

Индивидуальная гомеопатическая терапия при лечении случая ожирения, дисфункционального маточного кровотечения и вегетативной дистонии

[Tamara G. Denisova](#),^{AB,D,1,2} [Liudmila Ivanovna Gerasimova](#),^{AB,C,D,2} [Nadezhda L. Pakhmutova](#),^{AB,C,D,3} [Seema Mahesh](#),^{E,F,4} and [George Vithoulkas](#)^{D,E,5}

[Author information](#) [Article notes](#) [Copyright and License information](#) [Disclaimer](#)

Аннотация

Пациент: женщина, 39 лет

Заключительный диагноз: Вегетососудистая дистония • дисфункциональное маточное кровотечение

Симптомы: Кровотечение через влагалище • потеря сознания • слабость

Лекарственная терапия: —

Клинические процедуры: Пероральный прием лекарства

Раздел медицины: Общая медицина и внутренние болезни

Цель:

Необычное клиническое течение

Вводная информация:

Ожирение является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире и с трудом поддается лечению из-за многофакторных этиологии и проявлений. Индивидуально подобранная гомеопатия учитывает факторы, которые привели к определенному состоянию здоровья пациента и, следовательно, могут играть роль в лечении ожирения и связанных с ним сопутствующих заболеваний; сопутствующие заболевания, которые могут быть вызваны одной и той же этиологией, могут совокупно реагировать на лечение гомеопатией.

Отчет о случае:

39-летняя русская женщина, у которой после сильного эмоционального стресса развились множественные проблемы, лечилась индивидуальной классической гомеопатической терапией. Ожирение, дисфункциональные маточные кровотечения и ВСД – патологии пациентки, которые показали улучшение.

Заключение:

Ответ на лечение в случае данной пациентки подтверждает необходимость дальнейшего изучения актуальности индивидуально подобранной гомеопатии в этих, связанных между собой состояниях.

Ключевые слова MeSH: Ожирение, Первичные ВСД

Теоретическая основа

Лечение ожирения и связанных с ним осложнений в последние годы становится все более серьезной проблемой во всем мире, и оно стало одной из ведущих причин заболеваемости и смертности [1–4]. Ожирение связывают с хроническим вялотекущим воспалением в организме, которое также вызывает различные другие воспалительные состояния, такие как метаболический синдром, депрессию, сердечно-сосудистые заболевания и т. д. Причина ожирения не всегда так проста, как увеличение потребления энергии. Исследования показали, что изменение гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы вследствие эмоционального стресса также может приводить к ожирению [5–7]. В то время как коррекция образа жизни и диеты в значительной степени улучшает ситуацию при некоторых случаях ожирения, а во многих случаях этого недостаточно, особенно когда у пациента есть нарушения органических функций.

Вегетативная дистония (дисавтономия, вегето-сосудистая и вегето-вагусная дистония) редко упоминается в общемедицинской литературе, но ее описание широко распространено в российской медицинской литературе [8–11]. Это состояние включает внезапный сбой вегетативной нервной системы с приступами паники, связанными с расширением сосудов и потерей сознания. Терапевтические подходы отсутствуют и часто предполагают общее улучшение состояния здоровья [9,12]. И хотя это не ясно, этиология этого состояния считается в основном психогенной, и пусть его иногда считают полностью психологической жалобой, влияние на качество жизни огромно и реально [9,12,13]. Интересно, что существует тесная связь между функционированием вегетативной нервной системы и индексом массы тела [14,15], что оказалось релевантно и в отчете о клиническом случае данной пациентки.

Этот клинический случай, насколько нам известно, является первым в своем роде, учитывая специфическую связь с ожирением, гипертонией, гормональным дисбалансом, дисфункциональными маточными кровотечениями и вегетососудистой дистонией, которые лечились гомеопатией. В этом случае действительно есть предвзятость выбора, поскольку пациентка сама выбрала гомеопатию.

Отчет о случае

Пациентка - русская женщина 39 лет, обратилась с жалобами на обильные кровянистые выделения из влагалища в течение 10 дней; обильное вагинальное кровотечение началось после 26-дневной задержки менструального цикла. В целом ее менструальные циклы были очень нерегулярными. Она также испытывала общую слабость, повторяющиеся приступы головокружения и тошноту с обильным потоотделением и потерей сознания - продолжительностью в один год. При поступлении вес 106 кг, артериальное давление 215/126 мм рт.ст. Внешне ее слизистые оболочки были бледными, а щитовидная железа была немного увеличена; принималось во внимание, что она находится в зоне, эндемичной по дефициту йода.

