



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ МЗСР РФ

ОТКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «ХОЛДИНГ «ЭДАС»

ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ



Рекомендован к изданию
Ученым советом ФНКЭЦ
ТМДЛ Росздравнадзора
Протокол № 5 от 29.05.07

Москва
2007



АННОТАЦИЯ

В настоящем пособии для врачей изложены современные оценки этиопатогенеза, клиники, диагностики и принципов терапии широко распространенного заболевания женщин – дисгормональной дисплазии молочных желез (мастопатии).

Приводятся литературные данные о связи мастопатии и рака молочных желез.

Обосновываются принципы комплексного лечения мастопатии и схемы сочетанной терапии, разработанные в ОАО «Холдинг «ЭДАС», с использованием многокомпонентных гомеопатических средств.

Излагаются результаты клинических исследований по применению многокомпонентных гомеопатических препаратов в региональных и московских клиниках. Лечение мастопатии служит эффективной профилактикой рака молочных желез, являющегося одной из самых частых причин смертности женщин трудоспособного возраста.

Актуальность поиска новых подходов эффективному лечению мастопатии не оставляет сомнений. Рациональное использование потенциальных возможностей гомеопатии в комплексном лечении мастопатии является наиболее перспективным направлением.

Авторы: к.м.н. Горайнова Л.К., д.м.н. Кулаев Г.К., к.м.н. Юсупов Г.А.



СОДЕРЖАНИЕ

Аннотация.....2



*Чтобы иметь несомненные и верные средства
для лечения болезней, необходимо жить с природою
и отрешиться навсегда переделывать ее на свой лад.*
Л.М. Чичагов (священномученик Митрополит Серафим)

ВВЕДЕНИЕ

Дисгормональная дисплазия молочных желез у женщин имеет множество определений: мастопатия, фиброзно-кистозная болезнь, фиброаденоматоз, масталгия, мезоплазия, хронический кистозный мастит, кровотокающая молочная железа, болезнь Реклю, Шиммельбуша, Минца. Стереотипность мышления, а также краткость и выразительность термина **МАСТОПАТИЯ** (мастос – грудь, патос – страдания, греч.) привели к закреплению этого названия за группой по сути различных по клинике, этиологии и морфологическим признакам процессов доброкачественного дисгормонального характера.

В основном это заболевание женщин. Подобного рода изменения молочных желез (инфильтрация, узлы) встречаются также и у мужчин в периоды гормональных кризов (подростковый, климактерический). Эти заболевания обозначаются термином гинекомастия.

По терминологии ВОЗ (1984) мастопатию называют фиброзно-кистозной болезнью (ФКБ), характеризующейся нарушениями соотношений эпителиального и соединительно-тканного компонентов и широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочных желез. Несмотря на доброкачественность процесса, ФКБ относят к группе опухолевых заболеваний. Общеизвестным является факт, что страдающие мастопатией женщины в 3-4 раза чаще заболевают раком молочных желез, а при узловатых и пролиферативно-эпителиальных изменениях злокачественное перерождение опухолей происходит в 30-40 раз чаще. До настоящего времени не существует надежных онкомаркеров для дифференциальной диагностики мастопатии и рака. Около 50 тыс. новых случаев рака молочной железы ежегодно регистрируется в России, около 23 тыс. женщин – ежегодные потери от рака молочных желез. Каждая 9-я женщина в нашей стране обречена на рак молочных желез. Среднегодовой прирост онкозаболеваемости женщин на 100 тыс. взрослого населения составил 35,6%, а смертность возросла на 23,6% за последние 10 лет (В.Г. Беспалов). Таким образом, лечение и профилактика мастопатии – есть, в сущности, профилактика рака молочных желез, заболевания, занимающего первое место в ряду женской онкологической патологии.

В связи с ростом числа больных ФКБ в последние годы интерес к этому заболеванию увеличился, проведено и продолжают проводиться множество экспериментальных и клинических исследований, предложено большое количество разнообразных синтетических и натуральных средств лечения, ни одно из которых не является абсолютно надежным. По-видимому, это служит причиной отсутствия общепринятых стандартов лечения мастопатий. Эта мистическая женская болезнь поражает женщин, независимо от возраста и репродуктивных возможностей и до сего времени представляет значительные трудности при лечении.

Учитывая многофакторность этиопатогенетических механизмов ФКБ и решающее влияние на ее стадийное развитие процессов метаболизма, терапия мастопатии, по-видимому, должна быть многокомпонентной, с воздействием на различные стороны метаболизма и гормонального статуса и по своему характеру такое комплекс-



ное лечение должно приближаться к воздействию природных факторов. Сложности терапии этой патологии заключаются и в том, что здесь, как нигде, требуется сугубо индивидуальный подход и, неотъемлемой частью комплексной терапии должна быть детоксикация организма. Эндоинтоксикация, вызванная с одной стороны, неблагоприятными экологическими воздействиями, а с другой – длительным влиянием нарушений гормонального баланса является самым характерным этиопатогенетическим фактором ФКБ.

В этой связи оптимальным представляется принцип двуединого воздействия, провозглашенный отцом медицины – Гиппократом. Сравнивая болезнь с деревом, гениальный врач утверждал, что крона этого дерева – есть симптомы заболевания, а его корни – причины. Лечение должно преследовать двустороннее и, по возможности, одновременное воздействие и на причины, и на симптоматику. В полной мере таким требованиям отвечают интегративные схемы терапии ФКБ с применением диетических, режимных и детоксикационных средств и методов в сочетании с комплексными многокомпонентными гомеопатическими лекарствами направленного действия. Такие гомеопатические комплексы в нашей стране производит лидер отечественной гомеопатии ОАО «Холдинг «ЭДАС».

Многолетние исследования, проведенные в московских и региональных клиниках, подтвердили надежность, безопасность и высокую эффективность интегративных схем терапии ФКБ, разработанных в этой компании. Предложенное пособие для врачей обосновывает методику и эффективность таких схем лечения.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Интенсивное развитие молочных желез (МЖ) начинается в 12-14 лет, когда наступает усиление функциональной активности половых и надпочечниковых желез.

В репродуктивном возрасте все процессы, происходящие в МЖ, имеют четкую гормональную обусловленность: функционирование, развитие, инволюция МЖ связаны с особенностями менструальной функции. По мере становления, развития и изменения этой функции изменяется и морфология тканей МЖ. В лютеиновую фазу влияние прогестерона вызывает пролиферацию протоков и эпителия, в это время в клетках накапливается секрет.

Регулярные циклические изменения МЖ и их развитие в период беременности и лактации происходят при участии комплекса гормонов: рилизинг-фактора гипоталамуса, гонадотропинов и тиреотропного гормонов гипофиза, андрогенов, инсулина, кортикостероидов. Наибольшая роль в этом сообществе принадлежит ЭСТРОГЕНУ и ПРОГЕСТЕРОНУ. Дисбаланс последних неизменно ведет к дисплазии тканей МЖ.

Сложность дифференциации патологических состояний МЖ, значительная вариабельность их строения, зависимость этих вариантов от возраста, менструального цикла, состояния всей репродуктивной системы являются отличительными особенностями МЖ женщин. Ежегодный рост женской онкопатологии, пессимистический прогноз экспертов ВОЗ, предсказывающих к концу XXI века ежегодное выявление первичного рака МЖ у 750 тыс. женщин, прогрессивное нарастание числа таких больных в подростковом и юношеском возрасте делают проблему борьбы с мастопатией (МП) столь актуальной, что фактически можно говорить о влиянии МП на демографические показатели страны.

Распространенность МП среди женского населения России по разным авторам составляет 4-90%. Вопрос о прямой связи МП и рака молочных желез (РМЖ) продолжает оставаться дискуссионным. Часть авторитетных исследований сообщают о прямой зависимости и взаимообусловленности МП и РМЖ. Все большее признание получают доказательства этой связи:

- эпидемиологические исследования подтверждают общность факторов риска развития МП и РМЖ;
- механизмы развития этих двух патологий имеют общие черты: ключевая роль и в том, и в другом случае принадлежит гиперэстрогении;
- гистологические исследования биоптата при удалении МЖ позволяют обнаружить в ней одновременные признаки фиброзно-кистозной МП, предраковых и раковых изменений;
- ретроспектива анамнеза больных раком закономерно обнаруживает у них период МАСТОПАТИИ, предшествующий раку;
- широко известен факт параллельного роста заболеваемости МП и РМЖ в странах с высоким уровнем женской онкопатологии;

Однако ряд современных авторов (Ли А.Л. и др.) утверждает, что РМЖ и МП – различные, иногда – параллельно развивающиеся заболевания и мастопатия не является стадией онкологического процесса.

Вызывают в связи с этим доверие точки зрения В.Г.Беспалова (2007г.). Давление факторов риска при наличии генетической травмы клеток МЖ ведет в итоге к развитию РМЖ. Отсутствие генетических повреждений тканей МЖ при таких же условиях приводит к возникновению МП.

Однако наличие описаний циклических изменений МЖ при переходе фиброзно-кистозной МП в предрак (атипичная пролиферация эпителия, появление атипично измененных клеток) и рак МЖ делает очевидным вывод о непосредственном влиянии МП на развитие РМЖ и приводит к необходимости пожизненного наблюдения пациенток, страдающими различными формами МП, как метода массовой профилактики РМЖ.

К настоящему времени обнаружено более 80 факторов риска развития МП и РМЖ, они идентичны и, в сущности, невозможно выделить отдельных факторов, присутствующих только одному из этих поражений.

Все факторы риска условно делятся на 5 больших групп:

I. ПОЛОВЫЕ, ВОЗРАСТНЫЕ, КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ

Пол – женский, возраст не является доминирующим показателем, но риск развития РМЖ после 60 лет возрастает. Предрасполагающим моментом является высокий рост и, возможно, европейская внешность: в Японии, Китае и МП, и РМЖ встречаются крайне редко.

II. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Наличие кровных родственников, страдавших МП или РМЖ, в особенности родственников по материнской линии ставит женщину в группу высокого риска по этой патологии.

III. РЕПРОДУКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ

Начало менархе до 12 лет, менопауза после 54 лет, отсутствие беременности и родов, поздние (после 35 лет) первые роды; аборт, отсутствие или быстрое (1 мес.) прекращение лактации – выраженные предрасполагающие факторы.

IV. ГОРМОНАЛЬНЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Здесь основная роль отводится состоянию гипоталамо-гипофизарной системы. Нарушения нейрогормонального баланса репродуктивного процесса ведет к активизации в гормональных органах (яичники, МЖ, щитовидная железа) процессов пролиферации. МЖ являются мишенью для пролактина и плацентарных стероидных гормонов яичников. Не случайно многочисленные клинические наблюдения свидетельствуют о том, что в 70% случаев МП сочетается с нарушениями в нейроэндокринной и репродуктивной сферах.

Решающим в возникновении МП является **дефицит прогестерона при избытке эстрогенов**. Непрерывное, в процессе менструального цикла, повышение эстрогенов приводит к возникновению инфильтрации и узловых образований в МЖ. В норме к середине менструального цикла концентрация эстрогена в организме женщины – максимальна, а к его окончанию – снижается до нуля. При неблагоприятных для созревания фолликула условиях, фолликул, наполненный эстрогеном, не лопается, а продолжает расти, превращаясь в кисту яичника (так называемый персистирующий фолликул), содержащую большую концентрацию эстрогенов. Всасывание эстрогенов в кровь ведет к гиперэстрогении (избыток эстрогена в крови) и активизирует пролиферацию клеток МЖ, вызывает в ней инфильтрацию и образование узлов и кист. В ряде случаев наблюдается не абсолютная, а относительная эстрогения, при которой концентрация эстрогенов в крови даже снижена. Но созревание нормального фолликула останавливается, и падение концентрации эстрогена к началу сле-

дующего предменструального периода не происходит. Такое непрерывное, хотя и пониженное содержание эстрогена в крови, также ведет к МП. Наряду с этим МП бывает и у женщин с сохранившейся репродуктивной и овуляторной функцией. В этом случае основная роль в патологии МЖ принадлежит состоянию **рецепторов половых стероидов** в тканях МЖ, активизация таких рецепторов также ведет к развитию пролиферативных процессов в тканях железы.

Одним из факторов возрастного увеличения заболеваний МЖ является создание **депо эстрогенов и андрогенов** в жировой ткани желез, а процесс превращения андрогенов в эстрогены с возрастом усиливается.

В формировании фиброзно-кистозных изменений МЖ важную роль отводят **пролактину**, именно он является виновником нагрубания, отека и болезненности МЖ во второй фазе менструального цикла.

Острые и хронические **воспаления** матки, придатков, яичников, кисты, миомы, эндометриоз, аборт, заместительная гормональная терапия дезорганизуют выработку половых гормонов, дисбаланс которых, как указано выше, провоцирует развитие МП.

Механические и оральные **средства контрацепции** (шеечные колпачки, презервативы, внутриматочные спирали, гормональные оральные контрацептивы), применяющиеся более 10 лет в период регулярной супружеской жизни, также ведут к гормональному дисбалансу. Все эти факторы, а в особенности их сочетания, нарушают режим деятельности гипофиза и надпочечников, снижают иммунитет, обостряют хронические воспалительные процессы.

Дифференциация эпителиальных клеток МЖ осуществляется под контролем и при участии **щитовидной железы**. Установлено, что более 63% женщин, страдающих МП, одновременно страдают и патологией щитовидной железы, а при ее гипофункции риск возникновения МП возрастает в 3,8 раза.

Сахарный диабет, ожирение, нарушение венозного оттока, артериальная гипертензия втрое повышают опасность развития МП и РМЖ.

Установлена прямая зависимость МП и РМЖ от **хронических процессов в кишечнике** - дисбактериоза, полипоза, хронических запоров.

Нормальный уровень стероидных гормонов в циркулирующей крови поддерживается их ферментативной инактивацией в печени. Избыток половых гормонов неблагоприятен для функции печени, а болезни печени и всей гепатобилиарной системы замедляют процессы утилизации эстрогенов. Гиперпластические изменения в МЖ и заболевания гепатобилиарной системы часто сочетаются, особенно в пожилом возрасте.

И, наконец, одной из ведущих причин нарушения метаболизма и гормонального равновесия является состояние хронического стресса. Бытовые и служебные конфликты, усталость, депрессия, острые форс-мажорные ситуации, сексуальные эксцессы и другие фрустрирующие обстоятельства, присутствующие в жизни женщины, сопровождаются нарушениями нейроэндокринной системы, изменяют секреторные функции эндокринных желез.

V. ФАКТОРЫ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

Все большее влияние на уровень онкопатологии женщин оказывают факторы – средовые: проживание в экономически развитых регионах, воздействие химических канцерогенов, различного вида излучений, избыток в пище животных жиров и белков, алкоголь, курение, недостаток фруктов, овощей и пищевых волокон, высокий экономический статус – все это ведет к эндоинтоксикации организма женщины, вызывает состояние внутреннего отравления (по определению В.П.Казначеева – эндоэкологического омута) и служат факторами высокого риска МП и РМЖ.

КЛИНИКА. КЛАССИФИКАЦИЯ.

Клиническая картина МП, несмотря на многовариантность этиопатогенетических механизмов, не отличается большим разнообразием и фактически сводится к трем кардинальным клиническим симптомам, вызывающим основные жалобы пациенток:

- Масталгии
- Мастодиния
- Выделения из сосков

МАСТАЛГИЯ: боли в одной, а чаще в обеих молочных железах, различаются по характеру, интенсивности, иррадиации и связи с месячным циклом. Чаще всего масталгии появляются во второй половине цикла, усиливаются за 2-3 дня до наступления мензес и по окончании цикла проходят. Они могут быть ноющие, колющие, стреляющие, вызывать впечатление тяжести, создавать ощущения от легкого дискомфорта до невыносимой боли при прикосновении. Иррадиируют боли чаще всего в верхне-наружной квадрант МЖ, плечо, лопатку, под лопатку, подмышечную область. У части женщин масталгии сохраняются, независимо от цикла, а у 15% больных болевой синдром отсутствует.

МАСТОДИНИЯ: Нагрубание МЖ, иногда сочетающееся с подмышечным лимфаденитом. Чаще всего этот синдром исчезает по окончании мензес.

ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ СОСКОВ: Могут быть периодическими или постоянными, иногда наблюдается непроизвольное истечение из сосков. По цвету, выделения могут быть – бесцветные, сероватые, молочные, коричневые, мутные или прозрачные.

Возникновение парциальных отеков МЖ по типу «лимонной корки», изъязвления, изменения формы, положения соска и развившаяся выраженная асимметрия МЖ означают возможность злокачественной трансформации МП.

Сложность клинической диагностики МП в связи с морфолого-генетическими особенностями МЖ привела к тому, что в настоящее время применяется клинкорентгенологическая классификация МП с учетом, как симптоматики, так и показателей маммографии (рентгенографии МЖ) и ультразвукового (эхография МЖ) обследования и морфологической картины пунктатов и биоптатов.

В соответствии с такой классификацией выделяют две формы и четыре разновидности МП:

1. Диффузная форма мастопатии

- а. Диффузная с преобладанием кистозных изменений
- б. Диффузная с преобладанием фиброзных изменений
- в. Смешанная форма
- г. Склерозирующий аденоз

Эти клинические разновидности мастопатии отличаются различными функциональными расстройствами:

- частое нарушение менструального цикла
- предменструальные боли в одной или обеих молочных железах, отдающие в шею, плечо, лопатку, ключицу
- боли исчезают или значительно уменьшаются с окончанием menses

При осмотре обнаруживаются различные по величине и протяженности болезненные, без четких границ, уплотнения с зернистой или дольчатой поверхностью. При оценке рентгенограмм или ультразвуковой картины наблюдаются округлые участки с просветлениями, которые чередуются с тяжистостью, иногда – гомогенные тени молочных желез с полициклическими наружными контурами.

2. Узловая форма

Узловая или локализованная форма мастопатии характеризуется наличием одного или нескольких уплотненных очагов с четкими границами, зернистой, дольчатой или гладкой поверхностью. Гладкая структура поверхности чаще всего свидетельствует о кистозном процессе. Участки поражения при узловой мастопатии менее болезненны, чем при диффузной, но при надавливании на оклососковый венчик из соска нередко выделяется жидкость различной окраски и консистенции.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ женщин при МП включает:

- **Первичный осмотр** с установлением возможности генетического аспекта болезни, сопутствующих заболеваний печени, щитовидной железы, репродуктивной системы.
- **Мануальное обследование** молочных желез – степени их развития, размеров, формы, состояния сосков, состояния кожи молочных желез, наличия рубцов, выбуханий, втяжений, пигментации, выделений из сосков. Одновременно определяется симметрия молочных желез, наличие в них уплотнений, узловых образований, их количества, размер, плотность, подвижность.
- **Рентгеномаммография** (маммография) – является ведущим методом скрининга. Диагностическая точность при мастопатиях составляет 95-97%, при раке молочных желез – 92,9%. Маммография проводится женщинам с 35 до 50 лет, 1 раз в 2 года, после 50 лет – 1 раз в год. Исключения: беременные, кормящие, подростки. Маммография проводится в 2-х проекциях (прямая и боковая) на 8-10 день цикла.
- **Эхография** (УЗИ) – диагностическая точность составляет 58% при опухолях размером менее 1 см и 80% при опухолях большей величины. В связи с низкой информативностью является дополнительным методом обследования.
- **Термография** (тепловидение). Преимущества: простота, безвредность, отсутствие необходимой подготовки для обследования. Низкая информативность, слабая разрешающая способность и невозможность детализации – делают тепловидение дополнительным, а не основным методом обследования.
- **Пункционная дуктография** (введение метиленовой сини в расширенный молочный проток с последующей маммографией) проводится при подозрении на внутритротоковую патологию.
- **Пункционная биопсия** с цитологическим и морфологическим исследованиями биоптата. Точность диагностики достигает 100%.
- **Тонкоигольная аспирационная биопсия** под контролем УЗИ
- **Определение гормонального статуса** женщины (уровень эстрогенов, пролактина крови). Установлено, что содержание пролактина при нелеченной МП находится на верхней границе нормы.

ЛЕЧЕНИЕ. ПРИНЦИПЫ И ОБЩАЯ СТРАТЕГИЯ.

Полэтиологичность МП и индивидуально-вариабельное течение заболевания, требуют, как ни при какой другой патологии, сугубо индивидуального подхода при построении стратегии терапии.

План лечения должен учитывать врожденно-генетические, возрастные, конституциональные, личностные особенности пациентки.

