

Как было подробно изложено в другой лекции (IAH AC Введение в гомотоксикологию), Таблица развития заболеваний (ТРЗ) является инструментом, предназначенным для определения стадии развития заболевания пациента. Заболевание является динамическим процессом, а не статическим состоянием. Во многих случаях оно возникает в результате одновременного действия генетической среды пациента и его контактов с окружающей средой. Главным триггерным фактором заболевания является гомотоксин и вызванная им интоксикация. При этом важную роль играет не только присутствие гомотоксина, но и последствия его влияние на работу систем организма человека.

При этом необходимо учитывать весь комплекс факторов: местонахождение гомотоксина, его биохимическое взаимодействие с системами регуляции, его влияние на работу мессенджеров (нейромедиаторов) и, что еще важнее, на функции клеток.

Если обнаружено наличие микроорганизмов, определение триггерного гомотоксина не представляет проблемы. Выявление гомотоксина гораздо сложнее, если лабораторные анализы дали отрицательный результат и если клиническое обследование (симптомы) и история болезни пациента являются единственными исходными данными. Но даже если природа гомотоксина неизвестна, характер клинических симптомов позволяет классифицировать заболевание по ТРЗ и делать выводы относительно схемы лечения. При этом используют общий алгоритм решений. Дополнительные тесты, принятые в комплементарной медицине, могут оказаться целесообразными с точки зрения подтверждения результатов гомотоксикологического подхода.

TP3

The diagram is a complex table titled "DISEASE EVOLUTION TABLE (DET)". It is structured as follows:

- Top Axis:** A horizontal arrow pointing from "HEALTH" on the left to "DISEASE" on the right, labeled "Evolution of Organism's Development".
- Vertical Axis:** Three main categories of systems: "HEMATOLOGICAL" (top, yellow), "ENDOCRINOLOGICAL" (middle, pink), and "NEUROLOGICAL" (bottom, orange). Each category has a vertical list of related organs and tissues.
- Horizontal Phases:** The table is divided into three main vertical sections: "Hematopoietic Phases", "Myeloid Phases", and "Cellular Phases".
- Central Column:** A vertical line labeled "REPRODUCTION/COMPENSATION/PROLIFERATION" runs through the center of the table.
- Content:** Each cell in the table contains text describing the state of the system at that phase, with some cells containing small icons of organs.
- Bottom:** Two small boxes at the bottom of the table contain text: "Self-regulation: Self-healing effects, Resonance Programs" and "Compensatory Tendency to opposite, Stability Programs".

IAH International Academy for Hematology © IAH 2007

Цель курса заключается в том, чтобы научить участников определить настоящее состояние пациента по TP3, исходя из истории болезни, клинических данных, алгоритм решений и гомотоксикологической интерпретации всех этих данных.

При этом следует учитывать, что настоящее состояние обычно является результатом развития заболевания по таблице и что лечение также во многих случаях приводит к определенному развитию. Существенное значение имеет направление развития по двум осям таблицы, которое позволяет определить, просиходит ли развитие в сторону заболевания или в сторону здоровья. Неправильная интерпретация развития в большинстве случаев приводит к принятию неправильных терапевтических решений, которые могут причинить пациенту долгосрочный вред.

Развитие в сторону здоровья

The image shows a 'DISEASE EVOLUTION TABLE (DET)' with a horizontal axis from 'HEALTH' on the left to 'DISEASE' on the right. The table is divided into 'Major Phases' and 'Sub-phases'. A large red arrow points from the right side (Disease) towards the left side (Health), indicating the direction of development towards health.



© IAH 2007

4

Развитие в сторону здоровья

Процесс перемещения заболевания из правой части Таблицы развития заболеваний в левую называется развитием в «сторону здоровья». Раньше употреблялся термин «регрессивная викариация». Данный термин больше не употребляется, так как его этимологическое происхождение ничего не говорит о том, что происходит в организме. Развитие в сторону здоровья происходит в выздоравливающем организме и служит одной единственной цели – ликвидации гомотоксинов.

В выше названном примере пациента, болеющего бронхиальной астмой, у которого через некоторое время приступы прекращаются, но вместо этого развивается экзема, происходит развитие в сторону здоровья. Гомотоксины из более глубокой ткани перемещаются к поверхности. Специалист по гомотоксикологии лечит такую экзему биотерапевтическими методами, чтобы на местном уровне стимулировать защитные механизмы во внеклеточном матриксе и таким образом обезвредить и ликвидировать гомотоксины.

Развитие в сторону здоровья не всегда более приятно для пациента, чем его исходное состояние. Артрит вызывает более сильные боли, чем артроз, экзема видна, в то время как астма не всегда заметна, диарея, сменяющая хронический запор, может быть благом с точки зрения гомотоксикологии, но адом для пациента.

Поэтому крайне необходимо предлагать пациенту необходимую поддержку, мотивировать его и объяснять, почему фазы реакции и ликвидации столь важны. В любом случае, подавление симптомов, сопровождающих развитие в сторону здоровья, абсолютно противопоказано по тем причинам, которые были уже названы. Механизмы организма должны поддерживаться биотерапевтическими методами, а не подавляться. Последнее означало бы противодействие целенаправленным защитным механизмам организма, чего следует избежать любой ценой.

Алгоритм принятия решений

- Как определить расположение пациента в Таблице развития заболеваний?
- Какое развитие пациент проходит?
- Какие последствия это имеет для схемы лечения?

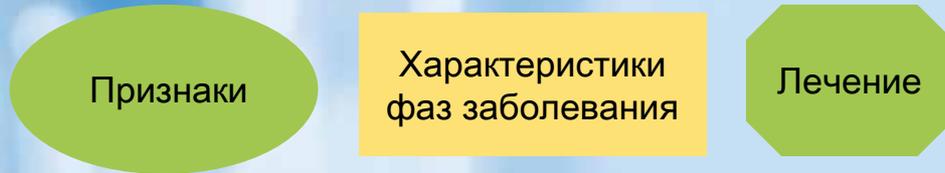


© IAH 2007

5

Алгоритм принятия решений является инструментом, облегчающим определение расположения пациента в Таблице в настоящий момент. При этом исходят из результатов клинического обследования пациента, затем учитывается информация, полученная в форме объективных и субъективных жалоб пациента, а также история болезни. Далее составляется алгоритм принятия решений, позволяющий определить расположение пациента в ТРЗ и составить схему лечения (включая три столпа антигомотоксического лечения, если это требуется, и выбор нужного типа препарата).

Дерево принятия решений



© IAH 2007

6

Сначала надо посмотреть, какие признаки заболевания данный пациент имеет. Затем их сравнивают с характеристиками фаз Таблицы развития заболеваний. После этого делают выводы относительно схемы лечения. Разные фазы заболевания лечатся по-разному. Поэтому составляется алгоритм принятия решений.

Сначала нужно анализировать «наихудший сценарий». После этого сравнивают признаки и результаты анализа с характеристиками фаз, определяют место пациента в ТРЗ и составляют схему лечения.



При составлении алгоритма принятия решений мы начинаем с наихудшего случая и заканчиваем наилучшим.

Сначала традиционными медицинскими методами проверяется, имеет ли место злокачественное развитие или предраковое состояние. На клеточном уровне это может выражаться повреждением хромосом, наличием атипичных клеток или злокачественной опухоли. Если это так, то пациент находится в фазе дедифференциации и схема лечения должна включать все три столпа гомотоксикологии, а именно, во-первых - дезинтоксикацию и дренаж, во-вторых - иммуномодуляцию и в-третьих - поддержку клеток и органов. К указанным трем столпам имеются подходящие группы растительных препаратов (PPG), минеральных препаратов (MPG), катализаторов (CPG) и органических препаратов (ORPG).

Если злокачественное развитие может быть исключено, мы переходим вниз по алгоритму к следующей фазе, где проверяется наличие дегенерации. Клинические методы позволяют обнаружить разрушение ткани. Если это так, то пациент находится в фазе дегенерации, где опять требуется применение трех столпов гомотоксикологии, так как наряду с лечением внеклеточного матрикса необходимо вернуть защитной системе способность к регуляции. Поддержка клеток и органов необходима для лечения дегенеративных изменений.

