ГОМЕОПАТИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕЦИЛОМИКОЗОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

В.К. Гостищев¹, А.В. Стреляева¹, С.А. Сапожников¹, Н.В. Чебышев¹, А.М. Шамсиев^{1,2},
Н.Б. Лазарева¹, А.А. Ашуров², Ю.М. Ахмедов², В.М. Садьков²

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (г. Москва, Россия),

²Самаркандский государственный медицинский институт (г. Самарканд, Узбекистан)

The homoeopathic treatment hepatic echinococcosis complicated paecilomycosis, chronic obstructive lung disease

V.K. Gostishev¹, A.V. Strelaeva², S.A. Sapozhnikov¹, N.V. Chebyshev¹, A.M. Shamsiev^{1,2},
N.B. Lazareva¹, A.A. Ashurov², Yu.M. Akhmedov², V.M. Sadykov²

¹I.M. Sechenov First MG MU (Moscow, Russia),

²Samarcand State Medical Institute (Samarkand, Uzbekiston)

РЕЗЮМЕ

Нами было обследовано 174 взрослых больных эхинококкозом печени в возрасте 17 до 63 лет. Во всех исследованиях 19 клинически здоровых лиц, не больных пециломикозом, служили в качестве контроля, в том числе 9 человек в возрасте от 17 до 23 лет, 10 – от 25 до 30 лет. Исследовалась кровь на пециломикоз. Проводились УЗИ, а также применялась лучевая диагностика эхинококкоза, пециломикоза, ХОБЛ. Впервые применен комплекс лучевых методов исследования при бронхолегочном пециломикозе и ХОБЛ, представлен анализ диагностической информативности лучевых методов в плане ранней диагностики респираторных нарушений и разработана объективная система оценки морфологических и функциональных нарушений бронхолегочной системы под воздействием этих грибов. Выделены наиболее информативные показатели лучевых исследований для определения характера, распространенности и тяжести изменений в легких. Препарат *Juglans regia* оказался наиболее эффективным для лечения эхинококкоза печени, осложненного пециломикозом и хронической обструктивной болезнью легких.

Ключевые слова: эхинококкоз, пециломикоз, гомеопатия, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), *Juglans regia*, лучевая диагностика.

RESUME

174 echinococcosis patients aged 17 to 63 years were examined for paecilomycosis. 75 subjects of different ages who were considered to be clinically healthy were prepared as a control. Of them who had physiological parameters of blood fungi, 19 subjects, including 9 subjects aged 17 to 23 years and 10 subjects aged 25 to 30 years, were eligible. The other examinees were patients with paecilomycosis of varying stages. Dependence of *Paecilomyces* fungi species content in the blood on iodine deficiency condition has been established in the work. For the first time complex of radial research methods in bronchopulmonary paecilomycosis has been carried out and analysis of diagnostics and CT concerning early diagnostics of respiratory disturbances has been presented. On the basis of contemporary radial visualizations objective estimating system of morphological and functional disturbances of bronchopulmonary system under the influence of *Paecilomyces* fungi species has been developed. The most informative indexes of radial investigations in order to determine the character of extension and severity of changes in the lungs have been selected. The new antihydrid et antifungid drug *Juglans regia* has been developed, which has a low toxicity, high fibrous membrane walt permeability, and a damaging action on alt germinal elements.

Keywords: paecilomycosis, bronchopulmonary paecilomycosis, roentgenography, computerized tomography (CT), radionucleid pulmonoscintigraphy, Chronic Obstructive Lung Disease, *Juglans regia*.

Эхинококкоз является широко распространенным заболеванием во всем мире, в том числе в России и Центральной Азии, в странах

Америки, Африки, где высокая частота заболеваемости эхинококкозом у людей позволяет считать данное заболевание краевой патологи-

ей. Учитывая большую социальную значимость болезни, которая приводит к инвалидизации и является одной из причин детской смертности, возникает необходимость проведения научных исследований [8, 9, 17, 18, 20, 24, 33, 35, 37, 45]. К народнохозяйственной и медицинской проблеме добавилась вторая – пециломикоз [1, 2, 14–16, 19–21, 23, 24, 28]. Пециломикозные миокардиты детей становятся проблемой у педиатров [25, 26]. Сам пециломикоз превратился в крупную научную проблему, которой интересуются ученые разных наук (медицина, ветеринария, химия, экология, физика) многих стран мира [33, 34, 36, 40, 42, 44]. В России и Узбекистане защищаются докторские и кандидатские диссертации по пециломикозу [1, 2].

Работа выполнялась в течение последних 30 лет в творческом содружестве ученых России и Узбекистана. В сообщении приводится один из фрагментов этих исследований.

Многие больные эхинококкозом, пытаясь избежать операций, стали применять гомеопатические препараты.

Наконец, Минздрав России официально признал гомеопатию, а гомеопат Джордж Витулкас [3] был удостоен в 1996 году Альтернативной Нобелевской премии по медицине «За лучшую жизнь человечества». Мы занимались гомеопатией и в «запретные» годы. Этот накопленный опыт при изучении эхинококкоза хотелось бы осветить. По данным литературы [3, 6, 11, 13, 14, 15, 28], некоторые гомеопатические препараты, по-видимому, следует отнести к иммуномодуляторам.

Цель сообщения – привести данные о нашем опыте гомеопатического лечения эхинококкоза печени, осложненного пециломикозом и ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), которая иногда является следствием перенесенного эхинококкоза и пециломикоза. Сообщить о гомеопатическом препарате эффективном для лечения эхинококкоза, пециломикоза и ХОБЛ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследовано 174 взрослых больных эхинококкозом печени. Возраст больных – от 17 до 63 лет. Кровь больных исследовалась на эхинококкоз современными иммунологическими методами: реакцией непрямой геммагглютинации, реакции латексагглютинации, реакций антигенсвязывания лимфоцитов, реакцией сколексопреципитации, описанными в специальных работах [5, 7, 9, 17, 21, 23, 24, 31, 33, 34, 37, 43]. Проводились УЗИ, а также

применялась лучевая диагностика эхинококкоза, пециломикоза, ХОБЛ. Впервые применен комплекс лучевых методов исследования при бронхолегочном пециломикозе и ХОБЛ, представлен анализ диагностической информативности лучевых методов в плане ранней диагностики респираторных нарушений и разработана объективная система оценки морфологических и функциональных нарушений бронхолегочной системы под воздействием этих грибов. Выделены наиболее информативные показатели лучевых исследований для определения характера, распространенности и тяжести изменений в легких. При диагностики эхинококкоза диагноз подтвержден хирургическим вмешательством с гельминтологическими и бактериологическими исследованиями эхинококковых кист и их содержимого с определением морфологических модификаций эхинококков. Применялись органосохраняющие и щадящие оперативные вмешательства [8, 20, 22].

