БИОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

2

Предлагаемые для публикации работы не должны одновременно предоставляться в другие издания или быть ранее опубликованными в других журналах, сборниках или книгах. Работы просим присылать по адресу: 115193, Москва, ул. Южнопортовая, д. 6/28, 2, ЗАО "Арнебия", журнал "Биологическая медицина", или по электронной почте E-mail: marjanovsky@arnebia.ru. Ответственность за содержание материалов несут авторы. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Материалы для публикации отбираются по усмотрению редакции. Присланные работы не рецензируются и не возвращаются. После публикации материалов редакция журнала "Биологическая медицина" получает исключительные права на распространение материалов на различных видах носителей (в том числе и электронных), а также на перевод материалов на другие языки и публикацию этих материалов в России и за рубежом. При перепечатке материалов ссылка на журнал "Биологическая медицина" обязательна.

Последний срок рассмотрения предложенных к публикации работ: 15 ноября – для весеннего номера журнала, 15 мая – для осеннего.

Издательство: Aurelia-Verlag GmbH,
Баден-Баден, Германия
ISSN 0340-8671

Натуропатия - новые методы и новые технологии

Популярность натуропатии как метода лечения постоянно растет в течение последних 20-30 лет. Наиболее впечатляющие темпы роста отмечаются в Европе, где, по данным статистики, тем или иным методом натуропатического лечения хотя бы раз пользовались более 80% населения (в лидерах, как обычно, Германия, Франция, Нидерланды, их догоняют Бельгия и Италия). От 30% до 60% населения лечились гомеопатией (этот показатель существенно различается между странами в зависимости от популярности метода, наличия доступных лекарств и собственных гомеопатических школ), еще больше - использовали фитопрепараты. В эту же категорию входят различные виды рефлексотерапии, физиотерапии и пр.

У такой популярности есть две причины. Во-первых, все большее число людей отдают предпочтение натуропатическим методам лечения по причине их мягкого и, как правило, безопасного действия. Безопасность, конечно же, должна быть поддержана опытом и хорошей подготовкой врачей, а также контролем качества лекарственных средств. И с этой точки зрения Европа показывает всему остальному миру, как надо производить препараты данного класса и как их следует применять.

Вторая причина - растущая популярность методик среди самих врачей. Врачи не могут не замечать большого количества научных исследований, объясняющих как фундаментальные принципы действия гомеопатии, фито- и рефлексотерапии на организм человека и его отдельные системы, так и сравнительных исследований, показывающих сопоставимость натуропатической терапии с обычным, академическим подходом по эффективности применения. Конечно, в этом направлении нужно еще много работать: количество препаратов и методов современной натуропатии велико, и не все из них одинаково изучены.

Еще одно крайне важное обстоятельство - появление новых методик и подходов к терапии. Например, если раньше термин "регуляторная блокада" оставался сугубо умозрительным, то в настоящее время под него подведена иммунологическая база, основанная на особенностях функционирования иммунной системы. Если раньше мы лишь предполагали, каким образом происходит активация защитных механизмов под действием гомеопатических препаратов, то сейчас они известны (во всяком случае, в отношении низких и средних потенций). Да и об особенностях взаимодействия гомеопатических средств в настоящее время нам известно куда больше, чем врачам 100 лет назад.

Сейчас появились комбинированные методы терапии, сочетающие в себе преимущества нескольких натуропатических подходов, которые при правильном применении заведомо дают больший терапевтический эффект. Эти методы "идут нарасхват" среди врачей Запада. Но нужно отметить, что и в России они пользуются спросом. Об этом можно судить хотя бы по количеству проданных книг, посвященных основам гомеосиниатрии и гомеомезотерапии, аутогемотерапии и озонотерапии, невральной и микробиологической терапии. А ведь к арсеналу практикующих врачей добавляются и новые методики, повышающие эффективность лечения, например, хрономедицина и хронобиология. Кстати, в издательстве "Арнебия" впервые на русском языке вышло руководство под этим названием, написанное ведущими немецкими и австрийскими специалистами.

Стоит отметить и новые интересные методы введения лекарственных средств. Например, с помощью Адаппликатора, позволяющего вводить различные типы препаратов мукодермально, минуя печеночный и энтеральный барьер. Данная технология запатентована фирмой "Хеель", и поставки этих простых в обращении устройств в Россию ожидаются в самом скором времени.

В этом номере журнала вас ожидают и другие интересные статьи, посвященные практическому использованию антигомотоксических препаратов и натуропатических методов лечения. Надеемся, они будут полезны вам в вашей повседневной работе.

Напоминаем, что все книги, рекламу которых вы видите в журнале, можно приобрести в ЗАО "Арнебия", написав по адресу:

115193, Москва, ул. Южнопортовая, д. 6/28, стр. 1

Научно-информационный отдел

Или позвонив по телефону: (095) 913-8497

Также информацию о книгах можно найти на веб-сайте издательства

www.arnebia.ru

Редакция журнала "Биологическая медицина"

Международное общество
гомотоксикологии

П/Я 10 02 64, D–76483 Baden-Baden, Germany
Тел. +49 7221 6 32 52

Добавлено

Премия имени Ханса-Хайнриха Реккевега за 2007 год

Для содействия фундаментальным и прикладным клиническим и практическим исследованиям в области антигомотоксической медицины Международное общество гомотоксикологии объявляет о начале приема работ на соискание премии имени Ханса-Хайнриха Реккевега за 2007 год.

Главная премия в размере 10.000,– Евро присуждается за завершенные научные работы с выдающимися результатами для развития антигомотоксической медицины как обычного, так и ветеринарного направления. Экспериментальные работы, выполненные на животных, к участию не допускаются.

Дополнительная премия в размере 5.000,– Евро присуждается за данные или первоначальные результаты, которые могут указывать направление дальнейших исследований в антигомотоксической медицине. Указанная премия расходуется на финансирование дальнейших исследовательских работ.

Желающие могут обратиться за подробными материалами в Международное общество гомотоксикологии (Internationale Gesellschaft für Homotoxikologie e.V., Postfach 10 02 64, 76483 Baden-Baden, Germany, телефон +49 7221 6 32 52).

Последний срок отправки работ – 31 мая 2007 года. Присуждение премии осуществляется согласно условиям конкурса по решению независимого жюри. Правовой путь решения споров исключается.

Д-р Франц-Ансельм Граф фон Ингельхайм
Президент Общества

БИОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

2

Официальный орган Международного общества биологической медицины, Международного общества гомотоксикологии, Общества Гуфеланда по холистической медицине

Содержание

3

Научные исследования

Б. Ван Брандт, Х. Хайне
Регуляторная блокада: определение, значение и терапия
4

Х. Энбергс
Действие препарата Энгистол на продукцию гамма-интерферона Т-лимфоцитами
6

Г. Кинг
Взаимодействие между гомеопатическими средствами
7

А.-М. Беер, А. Якверт, С. Фей, М. Дармер
Попытка стандартизованного подхода к определению конституции
12

К.-Д. Беллер
Мукодермальное использование Адаппликатора - новые фармацевтические технологии
15

У. Веммер
Прививки в детском возрасте
19

У. Веммер
Какие вирусы гриппа действительно опасны для человека?
26

М. Фалькенберг
Анти-эйджинг и профилактика натуропатическими средствами
28

Практический опыт

Г. Дросс
Невральная терапия нарушений артериального кровообращения
30

Л.И. Ильенко, И.Н. Холодова, А.В. Макарова
Возможности гомеопатического метода лечения в реабилитации детей, перенесших внутриутробную гипоксию
34

Т.Г. Симакова, М.М. Пожарицкая, С.К. Солдатов, А.А. Марьяновский, Н.И. Гуляев
Применение гомеопатического препарата Траумель С в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита
40

У. Гребер
Взаимодействия лекарственных препаратов и микронутрицевтиков - воздействие на иммунную систему*
47

В.И. Лещенко
Консервативное лечение гипертрофии глоточной миндалины (гомеопатия + лазеротерапия)
50

Д. Шредер
Спорт, иммунная система и натуропатия
52

Е.Н. Густомесова, В.И. Густомесова
Эффективность комбинированной терапии ревматоидного артрита
55

Случаи из практики

Сотникова Ю. П.
Церебрум композитум Н в комплексной терапии пигментной абиотрофии сетчатки
60

К. Энгельберт
Безопасная альтернатива НПВС
62

Клиническая картина

У. Веммер
Варикоз
63

Б. Ван Брандт, Х. Хайне

Регуляторная блокада: определение, значение и терапия*

Гент, Бельгия; Институт исследований основной регуляции и антигомотоксической медицины, Баден-Баден, Германия

* (Van Brandt B, Heine H. Regulationsstarre: Definition, Bedeutung und Therapie. Biol Med 2000; 29 (1): 39-40)

Содержание

Количество регуляторных блокад увеличивается с каждым годом из-за различных стрессорных нагрузок. Сопровождающее стресс возникновение тканевого ацидоза становится трудно преодолимым барьером для терапии. Устранить данное явление можно при помощи дренажной терапии препаратом Лимфомиозот. Хронические воспалительные реакции при регуляторных блокадах могут быть купированы путем вспомогательной иммунологической реакции, вызываемой препаратами антигомотоксической медицины, например Траумель С.

Введение

На каждое длительное изменение гомеостаза (основной регуляции) система ауторегуляции организма реагирует провоспалительными тревожными и шоковыми реакциями, регулируемыми симпатической нервной системой, и противовоспалительными реакциями, регулируемыми парасимпатической системой. Через 7 дней система ауторегуляции возвращается к своей индивидуальной ритмике (3, 7). При так называемых регуляторных блокадах, обусловленных стрессом и ятрогенными поражениями (по оценкам специалистов, они характерны для 20% населения, 7), особенно рекомендуются методы антигомотоксической терапии, которые способствуют восстановлению нормальных регуляторных процессов и состояний (5).

Патофизиология регуляторных блокад

Регуляторная блокада – это отклонение от нормальных регуляторных условий (5, 7). Регуляторные блокады наблюдаются при адаптационных синдромах, например, у пациентов с хроническими рецидивирующими и хроническими прогрессирующими заболеваниями (см. рис. 1; 5, 7, 8). Регуляция гомеостаза может долгое время испытывать симпатикотоническое воздействие (блокада в шоковой фазе; 1 тип реакций регуляторных блокад) или, наоборот, подвергаться воздействию ваготонической противошоковой фазы (тип 2 реакций). На примере хронического полиартрита можно показать, что реакции первого и второго типов могут приступообразно сменять друг друга (3, 7). При этом фиксируются изменения электролитного, кислотно-щелочного баланса, содержания кислорода и воды (7). Так как регуляторные блокады сопровождаются латентным тканевым ацидозом, возникает провоспалительная ситуация с повышением содержания протеинов острой фазы (плазмина, С-реактивного белка) и провоспалительных цитокинов (ФНО-альфа, ИЛ-1, ИЛ-2) (5, 6).

Регуляторные блокады могут развиться и у пациентов, в течение длительного времени принимавших кортикостероиды, цефалоспорины, проходивших курс химиотерапии или ингибирования синтеза простагландинов (3, 5, 7). У таких больных проявляются типичные симптомы в виде быстрого утомления и истощения, постоянных незначительных головных болей или диффузных общих болей, не имеющих выраженных клинических параметров. В условиях незначительного латентного ацидоза они находятся в противошоковой фазе (реакции второго типа) и не могут купировать данное состояние без соответствующей терапии. Цель лечения в данном случае будет заключаться в восстановлении воспалительной симпатикотонической фазы, так как воспалительный процесс является лучшей предпосылкой для успешной терапии (3).

Терапевтические возможности антигомотоксических препаратов

Как ранее было показано на примере пациентов с сахарным диабетом, препарат Лимфомиозот купирует латентный тканевой ацидоз и способствует терапии осложнений диабета (4). Компоненты препарата обладают дренажным действием (например, Gentiana lutea активирует продукцию желудочного сока и высвобождение бикарбоната из клеток стенок желудка в кровь), снимают отечность и активируют мочевыводящую систему (особенно Equisetum arvense, см. 10, 11).

На избыточные воспалительные реакции клеток и тканей можно оказать воздействие антигомотоксическими препаратами, стимулирующими вспомогательную иммунологическую реакцию (в первую очередь, препарат Траумель С). Механизм этой реакции в настоящее время достаточно изучен (5, 9): после введения противовоспалительного препарата Траумель С макрофаги и моноциты (относящиеся к семейству антиген-презентирующих клеток, APC), стимулируются и воспринимают низкие потенции (Д2-Д8) введенных протеинов. Протеины в процессе эндоцитоза «перевариваются» в лизосомах до короткоцепочечных остатков («мотивов» длиной до 15 аминокислот), которые на поверхности клеток связываются с молекулами гистосовместимости. При этом антиген-презентирующие клетки высвобождают цитокины, действующие на наивные Т-лимфоциты (не-

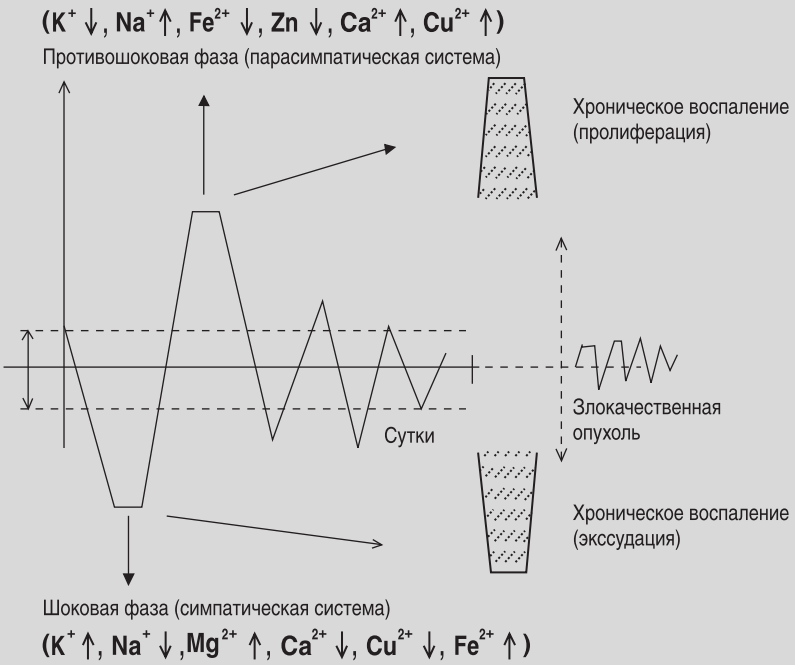


Рис. 1. Соотношения стимул-реакция в системе основной регуляции. Симпатикотоническая шоковая реакция следует за ваготонической противошоковой. Они связаны с соответствующими изменениями электролитов в крови. Основная регуляция может быть блокирована в шоковой или противошоковой фазе (хронические заболевания), а также перейти в иррегулярную осцилляцию, типичную для процесса опухолеобразования (так называемая регуляторная блокада)

обученные Т-лимфоциты из вилочковой железы; 1). Лимфоциты воспринимают образованные «мотивы», трансформируясь в регуляторные Th3-лимфоциты. Попадая в лимфатические узлы, они делятся с образованием большого количества Th-3-лимфоцитов-клонов (подробное описание процесса в 9).

