

<http://mbiomorph67.ru/N-88-html/cont.htm>
<http://mbiomorph67.ru/N-88-html/TITL-88.htm>
<http://mbiomorph67.ru/>

<http://sgma.alpha-design.ru/MMORPH/N-88-html/cont.htm>
<http://sgma.alpha-design.ru/MMORPH/N-88-html/TITL-88.htm>
<http://sgma.alpha-design.ru/MMORPH/TITL.HTM>

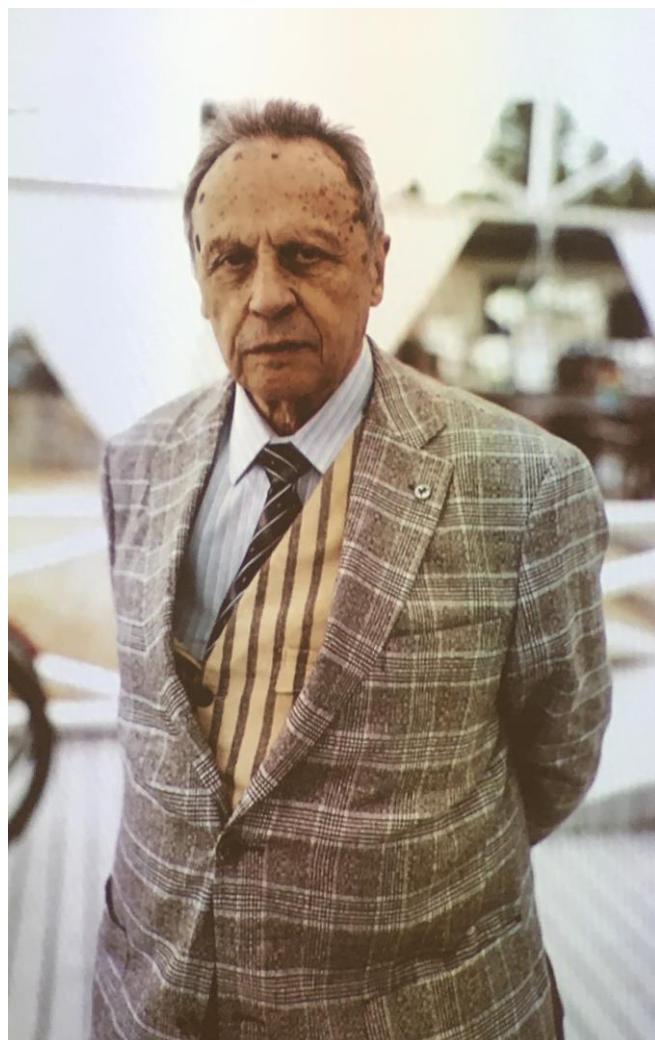
ФЕНОМЕН ОРБЕЛИ-ГИНЕЦИНСКОГО: ФИЗИОЛОГИЯ – КЛИНИКЕ (ОЧЕРКИ ВЕГЕТОКОРРЕКЦИИ)

**ШАЦИЛЛО
Олег Игоревич**

Шацилло О. И. Феномен Орбели-Гинецинского: физиология – клинике (Очерки вегетокоррекции). – Смоленск: Математическая морфология, СГМУ, СООО САУ, 2025. – 124 с. – URL:

**г. Санкт-Петербург
2025**

**Светлой памяти близкого друга, настоящего ученого и учителя,
заслуженного врача Российской Федерации,
доктора медицинских наук профессора
Бориса Михайловича АРИЭЛЯ
Посвящается**



**Ариэль Борис Михайлович
(11.11.1937-13.09.2025)**

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловия к первому и второму изданиям	3
Резюме	9
ВВЕДЕНИЕ	11
Схема вегетативной нервной системы	17
1. Неврологическая патология	18
Общее представление. Дисциркуляторная энцефалопатия. Диэнцефальный синдром. Невралгия тройничного нерва. Остеохондроз позвоночника с неврологическими проявлениями. Невроз. Астения. Состояние после стресса. Метеозависимость. Головные боли. Мигрень. Расстройства сна.	
2. Сердечно-сосудистая патология	41
Гипертоническая болезнь. Инфаркт миокарда. Аритмия. Трансплантация сердца.	
3. Гинекологическая патология	52
Альгодисменорея. Хроническая воспалительная патология женского полового тракта. Дисменорея с развивающейся анемией. Ранний климакс. Гипогалактия. Бесплодие. Фибромиома матки.	
4. Заболевания бронхолегочной системы	61
Бронхиальная астма. Хронический бронхит.	
5. Кожные заболевания	64
Псориаз. Нейродермит.	
6. Болезни обмена веществ	66
Подагра. Гиперхолестеринемия.	
7. Заболевания детского возраста	69
Минимальная мозговая дисфункция. Бронхо-обструктивный синдром. «Порок развития позвоночника». Аутизм.	
8. Опыт лечения больных пожилого и старческого возраста	75
Стенокардия. Синдром раздражённого кишечника.	
9. Разное	77
Цирроз печени. Нейросенсорная тугоухость. Острый пиелонефрит. Туберкулез легких. Иммунопатия. Болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилоартрит). Болезнь (синдром) Хортона. Глаукома. Перелом пятой кости. Укачивание в транспорте. Запой (диссомания).	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	93
ЭПИЛОГ. ДЕСЯТЬ ЛЕТ СПУСТЯ	97
Основная литература	119

ПРЕДИСЛОВИЕ к первому изданию (2015)

«Медицина родилась из потребности помочь страдающему человеку. В этой задаче, поставленной жизнью, заключены уже с самого начала ... все положительные и отрицательные свойства ее как науки, как искусства, отличающие ее от прочих научных дисциплин... И это вне зависимости от того, какими методами исследования, какими методами терапии располагает в данный момент медицина» (Плетнев Д. Д., 1989).

Эти слова невольно приходят на ум, когда знакомишься с книгой «К выздоровлению неисповедимыми путями». Слова эти – слова замечательного российского клинициста, позволяют понять, из чего исходил автор книги, разрабатывая новый метод лечения путем воздействия на вегетативную нервную систему, названный вегетокоррекцией, и упорно совершенствуя его из года в год на протяжении более 30 лет, по крупицам собранный и описанный ранее в виде отдельных сообщений, здесь же впервые обобщаемый.

Обращают на себя внимание два важнейших момента. Прежде всего, это клинические данные, представленные так, как они видятся внимательным врачом, ставящим на передний план субъективные ощущения больного. Ради вящей правдивости ощущения эти зачастую передаются даже собственными словами больного. Попутно затрагивается много фундаментальных физиологических и патофизиологических вопросов, касающихся механизма лечебного действия вегетокоррекции.

Уже и само название этой хирургической операции наводит на мысль, что акцент ставится на вегетативной нервной системе. Сделано это намеренно. Скорее всего, именно в индивидуализированных реакциях вегетативной нервной системы следует усматривать хотя бы один из тех неисповедимых путей, какими следует исцеление больных после вегетокоррекции.

Интерес вызывает, прежде всего, то, что это излечение достижимо довольно незамысловатым образом, когда не требуется ни специального дорогостоящего оборудования, ни сложного лекарственного обеспечения. Это несовместимо, казалось бы, с тяжестью клинической картины, во многих случаях требующей неотложного вмешательства. Тем не менее, эффективность вегетокоррекции налицо. С этим трудно спорить, знакомясь с подробностями клиники до и после вегетокоррекции и становясь как бы

свидетелем второго рождения больных с запущенной хронической патологией.

Таких больных, лечение которых ставило в тупик даже опытных профессионалов, было немало среди порядка 1000 клинических наблюдений, принадлежащих О. И. Шацилло. В этих ситуациях именно вегетокоррекция оказалась тем последним доводом (*ultima ratio*), который позволял найти выход из тупика. Удивительно ли посему, что при возможности выбора больной останавливается именно на ней, а вовсе не на многих иных предлагаемых ему терапевтических процедурах?

Солидная медицинская подоплека вегетокоррекции – это та методология, в соответствии с которой «основной задачей врача является не столько воздействие на уже имеющиеся анатомические дефекты, сколько восстановление в достижимых пределах функции поврежденного органа и, что наиболее важно, функциональных корреляций органов в целостном организме. Врачу необходимо руководствоваться при этом не какими-либо априорно выбранными показателями, а, прежде всего, клинической картиной и конкретной индивидуальной реакцией каждого больного на определенное лечебное мероприятие» (Плетнев Д.Д., 1989).

В таком дискурсе лечебный эффект вегетокоррекции надежно обретает свое рациональное толкование. И в самом деле, вегетокоррекция – это как раз та лечебная процедура, благодаря которой восстанавливаются не только функции поврежденного органа как *sedes morbi* (локализация болезни), но и функциональные корреляции во всем организме.

Живые клинические примеры, которыми изобилует изложение, делают позиции автора неуязвимыми со всех сторон и во всех отношениях. Именно многочисленные истории болезни, или «скорбные листы», как их гораздо точнее и эмоциональнее называли в далекие годы наши предшественники, позволяют объективно оценить эффективность вегетокоррекции, ибо «изложение при помощи живых примеров всего лучше достигает цели» (В.Ф.Войно-Ясенецкий).

При том обилии клинических наблюдений, которые находятся в распоряжении автора, всегда есть опасность переборщить, перенасытить иллюстративную часть книги изобилием «объективных» фактических данных, под маской которых скроются лица больных – главных действующих лиц в истории болезни. В книге «К выздоровлению неисповедимыми путями» удалось избежать этого. В ней число таких «объективных» данных сведено к минимуму и не выходит за пределы необходимого и достаточного.

Книга, написанная О. И. Шацилло, разительно отличается не только своим содержанием, как уже сказано, но и формой, о чем хотелось бы добавить несколько слов. Это клинические очерки в собственном смысле слова, а отнюдь не традиционно задуманный медицинский трактат с его многочисленными литературными ссылками, убедительными силлогизмами,

статистическими выкладками, большим количеством таблиц, графиков и т.п. иллюстративного материала.

Жанр «очерков» подходит к передаче наблюдений автора лучше всего, и выбор его не кажется ни произвольным, ни надуманным. Прецедентом служат, к примеру, «Очерки гнойной хирургии» В. Ф. Войно-Ясенецкого, написанные в том же жанре. В этой замечательной книге превалируют подробные клинические разборы. Именно они призваны сыграть главную роль в решении сиюминутных вопросов, волнующих и больного, и самого врача, а отнюдь не обсуждение фундаментальных проблем медицины, в число которых входит гнойное воспаление как таковое со всеми нюансами его этиологии и патогенеза. Неудивительно, что «Очерки» В. Ф. Войно-Ясенецкого начинаются не со строгой академической преамбулы, а с «трагического», по словам автора, очерка о болезни семилетнего мальчика, умершего от тяжелой флегмоны покровов черепа с гнойным менингитом.

Перелистывая книгу О. И. Шацилло, на каждом шагу убеждаешься в том, что у лечебной медицины нет границ ни вглубь, ни вширь. Факты успешного лечения многих недугов различной природы, здесь описанные, говорят сами за себя. Доверия заслуживают и патогенетические схемы с их вовлечением вегетативной нервной системы. Автор далек от того, чтобы привносить в клинику какие-то закономерности, заимствованные извне, но старается отыскать их в ней самой и вывести их из нее.

В наши скоротечные дни книги живут недолго. Даже если это заслуживающие доверия дельные и полезные книги, как книга «К выздоровлению неисповедимыми путями», о которой идет речь. Хочется верить в то, что написана она не напрасно. Она больше нужна здесь и теперь, чем на скрижалях истории, где на нее нет-нет да и бросит беглый взгляд какой-нибудь дотошный историк медицины.

Заслуженный врач Российской Федерации,
доктор медицинских наук профессор Б. М. Ариэль

ПРЕДИСЛОВИЕ
ко второму изданию (наброски)
2025

“*Habent sua fata libelli*” (лат. «Книги имеют свою судьбу») – можно было услышать в стародавние времена. Тогда латынь не совсем еще вышла из моды и можно было без зазрения совести потолковать о *Ювенале*, не чураться эпиграфов и не находить ничего предосудительного в том, чтобы поставить *vale* в конце своего письма. Как видно, определенная судьба уготована и книге «К выздоровлению неисповедимыми путями», второе, существенно дополненное издание

которой перед нами. Теперь название более определенное, привлекающее специалистов – «Феномен Орбели-Гинецинского: физиология – клинике (очерки вегетокоррекции)».

«Медицина – королева наук. И не только потому, что жизнь, о которой она заботится, столь прелестна и столь дорога людям (ведь бывают и такие люди, которые предпочитают своему здоровью совсем иные предметы), медицина – королева потому, что предмет ее забот – здоровье человека, а оное есть условие, без коего в мире не может свершиться ничего великого, ничего доброго; и потому, что жизнь, как таковая, есть источник, цель и смысл всего на свете; и, наконец, потому, что жизнь, которую изучает медицина, является содержанием всех других наук, ибо все они суть лишь атрибуты, эманации и отражения жизни... Медицина – самая трудная из наук. Не только вследствие бесконечного множества болезней, и не потому, что ей потребно множество других вспомогательных наук, но главным образом потому, что никакие элементы ни одной из ее проблем не могут быть точно рассчитаны, но всегда устанавливаются и расцениваются приближенно. И на это способен лишь гений, врач, кему помогает то, что я называю чутьем опыта и что есть одно из самых утонченных свойств, которые могут быть присущи людям» («святой доктор» Ф. П. Гааз).

Победа какого-нибудь научного взгляда не доказывает его истинности. Нередко видно обратное. Сложным кружным путем развивается научная истина и далеко не всё научное мировоззрение служит её выражением. Благодаря этому создается своеобразное положение, которое составляет красоту и силу научной работы и придает ей высшее выражение индивидуальности. Научные истины являются бесспорными, неизбежными и обязательными для всех и каждого. Но, то научное мировоззрение, в которые входят как эти истины, так и те научные построения, которые более или менее полно представляют науку данного времени, отнюдь не являются бесспорными.

Вся история науки на каждом шагу показывает, что отдельные личности были более правы в своих утверждениях, чем целые корпорации ученых или сотни и тысячи исследователей, придерживавшихся господствовавших взглядов. Многие научные истины, входящие в состав современного научного мировоззрения, проповедовались в прежние века отдельными исследователями, находившимися в конфликте с современным им научным мировоззрением. Излагая историю современного нам научного мировоззрения, мы неизбежно должны касаться мыслей, идей и работ именно этих научных работников, стоявших в стороне.

Научное мировоззрение изменяется с течением времени – оно не есть что-то неизменное. Только часть господствующих в данное время идей может и должна перейти в научное мировоззрение будущего. Другая его часть будет создана ходом времени, и элементы этой другой части вырабатываются отдельными лицами или группами, стоящими в стороне от господствующего мировоззрения.

Истина в большем объеме нередко открыта этим научным еретикам, чем ортодоксальным представителям научной мысли. Не все группы и лица, стоящие в стороне от научного мировоззрения, обладают этим великим прозрением будущего человеческой мысли, а лишь некоторые, немногие. Но настоящие люди с максимальным для данного времени истинным научным мировоззрением всегда находятся среди них, среди групп и лиц, стоящих в стороне, среди научных еретиков, а не среди представителей наиболее господствующего научного мировоззрения. Отличить их от заблуждающихся не суждено современникам.

Несомненно, и в наше время истинное наиболее правильное и глубокое научное мировоззрение кроется среди каких-нибудь одиноких ученых или небольших групп исследователей, мнения которых не обращают нашего внимания или возбуждают неудовольствие или даже отрицание.

Для того чтобы доказательство истины было понято современниками, нужна долгая работа и совпадение нередко совершенно исключительных благоприятных условий. Даже истины математики проникают иногда с трудом.

Мы постоянно видим, что много раз совершается одно и то же открытие, что оно подвергается оценке и воспринимается только после того, как несколько раз бывало отвергаемо как негодное и неправильное.

В цепочку таких бурных событий на какое-то время поставлена и вегетокоррекция. Хочется пожелать, чтобы она поскорее заняла достойное место и в научных изысканиях, и в широкой лечебной практике для облегчения состояния тех, кто в ней остро нуждается.

Заслуженный врач Российской Федерации,
доктор медицинских наук профессор Б. М. Ариэль

РЕЗЮМЕ

Приведенные ранее сведения дополнены эпилогом, где представлены результаты и особенности лечения пациентов, наблюдавшихся последние 10 лет после выхода в свет первого издания книги, а также организационные моменты проделанной работы. Приводятся истории болезни, представляющие клинический интерес. С медицинской точки зрения полученные данные убедительно свидетельствуют, что вегетокоррекция – в сущности, несложная процедура, является высокоэффективной как в лечебном, так и в реабилитационно-профилактическом отношении. Теоретически ещё раз подтверждены представления Л.А.Орбели и А.Г.Гинецинского о высокой биологической активности естественных защитных реакций организма в различных патологических условиях, оказывающих в самый ответственный момент заблокированными. Вегетокоррекция высвобождает эти реакции, что позволяет использовать её и как самостоятельный метод лечения, и в комбинации с другими реабилитационно-профилактическими мерами в первую очередь при широко распространенной патологии – сердечно-сосудистой, неврологической и др. Представленные результаты – итог независимого исследования, выполненного по личной инициативе автора.

Санкт-Петербург,
2025

THE INSCRUTABLE WAYS OF RECUPERATION (notes on vegetocorrection)

Shatcillo O.I.

Summary

A new method of complex treatment is described here. This method is called vegetocorrection and is confined in impacting the autonomic nervous system. The results of such treatment and also a rehabilitation/prevention procedure are analyzed on the basis of over 1000 clinical cases, which are illustrated by extracts from hospital charts of more than 50 patients. The physiological mechanism of the therapeutic action of vegetocorrection is minutiously considered. This has allowed to evaluate from a new aspect the wide varieties of natural protective reactions of the human body, that are being activated relatively soon due to vegetocorrection.

Saint Petersburg,
2015

VOIES MYSTÉRIEUSES À LA RÉTABLISSEMENT (les études de vegetocorrection)

Shatcillo O.I.

Résumé

Une nouvelle méthode pour le traitement est décrite ici. Cette méthode est appelée vegetocorrection et se compose à l'impact sur le système nerveux autonomic. Les résultats de cette voie de traitement et aussi une procédure préventive de la réhabilitation est analysée sur la base de plus de 1000 cas cliniques, qui sont illustrés par les extraits des histoires médicales de plus de 50 patients. Le mécanisme physiologique de l'action thérapeutique de vegetocorrection est scrupuleusement considéré. Cela a permis d'estimer dans un nouvel aspect les grandes possibilités des réactions naturelles protectrices de l'organisme relativement vite activées à vegetocorrection.

Saint-Pétersbourg,
2015

UNERGRÜNDLICHE WEGE DER GENESUNG (Skizzen zur Vegetokorrektion)

Shatcillo O.I.

Zusammenfassung

Eine neue Methode der Behandlung wird hier beschrieben. Diese Methode heißt Vegetokorrektion und besteht in der Aktivierung des autonomen Nervensystems. Die Ergebnisse dieser Behandlung, so wie auch eines Rehabilitationverfahrens wurden auf Grundlage von mehr als 1000 klinischen Fällen analysiert, welche mittels Auszügen von mehr als 50 Krankenakten illustriert worden sind. Der physiologische Mechanismus dieser Therapie wird detailliert betrachtet. Dieses erlaubt das breite Spektrum der natürlichen Schutzmechanismen des menschlichen Körpers, welche sich erstaunlich schnell aktivieren lassen, zu bewerten.

Sankt Petersburg,
2015

ВВЕДЕНИЕ

У каждого врача, оценивающего по достоинству свой труд, есть заветная «галерея наблюдений» – предмет его профессиональной гордости. У кого-то это случаи успешной диагностики, а то и поднятые на ноги после умелого лечения «бесперспективные» больные. Иной же гордится удачно проведённой операцией, да к тому же и не одной... Доступ в такую галерею открывается временем, утверждающим абсолютную уверенность в том, что избранный путь оказался верным.

Лечение – это сложный, многокомпонентный процесс, который, раз начавшись, продолжается непрерывно. Не приходится специально останавливаться на том, что лечение существовало всегда, будучи одной из жизненных потребностей человека. Сегодня лечебные методики разрабатываются и совершенствуются в крупных научно-исследовательских институтах и в небольших лабораториях коллективами учёных, а порою просто специалистами-одиночками.

Мы расскажем о результатах применения метода лечения, появившегося стихийно, организационно сравнительно простого, но зачастую дающего поразительный эффект, удивляющий и врача, и самого больного, нередко обладающего солидным опытом традиционного лечения. Речь идёт о вмешательстве, которое нормализует (не повышает или понижает, а именно – нормализует) деятельность защитных механизмов организма и в итоге ведёт к выздоровлению.

Необходимость представить на суд медицинской общественности результаты этой работы возникла, прежде всего, из-за того, что наше лечение, безусловно, востребовано испытавшими его на себе. С другой стороны, хотелось бы привлечь к нему внимание врачей. Накопленный опыт демонстрирует скрытые резервы нашего организма. Он говорит как бы сам за себя, свидетельствуя о том, что методом могут успешно пользоваться кардиологи, неврологи, гинекологи и специалисты других профилей, список которых легко продолжить. Говоря словами Ж.Ж.Руссо, наша задача – «сказать правду, а не заставить верить в неё». Речь идёт о ярких клинических примерах. Их число могло бы быть гораздо больше, но в таком случае возникла бы реальная опасность для приемлемого объёма излагаемых материалов. Пришлось пожертвовать рядом важных наблюдений, не столь ярких по сравнению с другими, имея в виду то, что по законам диалектики количество всегда переходит в качество, но порою в качество, не во всех отношениях удовлетворительное. Бессспорно, прав Р. Лериш, считавший, что «клиника ничего не выигрывает, если она будет игнорировать факты и преклоняться перед цифрами».

Эта работа адресована не маститым специалистам, у которых нет времени, да, пожалуй, и желания переосмысливать выходящее за рамки их устоявшихся профессиональных представлений и интересов. Тут не место обижаться на то, что «шоры науки» обедняют их кругозор.

Мы адресуем эту работу тем, для кого отнюдь не пустой звук хрестоматийные слова В. Шекспира –

*Есть многое на свете, друг Горацио,
Что и не снилось нашим мудрецам.*

*There are more things in heaven and earth, Horatio,
Than are dreamt of in your philosophy.*

Hamlet (1.5)

А это в первую очередь молодые врачи, вступающие на путь самостоятельной работы, готовые к творческому поиску, к приобретению новых знаний и профессиональному росту изо дня в день. Их положение, надо сказать, не из завидных: наличие теоретических знаний и почти полное отсутствие практического опыта, неумение сравнивать и сопоставлять. Мы понимаем это и стараемся учсть в изложении наших материалов.

Возможно, эта работа привлечёт внимание и проницательного обывателя, не обременённого медицинскими знаниями, но интересующегося или по жизненному опыту знакомого с болезнями. Поэтому мы будем пользоваться специальными медицинскими терминами в минимальном объёме; при необходимости их значение можно уточнить в словарях Интернета.

Наш собственный немалый клинический опыт позволяет окинуть пройденный профессиональный путь аналитическим взглядом. Этот опыт складывался в то время, когда медицина, не будучи признанной ни в качестве науки, ни в качестве искусства, мало-помалу стала превращаться в откровенный бизнес и, даже более того, в бизнес в худшем понимании этого слова. Вместе с тем, развитие самой медицины, а отечественной в особенности, всегда шло безостановочно более или менее быстрым шагом, как будто не замечая того, какие общественные взгляды складывались и превалировали в тот или иной отрезок времени. В истории развития анатомии, диагностики и самого лечебного процесса можно почерпнуть немало тому примеров. Большое значение в этом развитии принадлежит энтузиазму великих врачей с их нестандартным мышлением, упорным бескорыстным трудом, умением до конца отстаивать свою точку зрения и добиваться ощутимых результатов. Такой *modus vivendi* (образ жизни) основывался, очевидно, на верности клятве Гиппократа, претерпевшей несущественные изменения на протяжении тысячелетий, а в нашей стране знакомой как присяга врача Советского Союза (1971), клятва российского врача (1994), и, наконец, – как клятва врача России (1999).

«Неизвестного и неожиданного в человеке гораздо больше, чем гарантированного», – писал известный биохимик академик Ю.А.Овчинников.

С этим нельзя не согласиться. Телевидение показывает, как на глазах всего мира развивается ишемический инсульт мозга у премьер-министра Японии, или как страдает от тяжелого токсикоза беременности герцогиня Кембриджская, или как падают в обморок соратники президента Украины... Вот и Эльдар Рязанов недавно вышел из реанимации, куда попал после очередного приступа дисциркуляторной энцефалопатии, развившейся у него далеко не накануне. Сегодня не стало Батырхана Шухенова... Значит, при всём внимании медицинская служба не в состоянии помочь таким персонам. Что же говорить о простых смертных, о тех, кто не «у всех на виду»?

При всём различии приведённых примеров в них легко найти нечто общее – это то, что позволяет нормализовать состояние таких пациентов. В организме каждого из нас существует сложнейший комплекс защитных механизмов, сдерживающий начало и последующее развитие болезни вплоть до определённого момента. Это должно быть известно всем. Гораздо менее известно то, что вполне надёжные, казалось бы, защитные механизмы вдруг оказываются несостоятельными и начинают функционировать в известной мере ненормально, что служит причиной ещё одной, новой болезни. С другой стороны, в клинической практике наблюдаются случаи, когда нормализация функции защитных механизмов, как самопроизвольно, так и в результате применения того или иного терапевтического метода, почти молниеносно ослабляет симптомы болезни или даже приводит к их исчезновению, то есть к полному выздоровлению.

Вегетокоррекция – такое название закрепилось за методом лечения, о результатах применения которого пойдёт речь, никогда не входила в планы научных разработок, не являлась фрагментом диссертационных исследований и т.п. Административной поддержки на разработку она не получила и по сию пору продолжает «оставаться в народе». Первоначально вегетокоррекция использовалась в клинической практике довольно редко, проще сказать от случая к случаю, по мере «поступления заявок» от родных, друзей и знакомых. Это позволило сосредоточиться на обдумывании показаний к ней, наблюдать всю динамику излечения и формировать представление о механизмах её действия. Позднее заработало «сарафанное радио» – стали обращаться за помощью малознакомые люди, желавшие излечиться так или иначе.

Легко видеть, что вегетокоррекция вышла из классической новокаиновой блокады по А.В.Вишневскому – этого хорошо известного действенного метода помочи при необходимости быстро купировать боль. Вскоре выяснилось, что этот метод не просто новокаиновая блокада, а нечто иное и тогда возник вопрос – как её назвать? Ведь есть много патологических состояний, которые лечили и будут лечить новокаиновыми блокадами. Но при таких состояниях, как дисциркуляторная энцефалопатия и дизэнцефальный синдром, патологический климакс и альгодисменорея, инсульт мозга и метеозависимость, псориаз и подагра, пиелонефрит и болезнь Бехтерева, прерывание запоя и реабилитация инфаркта, а также в

целом ряде других случаев никто новокаиновыми блокадами, а тем более – разовыми, не пользуется. А если и пользовался, никому это не известно по понятной причине – нужного эффекта не было получено.

К тому же ещё один, уже чисто технический вопрос – что и где надо «блокировать» новокаином? Поскольку от применения самого новокаина те лечебные эффекты, которые мы так отчётливо наблюдали, неизвестны, значит, скорее всего, включаются собственные защитные механизмы организма человека, активизируются его компенсаторно-приспособительные реакции, находящиеся под контролем вегетативного отдела нервной системы. Это и влечёт за собой в одних случаях существенное облегчение страдания, в других полное выздоровление.

Помнится, в момент размышлений о подходящем названии попался на глаза трёхтомный «Энциклопедический словарь медицинских терминов» (1982-84). В нём удалось найти термины, характеризующие наиболее существенные моменты выполняемой процедуры – как главный её итог, так и саму технику выполнения, а также ощущения оператора и больного. В конце концов получилось слишком сложно – адаптиогенезическая транскориумальная афасцикуляция. Это название означает следующее: адаптиогенез – процесс возникновения адаптации, *corium* (лат.) – кожа (транскориумальная – чрезкожная, путём прокола кожи), *a fasciculus* (лат.) – пучок (приставка *a-* обозначает отрицание, другими словами – пресечение каких-то пучков, соединительнотканых струн, что ощущается при выполнении процедуры и оператором, и пациентом).

Под таким названием в 2001 году впервые и были представлены сведения о лечебных эффектах адаптиогенезической транскориумальной афасцикуляции – в материалах V Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении» (СПб, ВМА, 26-27 апреля 2001) и Всероссийской научно-практической конференции «Современные возможности эффективной профилактики и лечения артериальной гипертонии» (Москва, 5-6 июня 2001).

Громоздкое название процедуры было малопонятно не только пациентам, но и специалистам-медикам; иногда оно вызывало даже насмешки. Хотелось чего-нибудь попроще и попонятнее. Как это часто бывает, помог случай. В конце 2005 года на консультацию и лечение к нам попадает пациентка – профессор-филолог, на себе ощущившая эффективность нашей лечебной процедуры. Обсуждая достигнутые результаты, она спросила: «А как называется этот ваш метод лечения?» Услышав в ответ «адаптиогенезическая транскориумальная афасцикуляция», возразила: «Это очень сложно и непонятно. В соответствии с достигаемыми эффектами можно называть эту процедуру гораздо проще – вегетокоррекция». Это показалось нам весьма удачным, и предложение было принято. Но всё же первое название процедуры сделало своё дело – оно привлекло к ней внимание.

Заслуживает предварительного освещения ещё один вопрос: почему изначально новокаиновая блокада стала с успехом применяться у тех пациентов, у которых к ней не было абсолютно никаких показаний? Нельзя не сознаться, что здесь всё получилось непроизвольно, с одним лишь желанием помочь в тех случаях, когда предыдущее лечение не давало ощутимого эффекта. Дело в том, что у пациентов с болевыми синдромами часто выражена вегетативная симптоматика, которая купируется одновременно с болью. Точно такие же вегетативные симптомы наблюдаются при болезненных состояниях различной природы. Тут и возникла идея вступить в единоборство не с самой болезнью, а с вегетативными расстройствами. Таким образом ознаменовалось «вторжение» будущей вегетокоррекции в различные разделы медицины, что лишний раз подтверждает аксиому: учение о вегетативной нервной системе – вегетология является междисциплинарной медицинской наукой.

Поскольку вегетокоррекция вот уже более трёх десятилетий выполняется исключительно в порядке личной инициативы (естественно, при обязательном согласии пациента), контроля результатов лечения рентгенологическими, лабораторными и другими методами, как правило, не было. Это связано с тем, что оценка эффективности вегетокоррекции проводится непосредственно на основании клинических данных. А дополнительные исследования и анализы при уже достигнутом клиническом благополучии – не совсем оправданная траты времени, обременительная для больного. Очевидно, здесь речь идёт о субъективном моменте. При научном объективном анализе и обобщении результатов такой подход сегодня недопустим. Вместе с тем, отдаленные результаты вегетокоррекции легко прослеживаются. Доля повторных обращений пациентов к вегетокоррекции за последние 15 лет составляет 30% (353 из 1195 человек), причём обратившиеся повторно перенесли процедуру от 2 до 33 (!) раз. И это с учётом того, что имеются объективные трудности для повторного обращения: перенесшие вегетокоррекцию рассредоточены в основном на площади между Екатеринбургом и Ригой с одной стороны, Стокгольмом и Парижем – с другой.

Что же представляет собой вегетокоррекция в техническом плане? Для пациента – это несколько уколов новокаина вдоль позвоночника, на которые уходит 15-20 минут. Для оператора – это ответственная процедура, которая должна привести к желаемому лечебному эффекту, при этом не навредив здоровью в соответствии с известным принципом *noli noscere* (не навреди). В описании к патенту №2182019 РФ (МКИ³ 7 А 61 М 5/142) техника одного из фрагментов манипуляции представлена так. «В положении больного на животе при максимальном расслаблении мышц и ориентации на постоянные костные ориентиры определяется уровень задней дуги первого шейного позвонка... Затем по средней и обеим паравертебральным линиям через проколы кожи поочередно к задней дуге атланта подводят кончик иглы

шприца, заполненного 0,5% раствором новокаина, которым инфильтрируют (взрывают) мягкие ткани. На процедуру расходуется 30-40 мл раствора».

При этом замечено, что получаемые эффекты не связаны с новокаином. Аналогичные результаты достигаются при использовании раствора лидокаина и даже обычного физиологического раствора (при непереносимости новокаина и отсутствии лидокаина). Следует ещё раз подчеркнуть – больше никакие лекарственные препараты не используются.

Позднее, при накоплении опыта выяснилось, что эффект лечения нарастает волнообразно в среднем на протяжении 4-6 недель. Поэтому проводить курсовое лечение до 3 процедур с промежутком между ними по 7-10 дней, как заявлено в описании методики к патенту, мы отказались. Нередко приходится сдерживать больных, которые, почувствовав долгожданное облегчение, вскоре начинают настаивать на повторной процедуре. В настояще время уменьшена и доза анестезирующего раствора – сейчас она составляет 15-20, реже – 30 мл, что свело «медикаментозную нагрузку» к минимуму и сделало лечение ещё более физиологичным (экологичным). Изменилась и поза пациента – уже давно лечение проводится в положении «сидя за столом», лёжа – в исключительных случаях. Эти и другие изменения были внесены в технику вегетокоррекции в порядке её постоянного совершенствования и оптимизации.

Конечно, выше приведено только общее техническое описание лечебной процедуры, всё необходимое для выполнения которой можно найти даже в обычном привокзальном аптечном киоске. На деле же следует учитывать ряд объективных факторов, таких как возраст, степень тяжести болезненного состояния, индивидуальные анатомические особенности пациента, реакции нервной системы на наше вмешательство и т.д.

Возрастной диапазон перенесших вегетокоррекцию составил от 8 до 95 лет, и при этом мы не отметили ни осложнений, ни неблагоприятных последствий лечения.

Восстановительный период после вегетокоррекции протекает своеобразно, с яркими индивидуальными особенностями и зависит от исходного состояния. Здесь уместно сказать, что каждый человек не только болеет по-своему, но и по-своему выздоравливает.

Переходим к описанию использования вегетокоррекции в различных ситуациях, охватывающих около двух десятков медицинских специальностей. Мы рассчитываем привлечь внимание и вызвать интерес к проблеме в первую очередь тех читателей, которые пока не обладают соответствующим опытом, и тех, кто, наоборот, имеет его в избытке.

«*Feci quod potui, faciant meliora potentes*» – «Я сделал всё, что мог, кто может, пусть сделает лучше» (лат.).

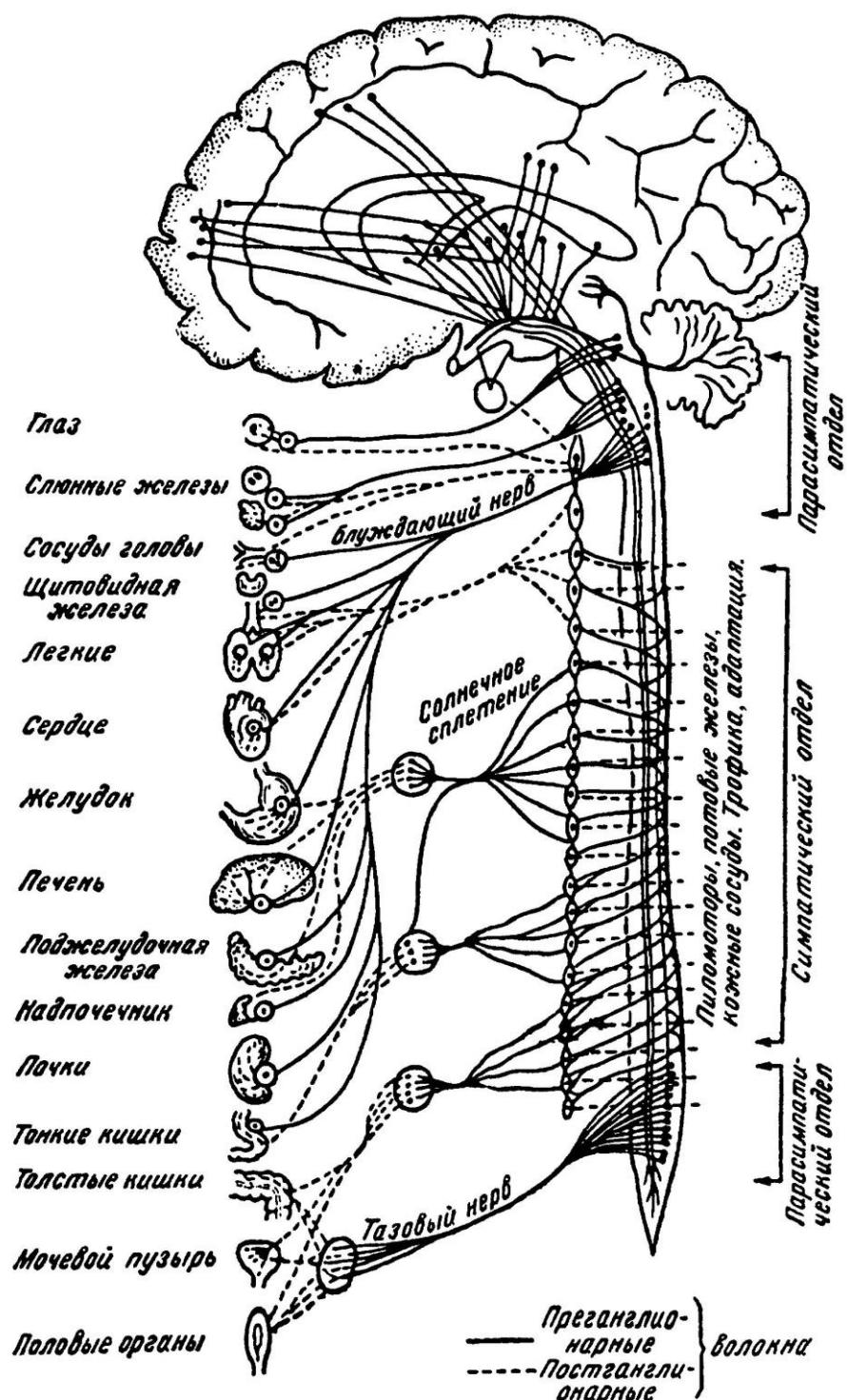
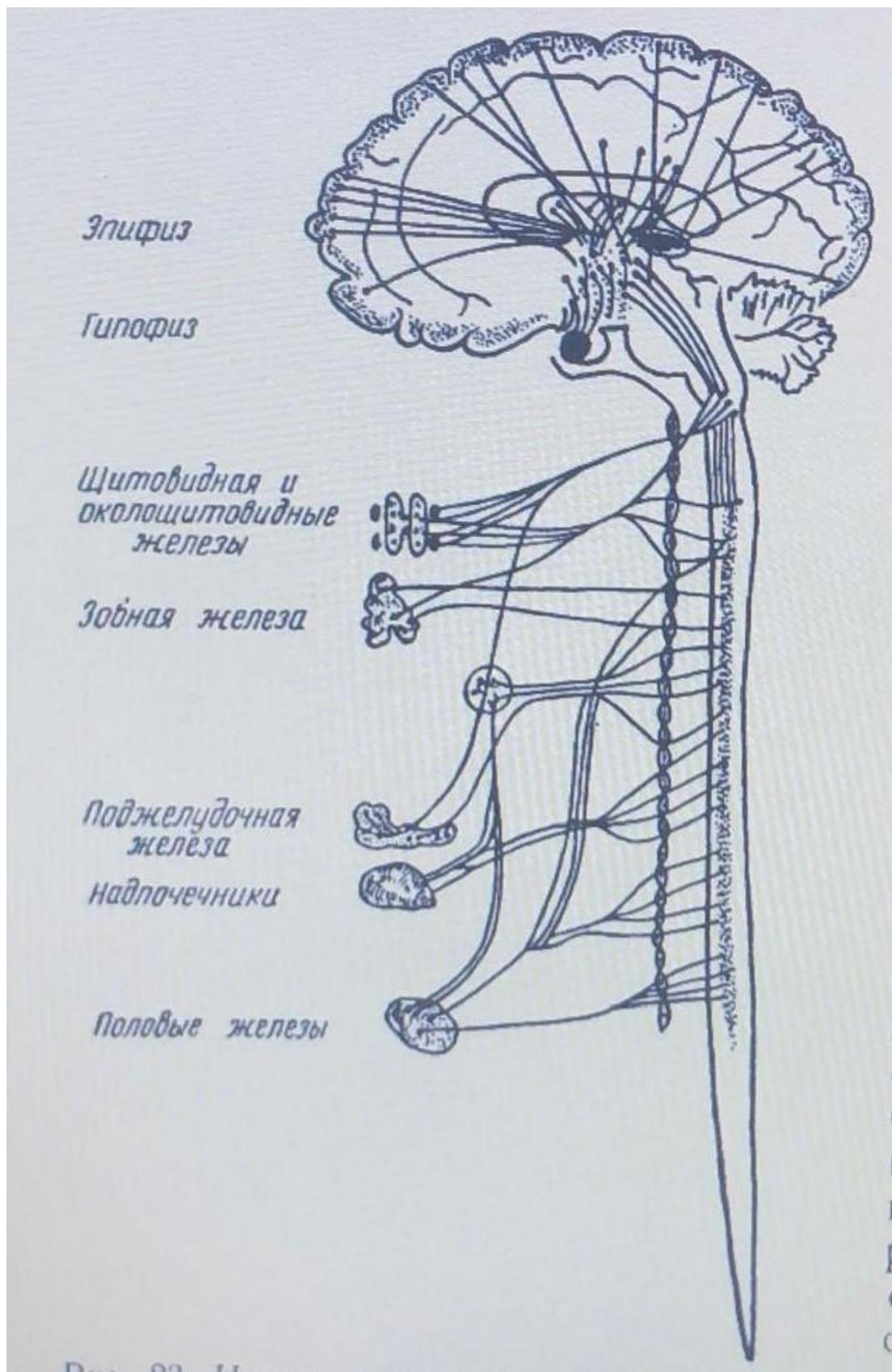


Схема вегетативной нервной системы.