При гинекологическом осмотре тело матки несколько увеличено, болезненно при смещении; появились обильные кровянистые выделения. При УЗИ органов брюшной полости выявлены умеренная жировая инфильтрация печени, умеренное расширение общего желчного протока, умеренное утолщение стенки и неоднородность желчного пузыря, умеренный липоматоз поджелудочной железы; матка умеренно увеличена, яичники мультифолликулярные с увеличением правого яичника, с кистой 25×16 мм; в дугласовом пространстве небольшое количество жидкости.

Анализ крови показали повышенный уровень пролактина, тиреотропного гормона, лютеинизирующего гормона и фолликулостимулирующего гормона. У нее была легкая дислипидемия, но другие биохимические показатели были нормальными (таблица 1). Диагноз больной: дисфункциональные маточные кровотечения с ожирением, артериальная гипертензия, вегето-сосудистая дистония (вегетативная дистония) с симпато-адреналовыми кризами.

Таблица 1.

Показатели здоровья до и после лечения.

Тест	Состояние до начала лечения	Состояние через 12,5 мес. лечения
Фолликулостимулирующий гормон	10.6 mU/mL (normal: up to 9.9 mU/mL)	7.6 mU/mL
Лютеинизирующий гормон	19.6 mU/mL (normal: up to 15 mU/mL)	7.8 mU/mL
T4	75 nmol/L (normal: 55–137 nmol/L)	
Тиреотропный гормон	5.6 mIU/L (normal: 0.4–4.2 mIU/L)	3.4 mIU/L
Антитела к тиреопероксидазе	3.6 U/mL (normal: up to 5.6 U/mL)	
Тестостерон	2.5 ng/mL (normal: 0.45–3.17 ng/mL)	
Прогестерон	3.1 nmol/L (normal: 2.3 nmol/L)	
Эстрадиол	0.43 nmol/L (normal: 2.3 nmol/L)	
Сывороточный пролактин	1167 mIU/L (normal: 450–650 mIU/L)	578 mIU/L
Артериальное давление (в среднем за 24 часа)	215/126 mm Hg	135/93 mm Hg
Сывороточный креатинин	0.86 mg/dL (N – 0.4–1.1 mg/dL)	
Мочевина крови	4.2 mmol/L (N – 2.5–7.1 mmol/L)	
Анализ мочи	Светло-желтый цвет; Удельный вес – 1,014 g/L, Реакция (pH) кислая; Белок – нет; Глюкоза – нет; Желчные пигменты – отсутств.;; Кетоновые тела отсутств.;; Гемоглобин отсутствует.	
Микроскопия мочи	2–4 лейкоцита в п/зр Эритроциты – 1–3 в п/зр Клетки эпителия – 3–4 в п/зр Цилиндры – 0 в п/зр	
Функция печени	АЛТ – 0.43 mmol/L (N – 0.1–0.68 mmol/L); АСТ – 0.27 mmol/L (N – 0, 1–0.45 mmol/L); SCHF – 2.1 mmol/L (N1–3 mmol/L); Гамма-ГТ – 2.4 mmol/L (N-0.6–3.96 mmol/L); Общий билирубин – 16.3 (N-	

Тест	Состояние до начала лечения	Состояние через 12,5 мес. лечения
	8.6–20.5 mmol); Общий белок – 72.8 hl (N- 65–85 hl); Альбумины – 47.2 hl (N-40–50 hl); Глобулины – 26.4 hl (N20–30 hl).	
Липидный профиль	Общий холестерин – 6. 81 mmol/L (N – 3.10–5.16 mmol/L) ЛПВП – 1.24 mmol/L (N 1.0–2.07 mmol/L) ЛПНП – 4.28 mmol/L (N 1.71–3.40 mmol/L) ЛОНП – 1.29 mmol/L (N 0.26–1.04 mmol/L) Триглицериды – 1.34 mmol/L (N 0.45–1.60 mmol/L) Коэффициент атерогенности – 4.5 (N 1.5–3)	Общий холестерин – 4.73 mmol/L ЛПВП – 1.67 mmol/L ЛПНП – 3.18 mmol/L ЛОНП – 0.56 mmol/L Триглицериды – 1.13 mmol/L Коэффициент атерогенности – 1.8
Гемоглобин	86.4 g/L (N 120–140 g/L)	126.7 g/L
УЗИ органов малого таза	Матка умеренно увеличена, яичники мультифолликулярные с увеличением правого яичника с кистой 25×16 мм; небольшое количество жидкости в дугласовом кармане.	В малом тазу явной патологии нет; эндометрий соответствует фазе менструального цикла.
Масса тела	106 kg	82 kg