Учитывая длительность, хронически-рецидивирующий характер патологического процесса, наличие сопутствующей патологии внутренних органов, в плане лечения следует предусмотреть возможность воздействия на гормональный баланс, метаболизм, отдельные органы и системы, патология которых прямо или косвенно провоцирует развитие заболевания. Уменьшение инфильтрации, фиброза и кистоза является приоритетной целью терапии. Приступая к лечению, врач должен иметь полную уверенность в диагнозе. Лечение МП, как известно, помимо онкологов, занимаются гинекологи, хирурги, гомеопаты, врачи общей практики. Независимо от срока последнего обследования, до начала лечения, следует провести маммографию, а при показаниях – пункционную дуктографию. Более тонкие методы обследования (биопсия, аспирационная биопсия под контролем УЗИ и т.д.) проводятся только в специализированных маммологических центрах. Не лишним будет определение гормонального статуса женщин фертильного возраста. В процессе обследования лечащий врач должен полностью исключить наличие злокачественной трансформации. При малейшем подозрении на онкологию необходима срочная консультация онколога.

В настоящем пособии рассматриваются только негормональные методы терапии МП.

ДИЕТА:

1. Экспериментальные и клинические исследования показали связь между развитием мастопатии и употреблением метилксантинов - кофеин, теofilлин, теобромин. Есть доказательства, что эти ингредиенты чая, кофе, шоколада, колы и какао – способствуют набуханию, развитию фиброза и образования жидкости в кистах. Несмотря на индивидуальную чувствительность к метилксантинам, больным мастопатией рекомендуют отказ или резкое сокращение вышеуказанных пищевых продуктов.

2. Считается, что при хронических запорах происходит реабсорбция из кишечника уже выведенных с желчью эстрогенов. Вот почему достаточное суточное потребление жидкости (до 2,5-3,0л) и употребление пищи, богатой растительными волокнами - условия успешного лечения мастопатии.

3. Холестаз, алкоголь и иные гепатотоксические пищевые продукты, богатая животными жирами пища – недопустимы при лечении мастопатии. Нарушение деятельности печени сразу же или со временем окажет влияние на клиренс эстрогенов в организме. Для улучшения деятельности печени рекомендуется прием гепатопротекторов и витаминов группы В.

СРЕДСТВА ОБЩЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ:

1. Особое значение при МП имеет витаминотерапия. Витамины А, С, Е и группы В – неперенные ингредиенты лечебного комплекса при этой патологии. Укрепление системы иммунной защиты, антиоксидические, противоопухолевые, антиоксидантные воздействия витаминного комплекса способствуют ликвидации гормонального дисбаланса, стимулируют созревание эпителиальных клеток, нормализуют деятельность нервной системы, яичников, надпочечников, печени и щитовидной железы. Дополнительно следует помнить, что витамин А обладает антиэстрогенным действием, уменьшает пролиферацию эпителия.

Витамин Е – антиоксидант, потенцирует действие прогестерона.

Витамин С – обладает противовоспалительным, антиоксидантным, иммуностимулирующим действием.

Группа витаминов В – гепатопротекторы и стимуляторы нервной системы.

При назначении витаминотерапии очень важной является дозировка: недостаток указанных витаминов способствует прогрессированию МП, передозировка – грозит гепатотоксическим эффектом.

Хронически рецидивирующий процесс при МП неизбежно ведет к общей, либо избирательной иммунодепрессии. Чем длительнее и острее процесс – тем актуальнее применение иммунокорректоров и адаптогенов. Предпочтение следует отдавать иммуномодуляторам натурального ряда – препаратам Прополиса, Эхинацеи, Солодки, аралиевым травам и др.

2. Значительное влияние на течение МП заболеваний эндокринных органов – щитовидной и поджелудочной желез, ожирения, хронического дисбактериоза, артериальной гипертензии, заболеваний гепатобилиарной системы требуют тщательного обследования и адекватного параллельного лечения выявленной патологии.

3. Локальные нарушения венозного оттока, нередко выявляемые у этих больных, также нуждаются в коррекции. Препараты витамина Р (Рутин) или продукты с его повышенным содержанием (шиповник, цитрусовые, малина, вишни, арония, смородина) улучшают микроциркуляцию и уменьшают локальный отек.

4. При выраженных явлениях отечности ткани, выраженном предменструальном синдроме, связанном с наличием МП, эти больные хорошо переносят легкие растительные мочегонные средства – настои, отвары мочегонных трав (шиповника, рябины, тысячелистника, медвежьих ушек и т.д.). В этом плане целесообразно назначение препарата Цистофит.

5. Значительное влияние психоэмоционального фактора на динамику МП диктует необходимость включения в лечебный комплекс седативных средств, предпочтительно растительного происхождения: настоек Валерианы, Пустырника, Пеола, Пассифлоры и др. в виде нативных или гомеопатических препаратов.

6. Выраженный болевой синдром вынуждает иногда применять анальгетики и противовоспалительные средства, здесь предпочтение отдают НПВС.

7. Комплексная терапия МП в обязательном порядке должна предусматривать **нейтрализацию эндотоксинов**, образовавшихся вследствие совместного влияния



неблагоприятных экологических факторов («эндоэкологический омут») и токсических метаболитов, образующихся вследствие основного заболевания. Здесь наиболее адекватной представляется стратегия школы Ю.М.Левина по детоксикации организма с помощью средств лимфогенного, лимфогонного и антиоксидантного действия (система ЭРЛ). Помимо рекомендованных Ю.М.Левиним препаратов Левинасан, Катрел, Пекцеком, отличными антиоксидантными действиями обладает гомеопатический комплекс

Карсат ЭДАС-136 (капли) или ЭДАС-936 (гранулы) следующего состава: Аvena sativa, Цимицифуга, Эхинацея, Медвежья ушка, Арсеникум йод, Активированный уголь в гомеопатических концентрациях.

8. Весьма актуальным при мастопатиях является вопрос различных **лучевых воздействий**. Этим больным абсолютно противопоказано ультрафиолетовое облучение. Нередко приходится наблюдать злокачественную трансформацию мастопатии после летнего отдыха на юге. Учитывая особенно интенсивное воздействие ультрафиолета через сетчатку глаз, целесообразно рекомендовать больным МП ношение солнцезащитных очков с наступлением солнечным днем весной и в течение всего летнего периода.

9. Ношение бюстгалтеров несоответствующей формы или размера может быть причиной хронической деформации формы груди, перегрузки связочного аппарата, сдавливания. Это имеет особое значение для женщин с крупной или отвисшей грудью. Нередко смена бюстгалтера существенно влияет на интенсивность болевого синдрома.

10. Алкоголь, курение, физиопроцедуры, баня, массажи – этим больным противопоказаны.

11. Лучшим средством современной профилактики возникновения и прогрессирования МП является самодиагностика, которой следует обучить каждую женщину, начиная с 14-15 летнего возраста. Самодиагностика проводится по определенной схеме на 2-3 день после окончания менструации. Обследование включает три этапа:

1. **Осмотр в зеркале стоя.** Определение симметричности МЖ, изменения цвета и состояния кожи, формы желез, цвета и формы околососковых венчиков, венозного рисунка, пигментации, втяжения или асимметричного выбухания сосков.

2. **Осмотр в зеркале лежа на спине.** Определяются те же параметры (см. п.1). Под плечи подкладывается средних размеров подушка.

3. **Осмотр стоя,** заложив руку за голову. Подушечками пальцев по спирали с легким нажимом нужно двигаться от подмышечной впадины к соску. Затем – по вертикали сверху вниз, начиная с внутренней стороны груди.

В конце осмотра слегка сжать сосок, проверив выделения из него.

СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Поиски средств и методов специфической терапии все еще актуальны, т.к. по-настоящему надежного средства из числа аллопатических препаратов, новых синтетических средств, травяных композиций до сего времени не обнаружено. Базовые схемы лечения при мастопатии не разработаны, а многовариантные привычные курсы дают высокий процент неуспеха и рецидивов.



Требования к средствам лечения МП весьма жесткие. Они должны обладать противоопухолевым, противовоспалительным, антиоксидантным, иммуностимулирующим и обезболивающим эффектом. Эти средства должны вызывать регрессивное развитие фиброзных кистозных образований, подавлять гиперэстрогению, быть безопасными, не иметь негативных побочных эффектов, не вызывать привыкания и аллергии. Наиболее адекватным к этим требованиям является многокомпонентный гомеопатический комплекс Мастиол ЭДАС-127 (капли) или ЭДАС-927 (гранулы), выпускаемый отечественным гомеопатическим производителем ОАО «Холдинг «ЭДАС»

Комплексное (многокомпонентное) лекарственное средство МАСТИОЛ ЭДАС-127(927), приготовленное по специальной технологии, имеет широкий спектр лечебного действия на организм. Входящие в состав лекарства компоненты, взаимодополняя, воздействуют на центральную и вегетативную нервную, сосудистую системы организма, молочные железы.

Характерные симптомы к применению отдельных компонентов:

Calcium fluoratum (Кальциум флюоратум) – Фиброзные изменения, уплотнения и фиброаденомы разной степени твердости молочных желез на фоне хронических воспалительных заболеваний органов малого таза или миомы матки. Применяется для ограничения роста фиброзных опухолей.

Kalium iodatum (Калиум йодатум) – Наличие уплотнений в молочной железе. Увеличение подмышечных лимфатических узлов. Боли тянущие, рвущие, усиливающиеся в тепле, в покое, ночью. Отечность молочных желез. Склонность к воспалительным процессам носоглотки и бронхов, боли в суставах.

Kreosotum (Креозотум) – Наличие мелких, твердых или узловатых, болезненных уплотнений в молочной железе. Иногда растрескивание сосков с образованием коричневых корок.

Silicea (Силиция) – Глубокие фиброзные уплотнения молочных желез, иногда с изъязвлением сосков. Болезненность, иногда локальное ощущение холода в молочных железах. Повышенная слабость, раздражительность, сосредоточение мыслей на себе.

Conium maculatum (Кониум) – болезненность и набухание молочных желез в пред- и менструальный периоды. Выраженные твердые уплотнения в молочных железах с повышенной их чувствительностью в менструальный период. Часто образование уплотнений отмечается после перенесенных травм.

Thuja occidentalis (Туя) – Глубокие фиброзные изменения и уплотнения в молочных железах. Болезненность в них, усиливающаяся во время менструации.