После этого Th3-лимфоциты мигрируют к очагу воспаления, сопоставляют «мотивы» и антигены мембран провоспалительных лимфоцитов (Th1, Th2) и при наличии подобия (молекулярно-биологический принцип подобия) продуцируют противовоспалительный цитокин TGF-бета. За счет этого снижается интенсивность воспалительного процесса, а В-лимфоциты стимулируются к продукции антител (регрессивная викариация).

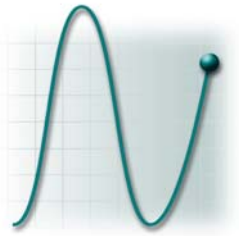
Обращает на себя внимание то обстоятельство, что вспомогательная иммунологическая реакция начинается через антиген-презентирующие клетки неспецифически, а заканчивается развитием Th3-лимфоцитов и распознаванием специфических антигенов. В данном случае для нас не важна структура антигена; он просто должен определяться в крови (5, 9).

Комплексные антигомотоксические препараты в наибольшей степени показаны для стимуляции вспомогательной иммунологической реакции, так как ответ антиген-презентирующих клеток тем более эффективен, чем большее количество протеинов и мотивов имеется. Однако эти вещества должны вводиться в организм в незначительных количествах (лучше всего, в потенциях Д2-Д12), так как более высокая концентрация приведет к защитным реакциям со стороны организма. Потенции выше Д14 просто не будут восприняты антиген-презентирующими клетками (2, 5).

Литература

1. Adema GJ, et al. A dendritic-cell-derived C-C chemokine that preferentially attracts naive T-cells. Nature 1997; 387: 713-7
2. Barton GM, Rudensky AY. Requirement for divers, low-abundance peptides in positive selection of T-cells. Science 1999; 283: 67-74
3. Bergsmann D, Bergsmann R. Chronische Belastungen. Unspezifische Basis klinischer Syndrome. Schriftenreihe Ganzheitsmedizin. Wien: Facultas 1998
4. Dietz AR. Möglichkeiten einer Lymphtherapie bei diabetischer Polyneuropathie. Biol Med 2000; 29 (1): 4-9
5. Heine H. Die Bedeutung der Antihomotoxischen Therapie in der Regulationsmedizin. Biol Med 1999; 28 (6): 283-8
6. Luster A. Chemokines – chemotactic cytokines that mediate inflammation. N Engl J Med 1998; 338: 436-45
7. Perger F. Kompendium der Regulationspathologie und –therapie. München: Sonntag 1990
8. Selye H. Einführung in die Lehre vom Adaptationssyndrom. Stuttgart: Thieme 1952
9. Weiher HL, Mayer LF (eds). Oral Tolerance: Mechanism and Applications. Ann NY Acad Sci 1996; 778: 1-451
10. Weiss RF. Lehrbuch der Phytotherapie. 6. Auflage. Stuttgart: Hippokrates 1985
11. Wenigmann M. Phytotherapie. Arzneipflanzen – Wirkstoffe – Anwendung. München: Urban und Fischer 1999

Адрес автора
Bruno Van Brandt
Kasteellaan 76
9000 Gent
Belgium



ВЕСТИ ИЗ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛОВ МИРА

Подход гомеопатов и аллопатов к терапии бронхиальной астмы

Интересную работу провели датские специалисты, сравнившие подход к терапии бронхиальной астмы у сторонников классической гомеопатии и у специалистов общей практики. Оба подхода имели общие черты (учет индивидуального состояния больного, ожидания от проводимого лечения). Тем не менее, были выявлены принципиальные различия: гомеопаты рассматривают заболевание и его симптомы как проявления "дисбаланса в организме", в то время как сторонники аллопатического подхода -- как самостоятельную патологию. В соответствии с этими взглядами и происходит назначение препаратов.

Homeopathy 2005; 94: 17-25

Х. Энбергс

Действие препарата Энгистол на продукцию гамма-интерферона Т-лимфоцитами*

Институт физиологии и биохимии, университет Бонна, Германия

* (реферат статьи Enbergs H. Effects of the homeopathic preparation Engystol on interferon-gamma production by human T-lymphocytes. Immunological Investigation 2006; 35: 19-27)

Хотя интерес практикующих врачей к комплементарной медицине и гомеопатии постоянно растет, фундаментальных исследований, объясняющих механизм действия гомеопатических препаратов, пока еще недостаточно, хотя немалая работа в этом направлении ведется. Одно из них посвящено механизму действия препарата Энгистол, в состав которого входят Vincetoxicum hirundinaria и Sulfur в различных потенциях. Первый компонент широко применяется в комплементарной медицине в качестве стимулятора защитных систем, а второй часто используется в лечении как острых, так и хронических заболеваний.

Энгистол зарекомендовал себя как эффективное средство для профилактики и терапии респираторных инфекций, вирусных инфекций другой локализации. Показано, что препарат обладает иммуностимулирующим действием на активность фагоцитов, функции гранулоцитов и гуморальный ответ.

Имеющиеся данные позволили предположить, что эффект препарата основан на повышении продукции гамма-интерферона иммунокомпетентными клетками. Продукция индуцируется за счет специфического контакта с антигеном или неспецифической стимуляции субстанциями биологического или химического происхождения. Данные размышления легли в основу предлагаемого исследования в условиях ин витро.

Лимфоциты (изолированные из образцов крови) для исследования были получены у 30 здоровых пробандов разного возраста. Продукция гамма-интерферона замерялась при помощи соответствующего оборудования и сопоставлялась с контролем (физиологическим раствором), при этом предел статистической достоверности не должен был превышать 0,05.

Опыт показал, что различные концентрации препарата Энгистол стимулируют продукцию гамма-интерферона (рис. 1). При этом полученные результаты достоверно отличались от показателей контроля ($p<0,001$). Значительные отклонения от средних показателей объясняются индивидуальными особенностями продукции гамма-интерферона у здоровых пробандов, что было отмечено ранее многими исследователями. Поэтому эффект действия препарата Энгистол стоит признать высокодостоверным.

Однако действие Энгистола нуждается в дальнейшем изучении. Оба компонента препарата стимулируют активность фагоцитов, гранулоцитов и гуморальный ответ. Последние данные показывают, что препарат действует на специфические компоненты вирусов, ингибируя вирусную репликацию и не вступая при этом в прямое взаимодействие с протеиновой оболочкой вируса. Кроме того, пока не ясно, какой именно компонент и в какой степени оказывает обнаруженное действие. Тем не менее, полученные ин витро результаты показывают, что препарат Энгистол, влияющий на продукцию гамма-интерферона, может быть использован для профилактики и терапии вирусных инфекций. Кроме того, ранее было показано, что Энгистол стимулирует продукцию интерлейкина-2 и ФНО-альфа. Эти механизмы могут объяснять терапевтическую эффективность препарата Энгистол при различных вирусных инфекциях.

Адрес автора

Prof. Heinrich Enbergs
Institute of physiology, biochemistry and animal hygiene, University of Bonn
Katzenburgweg 7-9
53115 Bonn
Germany

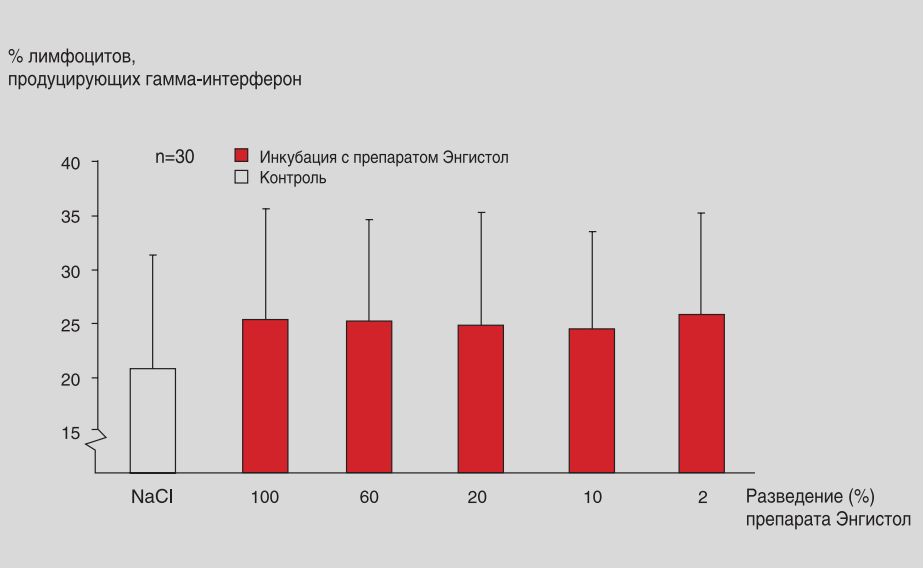


Рис. 1. Процент лимфоцитов, продуцирующих гамма-интерферон после инкубации с физиологическим раствором (контроль, белый столбец) или различными разведениями препарата Энгистол (красные столбцы)

Г. Кинг

Взаимодействие между гомеопатическими средствами*

* (King G. Drug Relationships in Homeopathy. Biological Therapy 1996; 1: 165-9)

Введение

Вопрос о взаимодействиях отдельных гомеопатических средств, особенно в случаях применения комплексных гомеопатических препаратов, является предметом серьезных дискуссий. Любой анализ подобных вопросов должен начинаться с разграничения терапевтических и химических взаимодействий. Широкое обсуждение упомянутых феноменов затрагивает, прежде всего, терапевтические взаимодействия между гомеопатическими монопрепаратами, а также между негомеопатическими средствами, и не снимает многочисленных противоречий. Во всяком случае, возможность взаимодействия химической природы не может быть исключена в материнских веществах или в препарате, содержащем низкую потенцию действующего вещества. Оценка возможности подобного взаимодействия должна производиться индивидуально, согласно токсикологическим данным. В этой статье будут рассматриваться исключительно так называемое терапевтическое взаимодействие. Рассмотрение вопроса о взаимодействиях химической природы выходит за рамки данной работы.

Терапевтические взаимодействия между гомеопатическими средствами основываются на сходстве и/или различии гомеопатического патогенеза или на сходстве и/или различии в спектрах терапевтической активности соответствующих лекарств. На рис. 1 изображены некоторые из возможных вариантов такого взаимодействия.