Биохимический анализ крови проводили у больных с определением содержания свободных аминокислот по Т.С. Пасхиной [4, 19] и по общепринятым методикам определялись общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, АЛАТ, АсАТ, глюкоза, щелочная фосфатаза.

Применялись известные иммунологические методы [5, 18, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41]. В частности, выделение лимфоцитов по А. Воуям [32] на градиенте фиколла-верографина с плотностью 1,077 г/см³. Количество циркулирующих Т-лимфоцитов оценивали методом спонтанного розеткообразования по G. Jondal et al. [38] с глютаризацией сформированных розеток. Количественное определение иммуноглобулинов сыворотки крови проводили методом радиальной иммунодиффузии по G. Mancini [39]. Фагоцитарная активность нейтрофилов устанавливалась по методикам, приводимым в литературе [5, 17].

Жизнедеятельность зародышевых элементов эхинококков после операции определялась по методике Ф.П. Коваленко с соавт. [12]. В до- и послеоперационном периодах проводился общий анализ мочи, в суточной моче у взрослых определялось содержание свободных аминокислот. Обследования больных и наблюдения за ними проводились до операции, через 12–14 дней после операции и каждые 4–6 месяцев в течение года и более после операции и проведенного курса лечения.

19 практически здоровых лиц служили в качестве контроля, их кровь и моча были

исследованы перечисленными выше методами, что принято за норму для взрослых. Нами разработаны методы хирургического лечения эхинококкоза [5, 30].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основной метод лечения эхинококкоза – хирургическое вмешательство, химиотерапия тоже не исключается. На наш взгляд, самым ответственным этапом операции является ликвидация остаточной полости. По данным литературы, для этого были предложены многочисленные подходы, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Нами использованы известные подходы, а также разработанный в клинике новый метод ликвидации остаточной полости, удостоенный патентами [5, 30] РФ и Узбекистана (В.К. Гостищев, А.М. Шамсиев).

Указанным методом были прооперированы дети и взрослые с хорошим результатом. Он состоит из 3-х этапов: 1 – краевая резекция остаточной полости печени толщиной до 3-х мм; 2 – проведение вворачивающих швов; 3 – вворачивание в полость резецированных краев печени.

Разработанный нами способ выполнения операции заключается в следующем. Под внутривенным тиопентал-натриевым наркозом (10 мг/кг) после обработки операционного поля дважды йодом со спиртом производили разрез кожи в правом подреберье. Вскрывалась брюшная полость и обнажалась выступающая на поверхности печени эхинококковая ларвоциста с фиброзной капсулой. С помощью троакар-дренажа производили пункцию и аспирацию содержимого ларвоцисты. Соединительно-тканная оболочка паразита, не покрытая печеночной тканью белесоватого цвета, рассекалась в продольном направлении по всему диаметру. Удалялась остаточная эхинококковая жидкость, а полость обеззараживалась 80 %-ным глицерином. В дальнейшем иссекалась выступающая белесоватая часть фиброзной капсулы вместе с паренхимой печени толщиной до 3-х мм.

Из резецированных краев печеночной ткани кровоточащие сосуды ушивались отдельными тонкими узловыми кетгутовыми швами. Полость фиброзной капсулы ларвоцисты ликвидировалась путем вворачивания резецированных краев эхинококковой полости вовнутрь узловыми кетгутовыми вворачивающими швами. В некоторых случаях ложе кисты для аспирации содержимого дренировали

полихлорвиниловой трубкой с двумя боковыми отверстиями, которую выводили через отдельный разрез наружу. Подпеченочная область дренировалась тампоном «сигара» также через отдельный разрез. Рана зашивалась послойно, наглухо.

Краевая резекция печени выполнялась с целью стимуляции регенераторных процессов в резецированной области. Кроме того, ввернутые внутрь резецированные края и свободные участки паренхимы печени не подшиваются ко дну полости, поскольку такая фиксация может вызвать торможение процесса регенерации печени, и не исключает повреждения желчных протоков и кровеносных сосудов. Этот способ разработан на созданной нами лабораторной модели экспериментального эхинококкоза ягнят и поросят, который опубликован и защищен патентом [5]. В отличие от ранее опубликованных работ в данном сообщении нами приводятся материалы по эхинококкозу печени, осложненном пециломикозом, ХОБЛ.

Нами было прооперировано 174 взрослых больных эхинококкозом печени. Возраст больных от 17 до 63 лет. Наблюдаемые нами больные были распределены на 8 групп (табл. 1, 2, 3), за норму приняты показатели 19 практически здоровых лиц.

Изучили в сравнительном аспекте обстоятельно два метода хирургического вмешательства при поражении печени эхинококкозом (инвагинация фиброзной капсулы и разработанный нами метод).

Первой группе (17 больных) после удаления эхинококковых кист произведена инвагинация фиброзной капсулы общепринятым методом, больные второй группы (18) прооперированы по разработанному нами методу. Больным 1-й и 2-й групп в до- и послеоперационном периодах проводили общепринятую медикаментозную терапию.

Третьей группе (19 больных) производилась инвагинация фиброзной капсулы эхинококков и совместно с общепринятой медикаментозной терапией применялся тактивин в/м по 1–2 мл в сутки 10 дней в до- и послеоперационном периодах, а затем повторялся курс лечения через 8–10 месяцев после операции. В дальнейшем пользовался полиоксидоний в качестве иммуномодулятора.

