

АСТА НОМЕОРАТНІСА

Вестник за клинична хомеопатия

ISSN 2367-7457



ИЗДАНИЕ НА ЕВРОПЕЙСКА ШКОЛА
ПО КЛИНИЧНА ХОМЕОПАТИЯ

Одобрен от Българска Медицинска Хомеопатична Организация



Г. 8, БР. 3, МАРТ 2018



Все още отеква отзвукът от „Писмото на академичите“ до Медицинските университети, определящо хомеопатията като „лъженаука“. Представяме на Вашето внимание позицията на Д-р Тотко Найденов, основател и главен редактор на в. „Български лекар“, който скоро ще навърши 70 г. Юбилеят ще бъде отбелязан на 26 март от 17:30ч. в големия салон на БЧК. Част от редколегията на в. „Български лекар“ са акад. Богдан Петрунов и акад. Дамян Дамянов.

ХОМЕОПАТИЯТА - СЪС СВОЕ МЯСТО В МЕДИЦИНАТА

Представяме Ви без промени
статията, публикувана във
в. „Български лекар“

В последните дни станахме свидетели на необичаен спор между БАН и лекарите-хомеопати в България. Над 2500 колеги, практикуващи този всепризнат метод у нас, бяха неприятно изненадани от позицията на група академици, които го отхвърлиха и призоваха ректорите на Медицинските университети да го изключат от обучението на студентите.

Положението стана още по-неприятно, след като спорът се прехвърли в централните медии - което е недопустимо, съгласно Етичния кодекс на лекаря (а, както се знае, те се „хранят“ със сензации; ако ги няма - ги търсят и предизвикват сами). В никакъв случай лекари не трябва да се обвиняват един друг относно методите, които са избрали за лечението на своите доверили им се пациенти; защото всеки лекар носи неотменимото право и пълната отговорност за поставянето на диагнозата и определянето на лечението и възстановяването им. За гаранциите на това свещено право на лекаря съществуват съответните отдавна установени правила и нарушаването им предизвиква само печал.

Българската хомеопатия е създадена от д-р Драгомир ГРУДЕВ, основал българския клон на известната френска фармацевтична фирма „БОАРОН“, която произвежда хомеопродукти. Те до един са регистрирани в ИАЛ, подлежат на строг контрол - както всички останали лекарствени препарати и се продават в лицензирани аптеки.

Обучението по хомеопатия на студенти-медици и лекари е организирано от Европейската школа по клинична хомеопатия, то е исконно право на професионален избор и се осъществява от най-видни наши профе-

сори като Надка Бояджиева, Димитър Джеров, Николай Цанков, Илия Йовчев, Людмил Пейчев и мн. др. Какво нередно има тук?! Нима тези изтъкнати

**XVII-та Национална Конференция
по Клинична Хомеопатия ще се проведе
в Несебър от 25 до 27 май 2018 година**

Темите на конференцията тази година са:

**„ХОМЕОПАТИЯ ПРИ ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ
В ОНКОЛОГИЯТА“
„ГЕРИАТРИЯ И ХОМЕОПАТИЯ“
„ХОМЕОПАТИЯ В ПЕДИАТРИЯТА“**

Желаещите да участват с доклади, постери, научни съобщения и клинични случаи, могат да изпратят най-късно до 16 март 2018 г.:

1. Заглавие на темата
2. Резюме в word-формат до 500 знака на e-mail: congress.nessebar@gmail.com с копие до: bmhobg@gmail.com

Комисия към Организационния комитет на конференцията ще отговори на авторите на одобрените теми за доклади или постери до 31 март 2018 г.



Телефони за информация: 02-9632091 и 02-9630906

учени са подвеждени? Нали активно я прилагат в практиката си и имат богат опит с нея? И защо на желаещите млади колеги да се отнема правото да бъдат запознати и с други лечебни методи, извън конвенционалните? Хомеопатичните лекарства са официално признати лекарствени средства, а не - хранителни добавки, които се регистрират само чрез уведомление, без никакви клинични изпитвания и контрол, на пълно доверие към производителите и вносителите им.

Лично ние сме присъствали на над 10 национални срещи на българските хомеопати (с участието винаги на над 500 колеги от цялата страна!) и сме се убедили в техните терапевтични успехи. Десетки са специализираните лекарски хомеопатични кабинети, които се радват на успех и доверие сред пациентите - а това е най-неоспоримият критерий за един терапевтичен метод. На тези срещи неизменно са идвали всички ректори и декани, които са заявявали, че му се доверяват

и за своите собствени внучета. Приветствия са произнасяли и председателите на БЛС. И, най-важното: клиничната хомеопатия на БОАРОН се изучава и прилага само от лекари! В нея немедици не се допускат!

Тогава - защо е тази с нищо непредизвикана и необоснована атака от страна на БАН?!

Не искахме да бъдем въвлечени в този конфузен сблъсък, още повече, че имаме прекрасни взаимоотношения с БАН и най-видните й представители, но „Святата Истина водеше перото ни“, както бе казал летописецът Захарий Стоянов. А ние винаги сме я защитавали - поне така, както я разбираме, и каквото и да ни е струвало. Ще припомним едно от правилата на „Женевската декларация“ (1948), съвременната Хипократова клетва:

„Лекар за лекаря е като брат.“

И - „Примум нон ноцере!“

Д-р. Т. Найденов, в. „Български лекар“, бр. 3, март 2018г.

