



О. И. ЕЛИСЕЕВА

БОЛЕЕ  
1 МИЛЛИОНА  
ЧИТАТЕЛЕЙ

# ЭНЦИКЛОПЕДИЯ НЕРАСПОЗНАННЫХ ДИАГНОЗОВ

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ  
ДИАГНОСТИКИ  
И ЛЕЧЕНИЯ  
Том 1

Библиотека  
доктора  
Елисеевой



О. И. ЕЛИСЕЕВА

БОЛЕЕ  
1 МИЛЛИОНА  
ЧИТАТЕЛЕЙ

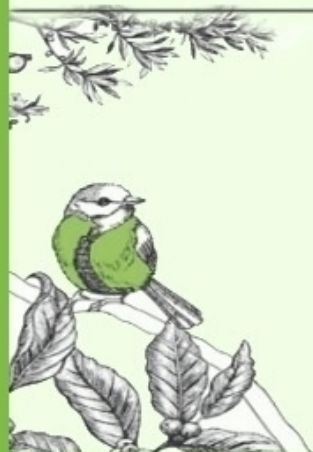
# ЭНЦИКЛОПЕДИЯ НЕРАСПОЗНАННЫХ ДИАГНОЗОВ

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ  
ДИАГНОСТИКИ  
И ЛЕЧЕНИЯ  
Том 2

Библиотека  
доктора  
Елисеевой



ОЛЬГА ЕЛИСЕЕВА  
ЭНЦИКЛОПЕДИЯ  
НЕРАСПОЗНАННЫХ  
ДИАГНОЗОВ  
ТОМ 1+2



Ольга Елисеева

**Энциклопедия нераспознанных  
диагнозов. Современные  
методы диагностики и  
лечения: Том 1. Том 2**

ИГ "Весь"

2014

## **Елисеева О. И.**

Энциклопедия нераспознанных диагнозов. Современные методы диагностики и лечения: Том 1. Том 2 / О. И. Елисеева — ИГ "Весь", 2014

ISBN 978-5-9443-1796-4

Если вы столкнулись с проблемой нераспознанного диагноза или с болезнью тяжело поддающейся лечению, книга О. И. Елисеевой будет вам, безусловно, интересна. В ней собраны письма людей, страдающих заболеваниями, перед которыми ортодоксальная медицина оказалась бессильной, людей отчаявшихся преодолеть свой недуг, и обратившихся к известному доктору как к «последнему прибежищу». Ольга Ивановна Елисеева, практикующий врач высшей категории, уже много лет дарит радость выздоровления тысячам пациентов. Ежедневно ей приходят десятки писем, в которых люди просят о помощи. Будучи не в состоянии лично помочь каждому нуждающемуся, Ольга Ивановна решила написать книгу «Энциклопедия нераспознанных диагнозов». Используя письма читателей в качестве своеобразных анамнезов, она ставит предположительные диагнозы, иллюстрирует их клиническими примерами из своей богатейшей практики и дает рекомендации о том, какие следует провести исследования, чтобы распознать истинные причины недуга, поставить правильный диагноз и, наконец, избавиться от докучливой хвори. Кроме того, в книге вы найдете уникальные схемы лечения многих заболеваний, советы психолога и специальные позитивные настрои для обретения душевного покоя, который является залогом успешного выздоровления.

ISBN 978-5-9443-1796-4

© Елисеева О. И., 2014

© ИГ "Весь", 2014

## Содержание

|   |    |
|---|----|
| Энциклопедия нераспознанных диагнозов. Современные методы<br>диагностики и лечения. Том 1 | 8  |
| Предисловие   | 9  |
| Краткий словарь медико-биологических терминов   | 11 |
| Письмо 1. Очищение организма  | 19 |
| Письмо 2. Глютеновая энтеропатия (аллергия – скрытая<br>непереносимость злаковых)         | 20 |
| Письмо 3. Невроз мужской  | 29 |
| Письмо 4. Бронхиальная астма. Омская геморрагическая<br>лихорадка                         | 32 |
| Письмо 5. Хронический пиелонефрит   | 37 |
| Письмо 6. Глаукома  | 39 |
| Конец ознакомительного фрагмента.   | 40 |

**Ольга Елисеева**  
**Энциклопедия нераспознанных**  
**диагнозов. Современные методы**  
**диагностики и лечения. Том 1. Том 2**



Дорогой Читатель!

Искренне признателен, что Вы взяли в руки книгу нашего издательства.

Наш замечательный коллектив с большим вниманием выбирает и готовит рукописи. Они вдохновляют человека на заботливое отношение к своей жизни, жизни близких и нашей любимой Родины. Наша духовная культура берёт начало в глубине тысячелетий. Её основа – свобода, любовь и сострадание. Суровые климатические условия и большие пространства России рождают смелых людей с чуткой душой – это идеал русского человека. Будем рады, если наши книги помогут Вам стать таким человеком и укрепят Ваши добродетели.

Мы верим, что духовное стремление является прочным основанием для полноценной жизни и способно проявиться в любой области человеческой деятельности. Это может быть семья и воспитание детей, наука и культура, искусство и религиозная деятельность, предпринимательство и государственное управление. Возрождайте свет души в себе, поддерживайте его в других. Именно это усилие создаёт новые возможности, вдохновляет нас на заботу о ближних, способствуют росту как личного, так и общественного благополучия.

Искренне Ваш,  
Владелец Издательской группы «Весь»



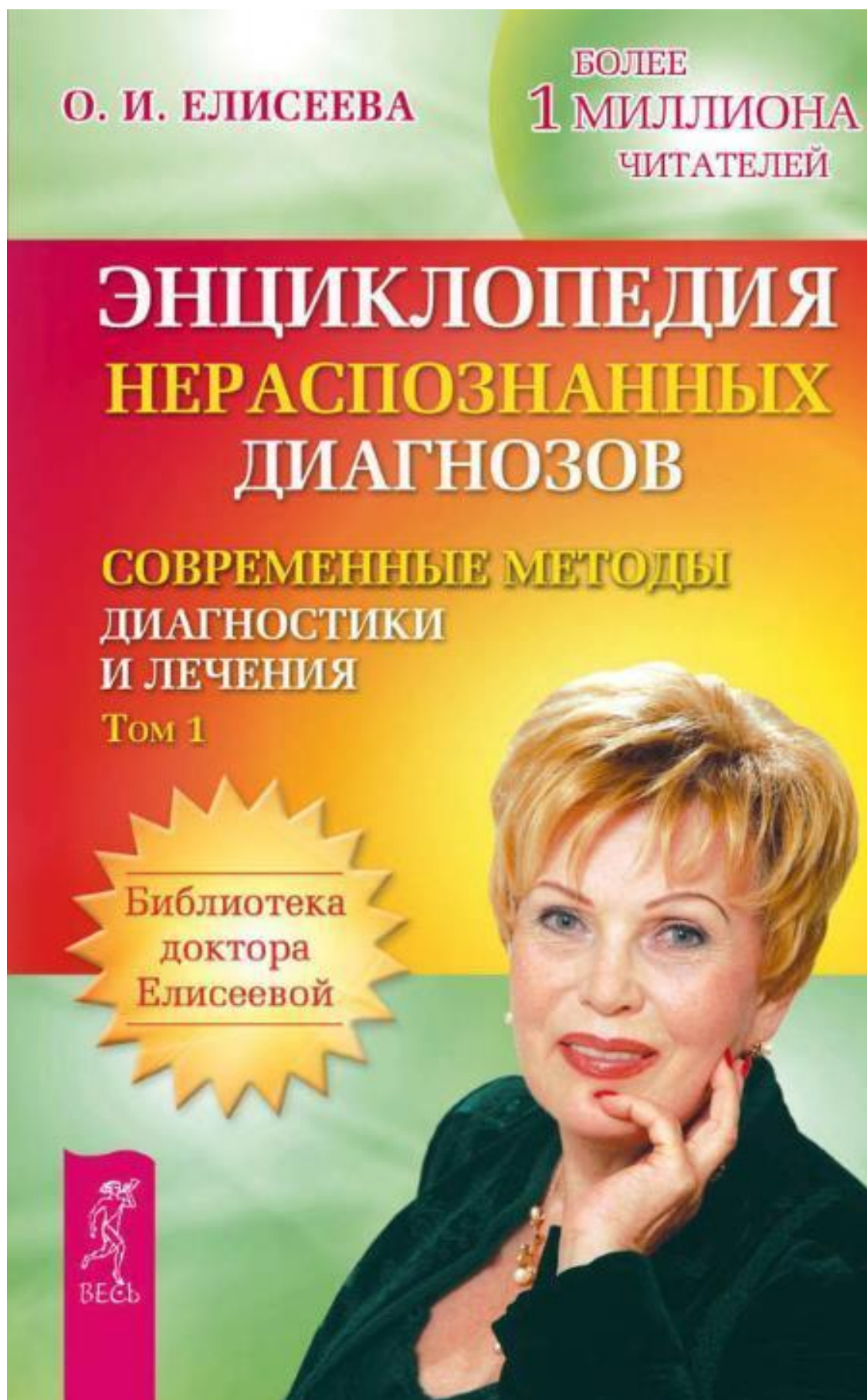
Пётр Лисовский



© Оформление ОАО «Издательская группа «Весь», 2023



**Энциклопедия нераспознанных диагнозов.  
Современные методы диагностики и лечения. Том 1**





## Предисловие

Дорогие мои читатели!

У меня огромное желание помочь вам обрести здоровье. В уже опубликованных моих книгах есть сведения о многих заболеваниях и их лечении, но по-прежнему широк круг вопросов, которые вас интересуют. Желая помочь вам, а также стремясь рассказать о большем количестве недугов, я решила написать книгу в виде ответов на ваши письма. Надеюсь, что каждый найдет в ней информацию, позволяющую прояснить ситуацию со своей болезнью и предполагаемым диагнозом. Вы, конечно, понимаете, что заочно трудно определить, какое именно у вас заболевание, но я постаралась как можно внимательнее прочитать каждое письмо, чтобы мои рекомендации и советы оказались эффективными.

Наше здоровье требует серьезного и комплексного обследования. Я, как и любой врач, руководствуюсь правилом «не навреди», поэтому прошу вас обязательно перепроверить мои предположения о причинах ваших заболеваний, то есть уточнить их с помощью дополнительных анализов, исследований и консультаций у ваших лечащих врачей. Поверьте, в настоящее время многие врачи внимательно относятся к фактам появления новых инфекций и к тому, что большинство инфекций и заболеваний протекают нетипично. Своих учеников я постоянно призываю мыслить нестандартно, с учетом изменившегося климата и экологии, социальных стрессов, свободного перемещения людей. Меняется не только наш организм, но и инфекции. И если раньше большинство заболеваний протекали остро, то в настоящее время они отличаются вялым нетипичным течением, чаще становятся хроническими. Так или иначе, XXI век – это эра опасных вирусов, способных привести человечество к медленному вымиранию.

Если проследить за тем, как меняются общество и характерные для него болезни, по художественной литературе, то для описываемого в ней Средневековья и эпохи Возрождения сначала были характерны персонажи чесоточные, затем их сменили сифилитики – в язвах, с проваленными носами, прокаженные, больные оспой и чумой. В более близкое к нам время герои гибнут от инфлюэнцы (гриппа) и чахотки (туберкулеза).

XX век богат на эпидемии холеры, брюшного тифа, сыпного тифа, наступает эра бактерий – стафилококков, стрептококков, хламидий.

Бактерии мы смогли победить антибиотиками. Но антибиотики не только победили бактерии, но и ослабили наш иммунитет, являясь производными грибков, активно завладели нашими организмами. Ослабленный иммунитет, стрессы, избыточное питание позволили овладеть грибкам и другим микробам нашим организмом, в результате чего возросло количество онкологических больных, причем отнюдь не преклонного возраста.

