

ISSN 0023-2149



С. П. Боткин



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

# КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

3

2014

РЕГИОНАЛЬНАЯ  
ОБЩЕСТВЕННАЯ  
ОРГАНИЗАЦИЯ "ОБЩЕСТВО  
ПО ИССЛЕДОВАНИЮ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ"

Журнал основан в 1920 г.

Награжден дипломами  
I степени в 1968, 1975, 1990 гг.,  
Почетной грамотой в 1995 г.,  
знаком отличия «Золотой фонд  
прессы» в 2006 г.

С 1995 г. журнал является  
членом Европейской ассоциации  
научных редакторов (EASE)

ОАО «Издательство "Медицина"»

ЛР № 010215 от 29.04.97 г.

#### АДРЕС РЕДАКЦИИ:

107140 Москва,  
ул. Верхняя Красносельская,  
д. 17а, стр. 1б

WWW страница: [www.medlit.ru](http://www.medlit.ru)

Зав. редакцией  
**О. А. Платова**

E-mail: [klin.med@mail.ru](mailto:klin.med@mail.ru)

#### ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ:

тел. 8-499-264-00-90

E-mail: [oac-meditsina@mail.ru](mailto:oac-meditsina@mail.ru)

Ответственность за достоверность  
информации, содержащейся  
в рекламных материалах, несут  
рекламодатели

Редактор *Л. В. Покрасина*  
Художественный редактор  
*Р. Р. Катвеева*  
Технический редактор  
*Т. В. Нечаева*  
Переводчик *Ю. В. Морозов*  
Корректор *А. В. Малахова*  
Верстка *А. Г. Мальцина*

Сдано в набор 24.12.2013.  
Подписано в печать 14.02.2014.  
Формат 60 × 88%.  
Печать офсетная.  
Печ. л. 10,00 + 0,25 п.л. вкл.  
Усл. печ. л. 9,82.  
Уч.-изд. л. 12,29.  
Заказ 147.

Отпечатано в ООО "Подольская  
Периодика",  
142110, г. Подольск,  
ул. Кирова, 15  
Подписной тираж номера 664 экз.

ISSN 0023-2149



9 770023 214005

# КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Ежемесячный рецензируемый научно-практический журнал

2014

Том 92, № 3

#### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор **В.Б. СИМОНЕНКО** – д-р мед. наук, проф., член-корр. РАМН  
**Б.П. БОГОМОЛОВ** – д-р мед. наук, проф., член-корр. РАМН  
**И.Н. БОКАРЕВ** – д-р мед. наук, проф.  
**П.А. ДУЛИН** (научный редактор) – д-р мед. наук, проф.  
**Н.А. ЕФИМЕНКО** – д-р мед. наук, проф., член-корр. РАМН  
**А.А. ЗЫКОВА** – канд. мед. наук  
**В.Т. ИВАШКИН** – д-р мед. наук, проф., акад. РАН  
**Ф.И. КОМАРОВ** – д-р мед. наук, проф., акад. РАН  
**К.В. ЛЯДОВ** – д-р мед. наук, проф., член-корр. РАМН  
**И.В. МАЕВ** – д-р мед. наук, проф., член-корр. РАМН  
**Н.А. МУХИН** – д-р мед. наук, проф., акад. РАН  
**Е.Л. НАСОНОВ** – д-р мед. наук, проф., акад. РАН  
**В.И. ПОДЗОЛКОВ** – д-р мед. наук, проф.  
**С.И. РАПОПОРТ** (зам. главного редактора) – д-р мед. наук, проф.  
**А.И. СИНОПАЛЬНИКОВ** (отв. секретарь) – д-р мед. наук, проф.  
**А.Я. ФИСУН** – д-р мед. наук, проф.  
**А.Ф. ЧЕРНОУСОВ** – д-р мед. наук, проф., акад. РАН  
**С.М. ЧИБИСОВ** – д-р мед. наук, проф.  
**Ю.Л. ШЕВЧЕНКО** – д-р мед. наук, проф., акад. РАН  
**А.А. ШЕПТУЛИН** – д-р мед. наук, проф.  
**Е.А. ШИРОКОВ** – д-р мед. наук, проф.

#### Редакционный совет:

**Э.И. БЕЛОБОРОДОВА** (Томск)  
**Н.Н. БОРОВКОВ** (Н. Новгород)  
**Х.М. ГАЛИМЗЯНОВ** (Астрахань)  
**Э.Г. ГРИГОРЯН** (Ереван, Армения)  
**А.А. ДЕМИН** (Новосибирск)  
**К.Л. ЗАПЛАТНИКОВ** (Нюрнберг, Германия)  
**А.В. КАЛИНИН** (Москва)  
**Е.П. КАМЫШЕВА** (Н. Новгород)  
**В.А. КОНДУРЦЕВ** (Самара)  
**В.П. КОТЕЛЬНИКОВ** (Рязань)  
**А.А. КРЫЛОВ** (Санкт-Петербург)  
**В.Г. КУКЕС** (Москва)  
**В.С. МОИСЕЕВ** (Москва)  
**А.М. НОГАЛЛЕР** (Мюнхен, Германия)  
**Л.К. ПАРХОМЕНКО** (Харьков, Украина)  
**С.И. РЯБОВ** (Санкт-Петербург)  
**С.А. СИМБИРЦЕВ** (Санкт-Петербург)  
**Я.С. ЦИММЕРМАН** (Пермь)  
**В.В. ЧЕРНИН** (Тверь)  
**И.А. ШАМОВ** (Махачкала)  
**Н.А. ЯИЦКИЙ** (Санкт-Петербург)  
**Г.М. ЯКОВЛЕВ** (Санкт-Петербург)



МОСКВА ОАО «ИЗДАТЕЛЬСТВО "МЕДИЦИНА"», 2014

REGIONAL SOCIAL  
ORGANIZATION  
«ARTERIAL  
HYPERTENSION  
RESEARCH SOCIETY»

The magazine was  
founded in 1920

[www.medlit.ru](http://www.medlit.ru)

Edition:  
e-mail: [klin.med@mail.ru](mailto:klin.med@mail.ru)  
Platova O.A.

ISSN 0023-2149



9 770023 214005

# KLINICHESKAYA MEDITSINA

Monthly peer-reviewed scientific and practical journal

2014

Tom 92, № 3

## EDITORIAL BOARD:

Editor-in-chief

**SIMONENKO V. B.** – MD, PhS, DSc, prof., corresponding member of RAMS

B.P. BOGOMOLOV – MD, PhS, DSc, prof., corresponding member of RAMS

I.N. BOKAREV – MD, PhS, DSc, prof.

P.A. DULIN (science editor) – MD, PhS, DSc, prof.

N.A. EFIMENKO – MD, PhS, DSc, prof., corresponding member of RAMS

A.A. ZYKOVA – MD, PhD

V.T. IVASHKIN – MD, PhS, DSc, prof., academician of RAS

F.I. KOMAROV – MD, PhS, DSc, prof., academician of RAS

K.V. LYADOV – MD, PhS, DSc, prof., corresponding member of RAMS

I.V. MAEV – MD, PhS, DSc, prof., corresponding member of RAMS

N.A. MUKHIN – MD, PhS, DSc, prof., academician RAS

E.L. NASONOV – MD, PhS, DSc, prof., academician of RAS

V.I. PODZOLKOV – MD, PhS, DSc, prof.

S.I. RAPOPORT (deputy chief editor) – MD, PhS, DSc, prof.

A.I. SINOPAL'NIKOV (executive secretary) – MD, PhS, DSc, prof.

A.Y. FISUN – MD, PhS, DSc, prof.

A.F. CHERNOUSOV – MD, PhS, DSc, prof., academician of RAS

S.M. CHIBISOV – MD, PhS, DSc, prof.

Y.L. SHEVCHENKO – MD, PhS, DSc, prof., academician of RAS

A.A. SHEPTULIN – MD, PhS, DSc, prof.

E.A. SHIROKOV – MD, PhS, DSc, prof.

## Editorial advisory board:

E.I. BELOBORODOVA (Tomsk)

N.N. BOROVKOV (Nizhny Novgorod)

Kh.M. GALIMZYANOV (Astrakhan')

E.G. GRIGORYAN (Erevan, Armeniya)

A.A. DEMIN (Novosibirsk)

A.L. ZAPLATNIKOV (Nyurnberg, Germany)

A.V. KALININ (Moskva)

E.P. KAMYSHEVA (Nizhny Novgorod)

V.A. KONDURTSEV (Samara)

V.P. KOTEL'NIKOV (Ryazan')

A.A. KRYLOV (Sankt-Peterburg)

V.G. KUKES (Moscow)

V.S. MOISEEV (Moscow)

A.M. NOGALLER (Myunkhen, Germany)

L.K. PARKHOMENKO (Khar'kov)

S.I. RYABOV (Sankt-Peterburg)

S.A. SIMBIRTSEV (Sankt-Peterburg)

Ya.S. TSIMMERMAN (Perm')

V.V. CHERNIN (Tver')

I.A. SHAMOV (Makhachkala)

N.A. YAITSKIY (Sankt-Peterburg)

G.M. YAKOVLEV (Sankt-Peterburg)



MOSCOW, IZDATELSTVO MEDITSINA, 2014

## Обзоры и лекции

- Широков Е.А.* Идеология современной системы профилактики инсульта ..... 5
- Циммерман Я.С., Димов А.С.* Болезнь как явление природы человека: к пониманию и развитию философского наследия В.Х. Василенко. Часть 1 ..... 10
- Антелава О.А., Насонов Е.Л.* Идиопатические воспалительные миопатии: основные клинико-иммунологические варианты, трудности дифференциального диагноза и терапии ..... 19
- Решетников О.В., Курилович С.А., Кротов С.А., Белковец А.В.* Физиологическое и клиническое значение пепсиногенов желудка ..... 26
- Шамов И.А.* Семейная средиземноморская лихорадка (пароксизмальный полисерозит, семейный рецидивирующий полисерозит, периодическая болезнь) ..... 31