- **Мастиол ЭДАС** может применяться самостоятельно, а также в качестве эффективного дополнения к другим средствам лечения МП. Особым достоинством Мастиола ЭДАС является возможность его использования врачом, даже не владеющим приемами классической гомеопатии. В АОА «Холдинг «ЭДАС» разработаны схемы сочетанной (интегративной) терапии МП длительного курсового лечения этого заболевания. В эту схему, помимо Мастиола ЭДАС, вошли следующие компоненты:

- **поливитаминный комплекс Каскорутол** (Бета-каротин 0,0025г, Аскорбиновая кислота 0,025г, Токоферил ацетат и Рутин по 0,0125г), разработанный совместно с сотрудниками ВОНЦ им.Н.Н. Блохина под руководством проф. А.В.Сергеева.
- **детоксирующий комплекс Карсат ЭДАС-136 (капли), ЭДАС-936 (гранулы)** для нейтрализации эндогенных токсинов и последствий экологических загрязнений.
- помимо базовой схемы, больные, страдающие сопутствующими заболеваниями, получают гомеопатический комплекс **Гепа ЭДАС-953 (гранулы)** – гепатопротектор, для воздействия на нервную систему -седативный комплекс **Пассифлора ЭДАС-111 (капли), ЭДАС-911 (гранулы)**.

Соответствующие гомеопатические препараты получают пациентки, страдающие диабетом, патологией щитовидной железы, артериальной гипертензией и т.д.

Отдельного лечения хронических заболеваний репродуктивной системы проводить при этом не следует: многокомпонентный комплекс Мастиол ЭДАС обладает широким спектром воздействия, в том числе на нервную сосудистую и репродуктивную системы.

Разработанная схема лечения включает в себя 4 специфических 4-х недельных курса с 7-10 дневными перерывами между ними. (Табл.1)

Маммологический контроль проводится до начала и по окончании 5-месячного лечения, но по специальным показаниям может быть проведен и в процессе терапии.

Клинические наблюдения с применением разработанной схемы лечения МП были проведены в течение 2001-2007 г.г. в клиниках г.Москвы, Тюмени, Ижевска, Владикавказа. Общее количество больных составило 912 чел., в т.ч.:

г. Москва – 547 чел,
г. Владикавказ – 265 чел.
г. Тюмень – 60 чел.
г. Ижевск – 40 чел.

Доклинические исследования на партии экспериментальных животных (крысы, мыши серии balb/c) проводились на базе ВОНЦ им.Н.Н.Блохина под руководством проф. А.В.Сергеева. Эти исследования подтвердили высокий адаптогенный анти-токсический, антиканцерогенный и иммуномодулирующий эффект витаминного комплекса Каскорутол.

Из 15598 пациентов, обратившихся на общий гомеопатический прием в ОАО «Холдинг «ЭДАС» (президент-акад. Мифтахудинов С.Г.) – женщины составили 9673 (62,01%), а больных мастопатией выявлено 457 (4,72%) от числа обратившихся. Из этого количества 328 (71,8%) женщин страдали смешанной фиброзно-кистозной формой диффузной мастопатии, у 101 (22,1%) была узловая кистозно-аденоматозная форма и у 28 женщин обнаружена диффузно-фиброзная форма мастопатии.

Анализ выявленной заболеваемости по обращаемости отражает тенденцию популяционной частоты МП: частота поражений пациенток до 20 лет – низкая, прогрессивно возрастает каждое следующее десятилетие, достигает пика к 40-50 годам (климакс, предклимакс) и, несколько снизившись в следующем десятилетии, приобретает затем характер устойчивого плато (рис. 1).

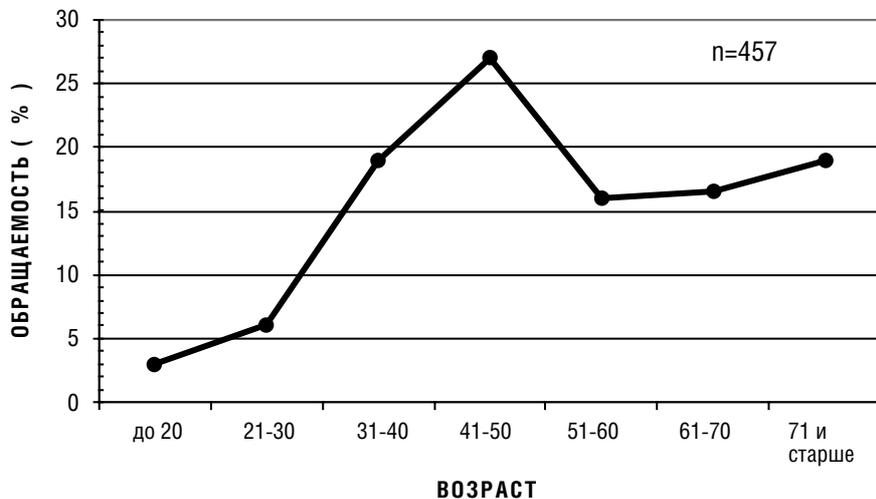


рис.1 Возрастная динамика МП по данным обращаемости в 2004-2006г.г.

Диагноз мастопатии во всех случаях был установлен маммологом и подтвержден маммографическим исследованием. Давность заболевания составила 1,5-28 лет (средний срок 11,0 +0,18 лет). Пациентки были в возрасте 19-76 лет (средний возраст 49,6+1,2 года). У всех больных были выявлены дополнительные факторы риска, способствующие развитию и рецидивирующему течению МП. (табл.2)

Табл.2

Факторы риска мастопатии

№ п/п	Факторы риска	п - (%)
1	МП и РМЖ у родственниц	152 - 33,2%
2	Хронические заболевания репродуктивных	61 - 13,3%
3	Нарушения менструального цикла	91 - 19,9%
4	Бесплодие	4 - 8,9%
5	Отсутствие или поздние первые роды	112 - 24,5%
6	Не кормила грудью или лактация до 1 мес.	201 - 43,9%
7	Аборты	312 - 68,2%
8	Секторальная резекция МЖ	5 - 1,09%
9	Заболевания печени (гепатоз, гепатит, холецистит, ЖКБ)	96 - 21,0%
10	Ожирение	108 - 23,6%
11	Заболевания щитовидной железы	138 - 30,1%
12	Сахарный диабет	4 - 0,9%

Во всех анализируемых случаях патологический процесс был двухсторонним и манифестировал следующей симптоматикой (табл.3).

Табл.3

Симптоматика при мастопатии

№ п/п	Симптомы	n - (%)
1	Масталгии	434 – 94,9%
2	ПМС в детородном возрасте	391 – 100%
3	Дисменорея, альгодисменорея	207 – 52,9%
4	Выделения из сосков	19 – 4,15%
5	Патология при маммографии	456 – 99,7%
6	Патология по УЗИ	391 – 85,5%

Группа возрастного высокого онкологического риска (преклимакс, климакс с бурным прогрессированием МП) составила 112 (26,7%) человек. Лечение проводилось по вышеупомянутой интегративной схеме, результаты прослежены в течение 29 месяцев.

Ни в одном случае лечение не было прервано вследствие осложнений, непрерывности или утяжеления процесса. У 146 (31,9%) женщин были отмечены реакции обострения основного процесса: усиление масталгии, нагрубание (особенно выраженное в предменструальном периоде) молочных желез. Такие реакции обычно наступали на 5-7 день и держались от 5 дней (43 больных) до окончания второго цикла лечения (26 случаев).

Разрешение процесса МП протекало постепенно и, к моменту окончания полного 4-х или 5-месячного курса, масталгий, мастодинии, выделений из сосков не было ни в одном случае. Полностью разрешения инфильтрации удалось достигнуть у 32 (7%) женщин. У остальных пациенток наступила длительная глубокая ремиссия со значительным уменьшением как самих участков поражения, так и их числа (УЗИ и рентгенологическое заключение).

Помимо воздействия на пораженные молочные железы, сочетанная схема терапии оказала заметное влияние на общее состояние пациенток. Улучшение самочувствия, исчезновение, либо значительное смягчение предменструального синдрома, снижение интенсивности климактерических расстройств и нормализацию сна отметили все лечившиеся пациентки.

Ни у одной из больных не произошло малигнизации процесса. Рецидив заболевания, потребовавший повторного лечебного курса, был отмечен через год и год 7 месяцев у 2 женщин фертильного возраста. Интерес представляет наблюдение за динамикой МП у двух подруг 42 и 43 лет, обратившихся в ноябре 2005 г. в связи с ФАМ. Возраст, семейное положение (замужем, имеют по 2 ребенка) род профессиональной деятельности (менеджеры) были сопоставимы. Предложение лечения по указанной схеме приняла лишь одна из пациенток. Вторая, сославшись на длительность (5 месяцев) предложенного курса от такого лечения отказалась и в течение последующих полутора месяцев получала у частного врача какую-то лучевую терапию непосредственно на молочные железы. Уже в январе 2006 г. у нее был диагностирован РМЖ, последовала уродующая 2-сторонняя операция с последующей химиотерапией и тяжелейшим климаксом.

Вторая больная к апрелю 2006 г. благополучно завершила курс сочетанного лечения и в последующие 3 месяца по собственной инициативе принимала **Каскатол** по 2-3 драже в день. В настоящее время женщина практически здорова. Результаты

сочетанной терапии МП при применении негормонального комплекса *Мастиол* совместно с *Каскаолом* свидетельствуют о высокой эффективности и выраженном противоопухолевом влиянии.

В соответствии с протоколом клинического исследования, утвержденным специализированной комиссией ИДКЭЛС, было проведено клиническое исследование по изучению эффективности, безопасности и переносимости указанного лечебного комплекса у 60 больных диффузной мастопатией.

Отбор больных осуществлялся с учётом критериев включения в исследование и исключения из исследования согласно Протоколу клинического исследования, т.е. для обследования были приглашены женщины, больные диффузной мастопатией, кроме форм с кровянистыми выделениями из соска. Информированное согласие больных на участие в клиническом исследовании было получено.

Всего под наблюдением находилось 60 женщин, больных диффузной мастопатией в возрасте от 25 до 52 лет (средний возраст $37,4 \pm 1,3$ лет), составившие равнозначные основную и контрольную группы по 30 больных в каждой (табл. 1). Достоверной разницы по возрасту между группами не было.

Табл. 4

Распределение больных диффузной мастопатией по возрасту

Возраст (лет)							
Основная группа				Контрольная группа			
18-30	31-40	41-50	51-60	18-30	31-40	41-50	51-60
5	15	8	2	6	14	8	3
n=30				n=30			

Оценка состояния пациенток проводилась соответственно дизайну обследования до лечения, через 1,5 и 3 месяца лечения по верифицированной 3-х балльной шкале субъективных и объективных критериев эффективности лечения:

Боль в молочной железе: 0 баллов – отсутствие симптома; 1 балл – боль кратковременная, усиливающаяся в предменструальном периоде, беспокоит не часто, проходит самостоятельно; 2 балла – боль беспокоит часто, усиливается в предменструальном периоде, легко купируется адекватной фармакотерапией; 3 балла – боль сильная, длительная, усиливается в предменструальном периоде, трудно поддается фармакотерапии.