Четвертая группа (23 больных) отличается от 3-й тем, что применен разработанный нами метод оперативных вмешательств. Оперированные различными методами (табл. 1) больные 5-й и 6-й групп в процессе лечения

Таблица 1

Показатели клеточного иммунитета у больных эхинококкозом в зависимости от методов операции и примененных препаратов

Группа	Метод операции и препараты	n	Время	Т-лимфоцитов %	В-лимфоцитов %	Т-хелперов %	Т-супрессоров %
1	Инвагинация фиброзн. капсулы	17	до операции	36,5 ± 0,8 ^x	21,6 ± 1,2	29,8 ± 1,7 ^x	6,3 ± 0,4
			после операции	37,6 ± 1,5 ^x	22,3 ± 1,7	32,4 ± 2,1 ^x	6,1 ± 0,7
2	Разработанный метод	18	до операции	37,1 ± 0,9	19,8 ± 2,4	28,7 ± 1,7 ^x	6,5 ± 0,4
			после операции	41,2 ± 3,7	22,1 ± 2,5	36,3 ± 1,6 ^x	6,6 ± 0,5
3	Инвагин. фиброкапсулы + тактивин	19	до операции	35,4 ± 1,6 ^x	23,1 ± 1,9	31,4 ± 1,5 ^x	6,2 ± 0,2
			после операции	43,7 ± 6,8 ^x	21,4 ± 2,3	36,2 ± 1,7 ^x	6,4 ± 0,3
4	Разработанный метод + тактивин	23	до операции	36,2 ± 2,1 ^x	20,9 ± 2,4	30,7 ± 1,4 ^x	6,9 ± 0,5
			после операции	48,4 ± 3,7 ^x	22,3 ± 1,9	36,4 ± 1,1 ^x	6,8 ± 0,4
5	Инвагин. фибр. капсулы + средство народн. медицины	25	до операции	39,1 ± 1,9 ^x	21,8 ± 2,2	27,6 ± 3,1 ^x	6,5 ± 0,5
			после операции	42,2 ± 4,2 ^x	20,6 ± 2,8	35,1 ± 1,9 ^x	6,4 ± 0,3
6	Разработанный метод + средство народн. медицины	27	до операции	36,9 ± 1,6 ^x	21,4 ± 1,9	31,4 ± 1,5 ^x	6,2 ± 0,4
			после операции	54,2 ± 4,7	21,6 ± 2,7	40,9 ± 1,4	6,3 ± 0,4
7	Инвагин. фибр. кап. + гомеоп. препарат	23	до операции	37,4 ± 1,9 ^x	20,3 ± 1,8	31,6 ± 1,7 ^x	6,6 ± 0,2
			после операции	41,7 ± 2,6 ^x	19,7 ± 1,6	35,4 ± 1,3 ^x	6,7 ± 0,3
8	Разработан. метод + гомеоп. препарат	22	до операции	35,9 ± 2,7 ^x	22,4 ± 1,9	29,7 ± 1,7 ^x	6,0 ± 0,2
			после операции	51,4 ± 3,9	22,7 ± 2,5	41,9 ± 1,6	6,1 ± 0,4
9	Контрольная	19		52,5 ± 3,4	22,4 ± 2,3	41,5 ± 1,2	6,7 ± 0,3

Примечание: x – разница статистически достоверна ($P < 0,05$), результаты исследования после операции через год

использовали средство народной медицины (препараты из зеленых плодов грецкого ореха).

Больные 7-й и 8-й групп (кроме оперативных вмешательств) применяли гомеопатические препараты: *Iris versicolor*, *Chelidonium majus*, *Carbo vegetabilis*, *Phosphorus*, *Nux vomica*, *Sulphur* и другие в до- и послеоперационном периодах и через каждые 3 месяца после операции. Приблизительно третья часть больных 7-й и 8-й групп не прекращала пользоваться гомеопатическими препаратами, по-видимому, у них появилась зависимость от них.

У обследованных нами больных до операции отмечалось в крови статистически достоверное ($P < 0,05$) уменьшение количества Т-лимфоцитов, за счет Т-хелперов, увеличение количества иммуноглобулинов, а также циркулирующих иммунных комплексов (табл. 1, 2). Фагоцитарная активность нейтрофилов была явно подавленной (табл. 3).

На 10–12-й день после операции и перед выпиской у обследованных больных не отмечалось существенной нормализации нарушенного иммунного статуса. При эхинококкозе аллергические реакции интенсивно выражены и не угасают в течение 5 лет после операции и наступившего клинического выздоровления.

Только через год после операции и проведенной медикаментозной терапии можно было отметить сдвиги в изученных показателях им-

мунитета по сравнению с дооперационным периодом (табл. 1, 2, 3).

Анализ в сравнении цифрового материала 1 и 2 групп показывает разницу общепринятого и разработанного нами хирургического метода лечения эхинококкоза. Через год после операции без применения иммуномодуляторов несколько повысилось заниженное до операции количество Т-лимфоцитов, хотя в обеих группах оно продолжало оставаться ниже нормы. Но в группе больных, оперированных разработанным методом, количество Т-лимфоцитов выше, чем у больных, оперированных общепринятым методом. Разница сравниваемых групп статистически достоверна ($P < 0,05$).

Количество Т-хелперов в крови больных, оперированных общепринятым методом – $32,4 \pm 2,1$ %, предложенным методом – $36,3 \pm 1,6$ %. Разница сравниваемых величин статистически достоверна ($P < 0,05$).

Кроме того, в сравниваемых группах (табл. 2) количество иммуноглобулинов и ЦИК статистически достоверно отклонилось в сторону контрольной группы при сравнении этих показателей 1-й и 2-й групп с преимуществом в группе больных, оперированных разработанным методом. Это характерно и в отношении фагоцитарной активности нейтрофилов (табл. 3).