## Оригинальные исследования

- Запесочная И.Л., Автандилов А.Г., Верткина Н.В.* Суточный профиль артериального давления у здоровых северян ..... 35
- Лычев В.Г., Клестер Е.Б., Плинокосова Л.А.* Аритмия у больных хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2-го типа ..... 38
- Подзолков В.И., Тарзиманова А.И., Мохаммади Л.Н., Лория И.Ж.* Изменение функции эндотелия у больных с артериальной гипертензией при различных формах фибрилляции предсердий ..... 42
- Иванов А.П., Мальцев К.А., Эльгардт И.А., Сдобнякова Н.С.* Состояние вегетативной нервной системы и риск повторной госпитализации после купирования гипертонического криза ..... 47
- Медведев И.Н., Брюховецкий А.Г.* Применение верошпирона и выраженность тромбоцитарной агрегации у больных с артериальной гипертензией с абдоминальным ожирением ..... 50
- Мензоров М.В., Шутов А.М.* Липокаин, ассоциированный с желатиназой нейтрофилов в прогнозировании острого повреждения почек у больных с острым коронарным синдромом ..... 54
- Муравьев Ю.В., Гриднева Г.И., Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Омонин Ю.Л., Александрова Е.Н., Кашникова Л.Н., Глухова С.И., Насонов Е.Л.* Оценка влияния метотрексата на острофазовый ответ при ревматоидном артрите после лечения в течение 12 недель ..... 59

## Reviews and lectures

- Shirokov E.A.* Ideology of the modern system of stroke prevention ..... 5
- Tsimmerman Ya.S., Dimov A.S.* The disease as a phenomenon of human nature: toward understanding and developing of V.Kh.Vasilenko's philosophical legacy. Part 1 ..... 10
- Antelava O.A., Nasonov E.L.* Idiopathic inflammatory myopathies: main clinical and immunological variants, difficulties of differential diagnostics and therapy ..... 19
- Reshetnikov O.V., Kurilovich S.A., Krotov S.A., Belkovets A.V.* Physiological and clinical implications of gastric pepsinogens ..... 26
- Shamov I.A.* Familial mediterranean fever (paroxysmal polyserositis, familial recurring polyserositis, periodic disease) ..... 31

## Original investigations

- Zapesochnaya I.L., Avtandilov A.G., Vertkina N.V.* Diurnal profile of arterial pressure in healthy residents of northern regions ..... 35
- Lychev V.G., Klester E.B., Plinokosova L.A.* Arrhythmia in patients with chronic heart insufficiency and type 2 diabetes mellitus ..... 38
- Podzolkov V.I., Tarzimanova A.I., Mokhammad L.N., Loriya I.Zh.* The altered endothelial function in patients with arterial hypertension and different forms of atrial fibrillation ..... 42
- Ivanov A.P., Maltsev K.A., Elgardt I.A., Sdobnyakova N.S.* The state of vegetative nervous system and the risk of repeated hospitalization after elimination of hypertonic crisis ..... 47
- Medvedev I.N., Bryukhovetsky A.G.* The use of verospiron and the degree of platelet aggregation in arterial hypertension with abdominal obesity ..... 50
- Menzorov M.V., Shutov A.M.* Neutrophil gelatinase-associated lipocain as a predictor of acute renal lesion in patients with acute coronary syndrome ..... 54
- Muraviev Yu.V., Gridneva G.I., Karateev D.E., Luchikhina E.L., Omonin Yu.L., Aleksandrova E.N., Kashnikova L.N., Glukhova S.I., Nasonov E.L.* Evaluation of methotrexate effect on the acute-phase response in rheumatoid arthritis after 12 week treatment ..... 59

- Мандель И.А., Суходоло И.В., Плешко Р.И., Анищук А.А., Киселев В.О., Подоксенев Ю.К., Шипулин В.М., Ляпунова Л.С., Невдах А.Е.* Желудочно-кишечные кровотечения в кардиохирургии при эндотелиальной дисфункции ..... 63
- Наумова Л.А., Осипова О.Н.* Рак желудка у пациентов с системной недифференцированной дисплазией соединительной ткани..... 69

### Дискуссии

- Зильбер В.С.* Место гомеопатии в системе российского здравоохранения. Часть I..... 74

### Юбилей

- В. Т. Ивашкин (к 75-летию со дня рождения) ..... 79

- Mandel I.A., Sukhodolo I.V., Pleshko R.I., Anishchuk A.A., Kiselev V.O., Podoksenov Yu.K., Shipulin V.M., Lyapunova L.S., Nevдах A.E.* Gastrointestinal hemorrhage in cardiosurgery in patients with endothelial dysfunction
- Naumova L.A., Osipova O.N.* Stomach cancer in patients with systemic non-differentiated congenital tissue dysplasia

### Discussions

- Zil'ber V.S.* The role of homeopathy in the Russian public healthcare system. Part I

### Jubilee

- V.T. Ivashkin (on the occasion of his 75<sup>th</sup> birthday)

Журнал входит в **Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК**, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Журнал входит в систему цитирования Scopus, Pubmed, Adis international Ltd. Reactions Weekly, Chemical Abstracts, Experta Medica, Index fo Scientific Reviews, Elsevies BV Embase. Thomson Reuters Arts and Humanities, Search, VINITI RAN Referativnyi Zhurnal.

По каталогу «Роспечать»:  
индекс 71444  
для индивидуальных подписчиков;  
индекс 71445  
для предприятий и организаций

По каталогу «Пресса России»:  
индекс 27881  
для индивидуальных подписчиков;  
индекс 27882  
для предприятий и организаций

ISSN 0023-2149. Клин. мед. 2014. Том 92. № 3. 1—80.

Все права защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

© ОАО «ИЗДАТЕЛЬСТВО "МЕДИЦИНА"», 2014

## МЕСТО ГОМЕОПАТИИ В СИСТЕМЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ\*

### ЧАСТЬ 1

В. С. Зильбер (Москва)

Подавляющее большинство образованных людей, включая высокопрофессиональных медицинских работников, с которыми автору как журналисту приходилось общаться, говорили, что они знают, что такое гомеопатия, но при этом далеко не каждый правильно произносил само слово «гомеопатия».

Да и откуда можно знать эту школу должным образом?

В Советском Союзе, в котором выросло большинство нынешних ведущих российских медиков-практиков, гомеопатию не преподавали, литературу не выпускали, да и сама она находилась в постоянно подвешенном состоянии: запретят — не запретят. Держались только на том, что полуподпольно лечили больших партийных начальников. Мало того, к применению запрещались даже наиболее действенные гомеопатические лекарственные средства (ГЛС) на том основании, что в их растворах не оставалось ни одной молекулы исходного лекарственного вещества, а значит, не должно быть и действующего начала, работает лишь механизм самовнушения. При этом руководящих товарищей несколько не смущал тот факт, что такие «пустые» — с их точки зрения, растворы — лечили и младенцев, и животных.

И лишь совсем недавно, в 1995 г., с грехом пополам гомеопатия получила, наконец, и в России официальную «прописку», и первые группы отечественных врачей-энтузиастов сумели получить классическое гомеопатическое образование за рубежом, в основном в Греции, Бельгии, Голландии, Швейцарии и Индии.

Тем не менее средства массовой информации по-прежнему полны небылиц. Гомеопатов ставят на один уровень не только с травниками, но и чуть ли не с экстрасенсами. А их удивительные излечения считают банальным самовнушением и, видимо, не подозревают, что многие любители животных в России и за рубежом лечат своих питомцев только с помощью ГЛС. Мало того, в животноводческом хозяйстве стран Европейского союза существует обязательство: если животные заболевают или получают травму, то их «следует лечить предпочтительно гомеопатическими или фитотерапевтическими препаратами» (Council Regulation 1804/1999/ЕС).

Впрочем, в значительно меньшей степени, но такая же картина иногда наблюдается и за рубежом. А жаль. Помимо работы самостоятельной, гомеопатия может быть прекрасным дополнением к медицине академи-

ческой, особенно в тяжелых случаях. Если бы рядом с прекрасными кубинскими врачами был бы еще и гомеопат с должным опытом, то такой могучий человек, как Уго Чавес, несомненно, остался бы жить. Достаточно привести примеры из практики клиники Санта-Кроче в Локарно (Швейцария), специализирующейся на лечении онкологических больных. Примеры приведены в монографии д-ра Й. Вурстера «Гомеопатическое лечение и излечение рака и опухолей с метастазами» [2] (Jens Wurster. Die Homeopathische und Heilung von Krebs und Metastasierter Tumore). Монография написана на основе 8-летнего опыта работы Й. Вурстера в клинике его учителя д-ра Д. Спинеди в Тиссене, а также собственного опыта лечения более чем 500 онкологических больных. Опыт клиники показывает, что в случаях совместной работы с врачами-аллопатами гомеопатия — в ее наиболее действенном, классическом исполнении — путем существенного снижения доз химиотерапии (а иногда и вовсе отказываясь от нее), способна буквально вытаскивать онкологических больных из таких чрезвычайно тяжелых состояний, в которых академическая медицина оказывается уже бессильной. В то время как Уго Чавес — при всей возможной запущенности его состояния, поступая в распоряжение кубинских врачей, явно еще не находился в таком плачевном состоянии.

Да, научная мысль пока не может объяснить механизм действия ГЛС, но разобраться в этом — дело науки, а не практики. Ведь не смущает же практикующих врачей-аллопатов тот факт, что большая часть методик (до 70—80%), которыми они руководствуются, не имеет достаточно надежного научного обоснования ([http://community.livejournal.com/bez\\_privivok/453250.html](http://community.livejournal.com/bez_privivok/453250.html)).

За неимением возможности осветить многие вопросы в одной статье, будем ссылаться на данные, опубликованные ранее. В отношении высокой эффективности и безопасности ГЛС научно обоснованная статистика есть. Значительные выдержки из нее представлены в «Открытом письме международным критикам гомеопатии», опубликованном в «Гомеопатическом ежегоднике» за 2012 г., а также на сайте: <http://gommed.ru/poleznoe/113-otkritoe-pismo-v-zashitu-gomeopatii.html>

Резюмируя сказанное, автор настоящей статьи видит свою задачу в том, чтобы донести суть и основополагающие принципы этой удивительной, но малознакомой широкой общественности в России медицинской школы. Удивительной прежде всего тем, что она способна добиваться существенно больших успехов в лечении хронических болезней, чем современная запад-

\* Текст публикуется в авторской редакции.

ная — академическая — медицина, и при этом прямо противоположна ей чуть ли не во всех своих главных компонентах.

Чтобы объяснить, как такое возможно, следует начать именно с основополагающих принципов, которыми руководствуется каждая из рассматриваемых школ, а также с лекарственных средств (ЛС), которыми они пользуются, и сравнить их. Но прежде оговорим следующие.

1. Речь пойдет не о врачах, чья квалификация может быть должной или недолюжной. Речь пойдет только о медицинских школах, их возможностях.