Рисунок №5, страница 20 из книги –
И.И.Русецкий. КЛИНИЧЕСКАЯ НЕЙРОВЕГЕТОЛОГИЯ. – М., 1950.



Иннервация желёз внутренней секреции

1. Неврологическая патология

Ниже мы рассматриваем клинические примеры применения вегетокоррекции. Поскольку эта методика лечения зародилась на неврологической почве, то и изложение результатов её применения в клинической практике мы, естественно, начинаем с патологических процессов этой важнейшей отрасли медицины. Вместе с тем, такой порядок изложения, всё-таки условность, т.к. идеально «чистые» неврологические синдромы встречаются достаточно редко. Поэтому на титульном листе истории болезни после нескольких строчек для «основного диагноза» оставлено немало места для перечня «сопутствующих заболеваний».

Пример 1-1.

Больная 53 лет, за два года до вегетокоррекции вынуждена была оставить ответственную работу из-за упорных головных болей, головокружений, неуверенности и пошатывания при ходьбе, ослабления памяти, бессонницы, появившихся после череды стрессов. В течение последних двух лет по поводу нарушения вертебробазилярного кровообращения (дисциркуляторная энцефалопатия) практически постоянно находилась на лечении в клинике нервных болезней высокоявторитетного медицинского учреждения, и в этот период перенесла три (*sic!*) малых инсульта. На фоне лечения эффективными неврологическими препаратами (ноотропил, циннаризин, финлепсин, пирацетам, фенобарбитал, триоксазин, седуксен и др.) сформировался хронический пиелонефрит с частыми обострениями, что вынуждало уменьшать дозу или даже отказываться от приема медикаментов. Возникла необходимость лечения пиелонефрита. Из клиники она была выписана с неблагоприятным прогнозом. Чего уж говорить, если перспектива её выздоровления была выражена двумя неврологами-профессорами следующими словами: «Всё, что она сможет, – это дойти от своей кровати до туалета и вернуться обратно». Осознав это, больная составила завещание.

После первой проведенной вегетокоррекции больная ощущала, по её словам, «значительное облегчение в голове», стала полноценно спать и через два дня отказалась от приема препаратов. Еще через два дня она обратилась с просьбой провести процедуру повторно. Повторная вегетокоррекция была выполнена через 7 дней после первой. Всего было проведено 3 вегетокоррекции с недельными промежутками: после второй она смогла самостоятельно выходить на улицу, после третьей – села за руль автомобиля, а спустя 1,5 месяца от начала нашего лечения вышла на постоянную работу коммерческим директором крупного производства. Вскоре после лечения она обратила внимание на то, что стала свободно ездить в транспорте спиной вперед по направлению движения – один из признаков нормализации кровообращения головного мозга.

Таким образом, в относительно короткие сроки (и на фоне отмены назначенных медикаментозных препаратов!) проведенное лечение привело к стойкому терапевтическому эффекту, которого не наблюдалось при лечении в клинике, где порой отмечалась даже отрицательная динамика заболевания. При этом результаты проведенного лечения сохранялись на протяжении около 7 лет, по прошествии которых пациентка удивила нас эффективностью вегетокоррекции вторично. К продолжению разговора об этой больной мы вернёмся ниже, когда будем рассматривать эффекты применения вегетокоррекции при сердечно-сосудистых процессах (Пример 2-4).

Пример 1-2.

Пациентка 62 лет – инженер по специальности. С подросткового возраста у нее наблюдались один раз в 2-3 месяца по 3-4 дня приступообразные повышения температуры, ознобы, поты, головные боли и резь в глазах, общее недомогание, слабость, утрата трудоспособности. Такие состояния расценивались как ОРЗ или грипп.

Медикаментозная терапия не облегчала состояния больной. В возрасте 62 лет был диагностирован диэнцефальный синдром, ранее расценивавшийся как мигрень. Для предупреждения пароксизмов был назначен пирроксан по 2 таблетки в день постоянно. Приём этого препарата приводил, по словам больной, к “появлению шума, дискомфорта и тяжести в голове”. Не желая быть пожизненно привязанной к приёму пирроксана, 07.04.1999 больная согласилась пройти курс вегетокоррекции.

На пятый день после первой вегетокоррекции она сообщила, что “болезнь уменьшилась более чем на 90%”. В связи с этим она самостоятельно снизила дозу пирроксана до 1/2 – 1/3 таблетки через 2-3 дня, признав, что оставляет такую дозу большей частью с целью подстраховки. Спустя 1,5 месяца по просьбе больной была выполнена вторая вегетокоррекция – «для закрепления лечебного эффекта», после чего принимать пирроксан она перестала.

В течение ближайшего года в периоды неустойчивой погоды наблюдалось ещё несколько привычных хорошо знакомых диэнцефальных кризов, но выраженность их ослабевала раз от разу, причём ни температуры и потов, ни рези в глазах, ни заметного расстройства общего состояния, как правило, не наблюдалось, и приёма медикаментов уже не требовалось. На протяжении последующих четырнадцати лет приступов диэнцефального синдрома у больной не было.

Хорошо известно, что диэнцефальный синдром – это общее название различных сочетаний вегетативных, эндокринных, обменных и трофических расстройств, обусловленных поражением гипоталамуса. Старые авторы считали диэнцефальный синдром не диагнозом, а приговором. По современным представлениям, развитие диэнцефального синдрома связано с нарушениями функции вегетативной нервной системы и кровообращения головного мозга. Очевидно, такие представления открывают заманчивые перспективы лечения этой патологии, что доказывается, как только что

приведенным, так и другими нашими наблюдениями, когда после вегетокоррекции дизэнцефальные пароксизмы сравнительно быстро сошли на нет и более не возобновлялись.

Было бы излишним останавливаться специально на том, что исключительное значение для успеха терапии имеет правильное понимание не только механизма развития болезни, её патогенеза, но и механизма действия (или – противодействия) применяемого лечения. Мы всегда придавали этим вопросам большое значение и будем делать акцент для выяснения существа дела, в конце же приведём наше понимание эффектов вегетокоррекции. О чём свидетельствуют описанные выше клинические примеры? О том, что применение одной и той же методики оказалось благоприятный лечебный эффект на разные болезни – дисциркуляторную энцефалопатию и дизэнцефальный синдром. Значит, в механизме их развития есть нечто общее. Следующий клинический пример, единственный в своём роде, представляет интерес для понимания механизма лечебного действия вегетокоррекции.

Пример 1-3.

Больная 50 лет, с 30-летнего возраста страдала от периодически возникающих головных болей, неоднократно консультировалась невропатологами и нейрохирургами, получала рекомендации медикаментозного лечения. Заболевание резко обострилось после трагической гибели сына – на фоне значительно выраженного нарушения сна катастрофически усилились головные боли, стойко повысилось артериальное давление, ухудшилось зрение, появились немотивированная неприязнь к домашним и агрессивность по отношению к ним, повышенная раздражительность.

Ранее у больной наблюдалась непереносимость новокаина, что подтвердила подкожная проба.

Так как больная согласилась потерпеть болевые ощущения, при отсутствии других местных обезболивающих препаратов было принято решение провести вегетокоррекцию физиологическим раствором (0,9% раствором хлористого натрия) спустя полчаса после однократного подкожного введения 3 мл раствора анальгина с димедролом.

Через 5 дней пациентка сообщила, что головные боли перестали её мучить, сон восстановился, без приема медикаментов нормализовалось артериальное давление, улучшилось зрение, появилось адекватное и критическое отношение к действительности и окружающим, стало ровным настроение. Достигнутый эффект сохранялся 9 лет (срок наблюдения).

Итак, в этом случае у больной приостановилось прогрессирование заболевания, а ряд патологических состояний, спровоцированных сильным стрессом, подвергся обратному развитию. Это было достигнуто всего лишь одной процедурой вегетокоррекции, причём выполненной не новокаином, а физиологическим раствором. Эффективность вегетокоррекции обнаружилась и в этом клиническом случае. Следовательно, решающая роль в механизме

лечебного действия новокаину не принадлежит. Как тут не вспомнить выражение старых лекарей: «Диагнозов значительно больше, чем болезней». К вопросу о механизмах развития болезней это имеет непосредственное отношение.

Дисциркуляторная энцефалопатия

Особый интерес представляют результаты применения вегетокоррекции у больных с дисциркуляторной энцефалопатией, являющейся широко распространенным заболеванием сосудистой системы. Только инсульт как осложнение этой патологии регистрируется в России с частотой около полумиллиона случаев в год или до 2000 ежедневно. При некоторых формах органического поражения сосудов (локальные стенозы, аневризмы) эффективно хирургическое лечение. В большинстве же наблюдений операция не показана, поскольку выраженные клинические проявления дисциркуляторной энцефалопатии развиваются при наличии минимальных органических изменений в сосудах. В таких случаях применяется консервативная терапия, большей частью малоэффективная в силу того, что конкретные патогенетические механизмы расстройства мозгового кровообращения полностью неизвестны; они настолько сложны, что усилия по его восстановлению даже в минимальных физиологических пределах далеко не всегда заканчиваются успешно.

Дисциркуляторная энцефалопатия патогенетически связана с гипертонической болезнью. Поскольку в лечении последней применение медикаментозных средств не приводит к существенной положительной динамике, нет оснований полагать, что и дисциркуляторная энцефалопатия утратит лидирующие позиции в цереброваскулярной патологии. Иными словами, предпосылки к снижению числа инсультов отсутствуют.

Сохраняют актуальность представления А.Д.Сперанского (1937), основанные на результатах доказательного физиологического эксперимента и разносторонних многоплановых клинических наблюдений: составной частью всех патологических процессов являются нарушения нервной трофики. Цереброваскулярные болезни, в генезе которых нервно-трофическим расстройствам принадлежит ведущая роль, не являются исключением.

Исходя из понимания того, что достижение положительных результатов лечения дисциркуляторной энцефалопатии возможно при нормализации деятельности разбалансированных физиологических механизмов, мы решили применить вегетокоррекцию, сравнительно быстро восстанавливающую расстройства саморегуляции. Об обнадёживающих перспективах такого инновационного подхода в лечении некоторых вариантов рассматриваемых патологических состояний свидетельствуют случаи из клинической практики.

Первое из приводимых ниже наблюдений демонстрирует возможности эффективного противодействия упорно прогрессирующему развитию

цереброваскулярной болезни в форме атеросклеротически-гипертонической и вертебрально-гематогенной дисциркуляторной энцефалопатии, а также её грозным осложнениям у пациентки с ангиогемофилией (болезнь Виллебранда).

Пример 1-4.

Больная 46 лет, врач, в мае 2000 г. перенесла лакунарный инсульт головного мозга с резко выраженными явлениями вестибулопатии. Нарушенные функции восстановились, через три месяца пациентка вернулась к прежней работе.

В марте 2007 г. появились слабость, головокружение, шум в голове, подъемы артериального давления, по поводу чего она была госпитализирована в специализированную клинику для обследования и лечения. При поступлении пациентка в сознании, эмоционально лабильна. Фотореакции ослаблены. Сухожильные рефлексы на конечностях оживлены по гемитипу, D>S. Клонус правого надколенника. Положительный симптом Вендеровича справа. Проба Барре отрицательная. При ходьбе неустойчивость. Чувствительных расстройств нет. На рентгенограмме шейного отдела позвоночника отмечены остеохондроз диска С₅₋₆ и аномалия Киммерле. На МРТ головного мозга в левом остривке Рейля визуализирован субкортикальный постишемический очаг. Виллизиев круг разомкнут.

Дуплексным сканированием (аппарат “Wiwid-3”) сосудов шеи и Виллизиева круга выявлены нестенозирующий атеросклероз шейного отдела брахицефальных артерий, непрямолинейность хода позвоночных артерий в костных каналах поперечных отростков шейных позвонков с признаками экстравазальных влияний. В каротидном бассейне скоростные показатели кровотока симметричны, по правой средней мозговой артерии – ниже возрастной нормы, по передним мозговым артериям – в пределах нормы. Скоростные показатели кровотока в вертебробазилярном бассейне снижены по задним мозговым (S>D) и по позвоночным артериям (S>D), по основной артерии – на нижней границе нормы. Признаки венозной дисциркуляции, затруднение венозного оттока по левой вене Розенталя в виде повышения амплитуды, псевдопульсации. Проведенное лечение (кавинтон, предуктал, глиатилин, стугерон, витамин В₁₂ и пр.) ослабило клиническую симптоматику, рефлекторный фон снизился, исчез клонус надколенника. Тем не менее заболевание отступило ненадолго.

В июне 2007 г. на фоне продолжавшегося амбулаторно медикаментозного лечения (бетасерк, сермион, танакан, кортексин, актовегин, мексидол, витамин Е и др.) у пациентки возобновился шум в голове, расстроился сон, впервые возникли внезапно и многократно повторяющиеся ночные приступы головокружения, появились шаткость походки и чувство онемения правых конечностей. Медикаментозное лечение продолжалось.

Учитывая прогрессирующий характер течения болезни с угрозой развития повторного инсульта на фоне проводимой медикаментозной

терапии, нам показалось целесообразным экстренно применить нестандартные действия – восстановление нарушенных вегетативных функций путем активации деятельности физиологических компенсаторных механизмов. С этой целью больной 07.09.2007, в день обращения к нам выполнена вегетокоррекция. Уже со следующего дня её самочувствие улучшилось, исчезли жалобы, нормализовались артериальное давление и сон. Это позволило прекратить медикаментозную терапию, а через неделю после вегетокоррекции пациентка улетела в отпуск на Кипр. Контрольное дуплексное сканирование сосудов головы и шеи (11.01.2008) подтвердило благоприятные клинические результаты, выявив положительную динамику кровотока при сравнении с данными предшествующих обследований. Симптомы болезни стихли, пациентка вернулась к прежней работе без всяких ограничений.

Согласно имеющимся данным, треть больных, госпитализированных с ишемическим инсультом, на протяжении года после выписки вновь попадают в стационар с повторным инсультом. Руководствуясь положением, что даже «повторные курсы стационарной реабилитации с приёмом трех и более нейропротективных препаратов не улучшают функциональные исходы перенесенного инсульта» (Скоромец А.А., 2007), мы применяем вегетокоррекцию с целью реабилитации.

Приводим клинический пример 1-5.

Больной 69 лет, на протяжении нескольких лет лечился в поликлинике по поводу дисциркуляторной энцефалопатии и гипертонической болезни II-III ст.; особенно беспокоили выраженные головокружения. В начале июня 2006 г. он перенес ишемический инсульт в зоне правой средней мозговой артерии. Из стационара был выписан с сохраняющимися двигательными расстройствами в левой руке, затруднением артикуляции и замедленной речью, общей вялостью, головными болями, периодически повторяющимися головокружениями.

Для устранения последствий перенесенного инсульта и лечения явлений хронически текущей дисциркуляторной энцефалопатии 22.06.2006 была выполнена вегетокоррекция. Эффект от лечения наступил очень быстро: уже на следующий день у пациента улучшилась речь, он смог самостоятельно пойти в магазин, в течение нескольких дней восстановились функции левой руки, а постоянно беспокоившее ранее головокружение впервые появилось при резком вставании с постели спустя почти пять лет после вегетокоррекции.

Выраженная клиническая симптоматика дисциркуляторной энцефалопатии при рациональном медикаментозном лечении может сохраняться довольно долго, не приводя к осложнениям (инсульт), но качество жизни при этом оставляет желать лучшего. Примером этого является следующее наблюдение.

Пример 1-6.

Больной 68 лет, впервые отметил головокружения при психо-эмоциональных нагрузках более 10 лет назад. Со временем головокружения «при поворотах головой, переворачивании в постели, взгляде на потолок» стали резко выражены, появились орто- и клиностатические явления, что указывало на повышенную возбудимость вегетативного отдела нервной системы. С этими жалобами в 2002 г. пациент обратился за медицинской помощью в один из специализированных стационаров Санкт-Петербурга, где был тщательно обследован (включая КТ, МРТ, УЗДГ). При этом грубой органической патологии не обнаружено. Установлен диагноз «дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая недостаточность мозгового кровообращения, гипертоническая болезнь, распространенный остеохондроз позвоночника», по поводу чего многократными курсами в стационарных и амбулаторных условиях длительно проводилась массивная медикаментозная терапия. За последние 3 года лечения одних только внутривенных капельных вливаний лекарственных препаратов больной получил более двухсот.

Несмотря на массивные лечебные мероприятия, проводимые из года в год, прогрессирование патологического процесса продолжалось: головокружения приняли угрожающий характер, усиливаясь при любом движении головой, возникли затруднения при лежании на правом боку («кружит голову, плыву, лечу»); из дома на улицу, например, в поликлинику, пациент мог выйти исключительно в сопровождении. В течение 2006 г. он перенес четыре оперативных вмешательства (из них три офтальмологических и холецистэктомия). Наибольшие трудности «из-за состояния головы» возникали при обязательных и неоднократных в течение дня закапываниях в глаза, с чем больной едваправлялся.

Когда очередной курс рутинной медикаментозной терапии не дал результата, больной обратился за помощью к нам. 31.03.2007 была выполнена вегетокоррекция. Уже на следующий день головокружения прекратились, больной смог самостоятельно трижды в день капать себе в оба глаза, а днем спокойно заснул в любимой позе на правом боку. В ближайшие четыре месяца после вегетокоррекции он ощущал всего несколько легких эпизодов головокружения, быстро купировавшихся самостоятельно. Опасаясь возврата болезни, пациент уже при первом появлении хорошо известных ему симптомов дисциркуляторной энцефалопатии прибегал к вегетокоррекции с профилактической целью ещё семь раз.

Обратило на себя внимание, что после вегетокоррекции изменился характер течения заболевания глаз у этого пациента. Как было уже сказано выше, больной перенес три офтальмологические операции: две по поводу катаракты обоих глаз и ещё одну – по поводу глаукомы одного из них (в другом повышение внутриглазного давления ещё позволяло проводить консервативное лечение). После первой же вегетокоррекции все плановые осмотры окулиста констатировали нормальные показатели внутриглазного давления как в неоперированном, так и в оперированном глазу. Офтальмохирург, как и лечивший больного невролог, вот уже более восьми

лет не скрывают недоумения, отмечая столь благоприятное течение заболевания.

К настоящему моменту этот пациент уверен, что выздоровел, клинической симптоматики дисциркуляторной энцефалопатии у него нет. Он активен в соответствии со своим возрастом, жизнерадостен, управляет автомобилем и трудится на своём дачном участке. Его защитных компенсаторных реакций, поддерживаемых медикаментозными средствами, хватило для того, чтобы предупредить переход процесса в органическую стадию с финальным инсультом, что и обеспечило эффективность вегетокоррекции.

Приведённое наблюдение иллюстрирует стандартную при многих патологических процессах ситуацию, когда эффективной реализации потенциала медикаментозной терапии, каким бы действенным и широкомасштабным он ни представлялся *a priori* (предположительно), препятствуют конкретные функциональные расстройства вегетативной нервной системы. При истощении компенсаторных механизмов это приводит к прогрессированию заболевания и возникновению тех или иных осложнений.

Мы целиком разделяем точку зрения Д.Д.Плетнева (1999), что «вне функциональных нарушений нет болезненных картин, а есть только анатомо-гистологические находки». В связи с этим «основной задачей врача является не столько воздействие на уже имеющиеся анатомические дефекты, сколько восстановление в достижимых пределах функции поврежденного органа и, что наиболее важно, функциональных корреляций органов в целостном организме. Врачу необходимо руководствоваться при этом не какими-либо априорно выбранными показателями, а, прежде всего, клинической картиной и конкретной индивидуальной реакцией каждого больного на определенное лечебное мероприятие».

Наш клинический опыт показывает, что вегетокоррекция – это эффективный метод лечения такой патологии, как дисциркуляторная энцефалопатия, не осложненная локальной органической патологией сосудистого русла (даже при состоявшемся малом инсульте). Во всех случаях, аналогичных вышеприведенным, она позволяет стойко нормализовать общую регуляцию кровообращения, находящуюся под контролем вегетативной нервной системы, благодаря чему вектор развития болезни в считанные часы меняет направление в сторону реконвалесценции. При этом вегетокоррекция у данного пациента зачастую оказывается бивалентной: с одной стороны, это реабилитационное мероприятие, если иметь в виду ранее произошедшую мозговую катастрофу, с другой – профилактика надвигающейся. С морфологической точки зрения можно говорить об улучшении кровообращения в живых тканях мозга задолго до начала в них скоротечных некробиотических процессов.

Дисциркуляторная энцефалопатия представляет собой, в сущности, заболевание сосудов головного мозга и характеризуется большим

разнообразием клинических проявлений, равное которым найти сложно. Это обусловлено множеством комбинаций ишемии тех участков мозга, где располагаются вегетативные центры. Такое положение определяет и сложность диагностики этой патологии. Вместе с тем, в последнее время наметилась тенденция, когда диагноз «дисциркуляторная энцефалопатия» привязывается к возрасту, как в своё время это произошло с атеросклерозом мозговых сосудов, коронарно-кардиосклерозом, ИБС и т.п. Здесь уместно сказать, что проявления дисциркуляторной энцефалопатии в той или иной степени можно найти почти у каждого человека: «здоровых нет, есть необследованные». И это не шутка. Проблема, по большому счёту, не в тех морфологических изменениях, что формируются в соответствии с возрастом. Проблема в том, каким образом все эти закономерные изменения компенсируются защитными механизмами, сформировавшимися в ходе эволюции – повышением периферического артериального давления, окольным кровообращением, неовазогенезом, флюктуациями реологических свойств крови и т.д. Полноценная деятельность этих адаптивных компенсаторных механизмов обеспечивается, очевидно, вегетативной нервной системой.

Мы считаем, что в любой период жизни человек должен быть здоров в соответствии с его возрастом. При таком подходе клинические проявления дисциркуляторной энцефалопатии легко диагностируются у детей. Это наглядно иллюстрируют примеры, приводимые ниже в разделе «Заболевания детского возраста». Только надо иметь в виду, что дисциркуляторная энцефалопатия в педиатрической практике имеет иное название – принято говорить о «минимальной мозговой дисфункции», «синдроме вегетативной дистонии» и пр. Но почему вдруг у ребёнка возникает дистония или дисфункция мозга? Потому лишь, очевидно, что этиология этих состояний здесь та же, что и у взрослых, – расстройство кровообращения мозга из-за дисбаланса тонуса стенок сосудов. Абсолютно правы старые клиницисты, считавшие, что «диагнозов больше, чем болезней!» Именно поэтому вегетокоррекция успешно решает многие проблемы здоровья, в том числе и в широком возрастном диапазоне.

Обобщая изложенное, можно с полной уверенностью утверждать, что в основе формирования столь разных по своей природе патологических процессов и заболеваний, как дисциркуляторная энцефалопатия, цереброваскулярная болезнь, транзиторные ишемические атаки мозга, атеросклероз мозговых сосудов, хроническая недостаточность кровообращения головного мозга в вертебробазилярном бассейне, венозная дисциркуляторная патология головного мозга, преходящие нарушения мозгового кровообращения, патологические головокружения и некоторые другие, лежат общие механизмы. Воздействуя на эти механизмы методом вегетокоррекции, можно сравнительно быстро предотвратить прогрессирование болезни, получить надёжные и стойкие терапевтические эффекты и существенно улучшить качество жизни больных.

Невралгия тройничного нерва

Повод использовать вегетокоррекцию при невралгии тройничного нерва, сопровождающейся вегетопатией, представился нам при следующих обстоятельствах. Одна наша больная, длительно страдавшая невралгией тройничного нерва с более или менее серьезными сезонными обострениями, в период реабилитации после вегетокоррекции, выполненной по поводу диэнцефального синдрома с эндокринными расстройствами и нарушениями функции репродуктивной системы, обратила наше внимание на появление слабо выраженных болезненных ощущений в зоне иннервации тройничного нерва. В отличие от типичных сезонных обострений, в данном случае боли были столь незначительные, что к неврологу больная не стала обращаться. Продержавшись несколько дней, все эти слабо выраженные болезненные ощущения самостоятельно стихли. После этого привычные сезонные обострения прекратились. Это навело нас на мысль, что можно применить вегетокоррекцию при невралгии тройничного нерва, и оставалось только ждать подходящего случая.

Невралгия тройничного нерва занимает одно из главных мест среди поражений черепных нервов и характеризуется «отсутствием достаточно эффективных методов лечения» (Вейн А.М., 2001). Следующие друг за другом непродолжительные приступы интенсивной боли существенно нарушают жизнь больных. Представления о преимущественно туннельно-компрессионной этиологии этого патологического процесса, существующие сегодня, нельзя считать однозначными. Им противоречат случаи поражения первой ветви тройничного нерва, не проходящей в костном канале, когда условий для развития расстройств туннельно-компрессионного типа нет.

Стойкость болевого синдрома или кратковременный эффект вмешательств на периферических участках нерва (при алкоголизации), проблема рецидивов после радикотомии и микроваскулярной декомпрессии свидетельствуют о заинтересованности в патологическом процессе ствола мозга. Наличие сенсорных расстройств или иных симптомов нарушения функции тройничного нерва при отсутствии объективных клинических или патоморфологических проявлений заболевания дают повод продолжить поиск причин болевого синдрома и механизмов эффективного воздействия на него. Вероятнее всего, как показывает наш клинический опыт, это могут быть патологические процессы функциональной природы, приводящие к едва заметному при морфологическом исследовании поражению самого нерва или его ядер в стволе мозга. Без участия в формировании невралгии тройничного нерва центральных механизмов вряд ли найдут правдоподобное объяснение ремиттирующий характер заболевания, пароксизмы болей, изменения ЭЭГ и вызванных потенциалов с подобными пик-волнами колебаниями (патогномоничными для эпилепсии), а также определённый терапевтический эффект от применения противоэпилептических средств.

Под нашим наблюдением находилось 5 больных в возрасте 31-90 лет (из них 4 женского пола), страдавших «идиопатической» формой невралгии тройничного нерва. Давность клинических проявлений заболевания составила от полутора до 10 и более лет. Неэффективность длительно проводившегося рутинного консервативного лечения и отказ пациентов от предлагавшегося им радикального хирургического вмешательства явились поводом для обращения к нам и использования альтернативного способа лечения – вегетокоррекции. Последняя выполнялась без специальной подготовки для того, чтобы “упорядочить” деятельность высших сегментарных и надсегментарных вегетативных центров.

При сравнительно малой длительности заболевания в ближайшие после лечения несколько дней его симптоматика полностью исчезала, при большой давности болевой синдром значительно ослабевал, вскоре превращаясь в «отдаленное напоминание о себе», не требующее приема медикаментов. При этом все “курковые зоны” стойко «выключались». Наблюдение за пациентами в течение двух лет после вегетокоррекции показало, что заболевание не рецидивировало.

Остеохондроз позвоночника с неврологическими проявлениями

Не могла вегетокоррекция пройти мимо такого распространённого и широко известного состояния, как остеохондроз позвоночника. Все знают, что это такое и как его лечить, а именно: лечить надо всегда не так, как лечили до того. Но шутки – шутками, а заболевание действительно сложное: за единообразием жалоб и клинических проявлений скрываются различные пусковые механизмы патологического состояния, известного под названием «остеохондроз». И, как всегда, от правильного понимания патогенеза зависят и прогноз, и успех лечения болезни.

Представления о механизмах формирования болей в спине (дорзалии), иррадиирующих в голову и конечности, существенно детализированы в последнее время. Естественно, что подобные представления нуждаются в практической реализации. В противном случае они превращаются, согласно известному выражению академика В.В.Пашутина (1845-1901), в «тяготеющий ум балласт». Несмотря на ясность представлений, эффективность лечения дорзалий по-прежнему остается недостаточной. Это оправдывает поиск новых возможностей оказания практической помощи больным.

Пример 1-7.

Больная 49 лет, уже три недели нетрудоспособная, обратилась к нам по поводу люмбаго – типичных болей в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, иррадиирующих в правую ногу. В течение трех месяцев до люмбаго ощущала умеренные тянувшие боли в правой ноге и исчезновение чувствительности кожи наружной поверхности бедра. Проводившееся амбулаторно интенсивное симптоматическое лечение, дополненное мануальной терапией, было неэффективно, и состояние ухудшалось, в связи

с чем больной предстояла госпитализация. Из анамнеза выяснилось, что пациентка страдает нейроциркуляторной дистонией гипотонического типа. С 30 лет самостоятельно периодически принимала циннаризин «для улучшения состояния головы». Ранее у нее была альгодисменорея, от которой к настоящему времени сохранился лишь выраженный предменструальный синдром, и проявления невралгии правого тройничного нерва, с чем онаправлялась самостоятельно симптоматическими средствами. Помимо этого, больная с детства страдала запорами III-IV степени.

С учётом жалоб, анамнеза и объективных данных, а также результатов лечения в прошлом, установлены показания к вегетокоррекции с целью нормализации деятельности центральных структур вегетативной нервной системы. Вегетокоррекция была выполнена 11.07.2002. Всё прочее лечение мы отменили, рекомендовав краткосрочный охранительный режим.

На другой день после вегетокоррекции существенно ослабели и постепенно в течение 10 дней совершенно исчезли боли в позвоночнике и правой ноге; сохранилось лишь отсутствие чувствительности на коже наружной поверхности правого бедра. Улучшились сон и настроение. Через две недели после вегетокоррекции нормализовалась работа кишечника, позднее обнаружилось стойкое исчезновение предменструального напряжения. Спустя три месяца у пациентки остался лишь небольшой и медленно уменьшающийся в размерах участок нарушения чувствительности кожи наружной поверхности бедра. Таким образом, госпитализации не потребовалось.

В патогенетическом аспекте представляется, что люмбошиалгия у данной пациентки развилась как проявление давнего неблагополучия в деятельности вегетативной нервной системы, явившись в какой-то момент одним из ярко выраженных его клинических проявлений. Не исключено, что положение спровоцировал или усугубил период предменопаузы, характеризующейся разбалансированностью механизмов общей и местной регуляции.

Приведенное наблюдение свидетельствует, что субъективно тягостное болевое ощущение в том или ином отделе спины, различное по характеру и обычно связываемое с остеохондрозом позвоночника, может быть синдромной, а отнюдь не нозологической природы. Этим определенно укрепляется то представление о патогенезе дорзалий, в развитии которого существенное значение придается нарушенным отношениям между ноцицептивной и антиноцицептивной системами (Вейн А.М., 2001). В подобных случаях, как показывает наш богатый клинический опыт, требуется комплексное лечение больных, причём мероприятия, нормализующие функции центральных структур вегетативной нервной системы, должны быть его неотъемлемой частью.

Пример 1-8.

Пациент 77 лет, четвёртый месяц страдает от сильных болей в пояснице, иррадиирующих по ходу правого седалищного нерва и в область

правого тазобедренного сустава. Последние два месяца может передвигаться только с помощью костылей. Состояние прогрессивно ухудшается, мышечная масса падает. За время болезни получал курсы лечения в двух авторитетных клиниках города Москвы, где было рекомендовано хирургическое лечение с негарантированным эффектом. На рентгенограммах и компьютерных томограммах – двойной дисцит L4-5 и L5-S1 с резким сужением просветов этих дисков, субхондральный склероз и поверхностная деструкция прилежащих к ним костных замыкательных пластинок; вокруг позвонков L4-L5-S1 определяется зона инфильтрации мягких тканей по типу натёчного абсцесса.

08.10.2009 была выполнена вегетокоррекция. После двадцатиминутной процедуры больной тут же ощущал облегчение и всего час спустя легко постукивал кулаком по своему правому тазобедренному суставу, чего раньше из-за болей делать не мог. Вечером того же дня домашние запретили ему без костылей идти в туалет (он хотел пройтись с тростью). На другой день боль в пояснице уменьшилась, общее состояние улучшилось. Через два дня после вегетокоррекции больной стал легко переворачиваться в кровати, тогда как раньше делать это ему не позволяли боли. В дальнейшем выздоровление продолжалось, и уже 03.12.2009 пациент вышел на работу, пользуясь для страховки тростью. Помимо стойкого улучшения общего состояния исчезли скачки артериального давления, нормализовался пульс. Спустя 5 лет ходит свободно, а от заболевания остались лишь тяжелые воспоминания.

В данном наблюдении много неисповедимого. Почему традиционная квалифицированная терапия остеохондроза, проводившаяся в течение трёх месяцев, оказалась несостоятельной? Какие механизмы запустила вегетокоррекция? Как бы там ни было, факт остается фактом – сегодня пациент здоров, живёт в Москве и охотно отвечает на телефонные звонки, делясь историей своего удивительного исцеления.

Подобные же вопросы ставит и следующее наблюдение.

Пример 1-9.

У больного 38 лет остро «прострелило» поясницу и появилось онемение коленного сустава. Боясь даже шевельнуться из-за резко усилившейся боли, он двое суток пролежал в кухне на теплом кафельном полу (пол с подогревом). Подобное, но менее выраженное состояние наблюдалось 10 лет назад. Тогда его вылечили в Тибете, куда летал из Москвы.

Так как больной не мог принять вертикальное положение и сесть, вегетокоррекция была выполнена 10.05.2009 в лежачем положении. Через 20 минут после окончания процедуры он с опаской перевернулся на полу, а ещё минут через 10, поднявшись на колени, встал на ноги. Онемение коленного сустава прошло. На другой день сохранялась, по его словам, «даже не слабо выраженная боль в пояснице, а скорее воспоминание о боли», что не мешало работе. Спустя месяц после вегетокоррекции он стал забывать о своём люмбаго и добавил: «После вашего лечения у меня исчезло много болезней».

Прежде, чем подводить итоги и двигаться дальше, сделаем небольшой расчет. Сколько времени этому пациенту понадобилось бы, чтобы выздороветь при традиционном лечении? В остром неврологическом отделении – месяц, реабилитация – 45 суток, а потом ещё около месяца – на больничном. Итого – три-четыре месяца. И это в лучшем страховом варианте.

Не будем, однако, обольщаться и считать, что при лечении неврологических проявлений остеохондроза позвоночника применение вегетокоррекции решает все вопросы радикально, «с места в карьер». Всё зависит от механизмов, поддерживающих болевой синдром у данного конкретного больного. Да и сами эти механизмы меняются в процессе проведения традиционного лечения, когда из-за отказа центрального звена регуляции болезнь начинает как бы самостоятельную жизнь, сконцентрировавшись на местном, органном уровне. Если это почки или сосуды – болезнь разрешается относительно быстро. В иных случаях, например, при вовлечении в патогенез нарушенных эндокринных функций, в особенности нарушенных длительно и доходящих до известного предела (*resp.* – стадии декомпенсации) – выздоровление заметно задерживается и наступает лишь по мере нормализации эндокринных расстройств. Забегая вперед, скажем, что такая картина особенно наглядна у больных женского пола, когда есть возможность проследить эндокринные функции косвенно, например, наблюдая те или иные нарушения со стороны репродуктивных органов.