Следовательно, предложенный новый метод операции – менее травматичный и более

**Показатели гуморального иммунитета у больных эхинококкозом
в зависимости от методов операции и примененных препаратов**

Группа	Метод операции и препараты	n	Время	Иммуноглобулины, мг %			Цик ед. оптч. Плотности
				A	M	G	
1	Инвагинация фиброзн. капсулы	17	до операции	279,5 ± 27,4 ^x	242,3 ± 16,4 ^x	1759,3 ± 43,4 ^x	0,097 ± 0,008 ^x
			после операции	282,4 ± 31,6 ^x	235,6 ± 17,9 ^x	1834,7 ± 57,6 ^x	0,098 ± 0,009 ^x
2	Разработанный метод	18	до операции	287,5 ± 30,4 ^x	246,7 ± 12,4 ^x	1827,3 ± 49,1 ^x	0,091 ± 0,006 ^x
			после операции	248,3 ± 32,3 ^x	221,7 ± 14,2 ^x	1756,8 ± 5,4 ^x	0,072 ± 0,004 ^x
3	Инвагин. фиброкапсулы + тактивин	19	до операции	278,4 ± 29,2 ^x	247,5 ± 12,1 ^x	1803,4 ± 39,7 ^x	0,092 ± 0,011 ^x
			после операции	269,5 ± 31,4 ^x	235,4 ± 15,7 ^x	1756,3 ± 47,2 ^x	0,082 ± 0,009 ^x
4	Разработанный методов + тактивин	23	до операции	283,7 ± 0,5 ^x	247,6 ± 12,4 ^x	1515,6 ± 49,3 ^x	0,096 ± 0,007 ^x
			после операции	212,7 ± 38,6	198,4 ± 15,7	1569,4 ± 49,7	0,039 ± 0,004
5	Инвагин. фибр. капсулы + средство народн. медицины	25	до операции	277,6 ± 31,2 ^x	237,4 ± 10,3 ^x	1857,6 ± 39,7 ^x	0,091 ± 0,006 ^x
			после операции	254,3 ± 23,7 ^x	238,5 ± 11,7 ^x	1774,8 ± 38,6 ^x	0,073 ± 0,007 ^x
6	Разработанный метод + средство народн. медицины	27	до операции	283,4 ± 25,4 ^x	243,6 ± 15,2 ^x	1768,4 ± 41,7 ^x	0,095 ± 0,008 ^x
			после операции	229,7 ± 29,5	196,3 ± 15,1	1497,5 ± 48,6	0,093 ± 0,007
7	Инвагин. фибр. кап. + гомеоп. препарат	23	до операции	293,5 ± 32,4 ^x	257,3 ± 9,8 ^x	1827,4 ± 56,3 ^x	0,089 ± 0,012 ^x
			после операции	277,3 ± 29,6 ^x	241,9 ± 16,2 ^x	1729,8 ± 46,9 ^x	0,081 ± 0,008 ^x
8	Разработан. метод + гомеоп. препарат	22	до операции	283,7 ± 37,6 ^x	267,4 ± 8,7 ^x	1793,5 ± 49,3 ^x	0,082 ± 0,007 ^x
			после операции	223,6 ± 27,4	197,3 ± 9,7	1493,5 ± 46,3	0,032 ± 0,007
9	Контрольная	19		215,7 ± 29,8	192,4 ± 11,6	1527,3 ± 51,2	0,035 ± 0,005

Примечание: x – разница статистически достоверна (P < 0,05), результаты исследования после операции через год

физиологичный – обеспечивал хорошую регенерацию, заполнение остаточной полости без осложнений и более лучшую нормализацию иммунного статуса, хотя она и не достигла нормальных границ (табл. 1, 2, 3). Это прямое доказательство того, что иммунореабилитация больных при эхинококкозе в первую очередь зависит от метода оперативного вмешательства. В этом плане предложенный новый метод показал свое превосходство по сравнению с общепринятым.

Иммунореабилитация больных эхинококкозом достигает цели после применения в сочетании с новым методом хирургических вмешательств тактивина, полиоксидония, гомеопатических препаратов, которые через год после операции обеспечивают приближение изученных показателей иммунитета больных к показателям контрольной группы, принятой за норму. Наилучший результат по восстановлению иммунного статуса установлен в группе, в которой применялись гомеопатические препараты (табл. 1, 2, 3).

Тяжелым осложнением эхинококкоза печени является пециломикоз и ХОБЛ. Диагноз пециломикоза ставился на основании обнаружения сферул гриба в крови больных до операций и подтверждения его после хирургического вмешательства. Морфологические модификации устанавливались способами,

приводимыми в работах А.М. Шамсиева [30, 31]. Во всех случаях диагноз подтверждался иммунологическим методом реакцией антиген-связывания лимфоцитов (АСЛ), разработанной А.М. Шамсиевым [31], выборочно применялась мультиспиральная компьютерная томография высокого разрешения. На пециломикоз обследовано 236 больных в возрасте от 17 до 70 лет. 75 лиц разного возраста, которые считались клинически здоровыми, готовились в качестве контроля. Из них с физиологическими показателями в крови грибов возможно было использовать 19 человек, 9 в возрасте от 17 до 23 лет и 10 – от 15 до 30 лет. Остальные обследованные оказались больными пециломикозом в разных стадиях. Первое исследование на пециломикоз нами проведено в Самаркандской городской больнице, где было организовано обследование на пециломикоз крови больных. Обследован на пециломикоз 61 больной, у которого эхинококкоз подтвержден хирургическим вмешательством, в качестве контроля использовали доноров, клинически здоровых.

Больные с одиночным эхинококком выявлены случайно при проведении массовых обследований (ранняя диагностика). Количество сферул пециломикосов было $6,97 \pm 2,10$ тыс. в 1 мкл крови, разница с контролем оказалась статистически недостоверной.

С множественными эхинококками пече-

Таблица 3

Фагоцитарная активность нейтрофилов у больных эхинококкозом в зависимости от методов операции и примененных препаратов

Группа	Метод операции и препараты	n	Время	Фагоцитоз, %
1	Инвагинация фиброзной капсулы	17	до операции	41,15 ± 4,73 ^x
			после операции	43,19 ± 4,28 ^x
2	Разработанный метод	18	до операции	42,24 ± 5,17 ^x
			после операции	48,12 ± 3,84 ^x
3	Инвагинация фиброкапсулы + тактивин	19	до операции	39,24 ± 4,12 ^x
			после операции	49,15 ± 6,14 ^x
4	Разработанный метод + тактивин	23	до операции	38,16 ± 4,18 ^x
			после операции	59,27 ± 4,27 ^x
5	Инвагинация фиброзной капсулы + средство народной медицины	25	до операции	40,32 ± 4,27 ^x
			после операции	48,97 ± 4,63 ^x
6	Разработанный метод + средство народной медицины	27	до операции	37,64 ± 3,87 ^x
			после операции	69,27 ± 6,12 ^x
7	Инвагинация фиброзной капсулы + гомеопатические препараты	23	до операции	38,16 ± 4,81 ^x
			после операции	47,26 ± 5,61 ^x
8	Разработанный метод + гомеопатические препараты	22	до операции	38,15 ± 4,82 ^x
			после операции	65,27 ± 7,15 ^x
9	Контрольная	19		61,23 ± 5,15 ^x

Примечание: x – разница статистически достоверна ($P < 0,05$), результаты исследования после операции через год

ни (ранняя диагностика) было 12 больных и количество сферул пециломицесов статистически достоверно отличалось от контрольной группы. Паразитологическое исследование материала после операции показало, что больные, прооперированные на ранней стадии заболевания оказались носителями модификации *Echinococcus veterinorum* и *E. acerphalocysticus*.

