

35 лет и достаточное снижение Rх в ночное время могут быть обусловлено тем, что это пациенты с АГ различной степени тяжести, которые получают гипотензивную терапию. Группа мужчин до 25 лет – это пациенты, направленные для обследования с подозрением на АГ, как правило на начальной стадии заболевания и не получавшие медикаментозной коррекции АД. Важным аспектом результатов, полученных с использованием нового метода обработки данных, является выявление снижения показателей асимметрии Rх ночью, в сравнении с показателем асимметрии Rх днем, что в итоге отражает существенное уменьшение хаотической динамики и приближение к стохастической предсказуемости поведения вектора состояния организма больных АГ.

Наибольший разброс движения вектора состояния организма мужчин (по параметрам SYS, DIA, MAP, PUL, DP) происходит днем. Это свидетельствует о высокой рассогласованности компонентов сердечно-сосудистой системы, т.е. усилением асинергизма. Изучения динамики поведения вектора состояния организма женщин при суточном мониторингировании АД по 5-ти показателям (SYS, DIA, MAP, PUL, DP) выявило сходные закономерности, присущие группе мужчин. В ночное время суток происходит снижение показателя объема (Vx) аттрактора движения вектора состояния организма и показателей асимметрии (Rх). У женщин <35 лет и мужчин >35 лет наблюдается максимальные значения показателей Vx в утреннее время. Это свидетельствует о том, что данное время суток для этих возрастных групп наиболее опасное в проявлении сердечно-сосудистых кризов.

Литература

1. Еськов В.М. и др Синергетика в клинической кибернетики : монография.– Ч. II. / Под ред. А.И. Григорьева.– Самара: Офорт, 2007.– 292 с.
2. Катюхин В.Н. и др Монография. Артериальная гипертензия.– Сургут: СурГУ, 2000.– 132 с.
3. Лебедев М.В. // Ж. доказательной медицины практикующих врачей – Форум Экспертов, 2007.– С. 14–16.
4. Онищенко В.Н.// Гигиена и санитар.–2002.– №2.– С. 3–14.

УДК 615.015.21; 616-085

УЧЕНИЕ О МИАЗМАХ КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ ДОКТРИНЫ

А.С. СОРОКИН, Т.А. ЗАБРОДИНА*

Одним из наиболее трудных для понимания разделов гомеопатического учения С.Ганемана являются его работы по теории хронических миазмов, их диагностике и тактике лечения. *Миазм* в переводе с греческого означает загрязнение. Этот термин употреблял еще Гиппократ для обозначения болезнетворных веществ в атмосфере, которые вызывают эпидемии. В трактовке же Ганемана речь идет о хронических миазматических заболеваниях, отличающихся длительностью течения и резистентностью к проводимой терапии. Эта проблема сохраняет актуальность. Современная медицина имеет дело с целым рядом заболеваний, трудно поддающихся или не поддающихся фармакотерапии. Только осознав, что человеческий организм един и наибольших успехов следует ожидать от методов, направленных на лечение человека как некоей единой социально-биологической системы, а не заболеваний отдельных органов, можно оценить значение созданной Ганеманом теории *миазмов*. К сожалению, большинство врачей даже не подозревают о существовании миазматического учения с его многочисленными прикладными аспектами, развитию на этой основе гомеопатической иммунофармакологии, нозодотерапии, гомеопатической мезотерапии.

На современном этапе наиболее приемлемым является понимание *миазма* как способа патологической адаптации с искажением материи, формы, энергии. С самого начала было выделено три миазма. Это *псора*, которой присуща функциональная слабость, гипозергия, гипотрофия, гипотония. Принцип *псоры* – дефицит. *Сикоз* – это гиперэргия, гипертрофия, гипертония, отложение, разрастания. Принцип – избыток. *Люзс* – это дизэргия, дистрофия, дистония, то есть ответ не к месту, не в том направ-

лении и с ненадлежащей силой. Принцип – деструкция. Названия *миазмов* были сохранены как дань уважения к создателю учения, однако уже в те времена не возникало сомнений, что *псора* – это отнюдь не чесотка, *сикоз* нельзя ассоциировать с гонореей, а *люзс* только чисто внешне может напоминать картину сифилиса. Во главу учения с самого начала ставился тип реакций, характер поражения тканей, а хронические болезни расценивались как проявления трех основных *миазмов*. Каждый из них изменяет деятельность всего организма, причем эти изменения без проведения антимиазматического лечения неуклонно прогрессируют.