Для начала вспомним типы терапевтических взаимодействий, известных в гомеопатии. Их влияние на терапевтический эффект будет обсуждаться ниже. Все взаимодействия между гомеопатическими лекарствами определяются принципом подобия. Это означает,

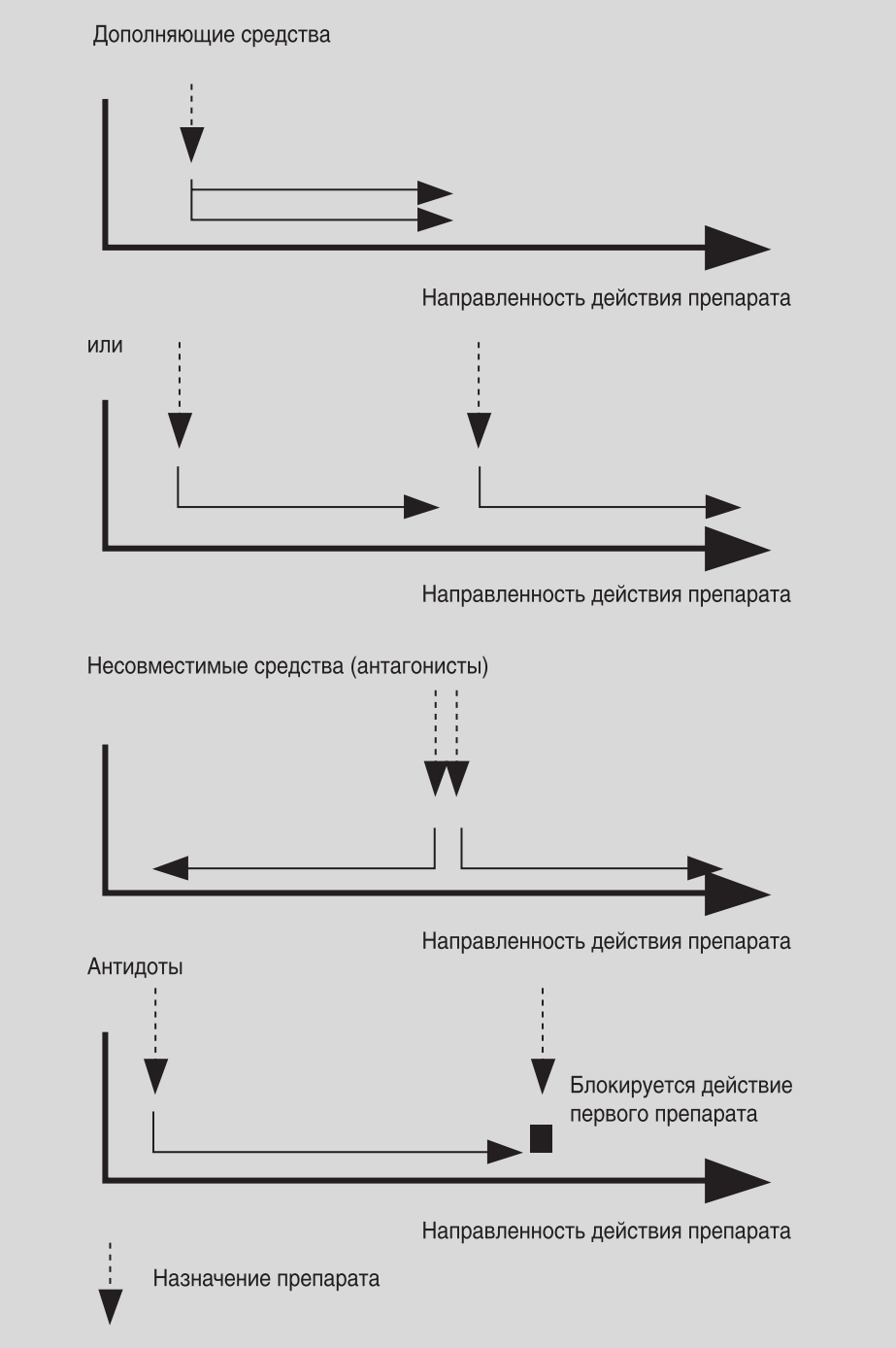


Рис. 1. Типы взаимодействия между гомеопатическими лекарствами

что подобие симптомов или его отсутствие играет существенную роль в отношении формы, в которой происходят так называемые терапевтические взаимодействия.

Подобные или сравнимые гомеопатические средства

Определение «сравнимое гомеопатическое средство» является нейтральным в отношении природы лекарственного препарата и степени терапевтического успеха. Оно используется для характеристики средств, которые независимо от своего происхождения могут вызывать сходные эффекты или которые имеют показания к сходным или идентичным заболеваниям. В результате эти препараты должны приниматься во внимание при лечении конкретного ассоциированного заболевания, и их следует четко дифференцировать. Сравнимые гомеопатические агенты могут быть родственными, дополняющими или совместимыми, хотя они также могут быть несовместимыми или выступать как антидоты.

В контексте достижения реального терапевтического успеха следует различать взаимодействия между гомеопатическими средствами, которые приводят к положительному или отрицательному результату. Рассмотрение начинается с взаимодействий, которые, как правило, приводят к положительным терапевтическим результатам.

Родственные гомеопатические средства

Термин «родственные гомеопатические средства» имеет отношение к препаратам одинакового происхождения, которые вызывают сходные терапевтические эффекты, иными словами, имеют сходную гомеопатическую картину (рис. 2). Как правило, общность их характеристик определяется присутствием в их составе общего алкалоида или активного компонента. Они обычно настолько сходны по своим эффектам, что применение одного из них после другого не приводит к возникновению соответствующего эффекта (пример – Belladonna - Hyascyamus).

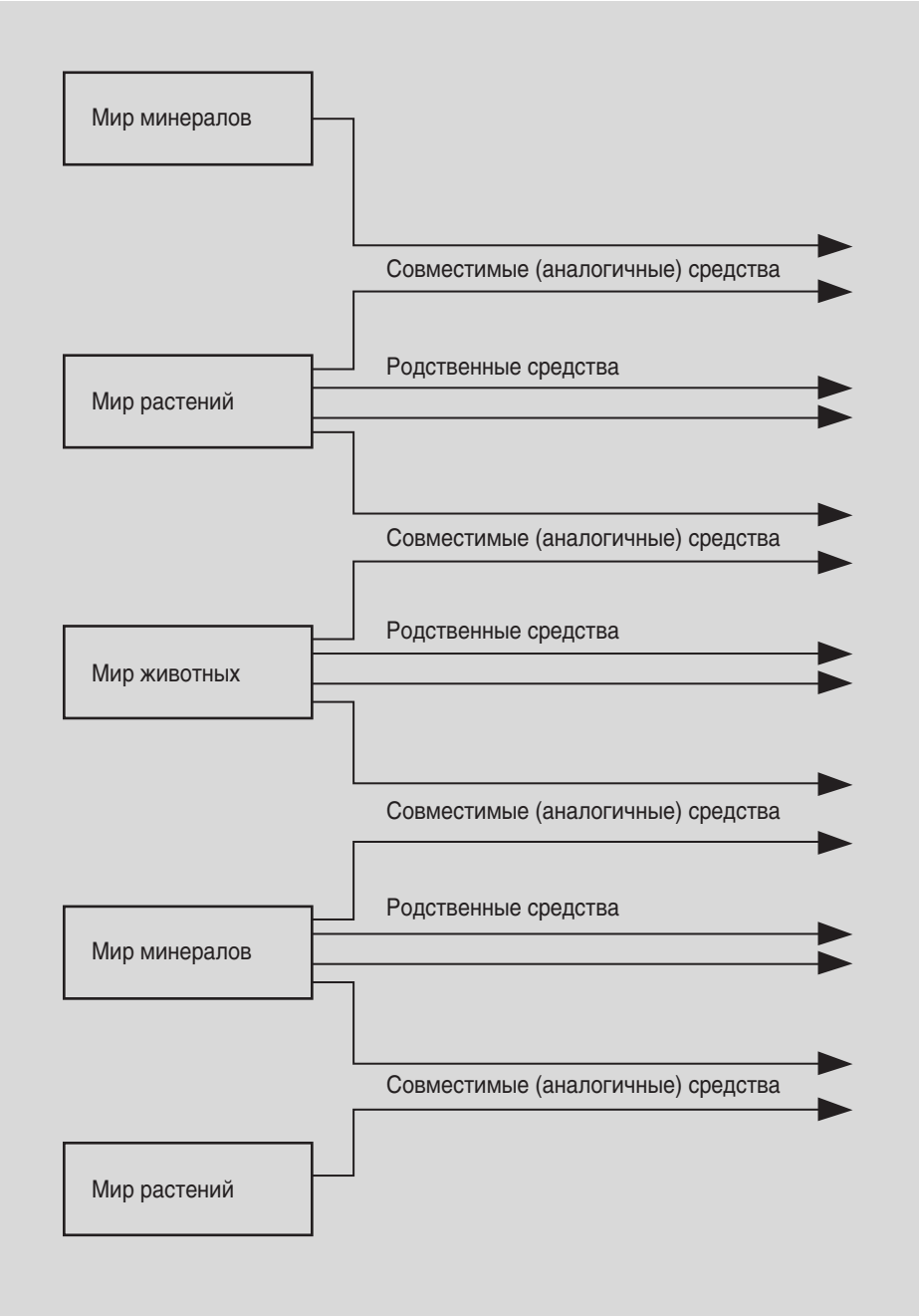


Рис. 2. Направленность действия родственных и совместных (аналогичных) гомеопатических средств

Взаимодействия с положительным терапевтическим эффектом

Совместимые/согласующиеся препараты

Согласующиеся или совместимые агенты могут происходить из различных природных царств (минерального, растительного или животного), из различных таксонов растений или животных или различных классов химических соединений. При этом их эффекты сходны или сравнимы (рис. 2). Согласующиеся препараты показали себя эффективными при их последовательном и одновременном применении. Их суммарный эффект превышает эффект какого-либо одного из них. Классический пример из практики Ганемана: Lycopodium – Sulphur – Calcarea.

Дополняющие агенты

Дополняющие средства представляют собой агенты, взаимно усиливающие эффект друг друга, действие которых

не совпадает. Они характеризуются идентичной направленностью терапевтического эффекта в области их главного действия или некоторого специфического неосновного действия. Применение дополняющего средства может способствовать успешному завершению лечения, начало которого заложено действием другого лекарственного препарата, оказавшегося недостаточным. Дополняющее средство может продлить или усилить эффект назначенного ранее или одновременно с ним другого лекарства. Действие этих лекарств может, следовательно, быть названо синергическим.

Е. Райт-Хаббард выделил три следующих типа дополняющих агентов:

Просто дополняющие средства

Гомеопатические средства данного типа дополняют одно другое согласно комплексам симптомов, с которыми они связаны. Они показаны в сложных случаях, при которых должно применяться более чем одно гомеопатическое лекарство (пример: Berberis – Lycopodium).

Средства, дополняющие действие других при хронических и острых случаях

Лекарственные препараты данного типа применяются в следующих случаях:

- хронические нарушения, в период обострения заболевания;
- острые случаи, при которых дополняющее средство должно быть применено для предотвращения перехода заболеваний в хроническую форму (примеры: Aconitum - Sulphur или Pulsatilla - Silicea).

Серийные средства

Эти препараты применяются в более или менее четко обусловленной последовательности, что показало себя эффективным при определенных заболеваниях (примеры: Calarea – Lycopodium – Sulphur, Pulsatilla – Silicea - Fluoricum acidum). Дополняющие (синергические) агенты, характеризующиеся позитивным эффектом, могут применяться один за другим, а также одновременно.

Взаимодействия с проблематичным или отрицательным терапевтическим эффектом

В противоположность описанным выше случаям, возможны взаимодействия между препаратами, при которых угнетаются или даже полностью нивелируются желаемые терапевтические эффекты.

Несовместимые средства

Несовместимыми являются те гомеопатические лекарственные препараты, последовательное применение которых не приводит к успеху, как этого можно было бы ожидать после поверхностного анализа. Опыт показывает, что последовательное применение несовместимых лекарств приводит к возникновению нарушений различной природы, значительно осложняющих конкретный случай.

Список подобных антагонистов включает, к примеру, гомеопатические лекарства различного гомеопатического патогенеза или те из них, модальности которых сильно различаются по своей природе. В большинстве случаев можно говорить об антагонистическом действии в обычном смысле. Случаи абсолютной несовместимости, однако, встречаются редко. В большинстве случаев несовместимость двух гомеопатических лекарств затрагивает лишь определенные ограниченные области их картин или определенное показание.

Антидоты

Критический анализ специализированной медицинской литературы, посвященной данной теме, позволяет сделать заключение о том, что различные авторы по-разному интерпретируют сам термин «антидот». Поэтому представляется полезным вначале дать определение понятию, прежде всего, которое приведено в стандартном Германском медицинском лексиконе (18): антидот – противодействующий агент, используемый против токсина. Слово «антидот» имеет греческое происхождение (слово антидотос стоит из корней анти = против и дотос = давать).

Э. Мутчлер (15) указывает, что «в узком значении, антидотами называются вещества, которые уменьшают или полностью аннулируют токсический эффект ресорбированных ядов».

Следовательно, согласно определению, антидотом является вещество, способное облегчить или полностью убрать нежелательные эффекты ранее принятого вещества. В таком значении термин также применяется в гомеопатии. Терапевты считают антидотом гомеопатическое средство, которое способно модифицировать или аннулировать действие ранее примененного гомеопатического агента.

Гранье (7) выделяет следующие 3 типа антидотов, согласно способу, которым данные вещества нейтрализуют действие ранее принятого гомеопатического лекарства (11):

1) гомеодоты («просдоты»), противодействующие ядам, действуют по принципу динамической нейтрализации, гомеопатическому действию по правилу подобия;
2) андитоды («простоды»), противодействующие ядам, действуют по принципу химической нейтрализации, антипатического действия, через противоположность;
3) дидоты, действующие согласно принципу физиологической нейтрализации, аллопатического действия, в основе которого лежат феномены, не сводимые ни к гомеопатическим, ни к антипатическим.

Согласно современным представлениям, нельзя вынести окончательного суждения о том, корректно ли применение этих терминов в отношении того или иного гомеопатического лекарства. С уверенностью можно утверждать лишь следующее: термин «антидот» в любом случае следует применять с оговорками. В гомеопатии вещества часто могут называть антидотами, даже если это не оправдано в смысле общепринятых определений. Примером такого рода может служить кофе.

До тех пор, пока не будет дано окончательное удовлетворительное объяснение терапевтического эффекта, достигнутого при применении гомеопатического препарата, нельзя будет дать ответ на вопрос о том, является ли возможным действие препарата в качестве антидота во взаимодействиях с другими гомеопатическими лекарствами. Данная оговорка должны быть адресована, прежде всего, к препаратам в высоких потенциях. В таких случаях отсутствуют дока-

зательства факта химических реакций, которые могли бы приводить – в смысле действия антидота – к ингибированию или аннулированию терапевтического эффекта другого лекарства.

В данном контексте было бы более правильным применять термин «гомеодот», предложенный Гранье. Необходимо еще получить доказательство подобного действия, которое не зависит от уровня разведения лекарства.

Г. Витулкас придерживается следующего мнения об антидотах: «В данном случае соблюдается следующее общее правило: практически любой агент, который может оказывать медицинский эффект на организм человека, способен действовать как антидот в отношении гомеопатического лекарства. В доказательство этих слов можно привести следующее: любое влияние, способное индицировать гиперактивное, нервное состояние, которое может искусно приводить к состоянию успокоения или сна, может вмешиваться в действие гомеопатического лекарства» (21).