Это подтверждается следующим наблюдением. По его клиническим проявлениям было бы более уместно обсудить его в разделе гинекологии. Тем не менее, мы делаем это сейчас, руководствуясь двумя соображениями. Во-первых, эта пациентка обратилась к нам с жалобами на люмбошиалгию и, во-вторых, с расстройствами менструального цикла она уже давно смирилась, находясь под гнетом их десятилетиями и отчаявшись получить хоть какую-то помощь. Аргументы специалистов, приводимые обычно в подобных случаях, хорошо известны: «Это же у всех так бывает!» или же и того лучше: «Вот скоро настанет климакс и всё закончится!» А долгожданный климакс проблем не снимает. Более того, появляются новые недуги, из коих фибромиома матки с перспективой хирургического вмешательства далеко не самая безобидная.

Пример 1-10.

Пациентка 47 лет, инженер. Находясь на больничном листе, обратилась к нам с жалобами на боли в поясничной области, отдающие в правую ногу (по задней поверхности бедра). Эти боли беспокоят её уже шесть лет, из которых она «ни одного дня здоровой не была». В последнее время боли стали усиливаться. Лечение получала в неврологическом отделении стационара, в реабилитационном центре, недавно вернулась из санатория в Пятигорске. В последнее время боли стали беспокоить и ночью, что вынуждало постоянно принимать аналгетики. Спит чутко, во сне немеют обе

руки – больше левая; периодически беспокоит головная боль. При осмотре невротизирована, эмоционально лабильна. В расспросе выяснилось, что накануне у неё закончилась менструация. После рождения сына (ему 21 год) менструация наступает после двухнедельного предменструального напряжения, в период которого больная, по её образному выражению, «готова всех порвать». По данным УЗИ – три небольших фибромиомы тела матки. При МРТ-исследовании обнаружена секвестрированная грыжа диска поясничного отдела позвоночника.

Поскольку от применявшимся консервативных лечебных мероприятий эффекта не было, а на радикальное оперативное лечение больная не соглашалась, 07.09.2014 была выполнена вегетокоррекция. Восстановительный период протекал с переменным успехом, лечебные эффекты разворачивались с присущей им в таких случаях скоростью, но невротизация больной потребовала добавить мильгамму в таблетках и горчичники местно. Через пять дней после вегетокоррекции больная отметила, что во сне стойко перестали неметь и затекать руки, через неделю – ослабели «прострелы» в правой ноге, и она отказалась от обезболивающих средств. Спустя две недели проявился овуляторный синдром, который быстро купировался и не развернулся в предменструальный. К этому времени боль в пояснице резко ослабела, сохранились только явления правостороннего ишиаса. Общее состояние и самочувствие больной позволили ей выйти на работу.

Боль по задней поверхности правого бедра продолжала беспокоить, так что изредка приходилось принимать обезболивающие средства. Это не мешало, однако, рутинной домашней работе. Ближайшая после вегетокоррекции менструация так и пришла без предменструального синдрома, но протекала необычно – «живот болел не один день, как всегда, а все четыре – что-то там происходит». Поняв, что запущенные в организме перемены направлены к лучшему и желая их ускорить, больная изъявила желание провести повторную вегетокоррекцию 10.10.2014 (после окончания менструации). Через пять дней пациентка сообщила, что «поясница и правое бедро не позволяют забыть о себе, но обезболивающие не принимаю». Через две недели после второй вегетокоррекции она сказала: «Я сегодня утром проснулась как здоровая и так полдня провела на работе. Потом стало поджимать ногу с поясницей. Настало время кусаться, но не хочется» (смеётся). На этот раз не было ни овуляторного, ни предменструального синдрома.

Последующие четыре недели протекали с переменным успехом. Так, люмбоишиалгия обострялась при перемене погоды, в стрессовых ситуациях на работе, что беспокоило больную. Проводить медикаментозное лечение она не хотела «из-за желудка». В итоге было решено провести курс классических местных новокаиновых блокад, поскольку от них когда-то ранее был краткосрочный эффект. Для этого было приобретено всё

необходимое, но оно не понадобилось. Корректиды внесла очередная менструация – с её окончанием все боли стойко прекратились.

Таким образом, представляется, что в приведенном наблюдении многолетние боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в правую ногу не отвечали на лечение, поскольку они были ассоциированы с нарушениями в деятельности эндокринной системы. На это указывали выраженные нарушения менструального цикла, нормализация функции которого привела к излечению люмбоишиалгии.

Ниже мы приводим ещё одно клиническое наблюдение эффективной вегетокоррекции у больного с превалированием сосудистой составляющей в неврологических проявлениях остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Пример 1-11.

С жалобами на изнуряющие боли в правом плечевом суставе обращается за помощью пациент 44 лет, в прошлом офицер Советской Армии. Впервые болезненные ощущения появились 12 лет назад во время службы. Он многократно обращался к разным специалистам, получал разнообразное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, «подпортил» желудок, бесконечно принимая обезболивающие. Болезнь приняла хроническое течение с сезонными обострениями. Осмотр выявил выраженное ограничение объема движений в правом плечевом суставе и гипотрофию участающих в его работе мышц, а также болезненность при пальпации в шейно-грудном отделе позвоночника, больше справа. Крайние положения плеча в суставе вызывали резкую боль. На одной из последних рентгенограмм определялись сужение суставной щели и неровные контуры сочленяющихся в правом плечевом суставе поверхностей.

Согласие на вегетокоррекцию больной дал, не колеблясь. Сразу же после процедуры он ощущил «облегчение и исчезновение напряжения», а вскоре отправился на работу. На другой день утром, едва поздоровавшись, пациент тут же заявил: «Эффект вашего лечения держится, хотя новокаин давно уже рассосался. Сегодня я спал лёжа. До этого целых два года спать мог только в кресле – в лежачем положении боль в плече резко усиливалась». И вот уже более четверти века этот человек живёт и работает; плечевой сустав ему не мешает, хотя речи об олимпийских рекордах, очевидно, нет.

Имеющийся у этого пациента плечелопаточный периартрит, или болезнь Дюоплея – своеобразное заболевание. Начинается оно при нормальных анализах и рентгенологических данных. Назначенное хирургом лечение редко дает эффект, «нелокализованные» боли в области плечевого сустава сохраняются, в связи с чем больной направляется к неврологу. Последний обычно «своей» патологии не находит и возвращает пациента хирургу. Консультации невролога продолжаются до тех пор, пока на рентгенограмме не появятся признаки дегенеративного поражения сустава как результат нарушения его вегетативно-трофического обеспечения, и с этим больной остаётся надолго под наблюдением хирурга.

Описанным подходом к лечению болевого синдрома различного генеза при шейном, грудном и поясничном остеохондрозе позвоночника, а также люмбаго мы воспользовались более 50 раз – у больных обоего пола в возрасте 26-87 лет, и во всех случаях неизменно получали положительные результаты.

Невроз

Говоря о неврологической патологии, невозможно обойти стороной неврозы. Они встречаются очень часто, характеризуются большим разнообразием форм и пусковых механизмов, а лечатся плохо и доставляют много неприятностей и хлопот. Приведём несколько наблюдений.

Пример 1-12.

Больная 54 лет, бухгалтер, страдает климактерическим неврозом 5 лет. Перенесла череду бытовых стрессов. Жалуется на эмоциональную лабильность и плаксивость, часто «взрывается» в разговоре, 3 раза в неделю беспокоят головные боли с головокружениями, периодически появляется шум в голове, постоянно ощущаются ноющие боли в области сердца (при нормальной ЭКГ). Давно отсутствует полноценный сон, а в последнее время стали беспокоить провалы в памяти (забывает номер собственного телефона). Выражены симптомы «воротничка» и «высокой подушки», определяется синева вокруг глаз, метеозависимость. В молодости у неё была нейроциркуляторная дистония гиптонического типа, в настоящее время артериальное давление в пределах 130-140\90-100, но часто повышается до 180\120. По поводу патологического климакса третий год получает заместительную гормональную терапию и, по её словам, «один месяц приёма гормонов позволяет около двух месяцев жить и работать терпимо». Всегда страдала альгодисменореей, в настоящее время имеется фибромиома матки. Принимает много симптоматических препаратов.

Вегетокоррекция этой больной проведена 13.12.2008. Все принимаемые ею лекарства мы отменили, назначив «медикаментозные каникулы». На следующий день после вегетокоррекции больная проснулась поздно, отметила внутреннее спокойствие, исчезновение чувства напряжения; позавтракав, снова легла спать. На второй день после вегетокоррекции она сообщила о «каких-то необычных ощущениях, организм был как бы в недоумении – что с ним сделали? Шума в ушах нет. Глаза открылись, как в молодости, ушли отёки с век». Через десять дней больная сказала, что исчезли «изнуряющие приливы и жары», а к концу четвёртого месяца после вегетокоррекции сообщила: «У меня все нормально. После вашего лечения я как будто *вылезла из ямы*». Ещё заметила, что стала лучше видеть – «сижу как-то за компьютером и вдруг соображаю, что работаю без очков! Приливы бывают редко, но очень слабые».

Дальнейшей информации от этой пациентки пока нет. Нам представляется, что её организм ощущил давно забытое «состояние здоровья и благополучия». Будь это не так, она непременно обратилась бы повторно.

Пример 1-13.

У инспектора Газпрома, 44 лет, всегда считавшего себя здоровым, невроз появился после череды бытовых и производственных стрессов. В течение последнего года беспокоят расстройство сна, покалывания в области сердца, периодический шум в ушах; при небольшом физическом напряжении стал отмечать мерцающие скотомы и носовые кровотечения, появились умеренные боли в пояснице, стали сильно мерзнуть кисти и стопы. На протяжении около 9 лет отмечает стабильное повышение артериального давления – 140-150\100, не придавая этому значения и не лечась. В детстве “укачивался” в транспорте.

Вегетокоррекция была выполнена в середине дня 11.03.2008. Вечером он сообщил: «Как интересно – у меня *потерялись* ощущения печени и правой почки», а на другой день сказал: «Я замечательно спал – давно не спал подряд 8 часов. Артериальное давление 127\78, пульс 74 – такого тоже давно не было, удивлен!». Через 3 дня после вегетокоррекции: «Все хорошо, второй день давление 122\60, пульс 66. *Шевелятся* старые травмы и болезни». Через 8 дней: «Самочувствие хорошее, артериальное давление нормальное, перестала болеть спина, разбираюсь с личными делами». Эффект вегетокоррекции у этого пациента сохранялся 9 месяцев; далее связь с ним прервалась.

Следует признать, что предпосылки к развитию невроза у этого пациента налицо: «укачивание» в транспорте в детстве, давнее повышение артериального давления, вероятно, почечного генеза, быстро сформировавшиеся явления дисциркуляторной энцефалопатии. Всё это признаки слабости защитных механизмов, недостаточного резерва компенсаторных реакций. А если бы этот больной изыскал возможности лечиться традиционно, сколько бы ему понадобилось времени для того, чтобы прийти в норму?

Пример 1-14.

У кузнеца, 58 лет, явления невроза стали развиваться в связи с дорожно-транспортным происшествием – при столкновении с лосем погибла его жена, сам он получил закрытую черепно-мозговую травму. К истечению второго месяца после этого инцидента беспокоят нарушения сна, периодически появляются шум в ушах и чувство тяжести в правой половине головы, почти не слышит на правое ухо, стойко, до 160-170\100, повысилось артериальное давление, при ходьбе возникают головокружения, острота зрения меняется в течение дня (утром видит лучше). От проводившегося лечения состояние почти не менялось.

15.11.2013 была выполнена вегетокоррекция, сразу же после которой, подняв голову, больной сказал: «Голове стало легче». На следующий день он сообщил, что хорошо выспался. Через три дня ранние эффекты лечения сохранились – нет чувства «камня в правой половине головы», доволен сном, правым ухом стал слышать щелчки пальцами, во время прогулок головокружений не отмечал, стабилизировалось зрение. Артериальное

давление ещё 170\110, но самочувствие при этом нормальное. Через неделю пациент сообщил, что после вегетокоррекции продолжает хорошо и много спать, правым ухом слышит уже «пиканье» тонометра, а голова свободная, лёгкая. Артериальное давление без лечения опустилось до 130-140\90.

Признаки невроза стали формироваться у данного больного из-за перенесенной черепно-мозговой травмы. Вегетокоррекция не только остановила прогрессирование заболевания, но и дала толчок его обратному развитию, активизировав восстановительные реакции, в которых важнейшую роль сыграла нормализация сна.

Таким образом, наш клинический опыт убедительно свидетельствует о том, что вегетокоррекция позволяет сравнительно быстро получить более или менее выраженные и достаточно стойкие терапевтические эффекты при неврозах, отличающихся большим разнообразием пусковых механизмов, форм и конкретных проявлений. Это наводит на мысль о единстве механизмов развития неврозов, что мы обсудим ниже более подробно.

Астения

Астенический синдром характеризуется повышенной утомляемостью и истощаемостью, ослаблением или утратой способности к физическому и\или умственному напряжению, связанными со снижением функциональной активности высших вегетативных центров. Показано, что наиболее часто астеническое состояние наблюдается у людей со слабым или неуравновешенным типом высшей нервной деятельности, но оно может развиваться и у лиц с сильным, возбудимым и тормозным типами, т.е. охватывает большинство популяции. Когда речь не идет о врожденной общей астении (этиология и патогенез которой в настоящее время неизвестны), это состояние зачастую развивается после соматических инфекционных и неинфекционных заболеваний или же может быть проявлением их инициального периода. Кроме того, астения часто возникает в результате интоксикаций и черепно-мозговых травм, длительного эмоционального или интеллектуального напряжения и т.п. Астенические расстройства развиваются постепенно, отличаются устойчивостью, причём прогноз зависит от спровоцировавшего их патологического процесса. Иными словами, это одна из классических форм *болезней регуляции*, формирующихся на функциональном этапе развития органической патологии (Крыжановский Г.Н., 2001). В целом астенический синдром является реакцией приспособительного характера, которая выражается понижением работоспособности и дезорганизацией функций в разных системах жизнеобеспечения организма, при сохранении возможности восстановления нарушенных функций. Астенический синдром требует лечебного вмешательства и как таковой, и как предболезнь, когда требуется профилактика явных клинических проявлений.

Диагностировать астенический синдром несложно, сложнее не принимать пациента за симулянта. Традиционное лечение проводится

длительно, включая устранение вызвавших астению причин, симптоматические меры (охранительный режим, освобождение от работы, правильное чередование сна и отдыха, изменение обстановки, занятия физическими упражнениями и пр.), рациональную медикаментозную, психо-, рефлексо-, физиотерапию (Крейндлер А., 1963).

Клиническая практика показывает, что в нынешнее время астенический синдром часто встречается у лиц практически здоровых, причём какой-либо существенной причины его развития выявить не удается. Подобных наблюдений достаточно много. Не вызывает ни малейшего сомнения, что развитие астении, подобно развитию едва ли не всех важнейших патологических процессов, не может протекать без участия защитных механизмов, подконтрольных вегетативной нервной системе. На это указывают и разнообразие жалоб пациентов, среди которых наиболее часто встречаются: постоянное чувство усталости, появляющееся или усиливающееся во второй половине дня; диссомния (повышенная сонливость, при которой сон не приносит отдыха, или, наоборот, стойкая бессонница), эмоциональная лабильность и быстрая смена настроения, рассеянность (определенная сложность сосредотачиваться), разные проявления метеозависимости, некоторое нарушение памяти, относящееся преимущественно к запоминанию текущих событий.

Учитывая всё сказанное, представляется целесообразным нормализовать деятельность центральных вегетативных структур для быстрого устранения патологического состояния и достижения лечебного эффекта методом вегетокоррекции. Уже первые клинические наблюдения подтвердили справедливость такого подхода. Всего вегетокоррекция по поводу астенического синдрома была выполнена нами более 80 раз. Это были пациенты обоего пола (2\3 женщин) в возрасте 17-73 лет (в среднем 40,7 у женщин и 51,7 у мужчин). Лечение проводилось без отрыва от производства и учебы. Наши наблюдения показали, что стойкость достигнутых вегетокоррекцией результатов сохранялась довольно длительно – минимум полгода. Когда пациенты придерживаются здоровых режимов труда и питания, правильно чередуя сон и бодрствование, активный и пассивный отдых, астения не рецидивирует.

Как показывает практический опыт, астенический синдром часто встречается в работе врачей различного профиля и наблюдается в широком возрастном диапазоне, проявляясь снижением работоспособности пациентов. Подчеркнём ещё раз, что лежащие в основе этого патологического состояния ослабление и дезорганизация биологических регуляторных механизмов обратимы и эффективно восстанавливаются методом вегетокоррекции.

Состояние после стресса

Повреждающим воздействиям подвергаются все биологические объекты, а различные стрессы являются обыденными в нашей жизни. Такому положению хорошо соответствует известное выражение: «мы живем не

благодаря, а вопреки окружающей среде». Для противостояния стрессам организм выработал сложные стрессорные реакции, представленные общим адаптационным синдромом (Селье Г., 1960). Сформировавшийся эволюционно, он имеет защитно-приспособительное предназначение, повышает устойчивость организма при различного рода неблагоприятных воздействиях, является своеобразным гарантом здоровья.

При стрессе в организме выделяются две разнонаправленные, но взаимосвязанные тенденции. Одна – это собственно активация комплекса противостоящих действию стрессора защитных реакций, другая – определенная степень несостоятельности, более или менее быстрая истощаемость этих реакций, что проявляется функциональными нарушениями церебральных и\или висцеральных функций. В свою очередь именно эти нарушения, обусловленные неблагополучием вегетативной регуляции, фиксируясь и трансформируясь в ту или иную форму невроза, составляют основу развития органической патологии. В случае действия интенсивных стресс-факторов, сочетающихся с исходной слабостью защитных механизмов, общий адаптационный синдром сравнительно быстро достигает стадии истощения и при отсутствии соответствующих медицинских мероприятий может завершиться гибелью организма.

Эмоциональный стресс представляет собой напряжение физиологических функций, вызванное эмоционально значимым раздражителем. Длительно сохраняющееся отрицательное эмоциональное состояние формирует в центральной нервной системе комплекс патологических очагов возбуждения, оказывающих нейрогуморальным путем неблагоприятное влияние на соматовисцеральные функции. Для избавления от эмоционального стресса идеалом является устранение вызвавшей его ситуации, что возможно далеко не всегда. Тогда применяются лечебные воздействия – лекарственная терапия (антидепрессанты, транквилизаторы), психо-, физиотерапия и пр.

Комплекс предназначенных для купирования эмоционального стресса терапевтических мероприятий ориентирован преимущественно на подавление патологических проявлений психического статуса и изменение отношения к ним, но не создает условий для упорядочения деятельности собственных защитных механизмов в полной мере. Как представляется, в подобных случаях рационально воздействие на деятельность центров вегетативной нервной системы с целью активации механизмов общего адаптационного синдрома, что определенно должно отразиться на общем состоянии человека, подвергшегося стрессу. Это подтверждает и одно из наших наблюдений.

Пример 1-15.

10.01.2007 к нам обратилась женщина 55 лет, у которой 15.12.2006 случилась непоправимая беда – в ДТП погибла единственная дочь и остался внук 3 лет. Свое состояние пациентка охарактеризовала как «жуткое: сна нет, в голове звон, постоянное ощущение “песка в глазах“; несколько раз в день

по всему телу пробегает дрожь, никак не расслабиться; печень “разрывает ногтями”, аппетита нет, а после приема “крохи” пищи – спустя несколько минут “срабатывает толстая кишкa”; похудела». В такой ситуации пациентке было предложено провести вегетокоррекцию с целью активизировать деятельность защитных механизмов. Она согласилась. Уже первую ночь после вегетокоррекции пациентка «спала хорошо, проснулась легко, появился аппетит – поела от души с опаской, но обошлось без последствий; печень успокоилась, глаза “без песка”, дрожь перестала бегать по телу». С этого дня «голова, печень, кишечник – основные моменты, выбивавшие из жизненной колеи», стойко нормализовались, ночные вставания в туалет прекратились. Через неделю после вегетокоррекции судьба потерявшегося котенка ее волновала больше собственной беды.

Наш клинический опыт показывает, что нормализацию функции вегетативной нервной системы можно рассматривать как одно из наиболее мощных и сравнительно быстродействующих базовых терапевтических вмешательств при самой разной нозологии. Этот опыт может быть всецело экстраполирован и на противостояние эмоциональному стрессу. Помимо приведенного, имеется ряд аналогичных наблюдений. Это даёт основание считать, что нормализация механизмов общего адаптационного синдрома быстро приносит человеку стойкое облегчение в подобных ситуациях. Речь идет, конечно же, не о возмещении утраты, а о существенной помощи в безысходной, казалось бы, ситуации.

Метеозависимость

По определению “Энциклопедического словаря медицинских терминов”, метеолабильность – это повышенная чувствительность к смене климата и погоды, чаще наблюдаемая у лиц, страдающих хроническими заболеваниями, а также при переутомлении, нарушении режима труда и отдыха. Известно, что в периоды смены погоды возрастает число вызовов скорой медицинской помощи. Обращает на себя внимание, что метеопатологические реакции толком не лечатся, поэтому, рассказывая врачу о своих неприятных ощущениях, некоторые больные нередко слышат в ответ: «У меня тоже метеозависимость и ничего – работаю». Вместе с тем это, безусловно, сложная проблема, общего решения которой хотя и нет, но есть надежда на то, что ситуация далеко не такая безнадёжная, о чём свидетельствует наше наблюдение.

Пример 1-16.

Девочку-подростка, 12 лет, на протяжении длительного времени при смене погоды беспокоили метеопатологические реакции в виде интенсивной головной боли, сопровождавшейся рвотой до полного опорожнения желудка, и носовым кровотечением. Триада указанных симптомов нередко наблюдалась несколько раз в день. От назначенного лечения девочка, не чувствуя облегчения, отказалась. Не сразу она согласилась и на вегетокоррекцию, но саму процедуру 12.01.2001 перенесла спокойно, а

оставшуюся часть дня была необычно активна. Ее мать, присутствовавшая при этом, сказала: «Лечебное прижигание по китайской методике значительно более болезненно, чем вегетокоррекция».

Ночью девочка спала хорошо. Проснувшись, она выразила свои ощущения весьма образно: «Мозги моей левой половины головы утекли в подушку». Этим днем был привычный эпизод головной боли как реакция на изменение погоды – из желудка все “вылетело”, но голова болела явно не так долго, как раньше. Девочка быстро успокоилась, потом поела еще раз, и весь оставшийся день была необычно активна. Через четыре дня после вегетокоррекции мать сообщила, что её дочь легче переносит перепады погоды – накануне был лёгкий приступ головной боли, но без рвоты и кровотечения из носа.

Спустя два сложных по погодным условиям зимних месяца, прошедших после вегетокоррекции, метеопатологические реакции у девочки полностью исчезли. В этот период времени домашние замечали, что при перемене погоды она настораживалась, ожидая известные неприятности, но ухудшения самочувствия не происходило – её метеоустойчивость восстановилась. Кроме этого, наблюдались и другие благоприятные изменения: улучшились сон и память, появились умеренность в еде и желание ходить в школу. Через три месяца мать сообщила: «У дочки все хорошо – иногда голова болит, как у всех, но рвот и носовых кровотечений больше ни разу не было; ещё у неё стойко нормализовался менструальный цикл – менструации стали “незаметные”».

К сегодняшнему дню наша пациентка, уже окончив политехнический университет, работает и продолжает учиться; на здоровье не жалуется. Мы вернёмся к этому случаю в разделе «педиатрия».

Приведенное наблюдение демонстративно в том плане, что метеозависимость связана как с погодой, так и с самим организмом. Ведь организм – это «дитя природы», и для противостояния меняющимся явным и\или скрытым параметрам погоды он располагает выработанными за миллионы лет защитными механизмами, которые должны быть в «рабочем состоянии» – выполнять свои функции. По той или иной причине у девочки эти механизмы перестали функционировать в ответственный период – пубертатный, что привело к выраженным болезненным явлениям общего характера. Вегетокоррекция сравнительно быстро восстановила деятельность этих механизмов, что благотворно сказалось на здоровье и жизни в целом.

Головные боли. Мигрень. Расстройства сна.

Головной боли и расстройствам сна посвящено множество различных исследований. Классификации этих болезненных состояний всегда были и остаются достаточно громоздкими. Вместе с тем, головная боль – это только симптом, либо ещё предшествующий, либо уже сопутствующий разным болезням. Так же, как показывает наш опыт, можно расценивать и нарушения сна.

Разные формы и варианты головной боли, включая мигрень, встречались у наших пациентов очень часто, сочетаясь с другой патологией, о чём мы говорим почти в каждом разделе.

Это же относится и к нарушениям сна. Часто встречались такие его нарушения, как затруднение засыпания, чуткий, прерывистый или короткий сон, сон с неприятными сновидениями и пр. Эти расстройства в данной ситуации правильнее, на наш взгляд, называть не бессонницей, а *диссомнией* (дословно – расстройство сна), и вот почему. Нередко бывает, что больной спит вполне достаточно или даже больше положенного (бессонницей это не назовёшь!), но чувствует себя вялым, и ему постоянно хочется спать. Это означает, что механизмы, указывающие на необходимость сна, не нарушены, сам же сон непродуктивный. Таким образом, бессонница есть частный вариант диссомнии. Сон – это не просто выброшенная третья жизни; он предназначен для восстановления работоспособности, реализуемого сложными физиологическими механизмами.

Наш опыт показал, что для вегетокоррекции не принципиально, какие формы головной боли и\или нарушения сна беспокоят больного; главное в том, чтобы это были проявления тех или иных функциональных расстройств. Эти две часто встречающиеся составляющие многих болезненных состояний всегда сравнительно быстро и наилучшим образом реагировали на вегетокоррекцию. В этом, по-видимому, и заключается один из залогов её успеха.

Об эффектах вегетокоррекции в невропатологии можно было бы сказать ещё немало интересного и полезного, но задача наша шире. Поэтому переходим к вопросам сердечно-сосудистой патологии. И здесь лейтмотивом остаётся положение о том, что деятельность всех органов и систем нашего организма находится под контролем вегетативной нервной системы.

2. Сердечно-сосудистая патология

Недооценка роли вегетативной нервной системы в пусковых механизмах и последующем развитии болезни вынуждают прикладывать героические терапевтические усилия на том этапе, когда заболевание уже приобретает выраженные формы, сосредоточившись на органном уровне. Это можно оправдать отчасти лишь тем, что сегодня нет ещё достаточно эффективных методов нормализации деятельности вегетативных структур, регулирующих функции сердца и сосудов. Мы уже обращали на это внимание десять лет назад, подчеркивая, что игнорирование значения вегетативной системы не лучшим образом отражается на понимании и лечении сердечно-сосудистой патологии.

В последнее время при неоспоримых успехах кардиологии отчетливо обозначились противоречия в исконных представлениях, вполне определившихся, какказалось, в клинико-морфологическом отношении. Вот некоторые из них. Современное представление о сердечной недостаточности как мультисистемном процессе, не имеющем органо-специфичных признаков

и симптомов, признает «первичное нарушение функции сердца» (Международное руководство по сердечной недостаточности.-М., 1998). Вместе с тем артериальная гипертензия, зачастую развивающаяся задолго до появления сердечной недостаточности, признается наиболее частой причиной последней (Ho K.L. et al., 1993). Это оправдывает позицию, согласно которой выбор оптимальной тактики лечения сердечной недостаточности зависит от «интуиции и мышления врача» (Болл С. Дж. с соавт., 1998; Чазов Е.И., 2002).

Некоторые разногласия, имеющиеся между специалистами, сдерживают выработку оптимальных рекомендаций, касающихся профилактического лечения желудочковой дисфункции в тех часто встречающихся наблюдениях, когда у больного отсутствуют клинические проявления сердечной недостаточности. Ожидают расшифровки идиопатическая кардиомиопатия и диастолическая форма сердечной недостаточности (механизм их формирования). Отсутствие правильных патогенетических представлений обесценивает проведение массовых обследований с целью выявления бессимптомных кардиопатологических состояний, что грозит пациентам, с одной стороны, бездействием, с другой – проведением необоснованного лечения.

Еще одна проблема создана кардиологическим синдромом X, выделенным из-за того, что у 10-30% больных с типичной клинической картиной коронарной ишемии и положительными тестами с физической нагрузкой нет органических обструктивных поражений коронарных артерий. Этот симптомокомплекс, наблюдаемый в гетерогенной группе пациентов и часто приводящий к развитию инфаркта миокарда, вызывает у специалистов-кардиологов затруднения при обсуждении его происхождения (Антонов А.Б., 2001), что подтверждается и его названием. Такое положение определяется, видимо, тем, что патофизиологическая основа этого синдрома, как нам представляется, выходит за границы собственно кардиологии *sensu strictu* (в узком смысле).

Надо полагать, что хирургическое лечение не решит все вопросы ишемической болезни сердца. Проблема не в анатомических исходах операций. Снижение показателей качества жизни пациентов в отдаленном периоде после аортокоронарного шунтирования обусловлено вегетативными дисфункциями, точнее говоря, нарушением нейрогенной регуляции кровообращения и структурными изменениями миокарда (Бродская И.С. с соавт., 2000).

Хорошо известно, что развитие многих распространенных заболеваний, как у взрослых, так и у детей, сопровождается выраженной симптоматикой вегетативных расстройств. Игнорирование и/или недооценка этого важнейшего патофизиологического обстоятельства способствуют тому, что в лечении упускается существенный момент, который должен сдерживать механизмы, регулирующие формирование и развитие органной патологии. Иными словами, привлекая известные сведения о вегетативной

нервной системе, можно сформировать представление о «недостающем звене лечебного процесса».

Как свидетельствует изложенное выше и многое другое, в детали чего мы не входим, сердечно-сосудистые болезни отнюдь не выделяются из рамок общебиологических закономерностей. Нам представляется перспективной оценка кардиоваскулярной патологии в аспекте феномена Орбели-Гинецинского, а именно поиск решений назревших проблем среди *болезней регуляции*. Такая позиция позволяет совершенствоваться в биологически оправданном системообразующем подходе к лечению не только обсуждаемой нозологии, но и многих других известных и широко распространенных патологических процессов у пациентов всех возрастных групп.

Гипертоническая болезнь

Лечение гипертонической болезни остается сложной и серьезной проблемой. Его эффективность оценивается в разных странах по-разному – от 27% (в США) до 2% (в Польше). Такое положение оправдывает поиск новых перспектив лечения заболевания. Следует учесть, что снижение показателя среднего артериального давления лишь на 10 мм ртутного столба уменьшает риск развития инсульта мозга на 56%, а ишемической болезни сердца – на 37% (Чазова И.Е., 2003).

Поскольку в формировании и развитии артериальной гипертензии обязательно в той или иной мере участвуют нейрогенные механизмы, мы сочли вполне оправданным нормализовать работу вегетативной системы больных. Вегетокоррекция выполнена у 32 (из них 21 – женского пола) пациентов 23-79 (в среднем 53,7) лет с эссенциальной формой артериальной гипертензии. В зависимости от стадии болезни у 21 пациента проведено разовое вмешательство, у 8 – курсовое лечение; 3 больных находятся в настоящее время на поддерживающем лечении. Побочных эффектов или осложнений лечения мы не наблюдали.

Анализ лечения показал, что в начальный период развития артериальной гипертензии достигается стойкая нормализация артериального давления без применения гипотензивных препаратов. На 2-й стадии гипертонической болезни у пациентов ослабевала интенсивность кризов и увеличивалась продолжительность периодов клинического благополучия, субъективно отмечалось улучшение деятельности сердца. Пациенты отказывались от многолетнего регулярного приема традиционных гипотензивных препаратов и переходили на эпизодический прием тех же препаратов или даже препаратов с более «мягким» лечебным действием.

При длительности заболевания 25-40 лет собственно гипотензивный эффект вегетокоррекции был выражен слабо. Это, вероятно, связано с развитием характерных для таких сроков стойких органических изменений сосудистой стенки (эластоз, эластрофиброз и др.), свидетельствующих об органической стадии болезни. Однако, несмотря на отсутствие заметного

гипотензивного эффекта, пациенты отмечали улучшение общего самочувствия, ослабление метеозависимости, «прилив бодрости». Кроме того, на основании имеющихся наблюдений можно говорить о профилактике ишемического инсульта мозга, инфаркта миокарда и других грозных последствий нарушений функции сердечно-сосудистой системы.

Клиническая практика показывает, что нейрогенные расстройства при эссенциальной форме артериальной гипертензии формируются на уровне высших вегетативных центров. При этом лечебный эффект вегетокоррекции соотносится со степенью выраженности морфо-функциональных изменений, определяющих стадию развития болезни. Нормализация деятельности вегетативной нервной системы позволяет оказать больному действенную помощь – избавить от артериальной гипертензии, предупредить развитие грозных осложнений, улучшить качество жизни.

Для понимания эффектов вегетокоррекции при лечении сердечно-сосудистой патологии, описанных нами ниже, напомним некоторые вопросы нормальной и патологической физиологии.

Прежде всего, обсудим механизм наиболее распространенной формы гипертонии – эссенциальной (по классификации академика Г.Ф.Ланга – нейро-рефлекторная форма).

Что приводит к включению нервных реакций, итогом которых является патологический спазм гладкомышечных структур в стенках артериол? Наш практический опыт показывает, что такой спазм является следствием ишемии головного мозга: в этих условиях мозг «ограничивает» выброс крови в периферическое сосудистое русло конечностей и туловища, чтобы увеличить приток крови к самому себе. Очевидно, использование гипотензивных препаратов при эссенциальной форме гипертонической болезни носит симптоматический характер и не снижает число инфарктов и инсультов – этих важнейших осложнений артериальной гипертонии.

Хорошо известно, что в организме человека находится в среднем 4-4,5 литра крови. При этом ёмкость сосудистого русла в целом гораздо больше и составляет около 20 литров. Это явное «некоответствие» представляет собой определенный физиологический парадокс, имеющий строгое обоснование. Дело в том, что все сосуды оплетены густой сетью сосудов двигательных нервов, и сосудистая система находится в норме в определенном тонусе, функционируя в двухтактном режиме «спазм – расслабление».

Вследствие спазма сосудов общий объём крови минимизируется до известного предела и перераспределяется с тем, чтобы тот или иной объём крови своевременно доставить нужному органу. Следовательно, спазмы являются необходимым моментом регуляции кровообращения, без которого обойтись нельзя. Вместе с тем, выходя за пределы нормальных физиологических реакций, они начинают играть патологическую роль. Легко оценить, когда именно это происходит, поскольку кровенаполнение различных органов в режимах покоя и физической нагрузки в настоящее время изучены досконально. Когда спазмы выходят за пределы нормальных

физиологических реакций и начинают играть патологическую роль, при усилении тонуса сосудистой стенки возникает нейро-рефлекторная форма гипертонической болезни, а при ослаблении – синдром вегетативной дистонии гипотонического типа. И тех, и других пациентов очень много.

Механизмы регуляции кровообращения, о которых мы говорим, хорошо обоснованы физиологически; они отличаются устойчивостью, будучи сформированы и надежно закреплены в филогенезе. Что же касается тех людей, у кого сосудистая система была заполнена на 100%, кто имел из-за этого лишний вес и хуже бегал, тех ещё на заре антропогенеза, как говорится в шутку, догнали и съели динозавры, которые потом и сами вымерли от голода.

В лечении данного варианта гипертонии патогенетически правильными должны быть мероприятия, улучшающие кровоснабжение мозга. В этом случае мозг сам «выключит» механизмы, спазмирующие обширную систему периферического кровотока. Но до сих пор мы всё ещё не умеем простым способом нормализовать мозговое кровообращение, тем более в отдельных его участках, когда спазм носит локальный характер и не диагностируется современными инструментальными методами.

Ещё одну проблему создает гипердиагностика гипертонической болезни. Часто приходится слышать такие слова: «Когда у меня давление повышается на 15-20 мм, я очень плохо себя чувствую». Обычно это говорят пациентки, начинающие принимать гипотензивные препараты; артериальное давление у них снижается, но самочувствие улучшается не сразу. Дело в том, что речь идёт не о том подъёме давления, от которого становится плохо!

Приходится объяснять, что сначала становится плохо, а потом уже от беспокойства слегка подскакивает давление. Такое понимание причины и следствия меняет представление о диагнозе и тактике лечения. Увеличение артериального давления такого рода, то есть при плохом самочувствии, наблюдается, как правило, при дизэнцефальном синдроме, но не исключается и другая патология. Всех таких больных объединяет одно: у них диагностирована «гипертоническая болезнь» и все они пребывают в постоянном поиске какой-то чудодейственной гипотонической панацеи, которая их всех исцелит.

Переходим к нашим собственным наблюдениям. Предварительно отметим – подавляющее большинство наших пациентов являются жителями Санкт-Петербурга, где медицинская помощь высококвалифицированная и находится на самом современном уровне.

Пример 2-1.

Больная 73 лет страдает повышенным артериальным давлением. Из анамнеза выяснилось, что давление стало повышаться год назад, когда она выписалась из стационара, где находилась по поводу ишемического инсульта мозга. При этом пациентка стала хуже видеть и слышать, сон перестал приносить ей отдых и во сне стали неметь обе руки, память ослабла. До инсульта была активна, подвижна, кроме работы много занималась личным

подсобным хозяйством на даче. После инсульта сникла, ослабла, жалуется на отсутствие сил и частые суточные колебания артериального давления от 180/100 до 80/50 мм рт. ст. От проводимого лечения гипотензивными препаратами эффекта нет.

После выполненной вегетокоррекции у больной с первой же ночи восстановился нормальный сон, утром она стала просыпаться отдохнувшая и в хорошем настроении. Спустя месяц больная отметила существенное улучшение самочувствия, артериальное давление стало повышаться редко и через несколько часов самостоятельно понижалось до нормальных показателей.

Ещё через месяц она сообщила, что «восстановились зрение и слух, во сне перестали неметь руки, артериальное давление ни разу не поднималось, живёт и трудится на даче, никакие лекарства не принимает». Эффект после лечения методом вегетокоррекции сохраняется второй год.

Пример 2-2.

Предприниматель 54 лет, при осмотре жаловался на периодические подъёмы артериального давления, постоянное чувство слабости-вялости, давнее расстройство сна и выраженную зябкость кистей и стоп. Обследован в авторитетной медсанчасти и под контролем специалистов около полутора лет принимал лекарственные препараты по поводу «начинающейся гипертонической болезни». Улучшения не наблюдалось.

Вегетокоррекция этому пациенту была выполнена 23.12.2004 с дополнительной рекомендацией провести «медикаментозные каникулы». На следующий день он сообщил, что ночью спал, «как у Христа за пазухой». Через 10 дней после вегетокоррекции отметил «стабильно хорошее самочувствие и внутреннюю уверенность, хороший сон и бодрость днём», менее бурные реакции на «трудности в работе». Кроме того, изменились вкусовые пристрастия, перестали мерзнуть кисти и стопы. Спустя 3 недели появилось давно забытое желание физической работы по дому (разгрёб снег), отметил улучшение сексуальной функции. В течение последующих двух лет подъёмы артериального давления не беспокоили, несмотря на то, что никаких медикаментов он не принимал.