2. Гомеопатия — не конкурент хирургии. Той самой, динамично развивающейся, великолепной хирургии, которая — в отличие от академической терапии — с каждым годом все больше поражает нас своими возможностями (хотя при хроническом заболевании даже великолепная хирургия устраняет, как правило, лишь последствие, а не причину болезни, приведшую к необходимости хирургического вмешательства). Гомеопатия — это чисто терапевтическая, практикующая школа, и все наши дальнейшие рассуждения будут касаться только терапии.

3. В связи с необыкновенно широкими возможностями ГЛС в гомеопатии возникло достаточно много различных ветвей и направлений. Как и в академической медицине, они имеют разную эффективность, но каждое из них на своем «поле» способно вносить свой незаменимый вклад в здоровье людей.

4. Речь пойдет не об острых или инфекционных заболеваниях, с которыми академическая медицина не без известных издержек, но справляется достаточно хорошо, а прежде всего о хронических болезнях, — тех самых, которые больше всего беспокоят людей, снижают их творческую эффективность, лишают трудоспособности, отрицательно влияют на психику, делаю людей нетерпимыми, агрессивными, способствуют преждевременному уходу из жизни.

Гомеопатическая доктрина (система, лежащая в основе всей школы, независимо от различных ее ветвей и направлений) зиждется на четырех основаниях, принципах или положениях, которые тесно связаны между собой и неотделимы друг от друга. Перечислим их: принцип гомеопатического «подобия» (или «принцип подобного»); получение ГЛС из веществ природного происхождения методом потенцирования по специальной (но очень простой) технологии; испытание ГЛС на здоровых людях; малые, а точнее — сверхмалые дозы, в которых гомеопатия применяет свои ЛС.

Почему мы говорим, что гомеопатия зиждется сразу на четырех основаниях? Потому, что пренебрежение любым из них делает невозможным применение всего метода. Сам факт наличия столь тесной взаимоувязки сразу четырех положений, гармонично работающих в одной медицинской доктрине, говорит о неслучайности всей конструкции, о ее фундаментальной основательности.

В отличие от гомеопатии в академической медицине общепринятой терапевтической доктриной, лежащей в основе всей школы, независимо от различных ее ветвей и направлений, помимо факта испытания лекарственных средств на больных людях, можно считать только «принцип противоположного». Этот принцип

настолько морально устарел, настолько изжил себя, что ни сами врачи, ни научные работники никогда не упоминают о нем. Некоторые, возможно, даже считают, что не имеют к нему никакого отношения.

Почему мы утверждаем, что в основе всей современной западной медицины лежит принцип «противоположного». Потому, что именно он лежит в основе методики получения всех ее ЛС. Провозглашенный 2,5 тыс. лет назад, он умещается всего в двух очень понятных словах: «облегчить противоположным». Разумеется, сегодня это не те «противоположности», которые имелись в виду в древности: «переполнение или опорожнение», «сухое или влажное», «холодное или горячее» и т. п. Сегодня это каждый раз та или иная конкретная болезнь по Международной классификации болезней. И каждое ЛС с первой же принятой дозы, имеет свою цель, противодействуя болезнетворному «агенту», устранять или хотя бы на время уменьшать беспокоящие симптомы.

В науке известно: чем сложнее формула, тем более сложное явление она способна описать. Простая «формула» академической доктрины, состоящая всего из двух принципов, позволяет назначать ЛС, «облегчающие страдания» в конкретном месте, органе или системе, но при этом автоматически (без участия врача) никак не увязывает действие этих средств со всем остальным организмом. Нет никакой природной гармонии между ЛС и организмом больного. Отсюда и побочные эффекты даже при участии врача, и труднопреодолимые проблемы при лечении хронических болезней.

Более сложная «формула» гомеопатической доктрины позволяет каждым назначением автоматически (помимо воли врача) и в гармонии с природой не просто человека, но каждого конкретного человека без каких-либо побочных эффектов не только воздействовать на тот орган, который беспокоит больше всего, но и охватывать весь организм, включая психику. Во всем этом мы сможем убедиться, когда подробнее познакомимся с тем, как «работают» все перечисленные выше принципы гомеопатии во взаимной увязке.

Чтобы лучше понять суть первого принципа — «принципа подобного», коротко расскажем о том, как он был открыт создателем гомеопатии — немецким врачом С. Ганеманом в 1790 г.

Это был едва ли не самый образованный практикующий врач Европы того времени, знал 8 языков, в том числе все ведущие европейские языки, латинский, греческий, арабский, занимался переводами. Переводя в 1790 г. на немецкий язык «Лекарствоведение» знаменитого тогда на всю Европу шотландского врача У. Куллена, в главе о хинной коре, Ганеман, как это часто бывало в его переводах, не согласился с мнением именитого автора, в котором тот обосновывал ее целебные действия. Как врач он неоднократно использовал хинную кору, однажды даже вылил себя от малярийной лихорадки. Решив на этот раз проверить ее действие на себе совершенно здоровым, он с великим изумлением обнаружил, что испытывает все те симптомы, через которые прошел однажды, когда болел настоящим. Его буквально потрясла мысль о том, что хинная кора лечит малярийного больного именно потому, что сама способна вызывать у здорового человека симптомы, подобные малярийным.

Это было более чем 200 лет назад. И потрясение Ганемана в то время вполне можно понять, если даже сегодня эта мысль у многих по-прежнему никак не умещается в голове.

Тем не менее, понимая всю революционность своей догадки, Ганеман не мог позволить себе ошибиться, и в течение еще целых шести лет проводил опыты, испытывая ЛС прежде всего на самом себе, а потом и на членах своей семьи, включая пятерых детей.

Как рассуждал Ганеман, чтобы сформулировать новую медицинскую доктрину?

Вот его *первый вывод*: «Каждое действенное лекарственное средство вызывает в человеческом теле известный род собственной болезни, которая тем своеобразнее..., чем действеннее это лекарственное средство», т. е. ЛС сами по себе способны вызывать искусственную болезнь (даже любимая пища, съеденная в неумеренном количестве, вызовет «известный род собственной болезни»).

Вместе с тем опыт показывает (и медики это знали с давних времен), что иногда даже тяжелая хроническая болезнь вдруг излечивается другой, неожиданно развившейся тяжелой болезнью. Значит — делает *второй вывод* Ганеман — есть такие болезни, которые способны уничтожить одна другую. Надо только научиться распознавать, какая болезнь способна уничтожить другую и почему. Как только ключ к пониманию этого явления станет известен, можно будет искусственно вызывать вторую, нужную болезнь (первый вывод Ганемана) — и первая болезнь будет излечена.

И Ганеман на основании своего шестилетнего опыта в 1796 г. формулирует принцип гомеопатии: «Следует применить против болезни, подлежащей излечению, такое лекарственное средство, которое в состоянии вызвать другую, наивозможно сходную, искусственную болезнь, и первая будет излечена; Similia similibus»<sup>1</sup> [5].

Но как для человека, который и без того уже болен, найти ЛС, способное вызвать у него «наивозможно сходную, искусственную болезнь», т. е. симптомы, подобные уже существующим?

Опыт с хинной корой подсказал Ганеману ответ: ЛС должно определяться, тестироваться заранее, на других здоровых людях — как теперь говорят, испытываться на «волонтерах». Именно на этих испытаниях, о которых речь пойдет дальше, определяется «патогенез» или «симптомный портрет» каждого ГЛС.

Так родился до того неведомый миру принцип лечения болезней и при том прямо противоположный тому, которому человечество следовало более 3500 лет.

Вот модель того, что происходит в организме при лечении его по двум разным принципам: «подобного» и «противоположного». Если действовать по принципу «противоположного» и одну из озябших рук погрузить в умеренно горячую воду, руке сразу же станет тепло. Это первичная реакция. На этой стадии организм в течение какого-то времени «как бы поневоле» воспринимает и пассивно «выносит впечатление» от действия на него внешней силы. Но затем следует вторичная реакция. Это всегда бессознательная, защитная реак-

ция противодействия организма, — его иммунной системы. И действительно, скоро мы заметим, что руке, погруженной в горячую воду, становится как бы холоднее, чем второй, непогруженной. И уже совсем холодно ей станет, когда мы вынем ее из воды.

Если же, действуя по принципу «подобного», мы погрузим озябшую руку в ледяную воду, то организм будет реагировать совсем по-другому. В первый момент мы испытаем небольшой шок, как бы «ожог» от холода. И это тоже будет первичная реакция. Но очень скоро рука, погруженная в ледяную воду, начнет словно наливаясь теплотой. Это будет вторичная, защитная реакция противодействия. И когда мы вынем руку из воды, она будет уже теплой и розовой.

И в том, и в другом случае будет работать иммунная система, пусть и в ее самом простейшем «исполнении». Но в одном случае иммунная система будет выключаться или пассивно «выносить впечатление», а в другом — она будет мобилизовать организм, увеличивая его защитные силы.

К сожалению или к счастью, но природа позвоночных устроена так, что при любой болезни излечивает организм не лекарство, какое бы оно ни было совершенное, и даже не хирургия в прекрасном исполнении, а именно иммунная система. Лекарство и хирургия лишь помогают убрать то, с чем иммунная система не может справиться самостоятельно.

Мы уже сказали, что каждое аллопатическое ЛС с первой же принятой дозы имеет целью устранить или хотя бы на время уменьшить беспокоящие симптомы, облегчить работу иммунной системы. Иными словами, каждая доза аллопатического ЛС, оказывая помощь больному, если и не угнетает организм (на первых порах) побочными эффектами, то в лучшем случае лишь облегчает работу иммунной системы.

Задача ГЛС прямо противоположная — не облегчить работу системы, а наоборот, вызвать в организме болезнь, максимально подобную той, которую необходимо вылечить. По принципу «подобного» в организм больного дополнительно вносится «заразное» начало, подобное тому, которое в нем уже есть. Как бы добавляется «огонь в топку» уже существующей болезни, но вносится такое *ничтожно малое* количество (четвертый принцип гомеопатии), которое по закону Арндта—Шульца удивительным образом не угнетает, а наоборот, мобилизует самые глубинные и, как показывает практика, самые действенные защитные силы организма. В этом суть и принципиальное преимущество гомеопатического метода, позволяющее значительно эффективнее лечить хронические болезни, причем иногда в самых тяжелых, претерминальных состояниях.

Некоторые противники гомеопатии, плохо знающие ее историю, в качестве критического выдвигают тезис о том, что закон Арндта—Шульца не может быть аргументом в пользу гомеопатии, так как объясняет действие не всех ГЛС, а только тех, в разведениях лекарственной основы которых еще остаются молекулы — носители исходного лекарственного вещества (ИЛВ).