Мястото на хомеопатията в терапията на анкилозиращия спондилоартрит

По материали от чуждия печат. Превод: д-р Стефана Грудева

Анкилозиращият спондилоартрит (АС) представлява възпалителна спондилоартропатия и се отнася към групата на хроничните възпалителни ревматични заболявания, заедно с:

- ◆ Реактивните артрити, чийто представител е синдромът на Fiechter-Leroy-Reiter;
- ◆ Ентезопатиите;
- ◆ Синдромът на SAPHO (синдром, включващ пустулозно акне, хиперостоза и остеоит);
- ◆ Ювенилните хронични артрити.

Касае се за аутоимунно заболяване, което засяга предимно хора на възраст под 50 години, с преобладаваща честота сред мъжете (съотношението мъже:жени е 3:2). Засяга се 0,5% до 2% от популацията.

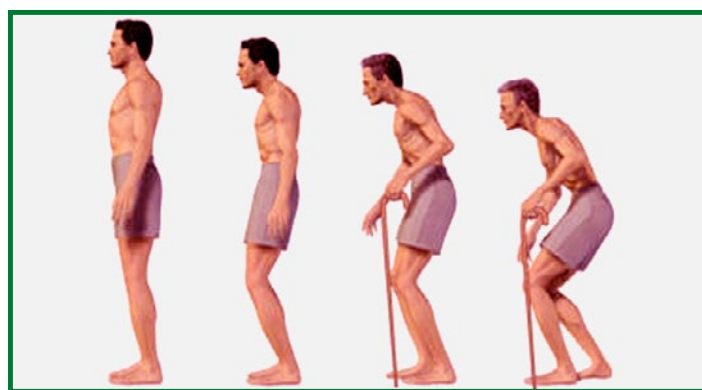
Наблюдава се момент на родствено унаследяване, тъй като заболяването често се проявява при пациенти с фамилен обремененост.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

За разлика от хроничния ревматоиден полиартрит, при анкилозиращия спондилоартрит не е водещо засягането на синовиите. Първоначално се наблюдава засягане на инсерциите - зоната, в която към костта се прикрепят сухожилие, капсула, лигамент. В последствие се ангажира синовията и така се отключва засягането на периферните стави.

Предилекционни са местата богати на инсерции:

- сакро-илиачните стави
- гръбначния стълб



- калканеуса
- фалангите

На по-късен етап, еволюцията на тази ентезопатия води към осификация, като преминава през следните четири етапа:

- ◆ Костни ерозии и цикатрициална фиброза
- ◆ Костно ремоделиране в течение на години
- ◆ Анкилоза и скованост, наблюдавана при по-тежките и еволюирали случаи

КРИТЕРИИ ЗА ПОСТАВЯНЕ НА ДИАГНОЗАТА

Ще разгледаме най-напред критериите на B.A.M.O.R и класификацията на ESSEG (European Seronegative Spondylarthropathy Group).

Диагнозата анкилозиращ спондилоартрит (АС) се поставя при

Главен редактор: Д-р Райна Томова

Зам. главен редактор: Д-р Антоанета Пандурска

Отговорен за страницата на БМХО: Д-р Зорка Угринова

Редакционната колегия: Д-р Райна Томова,

Проф. Людмил Пейчев, д-р Иван Енев, д-р Мариян Иванов

Издава: ЕВРОПЕЙСКА ШКОЛА ПО КЛИНИЧНА ХОМЕОПАТИЯ

www.clinicalhomeopathy.eu; e-mail: info@clinicalhomeopathy.eu

Тел.: 02 9681912; 0888 148 912; 0887 253 389

София 1408, ж.к. „Южен парк“, бл. 29, вх. Б, офис 1, район Лозенец

ISSN 2367-7457

сумарен брой 6 или повече точки, отговарящи на изброените в класификацията на V.Amor 12 критерия.

Табл. 1 Симптоми и история на заболяването

	Клинични и рентгенологични симптоми /наследственост/ лекарствен отговор	Точки
1	Нощна болка или сутрешна скованост на лумбалните или торакални прешлени	1
2	Асиметричен олигоартрит	2
3	Неуточнена болка в глутеалната област	1
	Болка в глутеална област при натиск	2
4	Пръсти като „наденички“	2
5	Болка в петата или друга ентезопатия	2
6	Ирит	2
7	Не-гонококов уретрит или цервицит по-малко от месец преди артрит	1
8	Диария по-малко от месец преди артрит	1
9	Наличие или анамнеза за псориазис и/или баланит	2
10	Рентгенологично доказан сакро-илеит унилатерално (3-ти стадий) или билатерално (2-ри стадий)	3
11	Наличие на HLA B27 антиген и /или фамилен анамнез за анкилозиращ спондилоартрит, болест на Рейтер, псориазис, увеит или хроничен ентероколит	2
12	Бърза ефикасност (в рамките на 48 часа) на НСПВС и/или бързо рецидивирание на оплакванията след спирането им (в рамките на 48 часа)	3

Според класификацията на ГЕСС (Групата по Европейска Серонегативна Спондилоартропатия) при наличие на един главен и един второстепенен критерий се диагностицира анкилозиращ спондилоартрит (АС) (тази класификация се използва значително по-рядко)

Главни критерии	Второстепенни критерии
Болки в гърба, дължащи се на възпаление	Фамилен анамнез за спондилоартропатия/ увеит /реактивен артрит или ентероколит
Асиметричен синовит, преобладаващо в долните крайници	Псориазис /в миналото или понастоящем/
	Хроничен ентероколит или уретрит
	Болка в глутеална област при натиск
	Ентезопатия /в областта на ахилесовото сухожилие или ходилото/
	Рентгенологично доказан сакроилеит унилатерално (3-ти стадий) или билатерално (2-ри стадий)

Взима се под внимание и един друг диагностичен критерий – биологичният маркер HLA B27. При 90 % от случаите анкилозиращият спондилоартрит (АС) се асоциира с неговото наличие.