На фоне истощения иммунитета человечества в целом проснулись и активизировались прежде неизвестные нам вирусы – опасные, грозные.

Учеными установлено, что вирусы первыми поселились на Земле, их возраст составляет 4,5 миллиарда лет, и они считают себя хозяевами планеты. Но если раньше они наступали стремительно – вспомним оспу, чуму, инфлюэнцу – и уносили тысячи жизней, то теперь их характер изменился. Они действуют скрыто, незаметно (ВИЧ, вирусы гепатитов В, D, С, Е, вирус Эбола и др.) и забирают уже не тысячи, а миллионы людских жизней. Самое ужасное, что они очень заразны, проникают в организм разными путями и лечения без осложнений не существует. Человечеству, нам с вами, остается только одно – повышать свой иммунитет и вести здоровый образ жизни. Ученые это понимают и создают препараты, помогающие сохранить и восстановить иммунитет. Об этом вы прочитаете в книге.

Однако отчаиваться не надо. От нас с вами зависит, поддадимся мы этим врагам или нет. Своим настроением, противостоянием стрессам, мыслительной работой со своим организмом мы можем противостоять недугам. Хромосомы, клетки, органы нас слышат и хотят откликнуться

на наши мыслительные способности, веру в свое восстановление. Чтобы помочь вам в этом, я постаралась прочувствовать каждое письмо и предложить для его автора психологические советы, настрой-утверждения. Я советую повторять их не только ежедневно, но и несколько раз в день, а самое главное – поверить, что вы сможете сделать то, о чем говорите.

В ответах на письма я пыталась дать рекомендации по различным методам лечения, в том числе по фитотерапии, гомеопатии, очищению организма, а также традиционной медицине. Уверена: многие читатели узнают в этих письмах свои проблемы и воспользуются нашими рекомендациями. Но должна вас предупредить, что лечиться необходимо только по согласованию с лечащим врачом, ответы-рекомендации в книге не являются назначениями. И все-таки надеюсь, что они помогут вам и вашим лечащим врачам выявить причины ваших заболеваний.

Писем так много, что ответы на них составят не одну книгу, поэтому ждите следующих. Желаю всем долгих лет творческой, здоровой жизни.

*Ольга Елисеева*

## Краткий словарь медико-биологических терминов

*Авитаминоз* – острая витаминная недостаточность.

*Аденома простаты* – доброкачественная опухоль предстательной железы.

*Аднексит (сальпингоофорит)* – воспаление маточных труб и яичников.

*Аллергия* – повышенная или извращенная чувствительность организма к какому-либо веществу – аллергену.

*Альвеола* – пузырьковидное образование в легких, оплетенное сетью капилляров, через стенки которого происходит газообмен.

*Анамнез* – данные о течении заболеваний до обращения к врачу – история болезни.

*Анксиолитики* – препараты, ослабляющие тревожное состояние, страх.

*Анорексия* – отсутствие аппетита.

*Анурия* – прекращение выделения мочи.

*Апатия* – безразличие.

*Апирексия* – отсутствие повышенной температуры тела при лихорадочном заболевании.

*Апноэ* – кратковременное прекращение дыхания.

*Артралгия* – боль в суставе.

*Артрит* – воспаление сустава.

*Аспирация* – отсасывание специальным инструментом жидкости или воздуха из какой-либо полости тела; попадание в дыхательные пути остатков пищи, крови (во время кровотечения), рвотных масс и т. д.

*Астения* – нервно-психическая слабость, повышенная утомляемость, истощенность, нарушение сна, бессилие.

*Асфиксия* – удушье, обусловленное кислородным голоданием и избытком углекислоты в крови.

*Асцит* – скопление жидкости в брюшной полости (водянка живота).

*Ателектаз* – расширение долек легких.

*Атрофия* – уменьшение размеров органа или ткани с нарушением (прекращением) их функции. Может быть общей (кахексия) и местной, физиологической (например, атрофия половых желез при старении) и патологической.

*Аутоинокуляция* – перенос инокулированного материала из одного участка человеческого организма в другой. Например, после вакцинации против натуральной оспы вокруг места инокуляции могут развиваться сопутствующие очаги поражения. Иногда поражается конъюнктива глаза.

*БАД* – биологически активная добавка.

*Бактериемия* – присутствие в крови бактерий.

*Биопсия* – прижизненное иссечение кусочка ткани или органа с диагностической целью.

*Болезнь Лайма* (синонимы: Лайм-боррелиоз, иксодовый клещевой боррелиоз, клещевой Лайм) – группа этиологически самостоятельных иксодовых клещевых боррелиозов.

*Болезнь Ходжкина* – лимфогранулематоз, гематосаркома.

*Брадикардия* – уменьшение частоты сердечных сокращений ниже 60 ударов в минуту (замедленное сердцебиение).

*Бронхиолит* – воспаление бронхиол.

*Бронхиолы* – конечные мельчайшие разветвления бронхов в дольках легкого.

*Бронхит* – воспаление бронхов.

*БРТ* – биорезонансная терапия.

*Бурсит* – воспаление суставной сумки (капсулы сустава).

*Вагинит* – см. Кольпит.

*Васкулит* – воспаление мелких сосудов.

*ВИД* – вторичный иммунодефицит.

*Вирилизация* – появление мужских половых признаков (повышенное оволосение, тембр голоса, телосложение и т. д.) у женщины при гормональных расстройствах или лечении мужскими половыми гормонами.

*Вирусемия* – наличие вируса в крови.

*Витилиго* – образование белых пятен на неизменной коже.

*ВИЧ* – вирус иммунодефицита человека.

*ВПГ* – вирус простого герпеса.

*ВРД* – вегетативная резонансная диагностика.

*ВРТ* – вегетативный резонансный тест.

*Вульвит* – воспаление преддверия влагалища.

*Вульвовагинит* – воспаление преддверия и слизистой оболочки влагалища.

*Гайморит* – воспаление придаточных пазух носа.

*Гастрит* – воспаление желудка.

*Гастродуоденит* – воспаление желудка и двенадцатиперстной кишки.

*Гастроэнтерит* – воспалительное заболевание желудка и тонкой кишки.

*Гастроэнтероколит* – заболевание всего желудочно-кишечного тракта.

*Гемангиома* – доброкачественная сосудистая опухоль, может развиваться в любом возрасте и в любом месте в организме.

*Гематосаркома* – злокачественная опухоль, исходящая из клеток кроветворной ткани.

*Гематурия* – кровь в моче.

*Геморрагия* – истечение крови из сосудов при нарушении целостности, проницаемости их стенок.

*Гепатит* – воспаление печени.

*Гепатомегалия* – увеличение печени.

*Гепатопротекторный* – препарат, профилактика и лечение заболеваний клеток печени.

*Гепатоспленомегалия* – увеличение печени и селезенки.

*Гепатотоксемия* – токсическое поражение печени.

*Гепатохолецистит* – воспаление печени и желчного пузыря.

*Гипертензия* – повышенное давление.

*Гипотензия* – пониженное давление.

*Гипертрофия* – увеличение.

*ГИБ* – Главная инфекционная больница.

*Генерализованная инфекция* – развивается в случае прорыва защитных барьеров и распространения микробов по всему организму.

*Гинекомастия* – увеличение молочных желез у мужчин и детей.

*Гипербилирубинемия* – повышенное содержание билирубина в крови.

*Гиперемия* – покраснение.

*Гиперестезия* – повышенная чувствительность кожи.

*Гиперплазия* – увеличение числа структурных элементов тканей (клеток, волокон) из-за их избыточного образования.

*Гипоксия* – недостаток кислорода.

*Гирсутизм* – избыточное оволосение на теле и лице у женщины (проявление наследственных или национальных черт либо признак вирилизации).

*Гистология* – исследование клеток в тонком срезе ткани.

*Глаукома* – повышение внутриглазного давления.

*Глютен* – белок злаковых растений.

*Глютеновая энтеропатия (ГЭП)* – непереносимость злаковых.

*Гранулемы* – ограниченное воспалительное разрастание ткани, наблюдается главным образом при инфекционных заболеваниях.

*Дегельминтизация* – изгнание из организма глистов.

*Дегидратация* – удаление из организма избыточной жидкости.

*Дезинтоксикационная терапия* – комплекс лечебных мер, имеющих целью немедленное выведение яда из организма или его обезвреживание.

*Деменция* – старческое слабоумие.

*Диарея* – понос, жидкий стул.

*Дуоденит* – воспаление двенадцатиперстной кишки.

*ЖКТ* – желудочно-кишечный тракт.

*Зоонозы (зоонозная инфекция)* – заразные болезни животных, к возбудителям которых восприимчив и человек (заражение от животных).

*ЗПР* – задержка психо-речевого развития у детей.

*Инвазия* – внедрение.

*Инкубационный период* – время от момента внедрения инфекции до появления первых признаков заболевания.

*Инокуляция возбудителя* – введение возбудителя путем инъекции (искусственное заражение или внесение его в организм членистоногими – переносчиками при укусах).

*Кардиалгия* – боли в сердце.

*Кальцинат* – обызвествленный участок.

*Катаракта* – помутнение хрусталика глаза.

*КГИБ* – Клиническая городская инфекционная больница.

*Кератит* – воспаление роговицы глаза.

*Кератома* – скопление эпидермальных клеток кожи.

*Кольпит (вагинит)* – воспаление слизистой оболочки влагалища.

*Круп* – спазматическое сужение просвета (стеноз) гортани, характеризующееся появлением хриплого или сиплого голоса, грубого «лающего» кашля и затруднением дыхания (удушьем). Чаще всего наблюдается в возрасте 1–5 лет. Различают круп истинный и ложный.

*Круп истинный* – у больного дифтерией появляется охриплость голоса, грубый «лающий» кашель, затрудненное дыхание.

*Круп ложный* – на фоне гриппа, острых респираторных заболеваний, кори, скарлатины, ветряной оспы, стоматита и других состояний появляются затрудненное дыхание, «лающий» кашель, охриплость голоса.

*Крупозная пневмония* – крупозное воспаление легких (воспалена доля легкого или значительная ее часть).

*КТ* – компьютерная томография.

*КТИ* – компьютерное томографическое исследование.

*Лакунарное пространство* – углубление, впадина.

*Ларингит* – воспаление слизистой оболочки гортани.

*Лейкопоз* – процесс образования лейкоцитов.

*Лейкопения* – пониженное содержание лейкоцитов в крови.

*Лейкоцитоз* – повышение количества лейкоцитов в крови.

*Лейкоциты (Л)* – белые клетки крови, обеспечивающие защитную функцию организма (норма  $4 \times 10^9/\text{л}$  –  $9 \times 10^9/\text{л}$ ): лимфоциты (Т-лимфоциты, В-лимфоциты) – 18–38 %, моноциты – 4–8 %, базофилы – 0,5–1 %, эозинофилы – 2–4 %, нейтрофилы – 50–70 % от всех лейкоцитов.

*Лизис* – растворение, разрушение клеток, в том числе микроорганизмов, под влиянием агентов, например ферментов, антибиотиков и др.

*Лимфаденопатия* – увеличение лимфатических узлов.

*Лимфогранулематоз* – злокачественная опухоль лимфоидной ткани, характеризующаяся наличием аномальных гигантских клеток (клетки Березовского – Штернберга) и иными поражениями лимфатических узлов и др. внутренних органов. Этиология точно не установлена; предполагается генетическая либо вирусная природа лимфогранулематоза.