Уплотнение в молочной железе: 0 баллов – нет уплотнения; 1 балл – при надавливании ладонью к грудной стенке мастопатического узла уплотнение определяется нечётко; 2 балла – при надавливании ладонью, уплотнение исчезает частично; 3 балла – при надавливании ладонью к грудной стенке мастопатического узла уплотнение полностью не исчезает.

Внутрипротоковая контрастная маммография (ВПКМ): 0 баллов – нет отклонений от нормы; 1 балл – картина незначительного разрастания внутридольковых протоков и железистых пузырьков, слабо выраженное разрастание соединитель-

ной ткани; 2 балла - выраженная картина разрастания внутридольковых протоков, железистых пузырьков и соединительной ткани; 3 балла – картина резко выраженного кистозного расширения одних и сдавления других внутридольковых протоков в сочетании с их резкой деформацией.

Выделения из сосков: 0 баллов – нет выделений; 1 балл – появление редких выделений из сосков серозного типа в незначительном количестве в предменструальном периоде; 2 балла – появление частых выделений из сосков серозного типа, грязно-зеленоватого цвета, увеличивающиеся в предменструальном периоде; 3 балла – постоянные выделения из сосков серозного типа, грязно-зеленоватого или бурого цвета, увеличивающиеся в предменструальном периоде и сочетающиеся с сильными болевыми ощущениями в молочных железах.

У всех больных выявляли сопутствующую основному заболеванию патологию для назначения при необходимости дополнительной лекарственной терапии. Клинический анализ крови и мочи, оценку клинических проявлений заболевания и ВПКМ проводили соответственно дизайну обследования до лечения, через 1,5 и 3 месяца лечения.

Схема лечения в контрольной группе: мастодинон внутрь по 30 капель 2 раза в сутки (утром и вечером) на протяжении 4 месяцев без перерыва в период менструации.

В процессе исследования пациентки из основной и контрольной групп не исключались. Сопутствующая основному заболеванию патология (кольпит, эндометриоз) не требовала дополнительного лекарственного лечения. Показаний к проведению пункционной биопсии с цитологическим исследованием биоптата у больных не было. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием t-критерия Стьюдента.

Полученные результаты клинического исследования представлены в таблицах.

Табл.5

Динамика выраженности клинических проявлений в основной группе (n=30)

Контрольное обследование	1		2		3	
Критерии оценки	M ± m	M ± m	p<	M ± m	p<	
Боль в молочной железе % снижения	2,0± 0,18	1,2±0,14 40	0,001	0,2+0,08 90	0,001	
Уплотнение в молочной железе % снижения	2,9±0,27	2,3±0,10 20,7	0,05	0,9±0,11 68,9	0,001	
Выделения из сосков % снижения	2,3±0,09	1,6±0,11 30,4	0,001	0,4±0,11 82,6	0,001	
Картина внутрипротоковой контрастной маммографии % снижения	2,2±0,08	1,6±0,12 27,2	0,001	0,7±0,14 68,2	0,001	
Σ M ± m % снижения	2,4±0,22	1,7±0,11 29,1	0,01	0,5±0,29 79,2	0,001	

Табл. 6

**Динамика выраженности клинических проявлений
в контрольной группе (n=30)**

Контрольное обследование	1		2		3	
	M ± m	M ± m	p<	M ± m	p<	
Боль в молочной железе % снижения	1,9±0,06	1,4±0,10 26,3	0,001	0,4±0,09 78,9	0,001	
Уплотнение в молочной железе % снижения	2,9±0,06	2,4±0,09 17,2	0,001	0,9±0,13 68,9	0,001	
Выделения из сосков % снижения	2,4±0,09	1,7±0,12 29,2	0,001	0,6±0,16 75,0	0,001	
Картина внутривенной контрастной маммографии % снижения	2,3±0,09	1,7±0,14 26,1	0,001	0,8±0,15 65,2	0,001	
Σ M ± m % снижения	2,4±0,07	1,8±0,11 25,0	0,01	0,6±0,33 75,0	0,001	

Как следует из таблиц 5 и 6, выраженность боли в молочной железе до лечения в обеих группах практически составляла 2 балла по 3-х бальной шкале ($2,0 \pm 0,18$ – в основной; $1,9 \pm 0,17$ – в контрольной). В процессе лечения степень выраженности болей в молочной железе достоверно снижалась как в основной группе больных, так и в контрольной группе, где пациентки получали базисный препарат Мастодион. К концу периода лечения, у отдельных пациенток отмечались кратковременная боль, проходившая самостоятельно. Средний показатель составил $0,2 \pm 0,08$ в основной и $0,4 \pm 0,09$ в контрольной группе ($p > 0,05$) при отсутствии достоверности различия между группами. Отмечено усиление боли у пациенток обеих групп, как правило, за 2-3 дня до наступления менструации.

Уплотнение мастопатических узлов, до лечения пальпаторно определялось чаще в виде грубой дольчатости или зернистости молочных желез и оценивалось в обеих группах больных одинаково около 3 баллов, средний показатель составил по $2,9$ балла в основной и контрольной группах ($m + 0,27$ и $m + 0,06$ соответственно). В ходе лечения прослеживалась абсолютно одинаковая, достоверно положительная динамика в редукции уплотнений в молочных железах у пациенток обеих групп. К концу терапии выраженность уплотнений снизилась на 68,9% в обеих группах и составляла $0,9$ с $m \pm 0,11$ в основной и $0,9$ с $m \pm 0,13$ в контрольной группах ($p < 0,001$, табл. 2, 3). По окончании терапии молочные железы пальпаторно стали более мягкими, безболезненными.

Частота и интенсивность выделений из сосков по 3-х бальной шкале оценки, до лечения составляли $2,3 \pm 0,09$ балла в основной группе, $2,4 \pm 0,09$ балла в группе больных, получавших базисный препарат Мастодион (табл.5 и 6). Выделения носили серозный характер грязно-зеленоватого цвета. В процессе наблюдения отмечено достоверное снижение интенсивности выделений из сосков у пациенток обеих групп оно составляло через 1,5 месяца $0,4 \pm 0,11$ балла в основной группе ($p < 0,001$)

и $0,6 \pm 0,16$ балла в контрольной группе ($p < 0,001$). К концу периода лечения симптом выделений из сосков отмечался у некоторых пациентов на фоне усиливающихся болевых ощущений в молочных железах в предменструальном периоде одинаково в обеих группах.

ВПКМ до лечения у пациенток обеих групп показала выраженную картину разрастания внутريدольковых протоков, железистых пузырьков и соединительной ткани, а также частично картину резко выраженного кистозного расширения одних и сдавления других внутريدольковых протоков в сочетании с их деформацией. При балльной оценке выраженность этих изменений составляла в основной группе $2,2 \pm 0,08$ балла и $2,3 \pm 0,09$ балла в контрольной группе (табл.2 и 3). В процессе лечения отмечено достоверное снижение выраженности рентгенологической картины у больных обеих групп и составляла через 1,5 месяца лечения $0,7 \pm 0,14$ балла ($p < 0,001$) в основной группе и $0,8 \pm 0,15$ балла в контрольной группе ($p < 0,001$). По окончании курса лечения по данным *ВПКМ* размеры и выраженность мастопатических узлов у больных основной группы, получавших Мастиол ЭДАС-127 в сочетании с витаминным комплексом Каскорутол, уменьшились на 68,2% (табл.2) и показатель составил $0,7 \pm 0,06$ балла ($p < 0,001$), и на 65,2% ($0,8 \pm 0,15$ балла; $p < 0,001$) в контрольной группе, где пациентки получали базисный препарат Мастодион. Снижение выраженности рентгенологической картины в основной группе было на 3,0% больше, чем в контрольной группе. Это различие между группами было не достоверным. Следует отметить, что суммарная выраженность симптомов по окончании лечения составила $0,5 \pm 0,29$ в основной и $0,6 \pm 0,33$ балла в контрольной группе. Суммарная редукция симптомов составила 79,2% и 75% соответственно в основной и контрольной группах, т.е. в основной группе на 4,2 % больше, чем в контрольной (табл.5 и 6).

Табл. 7

Оценка эффективности лечения

Исследуемая группа	Основная		Контрольная	
	число пациентов	%	число пациентов	%
Хороший	23	76,7	21	70
Удовлетворительный	7	23,3	9	30

- Хороший - значительное улучшение состояния.
- Удовлетворительный - незначительное улучшение состояния.

В основной группе, где больные получали Мастиол ЭДАС-127 в сочетании с витаминным комплексом Каскорутол, хороший клинический эффект достигнут у 76,7% лиц, удовлетворительный – у 23,3%, в то время как в контрольной группе пациенток, получавших препарат сравнения Мастодион, соответственно у 70% и 30% лиц.

Мастиол ЭДАС-127 является безопасным в применении и хорошо переносится пациентками, ни в одном случае не отмечено нежелательных эффектов. Следует отметить, что:

- эффективность лечения больных ДМ с помощью Мастиола ЭДАС-127 в сочетании с витаминным комплексом Каскорутол выше на 6,7% по сравнению с базисным препаратом Мастодион ($p > 0,05$);

- к концу лечения выраженность симптомов боли и выделений из сосков у пациенток основной группы на 0,2 балла меньше, а % снижения выраженности симптомов соответственно на 11,1% и 7,6% больше, чем в контрольной группе;
- в основной группе отмечена более положительная динамика картины внутрипротоковой контрастной маммографии (на 0,1 балла) при более высоком проценте снижения выраженности симптома (разница показателей равна 3%);
- по окончании исследования суммарная редукция симптомов ДМ составила 79,2% и 75% соответственно в основной и контрольной группе, т.е. на 4,2% больше в основной группе;
- гомеопатическое многокомпонентное средство Мастиол ЭДАС-127 в сочетании с витаминным комплексом Каскорутол является безопасным в применении и хорошо переносится больными. Ни в одном случае не было отмечено побочных или нежелательных эффектов;
- предложенная разработчиками схема лечения больных МП является наиболее оптимальной и удобной для использования.

Резюме. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать Мастиол ЭДАС-127 в сочетании с витаминным комплексом Каскорутол для лечения больных с диффузной мастопатией, как препараты выбора.

На базе Владикавказского республиканского онкодиспансера (гл. врач Томаев И.П., рук. работы проф. Джиоев Ф.К.) наблюдалось 265 женщин репродуктивного возраста, 230 из которых страдали МП и получили лечение по вышеуказанной схеме. Срок последующего наблюдения составил 2-3 года. Результаты лечения представлены в таблице 8.