Поиски объективных критериев для диагностики *миазмов* обусловили разработку методики в виде психофизических тестов, позволяющих проследить работу сенсорных систем до и через 20 минут после приема антимиазматического препарата, а также проводить тестирование в процессе лечения. Была создана и запатентована методика (патент № 2185776), суть которой заключается в том, что на экране компьютера предъявляются две горизонтально ориентированные прямые, которые пациент должен различать по длине. В половине случаев отрезки имеют равную длину (пустые пробы), в половине различаются на 5% (сигнальные пробы). Последовательность предъявления равных и неравных пар линий и их расположение на экране произвольная. Результаты обследования оценивались по критериям: вероятность обнаружения Роб, то есть неравенство линий по длине обнаружено; вероятность ложной тревоги Рлт, т.е. принятие равных линий за неравные; показатель чувствительности d', характеризующий точность различения стимулов, рассчитываемый по таблице на основе двух вышеприведенных показателей.

Исследовано 20 хронических больных, у которых диагностирована миазматическая отягощенность. У 10 больных после приема антимиазматического препарата шло улучшение показателей сенсорной чувствительности. Показатели до приема препарата – Роб – 0,61, Рлт – 0,33, d' – 0,72; показатели после приема препарата – Роб – 0,84, Рлт – 0,41, d' – 1,22. У 6 пациентов наблюдалось ухудшение показателей: до приема препарата – Роб – 0,52, Рлт – 0,44, d' – 0,3; после приема препарата – Роб – 0,36, Рлт – 0,48, d' – (0,31). Улучшение показателей было у лиц с люэтическим и псорическим миазмами, а ухудшение – только при сикотическом миазме. У 4-х пациентов реакции на препарат не было, что связано с неправильной диагностикой миазма. После приема препарата в психофизическом тесте отмечено как улучшение, так и ухудшение показателей, при параллельном тестировании по Фоллю на актуальных точках отмечалось улучшение показателей.

Данная диагностика была дополнена результатами тестирования по Люшеру. Предпочтение в выборе синего цвета подтвердило псорический тип реагирования, зеленого и желтого – сикотический, красного – люэтический. Кроме предпочтения учитывался и отторгаемый цвет, то есть находящийся на последних позициях в выборе. На основе данной диагностики нами представилась возможность описать проявления миазмов. В качестве наиболее демонстративной приведена картина поражения кожи. Для *псоры* характерна кожная сыпь с зудом. Локализация кожных поражений – мелкие складки кожи, волосистая часть головы. Отметим красные щеки и уши, бледный носогубный треугольник. Характерно наличие отрубевидного шелушения, сухая себорея. Наблюдаются и микровезикулы. Характер зуда – легкий, исчезающий после расчесывания. *Сикоз* – это вегетация, отек, боль, гной. Локализация сикотических поражений иная. Это аногенитальная область, борода, бакенбарды, усы, воротниковая зона, складки живота. Характерна жирная кожа, диффузное мокнутие, уртикарные высыпания, жирная себорея, целлюлит, невусы, телангиоэктазии, папулы, периоральный дерматит, хейлит. Для *люэса* характерны эрозии, язвы, поражения лимфоузлов и сосудов. Локализация: голова, пятка, крупные складки в проекции суставов. Наблюдается сухость до трещин, язвы, ксеродермия, склонность поражений к слиянию в гирлянды, крупные бляшки, пузыри. К этому же типу можно отнести упорный онихомикоз, витилиго, алопецию, стигмы дизэмбриогенеза. Зуд, в отличие от псоры, носит более упорный биопсорирующий характер.