Накрая, трябва да се вземе под внимание и един друг елемент – наличието на бактериална компонента. Рядко при анкилозиращият спондилоартрит (АС) се дискутира специфична бактериална контаминация или директно въздействие на инфекциозен агент, но е от значение патологичната реакция при контакт на организма с определени патогени (Klebsiella, Mycoplasma, Chlamydiae...), постъпили в организма най-често перорално или през урогениталния тракт. При не малък процент от пациентите (75%), се

Уважаеми членове на БМХО,

Искаме да ви информираме, че можете да посетите обновения сайт на БМХО, където да се регистрирате с парола за достъп до секцията, достъпна само за членове на БМХО. Там ще намерите интересни материали, които не са достъпни за общо ползване и ще подпомогнат Вашата практика като лекари-хомеопати - видеопрезентации, статии и др.

За да се регистрирате е необходимо да посетите следната връзка: <http://www.bmho.bg/register> и да попълните задължителните полета - име, презиме, фамилия, телефон, имейл и да прикачите снимана лекарска диплома или диплома за завършено обучение по клинична хомеопатия, а така също платежна бележка за платен членски внос за съответната година.

От екипа на БМХО

наблюдават и интестинални лезии, подобни на тези при ентеропаатиите. Можем съответно да говорим за значението на чревната флора, която повишава чревния пермеабилитет при анкилозиращия спондилоартрит.

ТЕРАПЕВТИЧНИ ВЪЗМОЖНОСТИ НА КОНВЕЦИОНАЛНАТА МЕДИЦИНА

Арсеналът на конвенционалната медицина е разнообразен и се включва на различни нива :

- ◆ Потискане на болката, чрез нестероидни противовъзпалителни средства и кортикотерапия;
- ◆ Фоново лечение, целящо да спре или забави еволюцията на анкилозиращия спондилоартрит (АС). Основни медикаменти са:
- Сулфасалазин (салазопирин)
- Метотрексат, по-рядко използван след навлизането на тумор некрозис фактор инхибиторите
- Отскоро тумор некрозис фактор инхибитори (анти-TNF)
 - ◆ Функционалната рехабилитация е важен елемент от терапията, както и прилагането на корсети и ортези;
 - ◆ Хирургичното протезиращо лечение също има своето място.

ХОМЕОПАТИЯ И АНКИЛОЗИРАЩ СПОНДИЛОАРТРИТ (АС)

Хомеопатичната терапия се нарежда редом с конвенционалната медицинска терапия, като се редува с нея или я придружава и я обогатява със своята насоченост не само към етиологията и патофизиологията на проблема, но и към пациента в неговата цялост.

Подходящата хомеопатична терапия обичайно включва:

- ◆ Етиологични медикаменти. В хомеопатията се търси и третира един доста по-широк кръг от отключващи фактори, вкл. тежки емоционални или физически преживявания (развод, смърт на близък, раждане...). Когато пациентът сподели за подобна травма, предшестваща появата на симптомите, това трябва да бъде сигнал за изписване на съответните хомеопатични медикаменти;
- ◆ Симтоматични медикаменти, според клиничната изява на болестта и усещанията на пациента (индивидуалната реакция на болестта);
- ◆ Теренно лечение, взимащо предвид еволюцията на заболяването (хроничен реактивен тип), както и особеностите на болния (чувствителен тип) .

ЧЕСТО ПРЕДПИСВАНИ ХОМЕОПАТИЧНИ МЕДИКАМЕНТИ

1. Аксиално засягане

Касае се за повтарящи се болкови епизоди в глутеалната и лумбална области (а по-късно в лумбалната и дорзална област) с

възпалителен характер.

- ◆ Болката в глутеалната област често се появява при натиск. Може да бъде локализирана или да ирадира по задната част на бедрото до задколянната ямка, като имитира болка при ишиас.

- Allium sativum
- Kalium bichromicum
- Ruta graveolens
- Rhus toxicodendron
- Bryonia
- Kalmia latifolia
- Hypericum perforatum

При рентгенологичното изследване се установява двустранен сакроилеит.

- ◆ Възпалителен спондилит, засягащ често лумбалните и дорзални прешлени (всички прешлени могат да бъдат засегнати). Болката се влошава от почивка и се придружава от сутрешна скованост, която се подобрява постепенно с раздвижването.

- Rhus toxicodendron
- Radium bromatum

Прешленното засягане, често с асцендентен ход, води до загуба на лумбалната лордоза, прераства в кифоза и по-късно в торакодорзална анкилоза.