Инфаркт миокарда

Пример 2-3.

Строитель, 30 лет, полгода назад перенёс острый проникающий инфаркт задней стенки левого желудочка сердца. Неделю находился в реанимации, 2 недели – в стационаре, ещё 3,5 недели – в специализированном кардиологическом санатории.

При осмотре спустя полгода после выписки на работу жалуется на сниженную не по характеру работоспособность, сонливость, тяжелый, не приносящий облегчения сон, во сне «затекает» поясница и немеют руки, что вынуждает вставать и разминаться. Утром с трудом поднимается с постели и при этом ощущает сильные боли в локтевых и лучезапястных суставах –

«чайник не поднять». От назначенного медикаментозного лечения отказался, убедившись в том, что «ничего от этого не меняется».

Вегетокоррекция была выполнена 01.06.2009, и первая же ночь принесла полноценный спокойный сон. На завтра больной, вопреки нашим рекомендациям, активно включился в домашние дела. Спустя 25 дней «совсем ожил», легко трудится на производстве и дома. Через год после вегетокоррекции эффект лечения сохраняется.

Пример 2-4.

Фотохудожник, 48 лет, с жалобами на постоянную слабость и чувство усталости, очень тучный (вес 130 кг). В свою мастерскую, на третий этаж, мог подняться только на лифте. Три года назад перенёс инфаркт миокарда, после выписки из стационара к врачам не обращался, будучи очень увлечённым своей работой. Отмечает умеренно выраженную диссомнию. Два месяца назад во время прогулки с собакой упал из-за сильного головокружения.

Вегетокоррекция была выполнена 07.11.2006, после чего сразу же появились характерные эффекты, отмечавшиеся и у других больных: окружающие предметы приобрели яркую краску, показался необычно ярким привычный отраженный свет рабочего юпитера, слегка закружилась голова. Взяв в руки журнал, он без очков стал читать мелкий шрифт, хотя до того постоянно пользовался очками +2,75 диоптрий. Потом, посмотрев в зеркало, пациент сказал: «Вы изменили мои глаза – они стали такого цвета, как в молодости». Вечером того же дня появился «жуткий аппетит», он ел все подряд.

На следующий день пациент отметил замечательное самочувствие. Сев работать за компьютер, удивился, что в (+2,75)-очках он ничего не видит, а найдя старые (+1) и надев их – чётко различает даже мелкий шрифт.

Через три недели “молодой” цвет глаз сохранился, больной по-прежнему пользовался только (+1)-очками, появились силы и он стал гораздо большие ходить. Жена отметила, что землистый цвет кожи лица сменился розовым, произошли явно выраженные изменения вкусовых пристрастий – стал с удовольствием есть мясо; до вегетокоррекции он ел только рыбу, а к мясу был равнодушен; появилось безразличие к алкоголю.

Через три месяца жена пациента сообщила, что он по-прежнему бодрый, со здоровым цветом лица, много работает и охотно гуляет по улицам (не только, чтобы вывести собаку), причем лифтом не пользуется. Наметилась тенденция к спонтанному снижению веса тела.

Мы и сейчас, даже обладая большим клиническим опытом, не позволяем себе применять вегетокоррекцию в критических случаях, но, как показало приводимое ниже наблюдение, здесь тоже имеются ещё определённые резервы.

По неотложным показаниям вегетокоррекция выполнялась редко, и однажды это привело к диагностической ошибке, что, впрочем, не помешало процессу выздоровления.

Пример 2-5.

Так случилось с больной 60 лет, которой вегетокоррекция за 7 лет до этого проводилась по поводу нарушения вертебробазилярного кровообращения (продолжение истории болезни примера 1-1 из раздела «Неврологическая патология»). В этот период пациентка, выйдя на пенсию, постоянно проживала на даче.

За две недели до 04.08.2000 на фоне физической перегрузки у неё появилось покалывание в левой половине лица, левой половине грудной клетки и левой руке, стало «скакать» давление и случился гипертонический криз с кратковременным обмороком. Самочувствие было из рук вон плохое. Не решаясь оставить дачное хозяйство и вспомнив о том, как в своё время её спасением стала вегетокоррекция, она обратилась с просьбой повторить процедуру на даче, что и было сделано 04.08.2000. Сразу после операции предусмотренных эффектов не последовало. Больная встала и ходила, но некоторое облегчение состояния отметила только через 2 часа. В дальнейшем улучшение самочувствия протекало очень медленно, что сама она объясняла возрастом.

Спустя 9 месяцев, проведенных на даче, пациентке предложили путёвку в санаторий, и она стала оформлять санаторно-курортную карту. При этом на электрокардиограмме был обнаружен обширный рубец в задней стенке миокарда. На законный вопрос терапевта, «когда был инфаркт?», она ответила: «Инфаркта у меня никогда не было», но при этом задумалась, осознав, почему так медленно и тяжело шло выздоровление после последней вегетокоррекции. Очевидно, на самом деле инфаркт всё же был, но диагноз его установлен спустя 9 месяцев. При таком отягощении эффекты вегетокоррекции развивались замедленно.

Естественно задаться вопросом, каковы механизмы, способствующие благоприятному воздействию вегетокоррекции? Что они собой представляют? Что служит их пусковым моментом? Очевидно, в первую очередь всё это осуществляется благодаря быстрым реакциям, свойственным системе кровообращения. Обобщая наши наблюдения, мы отмечали такие эффекты, появляющиеся сразу же после вегетокоррекции. Это быстро проходящее головокружение, улучшение зрения и яркая окраска окружающих предметов, порозовение кожи лица, ощущение тепла в до того холодных кистях-стопах и другие.

Изменение цвета глаз, отмеченное острым профессиональным взором фотохудожника, – это результат изменения кровообращения в радужной оболочке. По-видимому, это мог бы отметить объективными методами офтальмолог.

Но изменение параметров кровообращения не ограничивается перечисленными эффектами, – они вездесущи. В самом деле, после вегетокоррекции нормализуется сон и метаболизм, что приводит к новым вкусовым пристрастиям и изменению веса тела, вскоре после операции появляются силы, и пациент становится более активным. Если же сосудистые

реакции инертны, не отвечают физиологическим запросам органов-мишеней, восстановительные процессы заторможены и выздоровление наступает медленно, как это зачастую и наблюдается в клинической практике.

Отношение к лечению, базирующееся на понимании сущности болезни и ее патогенеза, позволило С.П.Боткину (1832-1889) заложить основы нового, до настоящего времени остающегося актуальным прогрессивного подхода в клинической медицине – нервизма, признающего главенствующую роль нервной системы в регуляции жизнедеятельности организма в норме и патологии. Учитывая наличие в организме физиологических механизмов, противодействующих заболеваниям, С.П.Боткин явился основоположником функционального направления в отечественной медицине.

Господствующие ныне концепции терапии по большей части не выходят из этапа формирования и далеки до совершенства. Специалист, реально задумывающийся над эффективностью применяющихся сегодня традиционных методов лечения, не может не согласиться с тем, что «многие успехи современной медицины нередко являются мнимыми», как сказал известный санкт-петербургский патологоанатом профессор Ю.А.Медведев (2005).

Все целесообразные лечебные вмешательства (за исключением сугубо механических, обязанных своим существованием неуспехам рациональной терапии, тем или иным «терапевтическим недоработкам», а также техническому прогрессу) стремятся возможно быстрее активизировать защитные механизмы, страдающие на всём протяжении заболевания, только в разной степени на разных этапах. Нам представляется, что нормализация этих механизмов путём воздействия на вегетативную нервную систему открывает далеко идущие перспективы.

В подтверждение сказанному приводим клиническое наблюдение.

Аритмия

Пример 2-6.

Больной 59 лет, обратился к нам за альтернативной медицинской помощью 25.03.2004 по поводу нарушения ритма сердца. Более 12 лет его беспокоят пароксизмы аритмии, преимущественно в форме брадиаритмии, иногда – тахикардия. Экстрасистолы и аритмию ощущает постоянно. Артериальное давление нестабильно. Страдает язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (в данный момент вне обострения). В левой почке камень диаметром 5 мм. Сахар крови 6,1 ммоль/л (сахарная кривая плоская).

Пациент повышенного питания, в прошлом спортсмен, переносил большие физические нагрузки. Ухудшение общего самочувствия с усилением явлений аритмии наступило после сравнительно быстрого снижения массы тела на 30 (со 120) кг. За прошедший год из-за критических нарушений ритма сердца дважды проводилась дефибрилляция – ритм восстанавливался, но через месяц опять расстраивался. В последние недели

на фоне усиления аритмии часто возникали приступы помутнения и краткосрочной потери сознания. Суточное кардиомониторное наблюдение показало снижение частоты сердечных сокращений во сне до 32 в минуту. В настоящее время выражены признаки вегетативной сердечно-сосудистой стигматизации. Квалифицированное медикаментозное лечение проводил годами; несколько дней назад категорически отказался от установки кардиостимулятора.

В день обращения 25.03.2004 была выполнена вегетокоррекция. Спустя неделю отмечено уменьшение клинических проявлений аритмии, а еще через неделю пациент перестал ее ощущать; кроме того, стабилизировалось артериальное давление, явно улучшилось самочувствие. Частота сердечных сокращений установилась на 50-60 ударах в минуту. От приема лекарственных препаратов постепенно отказывался. Через 2,5 года самочувствие пациента вполне удовлетворительное, вопрос о необходимости постановки кардиостимулятора не стоит.

Данное клиническое наблюдение подтверждает, что наш организм наделён вполне определенными резервами, своевременная мобилизация которых качественно меняет работу даже такого важнейшего органа, как сердце. Это хорошо понимают йоги, умеющие в широких пределах менять число сердечных сокращений.

Существенное улучшение состояния больных в ряде наблюдений достигается путем нормализации функции центральных структур вегетативной нервной системы, регулирующей деятельность органов-мишеней и, разумеется, сердца. В этом – рациональное зерно нового научного направления, основанного академиком А.М.Вейном и активно развивающегося в последние годы, – функциональной неврологии, в основу которого положен принцип нервизма.

В заключение этого раздела приведём почти “детективную” кардиологическую историю.

Трансплантация сердца

Пример 2-7.

К нам обратился инженер 56 лет, житель Белоруссии. При сборе анамнеза выяснились следующие обстоятельства. В 2005 г. он перенёс тяжёлый трансмуральный инфаркт миокарда. Через полгода, на фоне постоянно проводимого под наблюдением кардиологов лечения, появилось резко выраженное нарушение ритма сердца – приступы мерцательной аритмии. В настоящее время он получает поддерживающее кардиотропное лечение. В августе-сентябре 2011 г. перенёс тромбоэмболию легочной артерии с тяжёлой пневмонией и нарастанием сердечной недостаточности – появились выраженные отёки ног. Недавно закончил курс варфарина. Главная жалоба в настоящий момент – одышка в покое и постоянная гнетущая слабость. Кроме этого, беспокоят давние явления диссомнии (отсутствие сна с 2 до 5 часов ночи), изредка – приступы подагры. Выражены

симптомы сердечной недостаточности – акроцианоз, бледность кожных покровов, синюшность носогубного треугольника, общая заторможенность.

По настоянию родственников больной был консультирован и обследован в ведущих кардиологических институтах России: сначала в Москве, а потом, в поиске более удовлетворительного альтернативного варианта лечения, – и в Санкт-Петербурге. Заключение специалистов было одинаковым и суровым: «Вам поможет только трансплантация сердца. Становитесь в очередь на подбор донора». И никакой альтернативы.

После подробного разговора об опыте применения вегетокоррекции и её возможностях при кардиологических проблемах больной сказал: «Давайте попробуем. Организм сам себе не враг – хуже не будет, а лучше – может быть». Тем самым, *alea jacta est* (жребий брошен). Теперь главное – не навредить!

Вегетокоррекция была выполнена 16.11.2011. Она прошла успешно, типичные ощущения быстро исчезли. Ближайшую ночь и почти весь следующий день больной проспал, а к вечеру отметил, что чувствует себя лучше; пульс 60, более ритмичный. Через три дня было отмечено дальнейшее улучшение самочувствия и уменьшение одышки. В связи с этим больной отложил возвращение домой и настоял на продолжении лечения, пожелав «закрепить достигнутые результаты». Ко второму этапу вегетокоррекции (23.11.2011) окончательно проявились итоги предыдущей процедуры – одышка в покое прекратилась, при физической нагрузке уменьшилась, стало легче ходить, самочувствие и настроение улучшились; аритмия сохранялась, но все неприятные ощущения, идущие в ногу с ней, исчезли. 03.12.2011 пациент в сопровождении родственников уехал домой в Белоруссию.

При встрече после поездки кардиолог, наблюдавший пациента, был удивлён: после путешествия, напряженного даже для здорового человека, он ожидал увидеть больного, по крайней мере, в «исходном состоянии», но уж никак не в лучшем. В дальнейшем на фоне кардиотропной терапии улучшение состояния пациента продолжалось, что объективно отразили данные инструментальных исследований.

17.05.2012 пациент самостоятельно приехал в Санкт-Петербург для очередной вегетокоррекции. Его беспокоили подагра и плече-лопаточный периартрит слева. Да и сердце поддержать, по его словам, «хуже не будет». Своим сердцем он доволен, вполне можно обойтись и без трансплантации. Аритмия, как следствие тяжёлого инфаркта, держится. Через три дня после вегетокоррекции сохранялись боли в левом плече, но только при движении, а подагра стихла. Сердце не беспокоило, днем артериальное давление 130\80.

В октябре 2012 г. ВТЭК не без колебаний продлила этому пациенту группу инвалидности. А летом 2013 г. он принялся за строительство дачи в Крыму. В начале 2014 г. ему был поставлен кардиостимулятор. Что же произошло с этим больным после 16.11.2011? Вероятно, вегетокоррекция улучшила трофику сердечной мышцы.

Этим необычным наблюдением нам хотелось бы завершить обсуждение вегетокоррекции при сердечно-сосудистой патологии. Но жизнь, как часто бывает, внесла коррективы: сработал закон парных случаев! В период написания этих строк к нам обратилась ещё одна пациентка, которой тоже была рекомендована трансплантация сердца. Поскольку такие случаи достаточно редки, приведём и его; тем более что одно наблюдение вообще может оказаться случайностью, а два – это уже новый дополнительный повод к размышлению.

Пример 2-8.

Больная 49 лет приехала из Донецка в Санкт-Петербург, где 17.09.2014 была выполнена тотальная тиреоидэктомия по поводу диффузного токсического зоба. Общая продолжительность заболевания 3 года. Явления кардиомиопатии тиреотоксического генеза начались весной 2014 г. Прогрессирующая хроническая сердечная недостаточность достигла к моменту операции четвёртой (*sic!*) степени выраженности. На ЭКГ – фибрилляция предсердий (таксистолическая форма) с частотой желудочковых сокращений 96 в минуту, признаки расширения полостей сердца.

После тиреоидэктомии улучшения не наблюдалось – развилась постоянная форма фибрилляции-трепетания предсердий. Артериальное давление было настолько низким, что зачастую вообще не поддавалось аппаратному измерению, а пульс на сонных артериях едва определялся: имела место аритмия с частыми дневными приступами тахиаритмии (до 140 ударов в минуту); появился выпот в брюшной полости. Иногда несколько раз в сутки приходилось вызывать скорую медицинскую помощь, неоднократные госпитализации в кардиологические стационары улучшения не приносили, и больная выписывалась практически в прежнем состоянии. Прогрессирующее снижение фракции сердечного выброса достигло 17% (17.11.2014). Медикаментознорезистентная и к тому же нарастающая кардиомиопатия позволила специалистам настоятельно рекомендовать трансплантацию сердца.

Состояние больной было столь удручающим, что на вегетокоррекцию она согласилась без колебаний. Тяжесть исходного состояния вынудила нас разделить всё лечение на четыре щадящих этапа с 27.11.2014 до 26.12.2014 (две недели из этого периода она находилась в стационаре). Через пять дней после начала лечения больная отметила, что «сердце как-то освободилось, из груди ушла тяжесть, приступы тахиаритмии стали реже и короче, появился аппетит, вспомнилось о работе, настроение изменилось на позитивное». Через десять дней она почувствовала явное облегчение, отдельные дни стали проходить вообще без приступов, и она попросила активизировать лечение. Но мы сочли это нецелесообразным, поскольку при имеющейся длительности заболевания пациентка была очень слаба и рассчитывать на скорый эффект от наметившихся восстановительных процессов не приходилось.

09.12.2014 больная была госпитализирована в стационар с целью устраниить асцит. Через две недели выписана в прежнем состоянии с более мягкими рекомендациями кардиологов. Аритмия с редкими, непродолжительными приступами тахиаритмии (уже только до 100 ударов в минуту) послужила показанием к постановке кардиостимулятора. Вопрос о трансплантации сердца был снят.

Начинался предновогодний период, и плановые лечебные мероприятия в стационаре сворачивались до окончания «новогодних каникул». В этот период больная стала отмечать, что «утром живот явно меньше, но к вечеру жидкость набирается». Первые две недели наступившего нового 2015 года прошли без приступов аритмии, артериальное давление установилось в пределах 95-107/60-65, пульс 60-80, ритмичный и хорошо прощупывается на лучевых артериях (у пациентки с молодости явления нейроциркуляторной дистонии гипотонического типа). Асцит спонтанно исчез.

21.01.2015 в очередной раз состоялась консультация кардиолога, который не сумел скрыть своего удивления переменой в состоянии пациентки; он констатировал восстановление синусового ритма и, чего раньше никогда не делал, доверяя данным инструментальных исследований, выслушал сердцебиение фонендоскопом. Кроме того, он рекомендовал увеличить дозу тех препаратов, которые больная давно уже не принимала (принимает только тироксин). Разговора о кардиостимуляторе вообще не было. В дальнейшем состояние пациентки полностью стабилизировалось, что позволило ей в конце марта 2015 г. выйти на работу в аквапарк.

Следовательно, применение вегетокоррекции в комплексном лечении двух больных улучшило деятельность сердца настолько, что это позволило им избежать сложнейшего хирургического вмешательства – трансплантации жизненно важного органа, исходы которого не гарантированы. Примечательно, что причины, вызвавшие тяжелую сердечную недостаточность, в первом и втором случае были различны: у первого больного кардиомиопатия развилась после обширного инфаркта миокарда, у второй больной – явилась следствием интоксикации при дисгормональном процессе (тиреотоксикозе). Несмотря на различные пусковые механизмы кардиомиопатии, вегетокоррекция существенно улучшила функцию сердца у обоих пациентов.

Результаты нормализации деятельности вегетативной нервной системы при стенокардии и других медикаментознорезистентных процессах мы представим ниже.

3. Гинекологическая патология

Нормальное функционирование репродуктивной системы женщины осуществляется во многом благодаря эндокринной системе. В свою очередь даже малые сбои в работе отдельных составляющих последней влекут за собой возникновение больших, разнообразных, широко распространённых патологических процессов. Налицо все основания полагать, что

вегетокоррекция влияет на исполнительные органы не напрямую, а именно через эндокринную систему, меняя параметры её деятельности.

В данном разделе обобщаются результаты вегетокоррекции в лечении альгодисменореи, а также приводятся конкретные клинические наблюдения, показывающие эффективность этой методики в терапии хронической воспалительной патологии органов женского полового тракта, дисменореи с развитием анемии, раннего климакса. Кроме того, показана возможность использования вегетокоррекции при эндокринном нарушении лактации и некоторых других состояниях.

Альгодисменорея

Среди актуальных гинекологических проблем особое место занимают расстройства менструального цикла и, прежде всего, альгодисменорея. Остроту и важность этой проблемы определяют такие цифры: альгодисменореей страдают около 40% взрослых женщин и 34-42% девушек-подростков (Барыкова Т.С., 2000). Если же принять во внимание, что только 10-15% женщин не имеют никакой патологии в менопаузе (Репина М.А., 1999), нельзя не отметить, что истинные показатели расстройств менструального цикла в два раза выше приведённых. На это также указывает А.М.Куликов (2007), свидетельствующий о том, что в структуре гинекологической заболеваемости только пубертатного периода нарушения менструального цикла занимают ведущее место, составляя 61,4-84,5%; с возрастом положение еще более усугубляется.

Проблема расстройств менструального цикла определяется не только неведением их отдаленных последствий, особенно в случае альгодисменореи чрезмерной длительности, но и известной в клинической практике ассоциацией альгодисменореи с такими нозологическими формами, как поликистоз яичников (крайним выражением которого является синдром Штейна-Левентала), хронические неспецифические процессы в органах женской половой сферы, метроррагия, гирсутизм и вирилизм, бесплодие и невынашивание плода, гестоз, эндометриоз и др.

В настоящее время известны различные методы лечения альгодисменореи, однако выбор адекватных терапевтических мероприятий не является вполне определенным, и до сих пор применяются главным образом симптоматические средства, такие как кровоостанавливающие, обезболивающие и гормональные препараты, спазмолитики и транквилизаторы, водо-, грязе- и электролечение, диетотерапия, лекарственные травы, гомеопатические средства, общий и гинекологический массаж, специальная гимнастика и пр. Наряду с этим высокоавторитетное «Руководство по медицине» (Беркоу Р., Флетчер Э., 1997) делает акцент в лечении альгодисменореи на психотерапевтических методах, эффективность которых также далеко не безупречна.

Эти состояния сопровождаются, а, возможно, и обусловлены расстройствами нейроэндокринной регуляции, что ставит альгодисменорею в

ряд тех проблем гинекологии, где оправдан поиск новых эффективных, безопасных и патогенетически обоснованных методов лечения. Так, можно допустить, что альгодисменорея есть один из симптомов «болезни регуляции» *sui generis* (своего рода), в патогенезе которой играют роль функциональные расстройства вегетативной нервной системы (Крыжановский Г.Н., 2001). В организме человека последняя осуществляет сложнейший комплекс саморегуляции (Зайчик А.М., Чурилов Л.П., 1999). Расстройства функции вегетативной нервной системы служат пусковым механизмом многих болезней, что недостаточно учитывается как при оценке функциональной полноценности того или иного органа-мишени, так и при разработке новых средств патогенетической терапии.

Одним из методов непосредственного воздействия на разбалансированные центральные вегетативные структуры, сравнительно быстро восстанавливающим нарушенные механизмы саморегуляции, является вегетокоррекция, описанная выше на многих примерах. Её использование в гинекологической практике *a priori* (предположительно, на основании ранее известного) вполне возможно. При этом предварительное мануальное обследование даже не требуется.

Вегетокоррекция была применена при лечении 57 женщин и девочек-подростков в возрасте 13-46 (в среднем 31,7) лет. Показаниями к этой операции, помимо проявлений альгодисменореи, были наличие у пациенток ярких клинических проявлений нарушения деятельности вегетативной нервной системы в виде повышенной утомляемости, диссомнии, метеозависимости и др., а также недостаточная эффективность предшествующей симптоматической терапии.

Эффект лечения отразился у всех пациенток уже на ближайшей менструации: исчезли явления предменструального напряжения, болевой синдром пропадал или значительно ослабевал, уменьшалась кровопотеря, продолжительность менструаций сокращалась до 3-4 дней, прекращались длительные мажущие кровянистые выделения и менструальный цикл становился ритмичным. При этом улучшалось общее самочувствие, повышалась работоспособность, нормализовался сон, стабилизировалось настроение, купировались явления вегетативной стигматизации. Нормализация менструального цикла наступала даже при постоянном использовании внутриматочных контрацептивов.

Быстрая нормализация менструального цикла наблюдалась и у девочек-подростков. В период наблюдения до 8 лет осложнений вегетокоррекции и её нежелательных последствий не отмечено.

Это представляется весьма существенным не только с практической, но и с теоретической точки зрения. Достигнутый лечебный эффект был, очевидно, связан с функциональными изменениями сегментарных и надсегментарных (гипоталамических) центров вегетативной нервной системы, что сказывалось в нормализации отношений гениталий с

гипоталамо-гипофизарным трактом, по которому осуществляется естественная регуляция менструального цикла.

Хроническая воспалительная патология женского полового тракта

Пример 3-1.

Замужняя женщина, 31 года, дизайнер по профессии, с несколько избыточной массой тела, обратилась с типичными невротическими жалобами. Как выяснилось, невроз развился вследствие длительно текущего хронического неспецифического кольпита.

Заболевание возникло остро около 7 лет назад. Ему предшествовал непродолжительный период применения пероральных контрацептивов. Какие-либо отклонения от правил личной гигиены, как и нарушения всех прочих бытовых санитарно-гигиенических требований, исключены. Общее и местное лечение кольпита традиционными методами с акцентом на антибиотики и другие противовоспалительные средства давало лишь кратковременные ремиссии без стойкого излечения. В итоге процесс принял вялотекущий характер с присущими ему особенностями, такими как периодически возникающий выраженный зуд вульвы, патологические выделения из влагалища, невозможность полового акта, усиление воспалительных явлений перед менструацией.

При клиническом осмотре обращала на себя внимание эмоциональная лабильность пациентки. При легком нервном напряжении она отмечала головокружение с ощущением «кома в горле», часто возникала тахикардия с расстройством ритма сердечных сокращений, дважды в месяц беспокоили приступы головной боли; периодически возникали мигрирующие боли вдоль позвоночника и умеренно выраженные явления диссомнии. За последние годы пациентка стала терять красивые пышные волосы.

Менструальный цикл устойчивый, но имеется резко выраженный предменструальный синдром; менструации всегда обильные и протекают по 7 дней, сопровождаясь резким обострением обоняния.

Можно допустить, что длительно текущий патологический процесс в данном наблюдении обусловлен расстройством местного антибактериального иммунитета. Исходя из современных представлений о регуляции последнего вегетативной нервной системой, имелись прямые показания к нормализации деятельности центральных вегетативных структур, контролирующих гипоталамо-гипофизарные связи и механизмы иммунитета. С этой целью больной была предложена вегетокоррекция, которая была выполнена на пике очередного обострения 09.06.2006. Кроме того, было рекомендовано сделать перерыв в медикаментозном лечении.

Эффект вегетокоррекции проявился сравнительно быстро. По истечении ближайших суток субъективные симптомы воспаления стихли. Еще через неделю исчезли невротические жалобы, тяжесть которых в момент первичного осмотра не исключала госпитализацию в психоневрологический

стационар. На протяжении года симптомов вульвовагинита не было, нормальная половая жизнь восстановилась, выпадение волос прекратилось.

Как показывает ряд подобных наблюдений, вегетокоррекция сравнительно быстро избавляет от хронически текущего воспалительного процесса в форме дизбактериоза влагалища, даже при отягощении тяжелым вторичным неврозоподобным расстройством. Эти наблюдения заслуживают серьезного внимания, так как в специализированных стационарах доля пациенток среднего возраста с воспалительными процессами только слизистой оболочки влагалища и вульвы бактериальной этиологии составляет 33-44% (Вихляева Е.М. с соавт., 1996).

Дисменорея с развившейся анемией

Пример 3-2.

Пациентка 44 лет, фармацевт, длительно страдала расстройством менструального цикла в виде выраженного 2-3-дневного предменструального напряжения и гиперменореи, способствовавших развитию хронической постгеморрагической железодефицитной анемии. Для восстановления и поддержания уровня гемоглобина на протяжении двух лет принимала препараты железа по 10 дней после каждой менструации. В анамнезе – острый аднексит, токсикоз первой половины беременности, гипогалактия. Свое самочувствие при осмотре она характеризовала так: «Постоянная слабость, повышенная утомляемость, сниженная работоспособность».

29.01.2006 года была выполнена вегетокоррекция, рекомендовано прекратить приём антианемических препаратов.

Ближайшая менструация через месяц после вегетокоррекции прошла без предменструального напряжения и была необильной. Изменилось и общее состояние пациентки – улучшились сон и самочувствие, ослабела метеозависимость, за 3 последующих месяца содержание гемоглобина возросло до 120 г/л и более, формула крови нормализовалась. Спустя пять лет сохраняется нормальный менструальный цикл, уровень гемоглобина стойко держится в пределах 121-134 г/л.

Серия подобных наблюдений убедительно показывает, что вегетокоррекция сама по себе является эффективным методом лечения анемии данного типа.

Ранний климакс

Пример 3-3.

Больная 43 лет, обратилась с жалобой на самопроизвольное прекращение менструальной функции в 40 лет, что связывалось с предшествующими двенадцатьюabortами. Беспокоили также периодические подъёмы артериального давления и головокружения, резистентные к симптоматической терапии, головные боли и умеренные боли в суставах, не приносящий полноценного отдыха сон. Вегетокоррекция была проведена 15.03.2000, а двое суток спустя началась метроррагия. По срочным

показаниям было предпринято диагностическое выскабливание полости матки с последующим цитологическим исследованием полученного материала, в котором выявлен нормально пролиферирующий эпителий; атипичных клеток не обнаружено.

Одновременно с восстановлением менструальной функции после вегетокоррекции стало прогрессивно улучшаться общее самочувствие, нормализовались артериальное давление и сон, прекратились головокружения, головные боли и боли в суставах, исчезла сухость кожи. Менструации продолжались до 48 лет и прекратились сразу без каких-либо патологических явлений. Через 8 лет после вегетокоррекции пациентка здорова, самочувствие ее вполне удовлетворительное. Таким образом, вегетокоррекция сравнительно быстро прервала раннюю менопаузу, продолжавшуюся более трех лет.

Приведённое наблюдение не единичное. Эффективность вегетокоррекции в таких случаях позволяет в новом аспекте рассматривать ранний климакс и его клинические проявления общесоматического характера.

Гипогалактия

Поскольку лактация регулируется известными нейроэндокринными механизмами, возникло предположение, что вегетокоррекция, базирующаяся на позициях функциональной неврологии (Вейн А.М., 2003), может быть эффективной при её нарушениях. Это доказало наше наблюдение.

Пример 3-4.

Кормящая мать 40 лет, обратилась с жалобой на недостаточное количество грудного молока для 3,5-месячной дочери. На одно кормление не хватало молока уже из обеих грудей. Алиментарных причин недостаточности лактации не было.

Из анамнеза выяснилось, что у пациентки есть сын 19 лет. Настоящая беременность и роды протекали сравнительно благополучно. Однако им предшествовал восьмилетний период, когда, невзирая на адекватное медицинское обеспечение, были утрачены 3 беременности, прерывавшиеся самопроизвольно на разных сроках.

Учитывая пожелание пациентки, вечером 23.01.2005 была выполнена вегетокоррекция. Уже на завтра утром грудного молока оказалось столько, что его хватило на первое утреннее кормление ребенка одной грудью. В дальнейшем естественное вскармливание продолжалось стабильно и с достатком молока. С выходом ребенка из грудного возраста лактация завершилась самопроизвольно.

Приведенное наблюдение позволяет отнести к понижению секреторной деятельности молочных желез pragmatically, рассматривая его как обычное часто встречающееся состояние. Биология млекопитающих как класса свидетельствует о том, что недостаточное выделение молока в период вскармливания значительно влияет на выживаемость потомства и его

здоровье. В то же время в медицине функциональная недостаточность молочных желез в период грудного вскармливания (до конца первого года жизни ребенка) по существующему положению не наделено статусом значимого патологического состояния.

С патофизиологической точки зрения, гипогалактия у данной пациентки явилась фрагментом функциональной недостаточности её эндокринной системы в целом, что подтверждается, как сказано выше, и неблагополучным акушерско-гинекологическим анамнезом. Вегетокоррекция подтвердила неорганическую природу гипогалактии.

Согласно современным представлениям, снижение функциональной активности молочных желез обусловлено уменьшением содержания лактогенного гормона (пролактина), секретируемого маммотропными клетками передней доли гипофиза. В свою очередь деятельность гипофиза, как известно, регулируется гипоталамусом, где сосредоточены высшие подкорковые центры вегетативной нервной системы. Нормализуя функциональные взаимоотношения в системе гипоталамус-гипофиз, вегетокоррекция активирует секрецию молока в случае гипогалактии более эффективно, чем другие методы стимуляции лактации, известные в настоящее время.

Бесплодие

Исследуя эффективность вегетокоррекции при различных патологических состояниях, мы непроизвольно столкнулись с проблемой бесплодия, которым, согласно статистике, страдают 20% семейных пар репродуктивного возраста. К этому моменту было уже известно, что вегетокоррекция не вредит беременности, и произошло это при таких обстоятельствах. По поводу плечелопаточного периартрита пришлось лечить знакомую 30-летнюю пианистку, а при встрече через год оказалось – у неё славный четырехмесячный малыш, грудного молока достаточно. В разговоре выяснилось: когда у неё заболела рука, она ещё не знала, что беременна. Следовательно, вегетокоррекция была проведена на первых неделях беременности, которая после этого протекала нормально.

Дальнейшие действия были продиктованы обстоятельствами.

Пример 3-5.

Женился сын одной приятельницы, ему и жене по 29 лет; хотят иметь детей, но и на пятый месяц после свадьбы беременность не наступает. При осмотре выяснилось, что женщину часто беспокоят головные боли, менструации у неё с 15 лет по 6-7 дней, всегда очень болезненные, предменструальный синдром длится 3 дня. К тому моменту нам была уже достаточно хорошо известна эффективность вегетокоррекции при гинекологической патологии. Спустя несколько дней после окончания последней менструации 23.11.2008 была проведена вегетокоррекция, а спустя неделю женщина отметила ослабление интенсивности головных болей.

Беременность наступила в ближайшую же овуляцию, протекала нормально и закончилась срочными родами: на свет появился славный малыш.

Пример 3-6.

Учитывая пример 3-5, в приводимом ниже наблюдении у пациентки 33 лет мы соотнесли время выполнения вегетокоррекции с менструальным циклом. Эта женщина также обратилась к нам по поводу головных болей, а во время консультации выяснилось, что она имеет сына 12 лет, хочет ещё ребенка, но боится беременеть, так как уже потеряла две беременности в первых триместрах. Кроме этого, она страдает синдромом вегетативной дистонии гипотонического типа. Вегетокоррекция была проведена 04.02.2011, после чего головная боль сразу же пошла на убыль. Через две недели самочувствие было стойко благополучным, голова не болела «даже при магнитных бурях и смене характера погоды». В дальнейшем связь с этой пациенткой была на несколько лет потеряна, но недавно она позвонила и сообщила: «От вашего лечения у нас растет дочка – ей 1 год 4 месяца». Очевидно, здесь тоже вслед за ближайшей после вегетокоррекции овуляцией наступила беременность, которая протекала нормально и закончилась благополучно.

Фибромиома матки

Завершим череду непонятных, но полезных общему делу совпадений ещё одним наблюдением, которое также начиналось с «головной боли».

Пример 3-7.

Сотрудница института, 55 лет, обратилась с жалобами на частые головные боли и чувство тяжести в голове, повышенную сонливость и плохой сон с запоминающимися неприятными сновидениями; 3-4 раза за ночь встает, чтобы помочиться. Артериальное давление 160-170\90. С 30-летнего возраста периодически ощущает «тряску-дрожание внутренностей» и, если это чувство возникает во время ходьбы, вынуждена остановиться, присесть. Для вегетокоррекции этих жалоб было достаточно, поэтому выяснить более подробно гинекологический анамнез, как нам казалось, было излишним.

Лечение этой больной в первый раз состоялось 24.01.2001. Сразу же после вегетокоррекции появились типичные эффекты, что, как неоднократно отмечено, является благоприятным прогностическим признаком: стало более чётким зрение, засияли глаза, слегка «поштормило». Ночь спала с перерывами, но плохих снов не видела. Встав поутру, немного походила и ощущала головокружение, а когда измерила давление, оказалось 90\60; приняла корвалол. В течение дня периодически отмечалось «дрожание внутренностей». При этом голова была ясной, лёгкой, свободной. Через пять дней сон вполне удовлетворительный, сновидения спокойные, содержания их не помнит, ночами вставать в туалет перестала. Днём периодически появляется «дрожь во внутренностях», но уже только при физической нагрузке. Почувствовав облегчение, больная обратилась с просьбой полечить

её снова. С учётом этого были проведены две вегетокоррекции с интервалом один месяц – 05.02.2001 и 06.03.2001. Они также сопровождались типичными эффектами. После этого «тряска внутренностей» стойко прекратилась, нормализовалось и стабилизировалось артериальное давление, повысились общая активность и работоспособность.

Спустя год эта пациентка, будучи в хорошем самочувствии, сообщила неизвестные подробности о своих болезнях, документально подтвердив свои слова. Оказывается, последние годы она состояла на диспансерном учёте у гинеколога по поводу фибромиомы матки диаметром 9 см («7-9 недель беременности»); из-за частых маточных кровотечений неоднократно проводились выскабливания. В итоге были установлены показания к хирургическому лечению, но общее самочувствие пациентки не позволяло сделать это в то время.

Когда общее состояние после трёх вегетокоррекций улучшилось, ей позвонил врач из поликлиники и сказал: «Что вы себе думаете … у вас будет рак … надо срочно оперироваться». Сильно перепугавшись, больная пошла в поликлинику, где ей без осмотра сразу же дали направления на анализы и на госпитализацию. Собрав анализы, она поступила в онкодиспансер на операцию, тоже без осмотра в приёмном покое. На другой день лечащий врач в смотровом кабинете патологии не нашёл. Было проведено УЗИ-исследование, при котором патологии также не обнаружилось, и после консилиума пациентку выписали из отделения.

Аналогичные случаи спонтанного исчезновения фибромиом матки известны в гинекологической и онкологической практике. Задача состоит в том, чтобы сделать подобные наблюдения системой.

Наши наблюдения показали, что ряд важнейших проблем гинекологии успешно решаются с помощью малоинвазивного вмешательства – вегетокоррекции. Это касается в первую очередь широко распространенных нарушений менструального цикла в репродуктивный период и климактерических расстройств. Хотя некоторые авторы связывают гормональные нарушения преимущественно и даже исключительно с функциональной недостаточностью яичников, разнообразие и своеобразие проявлений этой гинекологической патологии в виде приливов, сердцебиений и других физиологических расстройств сердечно-сосудистых функций, эмоциональной лабильности, головных болей, бессонницы свидетельствуют о том, что патогенез этой патологии гораздо более сложен.