Скажем сразу: логика весьма странная. Ведь эта — получается из первой путем дальнейшего разбавления ИЛВ. И дает она тот же — гомеопатический эффект. Но если даже предположить, что работает она по другим законам, которые будут открыты позднее,

<sup>1</sup> Ганнеман С. Опыт нового принципа для нахождения целительных свойств лекарственных веществ. СПб, 1896. С. 25.



разве это что-нибудь изменит в гомеопатической доктрине?

Сам Ганеман, еще не зная ни закон Арндта—Шульца, ни число Авогадро (они будут открыты позднее), после того как сформулировал основной тезис лечения по принципу «подобного», еще долго применял ГЛС с лекарственной основой исключительно в «материальных» дозах. И гомеопатическая доктрина прекрасно «работала». Она тоже еще ничего не «знала» ни о законе Арндта—Шульца, ни о числе Авогадро.

Недоволен, однако, был сам Ганеман. Ответная (первичная), защитная реакция иммунной системы, о которой мы говорили выше, была для многих пациентов весьма болезненной. И Ганеман, будучи не только прекрасным врачом, но и блестящим экспериментатором, не остановился на достигнутом. Пытаясь смягчить эту первичную реакцию обострения после приема ГЛС и даже свести ее к нулю, он стал разбавлять лечебные растворы уже не в десятки и сотни, а в тысячи, миллионы и миллиарды раз! Его блестящий ум сумел преодолеть все барьеры инертности, которые возникают при обычном разбавлении любых лекарств, принятом в аллопатии. Для Ганемана не осталось на Земле ни одного природного вещества, пусть самого инертного, ядовитого или самого нерастворимого, из которого его пионерская технология не позволила бы получить ГЛС, абсолютно безопасно и с большой эффективностью принимаемое человеком внутрь.

#### Создание или получение лекарственных средств.

Испытание каждого нового ЛС в дозах, принятых в аллопатии, всегда несет в себе потенциальную угрозу здоровью людей, поэтому академическая медицина приступает к созданию своих ЛС на искусственно созданной модели большого организма, чаще всего на линиях клеток.

Таким образом, с самого начала создаются искусственные по отношению к организму человека модели пораженных органов или тканей, редко полностью соответствующие тому, что наблюдается затем в клинике. И лишь потом, иногда спустя десятилетия, подступают к организму больного человека, но и тут без гарантии на успех.

Такой искусственный подход с самого начала провоцирует создателя ЛС на использование и столь же искусственных, не существующих в природе средств воздействия на испытываемый образец. Поэтому первый «слой» побочных эффектов аллопатических ЛС — это и есть результат конфликта между организмом человека, созданным природой, и ЛС, созданным искусственно.

При этом во многих случаях академическая фармакология вынуждена действовать как пожарная команда, когда лекарства создаются вдогонку событиям. Появилась проблема — принялись за создание ЛС, нет проблемы — нет ЛС, т. е. нет «врага», против которого надо создавать оружие уничтожения.

В гомеопатии и здесь все иначе. При испытании ГЛС болезненные симптомы не атакуют, а, наоборот, их вызывают. Болезненные проявления организма в гомеопатии — не враги, но союзники врача. Впрочем, об этом скажем ниже.

Разумеется, не все ЛС в академической медицине создаются только «вдогонку»; некоторые ЛС создаются и в «плановом» порядке: с целью улучшения уже

существующих. Но все они являются временщиками, фаворитами своего времени: создаются в меру того уровня понимания проблемы и технических возможностей, которые достигнуты наукой. А так как знания об организме человека по-прежнему остаются весьма далекими от совершенства, меняются, углубляются, а порой и меняя свой «знак» на прямо противоположный, то и ЛС, меняясь и вроде бы совершенствуясь, все время остаются несовершенными по определению, не говоря уже о тех из них, испытанных в свое время и одобренных, казалось бы, по всем международным нормам и правилам, но в долгосрочной практике оказавшихся смертельно опасными для здоровья людей.

И потому еще одна, очередная проблема, открывшаяся в последние десятилетия, — проблема привыкания к определенным лекарствам — кажется уже не такой травмирующей: создадим новые.

Но даже и это еще не все. Самым слабым местом академической фармакологии (а значит, и терапии) является подход к организму человека: не целостный, но фрагментарный. Сначала лекарство испытывается, как мы уже сказали, на отдельной ткани, на отдельном страдающем органе или системе, и лишь на последующих этапах начинаются исследования: а как этот препарат будет переносить весь «остальной» организм в целом? И потому заведомо несовершенное воздействие ЛС на весь «остальной» организм академическая терапия вынуждена рассматривать под противоречивым (по отношению к призыву «не навреди!») лозунгом: «навредить во всем остальном организме как можно меньше». В результате вновь созданное лекарство ориентировано прежде всего на «фрагментарный» эффект, на какой-либо определенный орган или систему. А «меньший» вред на весь «остальной» организм становится вторым «слоем» побочных эффектов, дающим себя знать при передозировках или при вынужденно длительном лечении хронических болезней.

В этом плане удручающая статистика смертности наблюдается даже в США — в стране, уровень развития медицины в которой представлять не требуется. Как сообщает журнал «Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости», «в США вследствие развития побочных эффектов ежегодно попадают в больницы около 9 млн человек, до 200 тыс. из них умирает (курсив наш. — В.З.)<sup>2</sup>

Не будем перечислять другие державы, упомянутые в журнале, так как эта статистика касается стран, где заслуженно гордятся уровнем развития медицины. Что же говорить о прочих, менее развитых странах?

Что касается головного мозга и психики человека, то здесь ситуация еще сложнее. Проводить необходимые серьезные испытания на головном мозге животных — дело не только малоперспективное, но даже просто бесполезное. Вместе с тем выделить, препарировать какую-либо часть головного мозга человека, сохранив при этом ее жизнеспособность, и начинать после этого испытывать на ней какое-либо ЛС, как это делается во всех прочих случаях, не представляется никакой возможности, по крайней мере сегодня. Потому и должных результатов при лечении проблем человека, связанных с психикой, с деятельностью го-

<sup>2</sup> Новые Санкт-Петербургские ведомости. 2010. - № 4. - с. 39.

ловного мозга в академической терапии сегодня еще меньше, чем в терапии тела.

Мы перечислили целый ряд проблем академической фармакопеи (подчеркнем — ряд не полный) не для того, чтобы упрекнуть коллективы людей, прилагающих огромные усилия для создания ЛС. Мы хотим лишь сказать, что проблемы эти не могут не сказываться на эффективности ЛС и что ни одной из них в гомеопатии никогда не существовало (включая и те проблемы, о которых мы умолчали). В противовес этому ГЛС обладают такими уникальными качествами, которые неподготовленному человеку могут показаться невероятными. Потому и способна гомеопатия на такие излечения, которые порой, кажутся неправдоподобными. И мы все это покажем дальше.

Отличительной чертой гомеопатического метода является приготовление ГЛС из продуктов только естественного, природного происхождения, например, из морской раковины, секрета желез живых существ (например змей, пчел, насекомых) или из целого насекомого. Но большая часть ГЛС готовится все-таки из растений и минералов. Тем самым изначально исключается даже теоретический конфликт естественного, природного и искусственного в организме человека. И при этом, что немаловажно, всегда (абсолютно всегда) есть полная уверенность, что испытание будет не-

напрасным, как это случается в аллопатии. Как мы уже сказали, любое вещество, созданное природой, в гомеопатии может быть ЛС, следует только его испытать должным образом в этом качестве.

Мысль человека, однако, не останавливается на достигнутом. Технология изготовления ЛС по гомеопатической методике оказалась настолько универсальной, что, вполне возможно, позволит совершенствовать даже ЛС академической медицины, освобождая их от части побочных эффектов. Можно напомнить об одном из таких экспериментов, проведенном в Институте биохимической физики им. Н.М. Эмануэля РАН под руководством заместителя директора института доктора биол. наук Е.Б. Бурлаковой, с феназепамом. В аллопатической дозировке препарат не только успокаивает, но дает побочный снотворный эффект, поэтому его рекомендуют принимать только на ночь. В потенцированных, гомеопатических, дозах феназепам успокаивает, но сонливости уже не вызывает. Казалось бы, какие заманчивые, почти фантастические перспективы могут открыться для всей существующей фармацевтической индустрии! Избавить миллионы людей хотя бы от части противопоказаний и побочных эффектов!

Но всемирно известные фармацевтические фирмы не спешат воспользоваться такими возможностями. Как бы не замечают их вовсе.

ISSN 0023-2149



С. П. Боткин



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

# КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

4

2014

**Обзоры и лекции**

- Циммерман Я.С., Димов А.С.* К пониманию и развитию философского наследия В.Х. Василенко: болезнь как явление природы человека. Часть II . . . . . 5
- Карапетыан Т.А., Никифорова Н.А., Доршакова Н.В., Виноградова И.А.* Особенности клинического течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у населения европейского севера . . . . . 13
- Титов В.Н.* Лептин и адипонектин в патогенезе метаболического синдрома . . . . . 20

**Оригинальные исследования**

- Космачева Е.Д., Кижватова Н.В., Гордеева Е.В., Бакчоян М.Р., Барбухатти К.О., Порханов В.А., Александрова Е.Д.* Осложнения в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших ортостатическую трансплантацию сердца . . . . . 30
- Рапопорт С.И., Ильницкий А.Н., Процаев К.И., Стояков А.М., Позднякова Н.М., Кривецкий В.В., Варавина Л.Ю.* Особенности тактики ведения пожилых пациентов при сочетании язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и метаболического синдрома. . . . . 35
- Шамов И.А., Меджидова Р.А.* Эндогенные факторы в оценке эффективности ферротерапии железодефицитной анемии. . . . . 41

**В помощь практическому врачу**

- Стеклов В.И.* Состояние и перспективы высокотехнологичной медицинской помощи больным с аритмиями сердца в военно-медицинских лечебных учреждениях . . . . . 45

**Заметки и наблюдения из практики**

- Сюч Н.И., Полевщикова С.А., Якупов И.А., Галь И.Г., Дулин П.А.* Нейросифилис в клинической практике . . . . . 51
- Симоненко В.Б., Борисов И.А., Далинин В.В., Крылов В.В., Уйманова М.Ю.* Успешная коррекция врожденного порока сердца: множественных дефектов и аневризмы межпредсердной перегородки . . . . . 54

**Подготовка кадров**

- Доскин В.А., Доринова Е.А., Картоева Р.А., Соколова М.С.* Врачебные ошибки и конфликтные ситуации в клинической практике . . . . . 57

