях *Hepar sulfur* способствует синтезу провоспалительных цитокинов TNF-α, TGF-β, IL-10, а *Pulsatilla* – TNF-α, TGF-δ, IL-10 и интерферона – гамма (IFN-γ) (Х. Хайне, 1999).

Имуномодулирующее действие комплексного антигомотоксического препарата Траумель С *in vitro* проявляется в ингибировании провоспалительных медиаторов IL-1b, TNF-α и IL-8. Уровень ингибирования секреции различных медиаторов составлял 70% в отношении IL-1b, 65% – TNF-α, и 50% – IL-8 (Pozozov S. с сотр., 2004).

Для комплексного препарата Энгистол доказаны стимуляция лимфоцитами секреции интер-

ферона-гамма (IFN- γ) на 24% и повышение на 33% активности гранулоцитов (Wagner H., 1986).

При исполнении высоких потенций, которые принимают преимущественно перорально и в очень малом количестве, активируются внутриэпителиальные гамма, дельта Т-лимфоциты слизистой оболочки рта, которые относят к лимфатической ткани, ассоциированной со слизистыми (MALT) (Abbas A. с сотр., 1997).

В свою очередь, они активируют все типы иммунных клеток, которые при развитии соответствующей цепной реакции способны высвобождать цитокины для дальнейшего развития процесса. Кроме того, В-лимфоциты также стимулируются к синтезу иммуноглобулинов, в результате чего возникает целенаправленная иммунная реакция (Х. Хайне, 2008).

Таким образом, лечебные механизмы гомеопатических и антигемотоксических препаратов, составляющих лишь часть методов неконвенциональной медицины, равно как и метод ортодоксальной медицины (фармакотерапия) в конечном итоге направлены на восстановление нарушенного болезнью внеклеточного матрикса.

Занимая 20% массы тела, осуществляя с помощью фибробластов ауторегенерацию, являясь местом «битвы» неспецифического иммунитета, внеклеточный матрикс почти полностью определяет качество жизни клетки, ткани, органа, организма.

Заключение

Исходя из вышеизложенного, можно сделать два важных заключения: о конечном приложении лечебных эффектов методов ортодоксальной и неконвенциональной медицины (терапии) и о возможности сочетания в лечении методов интегративной медицины, основанных на совершенно различных принципах: принципе противоположности и принципе подобия.

Многолетние исследования фармакокинетики различных лекарственных препаратов ортодоксальной медицины, научные изыскания лечебных эффектов гомеопатических и антигемотоксических препаратов привели к выводам, что конечным местом их приложения является внеклеточный матрикс, постоянство состава которого, нарушенное болезнью, восстанавливается с помощью регулирующих нервных, эндокринных и иммунных процессов, в которых важную роль играют местные активаторы – цитокины. Отсюда понятна задача врача: изучив лечебные механизмы различных методов ортодоксальной и неконвенциональной терапии, использовать оптимальные их комбинации для восстановления здоровья конкретного пациента.

Представленные сведения об особенностях методов ортодоксальной и неконвенциональной медицины, свидетельствуют о возможности их совместного использования в терапии различных патологических состояний. В пользу данного положения можно привести этиологическую терапию, относящуюся к методам ортодоксальной медицины, направленную на устранение, как правило, «внешней» причины заболевания и методы неконвенциональной медицины, обращенные «внутрь» организма на активизацию его защитных адаптивных механизмов. Подобные сочетания не только актуальны, но и возможны.

Ежегодные научные симпозиумы и конференции, проводимые Российским научным центром восстановительной медицины и курортологии, Федеральным научным клинико-экспериментальным центром традиционных методов диагностики и лечения, Ассоциацией специалистов восстановительной медицины (АСВОМЕД), Московским гомеопатическим центром (МГЦ) и др. организаций все в более возрастающем объеме знакомят практических врачей с примерами интегративного (сочетанного) использования как в лечении, так и в медицинской реабилитации и профилактике заболеваний методов ортодоксальной и неконвенциональной медицины. Это, означает что **медицина XXI века приобретает новую парадигму, становясь медициной интегративной.**

ГЛАВА II.

СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Живой организм, как часть природной среды, находится под воздействием законов всеобщего развития:

- закона перехода количественных изменений в качественные;
- закона единства и борьбы противоположенностей;
- закона отрицания отрицания;
- закона гармоничного развития.

С одной стороны, внутренняя и оружающая организм внешняя среда находятся в диалектическом взаимодействии и под воздействием этих законов.

С другой стороны, и внутренняя среда организма находится под воздействием этих же универсальных законов всеобщего развития. Механизм действия этих законов на процесс гармоничного функционирования организма не является предметом рассмотрения данного Пособия. Но, в то же время, очевидным является необходимость диалектического (системного) подхода при рассмотрении стратегии и тактики лечебного процесса в интегративной терапии заболеваний.

Необходимо отметить, что организм является целостностью взаимообусловленных, взаимодействующих и взаиморазвивающихся составляющих, для функционирования которых необходимо выполнение функций координации, контроля и регулирования.

В живом организме в диалектическом взаимодействии находятся два процесса:

- ***стабильность (постоянство) гомеостаза в данный момент времени;***
- ***изменчивость (отклонения) гомеостаза в течении времени.***

Гармоничное развитие организма осуществляется во взаимодействии этих двух процессов (функций) гомеостаза. При этом, в процессе функционирования живого организма, коридор изменения его констант (показатель здоровья) достаточно ограничен и находится под воздействием этих процессов: с одной стороны – постоянства гомеостаза, а с другой – отклонения гомеостаза в пределах определенных допусков, что позволяет доминировать процессам развития с сохранением постоянства констант в поле допустимости констант гомеостаза.

Функционирование организма является сложным системным процессом, происходящим на пяти уровнях регуляции деятельности организма (Рис. 7).

I. УРОВЕНЬ РЕГУЛЯЦИИ ГОМЕОСТАЗА заложен в генетической программе любой клетки, в генах ее ядра. Каждая автономная (кровь) или тканевая (клетки органов) клетка обладает множеством приспособлений – рецепторов, которые регулируют процессы питания и дыхания клетки, ее защиты, энергопотребления, воспроизводства и т.д. Эти ***МЕМБРАННЫЕ РЕЦЕПТОРЫ*** столь тонко специализированы, что воспринимают и реагируют лишь на адекватные им сигналы.

Генетическая программа организма выполняется очень четко: не случайно, начиная от докембрийского периода (период зарождения жизни на земле), концентрация солей во внеклеточной жидкости сохраняется стабильной и приближается к концентрации солей в мировом океане, где в процессе филогенеза и возникла структура клетки.