Его следует рассматривать как ярко выраженные нарушения адаптивных возможностей организма вследствие расстройства регуляции высших вегетативных функций. Именно с учётом этого обстоятельства становится понятным, почему гормонотерапия климактерических расстройств, лишь временно ослабляя или устраняя клиническую симптоматику, создаёт эффект «мнимого благополучия» и не обеспечивает устойчивую профилактику системной патологии. В то же время вегетокоррекция, нормализуя деятельность важнейших физиологических

механизмов, позволяет быстро реконструировать нарушенные связи, являющиеся причиной развития разнообразных полисиндромных расстройств – нервно-психических, вегетативно-сосудистых, обменно-трофических. Это касается как альгодисменореи, так и патологически протекающего климакса, независимо от продолжительности болезни.

Таким образом, нормализация гипоталамо-гипофизарных отношений методом вегетокоррекции оказывает благотворное влияние на течение и прогноз многих распространенных патологических состояний репродуктивной системы женщины. Их совокупность можно рассматривать как особый раздел гинекологической патологии нейроэндокринной природы, не выделенный пока ещё, несмотря на его актуальность, в качестве самостоятельной нозологической формы в Международной классификации болезней. Вегетокоррекция может быть эффективно использована в интересах укрепления репродуктивного здоровья 76,8 млн. женского населения России, «вызывающего в последние годы серьезную озабоченность специалистов» (Айламазян Э.К. с соавт., 2007). Добавим, что эта «озабоченность» решением проблемы выражается растущим год от года числом новых методов диагностики гинекологической патологии и недостаточным числом новых подходов к её лечению.

Затрагивая ключевые моменты регуляции соматических функций в норме и патологии, вегетокоррекция даёт выраженные лечебные эффекты не только в гинекологической практике, но и при другой патологии, чем оправдывает статус вегетологии в качестве междисциплинарной медицинской науки. Очевидно, вегетология позволяет уточнить представления о пусковых механизмах развития ряда патологических процессов в других системах и органах. Примером этого служат описанные выше наблюдения эффективности вегетокоррекции.

4. Заболевания бронхолегочной системы

Бронхиальная астма

Одно из направлений нашей работы связано с бронхиальной астмой, которой в мире, согласно данным ВОЗ, страдает около 100 млн. человек. Причины и механизмы, приводящие к развитию этого заболевания, остаются окончательно невыясненными, но авторитетные исследователи указывали на связь пусковых механизмов с функциональными расстройствами нервной регуляции легких (Тареев Е.М., 1957).

Как следствие этих расстройств развивается гиперреактивность бронхов, со временем приводящая к известным морфологическим изменениям. Поскольку организм является сложной саморегулирующейся системой, развитие любого клинического варианта бронхиальной астмы объяснимо первичными нарушениями в той или иной составляющей многообразной функции лёгкого, помимо дыхательной, а именно – иммунной, секреторной, кинетической, трофической и других,

контролируемых вегетативными центрами нервной системы. В свою очередь такое представление позволяет рассматривать бронхиальную астму как один из видов болезней регуляции. Руководствуясь изложенными соображениями, мы решили воздействовать на вегетативно-трофическое обеспечение легких, применив вегетокоррекцию в лечении этого заболевания.

Лечению было подвергнуто 8 больных (из них – 4 мужского пола) 11-63 (в среднем 34,6) лет с начальной и среднетяжелой формами бронхиальной астмы при давности заболевания 3-15 лет. Эффект вегетокоррекции наблюдался с первых дней после её применения, что выражалось в облегчении дыхания и отделения мокроты, уменьшении числа, интенсивности и продолжительности приступов бронхоспазма, исчезновении явлений вазомоторного ринита и желудочно-кишечных расстройств. В целом выраженностъ болезни уменьшалась на 40-80%. Кроме того, у больных наблюдались ослабление астенических явлений и повышение работоспособности, исчезала утомляемость во второй половине дня, улучшался и начинал приносить полноценный отдых сон, прекращались резкие перепады настроения, переставали беспокоить частые головные боли, а грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции не провоцировали приступы астмы и не переходили в длительный вялотекущий ларинготрахеобронхит. Полученные данные наглядно демонстрируют роль вегетативной нервной системы в развитии бронхиальной астмы и указывают направление её лечения физиологическим способом. В целом положительные клинические эффекты вегетокоррекции при бронхиальной астме находят объяснение в нормализации деятельности центральных вегетативных структур и гипоталамо-гипофизарных связей, активизирующих в организме больного компенсаторно-приспособительные механизмы.

Приводим клиническое наблюдение.

Пример 4-1.

Больного 25 лет с 10-летнего возраста периодически беспокоили характерные приступы затрудненного дыхания. Наследственность не отягощена. К периоду полового созревания приступы стали ослабевать и на время совсем исчезли, но затем появились вновь, при этом став более интенсивными. Присоединился вазомоторный ринит. Позже развился гастро-эзофагеальный рефлюксный синдром, выражавшийся ощущением тяжести в желудке, отрыжкой, изжогой, дисфункцией кишечника после приема пищи. Это вынуждало больного быть разборчивым в питании и постоянно принимать после еды гастрофарм, активированный уголь, ферментные препараты и пр. В связи с прогрессированием основного процесса 2 года назад стал проводить купирование приступов бронхиальной астмы сальбутамолом (в среднем 2 раза в день) и тайледом (через день).

Вегетокоррекция проведена 24.09.2002.

Изменения в состоянии больного начались на другой день, когда появились ощущения легкости в груди и ослабление симптомов вазомоторного ринита. Стала свободно отделяться мокрота, что до

вегетокоррекции происходило с большим трудом. Развившееся позднее ОРВИ протекало без обычного при этом обострения бронхобструктивного синдрома и не потребовало применения бронхолитических препаратов. Ранее беспокоившие чувства тяжести и дискомфорта в желудке после еды не появлялись, нормализовался стул, отпала необходимость в соответствующих препаратах. Выраженным оказался эффект общего воздействия проведенного лечения: повысилась работоспособность и исчезла утомляемость во второй половине дня, улучшился и стал приносить полноценный отдых сон, прекратились резкие перепады настроения, перестали беспокоить частые головные боли, голова стала светлой, ясной. Продолжая петь в хоре, больной ощутил «свободу в легких, легкость в груди при пении». Позднее он стал регулярно заниматься оздоровительным бегом. Наряду с этим пациент отмечал, что при психических и физических перегрузках «бронхоспазм даёт о себе знать»; сальбутамолом он пользовался редко, тайлед не применял ни разу. В целом, согласно его оценке, спустя 3 месяца после вегетокоррекции «осталось 25-20% болезни».

Приведенное наблюдение наглядно демонстрирует, что одним из важнейших факторов лечения бронхиальной астмы, её среднетяжелой формы, является нормализация функции центров вегетативной нервной системы. Кроме того, с позиции *болезней регуляции* (Крыжановский Г.Н., 1997) предоставляется возможность оценить механизмы развития бронхиальной астмы и причинно-следственную связь этой нозологической единицы с сопутствующими гастро-эзофагеальными рефлюксными и кишечными расстройствами, вазомоторным ринитом, общим самочувствием больного и т.п., что в последнее время привлекает особое внимание и активно обсуждается в литературе.

Хронический бронхит

Когда-то мы обратили внимание на то, что предпринимаемая по тому или иному поводу вегетокоррекция быстро оказывается на функциях бронхолегочной системы. Пациенты отмечали облегчение дыхания, в ближайшие дни менялся характер кашля – легче отходила мокрота и количество её прогрессивно уменьшалось, реже возникали затяжные воспалительные процессы после обычных простудных заболеваний. Особенно заметно это было у курильщиков, в той или иной мере страдающих хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Возможно, что такое «поведение» лёгких является элементом общей защитной реакции или, иначе говоря, – это самовосстановление системы по команде, «поступившей из центра».

После вегетокоррекции нередко приходилось наблюдать, как даже у заядлых курильщиков на какое-то время пропадало чувство удовольствия от вдыхания табачного дыма. Кто-то использовал этот момент для избавления от пагубной привычки, другим не позволяли это сделать стойкие стереотипы поведения.

5. Кожные заболевания

Псориаз

Псориаз является часто встречающимся (1-2 случая на 100 жителей) хронически текущим рецидивирующим дерматозом, на долю которого приходится около 4% пациентов с болезнями кожи. Несмотря на сравнительно большую распространенность, до настоящего времени не сформировалось общепризнанного представления о причинах развития этого заболевания. Существует ряд логически стройных гипотез, объясняющих возникновение псориаза несколькими причинами: нарушением метаболизма, поражением желез внутренней секреции, сбоями в работе нервной системы или наследственными факторами, способствующими манифестации патологического процесса.

Отсутствие четких представлений об этиологии и патогенезе псориаза отразилось на методах его лечения, которые, базируясь на известной из клиники мультифакториальности заболевания, достаточно разнообразны и многочисленны. Ответ на вопрос, каким именно из них надлежит воспользоваться в каждом конкретном случае, находим у основоположника отечественной дерматологической школы, ученика С.П.Боткина профессора А.Г.Полотебнова (1838-1907), последовательно развивавшего идеи своего учителя о нервизме и доказавшего тесную связь дерматозов с состоянием организма в целом: «Необходимо лечить не кожу больного, а самого больного».

Пример 5-1.

Руководствуясь этим положением и понимая, что современные представления об этиологии псориаза (включая наследственную предрасположенность – через компенсаторно-приспособительные механизмы) связаны с деятельностью вегетативной нервной системы, мы решили применить вегетокоррекцию в лечении больного 52 лет, у которого эффлоресценция манифестируялась после стресса более 7 лет назад. Заболевание упорно прогрессировало, постепенно псориатические папулы покрыли его руки, в том числе и кисти, кожу спины и живота, в меньшей степени – грудь и ноги. Несколько лет назад процесс стал распространяться по волосистой части головы, выйдя на границу роста волос и возвышаясь над поверхностью кожи ярко красной полосой шириной около 1 см. Таким образом, сформировалась «псориатическая корона». Разные варианты лечения сколько-нибудь существенного эффекта не оказывали.

Непосредственно после выполненной 13.05.2005 вегетокоррекции псориатические элементы на коже лба и головы побледнели, что больной прокомментировал следующим образом: «Такой эффект достигается после двух дней применения мощной гормональной мази». (Нам представляется, что речь идёт о реакции микроциркуляторного русла). В ближайшие дни больной отметил исчезновение упорного кожного зуда, поблекнул красный периферический ободок вокруг бляшек, их возвышение над кожей стало

понижаться и постепенно сравнялось с поверхностью нормальной кожи, а центральные участки высыпаний освободились от чешуек.

Кроме явно положительной динамики патологического процесса в коже, улучшилось общее самочувствие пациента, изменились его вкусовые пристрастия. За последующие пять недель масса тела (131 кг) самопроизвольно снизилась на 10 кг. По желанию больного была проведена повторная вегетокоррекция 19.06.2005, после чего очищение кожи продолжилось, и ещё через три недели осталось всего лишь 20% эфлоресценций от исходного числа. К полугоду после первой вегетокоррекции сохранялись лишь несколько «дежурных» папул паравертебрально и одна – за правым ухом; эти элементы быстро ушли от карталина, оставив на своих местах слегка заметную гиперпигментацию. В дальнейшем бытовые стрессовые ситуации и погрешности диеты провоцировали появление отдельных новых псoriатических элементов, но они легко уходили от мази. Всего же ремиссия у этого пациента сохранялась более 7 лет (срок наблюдения).

Вегетокоррекции по прямым и сопутствующим показаниям в общей сложности подвергнуто 18 больных (из них 10 мужчин) в возрасте 16-70 (в среднем 46,3) лет, страдавших псoriазом на протяжении от 2 до 15 лет (прогрессирующая стадия была у 6, стационарная – у 12). У 3 пациентов имелась распространенная форма заболевания. Все больные имели разнообразные и в разной степени выраженные функционально обусловленные расстройства эндокринной системы, нарушения обмена веществ, различные признаки вегетативной стигматизации. В двух наблюдениях при прогрессирующем псoriазе после вегетокоррекции отмечено легкое 5-7-дневное усиление зуда в отдельных участках поражений, что следует расценивать не как обострение процесса, а как восстановление чувствительности нервных элементов кожи, подавленной охранительным торможением, а также активацией саногенетических процессов. В итоге от вегетокоррекции во всех случаях активизировалась инволюция высыпаний, протекавшая в порядке, обратном их появлению. Более эффективно освобождение от высыпаний шло при распространенном псoriазе и даже в стадии прогрессирования патологического процесса.

Таким образом, клинические наблюдения показывают, что пусковые и поддерживающие псoriаз механизмы связаны с определенными нарушениями в работе высших вегетативных структур, причём вегетокоррекция определенно нормализует их функции, согласовывая друг с другом. Представляется, что предпринятый нами подход к лечению псoriаза вполне логичен и полностью оправдан, тем более что аналогичные результаты мы получили не только при хронических, но и при острых дерматозах (нейродермите, крапивнице). Это касается и косметического неблагополучия кожи.

Нейродермит

Пример 5-2.

Студент консерватории, 23 лет, с 7 месяцев до 7 лет, а потом после перерыва с 17 лет и до настоящего времени страдает нейродермитом с поражением сгибательных поверхностей суставов рук. Последние четыре дня отмечает выраженное обострение заболевания с болью и зудом, впервые обнаружилось поражение лица, увеличились и стали болезненными лимфатические узлы шеи слева. Назначенное дерматологом лечение не помогало.

Имеющаяся у больного метеозависимость указала на возможность применения вегетокоррекции, которая была выполнена 06.07.2005, после чего были продолжены назначения дерматолога. Наблюдение показало, что клиническая симптоматика поражения кожи пошла на спад – уменьшилась интенсивность зуда, перестали сочиться наиболее пораженные участки. За неделю новых элементов не появилось, имевшиеся высыпания подсыхали и корочки от них отпадали. Улучшилось настроение. Через полтора месяца наступило выздоровление.

Мы не ставили перед собой задачу улучшить состояние кожного покрова с косметической точки зрения, но на это неоднократно обращали внимание как сами наши пациенты, так и их близкие. Одна пациентка выразилась достаточно образно: «Через две недели после вегетокоррекции моё лицо выглядит как после круговой подтяжки». Объяснить это можно нормализацией деятельности микроциркуляторного русла кожи, общего гормонального фона и пр. в условиях нормализации функции вегетативной нервной системы.

6. Болезни обмена веществ

Обмен веществ в организме подконтролен вегетативной нервной системе. Поэтому естественно предположить, что воздействие на неё может отразиться на проявлениях болезней, связанных с нарушением обмена веществ. Под нашим наблюдением находились пациенты с подагрой и гиперхолестеринемией.

Подагра

Подагра встречается в клинической практике довольно часто (1/1000 населения), причём болеют преимущественно мужчины (20/1), а у женщин болезнь наблюдается чаще в постменопаузе. В пожилом возрасте подагра обычно обусловлена приёмом лекарственных препаратов. Диагностика этого заболевания хорошо разработана и основывается на наличии любых двух из следующих четырех симптомов: развитие краткосрочных (несколько дней) приступов острого самопреходящего артрита, повышенное содержание мочевой кислоты в крови, наличие тофусов, а также выявление кристаллов уратов в синовиальной жидкости или тканях.

Установлены детали патогенеза, связывающие развитие подагры с нарушениями в обмене пуринов (до 10% случаев) и снижением выделения мочевой кислоты (90%), развивающимися в организме при недостаточности некоторых ферментов (уратоксидаза, уриказа). Повышенное содержание мочевой кислоты (конечного продукта пуринового обмена в организме человека) в крови приводит к отложению в тканях скоплений кристаллов уратов в виде патологических уплотнений, или тофусов. Вокруг последних развиваются сперва воспалительные, а затем деструктивно-склеротические изменения. Большой частью поражаются синовиальные оболочки и почки с мочевыводящими путями. Отсюда вторичные клинические проявления болезни – артриты, артрозы, истинные периартрозы, остеохондроз позвоночника, нефропатии, мочекаменная болезнь и т.д. Концентрация мочевой кислоты в крови повышается не только при подагре, но и при других нозологических формах – лейкемиях, нефритах и пр., что необходимо иметь в виду при дифференциальной диагностике.

Несмотря на то, что подагра известна издревле (Рохлин Д.Г., 1965), современная тактика лечения не ориентирована ни на ее патогенез, ни на начальные этапы болезни, а предусматривает симптоматические, заместительные и организационные (диета, режим) мероприятия. Более того, исходя из представления, что недостаточность ферментов имеет наследственный характер, считают, что для достижения стойкого терапевтического эффекта больной нуждается в пожизненном введении урикузурических препаратов.

Учитывая, что обмен таких ответственных биохимических составляющих метаболизма, как нуклеиновые и аденоzinинфосфорные кислоты, некоторые коферменты и другие биологически активные вещества, контролируется вегетативной нервной системой, представилось целесообразным исследовать возможность воздействия на подагру с позиции «функциональной неврологии» (Вейн А.М., 2003), применив вегетокоррекцию.

Под нашим наблюдением находилось 9 лиц (из них 7 – мужского пола) 39-75 (в среднем 48,2) лет с клиническими проявлениями подагры давностью до 10 лет. Систематического лечения ни один из них не получал. Их беспокоили периодические боли в суставах ног со склонностью к сезонным обострениям, повышенная концентрация мочевой кислоты в крови, о чём они судили по лабораторным анализам. Из сопутствующих заболеваний наблюдались ожирение (5), повышение артериального давления (4), неврологические проявления остеохондроза позвоночника (4), стенокардия (2), псориаз (2), метаболическая энцефалопатия (1) и др.

Во всех случаях однократно была выполнена вегетокоррекция. После этого достаточно было одной ночи, чтобы без каких бы то ни было дополнительных лечебных воздействий исчезли боли в местах обострений болезни и спал отёк параартикулярных тканей, увеличился объём движений в пораженных суставах, восстановилась опороспособность конечностей.

Наблюдение за пациентами на протяжении около года показало отсутствие обострений подагры и это, подчеркнем еще раз, всего лишь после однократной процедуры. Более того, у них снизилась степень выраженности сопутствующей патологии и стала эффективнее медикаментозная терапия, а у некоторых пациентов, кроме того, скорректировалась масса тела и самопроизвольно отчетливо изменились гастрономические пристрастия.

Пример 6-1.

Больной 75 лет, около 10 лет беспокоят приступы подагры, последнее обострение началось несколько дней назад. На улицу не выходит, с трудом передвигается по квартире. 20 лет назад перенес инфаркт миокарда, страдает утренними приступами стенокардии, в связи с чем принимает 4-5 таблеток нитросорбита в день (на протяжении полугода ежедневно принимает 1\4 таблетки аспирина). Вегетокоррекция была выполнена 18.12.2003, после чего закономерно выявились многие предсказуемые эффекты.

На другой день в 11 часов беседа с больным по домашнему телефону не состоялась, так как больного дома не было. Его жена (врач по специальности) сообщила: «Сегодня утром у него не было привычного уже приступа стенокардии, поэтому он никаких таблеток не принимал. За ночь резко снизилась интенсивность болей в подагрических узлах на стопах, уменьшилась припухлость вокруг суставов – он смог надеть кроссовки, которые уже давно не носил даже в состоянии вне обострения». Вечером больной сообщил, что «весь день был в делах – расчистил снег вокруг гаражей, ездил на машине, за сутки после вегетокоррекции принял всего одну таблетку нитросорбита и то лишь профилактически» (приступов стенокардии не было). Вскоре связь с пациентом прервалась.

Интерес этого клинического наблюдения в том, что проведенная в период обострения болезни вегетокоррекция дала благоприятные результаты, касающиеся костно-суставной системы. При этом за одну ночь в организме произошли такие изменения, благодаря которым стихли очаги асептического воспаления и восстановились функциональные возможности опорно-двигательного аппарата. Одновременно изменилось течение стенокардии. Применительно к подагре у данного больного можно предположить, что индуцированные вегетокоррекцией изменения обусловлены механизмами, в которых нормализация деятельности мочевыделительной системы играет не последнюю роль (ниже мы представим результаты лечения острого пиелонефрита).

Гиперхолестеринемия

Влияние вегетокоррекции на часто встречающееся в клинической практике нарушение обмена холестерина демонстрирует следующее наблюдение.

Пример 6-2.

Предприниматель 50 лет, предъявил жалобу на высокие цифры холестерина в крови (некоторые показатели жирового обмена увеличены в 2

– 2,5 раза). При сборе анамнеза выяснилось, что с 25 лет его беспокоит повышенное до 140-150\90-100 артериальное давление, в последнее время выражена утомляемость, периодически бывает люмбалгия, повышение сахара в крови, которое он регулирует диетой. Страдает ожирением 2 ст.

Вегетокоррекция была выполнена 27.06.2008. При этом наблюдались предсказуемые ощущения. Мы рекомендовали повторить анализ крови на холестерин и жировые фракции через три недели (с учётом сравнительной инертности обменных реакций), но уже 15.07.2008 пациент позвонил и радостным голосом сообщил: «Я сдал анализы, а сегодня мне сообщили – показатели жирового обмена не выходят за верхние границы нормы. Посоветовали продолжать лечение, но я никаких лекарств не принимаю! Сахар крови в порядке». Наблюдение за пациентом продолжалось около четырёх лет, в течение которых показатели холестерина и сахара в крови оставались в пределах нормы.

В заключение нельзя не отметить, что в условиях, когда возможности современной диагностики максимально приближены к функциональному этапу развития патологических процессов, закономерны и оправданы изменения подходов к терапии. Все более отчетливо «недостающее звено лечебного процесса» проявляется в необходимости нормализации деятельности центральных вегетативных структур, в том числе вегетокоррекцией, кардинально меняющей течение многих патологических состояний. Это утверждает междисциплинарный характер вегетологии. Как показывает наш опыт и общая клиническая практика, патологические процессы, обусловленные нарушением обмена веществ, расширяют круг заболеваний, при лечении которых нормализация функций вегетативной нервной системы ставится во главу угла.

7. Заболевания детского возраста

Располагая опытом и позитивными результатами коррекции расстройств вегетативной нервной системы у взрослых больных с широко распространенными и редко встречающимися болезнями, мы подвергли лечению 19 детей (из них 11 мальчиков) в возрасте 8-15 (в среднем 11,2) лет. Показанием к лечению явилось наличие у них вегетативной стигматизации, которая сопутствовала интенсивной головной боли, повышенной утомляемости и раздражительности, выраженным метеопатологическим реакциям, диссомнии, клиническим проявлениям недостаточности вертебробазилярного кровообращения, артериальной гипертензии, гипакузии, расстройствам становления менструального цикла, отставанию в росте, нарушениям дыхания, формирующими картину бронхо-обstructивного синдрома, и пр. На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных в таких случаях диагностировались дисциркуляторная энцефалопатия, бронхиальная астма, минимальная мозговая дисфункция, компенсированная гидроцефалия, нейроциркуляторная дистония, различные дискинезии внутренних органов и систем и др.

Эффективность нормализации деятельности центральных надсегментарных и сегментарных структур вегетативной нервной системы демонстрируют приведенные ниже клинические наблюдения.

Минимальная мозговая дисфункция

Пример 7-1.

Мальчик 8 лет, от 3-й беременности, вторых родов в 38 недель с обвитием пуповины вокруг шеи, вес при рождении 2850 г. Находился под наблюдением педиатра и невропатолога в детской поликлинике. Получал лечение в связи с повышенной утомляемостью и раздражительностью, трудностями концентрации внимания и обучения в школе, плохой памятью, периодически наблюдающимися неадекватной вспыльчивостью и немотивированной агрессивностью, болями и скованностью в позвоночнике и мышцах спины, диссомнией, проявляющейся в затруднении засыпания и тревожных снах. В последний год стали особенно беспокоить частые и резко выраженные головные боли, преимущественно в форме гемикрании, не отличавшиеся постоянной локализацией и возникавшие 2-3 раза в неделю дома или в школе на третьем-четвертом уроках. При появлении головных болей в школе родители забирали мальчика домой, давали анальгин и укладывали в постель на несколько часов.

Нарастающая картина клинического неблагополучия вынудила родителей ребенка в августе 2000 г. обратиться за медицинской помощью в крупный специализированный детский лечебно-диагностический центр. На основании клинического осмотра был установлен диагноз «Последствия перинатальной патологии головного и спинного мозга с синдромом минимальной мозговой дисфункции». ЭЭГ-исследование выявило умеренные диффузные изменения биологической активности коры головного мозга, выраженную ирритацию мезодиэнцефального уровня со склонностью к пароксизмам. Ультразвуковой допплерографией сосудов головы и шеи установлено умеренное снижение кровотока в левой задней мозговой артерии, кровоток в позвоночных артериях на шейном уровне $S>D$, на интракраниальном – снижен слева, при поворотах головы возникает умеренная степень компрессии обеих позвоночных артерий. Электромиография обнаружила умеренно выраженную сегментарную недостаточность на стволовом и шейном уровнях, а также легкую степень недостаточности на поясничном уровне. Таким образом, результаты инструментальных исследований подтвердили имеющееся клиническое неблагополучие.

В перечень только основных препаратов, назначенных ребенку для лечения повторными курсами, вошли: пантогам, актовегин, церебролизин, витамин B_{12} , ново-пассит, кавинтон. Кроме того, проводилось физиотерапевтическое лечение – электрофорез с эуфиллином и папаверином на шейный отдел позвоночника, токи д'Арсонвала на воротниковую зону, а

также массаж (плечевого пояса, рук, спины, исключая шею), лечебная физкультура, фитотерапия. Рекомендовано ограничить физическую нагрузку.

Несмотря на проводимое лечение, улучшения состояния больного не отмечалось. Продолжала беспокоить интенсивная головная боль, возникающая с прежней частотой, стала отчетливой ее связь с умеренным эмоциональным или физическим напряжением. В связи с этим, а также учитывая показания к нормализации деятельности центральных вегетативных структур 03.12.2001 (уже в возрасте 10 лет) была выполнена вегетокоррекция. Из-за неэффективности терапии, проводившейся достаточно долго, а именно – 1 год и 3 месяца, все назначенные ранее препараты и лечебные процедуры были отменены. Рекомендован свободный режим.

Практически сразу же после вегетокоррекции мальчик сказал: «Голове стало легче». В первую же ночь он быстро заснул, а утром сообщил, что не видел, как раньше, страшных снов. Уже на следующий день сам ребенок отметил, что у него под глазами пропали синяки (являющиеся одним из симптомов дисциркуляторной энцефалопатии). При этом состояние своей головы он характеризовал словами «легкая, светлая».

На консультативном осмотре через месяц выяснилось, что после вегетокоррекции головная боль ни разу не давала о себе знать. Родители отметили, что сын «стал активнее, легче выполняет домашние задания». Одновременно стойко нормализовался сон, ушла вспыльчивость и невротичность, исчезли болезненность в области позвоночника и скованность мышц спины.

При первом осмотре, перед вегетокоррекцией обратил на себя внимание малый рост ребенка (он был последний в строю на уроках физкультуры). Возникло предположение о нарушении гипоталамо-гипофизарных отношений с развитием гипофункции передней доли гипофиза (синтеза соматотропного гормона). В связи с этим родителям было предложено понаблюдать за ростом сына. Через 4 месяца после лечения оказалось, что пациент прибавил в росте 3-3,5 см (т.е. около 10 см в год). К 15 годам мальчик стал одним из самых высоких в классе и даже перерос родителей и старшего брата.

В целом достигнутый в этом случае положительный эффект сохраняется без какой-либо дополнительной терапии более 13 лет. Юноша окончил школу, техникум, работает и продолжает учиться.

Бронхо-обструктивный синдром

Пример 7-2.

Мальчик 11 лет стал жаловаться на периодически возникающие приступы затруднённого шумного дыхания, в том числе и во время сна. После обращения к педиатру последовали консультации пульмонолога, аллерголога, и в конце концов был установлен диагноз: бронхо-обструктивный синдром, начальные проявления бронхиальной астмы. Из

квартиры были удалены кошка, аквариум с рыбками и ковры. Однако, предваряя медикаментозное лечение, родители решили подвергнуть сына вегетокоррекции, поскольку ранее невролог находил у него признаки минимальной мозговой дисфункции.

Вегетокоррекция была выполнена 07.03.2003, причём сразу же после неё наблюдался такой типичный признак, как улучшение зрения. С первой же ночи родители отметили у мальчика свободное дыхание во сне. Спустя три недели выяснилось, что наблюдавшиеся ранее приступы затруднённого дыхания после вегетокоррекции прекратились. За последующие три года лишь один раз летом в деревне у мальчика однократно наблюдался астматический приступ, слабо выраженный и спонтанно купировавшийся; родители связали это с реакцией на цветение какой-то травы. В последующие девять лет жалоб со стороны дыхательной системы не было, и всё обошлось без медикаментозного лечения.

«Порок развития позвоночника»

Пример 7-3.

Больная 12 лет, инвалид детства в связи с «пороком развития шейного отдела позвоночника». Обратилась за консультативной помощью в декабре 2000 г. с жалобами на частые головные боли, метеозависимость, повышенную утомляемость, диссомнию, нестабильное снижение слуха с тенденцией к ухудшению, альгодисменорею, булимию. Из-за отсутствия эффекта от лечения общепринятыми терапевтическими методами лечение девочки с положительным клиническим эффектом на протяжении ряда лет проводилось курсами у рефлексотерапевтов, мануальных терапевтов, остеопатов. Однако 1,5-2 года назад эффективность такого лечения резко снизилась и возникла необходимость менять терапевтическую тактику.

Из анамнеза выяснилось, что девочка от 3-х родов, протекавших с грубыми дефектами родовспоможения, что заставило усомниться в том, что речь и в самом деле идёт о «пороке развития». При осмотре – повышенного питания, умеренно выражены явления кривошеи; сахар крови – 6,8 ммоль/л. Рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника выявило аплазию задней дуги атланта и его правой боковой массы, а также сращение 3-6 шейных позвонков.

Вегетокоррекция была выполнена 12.01.2001, и уже на другой день девочка стала отмечать улучшение своего состояния. Так, исчезло постоянное чувство «тяжёлой головы» и резко уменьшилась интенсивность болей в ее левой половине. Ощущение головы она описывала словами «ясная, легкая, свободная». Ночной сон улучшился и стал приносить полноценный отдых. Ослабело постоянное чувство голода, что позволило сдерживаться в еде, тем самым снизив прирост массы тела. В течение нескольких последующих месяцев нормализовались и стали безболезненными менструации. Пришли в норму уровень сахара в крови и сахарная кривая. Исчезла метеозависимость.

Постепенно изменилось поведение пациентки дома и в школе. Нормализовались немотивированно натянутые отношения с членами семьи, появилась инициатива в занятии обычными домашними делами, от чего она ранее откращивалась, ссылаясь на головную боль и усталость. Домашние отметили улучшение слуха – девочка стала просить их разговаривать с ней не так громко, как прежде. Появилось также желание посещать школу, где, со слов учителей, она стала активной, общительной, контактной, разговорчивой и даже задиристой, чего раньше не наблюдалось. При этом улучшилась память, появился интерес к чтению.

Все наступившие после вегетокоррекции изменения в состоянии ребенка, описанные выше, протекали без использования каких бы то ни было лекарственных средств и других методов лечения. Эффект вегетокоррекции сохраняется до сих пор и, как образно недавно выразилась мать больной, «мы с дочкой забыли про врачей».

Аутизм

Поведенческие проблемы, как известно, имеют в своей основе не только психогенную, но и вегетативную составляющую. Если для лиц старшего возраста данное положение справедливо при некомпенсированной патологии сосудов мозга, то в отношении детей обычно стараются в большей степени обращать внимание на психологические мотивы дисгармонии поведения, игнорируя при этом наличие выраженных вегетативных расстройств. В этой связи раннее распознавание вегетативной составляющей неблагополучного психического развития ребенка имеет большое значение для его реабилитации.

Наши клинические наблюдения показывают, что совместная лечебно-развивающая работа врача и психолога успешна даже при весьма сложных расстройствах психического развития.

Пример 7-4.

К нам обратились родители мальчика 8 лет с «шизо-аутизмом», находившимся под наблюдением в авторитетном специализированном учреждении и обучавшимся индивидуально по программе начальной школы. Жалобы родителей были обычными в подобных случаях, а именно неуправляемость ребенком, его неспособность к формированию навыков социального поведения, вспышки агрессии, немотивированный отказ от выполнения учебных заданий и пр. Объективно при психологическом обследовании обнаружено неравномерное развитие интеллекта – вербальный интеллект выше возрастной нормы, словарный запас разнообразен, в нём присутствуют сложные абстрактные понятия и термины. Вместе с тем практический интеллект – на уровне 4-х лет, и этот ярко выраженный инфантилизм особенно заметен в реакции на новую социальную ситуацию.

Высокая степень нарушений вегетативной регуляции ряда систем и органов ребенка установлена клинически и инструментально. При всём том мальчик может вступать в контакт, а отказ от общения и деятельности

представляет собой, по-видимому, своеобразную реакцию защиты от перенапряжения (охранительное торможение). Обеспокоенность родителей нарастанием проблем в отношениях с ребенком, главным образом вследствие его неспособности нормально вести себя в общественных местах, в целом полностью обоснована.

При расширенной медико-психологической консультации было предложено несколько вариантов нормализации психического развития ребенка, отличающихся порядком и глубиной коррекционных мероприятий. Наиболее рациональной оказалась первичная нормализация функций вегетативных центров с последующей психолого-педагогической работой. Уже при первичном обследовании удалось наладить контакт с ребенком, и, как ни удивительно, он согласился на лечение методом вегетокоррекции, которая была проведена 29.01.2005. И это вопреки тому, что обычно малейшая попытка прикоснуться к нему (в парикмахерской, у стоматолога и т.п.) вызывала у мальчика бурную защитно-агрессивную реакцию.

Уже на другой день появились изменения в поведении ребенка: он хорошо выспался, посмотрел телепередачу про животных, сам вызвался делать с папой домашнее задание по природоведению, был спокоен, адекватно реагировал на все замечания и требования и даже поинтересовался, «когда мы ещё поедем лечиться уколами». Нормализация деятельности вегетативной нервной системы позволила быстро устраниТЬ расстройства базовых психических функций – восприятия, внимания, мотиваций. В дальнейшем родители стали отмечать усидчивость, появление новых интересов, отсутствие отказов от предлагаемой работы, новые оттенки поведения (реакция на эмоции других людей). Нормализация деятельности вегетативной нервной системы сравнительно быстро – всего лишь за неделю создала выгодные условия для эффективной реализации реабилитационных педагогических программ.

В приведенном наблюдении рассогласование психических функций явилось следствием ряда вегетативных дисфункций перинатального генеза (крупный плод, тяжёлые роды). Развитие неадекватных сценариев поведения ребенка обусловили расстройства деятельности центральных звеньев его вегетативной нервной системы. Так как основная психологическая проблема состояла в рассогласованности психических функций, механизмом коррекции выступила сенсо-моторная и сенсо-идеомоторная интеграция. Родителям была предложена перспективная программа упражнений по развитию у ребенка согласованности ощущения и движения, восприятия и речи, ощущения и речи и т.д.

Описанное наблюдение даёт основание считать, что коррекция даже сравнительно грубых поведенческих расстройств значительно более эффективна после нормализации функций центральных вегетативных структур мозга.

В здоровом организме влияние вегетативной нервной системы на подконтрольные ей образования более или менее стабильно. При

определенных обстоятельствах различные составляющие этого влияния могут выходить за границы нормативных показателей, проявляясь в виде болезней *регуляции*. Патогенетические механизмы этих болезней обладают необязательным свойством самопроизвольного регресса, что оправдывает активную коррекцию их путем нормализации деятельности центральных вегетативных структур. Справедливость такого подхода и эффективность вегетокоррекции в подобных ситуациях демонстрируют многочисленные клинические наблюдения.

В заключение можно сказать, что приведенные выше клинические примеры освещают круг важнейших проблем современной педиатрической клиники. С учетом современного понимания болезней *регуляции* нормализация деятельности вегетативного отдела центральной нервной системы у детей представляется особенно существенной. Наличие в периоде роста длительного хронического напряжения или недостаточности адаптивных механизмов, сопряженных с центральными вегетативными структурами, неблагоприятно не только в связи с сиюминутными нарушениями функций органов и систем, но и в смысле формирования органической патологии уже в детском возрасте.

Очевидно, при наличии тех или иных препятствий для сбалансированного развития организма в раннем онтогенезе формируются предпосылки различных болезней взрослых, о чём никогда не следует забывать. Наш опыт подтверждает, что центрам вегетативной нервной системы принадлежит исключительная роль в формировании разнообразных патологических процессов. Познав конкретные механизмы того, как это происходит в действительности, а также овладев в большей или меньшей степени возможностями эффективно управлять функциями вегетативной нервной системы, мы сможем повысить существующий сегодня уровень качества лечения и профилактики как широко распространенных, так и редко встречающихся заболеваний и у детей.

8. Опыт лечения больных пожилого и старческого возраста

У больных старшего возраста достаточно часто встречаются патологические процессы, слабо поддающиеся медикаментозному лечению, а порою не уступающие ему вообще. В большинстве случаев подобные состояния хотя и не ограничивают общую продолжительность жизни пациентов, но существенно ухудшают её качество. Это послужило основанием для распространения нашего опыта вегетокоррекции на гериатрических больных.

Всего проведено лечение 327 пациентов (из них 221 женского и 106 мужского пола) старше 60 (в среднем 71,8) лет: 60-74 года – 218 (67%) человек, 75-90 лет – 105 (32%), старше 90 лет – 4 (1%).

Показанием к лечению этих больных служили клинические проявления стабильной и прогрессирующей недостаточности вертебробазилярного кровообращения, профилактика и реабилитация ишемического инсульта

головного мозга, дисциркуляторная энцефалопатия и диэнцефальный синдром, реабилитация и профилактика инфаркта миокарда, неврозы и вегетативные кризы, затянувшиеся проявления климактерического синдрома, нейроциркуляторная дистония и головокружения, головные боли и мигрень, диссомния и астения, различные проявления болевых синдромов при остеохондрозе позвоночника и невралгия тройничного нерва, артериальная гипертензия и стенокардия, бронхиальная астма, расстройства желудочно-кишечного тракта (гастроэзофагеальный рефлюкс, запоры, синдром раздраженного кишечника и др.), недифференцируемые боли в суставах, патологические проявления метеозависимости и прочее. В подавляющем числе наблюдений получены положительные результаты лечения, отрицательных результатов и осложнений не отмечено. Всё это, как показывают конкретные примеры, говорит само за себя.

Стенокардия

Пример 8-1.

Больная 93 лет два года страдала интенсивными и с трудом купиравшимися приступами ангинозной боли, возникающими регулярно по ночам (днем – при физической нагрузке), частыми подъемами артериального давления (более 200 мм рт. ст.), диссомнией, симптомами гастроэзофагеального рефлюкса, метеозависимостью. Стенокардия появились сразу же после операции по поводу катаракты правого глаза с заменой поражённого хрусталика искусственным.