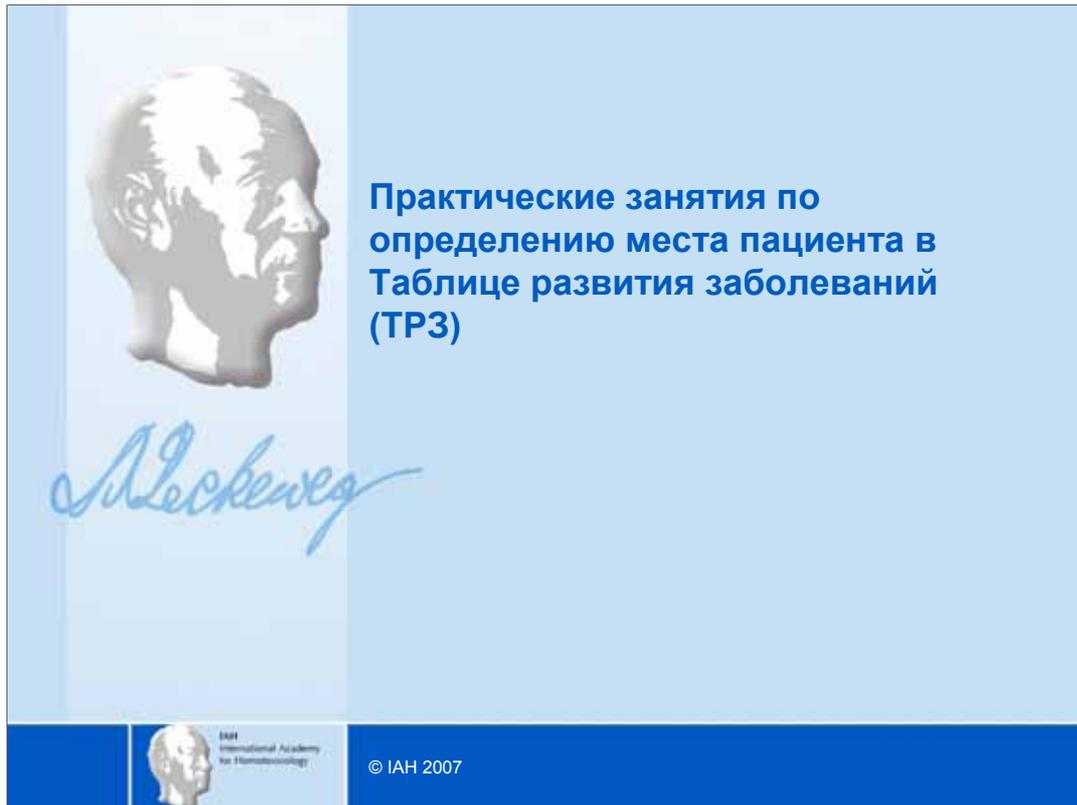
Если дегенерация может быть исключена, мы переходим к поиску функциональных нарушений на уровне ткани. При этом можно обнаружить ферментные нарушения, функциональные нарушения, а также чередование этапов обострения и нормального состояния. Если это так, то пациент находится в фазе импрегнации и лечить его надо опять по принципу трех столпов.



Если ферментные нарушения или функциональные нарушения могут быть исключены, мы проверяем наличие депонирования. По клиническим симптомам можно найти ткань, гипертрофированную до аномального злокачественного роста или вещества, агрегированные и депонированные. Если это так, то пациент находится в фазе депонирования и нуждается в лечении с применением первых двух столпов гомотоксикологии (дезинтоксикация и дренаж, с одной стороны, и иммуномодуляция, с другой стороны). В данном случае назначение лекарств из группы органических препаратов или катализаторов не требуется.

Если депонирование может быть исключено, мы проверяем, имеется ли острое воспаление, о чем можно судить по клиническим симптомам. Если это так, то пациент находится в фазе воспаления. В этом случае также необходимо применять первые два столпа гомотоксикологии.

Если нет воспаления, но повышенная экскреция жидкостей, нейротрансмиттеров или других веществ, пациент находится в фазе экскреции. В этом случае, как правило, достаточно применять первый столп гомотоксикологии (дренаж обычно достаточен для поддержки пациента). В некоторых случаях может быть целесообразным проводить иммуномодуляцию, чтобы ускорить процесс очищения и чтобы избежать рецидивов.



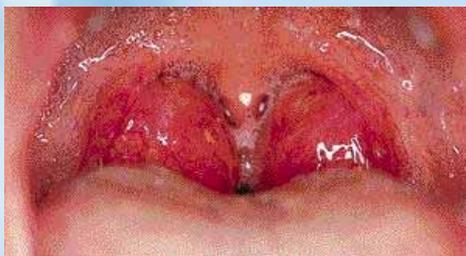
На базе следующих слайдов мы проведем ряд занятий по определению места пациента в Таблице развития заболеваний. Для этого необходимо сравнить клинический диагноз (симптомы) с характеристиками каждой фазы и таким образом определить место пациента в ТРЗ.

Характеристики отдельных фаз ТРЗ подробно описаны в лекции IAH AC Введение в гомотоксикологию.

Описание заболеваний и клинические данные указаны на слайдах, а процесс определения места пациента на ТРЗ и соответствующие решения вы найдете в текстах под слайдами. Попробуйте решить задачи и проверьте соответствие ваших решений с решениями, указанными в текстах.

Практические занятия по определению места пациента в ТРЗ

- Острый тонзиллит



© IAH 2007

10

Клиническая картина показывает все характеристики воспаления: красноту, боль, припухлость, гипертермию и потерю функциональных свойств пораженной ткани (глотание, прием пищи и т.д.). Жалобы острые и не рецидивирующие. В данном случае мы имеем дело не с гипертрофией миндалин, а с четко локализованной манифестацией защитной реакции, т.е. с чистым воспалением на уровне лимфодермы, так как миндалины – часть лимфатической системы.

Острый тонзиллит относится к фазе воспаления.

Практические занятия по определению места пациента в ТРЗ

- Артроз



© IAH 2007

11

Артроз – хроническая дегенерация хряща сустава. Со временем металлопротеиназы повреждают поверхность хряща. Возможно, что функция синовиальных клеток нарушена и что они производят меньше гиалуроновой кислоты. Кроме того, возможно уменьшение числа хондроцитов, в результате чего формирование структуры хряща («ремонт» поврежденных мест) происходит недостаточно активно. Тот факт, что «реактивированный артроз» сопровождается симптомами воспаления, не должен смущать нас, так как это явление следует рассматривать как попытку организма через воспаление (которое является **ВТОРИЧНЫМ**) запустить развитие болезни в сторону здоровья. В этом случае можно говорить об артрите на основе артроза.

К главным характеристикам относятся дегенерация ткани (хряща или даже субхондриальной кости в четвертой стадии), недостаточный «ремонт» через синовиальные клетки и хондроциты и присутствие эндогенных гомотоксинов (металлопротеиназ, частиц дегенеративно измененного хряща и т.д.). Со временем состояние будет спонтанно ухудшаться и организм будет пытаться компенсировать его вместо того, чтобы регулировать.

Данный пациент явно находится справа от барьера регуляции/компенсации. Он имеет внутриклеточную дисфункцию/повреждение и потерю ткани.

Артроз относится к фазе дегенерации на уровне каводермы.

Практические занятия по определению места пациента в ТРЗ

- Болезнь Крона, morbus Crohn



© IAH 2007

12

Болезнь Крона сопровождается тяжелыми симптомами воспаления, что подтверждает, в частности, эндоскопия. Для этого заболевания характерны боли (от сверлящих болей до тяжелых спазмов), гиперемия, отечность слизистой кишечника. Иногда вместо чувства тепла ощущается жгучий жар.

Хотя в некоторых случаях периоды тяжелого воспаления сменяются периодами латентного состояния (что указывает на фазу импрегнации), не следует забывать, что болезнь Крона является аутоиммунным заболеванием, при котором защитная система организма направлена против собственной ткани (в данном случае в кишечном тракте). Мы наблюдаем хроническое состояние, дегенерацию и потерю собственной ткани. Происходит гибель клеток (в результате разрушения и ликвидации собственных клеток из-за недостаточности клеточной защиты).

Болезнь Крона определяет специфический лейкоцитарный антиген человека HLA B27, присутствующий также при болезни Бехтерева и псориазе. Таким образом, три варианта одной и той же болезни возникают на ТРЗ: псориаз – на уровне эктодермы, болезнь Крона – на уровне эндодермы и болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилоартрит) – на уровне мезодермы. На практике иногда происходит переход болезни Крона (развитие в сторону заболевания) в болезнь Бехтерева. Все три заболевания относятся к фазам дегенерации различных тканей и эмбриональных слоев.

Болезнь Крона относится к фазе дегенерации на уровне эндодермы и мукодермы кишечника.

Практические занятия по определению места пациента в ТРЗ

- Лимфатический отек



© IAH 2007

13

Лимфатический отек может быть острым или хроническим, первичным или вторичным. Клиническая картина показывает легкую отечность, вызванную застоем лимфатической жидкости (нарушение лимфооттока).

Важно различать лимфатический отек от венозного стаза. Венозный стаз также вызывает отечность, но в этом случае она сопровождается более сильным напряжением. При венозном стазе надавливание на кожу сразу определяет напряжение кожи, в то время как при лимфатическом отеке надавливание вызывает углубление, остающееся в течение нескольких секунд.

Отечность не вызывается пролиферацией клеток (опухоль). Стаз вызывается жидкостью самого организма. Лимфоотток нарушен (с обструкцией или без нее). В первой и второй стадиях состояние является обратимым, на что и нацелено лечение.

Лимфатический отек относится к фазе депонирования на уровне мезодермы, мезенхимы, лимфодермы. При этом происходит накопление или застой веществ, которые в нормальных условиях выводятся. Воспаления, сопутствующие лимфатическому отеку, являются вторичным явлением, вызванным застоем жидкости и гомотоксинами, находящимися в ней.