Можно привести следующие высказывания Ганемана по поводу антидотов (9): «Любое лекарство, прописываемое в случае болезни, которое в процессе своего действия приводит к возникновению новых, вызывающих беспокойство симптомов, не принадлежащих самой болезни, не способно вызвать реальное улучшение и не может рассматриваться как хорошо выбранное согласно гомеопатическим принципам. Если ухудшение является значительным, его следует нейтрализовать как можно быстрее, хотя бы частично при помощи антидота. Это следует сделать перед тем, как назначать следующее лекарство, выбранное более аккуратно согласно подобию действия. Если вызывающие беспокойство симптомы не очень жестоки, следующее лекарство должно назначаться немедленно для того, чтобы занять место неправильно выбранного».

Ганеман рассматривает антидоты в качестве нейтрализующих агентов, необходимость в применении которых возникает в случае нежелательных симптомов, возникающих как результат неправильного выбора лекарств. Согласно данному положению, антидот показан в тех случаях, в которых примененное ранее лекарство приводит к возникновению нежелательных эффектов, например, в форме ухудшения общего состояния пациента или в форме появления новых (ятрогенных) симптомов, ранее не отмечавшихся у соответствующего пациента.

Соответствующее лекарство – антидот – выбирается на основе оценки симп-

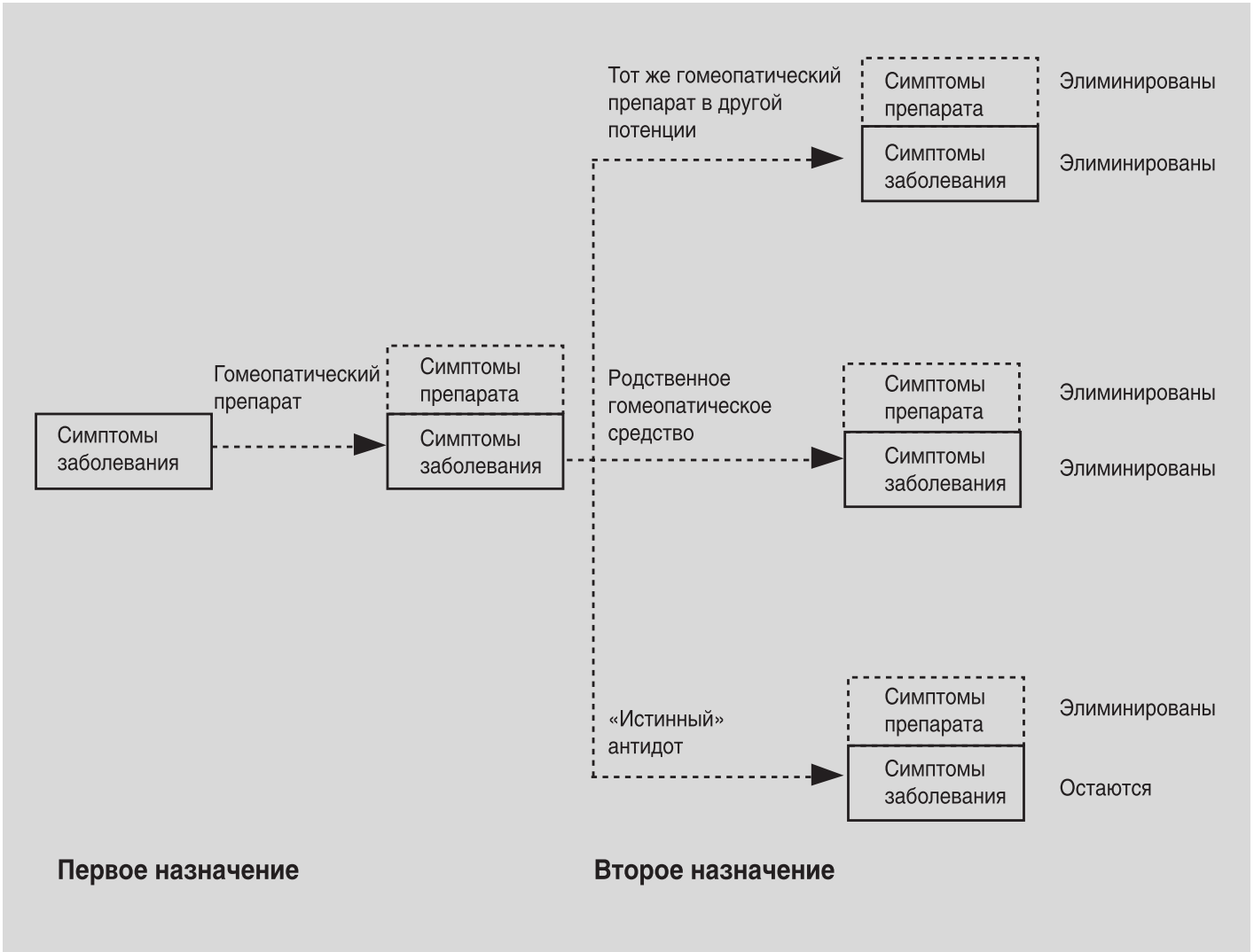


Рис. 3. Различные эффекты гомеопатических лекарств-антидотов

томов пациента, которые появляются впервые, или общего комплекса симптомов пациента:

Исходные симптомы заболевания, как и симптомы, появляющиеся впервые, совпадают с картиной гомеопатического лекарства, примененного ранее. Иными словами, пациент испытывает нежелательную первичную терапевтическую реакцию.

Препарат выбора: то же гомеопатическое лекарство, что и применявшееся ранее, только в иной потенции.

Симптомы, появляющиеся впервые, не совпадают с гомеопатической лекарственной картиной применявшегося ранее агента (истинное ухудшение), однако они соответствую друг другу, как эти имеет место с исходными симптомами лекарственной картины родственного гомеопатического лекарства.

Препарат выбора: родственное, сходное гомеопатическое лекарство.

Симптомы, появляющиеся впервые, не совпадают ни с гомеопатической лекарственной картиной ранее примененного гомеопатического лекарства, ни с лекарственной картиной родственного гомеопатического лекарства. Или: ухудшение состояния пациента происходит так внезапно или настолько серьезно, что это требует немедленного вмешательства. Или: исходно примененное гомеопатическое лекарство не соответствует состоянию пациента, или возникает необходимость в прерывании или в уменьшении его слишком сильного эффекта.

Препарат выбора: «истинный» антидот.

Тот же гомеопатический агент в иной потенции, как сходный, родственный агент, способны элиминировать как симптомы, появляющиеся впервые, так и исходные симптомы заболевания пациента. Благодаря своему нейтрализующему, недифференцированному начальному действию «истинный» антидот, с другой стороны, способен противодействовать лишь впервые возникшим ятрогенным симптомам, но не исходным симптомам заболевания пациента (рис. 3).

Бартел рассматривает вопрос об эффектах антидотов в предисловии своей книги, посвященной взаимодействиям лекарственных препаратов (1). Он упоминает о том, что Sulfur известен как антидот по отношению к Calcium carbonicum, но пишет в предисловии следующее:

«Следует сделать одно последнее пояснение: опыт показывает, что хорошие результаты получаются в случае назначения Calc, Lyc., Sulph., etc. один за другим в данной последовательности. Эту серию лекарств, однако, не следует применять слепо, так как, согласно моему личному опыту, эффект Sulph. проявляется и в том случае, если он назначается сразу после Calc.».

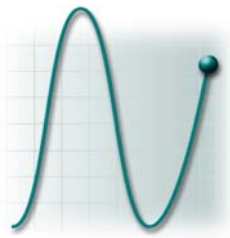
Бартел, следовательно, оценивает ранее сделанные заключения в отношении взаимосвязей между гомеопатическими лекарствами. Он считает, что невозможно слепо предсказывать необходимые терапевтические результаты при применении подобных последовательностей препаратов. Согласно данной точке зрения, эффекты, которые снимают терапевтическое действие лекарства, или, по крайней мере, уменьшают его, не могут быть с надежностью предсказаны даже в случае применения привычной последовательности гомеопатического лекарства и его антидота.

Как было указано выше, в гомеопатической практике значительное количество веществ традиционно называют антидотами, хотя использование данного термина в этом случае не является корректным. Типичным примером подобного рода является кофе.

Продолжение статьи в следующем номере.

Литература

1. Barthel M. Das kleine Buch der Arzneimittel-Beziehhungen. Berg am Stamberger See, 0-Verlag, 1985.
2. Boericke G. A compend of the principles of homeopathy for students in medicine. New Delhi: Jain Publishers, Reprint, 1986.
3. Charette G. Homeopathische Arzneimittellehre für die Praxis. Stuttgart, Hippokrates, 1985, 4. Aufl.
4. Dudgeon R.E. Lectures of the theory and practice of homeopathy. New Delhi: Jain Publishers, Reprint 1982.
5. Farrington E.A. Klinische Azneimittellehre. Heidelberg, Haug, 1977, 16. Aufl.
6. Gawlik W., Wiesenauer M., Wanstel G. Lexikon besonderer in der Homeopathie gebrauchlicher Begriffe. Karlsruhe, DHU, 3. Aufl. 1989.
7. Granier M. Homeolexique. T1 (A-C), p. 97, Paris, Delahaye, 1874.
8. Hahnemann S. Die chronischen Krankheiten. Theoretischer Teil, 1835, Bd. 2. Nachdruck: Berg am Stamberger See, Verlag Barthel & Barthel.
9. Hahnemann S. Organon der Heilkunst. Blausigen, Narayana-Verlag, 1984, 6. Aufl.
10. John J. Fragen aus der Praxis. Biol Med (4) Aug. 1988, 5, 197-199.
11. Kent J.T. Theorie der Homeopathie. Leer, Verlag Grundlagen und Praxis, 1981.
12. Koehler G. Lehrbuch der Homeopathie. Bd. 1, Stuttgart, Hippokrates, 1982, 4. Aufl.
13. Meili W. Grundkurs in klassischer Homeopathie. Regensburg, Sonntag, 1989.
14. Morrison B. Methoden der Homeopatschen Fallanalyse, Rendsburg, Kroeger, 1989.
15. Mutschler E. Arzneimittel-Wirkungen. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagagesellschaft mbH, 5. Aufl.
16. Ortloff H. Komplementär resp. Antidotverhaltnisse in der Homeopathie. AHZ 1959 (2), 5, 7593.
17. Plehel. Über das verwandschaftliche und feindliche Verhaltnis der homeopathischen Arzneien in Bezug auf Wiederhoulung und Zwischenmittel. ANZ 18, 1840 (2), 1722.
18. Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. Berlin. New York, Walter de Gruyter Verlag, 255. Aufl.
19. Sankaran B. Homeopathy. The Science of Healing. New Delhi, World Homeopathic Links, 1984.
20. Tetau M. Matiere medicate homeopathique clinique et associations biotherapeutiques, Paris, Maloine, 1979.
21. Vithoulkas G. Die wissenschaftliche Homeopathie. Berg am Stamberger See, Organon Verlag, 1983.



ВЕСТИ ИЗ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛОВ МИРА

Загрязнение воздуха мелкодисперсными частицами и риск госпитализации

Загрязнение воздуха мелкими частицами (диаметром менее 2,5 мкм) существенно (на 28%) повышает риск госпитализации пациентов различного профиля. В первую очередь, к ним относятся пожилые пациенты и дети. Основные причины госпитализации: обострения хронических обструктивных заболеваний легких, инфекции верхних дыхательных путей, сердечно-сосудистые расстройства. Американские эксперты обращают сособое внимание на осторожность пациентов из групп риска во время избыточного содержания мелкодисперсных частиц в воздухе.

JAMA 2006; 295: 1127-34

А.-М. Беер, А. Якверт, С. Фей, М. Дармер

Попытка стандартизованного подхода к определению конституции*

Натуропатическое отделение клиники Бланкенштайн, Хаттинген, Германия

* (Beer AM, Jackwert A, Fey S, Darmer M. Versuch einer standartisierten Konstitutionserfassung. Biol Med 2006; 1: 27-30)

Содержание

Целью представляемой работы была попытка стандартизации понятий конституции и характера с помощью нового, только что разработанного руководства, который был использован для перепроверки результатов анализов и процессов реабилитации больных. В данном руководстве были представлены важные для определения конституции параметры, а также конституционально-медицинские элементы медицины Гиппократа. С помощью этого методического инструмента контролировалось представление клинических врачей о конституции пациента при составлении соответствующей реабилитационной программы. Оценка конституции и «природного типа» врачами с помощью нового руководства показала, что существует явная общность оценок в их диагностическом подходе. Однако было показано и то, что определение конституции как здорового, так и больного человека страдает фрагментарностью, поскольку конституция представляет собой целый комплекс различных факторов.

Summary

The main purpose of the presented work is to prove the judgement of the treating physicians according to the constitution and disposition of patients, while using a newly developed manual in order to analyse reliability. A manual with the relevant parameters concerning the constitutional types including elements of the medicine of constitution of the Hippocratic Medicine and definition of disposition were at the treating physician's disposal. The determination of constitution and disposition by the clinicians can be regarded as intersubjective reliable. The results of the presented work also show that the determination of constitution of a healthy or diseased person can only happen fragmentarily, because constitution includes a complexity of many single factors.

Привлечение конституционально-медицинских элементов во врачебную деятельность в диагностических и терапевтических целях стало типичным явлением для многих медицинских систем, связанных, в свою очередь, с различными социокультурными традициями (10, 18, 21). Тем не менее, конституциональная медицина все еще является предметом многочисленных дискуссий. С одной стороны, некоторые врачи расценивают конституциональный подход как основу своей практической работы (12); иной позиции придерживаются противники подобного подхода, выдвигая в качестве аргумента его недостаточную эффективность или возможность им пренебречь. Не в последнюю очередь, из-за того, что понятия «конституция», «характер» или «плетора» не имеют до сих пор точного определения, практически не существует исследований, направленных на изучение эффективности данного подхода, а результаты имеющихся весьма противоречивы.