При рентгенологично изследване се забелязват характерните за анкилозиращия спондилоартрит изменения, а именно:

- ✓ синдесмофити (костни мостчета, с които гръбначният стълб започва да наподобява бамбукова пръчка)
- ✓ ерозии по горния ръб на прешлените
- ✓ заден апофизарен артрит като последен стадий на еволюцията към анкилоза
- ✓ остеопороза, при поне една трета от пациентите

- Calcareo fluorica
- Aurum metallicum
- Medorrhinum
- Silicea/ Calcareo fluorica

2. Периферно засягане

Асиметричен олигоартрит, засягащ предимно долните крайници, с две предилекционни места:

- ◆ Тазобедрената става с болезненост, водеща до ограничаване на движенията.

- Метатарзо - фалангеалните и интерфалангеалните проксимални и дистални стави на пръстите, които заприличват на „наденички“.
- Natrum sulfuricum
- Causticum
- Calcareo fluorica
- Medorrhinum

3. Ентезопатии, с които често стартира анкилозиращия спондилоартрит (АС)

Талалгия с болка при натиск върху залавното място на плантарната апоневроза или на ахилесовото сухожилие, оток на залавното място на ахилесовото сухожилие и рентгенологичен образ на шип на петата с неравни стени.

- Ruta graveolens / Ledum palustre
- Medorrhinum / Calcareo fluorica

РЕДИЦА ХОМЕОПАТИЧНИ МЕДИКАМЕНТИ МОГАТ ДА ДОЙДАТ В СЪОБРАЖЕНИЕ ПРИ ПРОГРЕСИВНОТО СТАВНО ЗАСЯГАНЕ:

НА ПЪРВО МЯСТО СА МЕДИКАМЕНТИТЕ ЗА ВЪЗПАЛЕНИЕТО:

- Rhus toxicodendron
- Ruta graveolens
- Radium bromatum (с тропизъм към лумбо-сакралната област, колената и пръстите)

- Bryonia

МЕДИКАМЕНТИ С ЛОКАЛНО ИЛИ ТОПОГРАФСКО

ДЕЙСТВИЕ С ТРОПИЗЪМ КЪМ САКРО-ИЛИАЧНИТЕ СТАВИ:

- Aesculus hippocastanum: лумбални и сакро-илиачни болки, придружени с тазова конгестия.
- Ammonium muriaticum: сакро-илиачни и лумбални болки, както и болки по хода на седалищния нерв, които се влошават в седнало положение и са придружени от усещане за „твърде къси сухожилия“.
- Kalium carbonicum: пронизващи болки в ставите, които се подобряват при сядане върху твърда повърхност.

ТРОПИЗЪМ КЪМ СИМФИЗИТЕ И ТЕНДЕНЦИЯ КЪМ ОСИФИКАЦИЯ:

- Calcareo phosphorica - когато болката в сакро-илиачните стави се провокира от промените във времето (при топенето на снега).
- Calcareo fluorica - при калцификации, остеофити и осификации на сакроилиачните и междупрешленните сухожилия и лигаменти.

ТРОПИЗЪМ КЪМ ТАЗОВИЯ ПОЯС И СКАПУЛАРНАТА ОБЛАСТ:

- Dulcamara - мускулни болки и болки в сухожилията със скованост и анкилозиране, които се провокират или обострят от студено и влажно време. Възможно е редуване на ревматичната болка с диарични епизоди.

МЕДИКАМЕНТИ ЗА ЕВОЛЮЦИЯТА КЪМ АНКИЛОЗА:

- Causticum – медикамент на първи избор при терапията на болки в ставите и гръбначния стълб, придружени от скованост /най-вече в коксо-феморалната област/ и всички форми на тендинит с ретракция на сухожилията. Мускулните контрактури също са индикация за предписването на този медикамент.
- Tuberculinum residuum - интересен е със своето селективно действие върху съединителната тъкан и апоневрозите, като индикациите му са свързани с наличието на ретракции, фиброза, анкилоза и скованост, които се подобряват от движение. Болката не зависи от климатичните условия.

ТЕРАПЕВТИЧНАТА СТРАТЕГИЯ В ХОМЕОПАТИЧНАТА ТЕРАПИЯ НА ХРОНИЧНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ И В ЧАСТНОСТ НА АНКИЛОЗИРАЩИЯ СПОНДИЛОАРТРИТ (АС), ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ВКЛЮЧВА МЕДИКАМЕНТ ЗА ХРОНИЧНИЯ РЕАКТИВЕН ТИП НА ПАЦИЕНТА.

Първите възпалителни тласъци на заболяването могат да бъдат разделени от големи светли интервали. Тогава на преден план излиза псоричният реактивен тип. Когато светлите епизоди са по-кратки, а пациентите – астенични, на дневен ред идва псоротуберкулиновият реактивен тип.

- Sulfur (редуване или съвместна изява с оплаквания от страна на храносмилателната система)
- Sulfur iodatum
- НО е очевидно, че доминиращият хроничен реактивен тип при тази патология с бавна, подмолна и прогресивна еволюция е сикотичният реактивен тип, като тук най-често в съображение идва:

Предстояща професионална среща

Пловдив – 24.03.2018 г., събота

Тема: „Страх, тревожност и тревожни разстройства. Алопатичен и хомеопатичен подход“

Лектори: доц. Стефан Попов, МУ Пловдив и д-р Райна Томова, ЕШКХ

Начало на семинара: 10.00 ч.