Практические занятия по определению места пациента в ТРЗ

- Гиперсаливация



Гиперсаливация – повышенная секреция слюны без признаков воспаления или других клинических симптомов. Гиперсаливация может быть первичной или вторичной. Хотя состояние не является совершенно здоровым, оно не требует клинического лечения. В большинстве случаев симптомы гиперсаливации исчезают самостоятельно через несколько часов или дней.

Гиперсаливация относится к фазе экскреции на уровне эктодермы и ородермы.

Практическое занятие по определению места пациента в ТРЗ

- Сенной насморк



© IAH 2007

15

Сенной насморк – форма аллергического ринита. Сенной насморк зависит от наличия триггера и в основном носит сезонный характер. Медиаторами являются ТН 2-клетки и ИгЕ. Аналогично всем аллергическим реакциям клинические симптомы возникают после попадания аллергена в организм.

Сенной насморк имеет все характеристики воспалительного процесса, однако отличается от острого воспаления рядом существенных различий:

- Есть периоды скрытого состояния, свободные от симптомов (отсутствие или меньшее количество аллергенов)
- Защитная реакция не соответствует масштабу угрозы, исходящей от гомотоксина (несоответствующая или чрезмерная реакция)
- Наблюдается тенденция к спонтанному обострению при каждом возобновлении контакта
- Есть тенденция к генерализации в отношении триггерных аллергенов

Из-за тенденции к компенсации (а не к регуляции), периодов латентного состояния и хронического характера сенной насморк относится к фазе импрегнации на уровне эктодермы и ородермы.

Практические занятия по определению места пациента в ТРЗ

- Неходжкинская лимфома



© IAH 2007

16

Неходжкинская лимфома (NHL) – рак лимфоидной ткани. Иногда его называют просто лимфомой. Хотя клиническая картина показывает набухание, указывающее на фазу депонирования, основное внимание следует уделять причине набухания. При раке NHL клетки лимфоидной ткани делятся неконтролируемо, вызывая злокачественную опухоль. Естественные клетки-киллеры не в состоянии ликвидировать быстрорастущие, перерожденные клетки.

Раковая клетка – это клетка, потерявшая свои тканевые особенности и ставшая «омнипотентной». Таким образом, раковая клетка – противоположность дифференцированной клетки. Поэтому мы говорим о дедифференцированных клетках. Все виды рака относятся к фазе дедифференциации. Сюда относится также лимфома.

Характерным признаком является неконтролируемое увеличение числа клеток.

Неходжкинская лимфома относится к фазе дедифференциации на уровне мезодермы, мезенхимы и лимфодермы.

Практические занятия по определению места пациента в ТРЗ

- Подагрические узлы



© IAH 2007

17

Подагрические узлы относятся к клиническим признакам подагры. Подагрические узлы – отложения мочевой кислоты, как правило, на небольших суставах (пальцы руки и стопы). Хотя в местах возникновения этих узлов может иметься сильно выраженное воспаление, оно носит вторичный характер и предназначено в основном для того, чтобы ликвидировать отложения. Можно констатировать, что воспаление в местах подагрических узлов представляет собой попытку организма индуцировать развитие в сторону здоровья.

Подагрические узлы представляют собой чисто молекулярные отложения кристаллов мочевой кислоты, связанные кальцием. Следовательно, их нужно рассматривать как отложения эндогенных гомотоксинов.

На ранней стадии эти узлы обратимы.

Подагрические узлы относятся к фазам депонирования на уровне мезодермы, мезенхимы и каводермы.

Практические занятия по определению места пациента в ТРЗ

- Бородавки



© IAH 2007

18

Бородавки вызываются вирусом папилломы человека. Таким образом главной причиной является вирус, который следует рассматривать как экзогенный гомотоксин.

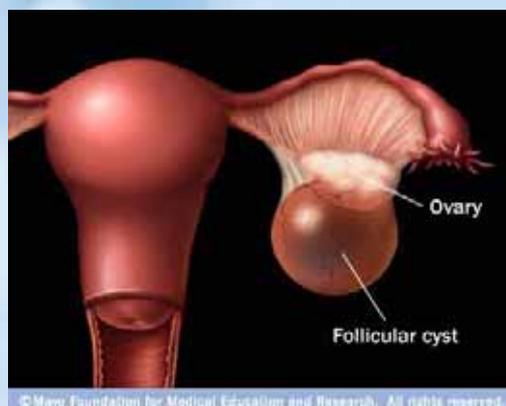
Главной характеристикой вирусных инфекций является изменение внутриклеточной кодировки клетки-хозяина. Поэтому вирусную инфекцию следует рассматривать как внутриклеточную интоксикацию, в связи с чем бородавки относятся к правой стороне ТРЗ.

Бородавки продолжают появляться, пока защита от вируса остается слабой. С другой стороны, ослабленный вирус и более сильная или укрепленная защитная система могут привести к ликвидации гомотоксина (вируса) и возвращению почти здорового состояния (исчезновение бородавок). У многих пациентов наблюдается латентное состояние вируса, вызывающее рецидивирующие бородавки. Поэтому криотерапия и оперативное вмешательство с целью удаления бородавок не являются каузальной терапией, ведь рецидивы зависят от активности самого вируса, а не от числа клеток в бородавках!

Из-за вирусного характера и частых периодов латентного состояния между рецидивами бородавки относятся к фазам импрегнации на уровне эктодермы и эпидермы.

Практические занятия по определению места пациента в ТРЗ

- Киста яичника



© IAH 2007

19

Киста яичника – накопление жидкости в яичнике. Некоторые кисты, так называемые *функциональные кисты*, являются частью нормального процесса менструации. Любой фолликул яичника, размер которого превышает примерно два сантиметра, называется кистой яичника.

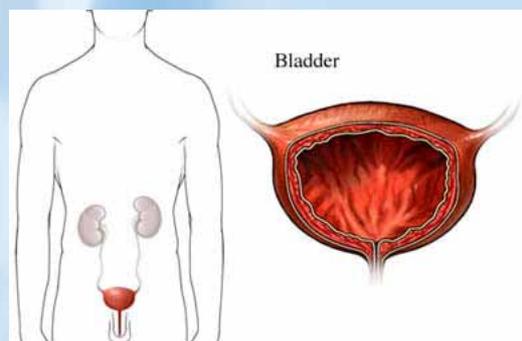
Вышеназванное определение говорит о том, что имеет место накопление или застой жидкости в месте, где этого не должно быть. Объем жидкости и размер кисты могут достичь масштабов, при которых окружающая ткань не может больше нормально функционировать.

Накопленную жидкость можно рассматривать как накопление эндогенных гомотоксинов. Жидкость собирается вне живых клеток, во внеклеточном матриксе, аналогично мешку с водой. Накопление может исчезнуть без внешнего вмешательства (что происходит во многих случаях). Поэтому следует отнести кисту яичника к левой стороне ТРЗ. Так как мы имеем дело с депонированием, а не с воспалением (первоначально) или гиперэкскрецией, она относится к фазе депонирования.

Кисты яичника относятся к фазам депонирования на уровне мезодермы и герминодермы (женской).

Практические занятия по определению места пациента в ТРЗ

- Острый цистит



Острый цистит – воспаление внутренней стенки (слизистой) мочевого пузыря. Симптомами являются частые позывы на мочеиспускание, во многих случаях сопровождаемые незначительным мочеиспусканием, жгучей болью во время и после мочеиспускания в мочевом пузыре и даже в мочеиспускательном канале. Цистоскопия показывает воспаленный, гиперемированный, отечный пузырь (слизистую оболочку). В некоторых случаях болезнь сопровождается высокой температурой.

Хотя воспаление мочевого пузыря во многих случаях возникает изолированно, оно может перерасти в синдром нефрита, который является более тяжелым.

Цистит – распространенная форма воспаления, встречающаяся чаще у женщин, чем у мужчин. Во многих случаях триггером воспаления являются микроорганизмы.

В данном случае присутствуют все характеристики острого воспаления без депонирования и внутриклеточного повреждения.

Следовательно, острый цистит относится к фазе воспаления на уровне эндодермы и мукодермы мочеполового тракта.



Опознавание процессов развития заболевания в истории болезни пациента и способность их локализации в ТРЗ являются важными предпосылками антигомтоксического лечения. В схемах лечения часто учитывается «развитие» состояния пациента. Мы должны осознавать, что «старые заболевания» могут вновь возникнуть в ходе «развития в сторону здоровья». Повторного возникновения можно избежать включением нужных препаратов в схему лечения.

Последующие задачи предназначены для того, чтобы приобрести навыки опознавания развития в сторону заболевания и в сторону здоровья в истории болезни пациента.