*Липома* – то же, что и жировик, доброкачественная опухоль из жировой ткани.

*Лихорадка* – повышение температуры тела: субфебрильная (37–38°C), фебрильная (38–40°C), гипертермическая (более 40°C).

*Локализация* – местонахождение.

*Макрофаг* – клетки, способные к активному захвату и перевариванию бактерий (фагоцитоз), остатков клеток и др. чужеродных или токсичных для организма частиц.

*Макула* – возвышение кожи, заполненное жидкостью.

*Мастит* – воспаление молочных желез.

*Мастопатия* – фиброзно-кистозное, рубцово-кистозное заболевание молочной железы.

*Мастэктомия* – ампутация молочной железы.

*Мастурбация (ипсация, онанизм)* – сексуальное самоудовлетворение, чаще всего путем раздражения гениталий.

*Мацерация кожи* – нарушение целостности эпидермиса, вплоть до его исчезновения на каком-то участке.

*Медиастенит* – воспаление клетчатки (оболочки) средостения.

*Менархе* – первая менструация.

*Метастазы* – вторичные патологические очаги, возникающие вследствие переноса с током крови или лимфы болезнетворных частиц (опухолевых клеток, микроорганизмов) из первичного очага болезни. В современном понимании метастаз обычно характеризует распространение клеток злокачественной опухоли.

*Метроррагия* – маточное кровотечение, выделение крови из матки в межменструальный период при нарушении функции яичников и др. заболеваниях.

*Метроэндометрит* – воспаление слизистого и мышечного слоев матки.

*Миалгия* – боль в мышцах.

*Мигрень* – головная боль.

*Микст-инфекция* – смешанная инфекция.

*Миозит* – воспаление скелетных мышц.

*Миокардит* – воспаление мышцы сердца.

*Миома матки* – доброкачественное новообразование, происходит из мышечной и соединительной ткани матки, богата кровеносными сосудами.

*MPT* – магнитно-резонансная томография.

*Невринома* – опухоль периферических нервов и задних корешков спинного мозга.

*Неврит* – воспаление нерва.

*НЦЗД РАМН* – Научный центр здравоохранения Российской академии медицинских наук.

*ОАК* – общий анализ крови.

*ОАМ* – общий анализ мочи.

*Облигатный паразит* – живет только в организме человека.

*ОБР* – общий биорезонансный препарат (гомеопатия).

*Обструкция* – закрытие просвета полого органа (пищевода, кишки, бронха и др.).

*Олигурия* – уменьшение суточного количества мочи.

*Онихия* – поражение ногтей, преимущественно инфекционного или обменного происхождения; характеризуется нарушением структуры и цвета ногтевых пластинок.

*ОРВИ* – острая респираторная вирусная инфекция.

*ОРЗ* – острое респираторное заболевание.



*Орхит* – воспаление яичка.

*Остеомиелит* – воспаление костного мозга.

*Отит* – воспаление внутреннего уха.

*Пальвиоперитонит* – воспаление любого участка тазовой брюшины.

*Пандемия* – эпидемия, охватывающая значительную часть населения страны, группы стран, континента.

*Панкреатит* – воспаление поджелудочной железы.

*Панофтальмит* – воспаление внутренних оболочек глаза и стекловидного тела.

*Папула* – небольшой плотный, возвышающийся над кожей пузырек, узелок.

*Параметрит* – воспаление околوماتочной клетчатки.

*Парентерально* – внутривенно; внутримышечно; подкожно; внутрикожно.

*Патогенез* – развитие болезни.

*Перорально* – внутрь (через рот).

*Перикардит* – воспаление наружной оболочки сердца.

*Перитонит* – острое воспаление брюшины.

*Петехии* – мельчайшие кровоизлияния на коже или слизистых оболочках.

*Пиелит* – воспаление лоханок почек.

*Пиелонефрит* – воспаление лоханки и клубочков почки.

*Пиелоцистит* – воспаление лоханки почки и мочевого пузыря.

*Плевра* – оболочка легких, состоящая из двух листков: один прилегает к легким и покрывает их со всех сторон, другой – к грудной клетке.

*Плевральная полость* – пространство между двумя листками плевры (см. Плевра).

*Плеврит* – воспаление листков плевры (см. Плевра).

*Плексит* – воспаление нервных окончаний.

*Пневмония* – воспаление легких.

*Пневмосклероз* – нарушение функции легких в результате разрастания в них соединительной ткани (рубец).

*Пневмоторакс* – наличие воздуха в плевральной полости. Воздух может проникнуть в плевральную полость через любое отверстие на поверхности легких или в стенке грудной клетки, приводя к спадению легкого (ателектазу). Просачивание воздуха может наблюдаться и без всяких видимых причин у считающих себя абсолютно здоровыми людей (спонтанный пневмоторакс) или возникать в результате травмы грудной клетки (травматический пневмоторакс).

*Подагра* – отложение солей (кальция) в тканях и органах, заболевание обусловлено нарушением обмена веществ с повышением содержания мочевой кислоты в крови.

*Продромальный период (продром)* – период «предвестников» заболевания, наступает после инкубационного периода, не продолжителен.

*Проктит* – воспаление прямой кишки.

*Пропалс* – несмыкание.

*Простатит* – воспаление предстательной железы.

*Протозойные* – то же, что и простейшие.

*ПЦР* – полимеразная цепная реакция – анализ антител.

*Резистентность* – устойчивость.

*Реинфекция* – повторное заболевание в результате нового внедрения той же инфекции.

*Ремиссия* – временное ослабление (неполная ремиссия) или исчезновение (полная ремиссия) проявлений болезни.

*Реприз* – свистящий судорожный вдох, сменяющий короткие, быстро следующие друг за другом кашлевые толчки; после реприза снова следует кашель до следующего вдоха (реприза).

*Ретинит* – воспаление сетчатки глаза.

*Рецидив* – возврат клинических проявлений болезни после ремиссии.

*РЧТ* – резонансная частотная терапия.

*Синдром Жильбера* – наследственная гипербилирубинемия (пигментный гепатоз).

*Синдром Леффлера* – эозинофильная пневмония – легочные проявления эозинофильных инфильтратов.

*Синдром Рея (Рейе)* – редкое заболевание, возникающее в детском возрасте, характеризуется развитием у ребенка энцефалита в сочетании с недостаточностью функции печени. Часто такие симптомы появляются на стадии выздоровления ребенка от какой-либо перенесенной ранее вирусной инфекции. Целью проводимого в этом случае лечения является снятие отека мозга и устранение возникших нарушений обмена веществ для достижения спонтанного выздоровления, однако смертность от этого заболевания продолжает оставаться достаточно высокой; кроме того, после выздоровления у ребенка могут наблюдаться остаточные поражения мозга. Причина развития данного заболевания неизвестна, однако считается, что одним из виновников его возникновения является аспирин; поэтому данное лекарство не рекомендуется назначать детям в возрасте до 12 лет, если в этом нет особой необходимости.

*Синдром Шегрена* – сухость слизистых оболочек.

*Склерит* – воспаление наружной оболочки глаза.

*Соматотропный* – органнй (орган).

*СОЭ* – скорость оседания эритроцитов (норма у мужчин – 2–10 мм/ч, у женщин – 2–5 мм/ч).

*Спазм сосудов* – сужение сосудов.

*Спазмолитик* – препарат, снимающий спазм сосудов.

*Спленит* – воспаление селезенки.

*Спленомегалия* – увеличение селезенки.

*Средостение* – пространство между легкими и сердцем.

*Стеаторея* – выделение избыточного количества жира с каловыми массами вследствие нарушения всасывания жиров в кишечнике.

*Стеноз* – врожденное или приобретенное (рубцевание, опухоль) стойкое сужение просвета какого-либо полого органа (пищевода, гортани, кишечника, кровеносного сосуда, трахеи и др.) или отверстия между полостями (например, при пороках сердца); затрудняет продвижение их содержимого.

*Суперинфекция* – заболевание возобновляется до выздоровления в результате заражения той же инфекцией.

*СЭС* – Санитарно-эпидемиологическая станция (служба).

*Тахикардия* – учащенное сердцебиение.

*Тахипноэ* – частые задержки дыхания.

*Телеангиэктазия* – расширение кожных сосудов в виде сосудистых «звездочек».

*Тиреоидит* – воспаление щитовидной железы.

*Токсоплазмоз* – зоонозная инфекция (от животного) простейшими.

*Тонзиллит* – воспаление миндалин.

*Трансплантация* – пересадка органа.

*Тромбоциты (Т)* – клетки крови, участвующие в тромбообразовании (норма 200×109/л – 400×109/л).

*Увеит* – воспаление радужной и сосудистой оболочек и реснитчатого тела глаза.

*Уретрит* – воспаление мочеиспускательного канала.

*Фарингит* – воспаление слизистой оболочки глотки.

*Фиброматоз* – заболевание, при котором развивается фиброма – доброкачественная опухоль из волокнистой соединительной ткани, часто сочетающаяся с разрастанием других тканей

– мышечной (фибромиома), сосудистой (ангиофиброма), железистой (фиброаденома). Возникает на коже, слизистых оболочках, в сухожилиях, молочной железе, матке.

*ФКГ* – фонокардиограмма.

*Фобия* – страх, боязнь.

*Фронтит* – воспаление лобной пазухи.

*Холангит* – воспаление желчных протоков.

*Холецистит* – воспаление желчного пузыря.

*Хондрома* – хрящевая опухоль.

*Хориоретинит* – воспаление сосудистой оболочки и сетчатки глаза.

*Цианоз* – синюшный цвет кожи (спазм артерий, расширение вен).

*Цистит* – воспаление мочевого пузыря.

*Цитоз* – увеличение количества клеток крови (цитоз – окончание слова, указывающее на увеличение количества клеток крови).

*Цитология* – наука о клетках (исследование клеток).

*Цитопения* – уменьшение количества клеток крови.

*Цитостатики* – лекарственные средства, угнетающие деление клеток (останавливают рост клеток).

*ЦМВ* – цитомегаловирус.

*ЦМВИ* – цитомегаловирусная инфекция.

*ЦНС* – центральная нервная система.

*ЦРБ* – Центральная районная больница.

*ЧБР* – частотный биорезонансный препарат (гомеопатия).

*Эзофагит* – воспаление слизистой пищевода.

*Экзогенный* – происходящий от причин, лежащих во внешней среде организма.

*Экзофтальм* – пучеглазие.

*Эмфизема* – воздушное перерастяжение клеток легких (повышенная воздушность легких).

*Эндогенный* – происходящий от причин, лежащих во внутренней среде организма.

*Эндокардит* – воспаление внутренней оболочки сердца.

*Эндометрий* – слизистая оболочка матки.

*Эндометриоз* – образование ткани, сходной со слизистой оболочкой матки (см. Эндометрий), в других областях таза.

*Эндометрит* – воспаление внутренней оболочки матки.

*Эндомизий* – ткани тонкой кишки.

*Эндофтальмит* – воспаление стекловидного тела глаза.

*Энтерально* – перорально (через рот); ректально (через прямую кишку).

*Энтероколит* – воспаление тонкой и толстой кишки.

*Энцефалит* – воспаление вещества мозга.

*Еозин* (от греч. «утренняя заря») – ярко-розовый краситель.

*Еозинофилия* – повышение количества эозинофилов в крови.

*Епидемиология* – наука об эпидемиях.

*Епидемия* – массовое распространение инфекционного заболевания человека в какой-либо местности, стране, значительно превышающее обычный уровень заболевания.

*Епидермис* – поверхностный слой кожи, состоящий из многослойного эпителия.

*ЭПТ* – электропунктурная терапия.