При одиночном нагноившемся эхинококкозе печени у больных, прооперированных в горбольнице Самарканда, количество сферул пециломицесов возросло более чем в 3 раза, по сравнению со здоровыми. Еще выше этот показатель оказался при эхинококкозе печени, осложненном цистобилиарным свищем, когда количество сферул пециломицесов оказалось 21,64 ± 3,31 тыс. в 1 мкл крови, что почти в 5 раз выше по сравнению с нормой (за норму приняли показатели контрольной группы).

Из эхинококков, паразитировавших у людей, нами впервые выделены грибы рода *Raecilomyces* и установлена их видовая принадлежность, введено понятие эхинококкоз, осложненный пециломикозом.

Количественный показатель сферул гриба пециломицесов зависит от интенсивности эхинококковой инвазии, осложненности основного заболевания, а также от морфологической модификации эхинококков. Наибольшее количество сферул гриба пециломицесов в крови больных оказывается при паразитировании модификации *E.hominis*. Также высокое количество сферул гриба пециломицесов выявлялось в крови больных с гигантскими эхинококками.

На основании результатов наших исследований мы предлагаем выделить четыре стадии пециломикоза. Первая стадия – количество грибов от 6,5 до 8 тыс. в 1 мкл крови, вторая – от 8,5 до 10,0 тыс., третья – от 10,5 до 14,5 тыс. в 1 мкл крови, четвертая – свыше 15,0 тыс. сферул в 1 мкл крови.

При осложнении эхинококкоза пециломико-

зом третьей и четвертой стадии, которые являются очень легко, предлагаем до операции и после операции использовать проверенные нами препараты: низорал, флуконазол, дифлюкан, орунгал, микосист, текназол, гомеопатические препараты. Достаточно использовать один фунгицид. При изучении эти фунгициды не проявили токсичности, побочного эффекта, но оказались высокоэффективными. Самый хороший результат получен при применении гомеопатических препаратов в патогенетической терапии эхинококкоза печени, осложненного пециломикозом и ХОБЛ.

Нами изучено состояние здоровья 76 взрослых больных эхинококкозом печени, осложненным пециломикозом и ХОБЛ. Контролем служили 15 клинически здоровых лиц. У больных эхинококкозом печени, осложненным пециломикозом и ХОБЛ, в сыворотке крови статистически достоверно ($P < 0,01$) уменьшилось количество лейцина, фенилаланина, триптофана, метионина, валина, тирозина, пролина, лизина, цистина, но увеличилось количество аланина, треонина, аспарагиновой кислоты, гистидина, аспарагина достоверно ($P < 0,01$). У больных этой группы повысилась экскреция с мочой количества лейцина, фенилаланина, триптофана, метионина, валина, тирозина, лизина, цистина ($P < 0,01$) уменьшилась экскреция с мочой количества аланина, треонина, глутаминовой кислоты, аспарагино-

вой кислоты, аспарагина ($P < 0,01$). Вторичный иммунодефицит у обследованных больных характеризовался статистически достоверным уменьшением в крови СД 3+, СД 4+, СД 8+, СД 16+, СД 21+, фагоцитоза и понижением его количественных показателей, увеличением количества иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов. В биохимических показателях крови также были существенные отклонения от группы клинически здоровых лиц.

Предварительно в эксперименте на белых мышках и крысах, зараженных пециломикозом от больного, страдавшего эхинококкозом печени, осложненным пециломикозом и ХОБЛ, нами проверено действие гомеопатического препарата *Juglans regia C6*, получаемого из растительного сырья грецкого ореха, с использованием регламентированных методов [27]. Биологическая активность сырья грецкого ореха подтверждена патентом [16]. В экспериментах нами доказано противопециломикозное и противогельминтозное действие данного гомеопатического препарата.

Из 76 взрослых больных эхинококкозом печени, осложненным пециломикозом и ХОБЛ, 14 больных не принимали фунгицидов (непереносимость фунгицидов) и любой новый препарат их пугает. 15 больных пролечены дифлюканом, который применялся в течение месяца, дозировка согласно инструкции. В этой группе получен умеренный терапевтический эффект – снижение пециломикоссов в крови больных на 50 %. Остальные 47 больных пролечены гомеопатическим препаратом *Juglans regia C6*, купленным в аптеках города Москвы, проводилась динамизация по С.А. Никитину [18].

В течение всего лечения больные находились на разработанной нами диете. Введена полноценная белковая диета: говядина чередовалась с рыбой и курятиной, ежедневно зелень, помидоры, свежая квашенная капуста, из фруктов: кисло-сладкие яблоки, груши, слива, смородина, малина (не больше 300 г в сутки), хлеб ржаной, типа бородинского. Употребление кофе, чая исключено. Ежедневно больные получали по 0,5 л мечниковской простокваши. Вследствие проведенного лечения у больных нормализовался аминокислотный обмен, а иммунный статус проявил тенденцию к нормализации. У всех больных, пролеченных гомеопатическим препаратом *Juglans regia C6*, нормализовалось содержание сферул грибов пециломикоссов и не отличалось их содержание в крови клинически здоровых лиц.

Из 76 взрослых больных эхинококкозом печени, осложненным пециломикозом и ХОБЛ, 29 больным эхинококкозом пролечен препаратом сравнения албендазолом. По методике ВОЗ определена эффективность: у 11 больных (37,99 %) – хороший результат, у 12 – удовлетворительный (41,34 %), у 6 – неудовлетворительный (20,67 %).

47 взрослых больных эхинококкозом печени, осложненным пециломикозом и ХОБЛ, пролечены гомеопатическим препаратом *Juglans regia C6*. Эффективность: у 26 больных – хороший результат (55,32 %), у 14 – удовлетворительный (29,79 %), у 7 – неудовлетворительный (14,09 %).