II. УРОВЕНЬ РЕГУЛЯЦИИ ГОМЕОСТАЗА – надклеточный, создается ***ГОРМОНАМИ ЭНДОКРИННЫХ ЖЕЛЕЗ***, которые, поступая в кровь, влияют на деятельность через специальные рецепторы чувствительных к ним клеток. Паращитовидные железы контролируют концентрацию солей фосфора и кальция; натрий и калий регулируется надпочечниками. Эти свойства не изменяются в течение всей жизни. Деятельность других эндокринных желез имеет большую свободу режима. Но есть отдельные железы внутренней секреции, координирующие деятельность всех прочих. Это как бы пульт их управления – гипофиз.

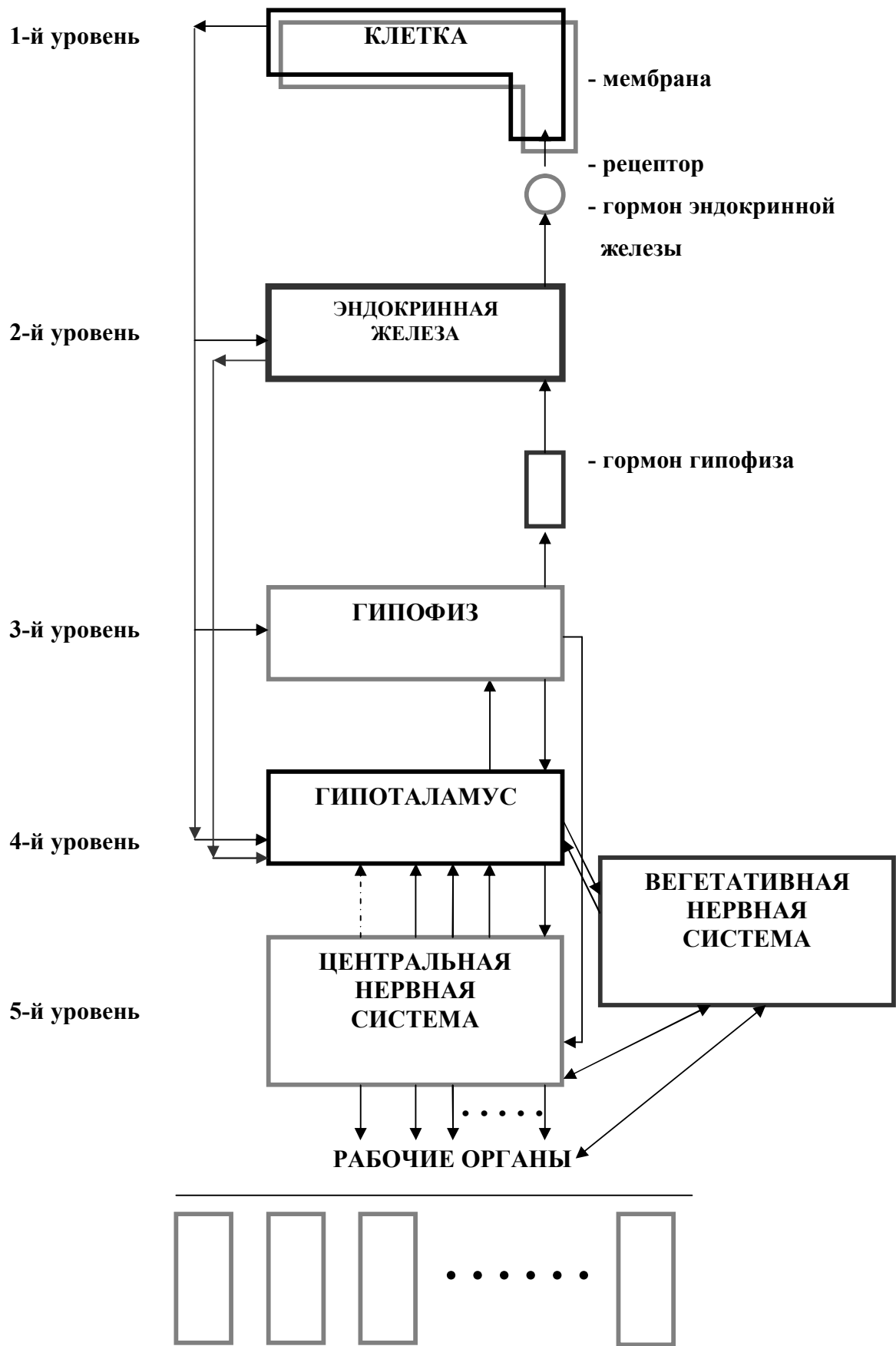


Рисунок 7. Схема многоуровневой регуляции деятельности организма (по В.М. Дильману)

Он находится в глубине черепной коробки на собственном костном ложе – турецком седле. Такое глубокое и защищенное месторасположение свидетельствует об особой важности этой же-

лезы внутренней секреции. Гормоны гипофиза образуют эндокринные тракты: гипофиз – надпочечники; гипофиз – поджелудочная железа и т.д., – регулируя, тем самым, деятельность всех желез внутренней секреции.

III. УРОВЕНЬ РЕГУЛЯЦИИ ГОМЕОСТАЗА осуществляет **ГИПОФИЗ**. Однако, характер его взаимодействия с составляющими организма и расположение делают его слепым по отношению к органам чувств и бесконечно разнообразным внешним влияниям.

IV. УРОВЕНЬ РЕГУЛЯЦИИ ГОМЕОСТАЗА осуществляет **ГИПОТАЛАМУС**, являющийся посредником между этими процессами, и таким образом, составляющей мозговой структуры, называемой порой вторым мозгом. Возникнув в филогенезе ранее центральной нервной системы, гипоталамус сочетает в себе структуру и функции, как нервной системы, так и эндокринной железы. Структура гипоталамуса – типично нервные клетки с их отростками – нейронами, сетью распространяющимися на все отделы нервной системы.

Эта сеть, с одной стороны позволяет получать и регулировать информацию от любого участка организма, в том числе от органов чувств. С другой стороны, функционально гипоталамус – типично эндокринная железа, образующая и выделяющая гормоны.

Являясь гибридом нервной и эндокринной составляющих организма, гипоталамус фильтрует и преобразовывает быстродействующие сигналы внешней среды в медленно протекающие адекватные этой информации и понятные организму реакции эндокринных желез. Гипофиз при этом не дублирует деятельность гипоталамуса, но создает оптимальные для его деятельности условия.

V. УРОВЕНЬ РЕГУЛЯЦИИ ГОМЕОСТАЗА – ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА, в которой сигналы внешней среды преобразуются органами чувств в сигналы для мозга, а те, в свою очередь – в сигналы для гипоталамуса.