[Открыть в отдельном окне](#)

Анамнез показал, что в 2008 году у нее развился гормональный дисбаланс (повышение уровня эстрогена, фолликулостимулирующего гормона и пролактина); ей также удалили полип эндометрия. В 2009 году у нее развилось увеличение щитовидной железы. В 2011 г. - желчнокаменная болезнь, в 2012 г. – мочекаменная болезнь. В 2013 году она родила второго ребенка; у нее появились изменения артериального давления, боли в груди, эпизоды учащения сердцебиения и потери сознания. Первая менструация была в возрасте 11 лет, вначале обильная, продолжительностью 5-6 дней. У нее было 2 родов, аборт не было. Характер ее менструаций изменился после первых родов; они стали нерегулярными и обильными, продолжительностью по 7-8 дней. Масса тела 68 кг, за беременности набрала 28 кг, весила 106 кг, набранный вес не сбросила. Ее последнее гинекологическое обследование, которое было проведено за несколько месяцев до настоящего обследования, не выявило никакой патологии. УЗИ органов малого таза на тот момент патологии не выявило.

Мать пациентки умерла от рака желудка; в семейном анамнезе также были рак предстательной железы и заболевания щитовидной железы. Начало ухудшения своего здоровья пациентка связывала со смертью матери в 2007 г. Она сообщила, что очень скучает по матери; она была очень к ней привязана, ей сняты сны о матери. Ее первые сообщения о гормональных изменениях появились в 2008 году, и с тех пор ее здоровье ухудшилось. В 2013 году она родила второго ребенка, и в конце периода лактации у нее начались нерегулярные и обильные менструации.

В итоге, пациентка проконсультировалась у эндокринолога и невролога. Для остановки кровотечения планировались такие мероприятия, как выскабливание полости матки, назначение утеротонических препаратов, антибактериальная терапия. Она также запланировала начать программу по снижению веса. Однако, невролог попросил ее обратиться к профессиональному гомеопату, чтобы узнать, есть ли альтернативное решение.

Пациентка обратилась за консультацией к гомеопату 10 октября 2016 г. Она не принимала никаких других лекарств и продолжала ту же диету и режим, что и раньше. Принимая во внимание ее текущее состояние, а также длительное горе, которое пациентка испытывала в связи со смертью матери, что, вероятно, привело к осложнению ее состояния здоровья, был выбран гомеопатический препарат *Natrum muriaticum* 15C. Последующее наблюдение и последующие назначения показаны в Таблице 2.

Таблица 2.

Ведение и отслеживание случая.

Дата	Симптомы	Назначение
10/10/2016	Обильные вагинальные кровотечения; нерегулярные менструальные циклы; увеличение массы тела при длительном кровотечении; высокое артериальное давление с колебаниями; эпизоды внезапного начала обильного потоотделения и потери сознания; общая слабость и головокружение; эпизоды учащенного сердцебиения; рассеянность, неспособность сосредоточиться в период перед менструацией; горе по поводу смерти матери 9 лет назад, от которого еще не оправилась.	<i>Natrum muriaticum</i> 15C одна доза, принимать через день. Позже повышалась до 21C и 30C по мере необходимости
19/12/2016	Настроение пациентки стало лучше. Симптомы предменструального синдрома улучшились. Возникли фурункулы с гнойными выделениями на лбу и правом бедре, которые исчезли самостоятельно. Сон лучше.	<i>Natrum muriaticum</i> 60C
27/03/2017	Пациентка испытала стресс на работе, вызвавший повышение артериального давления и истощение, но смогла справиться с этим без каких-либо лекарств. Изменились показания к назначению гомеопатического средства.	<i>Ignatia</i> 200C
30/10/2017	Пациентка чувствует себя лучше на всех уровнях: ментальном, эмоциональном и физическом. Артериальное давление в норме, менструации регулярные, безболезненные. Отсутствует ПМС. Сон освежающий и хороший. Нет головокружений, потери сознания или учащения сердцебиения; нет обильного потоотделения. Масса тела 82 кг.	Без назначения

[Открыть в отдельном окне](#)

Последнее отслеживание было на консультации 30 октября 2017 г., то есть спустя 12,5 месяцев после начала приема гомеопатического препарата, и пациентка сообщила, что ее качество жизни значительно улучшилось, а ее менструальные циклы стали регулярными. Симпато-адреналовые кризы прошли через 5 месяцев от начала лечения; на последней консультации она весила 82 кг. Уровень пролактина вернулся к норме, и ультразвуковое исследование малого таза также было нормальным (Таблица 1).