1-ый случай: Доброкачественная паховая лимфаденопатия

- Пациент: женщина в возрасте 29 лет, замужняя, обычный образ жизни
 - Проявления:
 - 4-5 опухших паховых лимфатических узлов с обеих сторон
 - Карта больной не содержит других существенных данных
 - Первое появление 8 месяцев назад, рецидивы в интервалах от 1 до 2 месяцев
 - В больнице был поставлен диагноз доброкачественности, но этиология не была установлена
 - Диагноз:
 - Доброкачественная паховая лимфаденопатия (неизвестной этиологии)



© IAH 2007

22

Описание случая:

Женщина в возрасте 29 лет была направлена к нам с диагнозом «Двусторонняя доброкачественная паховая лимфаденопатия» неизвестного происхождения.

История болезни:

Примерно 8 месяцев назад пациентка обнаружила постепенное (в течение 5-6 дней) увеличение «небольших шишек» (по ее словам) в обеих паховых зонах. По словам пациентки эти «набухания» были почти одинаковы по форме и не сопровождалось ни большим дискомфортом, ни покраснением кожи, ни высокой температурой и/или другими симптомами.

Она обратилась к семейному врачу, который направил ее в специализированный диагностический центр для проведения анализа. После проведения нескольких диагностических процедур, включая биопсию, злокачественность была исключена. Было высказано предположение, что заболевание вызвано вирусной инфекцией, которая однако не была установлена.

Пациентка выглядела здоровой. Она была замужем, имела двух детей (в возрасте 2 и 6 лет) и ни в ее личном анамнезе, ни в семейном анамнезе не было злокачественных опухолей и/или лимфаденопатии. Семейная жизнь и образ жизни по всей очевидности были нормальными. В ходе подробного рассмотрения истории болезни пациентка только вспомнила, что она ежедневно использовала карандаш-антиперспирант (она не помнила наименование) в течение нескольких месяцев до возникновения набуханий.

Аллопатическое лечение

- Лечение: (двухнедельный цикл во время рецидивов)
 - Антибиотики широкого спектра действия
 - НПВС
- Результаты:
 - Лишь в начале некоторое уменьшение набухания
 - Рецидивы продолжались (назначенные лекарства давали незначительный эффект или вообще не действовали)



© IAH 2007

23

Пациентка была отправлена домой с назначением антибиотиков и НПВС. После лечения назначенными препаратами было замечено незначительное улучшение, но лимфатические узлы не уменьшились до нормального размера. Периодические рецидивы в интервалах примерно полутора месяцев продолжались. Они не совпадали с менструальным циклом. Пациентка повторяла назначенную терапию, но результаты были не продолжительными, лишь время от времени размер узлов и дискомфорт уменьшались. Пациентка больше не хотела принимать антибиотики и решила пробовать другой подход.

Биотерапевтический подход

(Исключение злокачественной опухоли всегда обязательно по правовым и этическим причинам)

- Фаза согласно ТРЗ: депонирование, лимфодерма
- Принципы лечения:
 - Лечение симптомов
 - Дезинтоксикация и дренаж
 - Иммуномодуляция
- Какие препараты?
 - Lymrho-myosot – из-за его специфической тропности к лимфоидной ткани
 - Aris – из-за его противоотечного действия
- Траумеел – действует как противовоспалительное средство, обеспечивающее физиологическую регуляцию воспаления до естественного излечения



© IAH 2007

24

Депонирование: - фаза матрикса – слева от барьера регуляции/компенсации

Принципы лечения: Физиологическое стимулирование лимфатической ткани, чтобы заставить ее реагировать на гомотоксины; мобилизация гомотоксинов с целью их отвода в органы дезинтоксикации; уменьшение отека путем стимулирования дренажа; модулирование воспалительной реакции, чтобы направить ее к естественному излечению.

Антигомотоксическое лечение

- Lymphomyosot (капли) + Apis-Номассорд (капли)
+ Traumeel (капли)
по 8-10 капель ежедневно 3 раза в день в течение 4-5 недель
- +
Traumeel (мазь)
Локальное применение 4 раза в день
- Результаты:
 - через 2 недели: уменьшение набухания примерно на 50%
 - через 4 недели: почти полная нормализация
 - рецидивы в 4-ый и 10-ый месяцы (то же самое лечение)
 - через 2 года: прекращение рецидивов



© IAH 2007

25

Так как злокачественность была исключена, была предпринята попытка лечить пациентку гомотоксикологическими методами. При этом преследовалась цель воздействовать на лимфатические узлы, чтобы восстановить физиологическую функцию фильтрации и дренажа назначением простого курса лечения на 4-5 недель: **Traumeel в виде мази** (местное применение 4 раза в день)

* Пациентка должна была утром до подъема и вечером перед сном слегка массировать обе паховые области после нанесения мази ручными приемами (которым научили пациентку), способствующими оттоку лимфы в направлении физиологического лимфотока.

2-ой случай: Невралгия тройничного нерва

Пациент: женщина в возрасте 58 лет, страдающая

- хронической левосторонней невралгией тройничного нерва
- Продолжительность – примерно 3 года
- Приступы – от 2 до 3 раз в месяц

Диагноз:

- ЯМР показал умеренно расширенный артериальный сосуд
- Компрессия тройного нерва на уровне его выхода из черепа



© IAH 2007

26

Описание случая:

Женщина в возрасте 58 лет, страдающая хронической эпизодической левосторонней невралгией тройничного нерва, была направлена своим терапевтом на иглоукалывание (или на альтернативную процедуру, которая могла бы облегчить ее состояние), чтобы не увеличить дозу Нейронтин, о чем пациентка сама неоднократно просила.

История болезни:

Пациентка вспомнила, что примерно 3 года назад, во время плавания на паруснике вместе с друзьями в одно холодное октябрьское утро у нее вдруг возникла странная головная боль, которая в течение дня постепенно усиливалась, а ночью стала невыносимой и сопровождалась левосторонней гиперестезией черепа и развитием небольшой мягкой «шишкой» в затылочной области, на уровне основания черепа.

К утру боль стала немного слабее, но шишка осталась несколько недель. Через день после случившегося пациентка обратилась к терапевту, который не мог объяснить причину, но назначил обследование с помощью МЯР.

Аллопатическое лечение

- Нейронтин (габапентин)
 - 300 мг 3 раза в день
 - Недавно пришлось увеличить дозу до 400 мг, 3 раза в день
- Направление по инициативе терапевта
 - Озабоченность по поводу побочных эффектов Нейронтин



© IAH 2007

27

Пациентке был поставлен диагноз невралгии тройничного нерва и ей был назначен **Нейронтин** (габапентин) в дозировке 300 мг, 3 раза в день. Хотя доза была недавно увеличена до 400 мг, пациента требовала дальнейшего увеличения.

Так как терапевт (друг семьи) был озабочен побочными эффектами, он стал интересоваться другими решениями и направил пациентку в мой кабинет.

Хотя пациентка приходила ко мне в теплый, солнечный день, она носила платок, защищающий ее лицо и шею от любого сквозняка, который мог бы вызвать приступ.

Пациентка рассказывала, что в последнее время даже чистка зубов стала проблемой, так как она боялась, что это может вызвать очередной приступ. Лекарство она принимала пунктуально.

Она слышала об иглоукалывании и решила попробовать этот способ лечения в надежде на то, что он может облегчить ее состояние.

Возможные терапевтические подходы

- **Хирургическое вмешательство** – сосудистая декомпрессия (высокий риск повреждений)
- **Аллопатические лекарства** – могут уменьшать чувство боли
- **Акупунктура** – может «десенсибилизировать» нерв
- **Невральная терапия** – может предотвратить генерирование пиковых потенциалов
- **Гомеопатия** – может уменьшать ощущение боли
- **Гомотоксикология** – может оказаться эффективной, так как она направлена непосредственно на патогенез
- **Сочетание перечисленных методов?**



© IAH 2007

28

Возможные терапевтические подходы

Хирургическое вмешательство: Риск слишком высок; хир. вмешательство (еще) не было показано для данной пациентки

Аллопатия: Нейронтин по 300 мг, 3 раза в день (габапентин = противосудорожное средство с неизвестным механизмом действия, снимающее боль, в частности, в начале; опасения по поводу токсических побочных эффектов)

Традиционная китайская медицина: Акупунктура обычно помогает уменьшать симптомы, но требует лечения в кабинете врача в течение длительного периода, к чему не все пациенты готовы.

Невральная терапия: Иногда дает хорошие результаты, но в данном случае локальные анестезирующие средства лишь уменьшали пиковые потенциалы. Другого действия на нервные волокна и на сосуд на наблюдалось.

Гомотоксикология: Единственное направление, предлагающее препараты, которые оказывают прямое тропное действие на пораженную ткань.

Оптимальный результат: Сочетание теоретических и практических возможностей вышеуказанных методов.

Биотерапевтический подход

- Фаза на TP3: импрегнация, гемодерма / нейродерма
- Патогенез:
Больше всего совместим с “гипервозбуждением афферентных сенсорных нервов и последующим генерированием пароксимальных эктопических пиковых потенциалов в результате васкулярной компрессии” (Harrison’s Principles of Internal Medicine)
- Принципы лечения:
Биотерапевтический подход «пытается»
 - Влиять на расширение сосудов
 - Уменьшить раздражение нерва / травму
 - Довести до минимума генерирование пиковых потенциалов



© IAH 2007

29

В интересах пациента надо всегда рассматривать разные направления, чтобы достичь того, чего пациент ожидает, а именно излечения, даже если приходится работать в направлениях, которые нам не очень близки.