**Reviews and lectures**

- Tsimmerman Ya.S., Dimov A.S.* The disease as a phenomenon of human nature: toward understanding and developing of V.Kh.Vasilenko's philosophical legacy. Part II
- Karapetyan T.A., Nikiforova N.A., Dorshakova N.V., Vinogradova I.A.* Peculiarities of clinical picture of duodenal ulcer in the population of European North
- Titov V.N.* Pathogenesis of metabolic syndrome – disturbed biological function of nutrition. Leptin and adiponectin

**Original investigations**

- Kosmacheva E.D., Kizhvatova N.V., Gordeeva E.V., Bakhchoyan M.R., Barbukhatti K.O., Porkhanov V.A., Aleksandrova E.D.* Postoperative complications after orthotopic heart transplantation
- Rapoport S.I., Il'nitsky A.N., Proshchaev K.I., Stoyakov A.M., Pozdnyakova N.M., Krivetsky V.V., Varavina L.Yu.* Peculiarities of the strategy for the treatment of elderly patients with duodenal ulcer and concomitant metabolic syndrome
- Shamov I.A., Medzhidova R.A.* Endogenous factors in the assessment of the effectiveness of ferotherapy of iron-deficiency anemia

**Guidelines for practitioners**

- Steklov V.I.* State-of-the art and prospects of high-tech medical aid to patients with cardiac arrhythmia based at military medical facilities

**Clinical notes and case reports**

- Syuch N.I., Polevshchikova S.A., Yakupov I.A., Gal' I.G., Dulin P.A.* Neurosyphilis in clinical practice
- Simonenko V.B., Borisov I.A., Dalinin V.V., Krylov V.V., Uimanova M.Yu.* Successful correction of congenital heart disease

**Training personnel**

- Doskin V.A., Dorinova E.A., Kartoeva R.A., Sokolova M.S.* Medical errors and conflicts in clinical practice

## Дискуссии

- Шептулин А.А., Визе-Хрипунова М.А.* Спорные вопросы диагноза и дифференциального диагноза при синдроме раздраженного кишечника ..... 64
- Зильбер В.И.* Место гомеопатии в системе российского здравоохранения. Часть II. .... 67

## Рецензия

- Рапопорт С.И.* Чибисов С.М., Катинас Г.С., Рагульская М.В. Биоритмы и космос: мониторинг космобiosферных связей ..... 74

- Новости ВАК** ..... 76

## Discussions

- Sheptulin A.A., Vize-Khripunova M.A.* Debatable aspects of diagnostics and differential diagnostics of irritable bowel syndrome
- Zil'ber V.I.* The role of homeopathy in the system of Russian healthcare system. Part II

## Book reviews

- Rapoport S.I.* Chibisov S.M., Katinas G.S., Ragul'skaya M.V. Biorhythms and space: monitoring space biosphere relationships

## News from the Higher Attestation Commission (VAK)

Журнал входит в **Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК**, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Журнал входит в систему цитирования Scopus, Pubmed, Adis international Ltd. Reactions Weekly, Chemical Abstracts, Experta Medica, Index fo Sientific Reviews, Elsevies BV Embase, Thomson Reuters Arts and Humanities, Search, VINITI RAN Referativnyi Zhurnal.

По каталогу «Роспечать»:  
индекс 71444  
для индивидуальных подписчиков;  
индекс 71445  
для предприятий и организаций

По каталогу «Пресса России»  
индекс 2788  
для индивидуальных подписчиков  
индекс 2788  
для предприятий и организаций

ISSN 0023-2149. Клини. мед. 2014. Том 92. № 4. 1—80.

Все права защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

© ОАО «ИЗДАТЕЛЬСТВО "МЕДИЦИНА"», 2014

- Motil.* 2012; 24 (Suppl. 3: Abstracts of the Joint International neurogastroenterology and motility meeting, 2012, Bologna): 11.
4. Polouektova E., Kurbatova A., Demura T. et al. Cytokines and tight junction proteins expression and psychosomatic changes in patients with irritable bowel syndrome. *Gut.* 2012; 61 (Suppl. 3: 20th United European Gastroenterology week: Abstracts): A173.
  5. Spiller R. Peripheral mechanisms of IBS: immune activation. *Neurogastroenterol. Motil.* 2012; 24 (Suppl. 3: Abstracts of the Joint International neurogastroenterology and motility meeting, 2012, Bologna): 11—2.
  6. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology.* 2006; 130: 1377—90.
  7. Engsbro A.L.O., Bytzer P. Diagnostic strategies in patients suspected of irritable bowel syndrome — a randomized trial. *Gut.* 2011; 60 (Suppl. 3: 19 UEGW: Abstracts): A58.
  8. Talley N.J. *Conquering irritable bowel syndrome.* 2nd ed. Shelton, Connecticut: People's Medical Publishing House-USA; 2012.
  9. Fox M., Yang J., Zhu Y. et al. Mechanism of lactose intolerance in irritable bowel syndrome: role of anxiety, mucosal immunity and visceral hypersensitivity. *UEG J.* 2013; 1 (Suppl. 1: 21 UEGW: Abstracts.): A110.
  10. Quigley E. Coeliac disease and IDS-like symptoms. In: *Functional symptom in patient s with organic GI diseases:* 19 UEGW. Stockholm; 2011.
  11. Bajor A., Rudling M, Tömbloom H. et al. Increased colonic bile acid exposure: a relevant factor for symptoms and treatment in irritable bowel syndrome (IBS). *UEG J.* 2013; 1 (Suppl. 1: 21 UEGW: Abstracts): A390.
  12. Marshall A., Singh R., Dias Arias A.A. Chronic, unexplained diarrhea: are biopsies necessary if colonoscopy is normal. *Am. J. Gastroenterol.* 1995; 90: 372—5.
  13. Madisch A., Miehke S., Bethke B. et al. Is there any association of microscopic colitis and irritable bowel syndrome. *Gut.* 2004; 51 (Suppl. 6): 134.
  14. Schölmerich J. *Early symptoms and differential diagnosis of inflammatory bowel diseases.* Freiburg: Falk Foundation; 2006.
  15. Ouahou S., Kabbaj N., Salihoun M. et al. Frequency and epidemiological profile of functional bowel disorders : among 4850 ileocolonoscopy. *UEG J.* 2013; 1 (Suppl. 1: 21 UEGW: Abstracts): A243.
  16. Sanders D. Pancreatic exocrine insufficiency masquerading as IBS symptoms. In: *21 UEGW.* Berlin; 2013.
  17. Shivaji U., Gracie D.J., Sainsbury A., Ford A.C. Prevalence of organic disorders in consecutive new patients meeting criteria for IBS in a gastroenterology clinic. *UEG J.* 2013; 1 (Suppl. 1: 21 UEGW: Abstracts): A244.
  18. Canavan C., Card T., West J. Incidence of new organic gastrointestinal disease in irritable bowel syndrome (IBS) remains high even ten years following IBS diagnosis. *UEG J.* 2013; 1 (Suppl. 1: 21 UEGW: Abstracts): A241.
  19. Camilleri M. IBS ten years from now: A look into the crystal ball. *21 UEGW.* Berlin; 2013.
  20. Shekhar C., Syed Z., Patodi N. et al. Prospective survey of functional gastrointestinal disorders in U.K. gastroenterological clinics: workload and its management. *UEG J.* 2013; 1 (Suppl. 1: 21 UEGW: Abstracts): A242.
  21. Циммерман Я.С. *Актуальные проблемы клинической гастроэнтерологии. Клинические очерки.* Пермь; 2008.
  22. Murphy T., Hunt R.H., Fried M.D., Krabshuis J.H. Diverticular disease. In: *WGO-OMGE global guidelines.* 2005: 44—9.

Поступила 25.11.13

© В.С. ЗИЛЬБЕР, 2014  
УДК 614.2:615.015.32

## МЕСТО ГОМЕОПАТИИ В СИСТЕМЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ЧАСТЬ II<sup>1</sup>

В.С. Зильбер (Москва)

Коротко расскажем о том, как организовано получение гомеопатических лекарственных средств (ГЛС). Если исходным сырьем является ткань животного, насекомого или растения, то этот материал обрабатывается по технологии, близкой западной медицине по так называемому «галеновому производству». Если же это минерал, то он обрабатывается особым методом, изобретенным Ганеманом, — сухим растиранием в сахаре. Метод, до сих пор незнакомый даже многим современным химикам, но позволяющий превращать в ЛС и *без остатка растворять в воде ... кварц, золото, серебро и любые другие металлы.* Подчеркнем — растворять ... в обычной дистиллированной воде (а значит, и принимать внутрь) любой минерал, нерастворимый в традиционной химии даже в самых сильных из кислот, существующих на Земле. В результате получается исходный материал, дающий название новому ЛС (подробно с методом получения ГЛС можно ознакомиться в монографии «Роман о гомеопатии. Часть I. Что есть такое гомеопатия», М., 2003. Авторская (не сокращенная, журнальная) версия, представлена также на сайте: <http://gomeopat-olga.ru/download/Zilber.pdf>).

<sup>1</sup>Текст публикуется в авторской редакции.

Затем методом *потенцирования* — особого разбавления в дистиллированной воде (со встряхиванием в стеклянной таре после каждого разбавления) — из одного исходного материала-«затравки» создается целый ряд, до (!) 30—40 и более препаратов одного названия, но разной потенции. То есть разной силы, глубины и времени воздействия на человека от одной принятой дозы. При этом действие низких, менее разбавленных потенций, короче по времени, прямолинейнее, грубее, и будет иметь склонность действовать по большей части на тело человека. В отличие от низких, действие одной дозы более высоких потенций дольше по времени, глубже и тоньше. В зависимости от состояния человека и его врожденной (или приобретенной) предрасположенности одна сахарная крупинка, пропитанная лекарством в потенции, например, C30 (далеко не самой высокой), будет оказывать лечебное воздействие чаще всего от 3 нед до 3 мес. Кроме того, чем выше потенция ГЛС, тем в большей степени оно будет иметь склонность действовать на психику человека, а через психику и на тело. То есть по мере повышения потенции одного и того же лекарства расширяется круг болезненных симптомов, которые оно способно «охватить» своими целительными свойствами.

Высокие потенции, начиная от С1000 (1М) и выше, способны оказывают свое лечебное воздействие от одной принятой дозы — одной сахарной крупинки — в зависимости от индивидуальных особенностей организма и некоторых других приводящих обстоятельств (качества изготовления лекарства, условий его хранения и обстоятельств, сопровождающих лечение) — от 2—3 мес и до года!