Особая эндокринная железа – эпифиз – также находящаяся в мозгу – изменяет чувствительность (соответственно - и качество ответа) гипоталамуса к гормонам других желез внутренней секреции. Сигналы мозга, преобразуясь в гипоталамусе, по типу обратной связи фильтруются и поступают к рабочим органам в виде особых гипоталамических посланий

В 60-е годы прошлого столетия многочисленные научные изыскания подтвердили, что гипоталамус – основной и главный координатор и регулятор деятельности организма и, прежде всего, деятельности, протекающей без участия сознания и воли.

Механизм регуляции, разделяющий функции центральной нервной системы (сознание, воля, характер, интеллект и т.д.) и гипоталамуса (бессознательные и автоматические функции) есть механизм гибкой адаптации, предохраняющий организм от перегрузок.

На уровне гипоталамуса – гипофиза, минуя ЦНС, координируются такие процессы, как рост и развитие, репродукция, деятельность щитовидной железы (гормоны гипофиза тиреотропины), надпочечников (кортикотропины), молочных желез (пролактины).

Вместе с ретикулярной формацией мозга гипоталамус контролирует центры сна, эмоций, теплопродукции и терморегуляции, сердечный ритм и сосудистый тонус, водный баланс, автоматическую деятельность желудочно-кишечного тракта, а через вегетативные центры – артериальное и венозное давление, дыхание, трофику, лимфоток. Таким образом, гипоталамус – высший орган защиты, адаптации и постоянства гомеостаза.

Однако, постоянство внутри любой среды препятствует ее развитию. Так возникает диалектическое противоречие между необходимостью стабильности гомеостаза в весьма узком коридоре констант и жизненных перемен, отклонений, являющихся источником развития.

Закономерность необходимых отклонений гомеостаза для развития среды функционирования является диалектическим процессом существования и развития живой биологической системы – человеческого организма, что реализуется при наличии 3-х основных свойств организма:

1. Обмена веществ с потреблением воздуха, воды и пищи, дающих энергию для поддержания структуры и функций различных органов и организма в целом.
2. Способности к адаптации в экологической среде обитания.
3. Способности к размножению, обеспечивающему сохранность вида.

Все эти свойства и функции организма обеспечиваются гипоталамусом, деятельность которого направлена как на реализацию процесса стабильности гомеостаза, как основы существования, так и на реализацию процесса отклонения гомеостаза, как основы развития. Поистине гипоталамус - это чудо природы и трудно вообразить, что этот комплексный и многофункциональный механизм – всего лишь продукт простой эволюции.

В процессе развития вышеуказанные свойства организма изменяются – увеличивается

энергопроизводство и энергопотребление, усиливается репродуктивная способность, растут адаптационные возможности, достигая максимума к 20-25 годам.

Какие бы константы, характеризующие указанную закономерность ни анализировались, их динамика универсально укладывается в следующую графическую модель, например характеризующую динамику репродуктивной функции мужчины и женщины (Рис. 8).

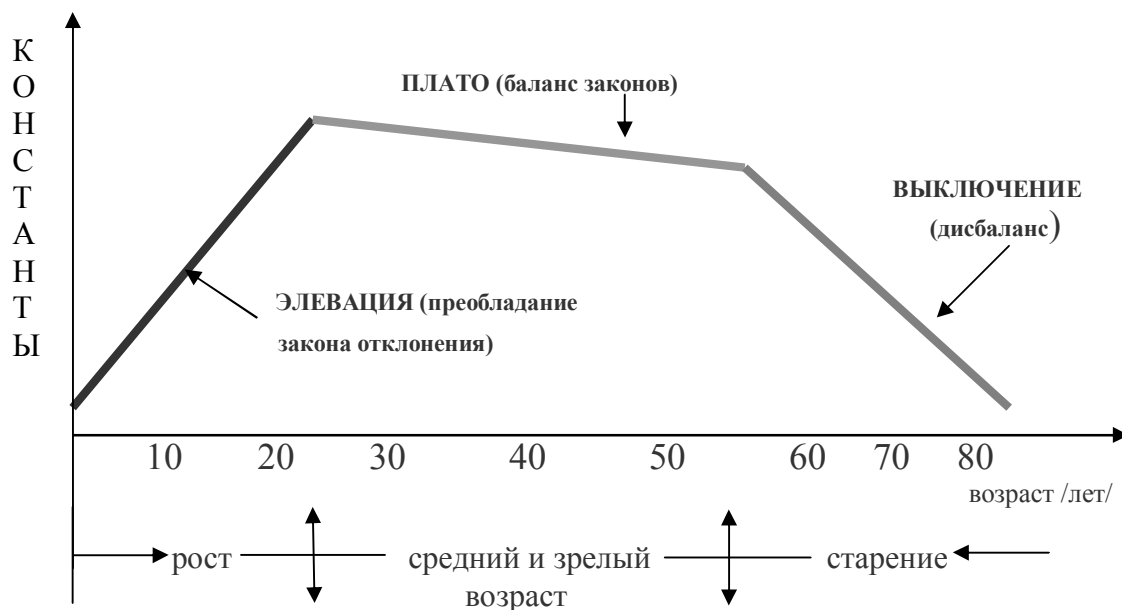


Рисунок 8. Динамика репродуктивных функций

На определенном этапе развития организма, вследствие внешних и внутренних процессов (особенно стрессовых), возникает напряжение адаптационных составляющих организма. Для исключения их перегрузки, генетически заложена программа снижения чувствительности гипоталамуса к сигналам внутренней и внешней среды.

Этот процесс всегда двухэтапный для любой составляющей организма: вначале функциональное и органическое возрастание, усиление мощи и силы (например, возрастная гипертрофия миокарда), а затем перегрузка и снижение функциональных и органических возможностей отдельных составляющих организма – полное выключение (например, репродуктивной функции).

Этот универсальный процесс старения, угасания, выключения, который всегда и для любой составляющей организма реализуется через нарушение гармонии, баланса, разрегулирование, нарушение динамических соотношений в реализации процессов стабильности и отклонения гомеостаза.

Как для каждого биологического вида, так и для каждого индивида существуют Большие биологические часы, скорость их хода и длительность индивидуального функционирования определяются балансом двух основных составляющих процесса гомеостаза, обеспечивающих координацию, контроль и регуляцию составляющих организма.

Таким образом, причиной естественной смерти живых организмов (эта закономерность универсальна для всех видов) является нарушение координации, контроля и регуляции жизнеобеспечения.

Учитывая, что любая болезнь – это отклонение адаптационных процессов, то болезни старения организма также протекают двухэтапно: через усиление, увеличение функций и структуры к дальнейшему ослаблению и угасанию.