Инъекции биопрепаратов методом мезотерапии Протокол А (пораженная сторона лица)

- Препараты:
 - Прокаин 3% (1 мл)
 - 1 ампула Спигелона
- Материалы и метод:
 - Смешать препараты в шприце объемом 5 куб. см
 - Использовать иглы для мезотерапии (мин. боль = 4 мм х 27 G)
 - Инъектировать небольшое количество смеси в определенные точки мезодермы
- Точки инъекции:
 - Подбородочное отверстие
 - Акупунктурные точки на лице: BL-2, St-2, St-6, St-7
- Периодичность: на 1-ой и 2-ой неделе - 2 раза в неделю



© IAH 2007

30

Протокол А (со стороны лица): на 1-ой и 2-ой неделе – 2 раза в неделю

Лицо- Мезотерапевтические инъекции (п/к с использованием игл для мезотерапии 4 мм х 27 G) коктейля из

Прокаина 3% (1 мл) и

1 ампулы Спигелона (1.1 мл)

(Общий объем жидкости = 2.2 мл, инъекция в 5 точек)

Точки инъекции – (у данной пациентки на пораженной левой стороне лица)

BL-2, St-2, St-6, St-7

Подбородочное отверстие

Инъекции биопрепаратов методом мезотерапии Протокол Б (общие акупунктурные точки на теле)

- Препараты:
 - 1 ампула Silicea-Injeel
 - 1 ампула Funiculus umbilicus suis-Injeel
- Материалы и метод:
 - Смешать содержимое двух ампул в шприце объемом 5 куб. см
 - Использовать иглы для мезотерапии (мин. боль = 4 мм x 27 G)
 - Инъецировать небольшое количество перемешанных жидкостей в определенные точки мезодермы
- Точки инъекции: St-25, St-36 (с двух сторон)
- Периодичность: Дополн. к протоколу А (лицо) на 3-ей и 4-ой неделе – 2 раза в нед., т.е. на 3-ей и 4-ой неделе прот. А и Б



© IAH 2007

31

Протокол Б (другие акупунктурные точки на теле) * дополнительно к протоколу А (лицо)

Silicea-Injeel + Funiculus umbilicus suis-Injeel

(Вводятся методом мезотерапии с обеих сторон в точках St-36 и St-25. Эти акупунктурные точки по традиции считаются самыми эффективными для укрепления конституции)

Применение моксы в этих 4 точках до начала холодной зимы в течение многих столетий практиковалось в Китае как «вакцинация», укрепляющая иммунную систему.

Поэтому: на 3-ей и 4-ой неделе (2 раза в неделю)

Протокол А (лицо) + протокол Б (другие точки акупунктуры на теле)

Лечение на дому

- Долгосрочное лечение:
 - по 8-10 капель 3 раза в день (двухмесячные циклы с перерывом в одну неделю)
 - Arnica-Heel (капли)
 - Gelsemium-Homaccord (капли)
 - Aesculus compositum (капли)
 - Lymphomyosot (капли)
- В случае начинающего приступа или во время приступа:
 - Принимать Spigelon (таблетки) (подъязычно, каждые 15 минут до двух часов)



© IAH 2007

32

Лечение на дому может включать любые назначенные пациентке лекарства.

Поддержание состояния

- В кабинете:
 - Каждые 2-3 месяца повторить протоколы А и Б (1 сеанс в неделю в течение 4 недель)
- Дома:
 - Продолжить домашнюю терапию с перерывом в одну неделю каждый месяц
- Результаты:
 - Через месяц пациентка смогла уменьшить дозу Нейронтин
 - Через несколько месяцев частота приступов уменьшилась
 - Через год – прекращение приема препаратов
 - В течение последующих двух лет имели место 2-3 нетяжелых рецидива



© IAH 2007

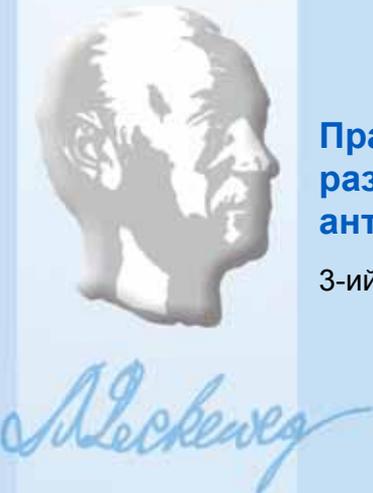
33

Поддержание состояния:

Четырехнедельный цикл - 1 сеанс в неделю (протоколы А+В), каждые 2-3 месяца

Дома: прием препаратов продолжается с перерывом в одну неделю каждый месяц.

- В течение последующих нескольких месяцев уменьшилась частота приступов (от 3-4 в месяц до 1-2 в месяц), а также их частота.
- Через год прием лекарств постепенно сокращался
- Примерно через два года пациентка перестала ощущать, что у нее есть проблема, но продолжала приходить 4-5 раз в год на лечение и проводила курс лечения на дому (в течение этого периода произошли 2-3 нетяжелых приступа).



**Практические занятия по
разработке схемы
антигомтоксического лечения**

3-ий случай: резидуальная лимфома



© IAH 2007

После определения стадии заболевания в Таблице развития заболеваний и определения направления развития (если это возможно) должна быть составлена схема лечения. Выбор препаратов см. лекцию IAH AC Схема лечения.

Анализ конкретного случая

- г-жа ТП, женщина в возрасте 60 лет
- Диагноз: неоперабельная лимфома в недоступном месте (за нижней полой веной в области печени)
- Только лимфатические метастазы в брюшной полости
- Позади 3 цикла химиотерапии
- Прием высоких доз кортикостероидов



© IAH 2007

35

Пациентка была относительно бодрой женщиной. Опухоль не была в стадии настоящей ремиссии, но росла довольно медленно. Несмотря на химиотерапию опухоль не уменьшалась, а постепенно увеличилась. Анатомическая локализация опухоли не позволяла оперировать ее. Далее следует отметить, что после химиотерапии не проводилась дезинтоксикация.

Анализ конкретного случая

- Пациентка обратилась ко мне через 6 месяцев после последнего курса химиотерапии
- Опухоль находилась в стадии «ремиссии», срез КТ показал лишь незначительный рост. Онколог наблюдал за развитием заболевания.



© IAH 2007

36

Пациентка чувствовала себя относительно хорошо и была очень динамичной. Поэтому можно было сильно воздействовать на механизм регуляции.

В других случаях заболевания раком это невозможно, так как большинство пациентов находится в ослабленном состоянии, в связи с чем регуляция должна происходить медленно.

Профиль пациентки и ее история

- Счастливый брак, двое хорошо устроенных детей
- Чрезмерно сильное желание срочно выполнять все задачи
- Выросла на ферме по выращиванию зерна
- Зерновые культуры регулярно опрыскивались пестицидами. В это время она играла на полях
- Болела лишь немногими детскими болезнями
- Каждый год получала прививку от гриппа, пока серьезно не заболела в результате вакцинации
- Живет в районе с высоким уровнем иррадиации электромагнитных лучей
- Спит в комнате, где имеется много электронных приборов



© IAH 2007

37

История содержит три момента, на которые следует обратить особое внимание:

1. Стремление больной срочно выполнять все задачи. Это стремление создает постоянный стресс, вызывающий секрецию кортизола. Это, в свою очередь, со временем приводит к TH2-ригидности и дисфункции иммунной защиты на клеточном уровне. Последнее способствует предрасположенности к раку.
2. Редкое заболевание инфекциями в детстве

Система иммунной защиты тренируется на острых банальных инфекциях. Отсюда возникает вопрос, не увеличивает ли лишение развивающейся иммунной системы возможности учиться на детских болезнях риск заболевания справа от барьера регуляции/компенсации и тем самым иммунодефицита клеток (CID - Cellular Immune Deficiency) и аутоиммунитета.

Больные раком редко болеют острыми банальными инфекциями, так как многие из них застревают в состоянии TH2-ригидности, что выражается в ригидности регуляторных механизмов.

3. Значительная химическая интоксикация, вызванная пестицидами.