Разве можно найти что-либо подобное в аллопатии? Разве есть в академической медицине такая технология, которая позволяла бы из одного исходного материала — «затравки» изготовить целый ряд, и притом немалый — до 30—40 (и более) препаратов одного названия, но разной степени воздействия на организм? А это значит, что вместо одного стандартного, типового воздействия на отвлеченного, «типового» больного, гомеопат имеет возможность назначать каждый раз такой вариант ЛС, который в наибольшей степени будет соответствовать состоянию больного.

Тем не менее есть и еще одно исключительно важное преимущество ГЛС. В гомеопатии нет устаревших или даже ставших опасными для людей ЛС. Все ГЛС, полученные более чем за 200 лет существования гомеопатии, остаются действенными. Потому, во-первых, что в основе каждого из них лежит вещество естественного происхождения, природа которого не меняется. И, во-вторых, к худу или к добру, но не меняется (по крайней мере, существенно) и природа человека, на котором были испытаны эти лекарства. Следовательно, не меняется портрет-характеристика ГЛС. Может совершенствоваться только их применение на практике, о чем мы подробнее расскажем ниже. И эта возможность — возможность совершенствования однажды полученных и ставших, по сути, *бессмертными* ГЛС, есть уникальное качество, которого нет ни у одной другой медицинской школы в мире.

Особо подчеркнем возможности гомеопатии в хрономедицине. Только узкие специалисты академической медицины знают должным образом ее реальные возможности (см. например, «Хронобиология и хрономедицина» под ред. академика РАМН Ф.И. Комарова и заслуженного деятеля науки РФ профессора С.И. Рапопорта). Если коротко, то это учет индивидуальных особенностей организма пациента при назначении ЛС на уровне его биологических, главным образом циркадианных ритмов (ЦР). Знания эти позволяют выбирать наиболее рациональное время приема ЛС или лечебной процедуры с точки зрения их наибольшей эффективности.

Со времени возникновения хронобиологии как науки открыто достаточно много ЦР. Еще больше предстоит открыть. Но даже то, что уже известно, находит ничтожно малое применение в академической практике. Потому что мало знать о ЦР; надо знать, как вписывается то или иное ЛС в эти ритмы. Так вот: по сравнению с имеющейся номенклатурой ЛС таких знаний сегодня ничтожно мало. Требуется кропотливые исследования, причем, не только по всей номенклатуре известных ЛС, но и с учетом известных групп и возрастов

людей, включая, видимо, и климатические особенности проживания. Работа титаническая, на которую не всегда есть средства даже в высокоразвитых странах.

Гомеопату не нужно ломать голову над этой проблемой. Добрая половина ГЛС — тех самых, одна сахарная крупинка которых способна оказывать лечебный эффект на протяжении от 1—2 нед и до 2—3 мес и более, не нуждается в таких исследованиях. Потому что длительный непрерывный лечебный эффект этих ГЛС обладает способностью автоматически покрывать своим воздействием все наиболее благоприятные сочетания БР. Причем как известных науке сегодня, так и тех, которые будут открыты еще лет через 100—200. Но именно эти ГЛС, как показывает практика, и являются наиболее эффективными при лечении хронических заболеваний.

Всего выше перечисленного с лихвой хватило бы для ЛС любой медицинской школы. В то время как гомеопатия может позволить себе констатировать, что главное для нее, возможно, даже и не в этих уникальных качествах. Есть и еще одно, даже более сильное преимущество. А именно: та самая пионерская технология потенцирования, о которой говорилось выше. Помимо преодоления всех существующих барьеров инертности, она позволяет вызывать к жизни такие лечебные силы, причем скрытые иногда в самых обычных природных веществах, мало или даже вообще не эффективных в академической медицине, о которых последняя может только мечтать.

Короткий пример с *Arsenicum album* — одним из трех ГЛС на основе мышьяка (как говорится, «навскидку»; потому, что автор испытал его действие на себе. В БМЭ приведен целый трактат о мышьяке, с массой всевозможных гипотез и предположений о всех известных разновидностях мышьяка. Но ни одна из них по своей медицинской эффективности не может даже близко сравниться с любым из трех ГЛС).

Все солидные описания ГЛС приводятся в сборниках под названием *Materia Medica*. Как пишет Дж. Витулкас<sup>1</sup> в своей *Materia Medica Viva*: «... любой препарат *Materia Medica* может быть показан при любом патологическом состоянии» больного (т. е. любой препарат *Materia Medica* может лечить любую болезнь по МКБ — просим специалистов обратиться на это особое внимание. Но лечить не у любого больного, а, как «водится» в гомеопатии, только у того, болезненное состояние которого или сам тип которого «подобен» «патогенезу» соответствующего лекарства). Тем не менее для молодых, начинающих гомеопатов, Витулкас все-таки перечисляет те состояния, которые, как он считает, «наиболее характерны для сегодняшних пациентов» *Arsenicum album*. Вот этот перечень.

*Сознание:* — Невроз страха с чрезмерным страхом смерти; бред, особенно бред проникающих в дом грабителей. Тревога за здоровье до ипохондрии.

<sup>1</sup>Выдающийся современный гомеопат, лауреат Альтернативной Нобелевской премии (The Right Liveliness Award) по медицине 1996 г., вручаемой, как и основная Нобелевская премия, в Стокгольме, в парламенте, в присутствии короля.

*Кожа:* — Абсцессы. Розовые угри. Дерматомикоз. Псориаз. Педикулез.

*Дыхательные пути и грудная клетка:* — Бронхиальная астма. Бронхит. Круп. Сенная лихорадка и аллергическая астма. Плеврит. Межреберная невралгия. Пневмония.

*Женские болезни:* — Аменорея. Эндометрит. Нарушения менструаций. Рак матки.

*Пищеварительный тракт:* — Афты во рту. Гастрит, язва двенадцатиперстной кишки, злокачественные образования, рак. Энтерит, пищевые отравления, спастический и неспецифический язвенный колит.

*Сердце:* — Аритмия, тахикардия, перикардит, эндокардит, инфаркт миокарда, стенокардия.

Позволим себе привести еще один, даже более наглядный пример преобразования хорошо знакомого всем природного вещества после его обработки по гомеопатической технологии. Простая поваренная соль (*Natrum muriaticum*). В академической медицине кто-нибудь применял ее в психотерапии?.. Да, да, именно в психотерапии!.. А вот в гомеопатических разведениях обычная соль превращается в мощный полихрест (т. е. — в ГЛС с широким спектром действия), способный, как и все ГЛС подобного типа, на широкий спектр действия, включая «длинный ряд психических симптомов». Как пишет один из Учителей гомеопатии, Кент, «*Natrum muriaticum* действует долго и глубоко. Лекарство удивительно влияет на организм больного, совершая потрясающие изменения, которые остаются надолго, если лекарство назначено в высоких потенциях»<sup>2</sup>.

Так происходит с любым — подчеркнем в очередной раз — с любым веществом, прошедшим разведение по гомеопатической технологии. Вывод очевиден: гомеопатическое потенцирование это одна из интригующих граней фармакологического (а, может быть, и не только фармакологического) будущего человечества. Когда оно — «наше» человечество — созреет, наконец (или проснется). Мы лишь пытаемся внести в этот задержавшийся природный процесс свою маленькую лепту.

**Испытание гомеопатических лекарств.** Сам процесс испытания лекарства в гомеопатии называется «прувингом». Сравним его с аналогичным процессом в академической медицине.

Насколько это в академической медицине дело сложное, можно легко представить, если знать, что здесь обязательны два очень трудоемких и длительных этапа. Первый — доклинический (экспериментальный), проводится, как мы уже сказали, — на животных. Ибо подавляющее число лекарств создается здесь искусственно, химическим путем. Их воздействие на человеческий организм в разведениях, принятых в академической медицине, априори всегда является опасным. Поэтому весь первый этап испытаний есть, фактически, определение принципиальной возможности испытания препарата на людях. И, только получив лишь в определенной степени обнадеживающие результаты

здесь, приступают ко второму этапу — испытаниям клиническим на людях.

В свою очередь второй этап предусматривает 4—5 фаз или стадий. Сначала от 20 до 50 практически здоровых добровольцев выявляют фармакокинетику и фармакодинамику препарата<sup>3</sup>. Потом от 50 до 300 больных пациентов выявляют последствия завышенных доз. Затем от 250 до 1000 пациентов проверяют широкомасштабную эффективность препарата. И, наконец, от 1000 до 10 000 пациентов должны подтвердить ожидаемую клиническую эффективность препарата. Колоссальные финансовые затраты идут на создание только одного препарата. В процесс вовлечены целые научные институты, порой по несколько коллективов в каждом. И многие годы кропотливой работы. Нужно ли это?.. Безусловно, нужно. Как один из магистральных путей, волею судеб уже проложенных мировой медицинской практикой.

Но появилась и другая мировая практика.

В прувинге все несравнимо проще. И одновременно — эффективнее и безопаснее. Остановимся на нем более подробно, чем на испытаниях аллопатических ЛС, сведения о которых более доступны в прессе и литературе.

Коль скоро исходное лекарственное вещество после многократного потенцирования перестает быть токсичным, исключается целый этап (по традиционной технологии) доклинического, экспериментального исследования. Прувинг сразу начинается с испытания на людях, то есть — с испытаний клинических.

Но даже эти испытания мало подходят на клинические испытания в аллопатии. Как-никак, но клиника подразумевает болезнь и больных людей, а гомеопатия проводит испытания на людях здоровых. И коль скоро это так, то это уже не мишень, не модель или нечто в этом роде, расчлененное на отдельные части: печень, желудок или сердце. В гомеопатии человек выступает как законченное и совершенное в своем единстве творение природы. И потому каждое ГЛС, с первых шагов его испытания, дает результат-картину своего воздействия сразу на весь организм, самым естественным образом включая головной мозг и психику, — дает свою «психическую» составляющую.

Следовательно, каждый препарат в гомеопатии, кроме физических проблем, способен лечить одновременно и проблемы психические (о чем мы уже говорили, но здесь и далее объясняем, почему это именно так). С той лишь разницей, что один препарат будет это делать в большей степени, другой — в меньшей. И это принципиальное отличие всех ГЛС от всех традиционных.

Испытания проходят в комфортной для каждого испытателя обстановке, чаще всего — в домашней. И хотя проводятся они в четыре стадии, по чистому времени — несоизмеримо короче академических. Единственная, да и то некоторая сложность, — в подборе испытателей: пруверов-волонтеров.

<sup>2</sup> Кент Дж.Т. Лекции по гомеопатической *Materia Medica*, М., 2001. Т. II. С. 976—977.

<sup>3</sup> Здесь и далее эти цифры у разных авторов несколько разнятся.