Обсуждение

Было высказано предположение, что иммунная система пациента играет важную роль в возникновении и поддержании ожирения и его осложнений [2]. Это означает, что если произойдут глубокие и стойкие изменения к лучшему, то терапия должна способствовать не только снижению веса, но и изменению иммунного статуса пациента на более здоровый. Это можно рассматривать как изменения сопутствующих жалоб.

Классическая гомеопатия принимает во внимание иммунный облик и историю болезни индивида, а также наследственные тенденции, чтобы определить стресс, который запустил хроническое воспалительное состояние. Принимая это во внимание, терапевтический подход осуществляется индивидуально под конкретного человека, и результатом является разрешение воспалительного состояния собственной иммунной системой человека [16,17], что рассматривается как общее улучшение состояния пациента, а не только одного из патологических состояний. Такое общее улучшение сопутствующих заболеваний наряду с улучшением основной тяжелой патологии при применении классической гомеопатической терапии было зафиксировано и ранее [18–21]. Об этом свидетельствует и данный случай. Механизм действия биологически активных потенцированных средств точно не известен. Но уже существуют некоторые гипотезы, про которые можно прочитать в книге «Наука гомеопатии» [22].

В нашем случае дисфункция вегетативной нервной системы, по-видимому, была главной причиной всех страданий пациентки. Тяжелый стресс, пережитый пациенткой, по-видимому, нарушил симпат-вагальный баланс, что привело к ожирению, гормональному дисбалансу, артериальной гипертензии и вегето-сосудистой дистонии. Первоначальное нарушение здоровья нашей пациентки было вызвано ее тяжелым горем. Были выбраны средства, которые, как известно, помогают восстановить баланс в состояниях, возникающих в результате горя и тяжелой утраты [23]. Конкретный путь развития патологии и появления симптомов в ответ на глубоко укоренившееся горе был зарегистрирован в ходе испытаний этих конкретных средств, и они действуют в случаях людей, страдающих от очень длительной депрессии и сопутствующих ей заболеваний [24]. Терапия путем повторения низких потенций, таких как 15С, должна проводиться в течение длительного периода времени, чтобы увидеть положительные изменения, как это было видно и в данном случае, когда реакция вегетативной дисфункции пациентки шла в течение 5 месяцев после начала лечения, и гормональное состояние пациентки улучшилось. Вес пациентки снизился со 106 кг до 82 кг, а липидный профиль улучшился даже при отсутствии специальной диеты или режима (Таблица 1), а ее менструации стали регулярными.

Возникает вопрос относительно механизма действия применяемого средства, и доказательства недостаточно сильны, чтобы однозначно подтвердить результаты этого гомеопатического средства. Однако, такое общее улучшение от терапии, особенно без изменений каких-либо других параметров, которые могли вызвать улучшения, обнадеживает и предполагает необходимость дальнейшего изучения того, является ли этот случай исключением или правилом. Необходимы контролируемые рандомизированные исследования, чтобы установить актуальность применения классической гомеопатии при ожирении и сопутствующих ему заболеваниях, а также при вегетативной дистонии.

Заключение

Данный случай женщины с дисфункциональными маточными кровотечениями, ожирением и вегето-сосудистой дистонией показал пользу классической гомеопатии. Это показывает необходимость проведения дальнейшей оценки посредством проведения более крупных исследований для понимания, могут ли какие-либо или все эти диагнозы по отдельности или в совокупности поддаваться классической гомеопатической терапии.