Развитие в сторону болезни в TP3

Дедифференциация

Лимфодерма



IAH
International Academy
for Hematology

© IAH 2007

38

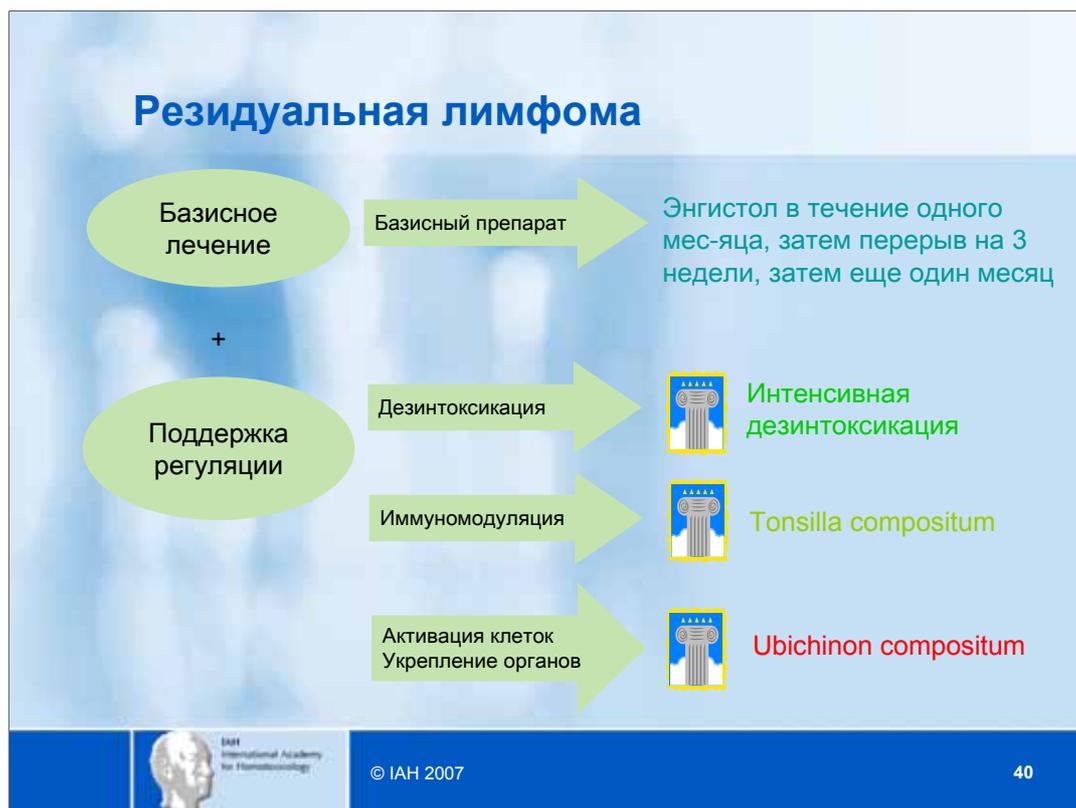
В данном случае заболевание находится в фазе дедифференциации на уровне лимфодермальной ткани.

Так как речь идет о клеточной фазе, необходимо оказывать сильное регуляторное действие.

К счастью, состояние данной пациентки это позволяло.



При составлении плана лечения соблюдается вышеизложенный алгоритм. Раз мы пришли к выводу, что пациент находится в фазе дедифференциации, мы должны применять все группы препаратов и все столпы гомотоксикологии.



В данном случае Engystol N является эффективным базисным препаратом. Он стимулирует состояние TH1, а сера обеспечивает реактивность. Препарат назначается циклами и в форме таблеток (1 таблетка в день).

Базисная и глубокая дезинтоксикация – предмет следующего слайда. Препарат Tonsilla особенно рекомендуется, так как он укрепляет иммунную систему и эндокринную систему. Этот препарат также регулирует работу надпочечников. Таким образом, он является и иммуномодулятором и тканевым препаратом.

Предпочтительным катализатором является Ubichinon comp. Он содержит несколько противоопухолевых компонентов, например, copium, который является особенно важным в данном конкретном случае. Препарат также обладает глубоким очищающим действием. Остальные два катализатора включаются в режим дезинтоксикации.



	Базисная дезинтоксикация и дренаж	Интенсивная дезинтоксикация и дренаж
Печень	Nux vomica-Homaccord	Hepar compositum
Почки	Berberis-Homaccord	Solidago compositum
Матрикс	Galium-Heel	Thyreoida compositum
Клетки	Coenzyme compositum	Glyoxal compositum
	в течение 12 недель	назначить в начале на 6 недель, затем перейти на базисную дезинтоксикацию (12 недель)
Слизистая	Lymphomyosot	Mucosa compositum



© IAH 2007

41

Организм будет в состоянии освободиться от токсинов, если будут выполнены следующие два условия: поддержка органов, отвечающих за метаболизм вредных веществ, поддержка работы органов, в которых токсины хранятся, таких, как матрикс, и стимулирование выведения токсинов из этих органов.

Важно указать на то, что во многих случаях выделяемые токсины еще не прошли весь процесс метаболизма и поэтому должны преобразовываться печенью в водорастворимые вещества, поддающиеся экскреции через почки и другие органы.

Если накопленные токсины выделяются слишком быстро или если печень и другие органы метаболизма и выведения токсинов перегружены или нарушены, токсины переходят в кровь, где они не поддаются экскреции. Они будут циркулировать в системе кровообращения, пока они не найдут участок, где концентрация ниже, чем в крови. Именно в этот участок они будут диффундировать. Проблема заключается в том, что таким образом токсины лишь перемещаются из точки А в точку Б.

Это не страшно для сравнительно здоровых пациентов или пациентов с незначительной интоксикацией, но для пациентов с тяжелой интоксикацией это может иметь серьезные последствия, так как тяжелые металлы попадают в мозг, откуда крайне сложно удалить их.

Это обстоятельство следует особенно учитывать при лечении пациентов, дренажные органы которых не работают нормально или которые перегружены в результате заболевания или интоксикации (что наблюдается после химиотерапии). Такие пациенты сначала нуждаются в поддержке органов дезинтоксикации и дренажа, прежде чем начать настоящий дренаж тканей.

Не менее важно указать на то, что процесс дезинтоксикации и дренажа представляет собой серьезную нагрузку для организма. У очень слабых и больных пациентов он может привести к дополнительной перегрузке организма. В таких случаях дезинтоксикацию следует проводить позже, т.е. после приема препаратов, поддерживающих организм.

Дезинтоксикация и дренаж требуют энергии. Поэтому в интенсивные программы дезинтоксикации должны быть обязательно включены катализаторы, которые помимо своей роли источников энергии участвуют и в дезинтоксикации клеток.

Выводы: Общие принципы дезинтоксикации больных раком

- Процесс должен проводиться медленно
- Дезинтоксикация должна сопровождаться изменением образа жизни (см. часть 2)
- Необходимо избежать слишком быстрого выведения токсинов из матрикса
- Следует исходить из предположения, что у всех больных раком токсины накоплены на клеточном уровне
- Поэтому дренажу должна предшествовать поддержка, матрикс и система ауторегуляции должны быть восстановлены (см. часть 2)



IAH
International Academy
for Hematology

© IAH 2007

42

Течение болезни

- Примерно через 9 недель лечения у пациентки возник острый аппендицит
- Гипертермия, превышающая 42 градуса Цельсия
- Операция по удалению слепой кишки
- Через 2 месяца срез КТ брюшной полости показал почти полную регрессию опухоли и кальцификацию
- Пациентка провела до конца курсы лечения по дезинтоксикации и по иммуномодуляции и через два года после лечения все еще находилась в состоянии ремиссии



© IAH 2007

43

Появление указанных симптомов – хороший признак. Пациентка переживала, так как она подозревала, что болезнь вернулась. Она подождала несколько часов, прежде чем связаться со мной. В результате у нее была длительная, упорная гипертермия.

В старые времена врачи специально давали больным раком возбудителей малярии и бактерии туберкулеза, чтобы индуцировать гипертермию и реакцию клеточного звена иммунной системы.

У данной пациентки был достигнут очень хороший результат, почти полная ремиссия опухоли.

Такая сильная реакция наблюдается не у всех пациентов, но как было сказано раньше, пациентка отличалась большой динамичностью, и реакция была тому подтверждением.

Развитие в сторону здоровья в ТРЗ



Состояние пациентки развивалось в сторону здоровья по горизонтальной линии в той же самой ткани.

У других пациентов наблюдается также развитие вверх по вертикали.

Самое главное: У нее процесс регуляции начался.



Во время острой фазы, когда пациентка после аппендэктомии еще находилась в больнице, с целью поддержки назначались препараты Traumeel и Lymphomyosot. После ее выздоровления продолжалось лечение по принципу трех столпов гомотоксикологии до конца.



Пример из области гастроэнтерологии

Случай заболевания болезнью Крона

Лескевуд



IAH
International Academy
for Hematology

© IAH 2007

Случай заболевания болезнью Крона и повышенной проницаемостью кишечника

- Пациент Т.Р. Школьник в возрасте 15 лет
- Диагноз болезни Крона был поставлен 2 года назад
- Это было время развода родителей
- Теперь он живет 6 месяцев у матери и 6 месяцев у отца
- Чувствует себя несчастным
- У него мало друзей



© IAH 2007

47

Этот подросток к сожалению заболел болезнью Крона уже в молодые годы, когда фаза роста еще не закончилась.

В таких случаях возникают серьезные социальные проблемы помимо того, что в результате приема кортизона останавливается рост.

Таким образом пациент был вдвойне несчастлив.