В настоящей работе приводится определение конституции как «индивидуальной особенности в строении и функционировании» (7), иными словами, строение тела составляет лишь часть конституции (9). В целом, различают морфологические и функциональные концепции (16, 17). Из морфологических концепций в Европе наиболее популярно учение о конституции Кречмера (19), в США – учение Шелдона (22, 23). Функционально ориентированные доктрины предусматривают выдвижение на первый план качества реакции личности, ее работоспособности и адаптационной способности и лишь вторично ориентированы на морфологические характеристики.

Различные определения конституции (исторический экскурс)

На многообразие определений конституции, не ограничивающихся только габитусом, указывал еще Curtius в своем клиническом учении о конституции (1, 8). Еще ряд врачей обращался к конституциональной медицине довольно интенсивно, однако после времен национал-социализма к этой теме стали относиться с большой осторожностью (3).

В настоящей работе основной акцент был сделан на концепцию конституции, основанную на античной гуморальной патологии. Здоровье, согласно этой концепции, представляет собой гармоничную смесь соков (эукразию), тогда как дисбаланс соотношения соков ведет к дискразии, то есть к заболеванию или к предболезненному состоянию. В патологическом смысле может иметь место слишком большое скопление соков. Следствием является симптоматика полноты, так называемая «плетора». Ашнер, который в XX веке занимался гуморальной медициной, описал «полнокровие» или «плетору», причем его описание отличается от «современного терминологического подхода, который под этим понимает подлинную плетору (plethora vera), полиглобулию

или plethora hypertonica» и состоит в следующем: «все состояния, которые (вне зависимости от результатов инструментальных обследований) сугубо внешне характеризуется субъективными или объективными клиническими симптомами» (2).

Плетора характеризуется излишним весом (пикническая конституция), склонностью к отекам и стазам. Ашнер видел задачу разнообразных терапевтических методов при плеторе в «выведении и отведении» плохих соков и в восстановлении эукразии.

Хутер в начале XX века разработал свое учение о «природных типах», в котором он связывает типы конституций с зародышевыми лепестками, с эмбриональным развитием плода (15). При этом речь идет о весьма практичной и полезной в клинической работе концепции, позволяющей определить конституцию/природный тип пациента. В качестве категорий для классификации предложены следующие типы: элементарно-эмоционально-моторный, элементарно-эмоциональный, элементарно-моторный или эмоционально-моторный (15).

В качестве основы попытки стандартизованного подхода к определению конституции было разработано конституциональное руководство, в котором, с одной стороны, учитывался практический опыт клинической работы с пациентами отделения клинического изучения натуропатии клиники Бланкенштайн (4, 5), с другой стороны, были введены элементы описанных выше учений о конституциях. Целью представляемой работы с применением разработанного руководства был контроль представлений клинических врачей о конституции пациента при составлении соответствующей реабилитационной программы.

Разработка руководства и контроль

Определение конституции пациента осуществлялось как с помощью ответов на вопросы специального опросника (14, 20), что соответствует практике и методическим подходам клинической психологии (11), так и (или же исключительно) на основе физикального обследования и данных анамнеза. Существенные параметры нового руководства, использовавшиеся клиническими врачами в ходе данного исследования, приведены в табл. 1.

Валидизация определения конституции проводилась с помощью измерения коэффициента внутреннего согласия (Inter-Rater-Agreements, 1). В этих целях определение конституции 28 пациентов проводилось 3 врачами. Соответствие оценок врачей рассчитывалось по каппа-коэффициенту по Коэну (6), т.е. фактическое соответствие приводилось в сравнение с ожидаемым соответствием, также вводилось понятие существенных различий.

Для определения конституции и природного типа оценивались такие параметры, как внешний вид, состояние соединительной ткани, пищеварение, пищевые привычки, рефлексы. Для определения отношения к типам «астенический», «лимфатический», «плетора» были введены соответствующие категории (табл. 1). Для того чтобы быть отнесенным к тому или иному конституциональному типу, пациент должен был соответствовать, по крайней мере, трем критериям. У астеников и плеториков внешний вид служил значимым признаком. Существовала возможность рассмотрения конституции пациента как смешанной.

Кроме того, также проводилось определение природного типа/темперамента пациента согласно имеющейся классификации: элементарно-эмоционально-моторный, элементарно-эмоциональный, элементарно-моторный или эмоционально-моторный (15). Далее, оценивалась гармоническая/дисгармоническая компонента природного типа. В отношении определения природного типа также допускалось рассмотрение смешанных форм.

Результаты: соответствие оценок врачей превышало уровень случайности

Результаты математической обработки данных о соответствии оценок врачей при определении конституции и

Тип	Признак
астенический	внешний вид (худой, лептосомальный, светлые кожа и волосы) состояние соединительной ткани (вялые ткани, вялый тургор, кожа не натянута) пищеварение (склонность к симптоматике раздраженного желудка, например, жидкий, кашеобразный стул) чувствительность к холоду пищевые привычки (потребность в теплой пище, сниженный аппетит)
плеторический	внешний вид (обычно пикнический) полнота (чувство наполненности, среди прочего, диагноз «plethora abdominalis») данные, получаемые по состоянию соединительной ткани (твердый тургор, натянутая, эластичная, гипертонус мышц) пищеварение (запор, спастическое) ощущение тепла (теплые конечности) пищевые привычки (потребность в холодном, хороший аппетит)
лимфатический	данные, получаемые по состоянию соединительной ткани (тестообразные ткани, ощущение отечности, объективно наблюдаемые отеки, на языке остаются следы зубов) пищеварение (ощущение гиперемии после еды, запор) анамнестически (тонзиллит, аппендицит, хронический синусит)

Табл. 1. Руководство с категориями типов «астенический», «плеторический» и «лимфатический»

природного типа, полученные в отношении одного и того же коллектива пациентов, показали, что коэффициент соответствия оценок трех врачей составил 69,0%, т.е. величину, значительно превышающую уровень случайности ($p<0,01$). Ожидаемое случайное совпадение составило лишь 26,5%.

Совпадение при определении природного типа составило 64,0%, т.е. величину, также значительно превышающую уровень ожидаемого случайного совпадения, составивший 20,6%. И в этом случае совпадение существенно превышало уровень случайности ($p<0,01$). В результате, клинические врачи продемонстрировали объективно подтвержденную общность мнений в оценке конституции и природного типа пациента.

Обсуждение

Определение типа конституции по Кречмеру составляет элемент программы обучения студентов-медиков. Однако эта тематика, которая обрела отрицательное звучание в период национал-социализма и позднее, в связи с этим воспринималась довольно болезненно (3), перестала быть предметом серьезных научных исследований (14, 20). В рамках данной работы она была весьма актуальной, в частности, потому что определение конституции является для многих врачей интуитивным компонентом их деятельности при постановке диагноза и назначении терапии.

В отделении клинического изучения натуропатии клиники Бланкенштайн конституциональный подход не является основным компонентом медицинско-терапевтической концепции (4, 5). Однако врачами этого отделения на опыте практической работы было замечено, что так называемые «плеторические» пациенты чаще нуждаются в назначении дренажных методов, чем астеники, которым больше подходят согревающие мероприятия (например, обертывание с имбирем). Поэтому напрашивалась идея создания соответствующего руководства, которое бы с помощью соответствующих вопросов в анкете помогло дать более точное определение конституции пациента. Как показали исследования, разработанное руководство отвечает поставленной задаче, поскольку уровень совпадения оценок врачей намного превысил уровень ожидаемой случайности.

Curtius еще в 1957 году указывал на то, что «суммарное» определение конституции невозможно (7). Эта мысль нашла подтверждение в ходе проведенного исследования: использование нового руководства еще раз показало, что «общая» конституция человека с большим трудом поддается определению, возможно лишь ее фрагментарное установление (7, 22), поскольку само понятие «конституция» объединяет в себе целый комплекс, состоящий из различных факторов (12). Поэтому дальнейшим шагом является определение отдельного случая в смысле индивидуальной конституции по Curtius (8).

Влияет ли конституция на эффективность препаратов?

В дальнейших исследованиях возможно использование нового руководства для изучения того, насколько велико влияние конституции пациента на эффективность воздействия определенных лекарственных препаратов или на то, при какой именно конституции показан тот или иной метод терапии, например, гирудотерапия, с точки зрения ожидаемой эффективности лечения. Это обстоятельство представляет интерес и с точки зрения индивидуализации плана терапии («тейлоринг») того или иного заболевания.

Авторы благодарят за помощь Томаса Остерманна, университет Витген/Хердеке, за статистическую обработку данных.

Литература

1. Adam C, Curlius F (Hrsg). Individualpathologie. Die Konstitution des Einzelmenschen in ihrer Bedeutung für Entstehung und Verlauf von Krankheiten. Gustav Fischer, Stuttgart 1938
2. Aschner B. Die Krise der Medizin. Konstitutionstherepie als Ausweg. Hippokrates, Stuttgart 1928, 57-59
3. Baader G. Sozialhygiene im Nationalsozialismus, ihre Traditionen und Ausführungen In: van den-Busche H (Hrsg). Anfälligkeit und Resistenz. Zur medizinischen Wissenschaft und politischen Opposition im „Dritten Reich". Berlin-Hamburg 1990, 1-22
4. Beer AM, Ostermann TH, Matthiessen FP. Zur Evaluation stationärer naturheilkundlicher Behandlung - Das Blankensteiner Modell. Gesundheitswesen 2001; 3: 242-47
5. Beer AM, Ostermann TH, Matthiessen FP. Evaluation stationärer Naturheilkunde - Das Blankensteiner Modell. Teil I: Patientenklientel und therapeutische Konzepte. Forsch Komplementärmedizin Klass Naturheilkd 2001; 8: 6-13
6. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Erlbaum, Hillsdale 1988
7. Welche Ergebnisse der Konstilutionslehre können als gesicherte Grundlage der Krankenbeurteilung dienen? Fortschr Med 1957; 75 (24): 647-57
8. Curtius F. Individuum und Krankheit. Grundzüge einer Individual-Pathologie. Springer, Berlin 1959
9. Curtius F. Konstitution und Körperbau. Fortschr Med 1968; 84 (4): 140
10. Czech B. Der konstitutionell-typoiogische Ansatz in der deutschsprachigen Homöopathie des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Dissertation der Universität Tübingen 1996
11. Fahrenberg J. Psychological Individuality. A pattern analytic approach to personality research and psychosomatic medicine. Adv Behav Res Ther 1986; 43-100
12. Hentschel HD. Neurouegetative Bäderwirkungen unter besonderer Berücksichtigung der Konstitution. Zschr Angew Bäder-Klimaheilkd 1960; 7: 352-67
13. Hentschel HD. Naturheilverfahren-Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen. Dt Ärztebl 1995; 92 (40): A2635-46
14. Hoffmann C, Rosenberger A, et al. Validation of questionnaires from several medical fields regarding the constitution of patients. Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd 2002; 9 (1): 37-44
15. Huter, C. Illustriertes Handbuch der praktischen Menschenkenntnis. Volkstümliche Darstellung meines Systems der wissenschaftlichen Psycho-Physiognomik Korper-, Kopf-, Gesichts- und Augen-Ausdruckskünde. Schwaig, Nürnberg 1923
16. Kienle G. Mehrdimensionale Diagnostik und Konstitutionslehre (I). Fortschr Med 1961; 79 (3)
17. Kienle G. Mehrdimensionale Diagnostik und Konstitutionslehre (II) Fortschr Med 1951; 27 (4)
18. Kniepschild P. Looking for gall bladder disease in the patient's iris. Brit Med J 1988; 297: 1578-81
19. Kretschmer E. Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. Springer, Berlin 1977
20. Kröz N, von Laue B, et al. Ergebnisse der Praevalidierungsstudie des Havelhoeher Konstitutionsfragebogens (HKF), Version 1.0. Der Merkurstab 2000; 53 (2): 99-111
21. Loeffler IA. Untersuchung über die Beziehungen der zirkadianen Phasenlage zur vegetativen Reaktionslage. Dissertation Universität Marburg/Lahn 1984
22. Sheldon W. Three body-mind types endomorph, mesomorph and ectomorph In: Frager R (ed.). Who am I? Tarcher, New York 1994
23. Sheldon W. The New York study of physical constitution and psychotic pattern. J Hist Behav Sci 1971; 7: 115-26

Адрес автора

PD Dr. med. Andre-Micchael Beer
Modellabteilung für Naturheilkunde
Klinik Blankenstein
Im Vogelsang 5-11
45527 Hattingen
Germany

К.-Д. Беллер

Мукодермальное использование Адаппликатора – новые фармацевтические технологии*

Кенцинген, Германия

* (Beller KD. Mukodermale Applikation mit dem Adapplicator: neue pharmazeutische Technologie. Biol Med 2005; 3: 140-3)

Содержание

Мукодермальное применение в рамках местной или системной терапии в медицине и натуропатии играет в настоящее время второстепенную роль. Однако новая фармацевтическая технология – Адаппликатор – расширяет спектр возможностей сублингвальной и назальной терапии; ее можно рассматривать как новый терапевтический подход. В статье обсуждаются фармацевтические основы данной терапии и предлагаются примеры эффективного использования антигомотоксических препаратов.