*Еритема* – ограниченное или разлитое покраснение кожи при воздействии различных факторов (механических, химических, инфекционных и т. д.).

*Эритема узловая* – кожное проявление главным образом инфекционно-аллергических заболеваний: плотные красные узлы (диаметр несколько сантиметров), возвышающиеся над поверхностью кожи, большей частью на голеньях.

*Эритроцит (Э)* – клетки крови, транспортирующие кислород и углекислый газ (в норме у мужчин –  $4,0 \times 10^{12}/л$  –  $5,5 \times 10^{12}/л$ , у женщин –  $3,7 \times 10^{12}/л$  –  $5,1 \times 10^{12}/л$ ).

*Эрозия* – поверхностное изъязвление кожи, слизистой оболочки.

*Этиология* – наука о причинах болезни.

*Этиотропное лечение* – направлено на устранение причины болезни.

*ЯМР* – ядерно-магнитно-резонансное исследование.

## Письмо 1. Очищение организма

*Дорогая Ольга Ивановна, здравствуйте!*

*Прочитав Вашу книгу «Черви-паразиты», я была крайне поражена той картиной, которая открылась перед моим взором. Нет слов, кроме слов благодарности. Низкий Вам поклон за Ваш нелегкий труд и за любовь к нам!*

*Разрешите обратиться к Вам с просьбой. Живем мы очень далеко от Вас, и поэтому нет никакой возможности приехать к Вам на лечение, поэтому я осмелюсь просить Вас прислать полный курс очищения и оздоровления организма на видеокассетах – если таковые имеются. Мне очень хочется, чтобы все мои родные и знакомые были здоровы, а также ознакомиться с Вашей программой очищения и восстановления организма, ведь для кого-то это может оказаться последней надеждой на излечение.*

*Будьте добры, не откажите в просьбе.*

### ОТВЕТ

Советую приобрести книгу «Практика очищения и восстановления организма» и внимательно ее изучить, особенно разделы «Реакции организма в процессе очищения» и «Система питания до и после очищения организма». Затем из 12 вариантов выбрать показанный вариант очищения соответственно своим заболеваниям. После очищения провести лимфоочищение в течение 2–3 дней. Далее можно перейти, как указано в книге, последовательно к очищению рисом (очищение органов и суставов) в течение 30–40 дней, затем сосудов (настойка чеснока), суставов (отвар лаврового листа), очищению почек.

При наличии заболеваний хронических, длительно текущих рекомендую через 1–2 месяца повторить такой же вариант очищения и только затем переходить последовательно к очищению лимфы, органов, сосудов, суставов, почек.

Если организм взрослого ослаблен, истощен, то начните очищение с XI или XII детского варианта, через 1–1,5 месяца перейдите к вариантам очищения для взрослых (II–X) и т. д.

### Советы психолога

#### **Настрои**

*Я верна самой себе.*

*Я такая, какой хочу быть.*

*Я делаю то, что мне необходимо делать.*

#### **Рекомендации**

Распознать внутренние конфликты и боль.

Служить другим, оставаясь верной себе.

Прекратить нездоровые отношения.

Устранить энергетическую самоагрессию.

Имеется застой защитной энергии, восстановить молитвами: основными, утренними и вечерними.

## **Письмо 2. Глютенная энтеропатия (аллергия – скрытая непереносимость злаковых)**

*Здравствуйте, уважаемая Ольга Ивановна.*

*Полгода назад я купила Вашу книгу «Практика очищения и восстановления организма» и попробовала почистить свой организм энтеросорбентами: полифепаном и энтеросгелем. Все выполнила, как написано в книге, но улучшения никакого не наступило. Дело в том, что я уже седьмой год не могу избавиться от аллергического насморка. Я уже потеряла обоняние и каждый день, просыпаясь, сильно чихаю, у меня постоянно из носа течет, нос совершенно не дышит, я все время дышу только ртом. Я очень устаю от этой болезни. Теперь хочу попробовать очищение рисом (после очищения прошло два месяца). Я очень хочу вылечиться, но как только я нервничаю, мне становится хуже.*

*У меня два года назад трагически погиб сын, и состояние мое стало еще хуже. У нас в городе есть медицинский центр, я там сдала кровь из вены на аллергены. На пылевидные и бытовые – у меня на них аллергии нет. А вот на пищевые: на муку пшеничную и ржаную, а также на мандарины, лимоны, апельсины, рисовую муку – выявлен аллерген. Это значит, что мне совсем надо отказаться от этих продуктов? Да еще вдобавок, я работаю на хлебокомбинате пекарем. Мне осталось два года до пенсии, а устроиться больше некуда: мне надо дочку на ноги поставить, она у меня учится.*

*Очень прошу ответить мне на мое письмо и что-нибудь посоветовать.*

### **ОТВЕТ**

Вы не очень внимательно прочитали мою книгу. Очищение сорбентами – это подготовительная стадия к очищению печени. Рекомендую Вам провести очищение печени по XI<sup>1</sup> варианту и через 4 недели по IX варианту. Затем через 3 недели начать очищение сосудов соком чеснока, еще через 3 недели провести очищение суставов лавровым листом. Только после этого Вы можете говорить, что Вы провели очищение по моей книге. Положительные результаты будут обязательно.

Сейчас я расскажу о заболевании, о котором до недавнего времени мы, врачи, не знали. Учитывая, что у Вас выявлены аллергены на различную муку и то, что Вы работаете на хлебокомбинате, скорее всего, у Вас именно это заболевание. Называется оно «глютенная энтеропатия» (ГЭП).

### **Коротко о глютенной энтеропатии**

Глютенная энтеропатия<sup>2</sup> (синоним: глютенчувствительная целиакия) – иммунозависимое воспаление слизистой оболочки тонкой кишки у людей с генетической (врожденной) чувствительностью к глютену – белку, содержащемуся в пшенице, ржи, ячмене.

Воспаление ведет к развитию гиперрегенераторной атрофии слизистой оболочки тонкой кишки, которая постепенно проходит только при условии исключения из рациона указанных хлебных злаков. Крайне редко, но встречаются формы целиакии, чувствительные к другим белкам (белок сои, риса, куриных яиц, мяса тунца, индейки и др.).

Внедрение в клиническую практику иммунологических методов диагностики изменило традиционные представления о глютенной энтеропатии (ГЭП) как о редком заболевании. Эпидемиологические скрининговые (быстрые) исследования, основанные на определении

---

<sup>1</sup> Здесь и далее имеются в виду варианты очищения, которые можно найти в книге О. И. Елисеевой «Практика очищения и восстановления организма».

<sup>2</sup> Парфенов А. И. и соавторы. Глютенная энтеропатия – междисциплинарная патология // М., 2005. – № 4 (15). – С. 67–73.



антител к глиадину, эндомизию и тканевой трансглутаминазе, показывают, что в группах риска заболевание встречается в сотни раз чаще, чем в общей популяции. Такая распространенность объясняется повышением доли скрытых, малосимптомных форм. При этом явные признаки заболевания (диарея, стеаторея, истощение, анемия, гипопротеинемия т. д.) могут длительное время отсутствовать. В результате больные долгие годы, а часто и всю жизнь лишены возможности получить этиотропную (причинную) терапию.

В отношении ГЭП выделяют следующие группы риска, которым следует проводить иммунологическую скрининговую диагностику:

- пациенты с клиническими симптомами, дающими основания подозревать нарушение всасывания в кишечнике: низкорослые дети, отстающие в физическом развитии; люди, страдающие необъяснимой аллергией, анемией, гипокальциемией, остеопорозом, имеющие задержку полового созревания; пациентки с аменореей и бесплодием, причину которых выяснить не удалось;

- ближайшие родственники больных ГЭП (родители, дети, внуки);

- пациенты, страдающие заболеваниями, ассоциированными с ГЭП.

Развивающаяся при ГЭП частичная, а у ряда больных даже субтотальная (почти полная) атрофия ворсинок слизистой оболочки тонкой кишки, глубокие дистрофические изменения энтероцитов (клеток тонкой кишки) приводят к нарушению кишечного пищеварения и всасывания. Заболевание всегда начинается в детстве, но иногда может длительно протекать субклинически и проявиться впервые у взрослых или даже пожилых людей. ГЭП является единым заболеванием детей и взрослых. У женщин целиакия встречается приблизительно в 3–4 раза чаще, чем у мужчин.

### ***Особенности заболевания***

Клиническая картина болезни у взрослых часто бывает стертой и длительное время может ограничиваться неопределенными болями в животе, вздутиями, эпизодической диареей и повышенной утомляемостью. Факторами, провоцирующими обострение заболевания или проявление первых клинических симптомов ГЭП, чаще всего становятся беременность и роды, нервно-психические травмы, реже – интеркуррентные (сопутствующие) заболевания, острые кишечные инфекции. В типичных случаях клиническая картина характеризуется диареей с полифекалией и стеатореей, развитием тяжелого синдрома нарушенного всасывания.

Систематические поносы являются одним из наиболее постоянных симптомов заболевания. Частота стула может быть от 2 до 10 раз в сутки и более, как в дневное время, так и ночью. Даже при небольшой частоте дефекаций имеет место значительная полифекалия. В большинстве случаев стул глинистого, замазкообразного вида, светлый, жидкий, пенистый.

Частый симптом – вздутие живота, нарастающее в вечерние часы. Могут наблюдаться тупые боли разлитого характера во всех отделах живота, связанные с вздутием. Клинически синдром нарушенного всасывания характеризуется нарушением общего состояния – слабостью, снижением работоспособности вплоть до стойкой ее утраты, прогрессирующим похуданием. Потеря массы тела может составлять от 5 до 30 кг.

Если заболевание началось в детском возрасте, пациенты отстают в росте и физическом развитии.

Различают несколько клинических форм или вариантов глютеновой энтеропатии.

- *Типичная форма* характеризуется развитием болезни в раннем детском возрасте, диареей с полифекалией и стеатореей, анемией, нарушением обмена, присущим тяжелому синдрому нарушенного всасывания.

- *При латентной форме* заболевание длительно протекает субклинически и впервые проявляется во взрослом или даже в пожилом возрасте. При тщательном изучении анамнеза можно выявить, что в детские годы пациенты отставали в физическом развитии, нередко у них

был снижен гемоглобин или наблюдались слабовыраженные признаки гиповитаминозов (трещины в углах рта, глоссит и т. д.).

С момента появления первых признаков заболевания клиническая картина может быть аналогична таковой при типичной или малосимптомной форме.

- *Торпидная (рефрактерная)* форма характеризуется тяжелым течением, отсутствием эффекта от обычного лечения, в связи с чем возникает необходимость применения глюкокортикоидных гормонов.

- При *атипичной* форме клинические синдромы, отмечаемые при ГЭП, встречаются относительно редко, а в клинической картине заболевания преобладает внекишечная симптоматика, обусловленная нарушением всасывания (анемия, геморрагии, остеопороз) или иммунными нарушениями (аллергии, аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет 1-го типа, синдром Шегрена – сухость всех слизистых оболочек – и т. д.).

- *Бессимптомная* форма характеризуется отсутствием клинических симптомов заболевания. Диагностируется при широких эпидемиологических обследованиях групп риска и может быть двух вариантов:

- 1) скрытая целиакия: симптомы мальабсорбции отсутствуют, но слизистая оболочка тонкой кишки с характерными признаками гиперрегенераторной атрофии и (или) увеличенным количеством межэпителиальных лимфоцитов (МЭЛ);

- 2) потенциальная (вероятная) целиакия.