Именно здесь, на границе процессов развития и старения, находится неисчерпаемый источник оптимизма и деятельности медицины лечебной и профилактической, возможность замедления индивидуальных Больших биологических часов; и если не реализации программы бессмертия, то, по крайней мере, реализации индивидуальной, генетически обусловленной программы долголетия.

В настоящее время данная программа воспроизводится крайне редко, вследствие опережающего наступления периода разрегулирования процессов жизнеобеспечения: стабильности и отклонения гомеостаза. Глубокое изучение процессов жизнеобеспечения - это кладезь знаний и

открытий причин патогенеза и индивидуальной динамики болезней регулирования и на этой основе обеспечение предупредительной и лечебной терапии этиологически обоснованной, надежной и безвредной.

Однако, современная стратегия лечения болезней, в том числе регуляция болезней старения, далеко не всегда соотнобразуется с двумя вышеуказанными процессами гомеостаза.

Лечение по большей части является симптоматическим, не учитывает цепи изменений, индивидуально возникающих в организме в связи с разбалансированием координирующих функций, через использование синтетических лекарственных средств, занимающих $\frac{3}{4}$ лечебного поля, которые по своему составу не органичны человеческой природе.

Возникшие в результате тысячелетнего филогенеза человеческого вида ферменты, гормоны и иные биологически активные вещества предназначены для ассимиляции адекватных им продуктов из пищи, воды, воздуха. В длительном периоде филогенеза не было и нет сигналов от новых, ежедневно увеличивающихся в количестве синтетических соединений, а значит, отсутствуют в организме средства для их ассимиляции.

Более того, эпидемия лекарственных болезней ширится не случайно: повсеместное увеличение числа нозологических и хронических форм заболеваний свидетельствует о том, что сама стратегия такого лечения порочна: насыщая организм все большим числом синтетических соединений, мы грубо изменяем константы его существования.

Не в этом ли заключены причины глубокого кризиса современной медицины, когда все более сложные методы и способы лечения не только не способствуют оздоровлению и долголетию человечества, но и создают условия для развития все более опасных заболеваний, перед которыми человечество оказывается бессильным.

Выход из этого тупикового состояния очевиден и он лежит в направлении обеспечения более глубокого изучения процессов жизнеобеспечения и гомеостаза организма, находящихся в диалектическом взаимодействии с внешней средой и под воздействием законов всеобщего развития.

По всей вероятности, только с этих позиций следует рассматривать стратегию терапии заболеваний и тактику индивидуального лечения. При этом совершенно необходимо учитывать, в каком индивидуальном периоде находится данный человек – периоде роста и развития и преобладания процессов отклонения или периоде уравнивания и преобладания процессов стабильности гомеостаза или периоде разрегулирования, выключения, старения.

В связи с этим нет, и не может быть застывших схем лечения групп заболеваний, ведь даже для одной нозологической единицы – это должен быть всегда индивидуальный план лечения с учетом содействия, а не противодействия двуединому процессу гомеостаза.

В этой связи является обоснованным применение динамической матрицы лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний (Табл. 4), некой подвижной, легко варьирующейся системы терапии, куда с учетом индивидуальных особенностей возраста и течения заболевания пациента включаются необходимые средства и методы, гармонизирующие индивидуальные константы гомеостаза.

При использовании медицинских методов, указанных в динамической матрице предпочтительнее средства натурального ряда, ингредиенты к которым у человека (филогенетически и в онтогенезе) выработаны и существуют средства, для ассимиляции, а не отторжения лечебных препаратов.

Количество средств всегда, особенно при длительном лечении, должно быть минимальным, в противном случае они непредсказуемо будут тормозить или парадоксально изменять конечный результат лечения. Полипрагмазия становится все более распространенным явлением и отдаленные ее результаты также непредсказуемы.

Поэтому является обоснованным следование тактике мудрых китайских врачей: не отвергая возможностей аллопатической медицины, они предпочитают применение химических лекарств только в острых жизненно опасных ситуациях и только на короткий срок (2-5 дней), а длительные и хронические болезни лечат особыми видами натуральных препаратов, пищевых продуктов, специальными лечебно-физкультурными комплексами, традиционными средствами китайской физиотерапии – иглоукалыванием, прижиганием, массажем.

Выход из современного кризиса терапевтической медицины находится на пути интеграции различных методов и лечебных средств, на пути использования сильнодействующих синтетических аллопатических медикаментов только в экстремальных случаях и при рецидивах хронических патологий, но достаточно короткое время; и длительного применения адекватных человеческому организму средств гомеопатии и натуропатии.

В качестве постоянных или пожизненных лекарств при хронически-рецидивирующей и пожизненной патологии (сердечно-сосудистой, эндокринной, обменной и т.д.) наилучшим является использование современной гомеопатии с ее безопасными, не вызывающими осложнений и эффективными многокомпонентными гомеопатическими препаратами. Такое лечение не только высоко результативно и доступно любым возрастам и социальным слоям, но используется с учетом, а не вопреки, действию двуединого процесса гомеостаза.

Предложенные специалистами ОАО «Холдинг «ЭДАС» и применяемые в амбулаторных и стационарных условиях схемы интегративной терапии, позволяют на практике реализовать рекомендованный Гиппократом двуединый подход к терапии и добиться высокой эффективности лечения при снижении его длительности и повышении безопасности.

Программа терапии разработана для взрослого человека, находящегося в периоде «плато» (в среднем и зрелом возрасте), т.е. на этапе уравнивания и гармоничного баланса процесса стабильности и отклонения гомеостаза (Рис. 8).

Если пациент пребывает в периоде преобладания процесса отклонения гомеостаза вследствие возраста или иных причин, а тем более в периоде дисбаланса, разрегулирования гомеостаза, то, в зависимости от уровня соответствующих констант, необходима коррекция предлагаемых схем терапии.

Динамическая матрица позволяет использовать любой вариант терапии: монологичное по стандартам медицинской помощи; монотерапию только гомеопатическими комплексами; интегративную терапию с применением сильнодействующих аллопатических препаратов в начале лечения, с постепенным снижением суточных и курсовых дозировок и переходом на оптимальное сочетание аллопатического и гомеопатического лечения (табл. 4).

На этапе терапии острого или обострения хронического заболевания – этапе непосредственной борьбы с симптоматикой – помимо стандартных препаратов в программу интегративного курса включается комплекс гомеопатических средств. В него входят специфические препараты (обезболивающие, противовоспалительные, спазмолитические, растительные антибиотики и др.), но одновременно и детоксицирующие, улучшающие дренажные и антитоксические функции организма, а также антистрессовые препараты для ликвидации симптоматики стресса, неизбежно возникающей при заболевании или являющейся основной причиной болезни.