С учётом жалоб и наличия вегетативной стигматизации была выполнена вегетокоррекция 24.01.2003. В последующие дни частота возникновения болей в области сердца и их интенсивность стали снижаться, приняв характер кратковременных неприятных ощущений, не требующих приема медикаментов; 2 месяца спустя приступы стенокардии вообще прекратились. Артериальное давление перестало повышаться выше 150 мм, что позволило пациентке отказаться от приёма гипотензивных препаратов. Явно улучшился и стал приносить полноценный отдых сон. После еды исчезли изжога, отрыжка, чувство дискомфорта в животе. Общее состояние также улучшилось, повысилась стрессоустойчивость, ослабела метеозависимость, а «при полной Луне» появился нормальный сон, отсутствовавший десятилетиями. Представляет клинический интерес уменьшение у этой больной после вегетокоррекции степени пресбиопии и субъективно ощущаемое улучшение зрения оперированного по поводу катаракты глаза. В другом глазу уменьшилась центральная скотома, существовавшая в течение 3 лет после отслойки сетчатки; при этом увеличился угол периферического зрения, а через скотому больная стала «различать пальцы».

Наблюдение за больной продолжалось два года. Очевидно, активация адаптивных реакций оказала ощутимую помощь.

Синдром раздражённого кишечника

Пример 8-2.

Больной в возрасте 61 года. 25 лет назад его стали беспокоить приступы схваткообразных болей с урчанием и вздутием кишечника, чувством распирания в животе, диареей, появлявшиеся без причины и продолжавшиеся 5-7 дней. Первоначально такие пароксизмы наблюдались в среднем 4 раза в год, но со временем частота их возросла до 3 в месяц, а продолжительность сократилась до 3-4 дней. Многократно госпитализировался по экстренным показаниям и углубленно обследовался в различных медицинских учреждениях, причём органической патологии не выявлялось, а эффекта от проводимого лечения не было. Был диагностирован «синдром раздражённого кишечника». Другой патологии внутренних органов на момент осмотра не отмечалось. Пациент работал руководителем производства.

Отсутствие эффекта от широкомасштабной медикаментозной терапии явилось основанием для изменения лечебной тактики. Рассматривая патологическое состояние как «болезнь регуляции», мы отменили все медикаменты и 29.01.2003 провели вегетокоррекцию. Только через 3 недели после этого больной, не теряя трудоспособности, перенес короткий (менее 2 дней) пароксизм прежнего типа, спонтанно купировавшийся. В ближайший год приступов не было.

Приведенное наблюдение, с одной стороны, позволяет оценить качество жизни пациента с синдромом раздражённого кишечника на протяжении четверти века, с другой оно показывает, что «синдром раздраженного кишечника» в ряде случаев является следствием нейровегетативных расстройств, обусловливающих нарушения функций желудочно-кишечного тракта, симптоматическое и заместительное лечение которых малоэффективно. Патогенетическая терапия в подобных случаях, относящихся к *болезням регуляции*, состоит в нормализации работы вегетативных центров.

Как эти, так и многие другие клинические наблюдения демонстрируют значительную распространённость у гериатрических больных таких патологических состояний, в основе формирования которых лежат функциональные нарушения деятельности вегетативного отдела нервной системы. Устранение этих нарушений методом вегетокоррекции позволяет сравнительно быстро восстановить активность компенсаторно-приспособительных механизмов. Вследствие этого существенно ослабевают проявления многих болезней, что повышает качество жизни пациентов.

9. Разное

В этом разделе мы представим наблюдения совершенно различных по механизмам формирования патологических процессов, на течение которых вегетокоррекция оказала положительный эффект. Приводимые случаи – преимущественно единичные, поэтому делать выводы о какой-то «системе»

лечения данных болезней пока не представляется возможным. Выводы из этих наблюдений, конечно, возможны. Они носят обобщённый характер и будут представлены в «Заключении».

Цирроз печени

Функционально-морфологические нарушения печени при циррозе достаточно сложны и разнообразны, что не дает оснований для их однозначной патогенетической трактовки, несмотря на многолетнюю дискуссию (Даркшевич Ю.Н., 1976; Блюгер А.Ф., Карташева О.Я., 1980; Серов В.В. и соавт., 2002). Это в известной мере объясняет то обстоятельство, что терапия цирроза печени оказывается порою не столь эффективной, как это ожидается *a priori* (предположительно) при назначении традиционных схем. В качестве примера можно сослаться на лечение цирроза печени при вирусных гепатитах В и С альфа-интерфероном в тех случаях, когда при морфологическом исследовании печени обнаруживается гемосидероз (Смирнов О.А. и соавт., 2003).

С теоретической точки зрения нам представляется, что терапия цирроза печени ориентируется в настоящее время главным образом на *locus morbi* (место болезни), хотя эта патология носит системный характер и требует комплексного подхода с мобилизацией общих компенсаторно-приспособительных реакций.

Если подходить к этой проблеме с физиологической точки зрения, нельзя не сослаться на работы классиков физиологии (И.П.Павлов, В.В.Пашутин, В.В.Подвысоцкий), как мы уже неоднократно делали это, считавших, что нормализация расстроенных физиологических функций является необходимым и достаточным условием эффективности лечения многих заболеваний.

Весь наш опыт вегетокоррекции может быть всецело экстраполирован и на цирроз печени, о чем свидетельствует приводимое наблюдение.

Пример 9-1.

Больной 43 лет, обратился с жалобами на постоянное ощущение тяжести и давящие боли в правом подреберье, чувство тошноты и горечи во рту, плохую переносимость жирной пищи, отсутствие аппетита, повышенную утомляемость. На протяжении ряда лет он находился под наблюдением специалистов с диагнозом «Хронический вирусный гепатит В. Цирроз печени, умеренная активность», неоднократно госпитализировался.

Исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта методом фиброскопии выявило варикозное расширение вен в подслизистой оболочке дистального отдела пищевода, скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, катаральный рефлюкс-эзофагит, вторичный проксимальный дуоденит.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости обнаружено значительное увеличение печени, обеднение сосудистого рисунка (видны только основные ветви); структура обеих долей печени

диффузно изменена, выражены признаки жирового гепатоза; воротная вена диаметром 1,1 см; общий желчный проток диаметром 0,4 см; желчный пузырь 12x4,5 см, напряжен, в его полости определяются мелкие конкременты; селезенка увеличена до 13,7x6,4 см. При динамической сцинтиграфии печени с изомером $^{99}\text{Tc}^m$ в течение 40 минут поглотительная и выделительная функции купферовских клеток умеренно нарушены. При статической сцинтиграфии в трёх проекциях печень неправильной формы, выступает за край реберной дуги на 2,7 см; правая доля увеличена умеренно, левая – значительно; селезенка увеличена в вертикальном размере, накопление в ней радиофармпрепарата повышен (косвенный признак портальной гипертензии); отмечается гиперфиксация радиофармпрепарата в ретикулоэндотелиальной системе костного мозга, а распределение его в печени очагово-неравномерное. В целом сцинтиграфически – признаки цирроза печени.

В такой ситуации больному было предложено дополнить стандартную терапию еще одной лечебной процедурой – вегетокоррекцией. Согласие больного было получено, и лечение проведено 10.11.2004. С первых же дней после процедуры больной, к своему собственному удивлению, стал отмечать «улучшение с каждым днём». Перестала, по его словам, «чувствоваться и беспокоить» печень, наладилась работа толстой кишки, улучшился и стал приносить полноценный отдых сон, голова «просветлела», улучшилось настроение. По истечении месяца пациент, постепенно расширяя диету, стал есть всё без ограничения, согласно собственным вкусовым пристрастиям, не испытывая при этом болей или дискомфорта ни в области печени, ни в других отделах живота. Такая динамика течения болезни уже через полтора месяца после вегетокоррекции отразилась на массе его тела – не прерывая профессиональной деятельности, он поправился на 4 кг. При этом контрольное УЗИ не обнаружило изменений в состоянии органов брюшной полости.

Приведенное наблюдение как нельзя лучше показывает, что устранение определенного неблагополучия вегетативного статуса на той или иной стадии развития цирроза печени вызывает существенно благоприятные перемены в его течении.

На наш взгляд, воздействие на вегетативную нервную систему способно в некотором роде корректировать «несовершенство и потенциальную патогенность адаптивных механизмов организма» (Зайчик А.М., Чурилов Л.П., 1999).

Нейросенсорная тугоухость

Пример 9-2.

Больной 69 лет, инженер, 28.12.2005 обратился с жалобой на приобретенную 14 лет назад стабильную потерю слуха на левое ухо. Из анамнеза выяснилось, что в 1991 г, вскоре после внезапно возникшего ощущения «взрыва» в левом ухе, слух стал прогрессивно падать и

практически пропал. По образному выражению больного, «в последующем у него не было нормальной головы».

Пациент прилагал значительные усилия по восстановлению слуха: консультировался, неоднократно подвергался углубленным инструментальным исследованиям и добросовестно выполнял все назначения и рекомендации высококомпетентных специалистов. Тем не менее, слух не восстанавливался.

Во время обращения больной одновременно предъявлял жалобы на общую слабость, апатию. Около 15 лет его беспокоят умеренно выраженные проявления артериальной гипертензии. В 1995 г. перенес обширный инфаркт миокарда, а 24 ноября 2005 г. – ишемический инсульт с параличом левого лицевого нерва (был экстренно госпитализирован и получал лечение в остром неврологическом отделении городской больницы №26 Санкт-Петербурга).

Клинический осмотр пациента выявил нарушения возбудимости и лабильность вегетативного отдела нервной системы, а также явления дисциркуляторной энцефалопатии в виде периодической бинокулярной дипlopии, неустойчивости остроты зрения на протяжении дня, орто- и клиностатических явлений (от внезапно возникающих головокружений падает на улице), выраженной метеозависимости и пр.

В день обращения больному была выполнена вегетокоррекция, рекомендовано сделать перерыв в приеме медикаментозных препаратов («медикаментозные каникулы»).

Эффекты вегетокоррекции проявились сравнительно быстро. Непосредственно после лечения пациент отметил значительное улучшение зрения, потеплела и стала «ощущаться целиком» левая половина лица. Через неделю слух на левое ухо, согласно субъективной оценке, увеличился до 30% по сравнению с контралатеральным, нормально слышащим, а еще через 2 недели – до 80% (что было охарактеризовано как «едва немного хуже правого»).

На протяжении года после вегетокоррекции не падал на улице от головокружений, зрение стабилизировалось, диплопия не повторялась, явно ослабела метеозависимость, сохранялось бодрое самочувствие. Симметрия лица практически восстановилась. Артериальное давление изредка несколько превышало пределы верхней границы возрастной нормы. Состояние головы пациент уверенно характеризовал словами «легкая, светлая, прозрачная». При необходимости принимал лекарственные препараты в режиме «по требованию». В конце весны 2006 г. уехал на родину в Белоруссию, где провел все лето.

Это наблюдение даёт почву для размышлений. Давние и множественные нарушения вегетативной регуляции с выраженным (в нашем примере, к счастью, не запредельными) органическими проявлениями в органах-мишениях разных систем (устойчивое снижение слуха, слабость зрительного анализатора, стабильно низкий общий психо-эмоциональный

тонус и пр.) широко представлены в клинической практике. При этом наиболее значимой для нашего больного и, к сожалению, при существующем лечебном подходе инкурабельной, оказалась стабильная односторонняя сенсорно-невральная тугоухость, длившаяся более 14 лет. С остальными проявлениями соматического неблагополучия к моменту последнего обращения за медицинской помощью пациент, не утративший естественного желания быть здоровым, смирился, ранее наслышавшись от специалистов «Чего вы хотите в вашем возрасте?»

Представляется, что тяжелую степень тугоухости в данном случае обусловливало одностороннее поражение звукоспринимающего аппарата соответствующего анализатора, ткани которого, пребывая длительный период времени в состоянии торможения, создали ложное представление о необратимости патологических изменений. Однако извлеченные из-под спуда естественные саногенетические механизмы быстро, существенно и стойко улучшили качество жизни человека, несмотря на его возраст.

Острый пиелонефрит

Больные острым пиелонефритом лишний раз напоминают о том, что вегетативная нервная система в той или иной степени принимает участие в развитии любых патологических расстройств. Это участие может проявляться не только в активации всех вегетативных функций, но и в угнетении некоторых из них. При этом формируются варианты, атипичные формы течения патологического процесса и его неблагоприятные исходы. Вследствие этого возникает дисбаланс в работе защитных и компенсаторных механизмов, нарушаются процессы саногенеза. Это базовое для клинической медицины положение является основанием для улучшения результатов лечения острого пиелонефрита, обусловленного гематогенным заносом инфекции в межуточную ткань почки. Для достижения эффекта в такой ситуации представилось целесообразным использовать резервы защитных механизмов больного, подконтрольные вегетативной нервной системе, и имеющиеся возможности влияния на их деятельность.

Пример 9-3.

Больная 38 лет почувствовала боли тянувшего характера в правой половине поясничной области, первоначально расцененные ею как «радикулит». Нарастание интенсивности боли и симптомов интоксикации вынудило пациентку обратиться к нам за медицинской помощью спустя неделю от начала заболевания.

Страдает головными болями мигренозного характера более 20 лет, имеются умеренно выраженные признаки вегетативной стигматизации. При осмотре живот правильной формы, болезненный при глубокой пальпации в проекции правой почки, симптомов раздражения брюшины нет, симптом Пастернацкого положительный справа.

Анализ крови: лейкоцитоз – $9,4 \times 10^3/\text{мм}^3$, СОЭ – 50 мм/час. Анализ мочи: белок – 0,158 г/л, лейкоциты – 12-15 в п/зр, эритроциты измененные – 2-4 в п/зр, цилиндры зернистые – 0-1, слизь – 2, бактерии (+).

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости почки правильной формы, расположены на своих местах, смещаемы, их чашечно-лоханочный комплекс не расширен, конкременты не определяются; признаков другой патологии внутренних органов нет. Установлен диагноз «Правосторонний острый пиелонефрит».

Отказавшись от госпитализации, больная согласилась проводить лечение амбулаторно и, прежде всего, воспользоваться вегетокоррекцией. Последняя была выполнена 05.01.2005; помимо этого назначен нолицин (0,4 г 2 раза\сутки 5 дней) и рекомендован охранительный режим. Контроль общего состояния осуществлялся в динамике рутинными клинико-лабораторными методами и УЗИ. После вегетокоррекции состояние пациентки стало улучшаться, и через 9 дней было удовлетворительным. Боли в поясничной области и в животе не беспокоили, отмечались легкие астенические явления; она приступила к работе. В анализе крови: лейкоцитоз – $7,6 \times 10^3/\text{мм}^3$, п-1, с-67, э-4, л-24, м-4, СОЭ – 40 мм/час. При контрольном УЗИ брюшной полости патологии не выявлено.

Приведенный клинический пример не только подтверждает существенное значение функциональной недостаточности общих и органных защитных механизмов в развитии одностороннего гематогенного пиелонефрита. Он показывает, что в лечебном процессе исключительную роль играет деятельность центральных вегетативных структур, активация которых позволяет в считанные часы изменить характер течения болезни. Единственный антибактериальный препарат – нолицин, который больная стала принимать лишь 2 дня спустя после вегетокоррекции, был назначен «для страховки».

Как водится, сработал закон парных случаев, и вскоре после описанного выше наблюдения к нам обратилась ещё одна пациентка с аналогичными жалобами и диагнозом, у которой также была применена вегетокоррекция.

Пример 9-4.

У больной 40 лет появились боли в поясничной области и частое мочеиспускание, повысилась температура тела. На следующий день она была консультирована в авторитетном медицинском учреждении, где сделаны все клинические анализы и УЗИ брюшной полости. Был установлен диагноз «острый пиелонефрит», для лечения которого настоятельно рекомендована срочная госпитализация в урологическое отделение. Отказавшись от госпитализации по семейным обстоятельствам, больная обратилась за помощью к нам. Из-за позднего времени детальный анамнез собрать не представилось возможным, но стало известно, что больная страдает головными болями. Вегетокоррекция была выполнена 23.01.2005, после чего

больная пошла спать; дополнительно никакого медикаментозного лечения назначено не было.

На другой день у пациентки спала температура, появился аппетит, она смогла заниматься домашними делами. Ещё через день больной позвонили из клиники, где она консультировалась, и сказали, что она рискует стать «хронической урологической больной». Напуганная, ни на что не жалуясь, она поехала на повторную консультацию, где ей повторили анализы и УЗИ. Не найдя патологии, консультант сказал ей: «Такого острого пиелонефрита не бывает. Мы, видимо, ошиблись. Вы свободны». О вегетокоррекции больная промолчала.

Эта пациентка прослежена более четырёх лет, с почками у неё проблем нет, головные боли не беспокоят, наладился сон.

Представляется, что в этом наблюдении острого пиелонефрита, в котором вообще обошлось без назначения лекарственных препаратов, за несколько часов наступившее выздоровление стало возможным благодаря короткому промежутку времени от начала заболевания до вегетокоррекции.

Туберкулез легких

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последние десятилетия во фтизиатрии, лечение как легочного, так и внелегочного туберкулеза продолжает оставаться сложным и длительным, а его конечные результаты не всегда удовлетворительны. Как нам представляется, на эффективности лечения больных отражается то обстоятельство, что комплекс проводимых при туберкулезе базовых лечебных мероприятий ориентирован преимущественно на возбудителя заболевания и не создает в полной мере условий для включения собственных защитных механизмов макроорганизма.

При туберкулезе наблюдается взаимодействие противоположных тенденций, из которых одна состоит в активации защитных функций организма, а другая отражает преобладание реакций деструктивного порядка. В зависимости от физиологического состояния и свойств организма, а также степени вирулентности и массивности инфекции, течение и исход заболевания бывают неодинаковы и могут иметь диаметрально противоположный характер.

Результаты антибактериальной терапии зависят, в частности, от состояния барьерной функции печени, степени чувствительности нервной системы к токсическому действию химиопрепараторов и т.п. Снижение эффективности химиотерапии тем более выражено, чем значительнее нарушения обмена веществ и реактивности больных при химиотерапии. Уже издавна было показано, что нормализация физиологических функций в большой мере повышает эффективность антибактериальных методов лечения туберкулеза (Модель Л.М., 1962).

Наш опыт нормализации отдельных функций вегетативной нервной системы как один из сравнительно быстродействующих и наиболее мощных терапевтических воздействий при самой различной патологии показывает,

что вегетокоррекция может быть экстраполирована и на туберкулез. Об этом свидетельствует приведенное ниже наблюдение.

Пример 9-5.

Больной 38 лет, преуспевающий бизнесмен, в прошлом – участник локальных военных конфликтов; почувствовав некоторую общую слабость, решил пройти фиброгастроэзофагоскопическое исследование (ФГДС). При рентгенографии органов грудной клетки до ФГДС был выявлен туберкулезный инфильтрат в легких с распадом и формированием полости. Больной был направлен в противотуберкулезный диспансер по месту жительства, где, аккуратно и добросовестно выполняя все предписания врача, на протяжении 9,5 месяцев получал массивную противотуберкулезную терапию. Положительной динамики в течении специфического процесса в легких не было. Более того, болезнь осложнилась клиническими проявлениями туберкулезно-аллергического поражения крупных суставов. В такой ситуации больному была предложена вегетокоррекция, на что он согласился.

Вегетокоррекция была проведена 09.05.2000. Со следующего дня изменился психо-эмоциональный статус пациента: он отметил, что «может смеяться, радоваться жизни». Еще через несколько дней больной заявил, что «почувствовал тяжесть препаратов, устал от лечения туберкулеза и хочет отдохнуть», настаивая на перерыве в противотуберкулезной терапии. Об этом были информированы фтизиопульмонологи, лечившие больного, которые разрешили прервать прием туберкулостатических препаратов сроком не более чем на один месяц (соблюдая при этом охранительный режим, от чего больной категорически отказался). По истечении этого месяца контрольная рентгенография не обнаружила отрицательной динамики. В связи с этим больной, чувствуя себя вполне удовлетворительно и ссылаясь на благоприятное время года (лето), вопреки настоятельным советам лечащих врачей категорически отказался от продолжения специфической терапии, в частности, от приема противотуберкулезных препаратов. Спустя еще два месяца рентгенографическое исследование легких выявило положительную динамику процесса, исчезли симптомы туберкулезно-аллергического артрита, а еще через два месяца обнаружено, что специфическое воспаление в легких завершилось рубцеванием.

Следует отдельно отметить, что на четвертый день после вегетокоррекции больной сообщил о восстановлении сексуальной функции, нарушенной в течение длительного времени.

Представляется, что разнообразие форм и полиморфная клиническая картина туберкулеза, как и само возникновение заболевания, в известной мере обусловлены (с учетом широкой инфицированности населения туберкулезной палочкой) определенным неблагополучием в состоянии вегетативного статуса, контролирующего деятельность иммунной системы. Как показывает наше наблюдение, нормализация параметров этого статуса в процессе заболевания, активизируя деятельность защитных механизмов,

вызывает тем самым существенные благоприятные перемены в течении болезни. Помимо вышеописанного случая, мы располагаем целым рядом аналогичных наблюдений, и это дает основание считать, что при нормализации функции вегетативной нервной системы легче добиться успеха в лечении инфильтративного туберкулеза легких.

Иммунопатия

Иммунитет контролируется вегетативной нервной системой. В связи с этим патология иммунного ответа может быть связана со сбоями в её функции – это один из многочисленных вариантов болезней системы управления, или *болезней регуляции* (Крыжановский Г.Н.). Нам представилось возможным наблюдать эффект вегетокоррекции при поллинозе, частота которого составляет 8-12% общей популяции.

Пример 9-6.

Проживающая в Москве девочка-подросток (на момент обращения к нам ей было 15 лет) с годовалого возраста ежегодно весной госпитализировалась для лечения в Центральную клиническую больницу или в НИИ педиатрии. Причина госпитализации была связана с пыльцовой аллергией – поллинозом. Выяснилось, что с началом цветения берёзы у неё появлялись зуд нёба и глотки, заложенность носа с затруднением носового дыхания, болезненные ощущения в глазах и избыточное слезотечение.

При первичном осмотре и беседе с больной выяснилось, что у неё имеется хроническая боль в спине, из-за которой она не может наклониться вперёд, альгодисменорея, а также тревожные сны. Наличие сколиоза, плоскостопия и указание на стремительные роды позволили связать имеющиеся нарушения с натальной травмой (в соответствии с представлениями профессора А.Ю.Ратнера).

Таким образом, показаний к вегетокоррекции было достаточно. Сама процедура была выполнена накануне начала цветения берёзы 14.03.2013, и получены все предсказуемые ощущения. Уже на следующий день бабушка девочки обратила внимание на то, что она свободно наклонилась и зашнуровала кроссовки, не ставя стопы на тумбочку. Через две недели без предвестников пришла безболезненная и необильная менструация, которая длилась три дня, а не семь, как обычно. Наладился сон. В ближайшую после вегетокоррекции весну реакция на цветение берёзы была очень слабая, госпитализации и даже разового применения лекарств не потребовалось. Весна 2014 г. также прошла без каких бы то ни было проявлений поллиноза. Достигнутые лечебные эффекты сохраняются и поныне.

Это наблюдение показало, что патологические иммунные реакции нормализуются под влиянием вегетокоррекции.

В развитии обсуждаемых ниже болезни Бехтерева и болезни Хортона иммунная система также играет определённую роль, хотя их этиология и патогенез окончательно не выяснены.

Болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилоартрит)

Пример 9-7.

К нам обратился инженер 29 лет с жалобами на боли в области позвоночника. Из анамнеза стало известно, что он считает себя больным около 5 лет, когда впервые появились боли, скованность и ограничение движений в позвоночнике. Ещё во время учёбы в военном училище он два месяца болел радикулитом; после окончания учёбы командовал подразделением морской пехоты. Наблюдался неврологом по поводу остеохондроза позвоночника. Артериальное давление 140-150\90-100, ожирение 2 ст., вечерами температура тела повышалась до 37,8°C, два последних года ускорена СОЭ.

От проведения вегетокоррекции больной первоначально отказался и предпочёл лечь на обследование в Ревматологический центр, где был установлен диагноз «болезнь Бехтерева» (активность III, стадия II) и настоятельно рекомендована гормонотерапия, на которую он всё же не отважился согласиться. Выбрав из двух зол меньшее, решил попробовать лечение вегетокоррекцией. К тому моменту у него были ограничены повороты головы в стороны («из-за шеи»), резко выражена слабость рук – не мог поднять двухлетнюю дочь, обе руки немели в постели; разыгрался себорейный дерматит в затылочной области; периодически повышалось артериальное давление.

Вегетокоррекция была выполнена 13.02.2009 и получены предсказуемые ощущения. На другой день больной отметил, что «в организме пошли какие-то изменения»; днем он гулял с детьми, вечером подъём температуры на полградуса ниже обычного (37,3°C). Через 10 дней после вегетокоррекции вечерние подъёмы температуры прекратились, он стал легко поднимать на руки младшую дочку, улучшилось общее самочувствие; себорея стала стихать и возникло желание «закрепить» лечение.

Повторная вегетокоррекция была выполнена 22.03.2009. К этому времени стихла активность основного патологического процесса (рекомендованные гормональные препараты не принимал), восстановились повороты головы и сила рук, нормализовалось артериальное давление.

Через 2,5 года пациент попросил провести вегетокоррекцию в третий раз. К этому моменту он «забыл о болезни Бехтерева» (остались её последствия – контрактуры и анкилозы суставов позвоночника, диафрагмальное дыхание). Но на этот раз он был обеспокоен периодическими подъёмами артериального давления до 150\100 и тахикардией до 100 в минуту (во внебоцее время он за 3 месяца построил себе дачу).

Таким образом, на протяжении более 6 лет у этого пациента не было обострений. Тем самым сдерживалось прогрессирование анкилозирующего

спондилоартрита. И всё это было достигнуто без всякого медикаментозного лечения, традиционного при этом тяжелейшем заболевании.

Болезнь (синдром) Хортона

Синдром Хортона-Магата-Брауна (артериит гигантоклеточный, генерализованный гранулематозный, краиальный, темпоральный, височный) представляет собой хроническую болезнь неясной, предположительно аутоиммунной природы, характеризующуюся сложной дифференциальной диагностикой. Это – системный васкулит с наиболее частым поражением височной артерии (90-100% случаев), артерий сетчатки (неврит зрительного нерва, офтальмоплегия, окклюзия центральной артерии сетчатки, ишемический хориоретинит, ирит, конъюнктивит, эпиклерит, склерит), головного мозга и других артерий.

Заболевание часто сопутствует ревматической полимиалгии и проявляется интенсивной болью в различных отделах головы, усиливающейся при прикосновении к коже, отечностью в области височных артерий и болезненностью их при пальпации, слабостью жевательных мышц, зубной болью без явных причин. Возможны поражения сердца, аорты и ее ветвей (перикардит, миокардит, аортит, недостаточность митрального клапана, аневризма аорты, инфаркт миокарда), сосудов матки с кровотечениями, артерий молочных желез с появлением в них опухолевидных образований, центральной нервной системы (мононевриты, полиневропатия), суставов (полиартрит).

При гистологическом исследовании на фоне воспалительных инфильтратов в стенке сосудов выявляются дистрофические и некротические изменения структурных элементов средней оболочки артерий смешанного типа с наличием в гранулемах гигантских многоядерных клеток. Средняя продолжительность заболевания составляет 3-4 года, и при отсутствии лечения высок риск развития необратимой слепоты и инсульта.

Приводим наше наблюдение.

Пример 9-8.

У женщины 40 лет около 2 лет назад вскоре после несущественного ушиба правой височной области появилась головная боль нарастающей интенсивности. После обращения за медицинской помощью по месту жительства проведено клинико-лабораторное и инструментальное исследование, диагностирована посттравматическая энцефалопатия. Было назначено соответствующее лечение, эффекта от которого не наблюдалось. Со временем появились диссомния, раздражительность, утомляемость, ощутимо ухудшилась память и стали отмечаться частые подъемы артериального давления, никогда ранее не наблюдавшиеся. Больная была неоднократно консультирована в разных высокоавторитетных специализированных медицинских учреждениях: в одних диагноз подтверждали и «корректировали» лечение, в других подозревали

нейроинфекцию. Состояние пациентки ухудшалось, усиливалось ощущение «тяжести в голове», появились «прострелы в левой височной области».

При обращении больной мы диагностировали синдром Хортон-Магата-Брауна – двусторонний височный мезартериит и выявили целый ряд проявлений сопутствующей вегетативной стигматизации. Из предложенных пациентке на выбор двух вариантов лечения – либо традиционного по схемам специалистов-ревматологов (иммунодепрессивная и гормональная терапия, цитостатические препараты и т.д.), либо вегетокоррекции, – больная выбрала последнюю. Вегетокоррекция была выполнена 23.09.2003, а все назначенные ранее медикаменты отменены. После лечения, проведенного амбулаторно и без отрыва от работы, клинические проявления краниального артериита прогрессивно пошли на убыль и уже через неделю стойко купировались. Улучшилось общее состояние, в голове, со слов пациентки, появились «легкость, свобода, ушло напряжение и внутреннее давление», стали рассасываться припухлости в височных областях. Эффект лечения сохранялся на протяжении двух месяцев. Позднее пациентка к нам не обращалась.

Приведенное наблюдение демонстрирует сложность диагностики сравнительно редко встречающегося и недостаточно изученного заболевания, прогрессировавшего на фоне длительно проводившегося лечения и вызвавшего подозрение на нейроинфекцию. Показательно и другое: после нормализации деятельности центральных вегетативных структур патологическое состояние быстро отступило без применения принятых схем лечения.

Глаукома

Хочется сказать несколько слов ещё об одном серьёзном заболевании. Это глаукома – повышение внутриглазного давления. Как сопутствующая патология оно сравнительно часто встречалось у наших пациентов старшего возраста. Мы неоднократно отмечали в качестве сопутствующего эффекта при вегетокоррекции понижение и стойкую нормализацию внутриглазного давления, даже если глаз ранее подвергался хирургическому лечению (нередко при глаукоме даже после операции со временем повышается внутриглазное давление).

С другой стороны, глаукома является своеобразным маркером, указывающим на перспективность применения вегетокоррекции у данного пациента при дисциркуляторной энцефалопатии, диэнцефальном синдроме и пр. Пытаясь разобраться в этой ситуации, мы нашли в Большой медицинской энциклопедии теорию патогенеза глаукомы, разработанную отечественным офтальмологом Е.В.Адамюком, который объяснял повышение внутриглазного давления задержкой оттока венозной крови из глаза. Стало понятно, что, по аналогии с энцефалопатией, глаукома – это своеобразная дисциркуляторная «офтальмопатия» в малом масштабе. Нормализация

кровообращения головного мозга влечёт за собой нормализацию кровообращения в глазах.

Перелом пятой кости

Пример 9-9.

Упал с крыши своей дачи профессиональный водитель 36 лет и получил средней степени сложности закрытый компрессионный перелом левой пятой кости. В травматологическом пункте была наложена гипсовая повязка на 8 недель. Больной очень хотел сократить срок лечения, однако боялся предложенной вегетокоррекции. К такому решению имелись общие показания: участие в военном конфликте, бытовые и производственные стрессы способствовали формированию хронически текущего невроза с явлениями выраженной диссомнии, усугубившимися нынешней травмой.

Лето 2010 г. было в Санкт-Петербурге исключительно жарким. Несмотря на это, травмированная нога постоянно мёрзла в гипсе, что вынуждало ночью обкладывать её грелками, а днём заматывать стареньkim шерстяным шарфом.

Желание ускорить срастание перелома побороло страх на восемнадцатый день после травмы. Вегетокоррекция была выполнена 05.08.2010. Через 15 минут после лечения стихли предсказанные эффекты, и тут больной ощутил жар в левой голени и стопе. Ощущение того, что «нога опущена в ведро с горячей водой» держалось три дня, потом появилось комфортное ощущение «теплой пятки». С первой ночи наладился полноценный сон.

Через пять недель после травмы больной сел за руль автомобиля с механической коробкой передач, а ещё через несколько дней был снят гипс, который к этому времени выполнил свою функцию.

В последующем, когда от перегрузок нога в области перелома отекала и болела, пациент несколько раз просил выполнить ему вегетокоррекцию, после которой на следующий день утром «перелома как не было». Этого состояния при запредельных нагрузках хватало на 3 месяца, а потом ещё до полугода было «терпимо».

В приведенном наблюдении явно прослеживается влияние вегетокоррекции на регионарное сосудистое русло. И, как убедительно показывает наш опыт, для активации восстановительных процессов не имеет значения характер патологического процесса – либо перелом, состояние после перенесенного инсульта или инфаркта, либо что-то другое.

Укачивание в транспорте

Самостоятельного диагноза «Укачивание в транспорте» нет. Это неприятное состояние ограничивает деятельность человека, страдающего этим недугом, и доставляет хлопоты окружающим. По сути это симптом, связанный с работой вестибулярного аппарата. Укачивание редко

наблюдается самостоятельно; оно зачастую входит в клиническую картину дисциркуляторной энцефалопатии. Часто это патологическое состояние наблюдается в детском возрасте, у большинства оно со временем проходит.

Пример 9-10.

К нам обратилась женщина 45 лет с жалобой на то, что её постоянно укачивает во время длительных поездок в автомобиле. После окончания поездки она несколько часов вынуждена «приходить в себя». Применение известных средств против укачивания эффекта не давало. Вегетокоррекция была выполнена 15.06.2007. Появились и через двадцать минут успокоились предсказанные эффекты. Через неделю, уже только подойдя к машине для очередной дальней поездки, она ощущала известное неприятное чувство тошноты, которое быстро прошло. Но на этот раз в поездке её не укачало, не было неприятных ощущений даже на крутых поворотах. В дальнейшем пациентку перестали беспокоить упорные недифференцируемые боли в ногах, нормализовался менструальный цикл. Эффект вегетокоррекции сохраняется восьмой год.

Запой (дипсомания)

Завершая клинические очерки темой «Запой», мы хотели бы обратить внимание читателя на то, что эта тема, как говорят англичане *last, but not least* – последняя в ряду, т.е. последняя по счёту, но отнюдь не по важности – не входит, в сущности, в круг интересов вегетокоррекции. Лечением запоев мы занимались попутно, руководствуясь в основном гуманитарными соображениями и стремясь помочь пациентам, которые разуверились в эффективности традиционного лечения. Немаловажно и то, что наблюдения выхода из запоя вносят существенный вклад в понимание механизма лечебного действия вегетокоррекции, наше представление о котором вскоре будет представлено.

Алкоголизм – это сложная многогранная проблема, в решении которой не последнее место занимает медицинская составляющая. Несмотря на давнее существование этой проблемы, большое число и разнообразие тяжелых осложнений, патогенез алкоголизма остаётся до конца невыясненным. При этом в достаточной степени эффективным не может быть признан ни один из существующих методов лечения, что свидетельствует о необходимости поиска новых технологий для оказания помощи алкоголь-зависимым пациентам.

Согласно общепринятой аксиоме, привыкание организма к употреблению спиртсодержащих продуктов протекает с участием нервной системы. В связи с этим мы предприняли попытку помочь больным вегетокоррекцией, рассчитывая на её воздействие на подкорковые и верхние сегментарные центры вегетативной нервной системы. Кроме теоретической предпосылки, основанием для проведения поиска в таком направлении явилось наличие вегетативной стигматизации у разбираемого контингента пациентов.

В качестве самостоятельного метода вегетокоррекция использована в оказании помощи 16 пациентам (из них 13 мужчин) в возрасте 23-73 (в среднем – 41) лет. Поводом для обращения за медицинской помощью послужили систематическое чрезмерное употребление спиртсодержащих напитков как следствие утраты ситуационного и количественного контроля, запои, патологическая тяга к алкоголю, абстинентный синдром, часто в сочетании с различными формами невроза.

Наш опыт показал, что у подавляющего большинства больных, подвергнутых вегетокоррекции, практически непосредственно после вмешательства исчезала тяга к алкоголю, прерывался запой, купировалась клиника абстинентного синдрома, ослабевали явления невроза и прекращалась головная боль. Только у двух мужчин выход из запоя затянулся на 3-7 дней, в течение которых они прогрессивно снижали выпиваемую дозу.

Ряд клинических наблюдений, число которых можно было бы легко умножить, подтверждает справедливость этих слов.

Пример 9-11.

Пациент 48 лет, водитель, какое-то время работавший на перевозке пива, с ранних лет злоупотреблял алкоголем. Со временем осознал появившуюся зависимость, говоря, что «ежедневно после работы хотелось расслабиться пивом и не только». Сменил работу, но самостоятельно отказаться от алкоголя не смог и обратился к нам за помощью. Вегетокоррекция была выполнена 17.11.2007 и, как обычно, отмечались умеренно выраженные предсказуемые эффекты. На следующий день пациент стал ощущать выраженную жажду, которая держалась две недели. Для утоления жажды «отпивался» водой, компотами и морсами. В эти две недели после вегетокоррекции отмечалась повышенная раздражительность. Позднее явно улучшились аппетит и сон, утром легко стал подниматься с кровати, вскоре появился интерес к дому – занялся его ремонтом и благоустройством. Появились «цели и интересы в жизни». Перестала «болеть и беспокоить спина». Избавился от «друзей-соседей – соблазнителей». Спустя год после вегетокоррекции алкоголь не употреблял вообще, несмотря на то, что на работе постоянно приглашали выпить. Эффект сохраняется до настоящего времени – уже восьмой год.

В этом наблюдении вегетокоррекция произвела в организме существенные перемены, но нельзя сбрасывать со счетов и то, что большая заслуга здесь принадлежит и самому пациенту, его настрою и ясному осознанию того, что «никто держать его за руки не будет».

Пример 9-12.

Пациент 29 лет, директор частного предприятия, четвертый год периодически употреблял алкоголь в больших количествах; предыдущий запой был три месяца назад. Неделю назад запой начался в очередной раз. В связи с этим он был помещён в профильный научно-исследовательский институт, но спустя четверо суток не выдержал и отказался от

проводившегося там лечения; не сумев «бороться с сильной тягой», продолжал принимать алкоголь. Два дня назад к пациенту на дом вызвали фельдшера, который, постоянно находясь при нём и наблюдая за его состоянием, по телефону консультировался с врачом и выполнял капельницы и уколы. Эффекта от лечения не было. Пациент выражал желание выйти из запоя, но самостоятельно сделать это не мог.