История болезни, продолжение

- Питался в основном неполноценной пищей
- Мать покупала ему готовые витаминные и минеральные препараты, которые он не принимал
- История детства:
 - Многократный прием антибиотиков от инфекций верхних дыхательных путей
 - Вакцинации по графику
 - Болел ветряной оспой
 - Несчастливое детство, перевод из одной школы в другую
 - Несколько раз проходил лечение от паразитов



© IAH 2007

48

Следующие факторы риска были выявлены:

1. Большое количество антибиотиков: риск дисбиоза
2. Постоянный стресс: повышенная проницаемость кишечника
3. Противокоревая вакцинация: есть сообщения о случаях, когда эта вакцинация в более поздних стадиях жизни вызвала болезнь Крона у предрасположенных людей

Пациент TP

- Клинические симптомы:
 - По-прежнему шесть раз в день водянистый, кровянистый стул несмотря на прием кортикостероидов (перорально и в виде клизмы)
 - Боль в суставах и изменения ногтей
 - Отсутствие ирита
 - Без участия желчи
 - Один случай обструкции, который лечился консервативным путем без хирургического вмешательства



© IAH 2007

49

У пациента есть еще несколько признаков заболевания в других местах, однако они вызваны неполноценным питанием и не являются внебрюшной манифестацией болезни Крона.

Тревогу вызывала обструкция, так как она имеет тенденцию рецидивировать.

Клиническое обследование

- Пациент по клиническим признакам анемичен
- Кровяное давление находится в диапазоне от низкого до нормального, однако, имеется ортостатическая гипотензия
- Живот: легкое вздутие и болезненность в правой подвздошной области
- Неровности и углубления на ногтях
- Очевидная интоксикация матрикса, сопровождаемая сильной болезненностью точки меридиана селезенки 6, печени 3, почек 2



© IAH 2007

50

Пациент проявлял признаки недостаточности питания и функциональных нарушений. Данный пациент был в большей степени ослаблен, чем больная раком в предыдущем примере.

Традиционный лабораторный анализ

- Комплексный анализ крови
 - Железодефицитная анемия Hb 10 г на децилитр
 - CRP 38
 - WCC (лейкоциты) в норме



© IAH 2007

51

Железодефицитная анемия, а также высокий показатель CRP, указывающий на наличие инфекции. Данный показатель должен быть меньше 1.

Традиционное лечение

- Кортикостероиды в объеме 30 мг перорально или в виде клизмы в тяжелых ситуациях
- Дополнительный прием сульфасалазина в объеме 600 мг два раза в день
- Была предпринята одна попытка назначения циклоспорина, которая должна была быть прекращена из-за подавления костного мозга

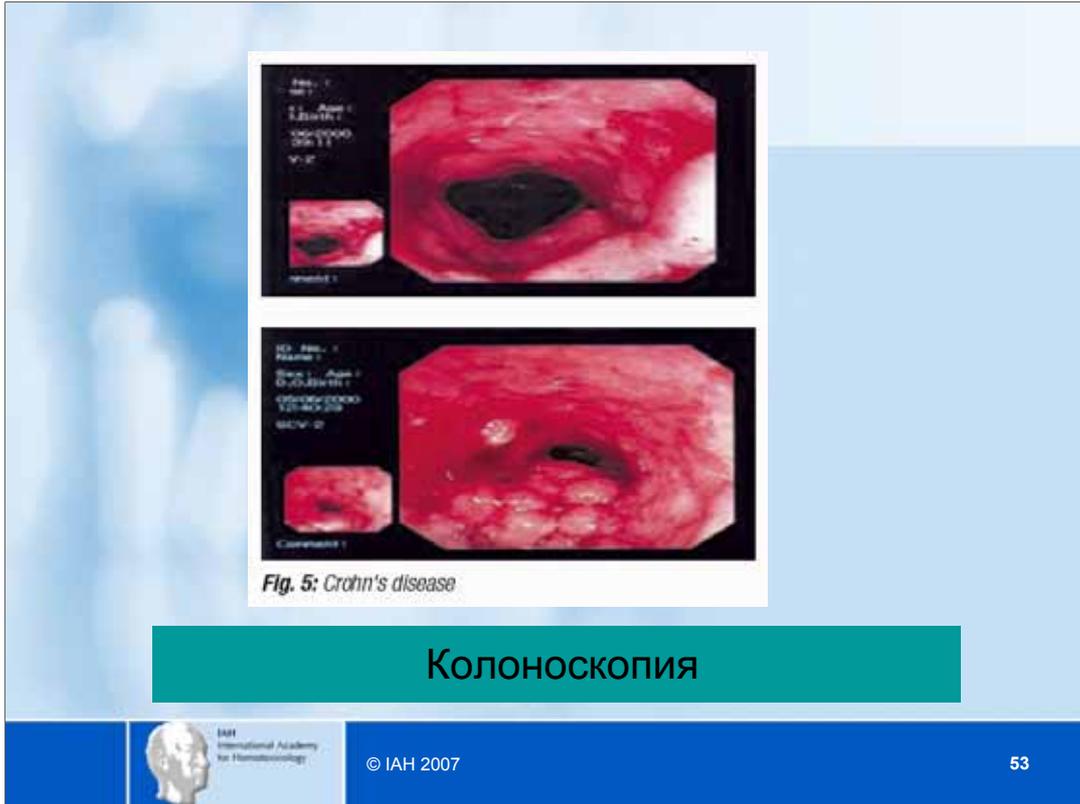


© IAH 2007

52

Несмотря на последовательное аллопатическое лечение воспалительного заболевания кишечника пациент все еще не находился в фазе ремиссии. Пероральная дача кортикостероидов в этом возрасте вызывает особую тревогу.

Пациент получал химиотерапию, которая должна была быть остановлена из-за побочных эффектов.



Колоноскопия показала напоминающие булжники проявления, типичные для болезни Крона, а также сильное воспаление тонкой кишки.



Симбиотические бактерии выполняют специфическую функцию обеспечения иммунитета. Они создают незначительную нагрузку антигенами и тем самым индуцируют ТНЗ-клетки, помимо множества других функций, в частности, к функции обеспечения здоровья слизистой. Синдром расстройства слизистой рассматривается сегодня все больше в контексте значимости в современной иммунологии.

Кроме этого, они образуют пассивный барьер и таким образом усиливают функцию барьера кишечника. Помимо этого они снабжают клетки слизистой энергией, необходимой для обеспечения герметичности плотных контактов клеток.

Patient: TYLER ROGERS ID: 17170152 Page 2

Microbiology Results

Bacteriology

	N	I	P
Beneficial Bacteria			
Lactobacillus species	1+		
Escherichia coli	4+		
Bifidobacterium		1+	
Additional Bacteria			
alpha haemolytic Streptococcus		3+	
gamma haemolytic Streptococcus		3+	
Proteus mirabilis			4+
Klebsiella oxytoca			4+
Aeromonas hydrophila			4+
Staphylococcus aureus			3+
Enterobacter intermedius		4+	
Mycology			
Candida albicans			2+

Legend: █ NO No Growth █ Normal Flora (N) █ Imbalanced Flora (I) █ Possible Pathogen (P)

Macroscopic

	Result	Reference
Color	Brown	Brown
Mucus	Negative	Negative
Occult Blood	Positive	Negative

Additional Tests

	Negative	Positive	Reference
Campylobacter specific antigen			Negative
Enterohemorrhagic Escherichia coli Shiga-like Toxin			Negative

Bacterial Dysbiosis Index

Bacterial Dysbiosis Index: 24

Optimal: 0
 Low: 1 - 4
 Moderate: 5 - 10
 High: 11 - 15
 Very High: > 15

Commentary

Lab Comments
 Specimen did not meet acceptance criteria. Test authorized by client/distributor.

DIGESTION Triglycerides constitute the major component of dietary fat and are normally broken down by pancreatic lipase into glycerol and free fatty acids. Triglycerides are within the reference range, indicating adequate fat digestion or a lack of dietary fat.

Chymotrypsin is a key pancreatic enzyme catalyzing protein digestion. Thus, the fecal level is a measure of proteolytic activity and a marker for pancreatic enzyme output as a whole. Decreased values may reflect pancreatic insufficiency, inadequate stomach acid for enzyme activation, or prolonged transit time.

Valerate and iso-butyrate are "putrefactive" short chain fatty acids, produced when anaerobic bacteria ferment

© GSDL - College of American Pathologists #31722-01 - CLIA Lic. #34D0655571 - Medicare Lic. #34-8475

International Academy for Hematology

© IAH 2007

56

Коэффициент дисбиоза оказался за пределами слайда (в правой нижней части слайда).

Пациент болел тяжелой инфекцией патогенными бактериями, такими, как протеус, клебсиелла, аэромонас и кандида.