[Перейти на сайт со статьей:](#)

Список литературы:

1. O'Neill S, O'Driscoll L. Metabolic syndrome: A closer look at the growing epidemic and its associated pathologies. *Obes Rev.* 2014;16(1):1–12. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Saltiel A, Olefsky J. Inflammatory mechanisms linking obesity and metabolic disease. *J Clin Invest.* 2017;127(1):1–4. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

3. Rethorst C, Bernstein I, Trivedi M. Inflammation, obesity, and metabolic syndrome in depression: analysis of the 2009–2010 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *J Clin Psychiatry*. 2014:e1428–32. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
4. Furukawa S, Fujita T, Shimabukuro M, et al. Increased oxidative stress in obesity and its impact on metabolic syndrome. *J Clin Invest*. 2004;114(12):1752–61. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Babic R, Maslov B, Babic D, Vasilij I. The prevalence of metabolic syndrome in patient with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Danub*. 2013;25(Suppl. 1):45–50. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Bjorntorp P. Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obes Rev*. 2001;2(2):73–86. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Vancampfort D, Correll C, Wampers M, et al. Metabolic syndrome and metabolic abnormalities in patients with major depressive disorder: A meta-analysis of prevalences and moderating variables. *Psychol Med*. 2013;44(10):2017–28. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Bulgakov M, Avtandilov A, Milovanova O. The role of prolonged stress and the functional state of the endothelium in the development of autonomic dystonia syndrome. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2017;47(7):791–94. [[Google Scholar](#)]
9. Lobzin V, Poliakova L, Shiman A, Zavodnik A. [Treatment of autonomic vascular dystonia by combined physiotherapy methods] *Vrach Delo*. 1989;3:2–23. [in Russian] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
10. Vein A, Iakhno N, Kulikovski V, Mazhukin V. [Characterization of the status of nonspecific brain systems in cerebral autonomic-vascular crises and neurogenic syncope] *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 1981;81(7):988–94. [in Russian] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
11. Zotov D, Isakov V. The features of hemodynamic support of exercise stress in patients with neurocirculatory dystonia. *Pediatrician (St Petersburg)* 2018;9(1):49–53. [[Google Scholar](#)]
12. Sympathoadrenal crisis: symptoms, treatment. *Medicine*. 2018 Available from: <http://medicine-en.info/neurology/sympathoadrenal-crisis-symptoms-treatment.html>. [[Google Scholar](#)]
13. Isaev D, Efremov K. [Psychogenic factors involved in the formation of vegetovascular dystonia of a hypertonic type in children] *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 1983;83(10):1548–52. [in Russian] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
14. Peterson H, Rothschild M, Weinberg C, et al. Body fat and the activity of the autonomic nervous system. *N Engl J Med*. 1988;318(17):1077–83. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
15. Molfino A, Fiorentini A, Tubani L, et al. Body mass index is related to autonomic nervous system activity as measured by heart rate variability. *Eur J Clin Nutr*. 2009;63(10):1263–65. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
16. Vithoulkas G, Carlino S. The “continuum” of a unified theory of diseases. *Med Sci Monit*. 2010;16(2):SR7–15. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
17. Vithoulkas G. *Levels of health*. Athens: International Academy of Classical Homeopathy; 2017. [[Google Scholar](#)]

18. Mahesh S, Mallappa M, Vithoulikas G. Embryonal carcinoma with immature teratoma: A homeopathic case report. *Complement Med Res.* 2018;25(2):117–21. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
19. Mahesh S, Mallappa M, Vithoulikas G. Gangrene: Five case studies of gangrene, preventing amputation through Homoeopathic therapy. *Indian Journal of Research in Homoeopathy.* 2015;9(2):114. [[Google Scholar](#)]
20. Mahesh S, Mallappa M, Tsintzas D, Vithoulikas G. Homeopathic treatment of vitiligo: A report of fourteen cases. *Am J Case Rep.* 2017;18:1276–83. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
21. Tenzera L, Djindjic B, Mihajlovic-Elez O, et al. Improvements in long standing cardiac pathologies by individualized homeopathic remedies: A case series. *SAGE Open Med Case Rep.* 2018;6 2050313X1879281. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
22. Vithoulikas G, Tiller W. *The science of homeopathy.* Athens: International Academy of Classical Homeopathy; 2009. [[Google Scholar](#)]
23. Oberai P, Balachandran I, Janardhanan Nair K, et al. Homoeopathic management in depressive episodes: A prospective, unicentric, non-comparative, open-label observational study. *Indian Journal of Research in Homoeopathy.* 2013;7(3):116. [[Google Scholar](#)]
24. Kent J. *Lectures on homœopathic materia medica.* New Delhi: Jain Pub Co; 2012. [[Google Scholar](#)]