При обострении ХОБЛ мы использовали рекомендации авторов [18, 29], но обязательно к основному гомеопатическому препарату дополнительно использовали десятки гомеопатических препаратов по клиническим показаниям, лечили по принципу кругов, приводимых в монографии Л.Д. Френкеля [28], но обязательно во всех случаях с включением препарата *Juglans regia C6*. Приведем пример. М.В. Чубаров, А.В. Тимофеева [29] при ХОБЛ, сопровождающейся катаральным воспалением органов грудной клетки с болями в груди, чувством сильной слабости в груди, колющей болью, спастическим кашлем с вязким слизистым отделяемым, хроническим сухим кашлем, связанным с сухостью слизистых оболочек верхних дыхательных путей, предлагают алюмину. Мы в подобном случае использовали алюмину, как базовый препарат, и одновременно белладонну, арнику, фитолакку, югланс регия. Отмеченные препараты совместимы.

В тех случаях, когда у больных ХОБЛ возникали простудные заболевания, сопровождающиеся высокой температурой, мы применяли одновременно до 15 и более гомеопатических препаратов. Мы убедились, что больных ХОБЛ можно уберечь от простудных заболеваний, применяя гомеопатию [3, 6, 11, 13–15, 18, 28]. Нами использовались следующие гомеопатические препараты: *Artemisia abrotanum*, *Adonis vernalis*, *Aconitum napellus*, *Allium sativum*, *Aluminium oxydatum*, *Ambra grisea*, *Ammonium aceticum*, *Ammonium carbonicum*, *Antimonium tartaricum*, *Apocynum androsaemifolium*, *Apocynum cannabinum*, *Aralia racemosa*, *Argentum nitricum*, *Arnica montana*, *Arsenicum album*, *Arum maculatum*, *Arum tri- fillum*, *Arundo mauritania*, *Acidum benzoicum*, *Acidum nitricum*, *Atropa belladonna*, *Berberis vulgaris*, *Borax veneta*, *Bryonia alba*, *Veratrum*

viride, Vinca minor, Gelsemium sempervirens, Hepar sulphuris, Hyosciamus niger, Grindelia rubusta, Digitalis purpurea, Drosera rotundifolia, Solanum dulcamara, Ipecacuanhae, Kali bichromicum, Kalcarea carbonica, Cannabis indica, Carbo vegetabilis, Lachesis, Ledum palustre, Lycopodium, Lobelia inflata, Millefolium, Juglans regia, Aralia racemosa, Petroleum, Pulsatilla Nigricans, Rhus toxicodendron, Ruta graveolens, Salvia officinalis, Sambucus nigra, Silicea, Spongia tosta, Sulphur, Thuja occidentalis, Latrodectus mactans, Zingiber officinale, Clematis erecta, Aesculus hippocastanum, Viscum album.

Правильное сочетание совместимых перечисленных препаратов обеспечило больным ХОБЛ жизнь без простуды. Очень осторожно надо относиться к сочетаниям препаратов, например несовместимы *Atropa belladonna* и *Hyosciamus niger*, *Arum maculatum* и *Arnica Montana*. Эта несовместимость приводится в литературе [3, 6, 11, 13–15, 18, 28].

После выздоровления больных от пециломикоза и снятия обострения ХОБЛ, больных с удовлетворительными и неудовлетворительными показаниями химиотерапии и гомеопатии успешно прооперировали новыми способами, разработанными А.М. Шамсиевым и В.К. Гостищевым [5, 30], которые удостоены патентов на изобретение Российской Федерации и Республики Узбекистан.

Химиотерапия эхинококкоза у детей изучена недостаточно. За последние годы в доступной нам литературе мы выявили всего лишь три иностранных источника по консервативному лечению эхинококкоза печени детей препаратами албендазол и флубендазол. Использование гомеопатического препарата для лечения эхинококкоза печени детей, осложненного пециломикозом, приводится нами впервые. С помощью реакции сколексопреципитации (РСКП), антигенсвязывания лимфоцитов (АСЛ), УЗИ, современной лучевой диагностики и исследования крови больных на содержание сферул пециломикосов выявлено 75 детей в возрасте от 7 до 15 лет больных эхинококкозом печени, осложненным пециломикозом. На основании комплексных исследований у детей установлен анемический синдром, нарушение белково-аминокислотного обмена, иммунного статуса и функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

28 детей, больных эхинококкозом печени, осложненным пециломикозом, пролечены препаратом сравнения албендазолом в течение 30

дней в дозе 10 мг/кг. 47 детей больных эхинококкозом печени, осложненным пециломикозом, пролечены гомеопатическим препаратом *Juglans regia* С6 в течение 30 дней. Четыре крупинки препарата *Juglans regia* С6 растворялись в 100 мл кипяченой охлажденной до комнатной температуры воды в пластмассовой бутылке, которая закрывалась полиэтиленовой крышкой, проводилась динамизация по С.А. Никитину [18], вращением 50 раз вправо, 50 раз влево. Препарат готовился каждый день и в этот же день использовался. После 10 встряхиваний за 20–30 мин. до завтрака делался один большой глоток. Приблизительно через 2 часа после завтрака также делался второй глоток; третий глоток – за 20–30 мин. до обеда, четвертый – через 2 часа после обеда, пятый – за 20–30 мин. до ужина, шестой – за 20–30 мин. перед сном. Весь курс лечения гомеопатическим препаратом продолжался в течение 30 дней. Побочного действия препарата не отмечалось. Напротив, у детей, леченных албендазолом, в некоторых случаях отмечалась тошнота и рвота.

По методике ВОЗ оценивались результаты лечения эхинококкоза препаратами. При лечении албендазолом хороший результат получен у 6 (21,4 %) больных детей, удовлетворительный результат – у 8 (28,6 %), неудовлетворительный – у 14 (50 %) детей. У 28 детей, леченных албендазолом, количество сферул гриба превысило норму в три раза. Анемический синдром сохранился, нарушенный белково-аминокислотный обмен и иммунный статус не изменились.