Возможность использования слизистых оболочек полости рта и носа для быстрого системного введения лекарственных средств используется врачами в недостаточной мере, несмотря на то, что слизистые оболочки обладают большой площадью поверхности, отлично снабжаются кровью и являются идеальным местом для введения лекарственных препаратов. Самый известный пример – подъязычный прием нитросодержащих сердечных препаратов. Различные исследования подтверждают отличную абсорбцию пептидов и протеинов при сублингвальном или назальном приеме лекарств (1). Содержание изосорбиддинитрата после сублингвального приема существенно выше, чем при пероральном приеме, что объясняется отсутствием необходимости прохождения вещества через ЖКТ (2). Как и другие оболочки пищеварительного тракта, слизистые полости рта (сублингвальные и щечные компоненты) действуют как фосфолипидная мембрана (мозаичная мембранная модель по Ленарду и Сингеру). Мембранная модель исходит из того, что имеются две качественно разные мембранные структуры для проникновения субстанций: липидный слой для приема липофильных веществ и наполненные водой поры или каналы для проникновения гидрофильных субстанций. Липофильные лекарственные вещества проходят через липофильные фосфолипидные мембраны клеток. Скорость резорбции зависит от концентрации, липофильных качеств, массы молекул и их размеров, а также постоянной величины диссоциации. Также скорость резорбции зависит от времени контакта, площади поверхности контакта, градиента и глубины слоя (2, 3, 13, 14). Благодаря фармакокинетике маркированного йодом-123 аллергена при сублингвальном, пероральном и назальном приеме было доказано, что и высокомолекулярные протеины при определенных условиях эффективно резорбируются через слизистые носоглотки (6). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и врачебные организации на основании проведенных клинических исследований оценили назальную и сублингвальную иммунотерапию у взрослых пациентов с аллергией как эффективную (1, 4, 6). Эффективность сублингвальной иммунотерапии у пациентов с аллергическим ринитом и гриппом в настоящее время доказана и используется в качестве альтернативы специфическим подкожным инъекциям (7, 8). Также такой вид терапии стоит рассматривать как альтернативу для пациентов, которые боятся инъекций. Помимо этого, снижается риск серьезных побочных эффектов и анафилактических реакций. Вместо подкожных инъекций аллерген вводится сублингвально (9).

Основное преимущество применения препаратов через слизистые оболочки полости рта и носа заключается в непосредственном попадании активного вещества в кровоток, минуя печень (рис. 1). Для данной формы применения более всего подходят ампу-

Как функционирует Адаппликатор

- **Необходимо вскрыть ампулу и установить ее в специальный держатель. Головка Адаппликатора помещается на ампулу, насос опускается внутрь, после чего закрепляется на корпусе Адаппликатора. Путем надавливания на насос большим или указательным пальцем происходит распыление жидкости. Объем составляет 0,09 мл за один нажим. Дозировать количество поступающего препарата можно при помощи количества нажатий насоса.**
- **Необходимое количество препарата распыляется в полости рта или носа. Адаппликатор позволяет нанести небольшое количество препарата на достаточно большую поверхность, получая оптимальные условия для резорбции. Заглатывание препарата невозможно.**
- **Адаппликатор можно использовать с различными головками.**

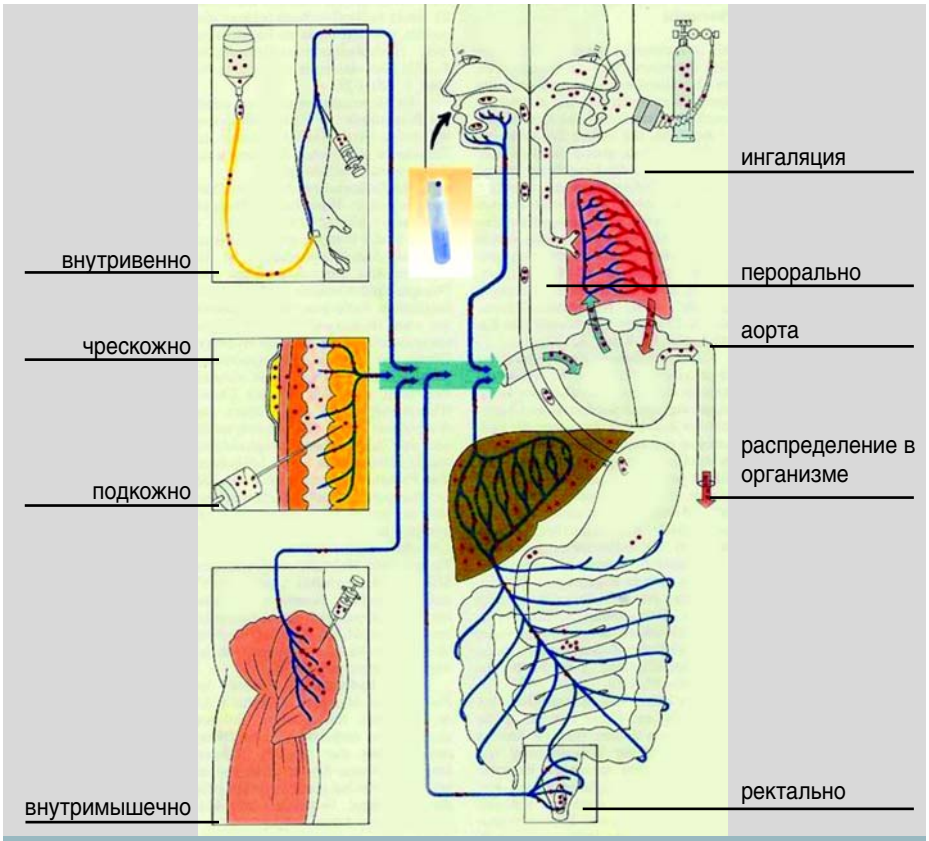


Рис. 1. Способы применения и распределения лекарственных средств. При сублингвальной или назальной резорбции предотвращается пресистемная элиминация

лированные формы препаратов, как правило, не содержащие алкоголь или консерванты.

Таким образом, Адаппликатор представляет собой высокоэффективную альтернативу:

При инъекциях в «плохие» вены или при страхе перед инъекциями. Часто парентеральное применение препаратов невозможно, нежелательно или связано с возникновением побочных эффектов. Применение Адаппликатора позволяет использовать ампулы при страхе перед инъекциями, «плохих» венах или при выраженной тревоге. В отличие от внутривенных, внутрикожных или внутримышечных инъекций при мукодермальном введении отсутствует риск поражения сосудов и бактериальной/вирусной инфекции. Адаппликатор прост в применении; им может пользоваться как медицинский персонал, так и сам пациент.

При назначении спиртосодержащих капель. Растворы для перорального применения обычно выпускаются в форме капель или соков. В качестве вспомогательных веществ используются консерванты, антиоксиданты, растворители, стабилизаторы, ароматизаторы, разрешенные подсластители и красители. Часто лекарственные препараты в виде капель содержат в качестве вещества-носителя спирт (если активные компоненты плохо растворяются в воде). Для терапии детей спиртосодержащие капли применять не рекомендуется.

Капли обычно выпускаются в виде флаконов с узким горлышком и специальной крышкой. Такие флаконы-капельницы позволяют наливать капли с разной скоростью, меняя дозировку. Изменив положение флакона, можно случайно налить большее количество препарата по сравнению с необходимым. Кроме того, часто пациенты не могут на нужное время задержать капли во рту, чтобы облегчить их резорбцию.

При использовании таблеток и драже в случае нарушений глотания и мальабсорбции. Фармакодинамика при пероральном приеме препаратов может существенно колебаться в зависимости от обстоятельств, поэтому во многих случаях трудно добиться желаемой концентрации препарата в крови. Нарушения деятельности пищеварительного тракта еще больше затрудняют ситуацию. Мукодермальное применение дает пациенту независимость от физиологических факторов: опорожнения желудка, приемов пищи; а также патофизиологических факторов (рвота, мальабсорбция и мальдигестия). Слизистая оболочка ротовой полости легко доступна даже в случаях неотложных и бессознательных состояний.

При назначении таблеток и драже пациентам с непереносимостью или аллергией. Все чаще пациенты жалуются на непереносимость консервантов и вспомогательных веществ в таблетках. Даже лактоза, используемая как носитель фармакологически активных субстанций, часто вызывает проблемы. Напротив, ампулированные препараты не содержат консерванты и являются гипоаллергенными, поэтому их мукодермальное использование при помощи Адаппликатора представляет разумную альтернативу.

Особое значение назального применения

Назальный путь является оптимальным для применения эндогенных субстанций и генно-инженерных препаратов, которые в прочих случаях можно вводить только внутривенно или внутримышечно (10). Были проведены масштабные исследования назального применения инсулина (11). Но не только инсулин можно вводить таким образом: при назальном применении норэтистерона на макаках-резусах в крови была достигнута такая концентрация, которая достигалась только в 5 раз большей внутривенной дозировкой через 20-30 минут (2). В опытах на крысах было показано, что содержание сульфонамидов в спинномозговой жидкости после интраназального применения было выше, чем при внутривенном введении (2).

Для комплементарной медицины такой способ введения также имеет особое значение (12). Через назальное применение оказывается воздействие не только на носоглотку и придаточные пазухи носа, но и на головной мозг (10, 11, рис. 2). При назальном распылении препарат достигает органа Якобсона, специального сенсорного поля, на котором расположены 20 миллионов обонятельных рецепторов. Связь любой поступающей молекулы с рецептором продуцирует в обонятельной клетке слабый импульс тока на

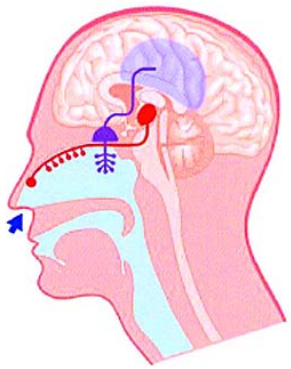


Рис. 2. Терапевтическое воздействие на ЦНС по назальному пути. Орган Якобсона расположен в нижней передней части носовой перегородки

клеточной мембране, который передается в обонятельную колбочку. Отсюда нервные импульсы поступают напрямую в головной мозг – сперва к так называемому первичному обонятельному мозгу. Через таламус информация передается в лимбическую систему. Этот регион головного мозга отвечает за такие функции, как сексуальное влечение, эмоции и боль.

При помощи Адаппликатора обычные инъекционные препараты распыляются тончайшим слоем и могут быть резорбированы через слизистую оболочку. Равномерность распределения дозы достигается тем, что при каждом нажатии на поршень Адаппликатора выбрасывается ровно 0,09 мл препарата. Адаппликатор учитывает такие параметры, как площадь контактной поверхности, время контакта и градиент концентрации, используя характеристики фосфолипидной мембраны. В отличие от перорального применения, при сублингвальном и назальном введении лекарственный препарат:

- не вступает в контакт с кислой средой желудка,
- не подвергается действию ферментов в пищеварительном тракте,
- не подвергается действию печени, так как венозная кровь от слизистой оболочки полости рта попадает напрямую в верхнюю полую вену.

Новые концепции терапии в биологической медицине

Проще всего продемонстрировать возможности использования Адаппликатора в биологической медицине на примере дренажной терапии – основы любого эффективного лечения, направленного на матрикс. В антигомотоксической медицине базисная дренажная инфузия представляет собой назначение препаратов Лимфомиозот, Гепар композитум, Солидаго композитум С и Нукс вомика-Гомаккорд (Нукс вомика-Инъель). На курс предусмотрено проведение 10 инфузий (2 раза в неделю). Однако если пациент боится внутривенного вмешательства, необходимо будет назначить курс пероральной терапии (капли для приема внутрь и сублингвальные таблетки). В качестве альтернативы можно вводить содержимое ампул с помощью Адаппликатора. Ампулы попеременно распыляются (по 1 ампуле в сутки) на слизистую оболочку полости рта. Всего на курс лечения будет затрачено 40 дней (4 препарата по 10 ампул каждого), причем пациент получает данную терапию «амбулаторно». Больной чувствует себя вовлеченным в процесс лечения и охотнее выполняет указания врача. В течение 40 дней можно дополнить лечение сопутствующими мероприятиями, например диетическими, лимфодренажным массажем. После курса рекомендуется сделать месячный перерыв (в это время можно назначить ампулы Коэнзим композитум и Убихинон композитум). Как правило, пациенты охотно соглашаются на повторный курс лечения. Также нужно отметить, что даже при проведении инфузий Адаппликатор позволяет применять отдельные препараты в свободные от процедур дни. Эта же методика может использоваться при курсе лечения методом гомеосиниатрии.

Курсовое применение

Часто необходимо назначать несколько лекарственных препаратов. Разумеется, в подобных случаях допускается применение нескольких средств в один день. Практика показывает, что наибольший результат дает курсовое использование Адаппликатора, при котором ежедневно проводится распыление необходимых препаратов в форме ампул. Так как ежедневно используется один препарат, а общее количество на курс - 10 ампул, то продолжительность курса может составлять 30, 40 или более суток (в зависимости от количества используемых в рамках курса препаратов).

Применение в педиатрии

Адаппликатор регулярно используется в педиатрической практике. Любые ампулированные формы лекарственных средств можно вводить с помощью этого устройства, так как они не содержат спирта или лактозы. При каждом нажатии на поршень происходит распыление 0,09 мл препарата, что позволяет точно дозировать препарат даже для новорожденных. Ниже приводятся некоторые рекомендации по терапии заболеваний у детей, которые могут меняться в зависимости от обстоятельств.

Тонзиллит, тонзиллярная ангина: Лимфомиозот и Белладонна-Гомаккорд попеременно или по одной ампуле каждого в сутки в область миндалин и бокового валика глотки.