Табл. 8

**Эффективность лечения
по данным Владикавказского республиканского онкодиспансера**

№ п/п	Результаты лечения	n - (%)
1	Выздоровление	161 – 70%
2	Улучшение	42 – 18,2%
3	Без эффекта	28 – 12,1%

Такую же эффективность лечебной схемы МП с применением Мастиола ЭДАС и Каскорутола (Каскатаола) наблюдали в клиниках Ижевска и Тюмени.

ОБСУЖДЕНИЕ. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенные данные доклинических и клинических исследований эффективности сочетанной схемы лечения МП с использованием гомеопатических комплексов Мастиол ЭДАС-127 (927), Карсат ЭДАС-136 (936) и поливитаминных композиций Каскорутол (А,С,Е,Р) и Каскатол (А,С,Е) свидетельствуют об адекватности этой сочетанной схемы этиопатогенетическим особенностям мастопатии, как дисгормональной, мультифакторной патологии женщин различного возраста. Выраженное лечебное действие схемы существенно ослабило или ликвидировало симптоматику масталгий, альгодисменореи, ПМС, способствовало регрессивному развитию фиброзных и кистозных образований, привело к уменьшению числа и плотности фиброаденоматозных узлов, ни в одном случае не способствовало развитию злокачественного процесса, что свидетельствует об отчетливом антиканцерогенном действии этого комплекса (срок наблюдения от 18 до 37 месяцев).

Одновременно с этим выявлено заметное общеоздоровительное действие сочетанной схемы – восстановление менструального цикла, уменьшение климактерических и предменструальных расстройств, нормализация сна и состояния нервной системы.

Симптомы гомеопатического обострения отмечались только в первом цикле лечения, не были длительными и выраженными, не потребовали уменьшения дозы или прекращения терапии.

Токсических, аллергических или иных неблагоприятных побочных реакций не отмечено ни в одном случае. Длительное (3-5 мес.) применение такой интегративной терапии безопасно, остается высокоэффективным и при повторном применении такого курсового лечения при рецидивах заболевания.

Сочетание специфической терапии с применением детоксицирующего курса по принципам ЭРЛ усиливает и удлиняет оздоровительный эффект, значительно превышает эффективность широко используемых аллопатических, травяных и иных препаратов.

Разработанная в Холдинге «ЭДАС» схема сочетанной терапии мастопатии, дает отчетливый лечебный эффект, обладает антиканцерогенным действием и, в связи с этим, является перспективным методом патогенетического лечения мастопатии и средством профилактики онкологической патологии молочных желез у женщин.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

МЖ	молочные железы
МП	мастопатия
РМЖ	рак молочных желез
ФАМ	фиброзно-аденоматозная мастопатия
ФКБ	фиброзно-кистозная болезнь

ГОМЕОПАТИЯ И АЛЛОПАТИЯ: ОТ ПРОТИВОПОСТАВЛЕНИЯ К ИНТЕГРАЦИИ

На протяжении всей истории развития гомеопатии вплоть до сегодняшних дней не смолкают жаркие споры сторонников и противников этого метода лечения. Однако спорящие забывают, что мир наш биполярен, буквально все в нем имеет свою противоположность, свою диалектическую пару. Гомеопатия и аллопатия – две составляющие одной и неделимой пары, а это значит, что период их противостояния должен остаться в прошлом.

Слово «гомеопатия» составлено из двух греческих слов – «подобное» и «болезнь, страдание», т. е. гомеопатия – это метод лечения болезней средствами, вызывающими подобные симптомы в организме здорового человека. Датой рождения гомеопатии принято считать 1796 г. Именно в этом году в знаменитом немецком медицинском журнале К. Гуфеланда появилась статья Самуэля Ганемана «Опыт нового принципа для нахождения целебных свойств лекарственных веществ с некоторыми взглядами на старые принципы». В ней успешный врач из Саксонии, прославившийся своими щадящими принципами использования лекарств (а в то время принято было закармливать больного всякими снадобьями буквально до отравления, до полного его изнеможения), изложил теоретические основы гомеопатического метода лечения.

С. Ганеман писал: «Чтобы исцелять быстро, точно и надежно, нужно в каждом случае подобрать такое лекарство, действие которого напоминает подобную болезнь». Целебное свойство гомеопатических препаратов С. Ганеман объяснял тем, что в одном и том же организме не может существовать одновременно двух болезней: непременно, сильнейшая вытесняет более слабую. Таким образом, искусственно вызванная лекарством болезнь вытесняет естественное заболевание, сама протекая весьма непродолжительное время.

Принципы, сформулированные Ганеманом, несомненно, имеют более древние корни. Так знаменитый греческий врач Гиппократ, живший в V в. до н. э., уже лечил диарею чемерицей, которая сама по себе оказывает послабляющее действие. Гениальная наблюдательность Гиппократа и логичность умозаключений подсказали ему наиболее действенные методы борьбы с недугами, многие из которых до сих пор не утратили своей актуальности. Гиппократ сравнивал болезнь с деревом, корни которого – причины ее возникновения, а крона – следствие. Древний врач утверждал, что лечить болезнь нужно с двух сторон – корни – базируясь на принципе подобия (*Similis similibus* - основной принцип гомеопатии), а крону – на принципе противоположного (*Contraria contrarius* - принцип аллопатии).

Введение в гомеопатию было бы неполным, если бы мы не упомянули еще об одном важном аспекте, также изложенном Ганеманом. Он считал, что у человека есть особая жизненная сила (энергия), которая движет материей и поддерживает все части организма в строгой гармонии. Ее расстройство вызывает различные отклонения – болезни, которые представляют собой совокупность телесных и душевных симптомов. Основоположник гомеопатии не признавал существования местных болезней, считая их именно проявлениями нарушенной внутренней жизненной силы. Ганеман отмечал, что в хорошо подобранном лекарстве должен быть обеспечен не только набор микроэлементов, содержащихся в определенных соотношениях, но важно учитывать и их энергетический уровень. Без этого невозможно восстановить гармонию протекания биопроцессов в живом организме.

Глобальные исследования, проведенные уже в наши дни, позволили значительно продвинуться в понимании механизма действия гомеопатических препаратов, кото-

рое происходит на энергоинформационном уровне атомов микроэлементов и биомолекул. Сегодня можно утверждать, что через гомеопатические средства в организм вводится совокупность энергоинформационных характеристик микроэлементов и биомолекул лекарственного сырья, используемого при их приготовлении. Биорезонансное взаимодействие данных составляющих позволяет обеспечить энергетический баланс организма в целом (в организме 85 % микроэлементов находится только в энергоинформационном состоянии).

Энергоинформационное взаимодействие гомеопатического препарата и организма аналогично работе мобильного телефона, образно говоря, организм, как и мобильный телефон, взаимодействуют не с молекулами вещества, а их энергоинформационными характеристиками, которые вносятся в организм гомеопатическими препаратами и таким образом обеспечивается энергетический баланс в клетках, органах и в целом в организме.

Необходимо отметить, что организм как субъект целостной природы состоит из того же набора микроэлементов, которые имеются в разном исходном сырье, при этом они отличаются не только атомным весом, спектральными характеристиками, но и энергетическим уровнем (состоянием). Биорезонансное взаимодействие подобных спектральных характеристик организма и препарата позволяет повысить «жизненную силу» (по Ганеману) организма, то есть восполнить энергию атомов микроэлементов и биомолекул организма.

Кризис, порожденный противостоянием

Более чем двухсотлетняя история гомеопатии содержит много свидетельств об излечении даже тяжелых форм хронических заболеваний. За время своего существования этот метод лечения приобрел много сторонников буквально во всех странах мира как среди врачей, так и среди пациентов. Вспомним, что британская королевская династия вот уже 180 лет, начиная с королевы Виктории, лечится только у врачей-гомеопатов. В то же время аллопатические методы лечения остаются главенствующими во всем мире. На ранних этапах развития медицины росту популярности аллопатии способствовало в немалой степени учение римского врача Галена, составившего гениальный сборник по аллопатическому лекарствоведению, по которому обучались многие поколения врачей и аптекарей. Сегодня продажи традиционных фармпрепаратов несоизмеримо больше, чем гомеопатических средств: если в целом мировой рынок фармации оценивается около 600 млрд. долл США, то доля гомеопатии составляет всего лишь 3 млрд долл США. Хотя в Германии сектор гомеопатии на фармрынке составляет около 10 %.

Причиной доминирования аллопатии является то, что традиционные фармпрепараты достаточно быстро устраняют симптомы заболеваний. В результате очень часто создается обманчивое впечатление, что болезнь отступила тогда, как на самом деле она загоняется вглубь, порождая различные осложнения или принимая хроническую форму течения. Подобная односторонность развития медицины дорого обходится мировому здравоохранению. Каждый год на рынок выводятся новые и новые синтезированные препараты, но при этом мы меньше болеть не стали. Более того: к обычным болезням человечества прибавились еще и недуги, вызванные побочным действием фармпрепаратов, участилось количество отравлений лекарственными веществами. По данным Всемирной организации здравоохранения, среди причин смертности населения лекарственное отравление занимает четвертое место, и превышает смертность от дорожно-транспортных происшествий и рака. Лекарственные отравления являются причиной до 30% госпитализаций, при этом до 15% удлиняются сроки лечения этих пациентов.



В советское время чиновники от здравоохранения постоянно подвергали критику метод гомеопатии как лженаучный. Гомеопатию называли анахронизмом, таким же, как народная медицина, верить в действенность которой могут только глубоко невежественные люди, а врачи-гомеопаты, в большинстве своем вынужденные принимать пациентов на дому, обвинялись в шарлатанстве и корыстолюбию. Только в 1995 г. Минздрав России признал метод гомеопатии. Это стало первым шагом, ознаменовавшим окончание затянувшегося противостояния официальной медицины и гомеопатии. Однако десятилетия этого противостояния привели к тому, что руководящие кадры нашей медицинской науки и промышленности были сформированы в годы официального непризнания гомеопатии, когда курс гомеопатии был исключен из программ медицинских вузов.

Единственно правильный путь - интеграция

Представители современной медицины, взращенные по Галену, к счастью, начинают понимать, что стоят на тупиковом пути. Сегодня врачи вынуждены все чаще обращаться к истокам – к двуединому подходу Гиппократу, тем более, что российским ученым удалось разработать схемы гармонизации двух принципов лечения: гомеопатии и традиционной фармакологии, или аллопатии (кстати, термин «аллопатия», также греческого происхождения, совмещающий слова «иное» и «болезнь», тоже в свое время был предложен Ганеманом). Многолетние их исследования доказали преимущества интегративного подхода, основанного на сочетании этих двух, казалось бы, таких разных методов.