Вторая форма предболезни характерна для тех, у кого слизистая оболочка тонкой кишки нормальная, симптомы нарушенного всасывания отсутствуют, но риск заболевания ГЭП очень велик. Людей с предполагаемой потенциальной ГЭП можно разделить на две группы:

- а) первая группа – люди с нормальной слизистой оболочкой и нормальным общим количеством МЭЛ, но высокой долей среди них гамма/дельта-лимфоцитов;

- б) вторая группа – ближайшие родственники больных ГЭП, у которых слизистая оболочка тонкой кишки нормальная. Тем не менее при детальном иммунологическом и ультразвуковом анализе выявляется, что у большинства людей этой группы увеличено количество МЭЛ, особенно гамма/дельта-клеток, увеличены число митозов в клетках крипт и экспрессия HLA класса II.

У больных ГЭП в 40–100 раз чаще, чем в общей популяции, развиваются лимфома и рак тонкой кишки. Чаще диагностируется также рак пищевода, глотки, желудка и прямой кишки. В целом злокачественные новообразования становятся причиной смерти примерно половины пациентов с нелеченной целиакией. Немотивированное ухудшение состояния больных и ряда лабораторных показателей при строгом соблюдении аглютеновой диеты являются основанием для предположения об осложнении болезни злокачественным новообразованием. Возможность развития лимфомы нужно предвидеть в каждом случае торпидного течения целиакии, то есть при отсутствии эффекта от длительного лечения, несмотря на строгое соблюдение диеты.

В настоящее время выделяют ряд болезней, генетически и аутоиммунно ассоциированных с целиакией.

*Болезни, генетически ассоциированные с целиакией:* герпетиформный дерматит Дюринга, рецидивирующий афтозный стоматит и гипогаммаглобулинемия, синдром Дауна, аутизм, шизофрения.

*Аутоиммунные заболевания, ассоциированные с целиакией:* инсулинзависимый сахарный диабет, аутоиммунный тиреоидит, первичный билиарный цирроз, аутоиммунный гепатит, синдром Шегрена, ревматоидный артрит, васкулит, системная красная волчанка, рецидивирующий перикардит, фиброзный альвеолит, полимиозиты, деменция и т. д.

### *Диагностика*

При всех перечисленных заболеваниях клинические симптомы, характерные для ГЭП, могут отсутствовать, однако выявляются повышенные значения серологических проб и морфологические изменения слизистой оболочки тонкой кишки, характерные для целиакии. Назначение аглутеновой диеты в некоторых случаях позволяет уменьшить клинические проявления заболевания, а также снижает риск осложнений в виде развития злокачественных новообразований.

Поскольку ГЭП может длительно протекать под маской различных аутоиммунных болезней, целиакию необходимо считать междисциплинарной проблемой, то есть относящейся ко всем врачебным специальностям. Современная классификация целиакии представлена на схеме 1.



Схема 1. Классификация целиакии (А. И. Парфенов, Л. М. Крумс, Е. А. Сабельникова. Центральный НИИ гастроэнтерологии. 2005)

Основным морфологическим признаком ГЭП является атрофия ворсинок слизистой кишечника. Ворсинки резко укорочены, часто представляют собой лишь небольшие широкие выступы, придающие поверхности слизистой оболочки на срезах своеобразный волнистый вид. Крипты (углубления), напротив, значительно удлинены.

Стадии изменения морфологической картины слизистой оболочки тонкой кишки при целиакии (по М. Маршу):

*Стадия 0* – предвоспалительная. При окраске эозином и гематоксилином отмечается умеренное увеличение числа МЭЛ. Собственная пластинка слизистой не отличается от нормальной. Морфологическая картина соответствует таковой у больных после лечения аглютенновой (беззлаковой) диеты.

*Стадия 1* – инфильтративная (лимфоцитарный энтерит). Нормальная архитектура слизистой с соотношением высоты ворсинок к глубине крипт от 10: 1 до 5: 1 (норма для дистального отдела двенадцатиперстной кишки 3: 1 или 5: 1). Могут появляться поврежденные или уплощенные клетки поверхностного эпителия ворсинок. Количество МЭЛ значительно возрастает: более 25–30 лимфоцитов на 100 эпителиоцитов. Собственная пластинка слизистой нормального строения умеренно инфильтрирована клеточными элементами. Подобные изменения могут встречаться у некоторых пациентов с герпетическим дерматитом или начальной стадией бессимптомной целиакии.

*Стадия 2* – гиперпластическая. Эпителий крипт начинает подниматься на вершины ворсинок, снижаются количество бокаловидных клеток и объем абсорбирующего эпителия, что свидетельствует о повреждении слизистой. МЭЛ появляются в поверхностном эпителии и эпителии крипт. Собственная пластинка слизистой обильно инфильтрирована клетками.

*Стадия 3* – деструктивная. Ворсинки значительно уплощены. Собственная пластинка слизистой обильно инфильтрирована клетками.

*Стадия 4* – атрофическая. Плоская поверхность слизистой. В собственной пластинке выраженная клеточная инфильтрация.

Для обследования групп населения, имеющих факторы риска в отношении ГЭП, в качестве скрининговой диагностики используют иммунологические методы. Применяют определение антител к глиадину и особенно его а-фракции в иммуноглобулинах (Ig) класса А с помощью иммуноферментного анализа и определение антител к тканевым компонентам собственной пластинки слизистой оболочки тонкой кишки, в частности к эндомиозию и тканевой трансглутаминазе. Всем пациентам, у которых обнаруживают повышенные концентрации антиглиадиновых антител Ig класса А и (или) титры эндомиозиальных антител и тканевой трансглутаминазы, показано морфологическое изучение слизистой оболочки тонкой кишки (еюнобиопсия или дуоденобиопсия) для окончательного установления диагноза.

При обоснованном клиническом подозрении на наличие ГЭП энтеробиопсию следует проводить и в случае нормальных титров антиглиадиновых антител.

Детям раннего возраста для установления диагноза и назначения аглютенновой диеты достаточно наличия в сыворотке крови антител к глиадину IgA, эндомиозию IgA, тканевой трансглутаминазе.

Диагностическое значение имеет назначение аглютенновой (беззлаковой) диеты. Ее положительное действие часто проявляется уже в течение первого месяца. Однако у некоторых больных отчетливый терапевтический эффект наступает через 6 месяцев и позже.

### **Лечение**

Следует обратить внимание на то, что при ГЭП отсутствует непосредственная зависимость между употреблением хлеба и злаков и характером стула, поэтому пациенты никогда не связывают развитие заболевания с непереносимостью хлеба. Повреждающее действие глю-

тена может быть выявлено только по степени атрофии слизистой оболочки тонкой кишки и ее уменьшении при тщательном соблюдении диеты.

Основным методом лечения ГЭП является строгое пожизненное соблюдение аглютеновой (беззлаковой) диеты. Однако терапия различных форм целиакии имеет свои особенности. При стертом, малосимптомном течении заболевания наряду с апотеновой диетой назначают поливитамины, периодические курсы приема ферментных и желчегонных препаратов.

При наличии диареи и синдроме нарушенного всасывания аглютеновая диета применяется в комплексе мероприятий, направленных на коррекцию метаболических нарушений, лечение хронической диареи. При тяжелом синдроме нарушенного всасывания, торпидной форме заболевания в комплексную терапию включают кортикостероиды.

При аглютеновой диете из рациона полностью исключаются пшеница, рожь, ячмень. Допускается употребление до 60 г овса в сутки. Длительное динамическое наблюдение за пациентами с ГЭП показывает, что у строго соблюдающих аглютеновую диету клиническая ремиссия более устойчива, чем у тех, кто ее нарушает.

В группе больных, не строго соблюдающих аглютеновую диету, то есть эпизодически употребляющих немного хлебных изделий, наблюдается выраженная склонность к обострению диареи с полифекацией, длительно сохраняются слабость, симптомы гипополивитаминоза, дефицит кальция.

При длительном соблюдении аглютеновой диеты концентрация антиглиадиновых и антиэндомизимальных антител в IgA значительно снижается, вплоть до пороговых значений. У больных, переставших соблюдать диету, содержание антиглиадиновых и антиэндомизимальных антител резко возрастает еще до появления клинических симптомов рецидива заболевания.

При строгом соблюдении аглютеновой диеты через 6–12 месяцев у части пациентов с ГЭП восстанавливается нормальное строение слизистой оболочки тонкой кишки. У остальных ворсинки остаются атрофированными, но высота эпителия отчетливо увеличивается во всех случаях. Таким образом, основным методом реабилитационной терапии больных, страдающих ГЭП, является строгое соблюдение аглютеновой диеты на протяжении всей жизни.

Показатели успешной реабилитации больных ГЭП:

- устойчивая клиническая ремиссия;
- снижение до пороговых значений концентрации антиглиадиновых, антиэндомизимальных антител, антител к тканевой транслугтаминазе;
- восстановление морфологической структуры слизистой оболочки тонкой кишки.

Пожизненное соблюдение аглютеновой диеты ведет к выздоровлению. Применение диеты при ассоциированных с ГЭП аутоиммунных болезнях существенно улучшает результаты лечения.

При соблюдении аглютеновой диеты отмечаются прекращение диареи, увеличение веса, повышение уровня гемоглобина и эритроцитов в крови. Постепенно увеличивается минерализация костной ткани и уменьшаются или полностью исчезают аутоиммунные нарушения, аллергии, связанные с целиакией. Также снижается частота возникновения онкологических заболеваний, риск которых у больных ГЭП в 100–200 раз выше, чем в общей популяции населения.

Проблема глютенеропатии имеет общемедицинское значение. Активное выявление заболевания не только дает возможность вылечить этих пациентов, но и направлено на первичную профилактику остеопороза, анемии, бесплодия, сахарного диабета 1-го типа, аутоиммунных и онкологических заболеваний.

***Новые рекомендации по диагностике и лечению глютенеропатии (целиакии)***

Рекомендации практическим врачам по диагностике и лечению целиакии должны строиться на основании методов, разработанных в крупных исследовательских центрах при обследовании больших контингентов населения. В последние десятилетия учение о целиакии шагнуло вперед. Произошли весьма значительные изменения. В клиническую практику внедрены иммунологические методы диагностики, что изменило традиционное представление о глютенковой энтеропатии как о редком заболевании. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в крупных научных центрах Европы и США, было установлено, что от 1 до 3 % населения имеют антитела к фракциям глютена (белку злаковых), а также собственным тканям тонкой кишки (эндомизию) и ферменту (тканевой транслугтаминазе), являющиеся маркерами глютенковой энтеропатии. У подавляющего большинства пациентов наличие болезни подтверждается гистологическим исследованием слизистой оболочки тонкой кишки. Однако заболевание у них, как правило, протекает без истощения, диареи, других кишечных симптомов и развернутой картины синдрома нарушенного всасывания, а в малосимптомной стертой или бессимптомной форме проявляется селективными нарушениями всасывания (анемия, остеопороз, аменорея и т. д.) или аутоиммунными нарушениями (тиреоидит, сахарный диабет, бесплодие).

Эпидемиологические скрининговые исследования, основанные на определении антител к глиадину, эндомизию и тканевой транслугтаминазе, показывают, что особенно часто глютенковая энтеропатия выявляется в группах риска, в частности у низкорослых детей, отстающих в физическом развитии, людей, страдающих необъяснимой анемией, гипокальциемией, остеопорозом, имеющих задержку полового созревания, пациенток с аменореей и бесплодием, причину которых выяснить не удастся. Кроме того, в группу риска входят ближайшие родственники больных глютенковой энтеропатией (родители, дети, внуки и т. д.), пациенты, страдающие аутоиммунными заболеваниями (аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет 1-го типа, аутоиммунный гепатит и т. д.). У больных целиакией чаще, чем в общей популяции, развиваются онкологические заболевания.