Особым преимуществом такой методики является возможность одновременного (а не последовательного, как при аллопатическом лечении) применения детоксикационной, антистрессовой и специфической терапии. Здесь не возникает противоречий и осложняющей лечение полипрагмазии: установлено, что для усвоения каждого из гомеопатических препаратов на мембранах клеток имеются свои, сугубо специфические рецепторы и смешивания волновых (колебательных) характеристик компонентов гомеопатических лекарств в организме не происходит.

Обычно лечение острых состояний проводится не более 3-4 недель. По миновании острой симптоматики начинается следующий этап терапии – медицинской реабилитации.

В соответствии с рекомендациями профессора Ю.М. Левина в этом периоде, как и на I этапе (острой терапии) при необходимости следует продолжить эндолимфатическое лечение – стимуляцию или замедление лимфодренажа в зависимости от индивидуального течения заболевания и особенностей конституции больного.

Предложенные Ю.М. Левиным левинасан, пекциком и другие растительные и синтетические препараты в сущности выполняют роль сорбентов, при которых основной химический препарат может нейтрализовываться, потому эндолимфатическое лечение необходимо проводить последовательно (опережающе или дискретно) по отношению к основному химическому или другим основным препаратам.

Таблица 4

**Принципиальная структура динамической матрицы лечения,
медицинской реабилитации и профилактики заболеваний**

Этапы	ЛЕЧЕНИЕ				РЕАБИЛИТАЦИЯ			ПРОФИЛАКТИКА				
	Аллопатическое	Гомеопатическое			Аллопатическая	Гомеопатическая	Безлекарственная	Гомеопатическая	Безлекарственная			
Методы	Эндолимфатическая терапия	Симптоматическая терапия	Детоксикация конституциональная	Антистрессовое	Специфические комплексы	Симптоматическая терапия	Нозологические комплексы	Витаминно-минеральные комплексы	Диета, лечебные минеральные воды, ФТЛ, ЛФК, санаторно-курортная	Лимфодренаж, другие виды дренажа	Метаболическая (минеральные добавки, поливитаминные комплексы)	Диета, столовые минеральные воды, режим, ЛФК, физиотерапия, рекреации
	Симптоматическая терапия											

На этапе реабилитации врач может выбрать наилучшую и наиболее безопасную программу длительного – иногда до полугода – лечения. Как и в I периоде, это может быть только применение лечения синтетическими препаратами, но с опережающей эндолимфатической схемой, либо монотерапия гомеопатическими комплексами.

В этом периоде детоксикации обычно уже не требуется, если она проводилась на I этапе лечения. Помимо средств специфического лечения, в лечебный курс включаются препараты, влияющие на метаболические процессы, гармонизирующие гомеостаз в соответствии с возрастом, этапом индивидуального развития и состоянием жизнеобеспечивающих составляющих организма, которые всегда нуждаются в коррекции уровня констант. Именно здесь закладывается основа сбалансированного гомеостаза.

Наилучшим регулятором этого баланса выступают, кроме гомеопатических, микроэлементно-витаминные комплексы, а также определенные пищевые добавки. На этом этапе велика и роль безлекарственных форм лечения: сбалансированной диеты, специально подобранных лечебно-физкультурных программ, физиотерапевтических методов и средств, в том числе массажа, мануальной терапии, иглоукалывания и т.д.

Последовательное ведение больного с хронической патологией потребует проведения III этапа – гармонизации организма на основании профилактических мероприятий. В этом случае речь идет уже о вторичной профилактике, то есть предупреждении рецидива хронической патологии, впрочем, эти же меры служат и первичной (риск возникновения) профилактике.

В этом III периоде реализации интегративных схем, когда симптоматики нет или она незначительна, нет и необходимости в острых мерах и потому целесообразность применения синтетических спазмолитиков, противовоспалительных и других аллопатических препаратов отсутствует. Именно в этот период, при слабых редких проявлениях основного заболевания, можно назначать специфические гомеопатические средства в профилактических дозировках (1/2 – 2/3 суточной дозы), а также метаболические комплексы в виде пищевых добавок, содержащих витамины, микроэлементы, адаптогены.

В этом периоде рекомендуется повторять детоксикацию 2-4-недельными курсами 3-4 раза в году, применив конституциональные гомеопатические комплексы лимфодренажного или гепатопротекторного характера. На этом этапе также целесообразны нелекарственные методы – диета, ЛФК, физиотерапия, рекреации, санаторно-курортное лечение и т.д.

Анализ эффективности таких интегративных схем терапии, разработанных в соответствии с динамической матрицей, проводился и продолжает проводиться специалистами компании «ЭДАС». Исследования осуществляются открытым сравнительным методом с использованием случайной выборки и формированием 3-х групп наблюдения. При этом анализируются: патогенез, особенности индивидуального течения, клиника, динамика субъективных (боль, ограничение движений и т.д.) и объективных (показатели крови, мочи, общего состояния здоровья и т.д.) критериев.

В процессе по-недельного наблюдения изучается динамика разрешения острой симптоматики и основного процесса, переносимость и осложнения лечения, отдаленные его результаты. Каждое такое наблюдение проводится 4-6 недель с последующим полугодовым контролем в группах числом 20-30 человек, идентичных по полу, возрасту и клинике поражений.

Оценка со статистической обработкой 10-14 показателей показала, что сроки нормализации показателей в группах гомеопатического лечения сокращаются от 2-х до 3-х суток по сравнению с контрольной, а срок купирования острой симптоматики при обострении уменьшается в сравнении с контрольной от 3-х до 5-и суток.

Сравнение эффективности гомеопатической монотерапии с интегративной программой (гомеопатия + аллопатия) свидетельствует о статистически достоверном преимуществе последней.

Положительная динамика специфических и общих (слабость, снижение работоспособности, нервозность, депрессия, нарушение сна и т.д.) показателей здоровья позволяют в период наблюдения либо отменить, либо в 2-3 раза снизить дозу аллопатических препаратов без негативного влияния на длительность и успех терапии при уменьшении риска осложнений.

Это особенно важно при применении токсичных, гормональных синтетических препаратов и антибиотиков: например, при лечении с применением L-тироксина, кортикостероидов, антибиотиков широкого спектра, НПВП. Так, неспецифические противовоспалительные средства, широко применяемые при гипертонической болезни, ИБС, атеросклерозе, артрозо-артритах вышли на первое место по числу и тяжести лекарственных осложнений в последнее время.

В ряде исследований использовалась медикаментозная схема плавного перевода пациентов со стандартной на гомеопатическую терапию на завершающем этапе лечения или в периоде реабилитации после рецидива хронического заболевания. Это оказалось особенно эффективно при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, хронических – особенно гипоацидных – гастритах и гастродуоденитах, при гипотиреозе, сахарном диабете II типа, хронических колитах.