Мы решили изменить тактику лечения и отменили все назначения. Подождав 10-12 часов для нейтрализации (выведения) лекарств и не ограничивая в это время больного в приёме алкоголя (около 100 мл водки каждые 1,5-2 часа), провели вегетокоррекцию 14.12.2000. Через 15 минут глаза пациента «прояснились», к нему вернулась ориентация, и он захотел минеральной воды, а потом стал что-то рассказывать, вспомнил о работе и, взглянув на себя в зеркало, пошел бриться. Вернувшись, категорически отказался от провокационного предложения «закрепить эффект лечения» недопитым алкоголем.

За последующие семь лет, используя только вегетокоррекцию, мы выводили из запоя этого пациента ещё четыре раза.

Приведенное наблюдение показывает, что вегетокоррекция не «лечит» в традиционном понимании этого понятия, а лишь помогает выйти из того тягостного болезненного состояния, от которого человек не может освободиться сам. С той же позиции можно посмотреть и на описанные выше случаи подагры, цирроза печени, острого пиелонефрита и ряд других.

Что сдерживает включение защитных механизмов даже при полном осознании пагубности злоупотребления алкоголем? Каким образом вегетокоррекция запускает физиологические механизмы санации? Ответы на эти вопросы, которыми мы постоянно задавались в процессе работы, сложились в некое представление о том, что именно происходит в организме человека, злоупотребляющего алкоголем. Мы обсудим это в Заключении.

Пример 9-13.

Пациентка 58 лет, отсутствие контроля над употреблением алкоголя отмечала с молодости. После несущественного бытового стресса впала в состояние хронического запоя, и в последние 2,5 месяца употребление слабоалкогольных напитков достигло одного литра в сутки, что вынудило её оформить отпуск на работе. Осознаёт пагубность употребления алкоголя, но противостоять этому не может. Отмечает выраженное расстройство сна и отсутствие аппетита, беспокоит постоянная боль в эпигастральной области, слабость, подавленное настроение, а в последние дни периодическая рвота слизью, больная похудела. Изредка наблюдались головокружения. На вегетокоррекцию, которая была выполнена 21.08.2013, пациентка сразу согласилась.

В ближайшие минуты после процедуры появилось ощущение «просветления головы» и явно ослабели боли в животе. Ночью спала, не просыпаясь, восемь часов. На следующий день отметила улучшение общего самочувствия, прилив «жизненных сил и желаний». Появился аппетит,

исчезли боли в животе, однако слабость и сонливость ещё давали о себе знать – в течение дня ложилась отдохнуть и спала по несколько часов. Тяга к алкоголю исчезла.

На второй день после вегетокоррекции самочувствие и настроение хорошие, пациентка ощутила физическую активность – пошла за продуктами в магазин, где вид алкогольной продукции вызвал у неё неприятные ощущения. Стали меняться вкусовые пристрастия; так, её очень удивила потеря желания пить кофе. Через пять дней прервала отпуск и вышла на работу.

Эффект вегетокоррекции сохраняется более полутора лет – алкоголь не употребляет, настроение устойчивое, сон спокойный, аппетит хороший, прибавила в весе.

В приведенном наблюдении, как и во многих других, обращает на себя внимание быстрое наступление не только основного эффекта лечения, но и других благоприятных реакций, а именно быстрая нормализация сна, аппетита, психо-эмоционального фона и пр. Нам представляется, что так быстро эффект наступает преимущественно благодаря участию в восстановительных процессах сосудистой системы головного мозга.

Полученные данные свидетельствуют, что патологическая привязанность к употреблению алкоголя в определённой степени связана с расстройством защитных систем организма. Применение вегетокоррекции, нормализующей функции вегетативной нервной системы, определённым образом способствует повышению толерантности к этанолу и тем самым ослабляет зависимость всех заинтересованных структур.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы показали, что вегетокоррекция оказывает существенное влияние на организм больного человека и даёт возможность получить определённый лечебный эффект. Каков же тот механизм, который обеспечивает его наступление? В поиске решения мы нашли опору в базе утвердившихся и хорошо известных ключевых физиологических концепций.

Нам представляется, что квинтэссенция вегетокоррекции как эффективной лечебной процедуры – это результат перестройки уже сложившихся и формирования новых нервно-сосудистых взаимодействий в центральной нервной системе. Остановимся на этом более подробно.

Объём крови в организме человека существенно меньше того, какой может вместить сосудистое русло. Для того, чтобы обеспечить нормальное кровообращение, функционально не значимые в данный момент участки сосудистой системы «отключаются», что обеспечивается благодаря физиологическому спазму. Известно, что все сосуды оплетены густой сетью сосудов двигателевых нервов, и в зависимости от конкретных условий мышечная оболочка сосудистой стенки сокращается или расслабляется. Состояние кровотока и его изменения в разных органах и системах хорошо исследованы физиологами в двух полярных состояниях – в покое и при

физической нагрузке. Основная на эту тему информация, которой мы пользовались, изложена в книгах Б.Фолкова и Э.Нила (1976), а также А.К.Гайтона и Дж.Э.Холла (2008).

В развитие этого нам представляется, что помимо физиологического, то есть нормального спазма, имеет право на существование и патологический спазм. Учитывая функциональную значимость органа, становится понятно, что если кровообращение чуть уменьшается на короткий срок в печени или в мышцах, это может пройти незаметно или, по крайней мере, лишь несущественно повлияет на жизнедеятельность всего организма. Коль скоро на протяжении короткого, казалось бы, промежутка времени спазмируются сосуды головного мозга, это существенно отражается на функции многих, если не всех внутренних органов, подконтрольных центральной нервной системе. Иными словами, учитывая роль головного мозга, легко понять, как формируется то множество вариантов нарушения функции в подконтрольных мозгу органах, которые мы называем «приобретёнными болезнями».

И вот конкретный пример.

В мозгу имеется центр, обеспечивающий работу желудочно-кишечного тракта. В его задачи входит контроль следующих основных функций: моторной (двигательной), секреторной (продукция соков для переваривания пищи), трофической (восполнение выработавших свой ресурс клеток) и защитной (местный иммунитет). Сам нервный центр представляет собой разветвлённую нервную сеть, получающую кровь из сосудов сравнительно небольшого калибра. Будем условно считать, что рассматриваемый нервный центр питают минимум четыре сосуда – по одному на каждую функцию.

Теперь представим себе, как будут развиваться события на периферии – в желудке и кишечнике, если приток крови в регулирующий их деятельность «центр» так или иначе ограничивается, например, за счёт нефизиологического спазма питающих его сосудов. Недостаточное обеспечение кровью моторной части центра будет проявляться дискинезией желудочно-кишечного тракта, атонией кишечника, расстройством перистальтики и т.д. То же самое относится и к секреторной функции с развитием гипер-, гипо- или анацидных гастритов, нарушений переваривания пищи в кишечнике и др. Снижение кровотока в трофической части центра проявится развитием атрофического гастрита, возможно – дивертикулёза или полипоза кишечника. В свою очередь, спазм сосудов, обеспечивающих нейроны той части центра, которые регулируют защитные функции, приведёт в лучшем случае к дисбактериозу, контаминации бактериями *Helicobacter pylori*, в худшем – к развитию опухоли.

Ради простоты в качестве примера мы рассмотрели один из вариантов локального нарушения кровообращения мозга. Вообще же говоря, довольно часто в клинике приходится наблюдать распространённое расстройство кровоснабжения – дисциркуляторную энцефалопатию. При этом от ограничения кровотока страдают одновременно либо несколько

составляющих одного и того же центра, либо несколько самостоятельных нервных центров, регулирующих разные органы. Это многократно увеличивает число возможных вариантов клинических проявлений нарушения кровообращения, причём не исключено, что какое-то из них в данном конкретном случае становится ведущим. В конечном итоге это приводит к тому, что мы считаем «основным» и «сопутствующими» заболеваниями.

Возвращаясь к нашему примеру, обратим внимание на то, что существуют кардинально различные методы лечения заболеваний, обусловленных нарушениями различных функций желудочно-кишечного тракта. Какое же лечение в таких случаях будет оптимальным? Нет ни малейшего сомнения в том, что максимально быстрый и надёжный результат может быть достигнут от тех мероприятий, которые быстро и стойко устраниют первопричину болезни, её этиологический фактор, то есть восстановят кровоснабжение страдающих от ишемии одного или нескольких нервных центров (а то и всего мозга), адекватное их функциональной активности.

Таким образом, представляется вполне логичным считать, что главное в механизме лечебного действия вегетокоррекции состоит в том, что она устраняет спазмы сосудов головного мозга, тем самым нормализуя кровоснабжение находящихся в состоянии относительной ишемии нервных центров. Благодаря восстановлению интегральной функции мозга включаются имеющиеся в организме, но до поры до времени подавленные защитные механизмы. Болезнь отступает. Именно нормализацией кровотока, а отнюдь не усилением или ослаблением нервно-сосудистых взаимосвязей в тканях самого мозга мы объясняем сравнительно быстрое наступление лечебного эффекта от вегетокоррекции при различных заболеваниях.

Возникает естественный вопрос: что вынудило почти третью (30%) перенесших вегетокоррекцию пациентов повторно обратиться к этой процедуре, зачастую после неэффективного лечения другими методами? Нам представляется, что вышеописанная ситуация со спазмами мозговых сосудов возникает повторно и это клинически проявляется в «рецидиве», то есть в развитии уже знакомой симптоматики. Скорее всего, причиной повторно развивающихся спазмов являются стрессы, которым все мы подвергаемся изо дня в день. Это лишний повод убедиться в том, что «мы живём не благодаря, а вопреки окружающей среде».

Другое дело, что спазмы развиваются не у всех одновременно. Их, а, вернее, те ощущения, которые при этом возникают, чувствуют не все люди. Хорошо известно стрессорное воздействие неустойчивой погоды, обусловливающее сезонные ухудшения здоровья у пациентов, ослабленных хроническими заболеваниями. А сколько ещё стрессов, кроме капризов погоды, влияют на каждого человека? Благо, если включение защитных компенсаторно-приспособительных реакций в ответ на стресс не вызывает спазма сосудов головного мозга. В противном случае возникает более или

менее выраженная метеозависимость с развитием разнообразных приобретённых функциональных расстройств, со временем переходящих в органические.

Периодически возникающими спазмами в системе мозговых сосудов можно объяснить как возникновение, так и клиническое течение широко распространённых хронических болезней. Для них характерно волнообразное течение, при котором более или менее продолжительные периоды ремиссий чередуются с обострениями, нередко сезонными или провоцируемыми другими факторами. Применение в таких случаях вегетокоррекции позволяет существенно увеличить длительность ремиссий, сравнительно ослабить тяжесть очередного обострения, а нередко и полностью избавить пациента от хронического процесса.

На первый взгляд представляется, что для устранения нефизиологических спазмов мозговых сосудов достаточно применять спазмолитические препараты. Увы! Это помогает недолго, либо вообще не помогает уже потому, что механизмы, приводящие к возникновению патологического состояния, существенно сильнее спазмолитиков.

Как ни прискорбно, широкие возможности современной инструментальной диагностики не позволяют выявить спазм тех мозговых сосудов, о которых идёт речь. Это связано с несколькими обстоятельствами, главное из которых таково, что спазмируются сосуды мелкого калибра, визуализация которых выходит за пределы разрешающих возможностей диагностической аппаратуры. Некоторую косвенную помощь в определении показаний к вегетокоррекции могут оказать обычные рентгенограммы позвоночника, КТ и МРТ, ультразвуковая допплерография сосудов головы и шеи, электроэнцефалография.

В то же время при определении показаний к применению вегетокоррекции у конкретного пациента приходится большей частью пользоваться методикой старых клиницистов, основательно забытой, правда, в настоящее время, но, тем не менее, остающейся весьма надёжной. Они считали, что диагноз должен быть установлен на 95% из разговора с больным, остальные же 5% предназначены для того, чтобы осмотреть больного и убедиться в правильности установленного диагноза. Такая методика, затратная по времени, оказалась наиболее эффективной в определении показаний к вегетокоррекции. В свою очередь это допускает в буквальном смысле по телефону решить вопрос о применении вегетокоррекции, а также предварительно определиться, какие лечебные эффекты могут быть получены.

На начальном этапе применения вегетокоррекции в клинической практике нас очень удивляли быстро наступающие лечебные эффекты, которые не были связаны с характером болезни. Позднее, когда всё происходящее стало просматриваться в СИСТЕМНОМ ПЛАНЕ, удивление миновало. С этого момента вегетокоррекция стала «сама себя делать».

Вегетокоррекция – это новый и доселе малоизвестный метод лечения. В период его разработки были, конечно, опасения навредить больному. Но обстоятельства зачастую складывались так, что бездействие было в буквальном смысле «смерти подобно». Приходилось рисковать, предоставляя сначала самому себе, а затем и больному выбрать из двух зол меньшее. Можно было бы не делать этого, воздержаться и спать спокойно, но тогда неизбежно осталось бы ощущение некоей вины перед больным потому, что не помог, не попробовал, побоялся... А ведь гораздо привлекательней, разумно рискуя, пить шампанское.

Со временем многое прояснилось, стало на свои места, и неблагоприятным результатом вегетокоррекции мы стали считать не ухудшение состояния, а отсутствие существенного положительного лечебного эффекта. Вслед за этим пришло понимание того, что вегетокоррекция позволяет организму самому воспользоваться своими защитными механизмами так, как он может и считает нужным. С этой точки зрения хрестоматийное пожелание *noli nocere* (не навреди) относится не только к врачу, но и к больному.

Постепенно стали накапливаться прямые показания к вегетокоррекции, пришло реальное понимание разницы между функциональным и органическим. Иногда вегетокоррекция выступала в качестве некоей диагностической процедуры: нет эффекта через 2-3 дня – продолжай и углубляй исследование, ищи органическое поражение.

Конечно, не всегда нам удавалось достичь тех лечебных эффектов, к которым мы стремились. Иногда они возникали не в том направлении, которое было предусмотрено *a priori* (предположительно) в рамках основной и сопутствующей патологии, были фрагментарными. Но и это нам казалось определённым достижением, позволяющим анализировать и делать выводы. На пройденном пути было множество «подводных камней» – явных и тайных. Поиск продолжался постоянно, факты накапливались, формировалось понимание лечебного механизма вегетокоррекции и уверенность в том, что её полезное действие бесспорно.

На каком-то этапе нашей работы стало понятно, что вегетокоррекция активизирует заторможенные процессы саногенеза, испокон веков заложенные в организме. Все это реализуется через вегетативный отдел нервной системы, учение о котором – вегетология рассматривается как междисциплинарная медицинская наука.

В свою очередь это говорит о том, что всего двумя уколами новокaina вегетокоррекция открывает перед лечебной медициной широкие перспективы и что реально возможно такое будущее, когда больные перестанут ходить от одного специалиста к другому, утрачивая последние капли надежды на исцеление.

Сегодня лечение расстройств вегетативной нервной системы в клинической практике представляет сложную проблему, здесь существуют и применяются множество методов и способов. Если же обратиться к

классическим источникам, написанным основоположниками и корифеями вегетологии, то проблема выглядит так. В книге профессора И.И.Русецкого «Клиническая нейровегетология», вышедшей в 1950 году, на 292 страницах ни слова не сказано о лечении рассматриваемой патологии. В книге академика А.М.Вейна, изданной в 2003 году – из 752 страниц только неполных 10 посвящены «принципам лечения вегетативных нарушений». Такое положение демонстрирует истинное состояние развития вегетологии за период более полувека.

Знание закономерностей процесса допускает незнание отдельных его деталей, и это вселяет в нас здравый оптимизм.

Мы изложили только вполне определившиеся направления проведённой нами работы, но наметились ещё другие тенденции, также не противоречащие законно существующему статусу вегетологии. Удалось выяснить уже немало, но мы уверены, что все возможности вегетокоррекции пока ещё полностью не раскрыты. Со временем здесь могут появиться новые направления с непостижимыми в настоящее время перспективами.

ЭПИЛОГ. ДЕСЯТЬ ЛЕТ СПУСТЯ.

"Опыт и наблюдение, и здравый смысл заставляют нас искать первоначальную причину патологических изменений не в самих пораженных тканях, но в сферах более отдаленных, обуславливающих питание и жизненность этих тканей". – Н.И.Пирогов (Цит. по А.Н.Максименков. «Н.И.Пирогов». Медгиз 1961. с.104).

«Имей мужество использовать свой собственный разум» – так Иммануил Кант уточнил изречение «Sapere aude» (лат. – «Дерзай знать»), содержащееся в «Посланиях» Горация.

Вегетативная нервная система привлекла к себе внимание исследователей в начале XIX века. Развитие учения о ней (*resp.* вегетологии) было неравномерным, и представления о ее функциях подвергались значительным изменениям. Наибольший интерес к проблеме отмечался в первой половине XX века, когда экспериментально было установлено участие вегетативной системы в жизнедеятельности отдельных органов и тканей, а также всего организма в целом. Однако по мере ухода выдающихся отечественных специалистов-неврологов интерес этот уже с середины прошлого века стал прогрессивно угасать и главным образом потому, что представления об эффективности лечебных воздействий на вегетативный

отдел нервной системы, экспериментально и теоретически вполне оправданные, не находили практического подтверждения в лечебном процессе. Иными словами, надежды, возлагаемые на мобилизацию собственных защитных механизмов больного, не оправдывались. Недаром же говорится, что «медведь по аптекам и больницам не бегает».

Оживился интерес к вегетативной системе лишь к концу XX века, когда была официально признана и «расцвела» мануальная терапия в различных ее разновидностях и когда появились всевозможные объяснения механизмов ее лечебного действия. При этом в очередной раз привлекло внимание стойкое распространение вегетативных расстройств в форме функциональных нарушений различной тяжести, угрожающих переходом в органические процессы. На фоне развития других разделов медицины с новой остротой встал вопрос о привлечении вегетативной системы к терапии: надежды на получение лечебного эффекта от мобилизации собственных защитных механизмов организма больного не были утрачены.

В последние 20-30 лет отмечаются глобальные изменения практически во всех разделах клинической медицины, и в первую очередь в диагностике и терапии. Хотя это выдается за прогресс медицины, речь идет по сути дела не о прогрессе медицины как таковом, а о «прогрессе техники в медицине». И пусть даже всё обстоит именно так, но «должок» за вегетативной нервной системой сохраняется, и вегетокоррекция начинает занимать здесь своё собственное положенное ей место.

Просматривая написанное 10 лет назад, невозможно избавиться от череды законно возникающих вопросов: как сегодня чувствуют себя пациенты, перенесшие вегетокоррекцию 10-20 лет назад? Какие лечебные, механизмы пробуждаются и разворачивают присущие организму защитные реакции, подавляющие, ослабляющие или сдерживающие болезненные проявления первоначально функциональные, но грозящие со временем перейти в органические? Конечно же, встает вопрос и об отдаленных результатах, а также о степени вреда самой методики для организма.

Приведу сведения некоторых известных мне пациентов, истории болезни которых в качестве клинических примеров вошли в первое издание книги.

Пример 1-4 (спустя 18 лет): продолжает работу по специальности.

Пример 1-10 (спустя 11 лет): работает на прежней работе.

Пример 1-11 (спустя 30 лет): работает, участвовал в СВО.

Пример 1-15 (спустя 18 лет): пенсионерка, воспитала внука.

Пример 1-16 (спустя 24 года): после ВУЗа работает инженером.

Пример 2-1 (спустя 3 года): трудится в домашнем хозяйстве.

Примеры 2-7 и 2-8 (спустя 14 и 11 лет соотв.): у обоих угроза пересадки сердца как «страшный сон».

Пример 3-2 (спустя 19 лет): на здоровье не жалуется.

Пример 4-1 (спустя 23 года): работает, воспитывает детей, на здоровье жалоб нет.

Пример 7-1 (спустя 24 года): учится и работает в автосервисе.

Пример 7-2 (спустя 22 года): увлеченно занимается музыкой.

Пример 9-7 (спустя 16 лет): работает инженером и у себя на даче, занимается воспитанием детей.

Все эти пациенты живут обычной жизнью, вегетокоррекция им больше не нужна; многих уже нет с нами в естественном порядке.

Теперь о том, насколько вегетокоррекция вредна и сколько раз можно ее делать одному пациенту. На этот счет располагаю конкретными наблюдениями, некоторые из них поочередно приведу ниже.

В 2003 г. ко мне обратился молодой человек 33 лет с просьбой полечить его методом вегетокоррекции. Когда же я предложил ему рассказать, на что он жалуется, он ответил: «Никаких жалоб у меня нет, ничего не болит и не беспокоит». «Тогда что же мы будем лечить? – удивился я, – здоровым людям как бы и лечиться-то незачем». Но громила под два метра ростом и с накачанными мышцами не отступал, настаивая на выполнении процедуры. Я повторил вопрос, зачем ему понадобилось лечение и откуда такой «натиск» на меня? И вот его рассказ. У него на службе есть сослуживец – офицер ФСБ, с которым он не виделся какое-то время (с этим офицером мы столкнулись раньше при необычных обстоятельствах, о чем расскажу ниже). На днях они встретились, и мой сегодняшний потенциальный пациент был поражен его внешним видом – живые глаза, здоровый цвет лица, никаких проявлений хронической усталости, часто сопровождающей нелегкую деятельность сотрудников этого ведомства (пациентки среднего, да и старшего возраста давно знают этот благоприятный косметический эффект). Он спросил приятеля: «Что случилось?» И тот рассказал, что несколько недель назад он перенес вегетокоррекцию и может сообщить координаты врача – т.е. мои координаты. Короче говоря, я оказался в нестандартной ситуации и под неослабевающим нажимом согласился выполнить вегетокоррекцию по общей программе при отсутствии к этому каких-либо известных мне клинических показаний. Единственный скучный аргумент в пользу выполнения процедуры всё же нашелся. «Когда меня на ринге бьют слева, – сказал мой пациент, – я этого не вижу и пропускаю удары». В дальнейшем выяснилось, что регулярными изнуряющими многочасовыми занятиями спортом он старался поддерживать на достаточном уровне кровоснабжение собственного головного мозга. Это в нашей общепризнанной повседневной практике осуществляется через опорно-двигательный аппарат путем занятий физическими упражнениями, фитнесом, йогой, в плавательном бассейне и т.п. (на любителя).

Первая вегетокоррекция привела пациента в неописуемый восторг. Ориентируясь на свои ощущения сразу же после процедуры, он вслух тут же стал описывать, как прямо в его теле и конечностях «развертывается» кровообращение и восстанавливается нервное управление», то есть то, что мы называем «предусмотренными ощущениями». На этом наши контакты не

закончились. Он по-прежнему здоров и повторяет вегетокоррекцию, когда считает нужным, руководствуясь самочувствием, мы же полностью доверяем ему в решении этого вопроса. И каждый раз он представляет красочную картину перемен, начинаяющихся в его организме сразу же после лечения. Всего за период 2003-2025 годов ему было выполнено 49 (сорок девять!) процедур вегетокоррекции, в среднем через каждые 5-8 месяцев, в зависимости от интенсивности жизненных нагрузок и стрессов, выпавших на долю этого пациента за прошедший отрезок времени. Но на днях он позвонил и приезжал на «юбилейную» пятидесятую процедуру (NB!). И опять после лечения буря эмоций – «раскрытие забытых каналов», «улучшение управления» и т.д. в таком роде, в общем, давно привычные для него и для нас предусмотренные ощущения, свидетельствующие о запуске восстановительных процессов. Однако на этот раз «почему-то как-то по-другому, раньше таких эффектов не было». Но ведь нельзя даже два раза в одну и ту же воду войти! Видимо, другие условия взаимодействия организма с окружающей и внутренней средами, другая комбинация действующих факторов.

Таким образом, приведенное наблюдение свидетельствует, что вреда от вегетокоррекции нет, да и быть ему не от чего! Другое дело техника выполнения процедуры – *a priori* здесь возможны серьезные осложнения, большинство из которых до сих пор удавалось избегать. Но об этом ниже.

Теперь, как обещал, расскажу про знакомство с офицером ФСБ.

Приглашают меня проконсультировать и, если потребуется, лечить женщину лет 45. Встречая меня, она говорит: «Разрешите моему другу присутствовать при нашем разговоре?» Да, ради Бога, у меня на эту тему возражений быть не может, это абсолютное право пациента решать такие вопросы. Моя новоиспеченная знакомая зовет своего приятеля, и в большую комнату входит мужчина, который, поздоровавшись, удобно устраивается полулежа на диване в самом дальнем темном углу. Разговор с пациенткой длится около получаса, за которые я набираю триста процентов уверенности в том, что вегетокоррекция обязательно должна принести ей пользу. К концу разговора я понимаю, что эта дама из «сомневающихся». Спрашиваю ее прямо: «Будем лечиться?» И тут она даёт «задний ход» и говорит – «Нет, я боюсь». Ну, что, дело добровольное! Я всегда только объясняю, чем могу помочь, но никого не уговариваю. «Тогда я вам больше не нужен, – говорю, – я ухожу». В этот момент из глубины комнаты доносится голос: «Нет, подождите, доктор, я буду лечиться!» Я был крайне удивлен – за всю беседу этот человек не проронил ни слова, но все мои вопросы он, видимо, экстраполировал на себя и понял, что такая процедура ему нужна. Даже по одному косметическому эффекту, отмеченному его приятелем, с которым он давно не виделся, вскоре стало понятно, что он не ошибся. Хорошая голова! Я больше вопросов не задавал. Мы с ним полечились, потом втроем попили кофе, и я ушел.

В предыдущем издании книги приводились клинические примеры преимущественно разового применения вегетокоррекции. Но в процессе повседневной деятельности в организме человека происходят определенные анатомо-физиологические сдвиги, которые повторно формируют вегетативное неблагополучие, преимущественно такое же, как и наблюдавшееся ранее. В основе этих сдвигов лежат анатомические особенности строения сосудистой системы, что помогает пациенту вовремя реагировать, принимая меры по предупреждению прогрессирования болезненных явлений. Подобное течение событий вынуждает некоторых пациентов обращаться к вегетокоррекции повторно. Зачастую такие обращения наблюдались после проведения полного традиционного, нередко стационарного курса лечения, от которого достаточного облегчения не наступало.

Здесь в качестве примера приведу историю пациентки из Стокгольма, преподавателя шведского языка, которая стала прогрессивно терять слух, что в перспективе лишило ее профессии. Она обращалась в специализированные учреждения Швеции и Санкт-Петербурга, где не получила необходимой помощи. В итоге в частном медицинском центре она остановилась на лечении методом мануальной терапии, от которой почувствовала некоторое улучшение. Кроме жалоб на ухудшение слуха, у этой пациентки отмечались явные проявления невроза – диссомния, нехватка воздуха в заполненной слушателями аудитории, а также системные головные боли, “скачки” артериального давления, снижение работоспособности, имелся отягощенный гинекологический анамнез (эндометриоз, бесплодие, ЭКО в 38 лет без эффекта, начальные проявления климакса).

После первой вегетокоррекции 28 августа 2011 г. (в возрасте 50 лет) у нее практически сразу же изменилась тональность шума в ушах, а вскоре шум и совсем исчез. В ближайшие дни наладился сон, стали сходить на нет симптомы невротизации и быстро восстановилась общая работоспособность.

Снижение слуха и шум в ушах неоднократно появлялись у нее при обычных житейских нагрузках, но чаще это происходило при возникновении некоторых стрессовых ситуаций, как то: понервничала, когда с группой туристов заблудилась и 8 часов блуждала в горах Греции; «заложило» левое ухо при 5,5-часовом перелете на Гавайи (последующий отдых не дал положительного эффекта, да ещё ухудшилось состояние после перелета самолетом домой); «заложило» правое ухо и стала глохнуть, появилось ощущение «опухающей» головы (в сауне в Греции). Надо сказать, что волнообразные явления снижения слуха у этой пациентки чередовались с другими симптомами дисциркуляторной энцефалопатии при неизмененном слухе – напряжение и пульсация в голове, часто расплывчатое зрение. Затягиваясь по времени, подобные явления вынуждали ее срочно приезжать в Санкт-Петербург для вегетокоррекции. В последнее время эта пациентка просит проводить вегетокоррекцию в порядке профилактики, дабы «снять

брюма нагрузок работы и учебы» или даже при отсутствии каких-либо серьезных конкретных жалоб – «надо и всё», без объяснения причин.

Очевидно, у пациентов, занимающих активную жизненную позицию, такие жертвы просто необходимы для того, чтобы избежать повышенного напряжения и некоторых даже не очень запредельных стрессов! Сиди она «дома на печке» – возможно, была бы здорова. Подводя итог, скажу, что крайняя (не будем говорить «последняя») вегетокоррекция была выполнена 11 ноября 2024 г., всего же на сегодняшний день – это двадцать третья (23!) по счету.

Еще один пример из этой серии наблюдений.

Осенью 2007 г. ко мне обратилась женщина 60 лет с просьбой помочь ей предотвратить очередной инсульт головного мозга. В осенние периоды предыдущих двух лет у неё развивались ишемические инсульты, по поводу чего её срочно госпитализировали для лечения; полное восстановление наступало в течение полугода. Теперь у больной отмечалась масса вегетативных нарушений, а также повторные панические и транзиторные ишемические атаки (ТИА), она «готовилась» к очередному третьему инсульту. Первая вегетокоррекция была выполнена в два этапа 15 ноября 2007 г., и эффект лечения существенно превзошел все самые дерзкие ожидания! На сегодняшний день почти 18 лет спустя она (*sic!*) ведет активный образ жизни: трудится летом на даче, ездит на велосипеде, ходит в лес за ягодами и грибами, переправляясь через речку на лодке... Крайняя вегетокоррекция была выполнена перед очередным дачным сезоном 26 марта 2025 г. – уже тридцать седьмая (37!) по счету. Недавно она заказала очередную тридцать восьмую процедуру, приуроченную к окончанию этого сезона. Факты таковы: инсультов и даже ТИА как не бывало! Напрашивается риторический вопрос: была бы она вообще сегодня с нами, если бы не вегетокоррекция?!

Такие наблюдения, как два последних, требуют детального осмысления в анатомо-физиологическом плане. Это необходимо для выяснения причин и механизмов возврата болезненной симптоматики и для разработки более эффективной методики лечения при некоторых формах нарушений мозгового кровообращения и инсультах. Для этого есть все предпосылки. Как представляется, здесь заложен механизм развития – патогенез некоторых форм инсульта головного мозга.

При написании этих строк зазвонил телефон. Сняв трубку, я услышал голос дочери моей давней пациентки. Она сказала: «Мама умерла неделю назад, а ее подруга (тоже ваша подопечная), умерла на следующий день. Мы очень вам благодарны за то, что вы столько лет поддерживали их здоровье, продлили им активную жизнь, благодаря чему они сами себя обслуживали. Желаем вам крепкого здоровья, жить 200 лет и *etc*».

Обращаем внимание на то, что нашей больной, дочка которой звонила, шел 94-й год. Первая вегетокоррекция была выполнена 8 ноября 2005 г. в связи с недостаточностью кровообращения головного мозга, а от

проводившегося традиционного лечения были слабые результаты. Последующие вегетокоррекции проводились по желанию самой пациентки, и каждый раз они приносили существенное облегчение; последняя была выполнена 16 января 2025 г. Таким образом, всего почти за 20 лет нашего знакомства были выполнены тридцать три (33!) вегетокоррекции. Можно предположить, что во многом благодаря этому больная могла жить самостоятельно, ходить по магазинам и на рынок, до последних дней жизни полностью себя обслуживать. При очередном нарушении ритма сердца она была госпитализирована, причиной смерти явилась пневмония.

Вторая больная (подруга предыдущей) была на 1,5 года старше. С этой пациенткой мы первый раз лечились 2 декабря 2005 г. – по поводу дисциркуляторной энцефалопатии, артериальной гипертонии, с целью профилактики инсульта мозга. В течение почти 20 лет были выполнены двадцать две (22!) вегетокоррекции, последняя 21 августа 2024 г. Кстати, именно эта больная предложила термин «вегетокоррекция». После первой процедуры она рассказывала: «Я теперь не хрюшка, которая может смотреть только себе под ноги. Теперь я могу даже звезды на небе считать!» (у нее увеличилась подвижность позвоночника). Речь идет о профессоре имярек, которая до последних своих дней оставалась сотрудником кафедры, вела научную работу, занималась с аспирантами. При падении, сломала шейку бедра, и находилась дома в связи с противопоказаниями к оперативному лечению по общему состоянию. В условиях гиподинамии развилась «застойная» пневмония, послужившая причиной смерти.

Эти два наблюдения отчетливо демонстрируют, как вегетокоррекция, выполненная по показаниям, меняет качество жизни человека, как продлевает она жизнь вообще и активную жизнь – в частности. Конечно, мы всегда помним такой значимый момент, что кроме вегетокоррекции больные получали еще другие виды поддерживающего и симптоматического лечения – медикаментозное, физиотерапевтическое, гомеопатическое и др. Но, не достигая должного эффекта от традиционного лечения, многие повторно прибегали к вегетокоррекции. Вот и получился конечный результат такой, какой получился!

На первых этапах работы я избегал лечить больных сахарным диабетом: достаточно было вспомнить немалое число гнойных осложнений от обычных инъекций у этого контингента больных. Но как-то раз я попал в такую ситуацию, когда у пациента лет 55, страдавшего диабетом средней тяжести, возникли острые явления транзиторной ишемической атаки головного мозга. Что выбрать из двух зол – угроза развития инсульта мозга с одной стороны и формирование постинъекционного нагноения мягких тканей в такой ответственной анатомической области, как шея, с другой? Своими соображениями я поделился с пациентом, чтобы разделить с ним ответственность за последствия лечения и тем самым подключая его к выбору тактики. Он, как я и предполагал, выбрал меньшее из двух зол – вегетокоррекцию. Когда мы полечились, мозговые сосудистые явления

отступили, но осталась проблема на ближайшие 7-10 дней – возможность развития нагноения. Прошло несколько спокойных дней, но на седьмой или восьмой день после лечения при очередном «обходе по телефону» больной говорит: «У меня в шее какие-то неприятные ощущения». Не помню, как я доработал до конца рабочего дня и тут же помчался к нему, но при осмотре ничего тревожного не обнаружил. В дальнейшем всё прошло благополучно.

Я долго обдумывал эту ситуацию и нашел веские аргументы в пользу возможности применения вегетокоррекции у больных диабетом. Со временем выяснилось, что в ближайшие после вегетокоррекции дни уровень сахара в крови снижается на 1,5 – 2 единицы, о чем рассказали мне сами пациенты, продолжавшие проводить после вегетокоррекции назначенное ранее медикаментозное лечение диабета. Не исключено, что это связано с понижением уровня невротизации самого больного, однако, для того, чтобы составить окончательное представление в этом отношении у меня не хватило времени, да и достаточного числа больных не было; и всё же точка пока не поставлена, выводы впереди, поживем – увидим!

Влияние вегетокоррекции на эндокринную систему можно отчетливо проследить в клинических наблюдениях, представленных в этой книге выше.

О возможных осложнениях при выполнении вегетокоррекции, как и о ней самой, никогда не было никаких сведений, и этот вопрос пришлось разрабатывать самостоятельно, обратившись за поддержкой к литературе. В качестве полезного образца была избрана «местная анестезия и ее осложнения». Первым в нашей стране авторитетным трудом на эту тему является книга В.Ф.Войно-Ясенецкого «Регионарная анестезия» (Диссертация на степень доктора медицины, Петроград, 1915). Один из разделов этой книги посвящен осложнениям при «уколах в шею». Суммируя наиболее серьезные осложнения, приведенные как в этой книге, так и в более поздних публикациях других авторов по этому вопросу, можно отметить: повреждение позвоночных артерий, блокада дыхательных экскурсий диафрагмы, ранение пункционной иглой продолговатого мозга, повреждение заднемозжечковых артерий при крючкообразном загибе иглы, аллергические реакции.

Мы же столкнулись с обмороками, о которых в литературе не встретили никаких сведений, так что пришлось в этом разбираться самостоятельно.

В основном обмороки наблюдались при первичной вегетокоррекции в начале выполнения процедуры, изредка и при повторном лечении. Это были 12 пациентов в возрасте от 23 до 80 лет, из них 8 мужчин и 4 женщины, что составляет 0,84% от общего числа пролеченных пациентов. Если же этот показатель пересчитать на количество всех выполненных процедур, он будет в десять раз меньше (поскольку обмороки наблюдались не только при первичной вегетокоррекции, но и при ее повторном применении).

Было еще около десятка пациентов с предобморочным состоянием, у которых своевременно предпринятыми мерами удалось предотвратить развитие полномасштабного, развернутого обморока.

Следует отметить, что ни один из оказавшихся в пред- и обморочном состоянии пациентов не отказался от дальнейшего продолжения лечения методом вегетокоррекции. Даже когда обморок случался в разгар выполнения процедуры, ни один пациент не согласился на прекращение лечения, не перенёс его на другие сроки, настаивая на продолжении его «сейчас и по полной программе».

За пациентами, перенесшими обморок, всегда устанавливалось усиленное наблюдение. И выяснилось, что если случился обморок, значит, лечение даст 100-процентный эффект! Сейчас представляется, что обмороки при выполнении вегетокоррекции – это, бесспорно, хотя и опасная, но закономерная реакция, если иметь в виду, что восстановительные процессы реализуются благодаря изменению параметров функциональной активности сосудов двигателевых центров.

Припоминаю больного, у которого случился первый обморок. Пока он, с белым, как полотно, лицом, не дышал с полминуты, в голове моей проносились вся жизнь с родными и близкими и раскрывалась картина предстоящего нерадостного будущего! Но вдруг больной глубоко, шумно вздохнул и открыл глаза: – все мои видения тут же исчезли. Со временем, вооружившись сведениями из литературы, я стал переносить такие «зигзаги» вегетокоррекции спокойно, методично применяя простые мероприятия: уложить человека на спину без подушки, освободить дыхательные пути, поднять ноги, брызнуть водой в лицо, открыть форточку и т.д. и т.п. И, конечно, держать всегда наготове маленький флакончик с красной крышечкой-шапочкой, содержащий всегда и всех бодрящий нашатырный спирт. Он шел в дело после прекращения всяких действий по процедуре лечения, лишь только появлялись первые намёки надвигающегося обморока – его ещё совсем слабо выраженные признаки. Но самый надежный симптом грядущего обморока – белые уши.

Глубокий краткосрочный обморок – это самое существенное из встретившихся нам осложнений при вегетокоррекции. Он наблюдался только в момент выполнения процедуры или сразу же после неё, когда больной поднимал голову со стола или вставал со стула. Это указывает на прямую связь обморока с вегетокоррекцией.

Ещё одно осложнение встретилось нам в начальный период работы 2 или 3 раза: лёгкий неврит отдельных заднешейных нервов, очевидно, посттравматической природы. Это состояние продолжалось 3-4 недели и самостоятельно сходило на нет, не требуя лечения.