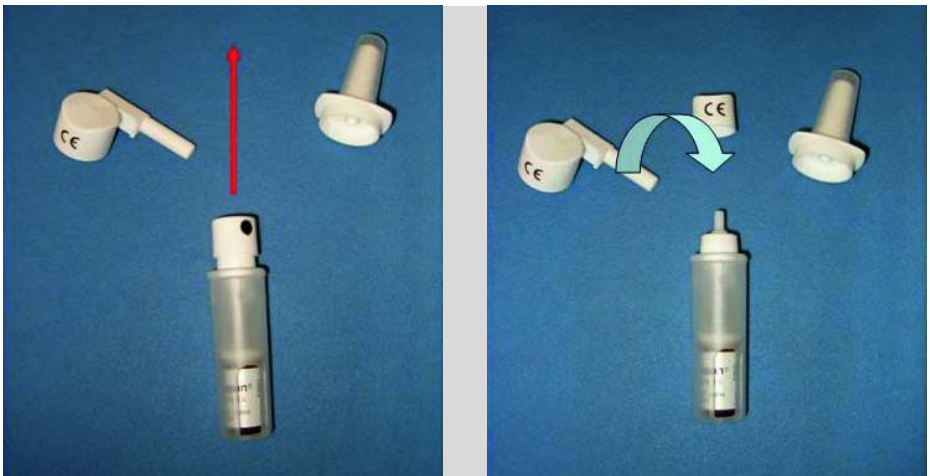


Рис. 3. Внешний вид и сборка Адаппликатора: вместо стандартной головки распылителя можно заказать специальный распылитель для полости носа (как у препарата Эуфорбиум композитум) или для горла. Общий принцип использования Адаппликатора при этом не меняется.

Средства для острых состояний носа и придаточных пазух: Эуфорбиум композитум и Мукоза композитум попеременно.

Средства для острых состояний горла: Лимфомиозот, Фосфор-Гомаккорд, Апис-Гомаккорд попеременно.

Отит: Траумель С, Лимфомиозот, Энгистол попеременно в наружный слуховой проход при помощи Адаппликатора.

Тошнота и рвота: по одной ампуле Нукс вомика-Гомаккорд и Момордика композитум попеременно.

Прочие показания к применению Адаппликатора

Хронический синусит: Белладонна-Гомаккорд, Эуфорбиум композитум, Траумель С попеременно, чередуя с препаратом Колибиоген Инъект С. Перорально можно назначить препарат Меркуриус-Хель С (3 раза в сутки по 1 таблетке).

Грипп и ОРВИ: попеременно каждые сутки по 1 ампуле Гирель и Энгистол в сочетании с Траумель С и Эуфорбиум композитум. Во многих случаях уже на вторые сутки наступает выраженное улучшение.

Стоматит у пациентов онкологического профиля: согласно результатам клинического исследования д-ра Обербаума (медицинский центр, Иерусалим), интенсивные полоскания полости рта 5 раз в сутки эффективны для лечения стоматита у пациентов онкологического профиля. Также целесообразно сочетание Траумель С с препаратом Мукоза композитум при различных воспалениях слизистой оболочки полости рта. Во многих случаях в течение нескольких суток удается купировать выраженный воспалительный процесс. Полоскания рта можно заменить на менее болезненные распыления препаратов на слизистую оболочку (в наибольшей степени этот вид терапии показан детям). Часто в схему терапии дополнительно включают препарат Лимфомиозот. При афтозном стоматите схема дополняется препаратами Энгистол, Эуфорбиум композитум и Herpes simplex-Nosode.

Иммуномодуляция (влияние на созревание и образование Т-лимфоцитов): по 10 ампул Эхинацея композитум СН, Энгистол, Коэнзим композитум и Лимфомиозот в рамках курса терапии (40 дней), чередуя по 1 ампуле в сутки при помощи Адаппликатора.

Купирование аллергического диатеза: Энгистол, Acidum formicicum-Injeel, Histamin-Injeel попеременно 1 раз в сутки.

Кожные заболевания: Лимфомиозот, Кутис композитум, Коэнзим композитум, Убихинон композитум по 10 ампул каждого в рамках 40-дневного курса (по 1 ампуле в сутки).

Дегенеративные изменения позвоночника: Дискус композитум и Цель Т попеременно каждые сутки или одновременно.

Синдром шейного отдела позвоночника: Гельземиум-Гомаккорд, Спаскупрель и Траумель С попеременно каждые сутки.

Ревматические заболевания: базисная антигомотоксическая терапия включает препараты Траумель С, Невралго-Реум-Инъель, Рододендронель и Bryonia-Injeel S. 1 ампула каждого препарата распыляется с помощью Адаппликатора. Такой 50-дневный курс терапии хорошо переносится пациентами. В промежутках между курсами пациенту можно проводить и другие терапевтические мероприятия, после чего курс лечения можно повторить.

Выводы

- **Адаппликатор для мукодермального применения представляет собой эффективную альтернативу парентеральному введению ампульных препаратов, особенно при страхе пациентов перед инъекциями или при невозможности назначения других форм терапии (гомеосиниатрии, мезотерапии, невральной терапии и пр.).**
- **«Распыляемые» ампулы также являются альтернативой спиртосодержащим каплям, таблеткам и капсулам (при затрудненном глотании), мальдигестии и мальабсорбции, а также при непереносимости вспомогательных веществ и консервантов.**
- **При помощи Адаппликатора можно применять любые антигомотоксические препараты, выпускаемые компанией «Хеель».**

Литература

1. WHO. Position Paper. Allergen Immunotherapy; therapeutic vaccines for alergic diseases. Allergy 1998; 53 (44): 21-2
2. Dettli L, et al. Biopharmazie – Theorie und Praxis in der Pharmakokinetik. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1981
3. Voigt R. Pharmazeutische Technologie. Deutscher Apotheker Verlag 2000
4. Malling HJ, et al. Position paper local immunotherapy. Allergy 1998; 53: 933-44
5. Bagnasco M, et al. Absorption and distribution kinetics of the major part 1 allergen administered by non-injectable routes in healthy human beings. J Allergy Clin Immunol 1997; 100: 122-9
6. Klein-Tebbe J. Entwurf Positionspapier der GDAI und des ADA: die spezifische Immuntherapie mit Allergenen. Pädiatrie 2000: 6
7. de Weck AL. Oral or sublingual immunotherapy? A topic deserving new evaluation. ACI International 1996; 8/1: 18-29
8. Hildebrandt JR. Spray-Grippeimpfung mit FluMist. Pharm Ind 2005; 67 (2): 194-98
9. Wiehl M. Hyposensibilisierung ohne Nadelstich. DAZ 2004; 48: 5480-1
10. Mathison S, et al. Nasal route for direct delivery of solutes to the central nervous system: facto or fiction? J Drug Targ 1998; 5 (6): 415-41
11. Heineman L, et al. Alternative routes of administration as an approach to improve insulin therapy: Update on dermal, oral, nasal and pulmonary insulin delivery. Curr Pharm Design 2001; 7: 1327-51
12. Bruins W, et al. Normalization of plasma vitamin B12 concentration by intranasal hydroxocobalamin in vitamin B12-deficient. Gastroenterology 1997; 113: 430-3
13. Beller KD. Verbesserte systemische Verfügbarkeit von Homeopathika und Phytotherapeutika. Ärztezeitsch Naturheilverfahren 2002; 43 (11): 708-12
14. Beller KD. Vereinfachte parenterale Applikation von Mineralstoffen und Spurenelementen mittels A.D.A.-System. Naturheilpraxis 2003; 9: 1280-5

Адрес автора

Dr. med. Klaus-Dieter Beller
Praxis für biologische Medizin
79341 Kenzingen, Schulstrasse 18
Germany

ВЕСТИ ИЗ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛОВ МИРА

Аспирин в профилактических целях менее эффективен для женщин

Кардиопротекторное действие приема низких доз аспирина используется для профилактики сердечно-сосудистых нарушений. Однако общая эффективность такой терапии у мужчин существенно выше, чем у женщин. Предполагается, что в основе данного феномена лежат половые различия в воздействии на цикл арахидоновой кислоты (циклооксигеназу-1).

JAMA 2006; 295: 1420-7

У. Веммер

Прививки в детском возрасте*

Дармштадт, Германия

* (Wemmer U. Impfungen im Kindesalter. Biol Med 2006; 1: 33-8)

Содержание

С помощью программ иммунизации формируется индивидуальная защита по отношению к наиболее распространенным инфекционным заболеваниям, что дает возможность предупредить возникновение эпидемий. Иммунизация относится к числу наиболее эффективных профилактических мероприятий, рекомендованных ВОЗ. В Германии постоянно действующая комиссия по иммунизации (STIKO) отвечает за актуализацию этих программ, реализующихся затем во всех субъектах федерации. За все рекомендуемые прививки государство несет юридическую ответственность в случае возможных осложнений после проведения прививки. Большинство жителей Германии выражает согласие с необходимостью данной программы, и лишь 1-3% ее полностью отклоняет. Поскольку обязательной иммунизации не существует, родители должны сами принимать решение о том, будет ли их ребенок подвергаться дополнительному риску заболевания (или даже смерти) от того инфекционного заболевания, которого можно было бы избежать с помощью превентивной иммунизации.

Summary

By vaccination it's possible to protect against dangerous infection diseases, and prevent epidemic diseases. Vaccinations belong to the very effective prophylactic measures. They are recommended by the WHO, in Germany they are actualised by the STIKO and accepted by German Countries. German state takes liability over complications after administration of vaccine. Majority of Germans has accepted necessity of vaccinations, only 1-3% recline them completely. Because there's no obligation of vaccination, parents have to decide, whether to expose their child to an unnecessary risk of illness with an avoidable infectious disease or even dying.

С помощью прививок формируется долговременная иммунная память, способная при повторном контакте с инфекцией, антигенами возбудителя активизировать механизмы защиты, наработанные в ходе первого контакта с прививочным материалом. Это позволяет избежать развития заболевания. Прививки должны способствовать формированию и активации Т- и В-лимфоцитов. За счет этого происходит стимуляция синтеза долгоживущих плазматических клеток в костной ткани, продуцентов антител и эффекторных Т-клеток памяти. Обе эти группы клеток способны распознавать возбудителей заболеваний и уничтожать их.

Иммунная защита, устойчивая и эффективная, образуется в результате стимуляции клеток памяти при повторной вакцинации. Эта иммунная защита должна быть сформирована как можно раньше. Поэтому проведение базовой иммунизации начинают уже с девятой недели жизни. К шести месяцам эта программа должна быть закончена, а к концу второго года жизни нужно сделать все дополнительные прививки.

План иммунизации

- Согласно рекомендациям постоянно действующей комиссии по иммунизации, опубликованным в июле 2005 года, иммунизация грудных детей, начиная с девятой недели жизни, проводится в соответствии со стандартом: трижды против шести заразных и, в определенных ситуациях, опасных заболеваний. Речь идет о дифтерии (D/d), столбняке (T), коклюше (aP), ДЦП, гепатите B и Haemophilus influenzae тип b (Hib), которые имеются в распоряжении врачей в виде шестивалентной вакцины, вводимой в виде одной инъекции.
- В возрасте одиннадцати месяцев проводится повторная иммунизация к вышеназванным заболеваниям, а также первая прививка против кори, свинки, краснухи и прививка против ветрянки.
- Вторая доза вакцины против кори, свинки, краснухи вводится минимум через четыре недели после первой, а самое позднее – в конце второго года жизни ребенка.
- Повторная иммунизация против дифтерии (со сниженным количеством токсоида дифтерии) и столбняка проводится в возрасте 5-6 лет.
- Между 9-м и 17-м годом жизни рекомендуется проводить повторные иммунизации против дифтерии, столбняка, полиомиелита и коклюша, а также против гепатита B и ветрянки (табл. 1).

Побочные эффекты иммунизации

Как и в других случаях проведения эффективной терапии, после проведения прививок возможно наступление побочных эффектов.

Незначительная локальная реакция

В месте проведения инъекции в течение 6-48 часов возникает локальное покраснение и легкие боли, которые обычно исчезают в течение одного дня. Это является доказательством эффективности иммунизации: подобные признаки рассматриваются как защитная реакция организма.



Рис. 1. Налет при дифтерии

Общие реакции

В качестве выражения иммунного ответа при большинстве прививок с использованием убитого прививочного материала отмечается легкая лихорадочная реакция в течение двух дней. После прививок с живым прививочным материалом лихорадочная реакция наступает на второй неделе. Через 1-2 дня лихорадка обычно проходит, температура снижается.

Прививки против кори и ветряной оспы с использованием живого материала могут вызвать высыпания на коже, схожие с теми, которые возникают при настоящей инфекции. Иногда дети жалуются на головные боли и общий дискомфорт (табл. 2).

Мгновенная аллергическая реакция встречается чрезвычайно редко, она может быть связана с угрозой для жизни. Она бывает вызвана дополнительными веществами, содержащимися в прививочном материале. При этом речь может идти об остатках культуральной среды, в качестве аллергенов могут выступать куриный белок, антибиотики и фенол. Симптомами служат высыпания на коже с красными пятнами, удушье, бледность и ускоренный пульс. Обычно эта реакция наступает через несколько минут после прививки и требуется проведение соответствующих мер (адреналин, кортикостероиды и плазмаэкспандер).

Прививки предупреждают инфекционные заболевания

Прививки применяются против частых и опасных бактериальных и вирусных инфекций. Предпосылкой является то, что прививочный материал действует надежно, а риск серьезных побочных эффектов существенно меньше, чем риск в случае инфекции. С помощью прививок, например, удалось победить оспу и полиомиелит в Европе и Америке. Однако множество патогенных возбудителей все еще представляют угрозу для здоровья, особенно для детей грудного и младшего возраста с отсутствующим иммунитетом или для пожилых людей со сниженным иммунитетом.

Прививки против бактериальных заболеваний

Дифтерия (рис. 1)

Возбудителем дифтерии является Corynebacterium diphtheriae, синтезирующая опасные токсины. **Осложнения**: при дифтерии существует опасность закупорки глотки, связанная с возможностью смерти от удушья. Через несколько недель после заболевания может развиться миокардит, в результате которого вероятен коллапс сердечно-сосудистой системы. Эти тяжелые осложнения служат причиной летального исхода в 5-10% случаев, к отказу почек может также привести обусловленный воздействием токсинов интерстициальный нефрит.