Одним из объективных критериев оценки сочетаемости аллопатических и гомеопатических средств является специальное тестирование. В центре интегративной медицины компании «ЭДАС» это исследование является обязательным, особенно при первом назначении препаратов.

Данные исследования проводятся на амбулаторном консультативном приеме модифицированным методом электропунктурной диагностики на аппарате «ЮПРАНА-ЭДАС-тест» (автор – Г.А. Юсупов) и позволяют осуществить не только индивидуальный подбор совместимых препаратов, но и контролировать динамику чувствительности пациентов к применяемым лекарственным средствам.

Многолетние наблюдения терапии, с использованием предлагаемых интегративных схем, свидетельствует об их хорошей переносимости и безопасности, ускоренных сроках наступления ремиссии.

Исследование констант организма позволяет утверждать, что интегративные (сочетанные) схемы лечения и медицинской реабилитации восстанавливают гомеостаз, приводят в гармоничные взаимоотношения возрастные показатели стабильности и отклонений гомеостаза, являются адекватными природе человеческого организма, а также способствуют нормализации регулирующей деятельности и координирующих гомеостаз составляющих организма: от уровня клеточных элементов до уровня нервно-психической составляющей.

Именно общерегулирующее действие гомеопатических комплексов является определяющим при реализации схем интегративной терапии, в соответствии с динамической матрицей лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний.

ГЛАВА III

ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ – СОСТАВЛЯЮЩАЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Современный этап развития человечества ознаменовался значительными успехами научной и практической медицины, но при этом мы все еще находимся в поиске путей реализации генетической программы долголетия.

Различные эликсиры жизни, бессмертия, новейшие электронные и лазерные технологии, периодически объявляемые панацеей, не могут помочь преодолеть барьер продолжительности жизни в 70-80 лет.

С закономерной неизбежностью уже с 50-летнего возраста у современников нарастают деструктивные изменения в органах и тканях и, вопреки генетической программе, рассчитанной на 120-140 лет, даже до векового возраста доживают единицы.

Что мешает реализации программы генетически запланированного долголетия и почему неуклонно и повсеместно нарастает число нозологических и хронических форм заболеваний?

Ни уровень жизни, ни средства, вкладываемые в развитие медицины, фактически не изменяют вышеуказанных тенденций. По-видимому, в условиях существования современной популяции возник комплекс внутренних и внешних причин, ухудшающих качество и укорачивающих срок жизни человека.

Современный этап развития человечества характеризуется следующими наиболее значимыми факторами:

Во-первых: агрессивная экология – наличие запредельных концентраций токсинов в воздушном и водном бассейнах, химически измененная пища и неадекватные природе человека лекарственные средства, ассимиляция которых вызывает последовательно - напряжение, утомление и деструкцию метаболических структур и органов.

Ведущим фактором здесь являются оксиды – вещества, содержащие сверхактивные кислородные молекулы, повреждающие клеточные мембраны и потому представляющие собой один из важнейших элементов возрастной деструкции и онкопатологии.

Свободные радикалы – обязательные участники метаболических процессов. Они в избыточном количестве воспроизводятся в организме и поступают в него при наличии токсинов во внешней среде, пище, лекарствах и в др. жизненно необходимых компонентах существования.

Во-вторых: губительно действуют на структуры генетического аппарата человека, животных, растений различного рода излучения: радиационные, ультра- и инфразвуковые, электромагнитные и прочие, столь характерные для современной цивилизации и особенно актуальные в больших городах.

При этом введение новых видов коммуникаций неизбежно увеличивает число этих опасных излучений и прямо воздействует, минуя защитные барьеры, на структуры коры головного мозга. Реальной массовой защиты от воздействия излучений не существует.

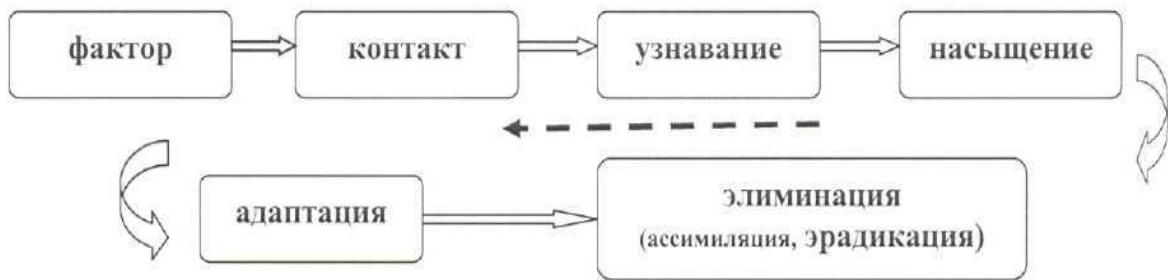
В-третьих: острые, и в особенности хронические стрессовые ситуации, являющиеся неизменным атрибутом жизни современного человека в условиях большого скопления людей – городах и крупных поселениях. Само по себе ограничение жизненного пространства – в транспорте, в густо заселенных многоэтажках, на улицах – вызывает состояние хронического утомления, усталости, истощает иммунную и другие защитные системы организма.

В-четвертых: в России, с ее низким уровнем жизни основной массы населения, значительными социальными, экономическими и демографическими событиями последних десятилетий, хроническое утомление, в т.ч. его психологические аспекты, стали всеобщими. Неудовлетворенность настоящим, неуверенность в будущем, ощущение нестабильности, неадекватности, ненужности и одиночества – в особенности характерные для поколений среднего и старшего воз-

раста – разрушают механизмы психологической защиты организма, несут невиданное ранее количество психосоматических болезней.

Небывалое в истории загрязнение внешней и внутренней среды организма во второй половине XX в. за счет значительного числа новых токсикантов, губительно влияет на здоровье человека. Это привело к изменению соотношения острой и хронической патологии: в начале XX века оно составляло 70:30, в начале XXI века – 30:70.

К настоящему времени превышение безопасного уровня концентрации во внешней среде бактерий, вирусов, химических и радиационных факторов, по утверждению академика В.П. Казначеева, привело к возникновению «эндоэкологического омута». Физиологический процесс среды адаптации можно представить следующим образом (Рис. 9).



то патологический процесс эндоэкологического омута выглядит следующим образом:



Рисунок 9. Процесс среды адаптации

Во внутренней среде организма человека, животных и растений происходит такая концентрация токсических веществ, которая разрушает барьерные («таможенные») функции гематоэнцефалических структур, сосудов, интерстициальных секторов защиты от прессинга внешней среды. Возник порочный, все более распространяющийся тип метаболизма. Возникновение и закрепление в организме симптомов эндоэкологической травмы приводит в следующих поколениях к накоплению такой симптоматики по типу генетического дефекта. Это формирует новые, более низкие уровни защитного барьера к возникновению утомления и последующего развития патоло-

гии жизненно важных процессов беременности, роста и взросления, старения.