Практика показала, что совместное (сочетанное) использование гомеопатических и аллопатических средств взаимно усиливает их действие. Еще более красноречива статистика: она показывает, что применение гомеопатических препаратов совместно с аллопатическими в среднем на четверть сокращает время излечения, при этом стоимость курса фармакотерапии уменьшается на треть. Более чем десятилетний опыт применения интегративных схем также доказал, что их использование на 50-60% снижает риск перехода заболевания в хроническую стадию.

Результаты реализации интегративного подхода при лечении острых и хронических заболеваний более чем впечатляющие. Практика показала, что совместное применение гомеопатических и аллопатических средств позволяет сократить разовую и курсовую дозы фармакологических препаратов, при этом уменьшается количество побочных эффектов, снижается риск развития лекарственной зависимости и устраняется синдром отмены. Кроме того, у больных, принимающих одновременно и те, и другие средства, сокращаются сроки наступления ремиссии.

Интегративные схемы лечения особенно актуальны для больных с сердечно-сосудистой недостаточностью, гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, обреченных на постоянный прием медикаментов. Кроме того, данные схемы позволяют снижать количество осложнений, опасность перехода острых форм заболевания в хроническую. В ряде случаев при таких заболеваниях, как гипотериоз, сахарный диабет II типа, гормональные нарушения в постменструальном периоде и т.д. адекватно подобранная индивидуальная схема лечения гомеопатическими средствами позволяет не только снизить дозы гормональных и аллопатических препаратов, но и перейти на их перманентный прием и даже полностью отказаться от них.

Также не могут не вселять оптимизма экономические показатели применения интегративного подхода, а они говорят о снижении стоимости курсовой терапии, повышении эффективности лечения, сокращении сроков лечения. Из-за ничтожно малых концентраций исходных субстанций в гомеопатических препаратах (их сы-



рьевая составляющая в цене невелика – 5-10%), и несмотря на то, что в производстве гомеопатических средств велика доля ручного труда, который, естественно, дороже машинного, в целом себестоимость их выпуска и конечная цена остаются ниже, чем традиционных препаратов.

И еще одно важное обстоятельство: некоторых пациентов, даже вполне согласных с принципами гомеопатии, часто отпугивает от применения гомеопатических препаратов очень сложные, на их взгляд, схемы разового приема. При этом непременно им вспоминаются знакомые многим с детства крохотные горошины в сахарной облатке, которые надо было насыпать из разных коробочек. Сегодня эти формы гомеопатических препаратов уже отходят в прошлое, уступив место более удобным в применении гомеопатическим комплексам: каплям, таблеткам, капсулам, маслам, гомеопатическим сиропам и т.д. Благодаря широко представленным на фармрынке комплексным гомеопатическим препаратам постепенно отпадает и необходимость подбора терапии из нескольких препаратов. Благодаря применению методик, позволяющих тестировать на совместимость субстанции, используемые в рецептуре, у производителей появилась возможность выпускать гомеопатические комплексы, состоящие порой из 5-6 субстанций. Существующие сегодня тест-системы позволяют также проверять совместимость этих препаратов с аллопатическими средствами в интегративных схемах лечения.

Новым медицинским технологиям на основе интегративных схем лечения с использованием энергоинформационных (гомеопатических) лекарств, также как использованию гомеопатических комплексов для профилактики заболеваний **нет альтернативы**.

В этом убеждаются все больше и больше практикующих врачей.



О МЕХАНИЗМЕ ДЕЙСТВИЯ ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА

1. Гомеопатический препарат готовится по специальной технологии из натуральных природных веществ.
2. Первый этап приготовления гомеопатического препарата: извлечение биомолекул и микроэлементных составляющих из природного вещества.
3. Второй этап приготовления гомеопатического препарата: получение энергоинформационных характеристик из биомолекул и микроэлементов, находящихся в растворе, путем ступенчатой динамизации. При этом последовательно разрываются межмолекулярные и внутримолекулярные связи.
4. Таким образом, гомеопатический препарат является лечебным средством, представляющим коллективное состояние энергоинформационных характеристик биомолекул и микроэлементов исходного вещества природного происхождения.
5. Применяя гомеопатические препараты, мы вносим в организм энергоинформационные характеристики биомолекул и микроэлементов натурального природного вещества.
6. Организм, также как природные вещества, из которых приготовлены гомеопатические препараты, является субъектом природы: в различных биопроцессах организма принимают участие определенные молекулы и микроэлементы, подобные тем, что входят в состав природных веществ, из которых готовятся гомеопатические препараты.
7. Взаимодействие гомеопатического препарата и организма – это взаимодействие частотных (информационных) характеристик аналогичных (подобных) биомолекул и микроэлементов. Таким образом, через гомеопатический препарат в организм передаются энергоинформационные характеристики подобных биомолекул и микроэлементов.
8. Низкие разведения гомеопатических препаратов содержат биомолекулы и микроэлементы и одновременно являются носителями энергоинформационных характеристик, возникающих в результате разрывов внутримолекулярных связей на начальном этапе динамизации.
9. В высоких разведениях гомеопатических препаратов остаются только энергоинформационные характеристики, разнообразие которых увеличивается по мере динамизации.
10. Энергоинформационные характеристики, зафиксированные в гомеопатическом препарате, передаются в организме через молекулы воды. Структурированная ими вода вступает в волновое взаимодействие с молекулярным электростатическим потенциалом (поле вокруг молекул). Это приводит к конструктивной или деструктивной интерференции.



- 
- 
- 11.** Результатом этих специфических волновых взаимодействий является, в том числе, активизация выведения болезнетворных факторов (токсины, нуклиды, соли тяжелых металлов).
- 12.** Следствием такой активизации является восстановление гомеостаза, т.е. постоянства внутренней среды и динамическое равновесие процессов жизнеобеспечения организма.



ОСОБЕННОСТИ ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МНОГОКОМПОНЕНТНЫМИ ГОМЕОПАТИЧЕСКИМИ ЛЕКАРСТВАМИ «ЭДАС»

Перечень факторов, влияющих на длительность лечения гомеопатическими препаратами:

1-й фактор: ПИТАНИЕ

У большинства пациентов веществами, увеличивающими период гомеопатического лечения, являются продукты, содержащие уксус (в том числе кетчупы, майонезы), а также кофе, зеленый чай (в меньшей степени черный чай), корица, перец, мак, лук, чеснок. При этом данные продукты представлены в порядке уменьшения силы их воздействия на гомеопатическое лечение. Алкоголь также антитотирует гомеопатическое лечение. Сильнее всего действуют водка, пиво, красное вино, более мягким воздействием обладают хороший коньяк и белое вино.

2-й фактор: СТРЕССЫ

Неизбежно влияют на каждого человека и обладают более мощным воздействием, чем продукты питания. Взаимоотношения в семье, на работе – все это нередко отражается на эффективности гомеопатического лечения.

3-й фактор: ХИМИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВА

Гомеопатические лекарства усиливают действие общепринятых фармако-терапевтических средств и частично ослабляют проявление побочных явлений последних. При этом на фоне гомеопатического лечения при стабилизации процесса доза аллопатического средства может снижаться в два и более раз. В то же время массивная химическая терапия в ряде случаев делает невозможным эффективное гомеопатическое лечение.

4-й фактор: ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Длительность действия гомеопатического лекарства, как правило, находится в диапазоне от нескольких часов до 30 дней и более, и зависит от самого средства и степени его динамизации. Повторный прием препарата осуществляется после того, как действие лекарства заканчивается. По имеющимся наблюдениям, общим является совместимость гомеопатических средств между собой. Встречающаяся несовместимость гомеопатических средств несущественна. Для снижения возможного усиления симптомов основного или ранее перенесенного заболевания (гомеопатическое обострение) снижается доза или отменяется на 1-2 дня прием лекарства.

Хронические заболевания лечатся длительно и, в зависимости от индивидуальных особенностей человека, не менее года.

В случаях тяжелых хронических заболеваний обычно проводится последовательное чередование антипсорных лекарственных препаратов в течение года.

5-й фактор: ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Физиотерапевтические процедуры, связанные с электрофорезом и различными электрическими воздействиями, уменьшают эффективность гомеопатического лечения, но не настолько, чтобы их не использовать.

6-й фактор: ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА.

Огромное значение играет доверие, сложившееся между врачом и пациентом. При наличии доверия лечение всегда будет более эффективным. Слово, интонация, мысли врача – это тоже фактор, благотворно влияющий на пациента.

7-й фактор: ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТА.

Каждый пациент имеет индивидуальное время ответа на гомеопатическое лекарство. При этом большое значение имеет состояние нервной системы, характер температурной реакции при ранее перенесенных заболеваниях, наследственность.

Эмоционально неустойчивым пациентам с повышенной нервной возбудимостью, быстрых в мыслях и действиях, ответ на лекарство можно ожидать в более короткое время и более эффективным.

Определенные группы пациентов имеют выраженную реакцию на гомеопатическое лекарство, которая проявляется в симптомах лекарственного патогенеза. Реакция у них обычно возникает в первые часы или сутки (от 1 до 4).

Ответ на гомеопатическое лечение при острых состояниях, как правило, возникает в течение нескольких минут или часов, а при хронических заболеваниях – от 7 до 30 дней.

К факторам, усиливающим действие гомеопатических лекарств, относятся физические упражнения на свежем воздухе, массаж, спокойное душевное состояние с положительными эмоциями, а в определенных случаях – иглорефлексотерапия.

**ПРАВИЛА ПРИМЕНЕНИЯ
МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ «ЭДАС» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ**

Правила дозировки

При острых заболеваниях рекомендуется развести среднюю суточную дозу капель или гранул в 1/2 стакана воды и принимать по 1 чайной ложке, через каждые 10–15 мин до улучшения состояния. Затем перейти на обычную схему приема.

Профилактическая дозировка равна лечебной. Возможна индивидуальная дозировка, в которой учитываются тяжесть заболевания, состояние пациента и реакция организма на препарат.

Дозировка для детей приводится в соответствии с возрастом.

Многокомпонентные ГЛС «ЭДАС» внутреннего применения принимаются вне приема пищи.

Способ применения и дозировка капель

Перед употреблением обязательно встряхивать (5-10 раз).