Всё сказанное об обмороках и других осложнениях вегетокоррекции – это своего рода индульгенция. В ней испытывает нужду всякий исследователь, который прокладывает новый путь, чреватый многими непредвиденными препятствиями и трудностями. Они преодолеваются, как

правило, нестандартным путём; скептики и недоброжелатели находят здесь повод для обвинения первопроходцев в семи смертных грехах и чуть ли не в авантюризме. В связи с этим вспоминается история с вакцинацией против бешенства.

Великий ученый Луи Пастер официально начал лечить от бешенства людей, покусанных бешеными собаками, в октябре 1885 года. Статья с доказанным предотвращением заболевания у двух мальчиков, их спасением от неминуемой смерти, явилась мировой сенсацией. Но как следует из записей в лабораторном журнале самого Л.Пастера, ещё раньше, в мае-июне того же года он привил двух пациентов, один из которых вскоре выпал из-под наблюдения учёного, а другая пациентка погибла. Л.Пастер не имел ни медицинского образования, ни лицензии на осуществление лечебной деятельности. В связи с обвинениями, предъявляемыми ему оппонентами, он вынужден был оставить службу и уехать на время в Италию, чтобы поправить здоровье. Ему тогда шел 64-й год и он прекрасно понимал, чем могут обернуться для него осложнения вакцинации. В то же время он понимал, что идёт правильным путём и что наличие осложнений не может остановить его.

Разрабатывая вегетокоррекцию, мы не испытывали потребность пользоваться современными общепринятыми классификациями болезней. Но существует необходимость предварительной оценки в процентном выражении итогов любого метода лечения. Поэтому для вегетокоррекции пришлось условно допустить, что ее эффективность способствует снижению выраженности поражения на 40-50%. Следовательно, при тяжелых формах заболевания и при формах средней тяжести, когда общий объем поражения составляет соответственно 60-90% и 30-60%, этот показатель уменьшается до 20-40% у больных с тяжелыми поражениями и не превышает 10% у больных с формами средней тяжести. Иначе говоря, при легких формах заболевания и при формах средней тяжести после вегетокоррекции возможно полное выздоровление, а при тяжелых формах общий объем поражения снижается почти вдвое. Хотя такое понимание в некотором смысле относительно (см. пример 2-8), наш практический опыт использования и оценки эффективности вегетокоррекции подтверждает эти априорные теоретические соображения.

С накоплением опыта сформировались реальные возможности точнее предсказывать исчезновение тех или иных складывающихся в определенную клиническую картину проявлений недуга, которые вегетокоррекцией будут устранены. Наглядным примером этого служит следующее наблюдение.

Речь идёт о девушке 22 лет, страдающей тяжелой формой ДЦП с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата (инвалид I группы). Психика сохранена, окончила преподавательский лицей для спецшкол. В беседе с больной перед началом лечения представлялось, что будут определенно достигнуты некоторые положительные эффекты. Из письма больной, написанного спустя 3 недели после вегетокоррекции,

следовало, что фактические лечебные эффекты значительно превзошли предполагавшиеся. Вот это письмо с небольшими сокращениями:

«Здравствуйте! Чувствую я себя сейчас намного лучше. Голова болела всего пару раз за прошедшее после лечения время, но уже не так сильно и по времени не долго. Видимо, из-за изменения погоды. Спать стала намного лучше и дольше. Транспорт переносить стала хорошо (раньше укачивалась – О.Ш.). Менструация по объёму стала меньше. Мне кажется, что зрение стало лучше. Собираюсь сходить к офтальмологу провериться. Ноги стали меньше потеть... Таблеток от давления больше не принимаю... Позвоночник стал меньше болеть. Наладился ежедневный стул. В общем, стало намного легче. Сегодня собираемся уехать на дачу. С уважением, Катя».

Через 3 месяца лечебные эффекты, достигнутые вегетокоррекцией, сохранялись, только голова иногда болела, хотя и «по-другому, легче».

Вегетокоррекцию приходится выполнять и тяжелым больным, у которых получить обратное развитие процесса не представляется возможным, но облегчение общего состояния вполне доступно. Так в июле 2009 г. довелось лечить пациентку 36 лет, страдавшую на протяжении 18 лет медленно прогрессирующими и с обострениями течением рассеянного склероза, инвалида I группы. Почувствовав от первой процедуры улучшение самочувствия по некоторым показателям (так, к примеру, наладился самостоятельный стул после запоров до 7 дней на протяжении 12 лет), она вскоре освоила ручной массаж, некоторые косметические процедуры и с успехом стала их применять, заняв тем самым активную позицию в жизни. Летом 2025 года она уже пятнадцатый раз приезжала из Анапы в Санкт-Петербург на лечение. За прошедшие 16 лет (сейчас ей 52 года) обратного развития основного процесса не наблюдалось, но и обострений болезни не было, что подтверждено клинически и регулярными обследованиями методом МРТ.

Нередко можно наблюдать, как вегетокоррекция буквально обрубает развертывание патологического процесса. Как пример такого эффекта в лечении привожу очередное наблюдение.

Водитель большегрузного автомобиля, 37 лет, ничем серьёзным не болел. После череды бытовых стрессов почувствовал стойкое недомогание и к концу 4-го месяца предъявляет жалобы на боль «во всём позвоночнике, отдающую в правую ногу; головные боли и боль в животе». Не может спать с полуночи до 3-х часов из-за появляющихся в этот период «внутренних опоясывающих болей», постоянно немеет левая рука. Анальгин «принимает пачками». После комплексного обследования (клинические анализы крови и мочи, фибро-гастро-дуоденоскопия, рентгенография, компьютерная томография) консультирован терапевтом (найден эрозивный гастрит), неврологом (констатирован невроз), хирургом (обнаружены грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника, из-за чего очень трудно присесть, нагнуться или надеть носки). От назначенного лечения эффекта практически нет.

Больной подвергнут вегетокоррекции 04 февраля 2016 г. Буквально через три дня он и жена удивлялись: наладился сон, головные и никакие другие боли не беспокоили, лекарства принимать перестал, легко и свободно приседал и также поднимался. Через три месяца хорошее самочувствие сохранялось.

Часто встречаются такие больные, с которыми раньше не приходилось иметь дело. Взять, к примеру, больную 33 лет, риэлтора, страдавшую головной болью мигренозного характера более 15 лет. Кроме этого, у неё имелся поликистоз яичников, диагностированный в 12 лет, а также бесплодие, частичная атрофия зрительных нервов; 1,5 года назад была выявлена негормонпродуцирующая аденома гипофиза, которая полгода назад удалена. Раньше у меня не было таких больных и априори я не знаю, каким будет итог лечения. Однако кто, как не я, должен найти возможность помочь человеку, головную боль которому путем исправления прикуса предлагают хирургически лечить стоматологи? Какое-то время обдумываю ситуацию и, наконец, соображаю: ведь головные боли начались задолго до обнаружения аденомы гипофиза; знаю, что организм «сам себе не враг и хуже не будет». Так и говорю, а в ответ слышу – «Я боюсь». Но это нормально, это защитная реакция, лечиться можно, тем более что есть за что бороться.

На 3-й день после лечения больная сообщает: «Я просто потрясена эффектом лечения – моя голова уже 3-й день не болит! Я уже забыла, что так бывает – режим моей головной боли последние 15 лет был такой: 2 дня болит, 1 день не болит». Спустя месяц состояние пациентки продолжает меняться и постепенно улучшаться, что она фиксирует в дневнике. И, несмотря на то, что ещё сохраняется некоторая дневная сонливость – не полностью устраниён дефицит полноценного сна, она уже стала оформлять документы для поездки к друзьям в Барселону.

Большое значение для благоприятного результата вегетокоррекции имеет поддержание контакта с больным после лечения, для чего мы пользуемся приёмом «обход по телефону». В ближайшие дни рекомендуем нашим пациентам оценивать своё состояние по двум позициям. Первая – это ощущения в местах хирургической агрессии на шее, где возможно образование небольшой гематомы под кожей от повреждения мелких сосудов в тот момент, когда приходится разбираться с нервными структурами. Наиболее выраженные, но терпимые болевые ощущения в шее (обезболивающие препараты никто по этому поводу не принимал), наступающие преимущественно утром следующего дня, прогрессивно уменьшаются уже к вечеру, а спустя ближайшие один-два дня купируются практически полностью. Некоторые пациенты никакой болезненности вообще не ощущают.

Вторая позиция оценивает общее самочувствие. Закономерно, что каждый человек по-своему болеет, и каждый по своему усмотрению выбирает метод лечения: одни налегают на таблетки, другие их избегают, кто-то предпочитает народные методы и т.д. Поэтому естественно, что и

восстановление здоровья у каждого протекает также индивидуально. У одного после вегетокоррекции гнетущая сонливость держится неделю и очень нежелательно препятствовать устраниению накопившегося в организме дефицита сна. Другой несколько дней не знает, куда девать вулкан освободившейся энергии – такой вариант восстановления встречается реже. А между этими двумя крайними вариантами множество промежуточных. Они могут характеризоваться словами – «разбитость», «сонливость», «усталость» или наоборот «лёгкость», «прилив сил», «пробуждение внутренней энергии», что обусловлено различными индивидуальными особенностями конкретного человека, включая психо-эмоциональные... Мы рекомендуем быть это время в режиме «на поводу у организма»: хочет тело поесть – покормить его, хочет лечь – положить его и неплохо, если оно поспит. Болевые ощущения в шее в таких случаях выполняют положительную роль, сдерживая активность пациента. Если активируется внутренняя энергия, очень нежелательно заниматься стиркой, уборкой, доделывать ремонт и др., можно погулять, но и при этом не переутомляться. Выделяющаяся в это время «энергия» должна остаться в организме и быть использована в реорганизации работы защитных (компенсаторных, приспособительных) механизмов. По той же причине после вегетокоррекции необходимо 7-10 дней берегать организм от всяких стрессирующих его воздействий, в частности – отменить массаж и физиотерапевтическое лечение, исключить ванны (мыться следует под душем), посещение бассейна или сауны, лыжные кроcсы, обливание холодной водой, бег даже на немарафонские дистанции и т.п. В противном случае восстановление организма будет проходить медленно и с перебоями, возможно не полностью.

Далеко не каждый человек может сразу понять, что такая простая по его разумению процедура, как «два укола новокаина», способна за полчаса радикально решить, к примеру, 15-летнюю проблему головной боли.

Когда эффект лечения ощущается уже на следующее утро – это понятно, процесс идет как задумано. А когда организму приходится исправлять ошибки, с которыми больной прожил всю жизнь и всю жизнь лечился – в таких случаях болезнь отступает волнообразно, в режиме «то лучше, то похуже», не желая быстро сдавать свои позиции. Но суммарный итоговый результат день ото дня прогрессивно более или менее улучшается. Вегетокоррекция запускает естественные физиологические механизмы самоизлечения, формирование и развитие которых продолжается в среднем 4–6 недель.

В целом, конечно, надо иметь терпение, чтобы спокойно дождаться результатов лечения от первой процедуры и, возможно, решить вопрос о необходимости дополнить проведенное лечение ещё одной вегетокоррекцией, чтобы улучшить или закрепить эффект. Некоторое ухудшение состояния в ближайшие после вегетокоррекции дни возможно как от обострения имеющихся у пациента хронических процессов, которые

система защиты организма «увидела» после лечения и приступила к их ликвидации, так и от обычных бытовых, производственных или климатических стрессов.

Обострения хронических процессов наблюдаются часто, обычно они легкие и непродолжительные – меняется характер кашля при хроническом бронхите, могут напомнить о себе цистит или пиелонефрит, внепланово возникнут ощущения невралгии тройничного нерва или заноет давний перелом, произойдет сбой в наступлении очередной менструации. Подобные явления представляют собой проявления естественных восстановительных реакций, ранее не доведенных до конца и обеспечивающих полное выздоровление в настоящий момент. Обычно эти явления проходят самостоятельно, без медикаментозного лечения (исходя из определенных соображений это даже желательно!) и больше не возвращаются. Очевидно, что какое-то влияние на самочувствие в этот период оказывает переменчивая погода, что более выражено осенью и весной.

Вегетокоррекция совместима с приемом любых медикаментов, но эффективность их действия в прежних дозах может возрасти. У отдельных пациентов полноценный продуктивный сон налаживается не сразу, а в ближайшее после лечения время, но общее самочувствие в течение дня при этом не страдает. Ограничивать сон не следует – это основной элемент не только восстановления, но и поддержания здоровья! Вообще, человек, как и животные, выздоравливает большей частью во сне.

Некоторые после лечения говорят: «Вот теперь я буду ждать выздоровления!» Ничего специально ждать не надо, всё раньше или позже придет своим чередом, смотря по тому, насколько длинной до здорового состояния будет цепочка восстановительных реакций. Пожалуй, первыми, как представляется, включаются сразу две системы – сосудистая и нервная, за ними следуют эндокринная, затем система обмена веществ, а позже всех иммунная...

Для того чтобы сориентировать поведение больного в ранние сроки после вегетокоррекции, на материалах первой тысячи пациентов, подвергнутых лечению, мы составили памятку, в которой даны соответствующие рекомендации. Соблюдение их является существенным элементом восстановительного периода для получения от вегетокоррекции максимального лечебного эффекта.

Занимаясь на протяжении длительного времени разработкой и применением в клинической практике методики вегетокоррекции, невозможно было обойти стороной вопрос о механизме её лечебного действия. Удалось убедиться в том, что развитие патологического процесса подчиняется таким закономерностям, как «переход количества в качество», «трансформация функциональных нарушений в органические» и ряд других. Это относится как к отдельным симптомам, так и к общей симптоматике в целом, коль скоро иметь в виду поражение нескольких жизнеобеспечивающих систем организма.

В целом благоприятный итог лечебного действия вегетокоррекции представляет собой сложный процесс, сущность которого помогает понять экспериментальная модель, разработанная отечественными физиологами – академиком Л.А.Орбели и профессором А.Г.Гинецинским, известная как «феномен Орбели-Гинецинского». Ранее нам представлялась перспективной оценка в аспекте этого феномена кардиоваскулярной патологии, но в дальнейшем мы пришли к выводу, что эта позиция оправдывает системообразующий подход к лечению многих патологических процессов у пациентов любого возраста.

Суть этого феномена состоит в следующем. Исследователи формировали из экспериментального животного изолированную икроножную мышцу, сохраняя идущие в неё двигательный и вегетативный (трофический) нервы. Эту свежевыделенную мышцу, лишенную кровоснабжения, они фиксировали в штативе из двух стоек, одна из которых была подвижна и соединялась с записывающим устройством, и приступали непосредственно к проведению опыта.

На первом этапе импульсами электрического тока раздражался двигательный нерв, от чего мышца сокращалась, и это фиксировалось на ленте записывающего устройства. В процессе раздражения мышца «утомлялась», что было видно по уменьшению амплитуды ее сокращений, и, в конце концов, сокращения прекращались.

Тем самым утомленная и не реагирующая на раздражение двигательного нерва мышца была подготовлена ко второму этапу опыта, к которому приступали тут же: раздражению подвергался вегетативный нерв. При этом никаких сокращений мышцы не наблюдалось, но, вернувшись к раздражению двигательного нерва повторно, экспериментаторы получали восстановление сокращений ранее утомленной мышцы, появившееся как результат стимуляции трофического нерва.

Таким образом, оценка вегетокоррекции в дискурсе феномена Орбели-Гинецинского позволяет сформировать следующую аналогию. Организм больного со всеми его органами и системами – это как бы большая многокомпонентная мышца, но с сохраняющимся пусть даже местами не совсем достаточным кровоснабжением. Разнообразные жизненные стрессы вызывают напряжение защитных механизмов, вплоть до развития состояния сенсорной депривации. Наносимые при вегетокоррекции раздражения активируют восстановительные механизмы организма человека, которые по той или иной причине были истощены или отключены, что и является одной из главных причин развития болезненных явлений. Обращаю внимание на то, что деятельность этих механизмов, в отличие от приведенного выше классического феномена, поддерживается более или менее продолжительно благодаря худо-бедно сохраняющемуся кровоснабжению тканей.

К сожалению, какой-нибудь полномасштабный эксперимент или опыт на животных для объяснения лечебных эффектов вегетокоррекции

придумать не удается. Уж слишком разная у нас в сравнении с ними анатомия тела и его слабые места! Да ещё и клиника...

Итак, в формировании вегетативных расстройств задействованы три крупные жизнеобеспечивающие системы организма – мышечная, сосудистая и нервная (преимущественно ее вегетативный отдел). Именно их рассогласованная деятельность, мышечную часть которой частично подправляет мануальная терапия в классическом варианте (за счёт чего формируется зачастую нестойкий клинический эффект мануальных приемов), приводит к некоторым приобретенным и очень широко распространенным болезням. Вегетокоррекция, в свою очередь, нормализует взаимодействие этих трех систем одновременно.

Здравомыслящему человеку понятны уникальные лечебные эффекты вегетокоррекции, которые ощущало на себе большое число больных. Первоначально представлялось, что вегетокоррекция – это метод лечения, но со временем выяснилось, что в таком единоличном качестве методика выступает достаточно редко, и это возможно лишь в самом начале развития некоторых приобретаемых болезней. Вегетокоррекция дополняет официально существующие традиционные методы лечения *par excellence* (преимущественно), а не выступает альтернативой им. Это дает основание считать ее «недостающим звеном современного (и всего предшествующего, за исключением, пожалуй, традиционной китайской медицины!) лечебного процесса».

В этой книге много незаурядной специальной информации и практически каждое наблюдение есть пример уникального эффекта вегетокоррекции. Каково же отношение к этому общественности, специалистов? Да, они читают краткие печатные работы о применении вегетокоррекции и никак не реагируют: ведь дело лично их не касается, значит, ничего и не стоит предпринимать. Вспоминается Бернард Шоу, который разделил всех людей на «думающих», их всего-то – 2%, «думающих, что они думают» – это ещё 3% и «пользующихся уже кем-то придуманным», – остальные 95%. Среди 2% людей думающих есть и п-число зависимников, и это тоже не следует упускать из виду. Вот и становятся в таком аспекте вполне понятными реакции на вопросы, поднятые в книге о вегетокоррекции. Всякое новшество, направленное не на решение «модных» задач, мало кого интересует, даже если дело касается неврозов военной поры, а это, пожалуй, самые тяжелые неврозы, плохо поддающиеся стандартному лечению. Когда человек, побывавший в окопах, не может нормально спать – он ещё много чего не может, и добром это у многих не заканчивается. А между тем именно вегетокоррекция могла бы сказать тут своё веское слово (см. выше примеры 1-15 и 9-5).

В этом отношении я искал поддержку в Государственной Думе, куда направлял в своё время несколько обращений. Тем не менее, пресс-службы Вячеслава Володина, Владимира Жириновского, Сергея Миронова и др. присыпали ответы с абсолютной уверенностью в том, что решение этих

вопросов входит в компетенцию Минздрава. Логически это, разумеется, безупречно, а между тем мое обращение в Минздрав оказалось безрезультатным, потому что там не интересуются вопросами эффективности лечения. От многих других, к кому я ни обращался, ответов так и не последовало.

Случилось мне как-то оказаться с темой вегетокоррекции в одном из кабинетов Минздрава; разговор с хозяйкой кабинета начался с обращения ко мне: «Ну, рассказываете, что за опыты вы ставите на людях». Моя реакция быстро расставила всё по местам, и тут же выяснилась разница между тем, что делаю я с одной стороны, и аргументацией чиновницы: «Я в этом кабинете 22 года работаю!» – с другой. Итог этого разговора печален, вернее, никакого итога просто не получилось.

Остается лишь пожалеть, что не только в нашей стране, но и в других странах неизвестны структуры, которые рассматривали бы вопросы перспективных новых методов лечения и способствовали их внедрению в практику сразу же или после дополнительной проверки (апробации). Никакие конференции, съезды, специальные комитеты Государственной Думы и т.д., даже ВОЗ эти вопросы не решают. И это при том, что у нас в стране бесконечное количество организаций, которые позиционируют себя призванными укреплять здоровье, увеличивать продолжительность жизни, повышать активность людей старшего возраста, борясь с алкоголизмом и всем прочим в том же духе!

Так было и в СССР. Помню, бились как «рыба об лед» Рагель, Войтенко и многие другие изобретатели: никому, кроме самих больных, не нужны были их изобретения! А сколько людей можно было бы избавить от тяжелых хронических, приобретенных еще в военную пору трофических язв голеней, от сосудистых заболеваний и многое другое! Следовало лишь помочь правильно организовать работу изобретателей и оказать поддержку пусть даже самой скромной рекламой.

Тут есть повод вспомнить старинную притчу о мышке.

Однажды фермер решил избавиться от мышки и установил в сарае мышеловку. Мышь увидела это, и поделилась своими наблюдениями с курицей, овцой и коровой. Но животные, жившие в том же сарае, в один голос заявили, что их это не касается, потому что мышеловка к ним никакого отношения не имеет. Через несколько дней в мышеловку попала ядовитая змея, она укусила жену фермера, пришедшую ухаживать за животными. Женщина заболела, и хозяин зарезал курицу, приготовив из нее суп для жены. Затем больную приехали навестить родственники, и хозяин зарезал овцу, чтобы накормить их. Но женщина всё же умерла, и фермеру пришлось заколоть корову, чтобы устроить поминки... А маленькая мышка тихо наблюдала эти события и думала о вещах, которые как бы ни к кому никакого отношения не имели... В мире всё взаимосвязано гораздо больше, чем нам представляется...

Ну, а что же теперь, есть ли какие-нибудь существенные перемены в наши дни?

Общаясь со знакомыми гинекологами, мне представлялось, что все они в основном прекрасно понимают главные причины проблем здоровья у своих пациенток. Но ответ на предложение лечить их методом вегетокоррекции был примерно одинаковый и звучал риторически так: «Олег, если мы отдадим тебе больных с альгодисменореей, что тогда мы сами будем делать на поликлиническом приеме, кого будем лечить?!». Неизвестна им притча о мышке!

Пошел я как-то с просьбой организовать кабинет или маленький отдел по исследованию вегетокоррекции на приём к академику, руководителю крупной учебной и научно-практической медицинской базы и вкратце описал ему некоторые клинические случаи, подобные представленным в этой книге. В качестве эффективности методики я привёл простой и убедительный, казалось бы, пример – как легко, за 15-20 минут, да еще и с гарантией методом вегетокоррекции удается вывести из запоя. И это при том, что в лаборатории под руководством этого академика такое лечение продолжается 6-7 суток и больному никакой гарантии не предоставляется! Мог ли я рассчитывать на поддержку в таком положении?

А что, если переложить эту ситуацию на обращение в какой-нибудь профильный НИИ, к примеру, кардиологии или гинекологии? Ведь сотрудники этих учреждений ведут преимущественно плановую научную работу за определенные и немалые деньги (федеральные, регионарные и т.п.), по грантам или еще как-то. Что ж, они вынуждены будут признаться в том, что лучше вегетокоррекции им нечего предложить? Их, естественно, тут же лишат финансирования. И что дальше? Просто они придут ко мне для серьезного разговора.

Увы, жизнь такова, что ещё не один заболевший Левша умрёт, лёжа в приёмном покое Обуховской больницы для бедных!

Зашел я как-то в один известный действующий медицинский кооператив и решил предложить руководству свои услуги. Обстоятельный разговор с директором завершился таким образом: «Нет, мы не можем принять вас на работу». На вопрос «Почему?» я услышал: «Вы лишите нас клиентов».

А вот, если хотите, еще один пример специального интереса к вегетокоррекции.

Как-то нами были поданы 13 тезисов на научную конференцию, готовящуюся одним весьма авторитетным учреждением. 10 из них были посвящены результатам клинического применения вегетокоррекции, а остальные 3 – второстепенным медицинским вопросам. Печатались тезисы на коммерческой основе, и это давало определенные гарантии того, что они увидят свет.

Когда сборник, состоящий из двух томов, был уже напечатан, я решил приобрести его. Прихожу в учреждение, получаю сборник, читаю оглавление

... и тезисов о вегетокоррекции не нахожу. Спрашиваю у ответственного работника: «Где же наши тезисы?» Он же, потупив глаза долу, отвечает: «Ваши тезисы не пропустила отборочная комиссия, я возвращаю вам деньги». В чём же дело? Без обсуждения, без согласования и без объяснения – просто взяли и отказали в издании, вот и всё. А члены отборочной комиссии, наверняка, компетентные специалисты, двигатели науки... И они эту науку действительно задвигают.

Трудно, очень трудно проводить исследования при таком отношении к полученным результатам. Я тут же подал эти тезисы в оргкомитет другой конференции, и они были беспрекословно полностью опубликованы. Возможно это другая неполезная крайность.

Когда-то я рассчитывал организовать совместную работу в одном реабилитационном медучреждении и провёл там показательную вегетокоррекцию. Это был больной с хроническим пояснично-крестцовым радикулитом, и эффект наступил тут же. Однако совместная работа не сложилась, так как коллеги хотели только заполучить методику лечения и обойтись в работе без моего участия. В мои планы такое «сотрудничество» не входило, и мы расстались, как в море корабли. Спустя 3,5 года звонок по телефону: «Вы меня лечили тогда-то и там-то. Теперь у меня от вашего лечения болит спина. Я подаю на вас в суд!» Я вскипал и ответил: «Я заставлял вас лечиться? Нет! Вы платили мне за лечение? Нет! У вас спина болела до моего лечения? Да! И если бы вы попросили полечиться еще раз – я бы не отказал. Зачем же вы на меня бочку катите? Идите в суд и расскажите, что от двух уколов новокаина у вас спина не болела три с лишним года и вы этим недовольны. В суде хорошо знают эффекты лечения разными методами». Понятно, что больной не сам надумал звонить мне и подавать на меня в суд, а действовал под давлением обиженных на меня «коллег».

Наступило время страховой медицины, появились «платные» и «бесплатные» (которые по ОМС – обязательное медицинское страхование) больные. Повёл меня как-то мой однокашник к своему приятелю, главному врачу крупного многопрофильного стационара с поликлиникой. Цель нашего визита состояла в том, чтобы получить возможность на практике применять вегетокоррекцию. О финансовой стороне дела даже речи ещё не было. Руководитель учреждения выслушал нас, как практикующий клиницист всё правильно понял, решительно поддержал и предложил сделать сообщение на ближайшей утренней врачебной конференции. А затем планировалось налаживать работу в терапевтическом отделении.

Моё сообщение на конференции вопросов не вызвало: либо всем всё понятно, либо никому ничего не ясно. Вскоре я оказался в том отделении, которое определил главный врач. Заведовал этим отделением доктор наук, профессор, преподаватель кафедры терапии, которая обучала студентов-медиков. Решили начать с обхода отделения. Когда обошли первые несколько палат, я увидел, что трёх из четырёх я сегодня же взял бы на

вегетокоррекцию: хотелось поскорее продемонстрировать ее эффективность; завтра эти пациенты с явным улучшением были бы выписаны домой, освободив койки для других. Однако зав. отделением навязывал мне других больных, поступивших по скорой медицинской помощи с ОМС, эффект их лечения представлялся мне сомнительным. После обхода мы стали обсуждать, кого лечить. Я разъяснил, каких больных хотелось бы взять на вегетокоррекцию, а в ответ услышал: «А мне это не выгодно!» На этом внедрение вегетокоррекции в данном учреждении закончилось, и я ушел. Не жаловаться же главному врачу!

Мне известны и совсем другие, к сожалению, гораздо более редкие и прямо противоположные примеры. Так, одним из двух официальных оппонентов при защите моей кандидатской диссертации был назначен профессор Феттях Халимович Кутушев, который в тот момент заведовал кафедрой факультетской хирургии Ленинградского педиатрического медицинского института, был главным хирургом Ленинграда и недавно стал лауреатом Государственной премии за разработку методики аутогемотрансфузии. Общаясь с ним, я решил поинтересоваться его мнением по поводу одного непонятного мне случая и в подходящий момент рассказал ему, как мне пришлось лечить молодого парня с ножевым ранением брюшной полости. Внимательно выслушав, он сказал: «Интересный ты человек: всем непонятно, отчего больной умер, тебе же непонятно, отчего он поправился. Должен тебе сказать, что личного опыта лечения таких больных у меня нет, но я убеждён, что выздоровление твоего пациента является уникальным, показательным для каждого хирурга слушаем и его следует описать. Так что изложи это наблюдение вместе со своими мыслями на трех страничках и принеси мне».

Через несколько дней я пришел с готовым текстом. Он прочитал его, вычеркнул свою фамилию из числа соавторов, чуть изменил название и написал на первом листе «В печать!». Затем поставил свою подпись и говорит: «Отнеси в редакцию журнала “Вестник хирургии”». Так, совершенно неожиданно, в авторитетном журнале я оказался среди авторов раздела «Случай из практики».

Именно так действует настоящий ученый, понимающий «большое общее дело» и болеющий за него.

Как-то мне предложили сделать доклад на заседании Общества рефлексотерапевтов Санкт-Петербурга на тему «Первый опыт применения вегетокоррекции при сердечно-сосудистых заболеваниях». Доклад я начал с предупреждения, что техника лечения в процессе разработки и говорить о ней я не буду. Полагаю, в аудитории были врачи, недовольные своей медицинской специальностью, зарплатой, пришедшие на курсы с надеждой за три месяца стать большими специалистами восточной медицины и иметь высокие заработки. После окончания доклада – масса вопросов, и каждый второй – о методике лечения. После того, как председатель подвел итоги и закрыл заседание, слушатели обступили меня плотным кольцом с одним

вопросом: о технике вегетокоррекции. Я стойко выдержал натиск, раздал все имевшиеся у меня визитки, предложил позвонить мне. В итоге – ни одного звонка. Да и новых приглашений рассказать о вегетокоррекции и продемонстрировать свои незаурядные находки больше не было.

Подводя итоги, не могу не оглянуться на весь путь, который привёл меня к вегетокоррекции.

С первых лет самостоятельной работы я мечтал овладеть таким самодовлеющим методом лечения, применение которого было бы эффективно и независимо от операционной, автоклавной, ассистентов, анестезиологов и пр.; именно так по своим методикам, к слову сказать, работают гомеопаты, иглотерапевты, мануальные специалисты. Наверное, поэтому в моих глазах не было цены подаренному мне другом уникальному компактному набору хирургических инструментов японского военно-полевого хирурга времен Второй мировой войны (использовать его по прямому назначению до сих пор, слава Богу, мне не пришлось). Неудивительно, что незаметно настал час, когда в моей голове рядом с этим набором уверенно заняла своё место вегетокоррекция.

В силу разных жизненных обстоятельств мне приходилось не раз отходить от «детской хирургии» как главного направления моей профессиональной деятельности после институтской скамьи и заниматься другими видами хирургии взрослых, а это – экстренная, абдоминальная, торакальная, амбулаторная, гнойная хирургия, травматология и ортопедия, фтизиохирургия. И это в порядке вещей. Ведь в Клятве врача записано – «... обязуюсь постоянно совершенствовать свои медицинские знания и врачебное искусство, содействовать своим трудом развитию медицинской науки и практики ...». В итоге я втянулся в самообразовательный процесс и привык к нему. Тем не менее, зачастую мои интересы выходили за рамки сиюминутных «производственных потребностей», мне хотелось приобретать, как сейчас говорят, «новые компетенции». Так, пытаясь разобраться в механизмах лечебного действия вегетокоррекции, прослушал цикл лекций профессора А.Ю.Ратнера, окончил курсы усовершенствования по неврологии, гомеопатии, иглорефлексотерапии и прижиганию.

Впервые здесь признаюсь, что я учился и в 1985 году окончил «Высшие Государственные Курсы ... по вопросам патентоведения и изобретательства» и что был членом БРИЗ ГУЗЛа (Бюро рационализаторов и изобретателей Главного управления здравоохранения Ленгорисполкома). Это позволяет мне иметь собственное мнение и обсуждать затрагиваемую тему. Всё сказанное мне далеко не безразлично.

И удивительно, сколько и какие достойные специалисты занимались исследованием анатомических областей шеи и лечением её болезней, но все они «прошли мимо», никто не обратил внимания на то, какими огромными возможностями для лечебного процесса она располагает! И это только шея, а у позвоночника есть ещё и другие отделы. Такие соображения позволяют мне

понять тех, кто считает, что из анатомии человеческого тела полезного уже ничего не извлечёшь («там давно уже всё раздраконено!»).

Тем не менее, когда патенты можно было оформлять буквально десятками, нами оформлен всего лишь один патент (№2182019 РФ (МКИ³ 7 A 61 M 5/142), «застолбивший территорию», с которой множеством путей и с большой пользой сможет распространяться вегетокоррекция. На «Высших курсах ...» нам рассказывали, что аналогичная ситуация сложилась в свое время у известного предпринимателя и производителя механических швейных машин Исаака Зингера, который запатентовал швейную иглу с отверстием не в конце, а в острие иглы. Этот разговор я затеял потому, что своё теоретическое обоснование вегетокоррекции и конкретную технику ее выполнения я решил до поры до времени, по крайней мере, сегодня, не раскрывать.

Я знаю не понаслышке, что такое промышленный шпионаж – пострадавшие от него живут совсем рядом, и меня не раз пытались обвести вокруг пальца, даже шантажировали – надо, мол, «делиться с товарищами!». А всё упирается в механизм лечебного действия и технику выполнения вегетокоррекции.

Судите сами! У нас в стране хватает малопорядочных людей, которые тут же воспользуются вегетокоррекцией, не столько, чтобы лечить больных, как с её помощью вышибать из них деньги. При таких условиях следует ожидать лечение не по показаниям; пойдут осложнения и неблагоприятные исходы, которые дискредитируют саму методику, да и всё с немалым трудом разработанное. Достанется и мне: не то-де придумал, не туда направил, не доучил... Вот если б удалось организовать хотя бы небольшой научно-учебно-практический центр вегетокоррекции, тогда другое дело, есть понимание того что надо искать и где. Но пока не складывается!

Мудрый царь Соломон давно всех предупредил: «Во многой мудрости много печали» («Кто умножает познания, тот умножает скорбь»). И добавил: «Не будь слишком строг, не выставляй себя слишком мудрым; зачем тебе губить себя?»

В работе над вегетокоррекцией я опирался только на собственное неудержимое стремление как можно эффективнее помочь больному, руководствуясь незыблемым принципом Гиппократа «не навреди» (*noli nocere*), сознавая при том, что ошибки неизбежны: известно ведь, что эффективность любого из самых надежных методов лечения не превышает 95%. Это означает, что я тоже должен отработать свои неблагополучные минимум 5%! Подозреваю и надеюсь, что это наблюдавшиеся обмороки... Но всё равно, пока есть силы, я буду продолжать совершенствовать вегетокоррекцию. К этому меня обязывают и обращающиеся сегодня за помощью больные.

Для чего я всё это написал?! Ведь в заготовке предисловия ясно сказано – всему своё время! Понимаю, что сейчас никакого толка от этого писания не будет. Но для определенного круга исследователей считаю

необходимым и возможным создать некую «путеводную звезду». Крайними представителями научной линейки человечества являются с одной стороны двигатели прогресса и с другой – те, кто его тормозит. Хочу искренне поддержать первых, придать им твердости духа и сил уверенно творить своё доброе для всех дело. Вторых, трагически переживающих о том, что существуют на свете генералы, хочу успокоить – вы тоже нужны в качестве щуки для карася.

Молодое поколение будущих учёных, идущее нам на смену и пожелавшее изучать механизмы развития болезней, не скоро разберётся в сущности вегетокоррекции и в чём её коллизии. Так будет хотя бы потому, что для этого необходимы особые условия и прежде всего определённый практический опыт, удачно сложившиеся в моей профессиональной деятельности. Будущие учёные должны твердо знать и постоянно помнить, что существенное улучшение результатов лечения очень многих болезненных состояний не иллюзия, а реальность и что подход с позиции вегетокоррекции находится в этом деле далеко не на последнем месте.

«Просите, и дано будет вам;
Ищите, и найдёте;
Стучите, и отворят вам...»

(Евангелие от Матфея, глава 7, стих 7.)

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К. с соавт. Объединение специалистов для улучшения репродуктивного здоровья населения/Ж. акуш.-жен. болезней.-Т.LVI.-спецвып.-СПб, 2007.-с.75-77.
2. Бадалян Л.О. Детская неврология.-М., Медицина, 1984.-576 с.
3. Бердичевский М.Я. Венозная дисциркуляторная патология головного мозга.-М., Медицина, 1989.-224 с.
4. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение./Под ред. А.М.Вейна.-М.: “Мединформагентство”, 2003.-752 с.
5. Вихляева Е.М. с соавт. Справочник по акушерству и гинекологии.-М., Медицина, 1996.-384 с.
6. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии.-Л.: Медгиз, 1956.-632 с.
7. Гайтон А.К., Холл Дж.Э. Медицинская физиология.-М.: «Логосфера», 2008.-1296 с.
8. Загер О. Межуточный мозг. Бухарест: Изд-во Академии Румынской народной республики, 1962.-300 с.
9. Зайчик А.М., Чурилов Л.П. Основы общей патологии.-СПб, ЭЛБИ, 1999.-619 с.
10. Крыжано
11. вский Г.Н. Некоторые общебиологические закономерности и базовые механизмы развития патологических процессов//Арх. патол.-2001.-№6.-с.44-49.
12. Лериш Р. Основы физиологической хирургии.-Л.: Медгиз, 1961.-292 с.
13. Маркелов Г.И. Заболевания вегетативной системы.-Киев: Госмедиздат УССР, 1948.-618 с.
14. Медведев Ю.А. Танатологический анализ в патологоанатомической практике.-СПб: Изд-во ФГУ «РНХИ им. проф. А.Л.Поленова Родзлава», 2005.-176 с.
15. Плетнев Д.Д. Избранное.-М., Медицина, 1989.-432 с.

-
- 16. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных. Изд. Казанского универс., 1995, 367 с.
 - 17. Русецкий И.И. Клиническая нейровегетология.-М., Медгиз, 1950.-292 с.
 - 18. Руководство по медицине/под ред. Р.Беркоу и Э.Флетчера.-т.1-2.-М., Медицина, 1997.
 - 19. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М., Медгиз, 1960.-255 с.
 - 20. Тареев Е.М. Внутренние болезни.-М., Медгиз, 1957.-с.73-78.
 - 21. Фолков Б., Нил Э. Кровообращение.-М., Медицина, 1976.-253 с.
 - 22. Хэм А., Кормак Д. Гистология.-т.1-5.-М., Медгиз, 1983.
 - 23. Шефер Д.Г. Гипоталамические (диэнцефальные) синдромы.-М., Медицина, 1971.-384 с.