Из 47 детей, больных эхинококкозом печени, осложненным пециломикозом, пролеченных гомеопатическим препаратом *Juglans regia* С6, в отношении лечения эхинококкоза хороший результат получен у 14 (29,7 %), удовлетворительный – у 25 (53,1 %), неудовлетворительный – у 8 (17,2 %) детей. У всех детей, пролеченных гомеопатическим препаратом *Juglans regia* С6, количество сферул пециломикосов ниже 6 тыс. в 1 мкл крови, и содержание гемоглобина в крови не отличается от его содержания в крови клинически здоровых детей. Произошла нормализация белково-аминокислотного обмена и тенденция к нормализации иммунного статуса. Все больные были успешно прооперированы, при хорошем результате ларвоцисты были погибшими. Рекомендуем для лечения эхинококкоза печени, осложненного пециломикозом, у детей применять гомеопатический препарат *Juglans regia*.

ВЫВОДЫ

1. Эхинококкоз печени, осложненный пециломикозом и ХОБЛ, у взрослых сопровождается стойким вторичным иммунодефицитом, так как больные обращаются за помощью с запозданием. Эффективность иммунокоррекции при эхинококкозе зависит от метода оперативного вмешательства. С использованием эффективных иммуномодуляторов и гомеопатических препаратов возможна иммунореставляция взрослых больных эхинококкозом через год после операции.

2. У взрослых больных эхинококкозом печени, осложненным пециломикозом и ХОБЛ, произошло нарушение аминокислотного обмена. В сыворотке крови статистически достоверно ($P < 0,01$) уменьшилось количество лейцина, фенилаланина, триптофана, метионина, валина, тирозина, пролина, лизина, цистина, но увеличилось количество аланина, треонина, аспарагиновой кислоты, гистидина, аспарагина. У больных этой группы повысилась экскреция с мочой количества лейцина, фенилаланина, триптофана, метионина, валина, тирозина, лизина, цистина ($P < 0,01$), уменьшилась экскреция с мочой количества аланина, треонина, глутаминовой кислоты, аспарагиновой кислоты, аспарагина ($P < 0,01$).

3. У взрослых больных эхинококкозом печени, осложненным пециломикозом и ХОБЛ, произошло нарушение иммунного статуса. Вторичный иммунодефицит у обследованных больных характеризовался статистическим достоверным уменьшением в крови СД 3+, СД 4+, СД 8+, СД 16+, СД 21+, фагоцитоза и понижением его количественных показателей, увеличением количества иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов. В биохимических показателях крови также были существенные отклонения от группы клинически здоровых лиц.

4. Из 76 взрослых больных эхинококкозом печени, осложненным пециломикозом и ХОБЛ, 29 больных против эхинококкоза пролечены препаратом сравнения албендазолом. По методике ВОЗ определена эффективность: у 11 больных (37,99 %) – хороший результат, у 12 (41,34 %) – удовлетворительный, у 6 (20,67 %) – неудовлетворительный. 47 взрослых больных эхинококкозом печени, осложненным пециломикозом и ХОБЛ, пролечены гомеопатическим препаратом *Juglans regia* С6. Эффективность: у 26 больных (55,32 %) – хороший резуль-

тат, у 14 (29,79 %) – удовлетворительный, у 7 (14,09 %) – неудовлетворительный.

5. При обострении ХОБЛ мы использовали рекомендации гомеопатов, но монопрепарат не применяли. Обязательно к базовому гомеопатическому препарату дополнительно использовали десятки гомеопатических препаратов по клиническим показаниям, лечили по принципу кругов, приводимых в литературе, но обязательно во всех случаях с включением *Juglans regia* С6.

6. При лечении албендазолом эхинококкоза у детей хороший результат получен у 6 (21,4 %) больных, удовлетворительный результат – у 8 (28,6 %), неудовлетворительный – у 14 (50 %) детей. При лечении гомеопатическим препаратом *Juglans regia* С6, в отношении лечения эхинококкоза хороший результат получен у 14 (29,7 %), удовлетворительный – у 25 (53,1 %), неудовлетворительный – у 8 (17,2 %) детей. У всех детей, пролеченных гомеопатическим препаратом *Juglans regia* С6, количество сферул пециломицесов ниже 6 тыс. в 1 мкл крови, и содержание гемоглобина в крови не отличается от содержания в крови клинически здоровых детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахунув В.М. Особенности клинико-лабораторной диагностики бронхиальной астмы при пециломикозе и возможности этиотропной терапии // Автореф. диссер. канд.мед.наук. – М., 2013. – 26 с.
2. Ашуров А. А. Лучевая диагностика морфофункциональных изменений в легких при пециломикозе в условиях дефицита йода // Автореф. диссер. докт. мед. наук. – Ташкент, 2012. – 47 с.
3. Витулкас Джордж. Гомеопатия – медицина нового человека. – М., 1992. – 221 с.
4. Ганизода Х.Г., Чебышев Н.В., А.В. Стреляева, Садыков В.М. Свободные аминокислоты при алкогольных и паразитарных поражениях печени. – М., 1999. – 420 с.
5. Гостищев В.К., Стреляева А.В., Чебышев Н.В. и др. Способ коррекции остаточной полости при эхинококкэктомии печени у взрослых // Патент РФ № 2177743. – Бюл. 2001. – № 17.
6. Гранникова Т.А. Краткое руководство по гомеопатии. – Л., 1956. – 256 с.
7. Зорихина В.И., Баллад Н.Е. Серологические методы диагностики эхинококкозов // Эхинококкозы. – М., 1990. – С. 49–62.
8. Исламбеков Э.С. Хирургия эхинококкоза легких (новые методы и пути улучшения лечения) // Автореф. дисс. ... д-ра мед.наук. – М., 1992. – 37 с.
9. Каримов Ш.И. Проблема эхинококкоза в Узбекистане – достижения и перспективы // Международный симпозиум. Хирургия эхинококкоза. (Хива) 1–6, 1994.
10. Кашницкий, С. Охаянный пророк дал людям

лекарство от ста недугов // Охрана труда и социальное страхование. – 1990. – №8. – С. 24–26.

11. Келер Г. Гомеопатия. – М., 1989. – 591 с.

12. Коваленко Ф.П., Расулов С.М., Абдримов Е.Г. и др. Способ лечения эхинококкоза // Изобретение. – 1993. Патент – № 1796183. – 10 с.

13. Крылов А.А., Песонина С.П., Крылова Г.С. Гомеопатия для врачей общей практики. – СПб., 1997. – 402 с.