В корне меняется рейтинг, патогенез и прогноз наиболее актуальной патологии. Во внутренних средах организма (вне зависимости от возраста) нарушаются взаимоотношения и взаимодействие бактериально-вирусных ассоциаций кожи, легких, кишечника, мочеполовых путей.

Защитные факторы под влиянием токсической сверхнагрузки в корне меняют характер своего действия и из средств охраны и защиты превращаются в факторы аутоагрессии. Отсюда – рост аутоиммунных, метаболических, опухолевых заболеваний. Вследствие дестабилизации контролирующих функций иммунной, эндокринной и иных защитных систем, организм теряет способность удерживать и ассимилировать жизненно важные микроэлементы, витамины, гормоны, это – по терминологии В.П. Казначеева – ведет к генетическому дефолту.

«Экологический террор», независимо от материальной обеспеченности, социального положения, жизненного уровня человека, изменяет его физическое, социальное и общественное здоровье, возрастают заболеваемость, рождение генетически дефектного потомства, увеличивается смертность.

Многие устоявшиеся базовые схемы и методы лечения хронических и острых заболеваний становятся либо неэффективными, либо - что наиболее опасно - дают извращенный, непрограммируемый результат терапии.

Стремительно растет уровень лекарственных болезней. Страдают интеллект, трудоспособность, репродуктивный потенциал популяции. Изменяется сама структура заболеваемости, требующая гибкого изменения системы организации здравоохранения.

Разрешение эндозкологических проблем современного человека затрудняется еще и тем, что накопление токсических веществ в организме происходит в труднодоступных для воздействия секторах организма – межклеточном пространстве и лимфатической системе, накапливающих от 83 до 86% токсинов.

Известно, что основные метаболические процессы протекают во внесосудистом - интерстициальном и лимфатическом русле, именно здесь накапливаются и внесосудистым гуморальным транспортом разносятся по всему организму наиболее важные метаболиты и токсиканты.

Практика показала, что реальный шанс сохранить здоровье - это воздействовать на систему внесосудистого гуморального транспорта – интерстиций и лимфатическую систему, анатомически связанные между собой секторы организма.

Расстройства этого сектора характеризуются следующими отклонениями:

- Нарушение (уменьшение или увеличение) поступления тканевой жидкости в интерстиций и (или) из него в лимфатическое русло.
- Изменение (уменьшение, увеличение) двигательной активности лимфатических сосудов.
- Ограничение или прекращение проходимости лимфатических сосудов.
- Изменение реологии и вязкости тканевой жидкости и лимфы.
- Ослабление действия факторов, стимулирующих транспорт лимфы, (сократительная функция мышц, кровеносных сосудов, диафрагмы, кишечная перистальтика и др.).

Патология этих составляющих организма может быть общей, региональной или неадекватной потребностям:

1. Общее нарушение лимфобразования и внесосудистого гуморального транспорта (ВГТ) возникает при тяжелых отравлениях, интоксикациях, острых или хронических заболеваниях, кровопотере, гемотрансфузиях. Эти факторы тормозят или стимулируют лимфодренаж.

2. Региональные нарушения ВГТ происходят при воспалении, тромбозе, некрозе, инфаркте.

3. Неадекватность потребностям имеет место при необходимости усиления или уменьшения лимфодренажа пораженного органа, а организм эти потребности удовлетворить не может.

Управление ВГТ дает возможность санировать внутренние среды и нормализовать метаболизм. Созданная и успешно внедряющаяся в различных лечебных и рекреационно-оздоровительных учреждениях система детоксикации Ю.М. Левина позволяет на клеточно-организменном уровне санировать среду обитания клеток.

«Коррекция нарушений, возникающих в лимфатической системе при различных заболеваниях, оптимизация ее неадекватных функций, являются важными условиями общей терапии» утверждает Ю.Ф. Исаев. В настоящее время разработаны способы воздействия на лимфодренаж с

помощью различных синтетических лекарств, растительных препаратов, гомеопатии и физиотерапии.

Эндолимфатическая терапия решает следующие задачи:

- Создает в лимфосистеме и тканевой жидкости более высокую, недостижимую при обычном лечении, концентрацию лекарственных веществ.
- Повышает концентрацию и удлиняет действие лекарственных препаратов в тканях патологического очага.
- Уменьшает токсичность лекарственных средств, их разовые и курсовые дозы.
- Усиливает обезболивание.
- Увеличивает прохождение препаратов через гемато-энцефалический барьер.

Доказано, что стимуляция лимфодренажа способствует удалению из тканей метаболитов и экзогенных токсикантов. Одновременно с этим торможение лимфодренажа уменьшает поступление и разнос по организму с лимфой злокачественных и патогенных клеток, поэтому лимфоблокада с успехом используется для уменьшения и предупреждения метастазирования.

Лимфотропное введение иммуномодуляторов дает более выраженный, чем при других способах введения, иммуностимулирующий эффект, стимулирует показатели клеточного и гуморального иммунитета.

Стимуляция лимфодренажа кишечника оптимизирует процесс лимфоэнтеросорбции при острых экзо- и эндотоксикозах.

Влияние на ВГТ осуществляется приемом лимфомодулирующих, дренажных лекарственных средств химикофармацевтического профиля (Детралекс, Трентал, Мексидол, Флебодия и др.), сборов лекарственных трав, гомеопатическим и физиотерапевтическим воздействием.

Принимая во внимание особенности гомеопатических многокомпонентных комплексов, специфическое и неспецифическое действие гомеопатических препаратов, воздействие гомеопатических средств на восстановление гомеостаза и гармонизацию процессов жизнеобеспечения, отсутствие каких-либо побочных аллергических или токсических эффектов, перспективным является эндолимфатическая терапия с применением многокомпонентных гомеопатических средств в сочетании с микроэлементно-витаминными композициями.

Удобные лекарственные формы (капли, гранулы, драже и др.), гармоничное сочетание в отдельных комплексах средств сорбирующего, дренажного, лимфогонного и иммуномодулирующего действия, делает необходимым atraumaticное применение гомеопатических комплексов «ЭДАС», как средств эндозоологического воздействия при острых и хронических заболеваниях в условиях поликлиники, стационара, санатория.

Глава IV.

СХЕМЫ ИНТЕГРАТИВНОЙ (СОЧЕТАННОЙ) ТЕРАПИИ: профилактика, лечение, медицинская реабилитация

Актуальность и возможность развития интегративной медицины на современной научной и доказательной базе как комплексной медицинской системы гармоничного сочетания достижений конвенциональной (официальной) и комплементарной (альтернативной) медицины становится более и более очевидной в XXI веке.