Основным методом терапии глютенковой энтеропатии является строгое пожизненное соблюдение аглутеновой диеты (из рациона полностью исключают продукты, содержащие злаки, – рожь, ячмень, пшеницу). Соблюдение аглутеновой диеты ведет к выздоровлению при малосимптомных формах, связанных с селективным нарушением всасывания железа, кальция и т. д., оказывает положительное влияние на течение аутоиммунного заболевания и способствует уменьшению риска развития лимфом и другой онкологической патологии.

Научное общество гастроэнтерологов России на своем очередном V съезде 6 февраля 2005 года приняло по этому вопросу следующую резолюцию по активному выявлению глютенковой энтеропатии.

1. Пациентам с хронической диареей, истощением и другими клиническими симптомами целиакии необходимо назначать биопсию слизистой оболочки залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки.

2. Пациентам, страдающим системным остеопорозом, осложненным болями в костях и переломами, железодефицитной анемией неустановленной этиологии, первичным бесплодием, аутоиммунными тиреоидитами, рекомендуется исследовать антитела к глиадину в сыворотке крови.

3. Пациентов старше 18 лет с подозрением на глютенчувствительную целиакию и людей с титрами антител к глиадину 30 МЕ/мл и выше следует направлять на консультацию к гастроэнтерологу для гистологического подтверждения диагноза. Проживающих в Москве рекомендуется направлять в Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии.

4. В случае подтверждения целиакии пациенту необходимо рекомендовать пожизненное исключение из рациона продуктов, содержащих глютен, и наблюдение у гастроэнтеролога.

От себя добавлю еще один пункт.



5. В случаях аутоиммунных процессов, аллергий невыясненной этиологии или выявления аллергенов к злаковым и сое рекомендуется исследовать антитела к глиадину в сыворотке крови.

В нашей практике тестирования за 2006 год установлена ГЭП только в шести случаях, но если бы мы тщательнее проверяли пациентов, то их количество было бы больше.

### **Клинический пример**

I. А. К. П., 60 лет. Анамнез. Заболевания ЖКТ проявлялись в течение всей жизни. Последние 10 лет происходило значительное ухудшение. Пациентка обследовалась в местных и зарубежных клиниках. Три года назад в Англии прооперирован геморрой в тяжелом состоянии, оперирована часть сфинктера. Жалобы в настоящее время: поносы, чередующиеся с запорами, несварение пищи, глинистый стул, иногда пенистый, боли в животе, вздутия, слабость. На ВРТ: истощение иммунитета, анемия, остеопороз, энтероколит, аутоиммунный тиреоидит. Кишечная инфекция не тестируется. В разделе аллергия тестируется рожь, пшеница, ячмень, рис.

Рекомендовано провести анализы на антитела к глиадину. Результат лабораторного исследования: титр антител к глиадину 60 МЕ/мл (высокий показатель).

Рекомендовано лечение.

1. Исключить злаковые и рис.
2. Принимать отвары овса, семян льна.
3. БРТ по меридианам: легкие, мочевого пузыря, аллергия.
4. ЭПТ – Е-программы: 1; 124; 192; 11.
5. Комплексный препарат: органопрепарат (подвздошная кишка D6, слизистая оболочка тонкой кишки D6, тощая кишка D6) + гомеопатия (Colocynthis D6, Colehicum D6).
6. Гомеопатический препарат – Нукс вомика комп.

Через 2 недели самочувствие пациентки значительно улучшилось, но иммунитет остался в состоянии истощения. К вышеуказанному лечению добавлено: ТФ (трансфер-фактор классика) по 4 капсулы в день чередовать с ТФ Эдвенсд по 3 капсулы в день в течение 20 дней. Затем через каждые 20 дней снижать по 1 капсуле (оба препарата).

Через месяц самочувствие пациентки значительно улучшилось. Анализ на антитела к глиадину 40 МЕ/мл (слабоположительный).

Через 4 месяца: самочувствие пациентки хорошее. Анализ на антитела к глиадину 30 МЕ/мл (цифра зоны риска).

Пациентка продолжает принимать комплексную гомеопатию и исключила из рациона продукты из злаковых и рис. Самочувствие хорошее, жалоб нет.

II. Старшая дочь пациентки, 40 лет. Жалобы на аллергии, аллергический дерматит, боли в животе, стул – частый понос. На ВРТ тестировалась аллергия к злаковым и рису. Анализ на антитела к глиадину 40 МЕ/мл (слабоположительный).

Проведено такое же лечение, как и матери. Самочувствие хорошее. Срок наблюдения – 4 месяца. Анализ на антитела к глиадину 30 МЕ/мл (зона риска).

III. Младшая дочь, 34 года. Жалобы на периодические боли в животе, иногда поносы. В анамнезе позднее появление менструации, анемия, задержка в росте. На ВРТ также тестировалась аллергия к злаковым продуктам и рису. Анализ на антитела к глиадину 30 МЕ/мл (зона риска). Рекомендовано: исключить из рациона злаковые и рис, оттестировался препарат Нукс вомика комп в потенции 500: по 3 горошины 2 раза в неделю.

### **Советы психолога**

#### ***Настрои***

*Я чувствую себя сильной и выносливой.*

*Я управляю своими мыслительными процессами.*

*Я противостояю депрессивным ситуациям позитивным отношением к ним.*

*Мой разум и мое тело хорошо взаимодействуют.*

**Рекомендации**

Гомеопатия: Pulsatilla 6CH, 9CH, 12CH, 15CH; Zycopodium 12CH; Kalii carbonic 12CH, 15CH; Sarsaparilla 15CH; Silicea 12CH; Phosphorus 12CH, 15CH при гиперсенситизации к эмоциональным факторам окружающей среды, психическим нагрузкам, для биоэнергетической защиты.

### Письмо 3. Невроз мужской

*У моего мужа появилась боль после близости. Сначала его это беспокоило, он обращался к врачам, сказали, что нужно лечиться гипнозом. Он побоялся. Потом совсем отказался от близости. Говорит, что ему это не надо, но, несмотря на то что он хорошо зарабатывает, он часто в плохом настроении, мы оба прибавили в весе.*

*Ну какая-то жизнь стала тяжелая. Он считает, что лечить ничего не надо, что это нормальный процесс старения. Скажите: нужно ли это лечить и можете ли вы нам помочь?*

#### ОТВЕТ

Если возбудителя заболевания мочеполовой системы врачи установить не смогли, а явления уретрита сохраняются, что выявляется только при половом контакте, то у некоторых пациентов (мужчин) в качестве причины заболевания можно предположить невроз. Иногда чрезвычайное беспокойство по поводу уретральных выделений у мужчин приводят к болям, особенно после сексуальных отношений. Такая психотравма сама по себе может быть причиной выделений и нарушений сексуальности.

1. Инфекционный уретрит маловероятен, если в мазке из уретры при большом увеличении объектива микроскопа в одном поле выявляется менее 4–5 нейтрофилов. При наличии инфекционного процесса первые 10 мл выделяющейся мочи обычно содержат от 10 до 15 нейтрофилов в 1 мл.

2. Если у мужа выделяются 10–15 нейтрофилов в 1 мл мочи, значит, у него имеется инфекционный процесс. При наличии инфекционного процесса приезжайте к нам в Центр: мы выявим скрытую причину и поможем.

Тревожные расстройства являются одним из самых распространенных болезненных состояний нашего времени. Именно тревожные расстройства как форма проявлений не только психических, но и органических заболеваний стали одними из наиболее распространенных при заболеваниях скрытыми инфекциями, которые не могут обнаружиться лабораторными методами.

В настоящее время в нашей стране из-за ряда объективных социальных, экономических, политических причин и тяжелых болезней наблюдается неуклонный рост психических заболеваний. Этот рост прежде всего происходит за счет увеличения удельного веса непсихотических, так называемых пограничных психических расстройств, тревожных, тревожно-депрессивных, тревожно-фобических нарушений. В свою очередь, многообразная органическая патология также практически во всех случаях сопровождается пограничными невротическими нарушениями, главным образом тревожного характера. Тревожные расстройства в соматической клинике часто формируются как реакция пациента на собственное органическое заболевание.

Об истинной распространенности психосоматических расстройств судить сложно, тем не менее их частота достаточно высока и колеблется от 15 до 50 %, а в общей медицинской практике – от 30 до 57 %.

Однако адекватная традиционная терапия пограничных, в частности тревожных, расстройств часто весьма затруднена или серьезно ограничена в связи с наличием у широко назначаемых в соматической практике анксиолитиков бензодиазепинового ряда, антидепрессантов (в том числе и широко применяемых до настоящего времени трициклических) и нейролептиков ряда тяжелых побочных эффектов (кардиотоксичность, ортостатические, дизурические, гепатотоксические и прочие тяжелые осложнения). Нельзя не учитывать также часто весьма неблагоприятные соматотропные осложнения психофармакотерапии, а также лекарственное взаимодействие психо- и соматотропных препаратов.

Именно по этой причине альтернативные, в частности гомеопатические, препараты, биорезонансная терапия становятся все более распространенной и популярной формой щадящей, дополнительной терапии во многих странах мира.

Также к ведущим факторам, способствующим выбору альтернативных методик, по мнению большинства исследователей, относятся повышенная возбудимость вегетативной нервной системы, более частые психологические и психиатрические проблемы, постоянное стремление к здоровому образу жизни и скептическое отношение к возможностям классической медицины.

Наряду с клиническими проявлениями соматических (органных) заболеваний у всех больных наблюдаются повышенный уровень тревожности, личностной и реактивной, астенические и субдепрессивные расстройства, раздражительность, внутренняя напряженность, повышенная обеспокоенность по поводу состояния своего здоровья, вегетативная дисфункция в форме полиморфных головных болей, гипергидроза, резкая эмоциональная лабильность, сомнологические расстройства (трудности засыпания, нарушения глубины, непрерывности и продолжительности ночного сна), нарушения концентрации внимания и общей активности.

#### ***Рекомендации гомеопатического лечения***

Нервохель в таблетках под язык в суточной дозе 15–30 мг (по 5–10 мг 3 раза в день) на протяжении 4 недель. Исключается прием любых (в том числе гипнотиков) препаратов с психотропной активностью.

Особенно следует подчеркнуть воздействие курсового приема препарата нервохель на сомнологические расстройства: в результате проведенного лечения сон становится более спокойным, продолжительным, исчезают постсомнические нарушения и возрастает общая и психическая активность и качество жизни в целом.

Нервохель на протяжении всего 4-недельного курса не имеет каких-либо нежелательных и побочных эффектов, а также аллергических реакций даже при применении дозы в 30 мг (по 2 таблетки 3 раза в день), в том числе у пожилых, соматически ослабленных больных на фоне комбинированной соматотропной терапии. Не наблюдается нежелательных побочных действий при применении препаратов базисной терапии, гипотензивных, сосудистых средств, а также бета-адреноблокаторов, антигистаминных, противовоспалительных и других лекарственных средств.

Нервохель достаточно быстро, уже в первые 2 недели лечения, уменьшает тревожную симптоматику и значительно – к 3–4-й неделе курса. Применение этого препарата способствует более быстрой и полной ремиссии основного заболевания у хронических больных.

Нервохель безопасен, хорошо переносится больными в любом возрасте. Препарат удобен в применении, не требует специального тестирования дозы, не вызывает психической зависимости и синдрома отмены при вынужденном прерывании курса.

#### **Советы психолога**

##### ***Настрою для мужа***

*Я живу и работаю в гармонии с теми, кто меня окружает.*

*Я добр к самому себе.*

*Я прощаю другим.*

*Я снисходителен к себе.*

##### ***Рекомендации***

Перестаньте быть суровым к себе.