Място на провеждане: МУ Пловдив, 2-ра аудитория

• *Medorrhinum* – този медикамент има особено голямо значение в терапията на анкилозиращия спондилоартрит – заради тропизма и патоанатомичното подобие: засягане на големите стави и на гръбначния стълб със синдесмофитоза, скованост и анкилозиране; екзостози на петата; възпаления на лигавиците (гастро-интестинална, генитална, очна). Освен това, този медикамент отразява сикотичната реактивност, която прогресира към луеза. А ако отдадем значение и на бактериалната компонента като фактор за отключване на АС, то тогава не би ли могъл *Medorrhinum* да се окаже и ... медикамент за етиология?

За *Thuja occidentalis* мислим при интензивно конвенционално лечение и кортикотерапия, както и при тенденция към депресивно-обесивни състояния.

• *Natrum sulfuricum* – заради тропизма му към съединителната тъкан в ставите и около ставно, и действието му, насочено предимно в лумбалната област и таза, както и заради значението му при някои ентеропатии.

• *Causticum*

Описват се различни чувствителни типове, които се срещат по-често при анкилозиращия спондилоартрит (АС)

• *Natrum muriaticum* – заради слабото телосложение, лумбо-сакралната скованост и флуорните елементи в конституцията

• Но също така: *Kalium carbonicum*, *Lycopodium clavatum*, еволюиращи към *Causticum*, *Phosphorus*, еволюиращ към *Causticum* и самият *Causticum*.

ИЗВЪНСТАВНО ЗАСЯГАНЕ ПРИ АНКИЛОЗИРАЩИЯ СПОНДИЛОАРТРИТ (АС)

ЗАСЯГАНЕ НА ОЧИТЕ – под формата на остър преден увеит, протичащ със зачервяване и болки в окото. Това засягане изисква проследяване от офталмолог, а от хомеопатичните медикаменти в съображение идва *Cinnabaris*.

ЗАСЯГАНЕ НА ЧЕРВАТА – ендоскопски доказано при две трети от случаите. Ентеро-ставният синдром насочва към лечение с *Dulcamara* и *Natrum sulfuricum*.

ЗАСЯГАНЕ НА БЕЛИ ДРОБОВЕ – засягането често е вторично, в резултат от възпалението и настъпващата скованост на гръдния кош. Това може да доведе до рестриктивна дихателна недостатъчност, което е индикация за предписването на *Carbo vegetabilis*. При налична белодробна фиброза или дилатирание на бронхите, в съображение идват *Calcarea fluorica*, *Silicea*, *Stannum metallicum*...

ЗАСЯГАНЕ НА СЪРЦЕТО – по-рядко. Може да бъде представено от нарушения в проводимостта или валвулопатии. Уместно е приложението на *Phosphorus*.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анкилозиращият спондилоартрит (АС) е трудно за лечение заболяване със съмнителна прогноза. Лекарят следва да назначи ефикасна и адаптирана към конкретния пациент терапия, стремежи се към три цели:

- ◆ Облекчаване на физическото и психическо страдание на пациента
- ◆ Овладяване на възпалителните епизоди
- ◆ Стабилизиране и забавяне на еволюцията и ограничаване до минимум на страничните ефекти, свързани с конвенционалната терапия.

Опитът показва, че хомеопатичната терапия е важно допълнение към общия терапевтичен план, отразяващ мултидисциплинарния подход към това заболяване.

*Dr. Maryvonne Nadaud, «La spondylarthrite ankylosante (SPA)»
La revue du CEDH, Decembre 2017, Numero 47, pages 17-24*

Камилия

облекчава бебето през деня и през нощта

ПРИ ПОНИКВАНЕ НА ЗЪБКИТЕ





- Зачервени бузки
- Лигавене
- Хапане и гризане
- Плач и мрънкане





Хомеопатичен лекарствен продукт. Без лекарско предписание.

За пълна информация:
Боарон БГ ЕООД, 1408 София, кв. Южен парк, бл. 28, вх. А, ап. 6,
тел.: 02/963-09-06, факс: 02/963-45-00, КХП24119/06.11.2013



АРНИГЕЛ

ЖИВОТ БЕЗ БОЛКА И СИНЕНИ!









Без консерванти!
Без парабени!

При контузии, натъртвания, мускулна умора

Хомеопатичен лекарствен продукт без лекарско предписание. КХП24120/06.11.2013.

Не се прилага под 1 годишна възраст!

За пълна информация:
Боарон БГ; 1408 София, ж.к. Южен парк,
бл. 28, вх. А, ап. 6; тел. 02 963-09-06, факс: 02 963-45-00



Из опыта на клинициста. Хомеопатична терапия при случаи на анкилозираш спондилоартрит

Пациент на д-р Мариян Иванов

Н.И., 30 г.

Анамнеза: Преди 7-8 години започнали оплаквания от периодични болки в кръста. Преди около 5 години се появило и чувство за скованост в кръста с ограничаване на подвижността в тази област. Диагнозата „болест на Бехтерев“ е поставена преди около година. В момента има болки и целодневно чувство за скованост в областта на кръста и на сакроилиачните стави. Оплакванията се влошават от влага.