14. Култер К. Портреты гомеопатических препаратов. – М., 1995. – 1. – 502 с.

15. Култер К. Портреты гомеопатических лекарств. – М., 1996. – 2. – 270 с.

16. Маленков А.Г., Дейнеко П.С., Колотыгина И.М. [и др.] Способ получения биологически активного препарата «Тодикамп» // Патент РФ № 2033803. – Открытия. – 1995. – Бюл. 12. – 8 с.

17. Матчанов Н.М., Сагиева А.Т., Садыков В.М. Ларвальные тениидозы человека и каракульских овец. – Ташкент: Медицина, 1977. – 510 с.

18. Никитин С.А. Жизнь без простуды. – М., 2010. – 32 с.

19. Пасхина Т.С. Количественное определение аминокислот при помощи хроматографии на бумаге методом образования медных производных аминокислот с нингидрином // Методические письма. – М., 1959. – Т. 1. – С.3–26.

20. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничин П.Г. Хирургия эхинококкоза. – М.: Медицина, 1985. – 216 с.

21. Пинегин Б.В., Андропова Т.М., Юдина Т.И. Иммунодиагностика и иммунотерапия хирургических инфекций // Int. J. Immunorehabilitation. – 1998. – №10. – С.186–199.

22. Пулатов А.Т. Хирургия эхинококкоза у детей. – Л., 1983. – 124 с.

23. Подопригора Г.И., Старкова Т.В. Метод иммунологического мониторинга при массовых эпидемиологических обследованиях населения в очагах эхинококкозов // Эхинококкозы. – М., 1990. – С.62–71.

24. Садыков В.М. Эхинококкоз и борьба с ним. – М., 1973. – 416 с.

25. Стреляева А.В., Гаспарян Э.Р., Зуев С.С. Токсическая кардиопатия и миокардиты пециломикозной и иной этиологии у детей // Российский кардиологический журнал. – 2010. – №3. – С.46–52.

26. Стреляева А.В., Гаспарян Э.Р., Зуев С.С. [и др.] Пециломикозные атипичные миокардиты у детей и особенности их лечения // Российский кардиологический журнал. – 2011. – №5. – С.58–63.

27. Фармакопейные статьи по гомеопатии / Сборник статей под редакцией члена корреспондента РАМН, профессора Р.У. Хабриева. – М., 2005. – 80 с.

28. Френкель Л.Д. Гомеопатическое лекарствоведение. – Харьков, 1993. – 580 с.

29. Чубаров М.В., Тимофеева А.В. Дифференцированный подход в гомеопатической терапии хронической обструктивной болезни легких / Гомеопатический ежегодник. – М., 2014. – С.89–94.

30. Шамсиев А.М., Гариб Ф.Ю., Мелиева М.С. [и др.] Способ хирургического лечения эхинококкоза печени у детей // Патент на изобретение № 3322, выданный Государственным патентным ведомством Республики Узбекистан. – 1995. – 5 с.

31. Шамсиев А.М., Стреляева А.В., Расулов С.М. Применение реакции антигенсвязывания лимфоцитов (АСЛ) для диагностики эхинококкоза // Проблемы эхинококкоза. – Махачкала, 2000. – С.137–138.

32. Boyano T., Moldenhayer F., Mira J. [et al.] Systemic anaphylaxis due to hepatic hydatid disease // J-Investing-Allergol-Clin-Immunol. – 1994. – №7. – P.158–159.

33. Cheng J.W., Wang Y.B., LHe [et al.] Optimization of fermentation process for the production of intracellular polysaccharide from Paecilomyces cicadae and the immuno-stimulating activity of intracellular polysaccharide // World J Microbiol Biotechnol. – 2012. – N12. – P.1112–1140.

34. Das A., E.F.MacLaughlin, Ross L.A., Monforte H.L. [et al.] Paecilomyces variotii in a pediatric patient with lung transplantation // Pediatr. Transplantant. – 2000. – Vol. 4. – № 4. – P.328–332.

35. Donovan S.M., Mickiewicz N. Imported echinococcosis in southern California // American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. – 1995. – №6. – P.53–59.

36. Fan G., Katrolia P., Jia H. High-level expression of a xylanase gene from the thermophilic fungus Paecilomyces thermophila in Pichia pastoris // Biotechnol Lett. – 2012. – N. 34. – P.93–95.

37. Hashimoto H., Araki I., Sato T. [et al.] Clinical study on total Intravenous anesthesia with droperidol, fentanyl and ketamine-12. Effects on plasma complement and immunoglobulin concentration // Masui 40. – 1991. – P.1838–1842.

38. Jondal G., Holm G., Wigrell N. [et al.] Surface markers on human T- and B-lymphocytes // J. exp. Med. – 1972. – №5. – P.207–215.

39. Mancini G., Carbonara A.O., Heremans J.F. Immunological quantitation of antigens by single radial immunodiffusion // Immunochemistry. №2: 235–254, 1965.

40. Monden Y., Sugita M., Yamakawa R. [et al.] Clinical experience treating Paecilomyceslilacinus keratitis in four patients. – 2012. – N6. – P.949–953.

41. Palmer S.N., Biffen A.H. et al. Control of hydatid disease in Wales // British Medical Journal. – №3: 302–312, 1996.

42. Paul N.C., Deng J.X., Lee J.H., Yu SH. New Records of Endophytic Paecilomyces inflatus and Bionectria ochroleuca from Chili Pepper Plants in Korea // Mycobiology. – 2013. – N41. – P.18–24.

43. Roge H.N., Christou N.V., Bubenick O. et al. Lymphocyte function in anergic patients. Clin. Exp. Immunol. – №47: 151–161, 1982.

44. Saegeman V.S., Dupont L.J., Verleden G.M., Lagrou K. Paecilomyces lilacinus and alternaria infectoria cutaneous infections in a sarcoidosis patient after double-lung transplantation. Acta Clin Belg. – 2012. – N67. – P.219–221.

45. Vermesse G., Camus D., Wattré P. et al. Modification immunitaires Dabs les suitesoperatoires immediates // Nouv. Presse Med. №7: 529–532, 1978.

Адрес автора

Д.ф.н. Стреляева А.В., профессор кафедры фармакогнозии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

docstrelaeva@mail.ru