Не занимайтесь самобичеванием.

Устраните тенденцию к саморазрушению.

Работайте в меру, не переусердствуйте.

Преодолейте сложность жизни в семье и коллективе.

Помогут вам и растения: кизил, трясунка, ива, перец стручковый кайенский, вьюнок пурпурный, полынь, грецкий орех, сосна, тюльпан, вербена, виноград. Закажите их у травника.

Гомеопатия: *Arsenicum alb* 12CH, 15CH; *Sepia* 12CH, 15CH. Этот состав поможет устранить жесткость в отношениях с самим собой, облегчит избавление от чувства вины, поможет прощать.

## **Письмо 4. Бронхиальная астма. Омская геморрагическая лихорадка**

*Уважаемая Ольга Ивановна!*

*Случайно попала ко мне в руки Ваша книга «Тайны нераспознанных диагнозов». Прочитав ее, я была потрясена всем, что узнала из книги. Моя 19-летняя дочь имеет целый букет болячек, но лечить их нет возможности. Анализы, какие возможно было сделать, в норме. Однако какая-то болезнь есть, а обнаружить ее никак не удастся.*

*У дочери сильные головные боли, постоянная тошнота, боли в области сердца, суставов и мышц. Появляются высыпания на коже в виде болячек, папилломы на соске одной груди, на лобке и половых губах, температура то поднимается, то опускается. Диагноз ставят: лихорадка неясной этиологии. Что делать? Как быть? Ведь она у меня не может ни работать, ни учиться из-за ее болячек.*

*Очень Вас прошу помочь, если сможете. Она у меня астматик – III группа инвалидности.*

### **ОТВЕТ**

К сожалению, еще 15 лет назад педиатры не знали о таком уже широко распространенном заболевании, как хламидийная пневмония, и что заражение детей возможно от родителей и в роддоме. Поэтому педиатры не диагностировали, скорее всего, хламидийную пневмонию у Вашей дочери, в результате и не было оказано целенаправленное лечение. Обычные антибиотики не лечат хламидийную пневмонию, поэтому она перешла в хронический пневмохламидиоз с последующим развитием астмы.

### **Коротко о хроническом пневмохламидиозе**

Хронический пневмохламидиоз – причина бронхиальной астмы у детей; составляет 15–20 % хронических пневмохламидиозов.

*Хронический пневмохламидиоз.* У части больных уже в острый период выявляется четко выраженный бронхоспазм. При длительном персистировании хламидий постепенно формируется хронический астматический бронхит. Аллергизация организма антигенами хламидий и сохраняющийся возбудитель способствуют развитию бронхиальной астмы. Связь бронхиальной астмы с инфекцией *Ch. Pneumoniae* (хламидией пневмонией) в настоящее время доказана на достаточно большом числе наблюдений. В формировании бронхиальной астмы нельзя полностью исключить роль вторичной бактериальной инфекции. Важной проблемой является дальнейшее изучение различных вариантов клинического течения хронических заболеваний легких, обусловленных пневмохламидиозом.

Хроническое поражение сердечно-сосудистой системы при пневмохламидиозе изучено меньше. В качестве редкой клинической формы описан хламидийный эндокардит, протекающий длительно и довольно тяжело. Улучшение наступало после лечения препаратами тетрациклинового ряда. Сходные по течению эндокардиты наблюдались в качестве редкой формы орнитоза (хламидия от птиц).

Наблюдения последних лет выявили связь изменений коронарных сосудов с хламидийной инфекцией. В частности, показано, что у людей с коронарными расстройствами значительно чаще выявляются антитела к *Ch. Pneumoniae*. Допускают возможность участия пневмохламидиоза в генезе атеросклероза. Эта проблема требует также дальнейшего накопления наблюдений.

Одной из наиболее частых форм инфекции *Ch. Pneumoniae* является длительное бессимптомное персистирование хламидий в организме. Установлено, что у 70–90 % инфицированных процесс протекает латентно, то есть скрыто.



### **Диагностика**

Распознавание пневмохламидиоза представляет значительные трудности. Симптоматика пневмонических форм сходна с острыми пневмониями другой этиологии. Во время эпидемической вспышки диагностика облегчается после расшифровки первых случаев пневмонии, тем более что вспышки пневмохламидиоза продолжаются несколько месяцев. Диагностика спорадических случаев труднее. Сочетание физикальных признаков пневмонии с поражением верхних дыхательных путей (риниты, фарингиты) наблюдается при многих пневмониях, осложняющих ОРЗ.

При выявлении положительных результатов РСК с каким-либо хламидийным антигеном (эта реакция неспецифическая, и поэтому судить о конкретной хламидийной инфекции по ней нельзя) следует дифференцировать орнитоз и пневмохламидиоз.

*Орнитоз* протекает более тяжело, температура, как правило, 39°C и выше, выраженная интоксикация, отсутствуют признаки поражения верхних дыхательных путей. Физикальные проявления пневмонии появляются спустя 2–3 дня после начала болезни (при пневмохламидиозе – сразу). При орнитозе часто отмечается увеличение печени и селезенки, лейкопения. При пневмохламидиозе – довольно высокий лейкоцитоз. При параллельной постановке РСК с орнитозным и пневмохламидийным антигеном титры будут несколько выше и динамика нарастания та же по отношению к гомологичному антигену. Хотя это отмечается не всегда. Специфичной является реакция микроиммунофлюоресценции (хотя у инфицированных она иногда бывает отрицательной). Наиболее достоверным подтверждением диагноза является выделение культуры хламидий из материала, взятого со слизистой оболочки носоглотки. Необходимо обследовать на хламидиоз больных астматическим бронхитом и бронхиальной астмой, так же как и больных острыми пневмониями, при отсутствии явной связи с гриппом или другими ОРЗ.

### **Профилактика**

Проводят комплекс мер, используемых при воздушно-капельных инфекциях. Специфическая профилактика не разработана.

Предупреждение! В тяжелых формах заболевания, как у Вашей дочери, необходимо лечить очень осторожно! Можно вызвать анафилактический шок. Антибиотики противопоказаны. Лечение проводить только в условиях клиники.

### **Лечение**

Назначают тетрациклин по 0,3–0,5 г 4 раза в день в течение 10–14 суток. При непереносимости тетрациклиновых препаратов используют эритромицин (по 0,4–0,5 г 4 раза в день в течение 10–12 дней). Короткие курсы лечения не обусловят санации организма и не предупредят рецидивов болезни, а также перехода в хронические формы. Используют также и патогенетические препараты (антигистаминные, витамины, бронходилататоры и др.). У больных хроническим астматическим бронхитом и бронхиальной астмой при выявлении хламидийной инфекции в комплекс методов лечения, обычно применяемых при этих заболеваниях, включают антибиотики тетрациклиновой группы или эритромицин.

*Прогноз* при пневмохламидиозе благоприятный при своевременном лечении.

В связи со сниженным иммунитетом в организм Вашей дочери будут внедряться редкие инфекции. По Вашим описаниям клиники у девочки, скорее всего, острая геморрагическая лихорадка.

Острая геморрагическая лихорадка (ОГЛ) – острое инфекционное заболевание вирусной природы с трансмиссивным путем передачи, характеризующееся лихорадкой, геморраги-

ческим диатезом, скоропреходящим поражением почек, центральной нервной системы и легких, относительно благоприятным течением.

Первое описание болезни сделано в 1940–1943 гг. омскими врачами Б. П. Первушиным, Е. В. Неустровым, Н. В. Борисовым. Большой вклад в изучение этиологии, эпидемиологии и клиники ОГЛ внесли М. П. Чумаков, А. Ф. Билибин, Р. М. Ахрем-Ахремович.

### **Особенности заболевания**

**Этиология.** Возбудителем болезни является вирус, в антигенном отношении близкий к вирусу клещевого энцефалита, из рода *Flavivirus* семейства *Togaviridae* (группа В арбовирус). Вирус патогенен для многих диких и лабораторных животных (ондатры, белые мыши, кролики, морские свинки и др.), обнаруживается в крови больных в остром периоде болезни и в организме клещей *Dermacentor pictus*, являющихся основными переносчиками болезни.

**Эпидемиология.** Основным резервуаром инфекции являются ондатра и водяная крыса, а также некоторые виды мелких млекопитающих и птиц. Доказано длительное сохранение вируса в клещах и способность его передаваться потомству трансовариально (через яйца). Передача вируса человеку происходит через укусы иксодовых клещей *Dermacentor pictus*. Возможно также заражение человека водным, пищевым, аспирационным и контактным путями. Наибольшее число заболеваний регистрируется в весенне-летние месяцы. От человека к человеку инфекция не передается.

**Патогенез.** Основным патогенетическим звеном является поражение вирусом стенки сосудов, что обуславливает геморрагический синдром и очаговые кровоизлияния во внутренних органах. Важное значение имеет поражение вирусом центральной и вегетативной нервной системы, а также надпочечников и кроветворных органов. После перенесенного заболевания остается стойкий иммунитет.

**Патоморфология.** У больных, умерших от ОГЛ, обнаруживают полнокровие и кровоизлияния во внутренних органах (почках, легких, желудочно-кишечном тракте и др.). Микроскопически находят генерализованное поражение мелких кровеносных сосудов (капилляров и артериол) преимущественно в головном и спинном мозге, а также в легких.

**Клинические проявления.** Инкубационный период – около 2–5 дней, но может удлиняться до 10 дней. Заболевание начинается остро, с подъема температуры тела до 39–40°C, головной боли, озноба, ломоты во всем теле, тошноты, головокружения, болей в икроножных мышцах, суставах. Лицо больного гиперемировано, слегка одутловатое, сосуды склер инъецированы, губы сухие, яркие, иногда покрыты кровянистыми корками. Постоянно обнаруживается гиперемия мягкого и твердого нёба с пятнистой экзантемой и геморрагическими точечными кровоизлияниями. Часто отмечается кровоточивость десен. С 1–2-го дня болезни появляются розеолезная и петехиальная сыпь на передней и боковой поверхности груди, на разгибательных поверхностях рук и ног. В тяжелых случаях могут возникать обширные кровоизлияния в области живота, крестца и голенях. В последующие дни на этих участках могут появляться обширные некрозы. Возможны также носовые, легочные, маточные и желудочно-кишечные кровотечения. Геморрагические симптомы обычно появляются в первые 2–3 дня болезни, однако могут возникать и в более поздние сроки – на 7–10-й день.

На пике заболевания тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, расширение границ сердца влево, стойкая артериальная гипотония, иногда брадикардия (редкие удары пульса), экстрасистолия. На ЭКГ – признаки диффузного поражения миокарда ввиду нарушения коронарного кровообращения.

Со стороны органов дыхания особенно часто отмечаются катаральные явления и очаговые, атипично протекающие пневмонии. Возможны явления менингоэнцефалита. Постоянно поражаются почки, но нарушение их функции встречается редко. Вначале появляется альбуминурия, затем присоединяется непродолжительная гематурия и цилиндрурия. В осадке

мочи обнаруживаются вакуолизированные зернистые клетки почечного эпителия. Диурез значительно снижен. С первого дня болезни в крови обнаруживается лейкопения, умеренный нейтрофилез со сдвигом влево, тромбоцитопения, замедленная или нормальная СОЭ.

Различают легкие, среднетяжелые и тяжелые формы болезни. Встречаются стертые и субклинические формы.

**Течение.** В типичных случаях температурная реакция и симптомы интоксикации нарастают в течение 3–4 дней, в последующие дни состояние больного постепенно улучшается. Температура тела нормализуется на 5–10-й день болезни, полное выздоровление наступает через 1–2 месяца и в более поздние сроки. У половины больных наблюдаются повторные лихорадочные волны с возвратом основных симптомов болезни (обострение или рецидивы). Хронические формы не описаны.