Разовая дозировка для взрослых: 5 капель. Принимать непосредственно или в чайной ложке воды, подержав непродолжительное время во рту перед глотанием, или на кусочке сахара 3 раза в сутки.

Детям:

- до 2 лет – по 1-2 капле;
- от 2 до 5 лет – по 2-3 капли;
- от 5 до 10 лет – по 3-4 капли;
- старше 10 лет – по 4-5 капель
3 раза в сутки.

Для улучшения вкусовых качеств, капли можно растворять в подслащенной воде.

Способ применения и дозировка гранул

Разовая дозировка для взрослых: 5 гранул под язык до полного растворения 3 раза в сутки.

Детям:

- до 2 лет – по 1-2 грануле;
- от 2 до 5 лет – по 2-3 гранулы;
- от 5 до 10 лет – по 3-4 гранулы;
- старше 10 лет – по 4-5 гранул

3 раза в сутки.

При необходимости растворить в чайной ложке воды.

Способ применения и дозировка сиропов

Перед употреблением обязательно встряхивать (5-10 раз).

Разовая дозировка для взрослых: по 1 десертной ложке 2–3 раза в день.

Детям:

- от 1 до 3 лет – по 1/2 чайной ложки 2–3 раза в день;
- от 3 до 12 лет – по 1 чайной ложке 2–3 раза в день;
- старше 12 лет – по 1 десертной ложке 2–3 раза в день.

Способ применения мазей

Небольшое количество мази наносится на места, подлежащие лечению, утром и вечером.

Способ применения оподельдоков

Перед употреблением обязательно встряхивать (5-10 раз).
Небольшое количество оподельдока наносится на места, подлежащие лечению.

Продолжительность курсов лечения

При острых заболеваниях продолжительность приема многокомпонентных гомеопатических препаратов «ЭДАС» индивидуальная 1-2 недели.

При хронических заболеваниях курс лечения первым препаратом 4 недели. В случаях недостаточной эффективности первого курса необходимо провести дополнительный курс лечения другим многокомпонентным гомеопатическим препаратом «ЭДАС» продолжительностью от 2 до 4 недель. В сложных случаях может потребоваться консультация специалиста для индивидуального подбора препаратов с использованием диагностики с медикаментозным тестированием.

Правила хранения

Многокомпонентные ГЛС «ЭДАС» необходимо хранить в недоступном для детей месте. Оберегать от попадания прямых солнечных лучей и воздействия сильных электромагнитных полей. Флаконы и пробки одного препарата нельзя использовать для хранения других препаратов.

Срок хранения

Указывается на упаковке. Обычно он составляет 24–36 месяцев в зависимости от формы выпуска.

Примечание:

Начальная цифра в номере препарата означает:

1 – капли, 2 – мази, 3 – сиропы, 4 – оподельдоки, 8 – масла, 9 – гранулы.

Капли и гранулы выпускаются аналогичного состава, поэтому можно применять одну из форм. Рекомендуемое оптимальное применение препаратов: капли – дома, гранулы – вне дома.

БАЗИСНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ эффективности препаратов «ЭДАС»

1. Составы комплексных лекарств разработаны, апробированы и совершенствовались врачами многих поколений.
2. В технологиях производства, известных более 200 лет, используются новейшие технические средства.
3. Природные, экологически чистые, гармонизированные ингредиенты лекарств энергетически активизируются в процессе производства.
4. Осуществляется постоянный внутренний контроль качества ингредиентов, технологий и готовых лекарств на активность.
5. Комплексно воздействуют на причинно-следственные факторы заболеваний.
6. Не только лечат, но и излечивают заболевания, в том числе хронические.
7. Повышают энергетический уровень органов и организма в целом, поэтому рекомендуются для лечения и профилактики заболеваний.
8. Не имеют побочных явлений и противопоказаний, совместимы с обычными лекарствами.
9. При совместном использовании с обычными лекарствами повышают терапевтический эффект, нейтрализуя побочные действия этих лекарств.
10. Не теряют активности и высокого терапевтического эффекта в процессе длительного хранения.

**Высокая
эффективность**



**Отпуск
без рецепта
врача**

**Совместимость
с другими
препаратами**

**Отсутствие
побочных
действий**

**Доступные
цены**

КОМПЛЕКСНЫЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ «ЭДАС» ЭФФЕКТИВНЕЕ И ДЕШЕВЛЕ АНАЛОГОВ

1. СОВМЕСТИМОСТЬ ПРЕПАРАТОВ – ЭТО БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ

Методика «ЭДАС-тест» позволяет тестировать препараты «ЭДАС»:

- на совместимость субстанций, используемых в рецептуре комплексных лекарственных средств;
- на совместимость препаратов «ЭДАС» с аллопатическими лекарственными препаратами в комплексных схемах лечения.

*Уникальная методика «ЭДАС-тест»
используется только компанией «ЭДАС»*

2. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

Продолжительность лечения индивидуальная для каждого пациента, зависит от характера и стадии заболевания. При лечении хронических заболеваний курсы лечения могут повторяться.

Установленные практикой курсы лечения комплексными гомеопатическими препаратами составляет:

- при использовании капель: от 5 до 30 дней;
- при использовании гранул: от 7 до 35 дней.

Почему курсы лечения при использовании капель и гранул разные?

Потому что капли эффективнее гранул ввиду их органичности и отсутствия межфазового перехода, как при изготовлении, так и при взаимодействии с организмом. При использовании гомеопатического препарата в форме гранул (основа: сахарная крупка) имеется два перехода:

- при изготовлении (от жидкой субстанции на сахарную крупку)
- при применении (от сахарной крупки в жидкую среду организма).

Межфазовые переходы снижают уровень активности энергоинформационных характеристик гомеопатического препарата. Данные «потери» уровня эффективности по последним исследованиям составляют около 20-50 %.

Таким образом «неудобства» при использовании капель компенсируются их более высокой эффективностью по сравнению с гранулами и соответственно меньшей продолжительностью и стоимостью лечения.

3. ОПТИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ И ВЕС ФАСОВКИ НА КУРС ЛЕЧЕНИЯ

Объем капель «ЭДАС» и вес гранул «ЭДАС» в одной упаковке рассчитан на максимальный курс лечения:

- КАПЛИ оптимально принимать по 5 капель 3 раза в день. Поэтому для курса лечения каплями необходимо 90 доз (30 дней x 3 раза). В одной упаковке (25 мл) капель «ЭДАС» 80-100 доз;
- ГРАНУЛЫ оптимально принимать по 5 гранул 3 раза в день. Поэтому для курса лечения гранулами необходимо 105 доз (35 дней x 3 раза). В одной упаковке (20 г) гранул «ЭДАС» содержится 100-120 доз.

Таким образом, оптимальной упаковкой являются:

- для капель: 25 мл
- для гранул: 20 г

Использование дозировок комплексных гомеопатических препаратов свыше данного объема и веса влечет необоснованное удорожание одной упаковки и, соответственно, курса лечения. Повышение объема (веса) упаковки является рекламным фактором, ничего общего не имеющего с гомеопатическим лечением. Одновременно это характеризует недостаточный уровень эффективности препаратов той или иной компании.

***Высокий уровень эффективности препаратов «ЭДАС»
позволяет не увеличивать объем и вес упаковки.
Есть ли необходимость приобретать препаратов больше,
чем требуется на курс лечения.
Зачем платить больше?***

4. ЛУЧШЕЕ СООТНОШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ЦЕНЫ

Совместимость препаратов «ЭДАС» с другими препаратами, оптимальность их дозировок, объема и веса упаковки - главные преимущества препаратов «ЭДАС». Данные преимущества становятся более убедительным, если принять во внимание то, что стоимость лечения препаратами «ЭДАС» на 20-30% ниже по сравнению с препаратами других российских компаний.

Препараты «ЭДАС» обеспечивают эффективное и недорогое лечение.

**ПЕРЕЧЕНЬ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ
И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ,
в которых проводились клинические исследования многокомпонентных
гомеопатических лекарственных средств «ЭДАС»**

- Российский государственный медицинский университет, г. Москва
- Нижегородская государственная медицинская академия
- Саратовский государственный медицинский университет
- Научно-исследовательский институт урологии Минздрава РФ, г. Москва
- Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева Российской академии медицинских наук, г. Москва
- Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии Минздравмедпрома РФ
- Государственный институт усовершенствования врачей Министерства обороны России
- Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России
- Проблемная лаборатория по разработке, изучению, внедрению, производству и маркетингу лекарственных средств РАМН, г. Москва
- Нижегородская МСЧ № 134 при Федеральном управлении медико-биологических и экстремальных проблем Минздрава РФ
- Республиканская клиническая больницы № 2 Минздрава РФ
- Тюменский областной научно-методический центр профилактики и реабилитации
- Московский гомеопатический центр
- Новосибирский гомеопатический медико-социальный центр
- Томский гомеопатический центр «Аконит»
- Тюменский лечебно-диагностический центр «Альтернатива»
- Областная клиническая больница, г. Саратов
- Областная детская клиническая больница, г. Саратов
- Маммологический центр, г. Ижевск
- Саратовская линейная больница Средне-Волжского речного бассейна
- 7-я Центральная поликлиника Министерства обороны России
- МСЧ «НИТРОН», г. Саратов
- Ленинградский областной кожно-венерологический диспансер
- Детская городская клиническая больница им. Г.К.Филиппского, г.Ставрополь
- Городская больница, г. Ставрополь
- Областной детский и подростковый эндокринологический центр, г. Саратов
- Наркологический диспансер № 8, г. Москва
- Городская больница № 40, г. Санкт-Петербург
- Женская консультация № 9, г. Москва
- Муниципальная детская больница, г. Энгельс
- МСЧ СПЗ-3, г. Саратов
- Городская поликлиника № 132, г. Москва
- Детская городская поликлиника № 103 г. Москва



ДЛЯ ЗАМЕТОК



ДЛЯ ЗАМЕТОК





МАСТОПАТИЯ

ДИСГОРМОНАЛЬНАЯ ДИСПЛАЗИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ:
ЭТИОЛОГИЯ. ПАТОГЕНЕЗ. КЛАССИФИКАЦИЯ. КЛИНИКА. ДИА-
ГНОСТИКА. ТЕРАПИЯ. СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ

Пособие для врачей

Подписано в печать 00.00.2007
Формат 60х90/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Тираж 3000 экз.
Отпечатано в типографии ООО «Фактор»
Россия, 115093, Москва, ул. Люсиновская, д. 35
Тел./Факс: +7 (495) 785-8800. Тел.: 981-57-77, 236-84-20/07