Результаты диагностики диктуют необходимость начинать лечение с проведения антимиазматической терапии. В первую очередь это нозодотерапия, то есть применение в гомеопатическом виде либо нозодов возбудителей, получаемых из культуры микроорганизмов, либо нозодов возбудителей вместе с продуктами реакции организма, либо нозодов заболеваний. Чаще всего применяются *псорин* при *псоре*, *медоррин* при *сикозе* и *люэзин*

* 117997, Москва, ул. Островитянова, 1 кафедра медицинской кибернетики и информатики РГМУ

при *люэсе*. Далее следует элементарная антимиазматическая терапия, то есть гомеопатическая терапия химическими элементами. Для *псоры* это чаще всего *сульфур*, для *сикоза* – *натриум сульфуррикум*, для *люэса* – *меркуриус*. На завершающем этапе лечения показана конституциональная терапия, использующая гомеопатические полихресты (ликоподий, игнация, нукс, вомика, бриония и другие в соответствии с конституциональным типом).

При проведении лечения неизбежно встает вопрос о характере ответных реакций организма на прием гомеопатических лекарственных средств. Одни авторы считают, что действие вещества в аллопатической дозе и в гомеопатическом виде качественно идентично. С другой стороны, придерживаются мнения, что результаты воздействия больших и малых доз имеют противоположную направленность. Выводы авторов базируются на наблюдениях и лабораторных исследованиях. На наш взгляд, более объективные данные могут быть получены при изучении общеорганизменных реакций на прием препарата. С этой целью мы исследовали состояние вегетативной системы испытуемого с помощью программно-аппаратного комплекса «МАРС». В процессе работы отобраны наиболее отвечающие целям исследования показатели: *индекс вегетативного равновесия* (ИВР), *вегетативный показатель ритма* (ВПР), *показатель адекватности процессов регуляции* (ПАПР), *индекс напряжения* (ИН).

На первом этапе исследования испытуемый принимал стандартную дозу вещества (кофе, адреналин, валериана, пиво). После этого в динамике прослеживались сдвиги вегетатики. Эти сдвиги имели стойкий характер и держались в течение одного часа. Приводим усредненные данные в условных единицах у пяти испытуемых после приема кофе (табл.1).

Таблица 1

Сдвиг вегетатики после приема кофе

Показатели	Исходные данные	Через 20 мин	Через 1 час	Рост в %
ИВР	46,1	51,3	85,8	67
ВПР	2,81	2,39	4,18	75
ПАПР	31,9	32,4	42,6	31
ИН	32,1	31,5	61,8	96

Следующий этап состоял в том, что после получения исходных данных исследуемый сначала принимал гомеопатический препарат *коффея* С6, а затем стандартную дозу кофе, как и на предшествующем этапе исследования. При этом были отобраны люди, нейтрально относящиеся к кофе, любящие кофе и нет. Реакция вегетативной нервной системы на исследование оказалась однонаправлена, но различна по интенсивности у всех пяти испытуемых. Приводим усредненные данные по ИН (табл.2).

Таблица 2

Динамика индекса напряжения

Тип испытуемого	Исходные данные	Прием гомеопат. коффея С6	Прием кофе	Динамика изменений в %
Нейтр. реакция на кофе	20,3	23,6	18,8	-20
Не любящие кофе	60,0	61,8	54,1	-12
Любящие кофе	92,8	107,0	66,8	-38

Из табл.2 видно, что действие гомеопатического препарата наиболее сильно у лиц, имеющих либо пристрастие, либо отторжение к данному веществу. У всех исследуемых первичная реакция как на прием кофе, так и на прием гомеопатической коффеи заключалась в активации симпатического отдела вегетативной нервной системы. Однако последующий прием кофе после гомеопатической коффеи вызывает обратную реакцию (угнетение симпатической нервной системы).