Организм человека во взаимодействии с внешней средой является целостной системой, которая характеризуется взаимообусловленностью, взаимодействием и взаиморазвитием ее составляющих. Рассмотрение составляющих организма, как совокупности его внутренних систем с позиций диалектики, является необоснованным.

Интегративная медицина – объективный вектор развития современной медицины – пока еще делает начальные шаги, направленные на выявление и применение схем (программ) соче-

танной терапии с использованием как методов и средств конвенциональной, так и комплементарной медицины.

Главное назначение интегративной медицины – это прогнозирование и комплексное воздействие на причинно-следственные процессы в организме с целью сохранения гармоничного состояния гомеостаза и, таким образом, обеспечения перехода от «медицины болезни» к «медицине здоровья», что является актуальнейшей задачей современного этапа развития здравоохранения.

Интегративная медицина – это медицина, которая направлена на сохранение здоровья, на предупреждение (профилактику) заболеваний путем гармонизации биопроцессов организма, с одновременным воздействием на причины и следствия отклонений гомеостаза, с лечением не болезней, а больного, с учетом его индивидуальных особенностей и состояния экологии места проживания.

Изменение вектора развития здравоохранения от конвенциональной к комплементарной медицине характеризуют следующие статистические данные: в Великобритании, Нидерландах, Бельгии и Германии 40-60% населения использует услуги комплементарной медицины, не менее 30% врачей общей практики направляют пациентов для лечения средствами этой медицины.

Показательно, что расходы жителей США на альтернативную медицину возросли в течение 1990-1997 гг. с 13 млрд. долларов до 38 млрд. долларов. Высокая удовлетворенность пациентов (76-82%) качеством медицинской помощи у врачей, использующих методы и средства комплементарной медицины, является еще одним доказательством эффективности ее методов и средств.

Эти статистические данные являются доказательством укрепления позиций комплементарной медицины, но в тоже время и характеризуют кризисное состояние конвенциональной медицины. Речь идет не об отказе от одного направления и переходе к другому направлению медицины, а о необходимости их интеграции (сочетания).

Особое место в современной комплементарной медицине занимает гомеопатия, метод который используется более 200 лет и относится к альтернативной медицине с развитой системой доказательств.

Гомеопатия, как метод лечения, реабилитации и профилактики заболеваний сверхмалыми дозами динамизированных лекарственных веществ по принципу подобия, имеет ряд преимуществ по сравнению с методами и средствами ортодоксальной медицины, а именно:

- действием на уровне всего организма;
- выраженной лечебной и профилактической эффективностью, при низкой стоимости препаратов;
- отсутствием субстратно-токсических и аллергенных свойств и, соответственно, побочных действий и осложнений;
- отсутствием индивидуальной непереносимости и привыкания;
- возможностью использования, как для детей, так и для взрослых;
- наличием четких правил приема и удобством применения;
- возможностью значительного снижения количества лабораторных и инструментальных исследований пациента и снижения доз (50% и более) сильнодействующих аллопатических препаратов при их сочетании с гомеопатическими комплексами.

В последние десятилетия активно формируются базовые основы интегративной медицины, как эффективного направления практической медицины, сочетающей общепринятые методы диагностики и лечения с достижениями альтернативной медицины. Концепция альтернативной медицины получает все большее признание в развитых странах.

Необходимо отметить, что интегративная медицина не является синонимом комплементарной медицины. Медицинская наука на современном этапе развития относит методы и средства комплементарной медицины к дополняющим конвенциональной медицины.

Интеграция (в переводе означает «включение равного в сообщество») методов и средств конвенциональной и комплементарной системы медицины является обоснованным и реальным направлением выхода из кризиса действующей системы здравоохранения.

Данный раздел справочного пособия является базисной основой для дальнейшего совершенствования различных методов и средств при достижении оптимальных результатов в терапии различных заболеваний.

Необходимо отметить, что ряд стандартов медицинской помощи без их систематического совершенствования и периодического переутверждения с учетом последних достижений медицинской науки и практики, с появлением новых систем диагностики и лечения, постепенно устаревает, не успевая за процессами развития медицинской науки и практики.

В предлагаемых схемах интегративной (сочетанной) терапии, которые многократно проверялись в медицинской практике, мы использовали только утвержденные стандарты медицинской помощи, охватывающие не все изложенные схемы терапии. Поэтому, аллопатическая составляющая этих схем сочетанной терапии должна формироваться, исходя из практического опыта специалистов и может находиться в процессе постоянного совершенствования, в том числе, за счет использования новых аллопатических препаратов.

В схемах интегративной терапии аллопатическая составляющая может претерпевать определенные изменения с учетом новых стандартов медицинской помощи с использованием новых методов и средств аллопатической терапии, но при этом рекомендуется сохранять другие составляющие интегративной терапии.

Широкий ассортимент и многолетний опыт применения в медицинской практике гомеопатических комплексов «ЭДАС» является основой гомеопатической составляющей в схемах интегративной терапии. Безусловно, и другие аналогичные многокомпонентные гомеопатические препараты при наличии соответствующего опыта их практического применения могут быть использованы в схемах интегративной терапии.

В предлагаемых схемах (программах) лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний реализуется двуединый подход к лечебному процессу (гиппократовский принцип двуединства), где гармонично интегрируются различные механизмы воздействия на организм аллопатических и многокомпонентных гомеопатических препаратов.

Многочисленные клинические исследования, проведенные в течение 17 лет врачами различных специальностей, подтвердили совместимость гомеопатических комплексов «ЭДАС» практически с любыми фармакотерапевтическими средствами.

При этом различные механизмы воздействия на организм аллопатических и гомеопатических комплексов «ЭДАС» не только не тормозят действия отдельных лечебных компонентов, но напротив – в интегративных схемах терапии возникает их толерантность и комплементарность по отношению друг к другу, что свидетельствует о принципиальной возможности совмещения гомеопатических комплексов с любыми иными средствами.

При разработке и клинической апробации схем интегративной терапии в качестве базовых принимались утвержденные стандарты медицинской помощи.

Схемы (программы) интегративной терапии, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний прошли дополнительную экспертную оценку квалифицированными врачами различных специальностей московских лечебно-профилактических учреждений.

Динамическая матрица лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний, на основе которой составлены схемы интегративной терапии, является методологической базой для дальнейшей оптимизации и совершенствования ее составляющих, с учетом достижений медицинской науки и практики.

ОАО «Холдинг «ЭДАС»

Российская Федерация, 117519, г. Москва, ул. Б. Серпуховская д.10.

Тел: +7 (499) 237-23-74.

E-mail: referent@edas.ru