DR	Smit		
VALUES	Personal values	Plasma limits	High,low, ✓
<i>Aspartic acid</i>	-	5 - 30	L
<i>Glutamic acid</i>	62	45 - 200	✓
<i>Serine</i>	61	80 - 200	L
<i>Asn</i>	52	35 - 135	✓
<i>Glycine</i>	291	200 - 480	✓
<i>Glutamine</i>	676	350 - 850	✓
Taurine	40	100 - 200	L
<i>Histidine</i>	73	50 - 150	✓
<i>Threonine</i>	151	80 - 250	✓
<i>Alanine</i>	276	200 - 700	✓
Arginine	45	50 - 160	L
<i>Proline</i>	123	130 - 400	L
<i>α AAB</i>	6	10 - 40	L
Tyrosine	34	50 - 120	L
<i>Valine</i>	145	180 - 480	L
<i>Methionine</i>	20	20 - 60	✓
<i>Cysteine</i>	-	10 - 90	L
<i>Isoleusine</i>	35	35 - 150	✓
<i>Leusine</i>	115	85 - 260	✓
<i>Phenylalanine</i>	37	40 - 120	L
<i>Tryptophan</i>	NT	40 - 120	
<i>ornithine</i>	NT	50 - 200	
<i>Lysine</i>	127	70 - 200	✓
<i>Total</i>	2369		
<i>% Gly /Total</i>	12	-10	H



IAH
International Academy
for Hematology

© IAH 2007

57

Ввиду серьезной дисрегуляции считалось целесообразным составить таблицу аминокислот.

Низкий уровень некоторых аминокислот свидетельствует о нагрузке на систему регуляции, в рамках которой они выполняют функцию кофакторов, «ремонтных» механизмов и антиоксидантов.



Многие пациенты, страдающие болезнью Крона, также болеют синдромом повышенной кишечной проницаемости. Даже у тех членов семьи, которые не поражены болезнью Крона, чаще наблюдается повышенная проницаемость кишечника.

Из-за широко открытой слизистой возможно проникание частиц пищи и токсинов.

Пациенты, страдающие воспалительной болезнью кишечника (ВБК) предположительно имеют ненормальный иммунный ответ в кишечнике. Вместо толерантного ответа на ТН1 они реагируют на ТН1.

Этим запускается целый каскад событий, которые более подробно описаны в лекции о заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Хронический порочный круг воспаления, разрушения ткани и нарушенных «механизмов ремонта» приводит к типичным для болезни Крона результатам.

Поэтому терапия прежде всего преследует цель восстановления оболочки кишечника и обеспечения его нормальной проницаемости.

Развитие в сторону болезни в ТРЗ

Дегенерация

Эндодерма
Мукодерма
кишечника



© IAH 2007

59

В ТРЗ мы видим заболевание в фазе дегенерации на уровне мукодермы кишечника.



Пациенты, находящиеся справа от барьера регуляции/компенсации, нуждаются в комплексном подходе, включая все три столпа и дополнительную поддерживающую терапию.

Symptomatic		
	Podophyllum compositum	10 drops every 15 minutes for 2 hours (acute), then 3x per day
	Diarrheel	1 tablet 3x per day
Regulatory		
Week 1-6		
Detoxification	Hepar compositum Solidago compositum Thyreoidea compositum	1 ampule of each 3x per week
Cellular activation	Coenzyme compositum Ubichinon compositum	1 ampule of each 3x per week
Organ support	Mucosa compositum	1 ampule of each 3x per week
Week 7-12		
Detoxification and drainage	Detox Kit	30 drops of each in water. Sip throughout the day.
Cellular activation	Glyoxal compositum	1 tablet 2x per week
Organ support	Tonsilla compositum	1 ampule 3x per week


IAH
International Academy
for Hematology
© IAH 2007
61

Два базисных препарата, а именно Podophyllum comp и Diarrheel помогают от водянистого и кровавого стула и уменьшают спазмы и кровотечение. Эти препараты могут быть назначены в дизировке для острого состояния.

В рамках трех столпов гомотоксикологии сначала проводится интенсивная поддерживающая дезинтоксикация и дренаж, а затем базисная дезинтоксикация.

Поддержка органов и иммуномодуляция проводятся с помощью препарата Mucosa compositum, а в дальнейшем и Tonsilla.

Для данного подростка препарат Tonsilla был необходимым для поддержки надпочечников после прекращения дачи кортизона.

Поддержка слизистой

- Четыре столпа поддержки слизистой
 - **Remove** – удаление всех токсических элементов
 - пища
 - гомотоксины
 - **Replace** – замещение всех необходимых элементов
 - Питательные вещества
 - ЭНЕРГИЯ (катализаторы)
 - **Repair** - восстановление
 - Mucosa compositum, функциональная пища
 - **Reinoculate** – реинокуляция полезных бактерий



© IAH 2007

62

Указанный режим лечения, обозначенный в английском языке четырьмя буквами «R», помогает восстанавливать нормальную проницаемость кишечника.

Активация иммунной системы

- Увеличить клеточно-опосредованный иммунитет СМ1 (ТН1)
Tuberculinum
Astragalus membranaceus
Colostrum
- Уменьшение ТН1
Traumeel

Кортикостероиды
Иммуносупрессоры
Сульфасалазин
- Увеличить ТН3
 - Пробиотики
 - Стероиды / стероиды
 - Препараты в микродозах
 - SLIT (подъязычная иммунотерапия)
 - Траумеел (также увеличивает ТН2)
 - Суис-органые экстракты в разведении



© IAH 2007

63

В данном случае активация иммунной системы нацелена на регуляцию в сторону уменьшения ТН1 и регуляцию в сторону увеличения ТН3 толерантности.

Достижению этой цели максимально способствует прием суис-органых препаратов, таких, как *Mucosa compositum*. Этот препарат принимается перорально, чтобы индуцировать оральную толерантность.

Remove - устранение

- Минимальная ротационная диета (отказаться от элиминационных диет)
- Антибактериальное лечение
 - Hydrastis canadensis
 - Artemisia
 - Juglans
 - Чеснок



© IAH 2007

64

С целью ликвидации патогенных бактерий применялся режим лечения естественными антибиотиками. При этом следует учитывать, что растительные антибиотики в долгосрочном плане могут быть токсическими. Поэтому их следует применять не более трех недель подряд.

Replace - замещение

- Аминокислоты, в частности, глутамин
- Функциональная пища содержит всё
- Инулин (FOS - фруктоолигосахарид)
- Витамины и минералы



© IAH 2007

65

Снабжение питательными веществами особенно важно.

Аминокислота глутамин является одним из главных источников питания клеток слизистой и поэтому он крайне важен.

Reinoculate - реинокуляция

- Пробиотики
 - Живые штаммы
 - Соблюдение цепи охлаждения
 - DDS, раземосус, бифидус
 - Булгарикус не обладает иммуномодулирующими свойствами



© IAH 2007

66

Пробиотики нужны в живом виде, так как нам нужны продукты их метаболизма. Некоторые штаммы отличаются большей иммунной активностью. (см. лекцию о заболеваниях желудочно-кишечного тракта)

Течение болезни

- В течение 12 недель пациента отучали от перорального приема кортикостероидов в рамках процесса регуляции
- После фазы устранения гомотоксинов самочувствие существенно улучшалось
- Настроение поднималось
- После прекращения приема кортизона у пациента развивалась обыкновенная простуда с ларингитом (ему назначали Phosphor-Homaccord и Naso-Heel)
- Количество дефекации сократилось до двух водянистых стулов в день, не содержащих крови
- Один рецидив во время сильного стресса



© IAH 2007

67

У данного пациента регуляция проходила на уровне ородермы с переходом в фазу острого воспаления. Однако, одного такого эпизода вряд ли достаточно, чтобы удержать пациента слева от барьера регуляции/компенсации. Лечение должно продолжаться до тех пор, пока частота появления таких острых проявлений регуляции не уменьшится значительно.

Течение болезни

- Через 12 недель проводился еще один курс регуляции
- Дача сульфасалазина была уменьшена до 200 мг два раза в день
- Затем пациент переехал в Лондон. Контакт с ним прервался, но мать сообщила по электронной почте, что он продолжает чувствовать себя хорошо.
- Я направил его к коллеге в Англии



© IAH 2007

68

Иногда, когда пациент находится справа от барьера регуляции/компенсации, возможно лишь уменьшение дозы подавляющих лекарств.

Если пациент еще молодой и если схема лечения учитывает все сопутствующие симптомы, может быть достигнута нормализация до полного выздоровления.

Поэтому в таких случаях стоит продолжать лечение, даже если оно проводится не постоянно, до полной ремиссии.

В данном примере достижению этой цели способствовали прекращение дачи кортизона и снабжение необходимыми кофакторами регуляции (аминокислотами, витаминами и т.д.), а также санация кишечника.

По достижении определенной стадии организм начинает сам выполнять процесс регуляции.

Цель заключается в том, чтобы тренировать систему периодически переходить через барьер регуляции/компенсации, пока она не будет в состоянии делать это без внешнего воздействия.

Развитие в сторону здоровья в ТРЗ



В ТРЗ мы видим заболевание в фазе дегенерации на уровне мукодермы кишечника.



У пациента уже шел процесс экскреция, а ларингит был слабым.
В данной стадии требовалось только поддерживающее лечение.
После этого эпизода можно было вернуться к терапии в соответствии с
тремя столпами гомотоксикологии.