В третьей серии опытов после получения исходных данных обследуемый принимал вначале вещество в стандартной материальной дозе, а через 20 минут его гомеопатический аналог в следующих потенциях: коффея С6, валериана С6, адреналин С30, калий бихромикум С6 с учетом того, что калий бихромат входит в состав пивных дрожжей. Приводим усредненные результаты по последовательному приему вначале кофе, а затем гомеопатической коффеи С6 у пяти испытуемых. Исходный ИН=43,6; он вырос после приема кофе ИН=107,2; прием гомеопатической коффеи С6 снизил его до исходных значений ИН=43,6. Эти данные свидетельствуют о том, что прием гомеопатического аналога снимает действие материальных доз вещества. Ту же тенденцию выявляет прием вначале настойки валерианы, а затем гомеопати-

ческой валерианы. Исходные суммарные данные: ИН=175,5; после приема настойки валерианы ИН=237,4; после приема гомеопатической валерианы ИН=175,6. Тот же процесс мы наблюдаем при приеме адреналина С30: исходный суммарный ИН=288; после приема материальных доз ИН=554; после приема гомеопатического аналога ИН=353. Эти же закономерности подтверждаются и при последовательном приеме вначале одного стакана 5,5° пива, а затем гомеопатического калия бихромата. Суммарные данные ИН в этих пяти случаях: исходный ИН=151,4; через 20 мин, после приема пива ИН=65,5; после приема гомеопатического калия бихромикума ИН=189,3.

Эти данные дают нам право суммировать результаты действия всех испытанных нами веществ и их гомеопатических аналогов в пятнадцати испытаниях. В итоге мы имеем следующие данные: исходный ИН=457,8; при действии материальных доз ИН=624,4; при последующем действии гомеопатического аналога ИН=505,8. Прослеживается, что гомеопатический препарат и снижает эффект действия того же вещества в больших дозах. Следовательно, избыточное действие лекарственных средств можно снимать приемом гомеопатических аналогов.

Представления о *миазмах* дают возможность проводить лечение пациентов, не прибегая в большинстве случаев к гормонам, цитостатикам, нейролептикам. Если же применение этих препаратов предшествовало антимиазматической терапии, реактивность организма можно восстановить, применяя гомеопатические аналоги аллопатических средств. Целью лечения становится не подавление симптомов, а воздействие непосредственно на те механизмы, которые лежат в основе хронической болезни. Более того, не изучив досконально миазматику, не возможно успешно применять гомеопатический метод в клинической практике.

УДК 615.831:616.24-002.5

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЛЕВРИТОВ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Е.В. АСХАДУЛИН, Л.А. МИТРОХИН, П.В. ПОНОМАРЕВ, Е.С. УШАКОВА*

Определение этиологии плеврального выпота часто представляет собой трудную диагностическую проблему для клинициста [1,3]. По литературным данным, даже после детальной оценки анализа плевральной жидкости и проведения закрытой биопсии плевры, примерно в 20-30% случаев причина плеврального выпота остается неясной [2,4-6]. Широкое внедрение в практику хирургических стационаров эндоскопических методов обследования позволяет с успехом решить эту задачу. Благодаря использованию торакальной видеохирургии стало возможным установить правильный диагноз у больных с плевритами со специфичностью до 100% [7-8]. В течение 3-х лет в условиях легочно-хирургического отделения для больных туберкулезом, на базе Тульского областного противотуберкулезного диспансера №1, нами проведено 18 видеоторакоскопических (ВТС) операций у лиц с неясной этиологией плеврального выпота.

Таблица

Средние сроки лечения сравниваемых групп больных

Средний койка - день	Операция ВТС	Операция плеврэктомия
в ТЛХО до операции	15,2	30,7
в ТЛХО после операции	21,5	42
Всего	36,7	72,7

Для проведения диагностического исследования отбирались больные вне зависимости от пола и возраста, у которых отсутствовали противопоказания к оперативному вмешательству. У данной категории больных мы оценивали действенность использования метода, основываясь на определении средних сроков пребывания каждого больного в стационаре от момента выявления плеврального выпота до выписки на амбулаторное лечение. После проведения ВТС у 10 человек был подтвержден диагноз туберкулеза, что составило 55,5% от общего количества больных данной группы. У 8 человек (44,5%) установлены другие формы нозологии – неспецифическое воспаление плевры у 5

* Тульский областной противотуберкулезный диспансер № 1». Тульская область, Ленинский р-н, п. Петелино