### **Диагностика**

Диагноз ставится на основании лихорадки, выраженного геморрагического диатеза в сочетании с катаральными явлениями, гиперемией лица и инъекцией сосудов склер, стойкой гипотонии и брадикардии. Диагностика облегчается при наличии характерных изменений со стороны мочевого осадка и периферической крови. Следует также учитывать пребывание в природном очаге инфекции. Из специфических методов используют выделение вируса и обнаружение нарастания титра специфических антител в РСК, РТГА, реакции диффузной преципитации в агаровом геле или реакции нейтрализации в динамике заболевания.

**Дифференциальный диагноз** проводится с лептоспирозом, клещевыми вирусными энцефалитами, гриппом, геморрагическим васкулитом, москитной лихорадкой и другими геморрагическими лихорадками с учетом краевой патологии.

### **Лечение**

Исключительно патогенетическое, направленное на борьбу с интоксикацией (внутривенное введение гемодеза, 5–10 %-ного раствора глюкозы, реополиглюкина, плазмы и др.) и геморрагическими проявлениями (витамин К, викасол, дицинон и др.). В тяжелых случаях показаны кортикостероидные гормоны, сердечные, при бактериальных осложнениях назначают антибиотики.

Профилактика направлена на оздоровление природных очагов и предупреждение заражения детей во время пребывания их в пионерских лагерях, детских выездных садах, расположенных в зоне природного очага. Для активной иммунизации предложена вакцина из мозга белых мышей, зараженных вирусом ОГЛ. Вакцинация проводится по строгим эпидемиологическим показаниям.

Лечение должно проводиться исключительно в стационарных условиях.

### **Советы психолога**

#### **Настрои для мамы**

*Я притягиваю положительную энергию и любовь.*

*Я защищена, я в безопасности.*

*Я излучаю сильную и могучую энергию.*

#### **Настрои для дочери**

*Я притягиваю положительную энергию и любовь.*

*Я защищена, я в безопасности.*

*Я заодно со всеми.*

*Я дарю всем любовь и доброту.*

*Я чистосердечна.*

#### **Рекомендации**

Гомеопатия: Asafoetida 3М, 7М, 15М, 40М, 60М; Lycopodium 3М, 7М, 15М, 40М, 60М.

Основные показания: для общего духовного просветления и очищения; для обновления; для усиления биоэнергии.

Обеспечивает биоэнергетическую поддержку для:

- высвобождения негативной энергии, накопленной в окружающих;
- выявления собственных намерений и очищения собственных мотиваций;
- очищения от накопленных духовных и физических ядов;
- использования вместе с дыхательными упражнениями и медитацией;
- защиты собственного золотого сечения в переполненных помещениях.

## Письмо 5. Хронический пиелонефрит

*Уважаемая Ольга Ивановна!*

*Огромное Вам спасибо за Вашу любовь к людям. Я с уважением и благодарностью отношусь к таким, как Вы, докторам, ищущим сначала причину заболевания, используя все средства для диагностики. Спасибо за Ваш труд. Ваши книги на многое открыли мне глаза и дали надежду на исцеление меня и мужа, возможно, и детей, и внуков, и других родных и близких.*

*Немного о себе. До 1993 года ходила к врачам (я тогда еще работала, и нужен был больничный лист), но когда уже не смогла работать и уволилась, я занялась собой, то есть очищением организма. Начала с кишечника, затем почистила печень, суставы, занималась урилотерапией, иногда голоданием. Через год просто летала, потом чуть-чуть поддерживала себя, 10 лет не была в больнице. Но вот снова пришлось обратиться к врачу по поводу справки в Центр занятости, ну и заставили пройти что необходимо. И к глубокому моему сожалению, обнаружили опухоль в правой почке, хронический пиелонефрит обеих почек и опущение левой почки. Почки – мое больное место. В 80-х гг. я оперировалась по поводу камня, тоже в правой почке. И узловой зоб тоже уже давно. Сколько себя помню, ступни ног и руки я смазываю кремами, иначе кожа на них растрескивается. Вся спина в родинках. В молодости даже веснушек не было. Аппендицит удалили где-то в 22 года. До очистки организма были запоры, геморрой. До урилотерапии мучила гнойная ангина. Сейчас очень редко.*

*Наверное, зря я это все пишу, так как почему-то верю, что обязательно смогу с Вами встретиться. Вы знаете, я раньше читала о Вас, Ольга Ивановна, у Малахова и, когда увидела месяц назад Ваши книги, заинтересовалась. И теперь почти все купила. Бегло «пробежала» (я всегда сначала «жадно проскачу»), а потом уже читаю второй раз и т. д. по необходимости. Но честное слово, я так обрадовалась этим Вашим трудам, этим победам Вашего коллектива, что даже со слезами на глазах благодарил Бога за Вас и за Ваш коллектив. Божьих Вам благословений во всех сферах жизни. Успехов в таком трудном и важном деле, в деле исцеления людей.*

### ОТВЕТ

Вы молодец, что занимаетесь своим здоровьем. Это самое благое дело на Земле, это первая обязанность людей. Но, встав на этот путь, не сворачивайте с него, иначе все болезни вернуться. Желаю от всего сердца здоровья и творческой бодрой жизни. Жду на диагностику к нам в Центр.

Опухоль на почке у вас доброкачественная, а пиелонефрит «старый», еще с мочекаменной болезни. Но почка-то работает! Опущение почки бывает у многих женщин, так как мы так часто таскаем тяжести. Больше оптимизма!

### Советы психолога

#### *Настрой*

*Я освобождаюсь от всякого страха.*

*Я в безопасности.*

*Я верю в свои силы.*

#### *Рекомендации*

Убрать осознанные и неосознанные страхи, блокирующие энергетические каналы и защитную энергию.

Чувствовать себя защищенной – вы под покровительством Высших сил.

### *Молитвы от разных недугов и болезней*

## **МОЛИТВА СВЯТОМУ ВЕЛИКОМУЧЕНИКУ И ЦЕЛИТЕЛЮ ПАНТЕЛЕЙ- МОНУ**

**О святой великомученице и целителю Пантелеймоне, Бога милостиваго подражателю! Призри благосердием и услыши нас грешных, пред святою твоею иконою усердие молящихся, испроси нам у Господа Бога, Ему же со ангелы предстояши на небеси, оставление грехов и прегрешений и исцели болезни душевные и телесныя рабов Божиих ныне поминаемых, зде предстоящих и всех христиан православных ко твоему заступлению притекающих: се бо, грех наших ради, люте одержими есмы многими недуги и не имамы помощи и утешения: к тебе же прибегаем, яко дадеся ти благодать молитися за ны и целити всяк недуг всяку болезнь: даруй убо всем нам святыми молитвами твоими здравие и благомощие души и тела, преспеяние веры и благочестия и вся к житию временному и ко спасению потребная, яко да сподобившися тобою великих и богатых милостей, прославим тя и Подателя всех благ, дивнаго во святых Бога и Отца и Сына и Святаго Духа во веки веков. Аминь.**

**Молитва вторая святому великомученику и целителю Пантелеймону (читается наедине от лица болящего)**

**О великий угодниче Христов, страстотерпче и врачу многомилостивый, Пантелеймоне! Умилосердися надо мною, грешным рабом, услыши стенание и вопль мой, умилостиви Небеснаго, Верховнаго Врача душ и телес наших, Христа Бога нашего, да дарует ми исцеление от недуга, мя гнетущаго. Приими недостойное моление грешнейшаго паче всех человек, посети мя благодатным посещением, не возгнушайся греховных язв моих, помажи тыя елеем милости твоей и исцели мя; да здрав сый душ и телом, остаток дней моих, благодатию Божиею, возмогу провести в покаянии и угождении Богу и сподоблюся восприятьи благий конец жития моего. Ей, угодниче Божий! Умоли Христа Бога, да предстательством твоим дарует здравие телу моему и спасение души моей. Аминь.**

## Письмо 6. Глаукома

*Здравствуйте, уважаемая Ольга Ивановна!*

*Прочитала Вашу книгу «Тайны нераспознанных диагнозов. Невидимые завоеватели нашего организма» и решила написать Вам письмо, надеясь получить от Вас ответ.*

*Очень жаль, что, бывая в Москве, не знала о Вашем Центре! В прошлом году была в Институте геронтологии на обследовании. По анализу крови определили «незначительный рост злокачественных клеток», по структуре слезы – застойные явления и выраженные нарушения локального гомеостаза (белково-липидные аномальные связи). Псевдомицелии дрожжеподобного гриба. OD (справа), OS (слева) – признаки застойных явлений, псевдомицелии дрожжеподобного гриба.*

*Посещение окулиста – ангиопатия сетчатки. OS: субатрофия глазного яблока. OD: границы сосудов завуализованы, артерии сужены, вены расширены.*

*Глаукомой заболела в 1994 году. В 1998 году делали операцию по поводу глаукомы на левом глазу, о чем сожалею. Врач говорила, что сделают одну операцию и, если все будет хорошо, через неделю сделают повторную – удалят катаракту на том же глазу!*

*Во время операции произошло кровоизлияние в переднюю камеру глаза, глаз был красный. Предлагали удалить, но я отказалась. Не хотела, чтобы по частям что-то удаляли. Ведь против моей воли удалили мне ногу выше колена (было мне 47 лет в 1997 году). Молилась, прикладывала отвар очанки, когда были невыносимые боли. После продолжительной теплой ванны у меня почему-то из глаза текла, как слеза, липкая на ощупь жидкость. И оперированный глаз постепенно уменьшался в объеме.*

*В Институте геронтологии окулист на мой вопрос: «Почему вытек глаз?» – ответила, что неправильно сделали операцию, слишком большое отверстие. На вопрос: «Можно ли чем зарастить отверстие?» – ответила отрицательно. Такой вопрос задала потому, что по методике Бориса Васильевича Болотова и по тибетской медицине «подобное восстанавливают подобным» – разрушенные клетки почек, печени, сердца восстанавливают по методике за счет органов животного. Ну, я подумала: а как же можно восстановить глаз, то есть зарастить отверстие, и что нужно применять, чтобы глаз наполнился по своему первоначальному объему?*

*В 2001 году при обследовании обнаружили, что у меня отсутствует хрусталик в оперированном глазу. И это меня навело на размышление: видимо, делая операцию по поводу глаукомы, заодно «выдернули» и хрусталик? Или я ошибаюсь? Хрусталик во время операции провалился в стекловидное тело, иначе куда мог деться хрусталик?*

*До операции глаз уже не видел. И поэтому, наверное, решили, что терять нечего и сделали двойную операцию. Меня настойчиво уговаривали удалить глаз, вокруг ходили студенты толпой. Это было в 1998 году. А в 2000 году профессор в Клинике микрохирургии глаза определил у меня меланобластому в оперированном глазу и тоже порекомендовал удалить глаз. Снова не решилась на операцию. Принимала болиголов, аконит и другие травы. До этого у меня были нарушения микроциркуляции в области сердца, головного мозга, плохой отток крови из полости черепа. После приема трав нарушения микроциркуляции исчезли. Плохой отток крови пока сохранился. Но интересно то, что окулист в 2004 году не поставила диагноз «меланобластома», может быть, профессор в Геленджике ошибся? Кто-то сказал мне, что если бы была меланобластома, то меня давно уже не было бы. На УЗИ определили эндометриоз, полип в матке, камни в желчном пузыре, хронический калькулезный холецистит, реактивный панкреатит, кисту печени (в VII сегменте образование D-16 мм), диффузные изменения печени.*

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.