Как показала многолетняя практика, для испытания ГЛС достаточно от 20 до 50 испытуемых; для самого масштабного проекта — не более 100 человек. Вполне здоровых «с точки зрения ортодоксальных медицинских стандартов». Разных возрастов от 18 до 45 лет, разного пола и непременно разных конституций. Последнее особенно важно, ибо практика гомеопатии говорит о том, что разные типы людей, как по половой принадлежности, по телосложению, цвету кожи и даже по цвету волос, способны по разному реагировать на одно и то же ГЛС (вряд ли академическая фармакология, а вместе с ней и терапия, способны так тонко, на постоянной основе подразделять людей).

Каждого волонтера — одного, но не более двух, опекает отдельный врач-гомеопат с хорошим практическим опытом. Общение между этими «условными парами» (условные, если иметь в виду тройцы: два волонтера плюс гомеопат) в процессе испытаний исключается в любой форме.

Все современные испытания так же, как и в аллопатии, проводятся с учетом требований современных международных стандартов. В частности, в соответствии со стандартом GCP (good clinical practice — надлежащая клиническая практика) они должны быть плацебо-контролируемые, когда 25% волонтеров получает плацебо, а также с применением двойного «слепого» метода, когда ни врач, ни волонтер не знают, какой препарат они принимают.

В проект входят четыре основные стороны: организатор (или главный координатор) проекта; комиссия; наблюдатели — врачи-гомеопаты, непосредственно сопровождающие каждого волонтера, и испытатели — волонтеры-пруверы. Задачи комиссии:

- организация испытания: выбор лекарства и его потенции, связь с фармакологом, иногда «даже участие в приготовлении лекарства. Это обеспечивает включение двойного слепого метода, поскольку организатор, наблюдатели и испытатели не будут знать препарат и того, кто из испытателей получает плацебо ...»;

- регистрация кодов для каждого назначенного ГЛС и того, кто именно его принимает; выдача лекарства, раздача дневников-тетрадей для ведения записей ...

«Тетради испытателей и наблюдателей должны отличаться по цвету. Каждая тетрадь должна быть промаркирована именем и номером испытателя, кодом лекарства и необходимыми телефонными номерами ...

По окончании испытания комиссия может организовать перепечатку и публикацию записей<sup>4</sup>. Последнее — это уже административные проблемы, они важны, но не являются сутью испытаний.

Что касается методики испытаний, то существует несколько публикаций, посвященных их профессиональному проведению. Самые высокие требования к ним излагает Дж. Витулкас в монографии «Наука гомеопатии»<sup>5</sup>, и мы будем ориентироваться в основном на эти требования.

<sup>4</sup> Шерр Дж. Движущие силы и методология гомеопатических испытаний. М., 1997. С. 56.

<sup>5</sup> Витулкас Дж. Наука гомеопатии. М., 2007. С. 162—166.

**Подготовка к испытанию гомеопатических лекарств.** Прувингу должна предшествовать подготовка волонтеров к эксперименту. Это и есть первая, хотя и только подготовительная стадия испытаний, которая должна длиться не менее одного месяца и проходить в нормальных, а лучше — в комфортных для волонтеров условиях. Задача этой стадии заключается в узнавании каждым волонтером своего исходного, истинного «я», еще не тронутого лекарством. Чтобы потом сравнить с тем, что будет после воздействия лекарства.

В течение этого срока волонтеры должны научиться «скрупулезно фиксировать все симптомы», даже самый «легкий дискомфорт», который может возникнуть у них по тем или иным причинам «на всех трех уровнях: ментальном, эмоциональном или физическом». И все записывать в своем дневнике. Каждый врач-наблюдатель обязан основательно изучить дело испытателя, которое «должно содержать исчерпывающую информацию по всем важным аспектам», либо сам провести полное — *классическое первичное гомеопатическое обследование* каждого волонтера, а именно: принципиальную историю всей его жизни, включающую характер взаимоотношений с людьми и окружающим миром, а также бывшие и остающиеся в любой форме болезни. Врач время от времени навещает волонтера, они привыкают друг к другу; врач наблюдает, изучает характер и привычки своего подопечного, чтобы затем сравнить их с его поведением после начала эксперимента (специалист наверняка обратил внимание, как много психологии уже на этой подготовительной стадии). Но, самое главное, врач обучает распознавать и регистрировать ощущения и эмоции, вести четкие и ясные записи в своем дневнике того, что волонтер испытывает каждый день в течение этого подготовительного месяца. С указанием не только точных характеристик, включающих «ЧТО», «ГДЕ», «КОГДА» и «КАК» (какие именно эмоции или ощущения), куда «иррадирует» и так далее, но и точного времени дня или ночи, когда возникают те или иные необычные эмоции или ощущения и по какой именно причине (если это можно определить).

Почему все эти тонкости, включая психические и даже ментальные, так важны? Потому что в гомеопатии много лекарств, которые имеют в значительной степени одинаковые показания и отличаются лишь специфическими тонкостями, особенностями своего воздействия, как физическими, так и — особенно — ментально-психологическими. Именно эти *специфические особенности*, выявленные при испытании лекарств, будут в дальнейшем помогать врачу находить, выявлять необходимые ЛС среди тысяч других.

Кроме того, в отличие от академической медицины гомеопатия давно установила, что именно ментально-психический уровень, изменения или даже нарушения в нем чаще всего и являются, если не источником-причиной, то предвестником заболеваний физических (не смотря на то, что иногда все происходит наоборот). И ГЛС, начиная с момента их испытаний, позволяют очень тонко улавливать все эти изменения.

Но как это воплощается в гомеопатической доктрине? Еще раз напомним суть «принципа подобного». Вспомним гениальное прозрение Парацельса: «Все яд ... все зависит от дозы» (болеют, как мы уже сказали, даже от хорошей пищи, если ее было слишком много). Это значит, что любое вещество «А», в том числе и лекарственное, не ядовитое, но принятое в достаточно большой дозе, способно вызвать даже у здорового человека вполне определенный набор «А» болезненных симптомов. Происходит как бы «отравление» организма.

**Набор «А»** симптомов «отравления» **здорового** человека во время испытания лекарственного **вещества «А»** — это и есть «лицо» или «портрет» или, как часто говорят гомеопаты, «патогенез» данного лекарственно-**вещества «А»**.

Гений Ганемана продолжил прозрение Парацельса. Если больной уже имеет набор «А» вполне определенных симптомов, и есть вещество «А», которое способно вызвать у здорового человека максимально подобный набор симптомов, то именно вещество «А» способно вылечить больного.

Формально все кажется очень простым. Но на самом деле, понимание этой логики оказывается весьма и весьма сложным (или просто непривычным) для большинства врачей академической медицины.

Кроме того, есть одно принципиальное условие. Для того чтобы «подобие» оказалось излечивающим, действительным, а не мнимым, совпадение симптоматики реальной у больного человека, и симптоматики лекарственного «портрета» вещества должно быть **существенным**. И эта существенность определяется не просто случайным набором симптомов, но набором «характерных», тех самых **специфических, особенных** симптомов, о которых мы говорили несколько выше, и которые фиксируются у прuverов при испытании лекарств. Гомеопаты называют их «полноценными» или «ключевыми» симптомами. Как на физическом, так и на психическом уровне.

Вот тут-то и выясняется: то, что для врача академической медицины считается полноценным симптомом, для гомеопата может оказаться симптомом неполноценным. Возьмем, например, головную боль. Для аллопата чаще всего более чем достаточно знать: от чего боль возникает, какая по характеру, где локализуется и в какое время беспокоит. Для гомеопата, как минимум, надо знать еще и что уменьшает ее или усиливает. Это называется **модальностью** симптома. А если при этом выяснится, что с возникновением головной боли у пациента появляется, например, еще и «позыв на стул» (факт совершенно бесполезный для аллопата), то такая головная боль может стать для гомеопата самым ценным, самым полновесным — ключевым для выбора лекарства симптомом. Потому что в гомеопатии много лекарств, вызывающих вроде бы сходные симптомы, но отличающиеся именно **модальностями**, т. е. условиями их возникновения или протекания, либо вот такими редкими специфическими особенностями, как в данном случае «позыв на стул».

Можно рассмотреть отдельно и «позыв на стул». Сам по себе этот позыв даже трудно квалифицировать, как симптом. Скорее, это естественная реакция здорового человека, особенно, если реакция эта регулярная и, так сказать, качественная. Но если позыв на стул становится редким приключением в жизни человека, то это уже симптом. Причем симптом, присущий, к сожалению, патогенезу («портрету») очень большого количества ГЛС, едва ли не нескольких сотен. Ибо склонность к запору — явление не редкое. А вот если перед каждым таким позывом на стул появляются, например, выделения из носа, то симптом этот становится редким, присущим всего нескольким препаратам. Если же к этому добавляется еще и желание чихать, то это уже очень редкий — индивидуальный симптом, характерный, может быть, всего для одного-двух препаратов, например для Туи.

Индивидуализируя таким образом симптомы своего пациента, гомеопат имеет возможность приблизиться к искомому, выбрать для него сугубо индивидуальное ЛС, подобное именно его болезненному состоянию.

В академической медицине такие тонкости никому не нужны: ни при испытаниях лекарств, ни при лечении людей. В гомеопатии, наоборот, при опросах больного именно процесс индивидуализации симптомов является основой правильного — подобного назначения ГЛС, учитывающего все особенности каждого конкретного человека. Если же эти особенности не учесть, то лекарство может и не помочь. Не навредит, но и не поможет. Этим часто пользуются недобросовестные критики гомеопатии, когда выясняется, что гомеопатическое лекарство «не помогло».

Витулкас приводит такой пример записи: «Умеренная, внезапная, острая, колющая боль за левым глазом, распространяющаяся к левому виску, возникла в 9 часов утра после упреков со стороны жены за то, что забыл забрать молоко. Длилась 40 минут, хуже от внезапного движения и шума, лучше от надавливания и холодных компрессов».

Здесь исчерпывающая детализация не только самого симптома, но и условий, которые его сопровождают.

Подобная требовательность к описанию каждого нюанса психофизического состояния волонтера показательна. Во-первых, это необходимо. Еще раз подчеркнем: если все эти ощущения, такая лабильность психики присущи волонтеру в его «нормальном» состоянии до начала эксперимента — в подготовительный период, то они определяют индивидуальность волонтера как человека и не будут учитываться как симптомы, вызываемые новым ГЛС.

Если же эти нюансы появятся только после начала испытаний, то они будут характеризовать само ГЛС, его «портрет». Отсюда такая важность заблаговременного научения волонтера различать все нюансы своего состояния как до, так и в процессе прувинга.