Настоящи и минали лечения: Много НСПВС и кортикостероиди. Ежедневно приема: Prednisolon 5 mg и Mydocalm 150 mg.

Още от анамнезата:

Отрича фамилна обремененост. Сенна хрема с реакция основно от страна на очите. Без други оплаквания или особености. Балансиран характер. Не задържа негативни емоции. Добър сън. Предпочита умерени към пониски температури. Не се чувства добре на море. Ръст: 180 см, тегло: 90 кг.

От изследванията:

Компютърна томография - изразена остеохондроза на ниво от L1 до S1, дегенеративни промени в интервертебралните стави двустранно.

ЕМГ - намалена проводимост на n. peroneus двустранно. Елементи на денервация на екстензорните мускули на пръстите на краката.

HLA B27- положителен.

Назначена терапия:

Medorrhinum 15CH и Natrum sulfuricum 15CH - редуване по 5 гранули, сутрин през ден.

Calcarea fluorica 30CH и Tuberculinum residuum 15CH редуване по 5 гранули, вечер през ден.

Hypericum perforatum 15CH по 5 гранули два пъти дневно.

Аргументи за избор на медикаментите:

Подборът е осъществен, следвайки четирите квадранта от техниката за подбор при хронични заболявания:

I – симптоматични медикаменти

II – медикаменти, отговарящи на патоанатомията, патофизиологията, патогенезата на патологията

III – етиология

IV – терен на болния /тип реакция, чувствителен тип/

Medorrhinum е медикамент от I, II и IV квадрант: тропизъм към поясно – седалищната област със съответните оплаквания, склонност към фиброза и деформация, сикотично протичане на болестта и прилаганата години наред стандартна алопатична терапия.

Natrum sulfuricum е медикамент от I, II и IV квадрант - тропизъм към поясно-седалищната област със съответните оплаквания, склонност към фиброза и деформация, сикотично протичане на болестта и прилаганата години наред стандартна алопатична терапия. Natrum sulfuricum е и медикамент от III квадрант, съответстващ на влошаване на оплак-



ванията от влага.

Calcarea fluorica е медикамент от I, II и III квадрант: болезнена скованост, склонност към фиброза и деформация на опорно-двигателния апарат, влошаване на оплакванията от влага.

Tuberculinum residuum е медикамент от I и II квадрант: болезнена скованост, склонност към фиброза и деформация на опорно-двигателния апарат.

Hypericum perforatum е медикамент от II и III квадранти: намалена нервна проводимост и/или на елементи на денервация, следствие на увреждане на периферна нервна система.

Контролен преглед след 3 месеца: Много добро повлияване на болките и на чувството за скованост. Преди около 3 седмици спрял Prednisolon и Mydocalm. Посъветван да продължи със същите хомеопатични лекарства за още 2 месеца. Предстои по-нататъшно проследяване на състоянието на пациента.

Д-р Загорчев представя 2 случая

Пациенти с Болест на Бехтерев. Касае се за случаи, при които конвенционалното лечение е протекло с много ятрогенни прояви, вкл. и с животозастрашаващо състояние.

Индивидуално подобрите хомеопатични терапевтични схеми при тях са дали клинично изявен ефект на подобрена мускулно-скелетна болка и скованост.

В тези случаи хомеопатичното лечение има комплементарен характер, но с индивидуалният подход към всеки болен, подобрява качеството на живот на пациента.



Добринка М., 30 г.

Диагноза: анкилозираш спондилит.

Пациентката е с изразена скованост. Изцяло е зависима от чужда помощ.

При опит за кортизоново лечение с високи дози разгръща симптоми на ятрогенен Иценко-Кушинг и високи нива на кръвната захар. Не понася НПВС, които провокират медикаментозен гастрит. Имуносупресорите водят до появата на множество афти в устата.

Лечение:

Flosteron – x 1амп. месечно

Movalis – 7,5 mg по 1 табл. вечер

Bryonia 9CH 2 x 5 гранули

Ferrum phosphoricum 9CH 2 x 5 гранули

Kalium carbonicum 15CH по 5 гранули, през вечер

Causticum 15CH по 5 гранули, през вечер

Tuberculinum residuum по 10 гр. в неделя

Контролен преглед след 3 месеца:

Чувства се по-добре. Терапията е променена, както следва:

Flosteron – x 1амп. през 45 дни

Movalis – 7,5 mg по 1 табл. вечер за седмица
 Bryonia - 15CH сутрин по 5 гранули
 Ferrum phosphoricum - 15CH по 5 гранули вечер /без
 неделя/
 Tuberculinum residuum - по 10 гранули в неделя.

Контролен преглед след 3 месеца:

Поносима болка. Слабо повлияна скованост.
 Flosteron – x 1амп. през 45 дни.
 Movalis – 7,5 mg по 1 табл. вечер за седмица
 Ferrum phosphoricum 15CH - по 5 гранули сутрин /без
 неделя/
 Kalium carbonicum 15CH – по 5 гранули през вечер
 Causticum 15CH – по 5 гранули през вечер
 Tuberculinum residuum 15CH – по 10 гранули в неделя.

Контролен преглед след 1 година:

Движи се сама, справя се с по-лека домашна работа и с
 лична хигиена.
 С чужда помощ идва на преглед в кабинета. Поносима
 болка в гръбнака.