Во-вторых, сам факт того, что гомеопаты «вынуждены» учитывать такие тонкости, говорит о ГЛС — их способности чрезвычайно тонко воздействовать на психику человека.

И только «после того как будут собраны все эти подробности о «нормальном» состоянии каждого волонтера, по меньшей мере за один такой подготовительный месяц, можно считать, что их «основное состояние» описано достаточно, чтобы начать непосредственно эксперимент». Все дневники собираются, и комиссия окончательно принимает решение, кто будет допущен.

Учитывая, что гомеопатические (потенцированные) ЛС обладают уникальной способностью увеличивать *время, глубину и силу* своего лечебного воздействия по мере увеличения степени их разведения-потенцирования, сам эксперимент проводится в три стадии. На первой стадии волонтеры должны принимать испытываемое ГЛС в низкой по гомеопатическим меркам потенции (мало разбавленное). А именно — в потенции десятичной: от 1-х до 12-х. Или, что то же самое, от D1 до D12 (т. е. от 1-го до 12-ти десятикратных разбавлений в зависимости от токсичности исходного вещества).

На второй стадии волонтеры должны будут принимать испытываемое ГЛС в более высокой потенции, — средней по меркам классической гомеопатии, — тридцатой сотенной 30С (30 стократных разбавлений; буквы С или СН обозначают разбавления стократные). В этом случае испытываемое ГЛС будет уже настолько разбавлено, что в нем не останется ни одной молекулы исходного лекарственного вещества<sup>6</sup>.

И, наконец, на третьей, последней стадии эксперимента, лекарство принимается в высоких — тысячных потенциях: 10М или 50М (где 1М это С1000; т. е. исходное лекарственное вещество пройдет соответственно через 10 или 50 тысяч! стократных! разбавлений с потенцированием). И теперь даже одна крупинка лекарства будет действовать на организм долго и глубоко, затрагивая и тело, и психику человека.

Сам процесс испытаний опустим. Он подробно описан в монографии Дж. Витулкаса «Наука гомеопатии», на которую мы уже сослались. Скажем только, что самый большой проект, со всеми должными перерывами и «идеальным» — в течение одного года — отдыхом испытателей после второй стадии испытаний, составляет два с половиной — три года. И лекарство может считаться испытанным. Можно регистрировать. В его «ПОРТРЕТ» или по-другому — в его «ПАТОГЕНЕЗ» — входят все те симптомы, включая психические: ментальные и эмоциональные, которые были выявлены у пруверов-волонтеров.

Наипростейшая схема (с годом отдыха!), никаких заведомо искусственных веществ, ни применения дорогостоящих технологий или многолетних — подчеркиваем — многолетних трудов многих научных коллективов. И при этом информативное содержание гомеопатических испытаний несоизмеримо богаче и содержательнее, чем скудная и, как правило, заведомо однобокая информация, которую дает испытание аллопатических лекарств с их заведомо однобокой направленностью.

<sup>6</sup> К общепринятому обозначению сотенной потенции — букве С французы из уважения к Ганеману ввели дополнительно букву Н (Nanep), т. е. как бы — потенция сотенная СН ганемановская.

Тем не менее, есть и еще одна существенная деталь получения ГЛС. Обремененное множеством «мер предосторожности», «побочных действий» и даже прямых «противопоказаний», каждое вновь созданное традиционное ЛС редко когда потом удивляет своих создателей какими-либо новыми положительными открытиями. Каждое ГЛС, наоборот, не исключает, а предполагает совершенствование, расширение сведений о нем, его «портрета», в процессе всего дальнейшего клинического применения.

Мало того, каждое новое ГЛС можно считать по-настоящему испытанным только после того, как оно пройдет массовую апробацию на практике, в клинических условиях. Однако это не те клинические испытания, что мы видим в аллопатии, где речь идет о выявлении побочных эффектов и противопоказаний нового ЛС, и с годами может даже обнаружиться прямая угроза для жизни людей от их применения в долгосрочной перспективе. В гомеопатии и здесь — все прямо наоборот: с накоплением клинического опыта препарат становится все более действенным. Все те «случайные» патологические симптомы, которые хаотически, то излечиваются, то не излечиваются у больных, постепенно исключаются из характеристики препарата и оставляются только те, которые, *излечивая какой-либо ОДИН местный симптом или орган, одновременно способствуют излечению ВСЕГО организма в целом, на всех трех уровнях: ментальном, эмоциональном и физическом*<sup>7</sup>.

Именно такой полный «портрет»-образ каждого нового лекарства и включается в гомеопатии в ее главную справочную литературу, «в полную *Materia Medica*». И именно по такому уникальнейшему качеству своих ЛС гомеопатия и способна удивлять своими излечениями.

Хотелось бы, чтобы специалисты обратили и на это внимание. Ибо в гомеопатии, особенно ее классического направления, в большей степени использующего высокие потенции, каждый раз, при каждом назначении, речь идет о ГЛС, которое будет способствовать излечению всего организма в целом. Включая и те проблемы, по поводу которых больной мог и не обращаться к врачу. Или даже вовсе не знать о них. Когда болезненный процесс только зарождается на недоступных науке глубинах, лекарство будет способствовать излечению и этого процесса.

Есть ли что-либо подобное в уважаемой нами академической медицине?..

**Особенность ГЛС очередная, фундаментальная.** Мы, кажется, уже сбились со счета, перечисляя преимущества ГЛС. Это действительно уникальное творение рук и ума человеческого. Тем не менее есть и еще одно, причем исключительно важное. Преимущество фундаментальное, но которое даже сами гомеопаты, кажется, скромно недооценивают.

Цель прувинга, как мы убедились, — получить достоверную информацию о способности конкретного

<sup>7</sup> Витулкас Дж. Наука гомеопатии. М., 2007. С. 167.

ГЛС вызывать у здорового человека вполне определенный набор патологической симптоматики. Иными словами, вызывать только такую болезнь у здорового человека, которая свойственна только данному веществу, и никакому другому. При этом врачей, сопровождающих волонтеров-испытателей, совершенно не интересует *какими именно* конкретными физико-биологическими «путями» *внутри организма* возникает эта искусственная (лекарственная) болезнь и ее симптоматика. Важно только зафиксировать: какая именно, когда и как она проявляется.

Точно так же потом, когда врач-гомеопат назначит уже испытанное лекарство больному, его не будет интересовать обратный процесс: *какими конкретно* «путями» *внутри человека* будет происходить излечение. Врачу остается только внимательно следить за тем, как будут уходить симптомы естественной болезни.

Все то, что происходит внутри человека в процессе лечения, на недоступных науке глубинах человеческого организма, — почти все это в гомеопатии может быть вынесено «за скобки». Фактически, «за скобки» выносятся все те проблемы и сложности, с которыми сталкивается и не может (пусть даже только пока не может) справиться современная академическая медицина, включая психиатрию.

Язык гомеопатии — не есть язык процессов, скрытых внутри организма и мало доступных даже опытному наблюдателю. Ее основной язык (хотя сегодня и не единственный) — симптоматика чисто внешняя: физическая и психическая, причем намного более тонкая и обширная, чем в академической медицине. Поэтому, оставаясь благодарной любым научным открытиям, используя при необходимости и современные методы контроля за состоянием организма, гомеопатия позволяет медицине четко разграничить полномочия «науки» и «практики». Позволяет практикующим врачам без оглядки на нерешенные проблемы сегодняшнего дня решать многие вопросы уже сегодня. Не в том смысле, что наука им не нужна, а в том смысле, что практикующая гомеопатия не требует экспериментов над больными людьми даже во имя их блага. Того, чем по сути всегда, того не желая, невольно занимается академическая терапия, из десятилетия в десятилетие создавая свои ЛС, затем, улучшая, — заменяет их. Причем по большей части от одних и тех же болезней. И все это только потому, что основополагающий принцип академической медицины — «принцип противоположного» — всегда обязывал и обязывает знать все те конкретные внутренние проблемы, с которыми сталкивается заболевший организм. И, следовательно, академическая терапия способна лечить только то, что она способна увидеть внутри человека, засвидетельствовать или хоть как-то объяснить сегодня.

Если же у кого-то еще остаются сомнения в правоте подобного утверждения, то можно сказать и другому. Да, сегодня по сравнению с днем вчерашним, средними веками мы невероятно продвинулись вперед. Но пройдет еще 200—300 лет и та, будущая, еще более продвинутая академическая медицина будет также снисходительно смотреть на день сегодняшней, как мы сегодня смотрим на день вчерашний. А это еще раз объективно означает, что за последние 200—300 лет, которыми сегодня гордится мировая наука, над всеми поколениями людей, прошедшими за это время по земле, академическая терапия, совершенствуясь во благо людей, фактически экспериментировала над ними. Ибо других возможностей у нее не было.

Гомеопатия позволяет снизить накал этого, по сути, бесконечного эксперимента. С натруженных «плеч» практической медицины пусть частично, но снимается непосильная (по меньшей мере сегодня) тяжесть!

Именно поэтому вкупе со своими уникальными ГЛС гомеопатия способна поражать воображение излечениями порой самых тяжелых хронических заболеваний. Этой молодой медицинской школе, как любому талантливому «ребенку», нужны, если не забота, то хотя бы элементарное внимание. Но что мы имеем?

В центральном аппарате Министерства здравоохранения огромной страны, остро нуждающейся в существенном улучшении эффективности здравоохранения, в развитии добросовестной конкуренции — факторе, о котором неоднократно говорил наш Президент, В.В. Путин, нет ни одного представителя гомеопатии — *профессионала-практика, получившего должное классическое гомеопатическое образование*. Да и откуда ему там быть, *если в структуре российского здравоохранения врач-гомеопат даже не числится*. Можно ли в таком случае говорить о каком-либо понимании нужд и проблем, которые всегда стоят перед любым профессиональным сообществом? Мало того, порой лишены права достойного голоса даже те высокопрофессиональные специалисты академической медицины, которые на личном опыте убедились в удивительных возможностях гомеопатии и стали работать на стыке с ней.

Как результат, далеко не лучшей советской традицией загнанная в самый дальний «угол» академического медицинского сознания, запуганная инсинуациями, на которые «де-факто» нет никакой возможности достойно ответить, удивительная по своим возможностям мировая терапевтическая школа фактически лишена в России права голоса.

*P.S. Хотелось бы выслушать мнение в том числе и Главного терапевта России академика А.Г. Чучалина в свете проблем, отмеченных на конгрессе «Человек и лекарство» в Москве, в апреле 2013 г.*