Динамика в лабораторните резултати между първата
 консултация и контролния преглед след година:

Показател	Първа консултация	Консултация след година
CRP	184 / N < 6/	64
RF	136	48
dsDNA	1,09	1,1
ANA	1,1	0,89
ACA IgG	1,72	1,3
Bolera IgM	0,58	-
Anti – CCP	95,4 / 5.0/	45
HLA- B27	/+/-	-
MAT	1,3	1,1

„Не е леко, всеки ден болестта ми напомня за себе си, но
 може да се живее, без да тежа много на близките.“

Христо, мъж на 35 г.

Диагноза: Анкилозираш спондилит с множествоно зася-
 гане на гръбначния стълб, висока степен на активност, IV
 рентгенов стадий двустранен сакроилиит, II функционален
 клас двигателна недостатъчност.

Придружаващи заболявания: Хипертонична болест II
 ст.

Преди първата хомеопатична консултация е хоспитали-
 зиран за оплаквания от болезненост и ограничена подвиж-
 ност в шиен отдел на гръбначния стълб и ниско долу в
 кръста.

Болките са постоянни, с нощно обостряне и влошаване
 при покой.

Налице е сутрешна скованост, продължаваща около 30
 мин.

Оплакванията са започнали от 18-годишна възраст с
 постепенно влошаване.

Първоначално състоянието му е интерпретирано като
 радикулит.

Преди 2 години, въз основа на клиничната картина, рент-

генографските и лабораторни данни е поставена диагноза
 анкилозираш спондилит. Проведено е лечение със сулфаса-
 лазин, НСПВС и миорелаксанти.

От статуса:

Мъж в задоволително общо състояние, заема активно
 положение.

ОДА: походка самостоятелна, стойка - приведена.

Палпаторна болка при натиск върху processi spinose по
 хода на целия гръбначен стълб, най-изразена в шиен отдел,
 ригидност на парацервикална и паравертебрална мускула-
 тура.

Ограничена и болезнена антеро-, дорзифлексия и рота-
 ция във VC.

Физикални изследвания: Мендел двустранно положи-
 телен, Отт 1.5 см, Форестие 7 см, Хирц 2 см, Шобер 3.5 см, Том
 Майер 20 см.

CUE 35, CRP 8.42, Имунология: RF 14 IU/ml.

Терапевтична схема: метилпреднизолон 40мг. i.v., мел-
 бек по 1 амп. i.m., алерцит x1 дн, пулцет 40 мг.

Ход на заболяването: Хроничен.

При хоспитализацията се стига до заключение, че са
 изчерпани възможностите на базисната терапия, поради
 което пациентът е подходящ за лечение с Ремсима
 (Infliximab).

Първата апликация на Ремсима (Infliximab) е с последва-
 ща пирексична реакция 39° и тридневна полимиалгия.

При повторното вливане в рамките на първите минути се
 развива тежка анафилактична реакция, наложила прекратя-
 ването на това лечение.

При започване на хомеопатичното лечение, пациентът е
 с неясен фебрилитет и със скованост, която пречи дори на
 дишането. Назначена терапия:

Pyrogenium 9CH - 3 x 5 гранули

Ferrum phosphoricum 9CH - 3 x 5 гранули

Causticum 9CH - 3 x 5 гранули

Контролен преглед след половин месец:

През тези 15 дни няма температура и мускулни болки.
 Умерена скованост, по-добра подвижност. Възможна фле-
 ксия и дефлексия в шията. Терапията продължава с:

Pyrogenium 15CH - по 5 гранули дневно

Ferrum phosphoricum 15CH /Causticum 15CH - по 5 грану-
 ли през ден

Tuberculinum residuum 15CH - по 10 гранули в неделя

Контролен преглед след 2 месеца:

С добра подвижност и незначителна скованост. Работи в
 автосервиз. Лека болка в гърба сутрин.

Нова терапия:

Causticum 9CH - по 5 гранули сутрин

Ferrum phosphoricum 15CH /Calcareo fluorica 15CH - по 5
 гранули през ден

Tuberculinum residuum - 15CH по 10 гранули в неделя.

Контролен преглед след 2 месеца:

Работоспособен. Незначителна скованост.

Нова терапия:

Causticum 15CH - по 5 гранули сутрин

Ferrum phosphoricum 15CH/Tuberculinum residuum 15CH
 - през ден по 5 гранули

Sulfur 15CH по 10 гранули в неделя.

ВНИМАТЕЛНО С ПАРАЦЕТАМОЛ!

На 21.03.2018 г. Френското издание L'Observateur¹ излезе с обезпокояваща публикация, чийто източник е Френската асоциация за защита на потребителите. Анкетирани са 772 фармацевти в повече от 700 аптеки в цялата страна. Установено е, че всеки четвърти фармацевт (24 %), дава съвет за употребата на парацетамол в дози, които са увреждащи за организма, отпускайки едновременно различни препарати за настинка и хрема, които дублират в съдържанието си парацетамол.

„Въпреки, че максималната доза за парацетамол при свободно отпускане в аптеката е 3 грама на ден, 54% от фармацевтите дават съвет за по-висока доза“, констатира Асоциацията за защита на потребителите. „Дори по-лошо, в една от всеки четири аптеки (24%), фармацевтът, който отпуска медикаментите е препоръчал терапия, в която общият прием на парацетамол надхвърля 4 грама на ден, а това са опасни за здравето дози.“

Нека напомним, че в резултат на отравяне при остро предозиране на парацетамол или при дневна доза, надвишаваща максималната за по-продължителен период от време, в резултат на образуваните метаболити, се отключва каскада от окислително увреждане и митохондриална дисфункция. Последващата възпалителна реакция предизвиква хепатоцелуларно увреждане и централобуларна некроза на черния дроб. Подобни ензимни реакции се индуцират и в екстрахепаталните органи като бъбреците и водят до дисфункция на екстрахепаталните органи. Клиничната картина на интоксикацията с умерени количества се характеризират главно с гастроинтестинални симптоми - гадене и повръщане, леки електролитни нарушения. При приемането на по-голямо количество от лекарственото средство обаче може да се развие променено ниво на съзнанието, включително и кома, с прогресивна метаболитна ацидоза и развитие на полиорганна недостатъчност.

Нека припомним и заключенията на други научни публикации, касаещи употребата на парацетамол.

Учени алармират, че е възможно да съществува връзка между приема на парацетамол по време на бременността и последващо възникване на **Синдрома на дефицит на вниманието (ADHD)** при децата. Публикация в Pediatrics от 2017 г.³ представя кохортно проучване, проведено в Норвегия. В проучването са участвали 114 744 деца, 95 242 майки и 75 217 бащи. Изследователският екип открива, че употребата на парацетамол от бременните в продължение на 1-7 дни се свързва негативно с ADHD и този риск се увеличава правопрпорционално с увеличаване на продължителността на прием на медикамента.

Нещо повече - при анализа на данните от бащите, учените установяват, че тези които са приемали парацетамол за 29 или повече дни преди зачатия, са имали два пъти повече деца с ADHD. Авторите смятат, че не само майчината употреба по време на бременността, но и бащината употреба преди зачатия би могла да бъде свързана с развитието на синдром на дефицит на вниманието.

Подобни наблюдения за вероятната връзка между приема на парацетамол от бременните жени и риска от развитие на ADHD, не се публикуват за първи път. В International Journal of Epidemiology от 2016 г.² са публикувани резултатите от проследяването на 2 644 бременни жени от Center for Research in Environmental Epidemiology в Барселона. Те установяват, че децата, изложени поне веднъж през първите 32 седмици на бременността на прием на парацетамол, на 5-годишна възраст, са проявявали риск от импулсивност и хиперактивност в аутистичния спектър с 30% по-висок от този на останалите.

През 2013 г. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism⁶ пуб-

ликува проучване, което заключава, че използването на парацетамол за повече от 4 седмици, особено в първия и вторият тримесър на бременността може да увеличи риска от **крипторхизъм** при детето.

Публикация, в списание Lancet от 2008 г.⁵ прави връзка между употребата на парацетамол през първата година от детството и вероятността за развитие на **астма, риноконюнктивит** или **екзема** на 6-7 годишна възраст. Публикация на International Journal of Epidemiology⁴ от същата година посочва по-висок риск от астма и бронхит при деца до 18 месечна възраст, ако техните майки са употребявали парацетамол по време на бременността.

Тези публикации далеч не изчерпват списъка с проучвания за потенциалните рискове при употреба на парацетамол.

Всичко това ни води към въпроса колко безопасни са „безопасните“ медикаменти? Нашата отговорност като лекари и фармацевти е винаги внимателно да преценяваме съотношението риск/полза, а нашето предимство като хомеопати е, че за най-уязвимите групи пациенти, ние разполагаме с една ефикасна и напълно безвредна алтернатива – тази на „нежната“ медицина.

Д-р Райна Томова и Д-р Драгомир Грудев

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. <http://www.nouvelobs.com/en-direct/a-chaud/47645-medicaments-pharmacien-quatre-conseils-doses-nocives.html>
2. <https://academic.oup.com/ije/article/45/6/1987/2617189>
3. <http://pediatrics.aappublications.org/content/140/5/e20163840>
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18400839/>
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18805332/>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24030937/>

ПРОДЪЛЖАВА КАМПАНИЯТА ЗА ПОДНОВЯВАНЕ НА ЧЛЕНСТВОТО В БМХО ЗА 2018 ГОДИНА

Уважаеми колеги,

При подновяване на годишното членство ще ползвате преференциални цени за участие в предстоящата Национална конференция по Клинична хомеопатия и ще посещавате безплатно професионалните срещи, организирани от БМХО.

Членовете на БМХО, при представен e-mail адрес ежесечно ще получават електронния вестник Аста homeopathica, както и своевременна информация за предстоящите събития.

Членският внос за 2018 год. е в размер на **30.00** лв., който можете да внесете по банков път.

Данни за банковия превод:

Име на получателя: БМХО
Име на банката: Първа инвестиционна банка
IBAN: BG58FINV91501214928641
BIC: FINVBGSF
Сума за внасяне: 30.00 (тридесет) лева
Основание за внасяне: членски внос за 2018 година

След заплащане на членския внос по банков път, моля, изпратете на адреса на БМХО:

гр. София 1408, ж.к. Южен парк, бл.29, вх.Б, офис 1 за БМХО следните документи:

1. Копие от платежното нареждане;
2. Молба с актуален адрес, телефон и e-mail.