В республиках бывшего СССР в период между 1988 и 1996 годами было зарегистрировано около 40000 случаев дифтерии. В Германии примерно 60% взрослых в возрасте от 30 до 40 лет недостаточно защищены. Задачей обеспечения очагового иммунитета является достижение уровня иммунизации населения не менее 80%. В Германии в настоящее время 92,2% всех детей в возрасте два года полностью иммунизированы.

Прививочный материал: дезактивированный токсин дифтерии (токсоид). Эффективность прививки: после четырехкратного применения примерно 90%.

Прививки от	Количество полных месяцев жизни					Количество полных лет жизни			
	2	3	4	11-14	15-23	5-6	9-17	С 18	>60
DtaP	1S	2S	3S	A		A	A	A	A
Td	1S	2S	3S			A	A	A	A
aP	1S	2S	3S	A			A		
Hib	1S	2S	3S	A					
IPV	1S	2S	3S	A			A		
HB (6-валентная вакцина)	1S	2S	3S	A	G		A		
КСК			1S	2S					
Краснуха			1S	2S					
Ветряная оспа				1S			A		
Пневмококки					1S (24-59 мес.)			каждые 6 лет	
Грипп									ежегодно

Табл. 1. Календарь прививок STIKO, 2005 (8)
A = дополнительная прививка, желательно не ранее, чем через 5 лет после предыдущей дозы; G = базовая иммунизация у подростков, не прошедших иммунизацию или в целях дополнения незавершенной программы иммунизации; S = стандартные прививки = регулярные прививки; интервалы между прививками минимум 4 недели; интервал между предпоследней и последней прививкой минимум 6 месяцев

- Острые, показанные к терапии заболевания, хирургическое вмешательство
- Врожденные или приобретенные заболевания иммунной системы
- Известные тяжелые аллергии против компонентов прививочного материала
- Беременность
- Переливание крови или иммуноглобулин, перерыв менее 3 месяцев
- Другие прививки, в которых использовался живой прививочный материал, перерыв менее 4 недель

Табл. 2. Противопоказания, при которых не должен использоваться живой прививочный материал (1)

Длительность периода иммунной защиты после базовой иммунизации составляет 10 лет.

Столбняк

Возбудителем является Clostridium tetani, анаэробная бактерия, синтезирующая два токсина. Ежегодно столбняком во всем мире заболевает около 1 миллиона человек, причем половина из них погибает. **Осложнениями** столбняка являются пневмония, развивающаяся при вдыхании секрета, и вторичные бактериальные инфекции, истощение сердечно-сосудистой системы, переломы тела позвонков. Летальность зависит от времени инкубации и колеблется от 30 до 50%. Столбняк новорожденных, развивающийся вследствие недостаточной гигиены при удалении пуповины, приводит к смерти в 80-90% случаев.

В Германии в настоящее время 92,2% всех детей в возрасте два года полностью иммунизированы. Прививочный материал: дезактивированный токсин столбняка (токсоид). Эффективность прививки: после комплексной иммунизации примерно у 96% в течение 13-14 лет синтезируются специфические антитела. Длительность периода иммунной защиты после базовой иммунизации составляет 10 лет.

Коклюш (рис. 2)

Возбудителем является Bordetella pertussis, синтезирующая токсин. **Осложнениями** коклюша являются: в частности, в первый год жизни у 15-20% детей развивается пневмония. Заболевание в этом возрасте протекает без каких-либо специфических симптомов, может иметь место не кашель, а апноэ с риском смерти от удушья. Часто встречающимся осложнением является отит (за счет вторичной инфекции). В редких случаях в качестве осложнения наблюдается энцефалопатия с продолжительным поражением головного мозга.

Ежегодно во всем мире регистрируется примерно 51 миллион случаев заболевания коклюшем, летальный исход отмечается в 60000 случаев. В США болеют 1,2-8,2% (5).

Перенесенное заболевание не дает длительного защитного эффекта, поэтому взрослые с коклюшем в анамнезе также подлежат иммунизации. В 2003 году Германии около 90% всех детей в возрасте два года полностью иммунизированы (5).

Прививочный материал: бесклеточная вакцина из антигенов клеточных мембран возбудителя. Эффективность прививки по отношению к тяжелому заболеванию коклюшем у 3-4-летних детей после трех инъекций составляет примерно 95%. Длительность периода иммунной защиты – 3-4 года, через 6-12 лет защитное действие снижается на 50%.

Инфекции гемоглобинофильными бактериями (Haemophilus influenzae) тип b

1-5% всех детей являются скрытыми носителями возбудителя этого вида заболеваний. 85% всех инвазивных инфекций встречаются у детей в возрасте до 5 лет. **Осложнения:** менингит и артрит обычно в первые два года жизни, воспаление надгортанника в период между 2-м и 4-м годом жизни.



Рис. 2. Приступ кашля при коклюше

После введения иммунизации в 1991 году количество случаев уменьшилось с ежегодных 2000 до менее чем 250. К настоящему времени 83,7% всех детей в возрасте старше 2 лет полностью прошли программу иммунизации. Прививочный материал: конъюгат прививочного материала. Эффективность прививки после трех инъекций составляет примерно 89-100%. Длительность периода иммунной защиты: при полной базовой иммунизации – пожизненно.

Прививки от вирусных заболеваний

Полиомиелит

Возбудитель: полиовирус – РНК-вирус, относящиеся к пикорнавирусам. Серологически они подразделяются на три типа: одной из форм является паралитический полиомиелит (0,1–1% всех пораженных). Из непаралитической формы через несколько дней может развиться паралитический вариант заболевания с асимметрической слабостью (параличом) мышц. Чаще всего поражаются мышцы ног, однако может наблюдаться поражение мышц рук, живота и груди. Особенно опасна бульбарная форма с параличом дыхания. При постполиомиелитном синдроме даже через годы и десятилетия могут нарастать паралич и деградация мышечной ткани.

После начала активной иммунизации с помощью пероральной вакцины (1988 г.) количество больных во всем мире стало сокращаться. С 1994 года американский континент, а 2000 года и весь регион Тихого океана свободны от полиомиелита. Последние случай приобретенного полиомиелита в Германии был отмечен в 1990 году при инфицировании диким вирусом. В Германии уже в 2003 году 90,7% всех детей в возрасте 2 лет полностью иммунизированы (3).

Прививочный материал: дезактивированная полиовакцина (IPV), убитый прививочный материал, рекомендованный с 1998 года, так как после применения пероральной вакцины были отмечены несколько случаев ассоциированного с вакциной паралитического полиомиелита.

Эффективность прививки: составляет 96–99%. Длительность периода иммун-

ной защиты: 10 лет, затем может быть рекомендована повторная иммунизация. Целью иммунизации служит предупреждение заболевания с паралитическими симптомами, а также предупреждение постполиомиелитного синдрома.

Гепатит В

Возбудитель: вирус гепатита В (HBV), ДНК-вирус. Распространенность в Германии: 7% населения, в 2003 году отмечено 1304 случая заболевания. Против гепатита В у 84,3% детей в возрасте 2 лет существует достаточная иммунная защита (3).

Прививочный материал: производится с помощью генно-инженерных технологий, оболочечный протеин вируса гепатита В. Эффективность прививки: 95%. Длительность периода иммунной защиты: минимум 10 лет. Целью иммунизации является снижение риска трудно предсказуемых осложнений инфекции, прежде всего, хронического течения, приводящего к циррозу или карциноме печени. Кроме того, прививка против гепатита В защищает от вирусной инфекции гепатита Д.

Корь (рис. 3)

Возбудители: парамиксовирус, РНК-вирус; распространенность заболевания: 10 000-50000 в год, из них 5-10 летальных.

Прививочный материал: живой прививочный материал, содержащий способный к размножению вирус кори. После первой прививки отмечается сероконверсия у 90%, низкий уровень иммунного ответа - у 10% детей, отсутствие ответа - в 5-7% случаев. Повторная иммунизация эффективна и приводит у ранее безуспешно иммунизированных к сероконверсии в 95%.



Рис. 3. Ребенок с корью

Осложнения	При заболевании	После прививки
Бактериальная суперинфекция	7%	отсутствуют
Лихорадочные судороги	8%	<0,02%
Изменения на ЭЭГ	50%	отсутствуют
Энцефалит	0,05-0,1%	<1 на 1 миллион

Табл. 3. Осложнения кори

После изменения интервала между прививками (первая прививка в 11-14 месяцев, вторая - в 15-23 месяца) в 2003 году были достаточно защищены лишь 34,6% детей в возрасте 2 лет. Прививки проведены только у 69,2% детей (3), тогда как очаговый иммунитет образуется при условии 95% иммунизации. Эффективность прививки: 97-99%. Длительность периода иммунной защиты: более 10 лет. Целью иммунизации является предотвращение осложнений инфекции кори (табл. 3).

Эпидемический паротит, свинка (рис. 4)

Возбудители: парамиксовирус; распространение – по всему миру, вирулентность - около 90%. **Осложнения:** симптомы респираторного заболевания наблюдаются у 40-50% пациентов. Серозный менингит развивается в 3-10% случаев, менингоэнцефалит в 50% случаев приводит к длительным поражениям. Это может быть, в частности, тугоухость после неврита слухового нерва (1/10000) или воспаление лабиринта. В подростковом возрасте: панкреатит, орхит с последующим бесплодием, эпидидимит, оофорит или мастит. Очень редко встречается тиреоидит, миелит, миокардит, артрит и тромбоцитопеническая пурпура. В первые месяцы беременности возможен спонтанный аборт.

Новорожденные дети в первые 8 недель жизни обладают иммунитетом, унаследованным от матери. В Германии лишь 34,6% детей в возрасте 2 лет полностью иммунизированы, по крайне мере, одна прививка сделана 68,7% (3).

Прививочный материал: живой прививочный материал, содержащий способный к размножению вирус свинки. Эффективность прививки: 97%. Длительность иммунной защиты после двукратной базовой иммунизации: пожизненная. Целью иммунизации является предотвращение заболевания и его осложнений.

Краснуха

Возбудители: вирус краснухи (Rubella), РНК-вирус. **Осложнения:** артриты, бронхит, отит, энцефалит, мио- и перикардит, тромбоцитопения с пурпурой и кровоизлияниями.

Краснуха во время беременности: повреждение эмбриона в первые 8 недель беременности происходит в 90% случаев, инфекция во время второго триместра вызывает поражения в 25-35% случаев. Осложнением инфекции на 1-4-м месяцах может быть спонтанный аборт. Также к последствиям заболевания можно отнести низкий вес при рождении, тромбоцитопеническая пурпура, гепатоспленомегалия, энцефалит, гепатит, миокардит, микроцефалия.

Синдром Грегга затрагивает сердце (открытый Ductus arteriosus), глаза (катаракта), слух (тугоухость, связанная с поражением внутреннего уха). Летель-



Рис. 4. Эпидемический паротит, свинка

ность врожденного синдрома краснухи составляет 15-20%. У новорожденных с инфекцией краснухи: тромбоцитопения с петехиями, новорожденные являются источниками инфекции и должны находиться в изоляции.

С изменением сроков проведения второй прививки в возрасте 15-23 месяца в 2003 году лишь у 34,6% детей в возрасте 2 лет имелся полный иммунитет. Прививочный материал: живой прививочный материал, содержащий способный к размножению вирус краснухи. Эффективность прививки: 99%. Целью иммунизации является, прежде всего, предотвращение эмбриопатии, вызываемой вирусом краснухи. Примерно у 10% женщин репродуктивного возраста не обнаруживается антител к краснухе. Длительность иммунной защиты после базовой иммунизации: пожизненная.

Ветряная оспа (рис. 5)

Возбудитель: вирус ветряной оспы. Смертность: в Германии ветряной оспой ежегодно заболевает 750 000, отмечается 10-20 случаев гибели детей. **Осложнения:** среди редко встречающихся осложнений – энцефалит или инфаркт, встречаются также кожные кровотечения и кровотечения внутренних органов (геморрагическая ветряная оспа). Кожные и общие инфекции развиваются на почве расчесывания высыпаний. Гораздо тяжелее ветряная оспа протекает на фоне слабого иммунитета (например, при лейкемии) или тяжелого нейродермита. Ветряная оспа в первый триместр беременности может нанести ущерб плоду. Возникают дефекты конечностей, поражения кожи и глаз. Инфекция при родах может привести к тяжелому течению заболевания с летальным исходом.

В июле 2004 года STIKO рекомендовала проводить прививки против ветряной оспы в возрасте 11-14 месяцев. Неиммунизированные и до сих пор не болевшие дети в возрасте до 18 лет также должны получить прививки. Комплексная прививка в сочетании с корью, свинкой, краснухой (КСК) будет разработана к 2007 году. В настоящее время используется моновалентная вакцина с живым прививочным материалом, содержащим вирусы, способные к размножению.



Ветряная оспа (рис. 5)

Эффективность прививки: 90%. Длительность иммунной защиты: 5-8 лет. Целью иммунизации является защита от ветряной оспы, особенно новорожденных, и предотвращение опоясывающего лишая после заболевания. В США за счет иммунизации пожилых людей (старше 60 лет) удалось добиться снижения частоты опоясывающего лишая на 51,3% и его осложнения в виде невралгии на 66,5%.

Данные об уровне иммунизации детей в Германии

Несмотря на то, что в новых землях Германии только 0,4%, а в старых землях 1,5% родителей в принципе отвергают иммунизацию, достаточно надежного уровня безопасности не достигнуто (3). Это касается, прежде всего, иммунизации от кори, свинки, краснухи. Число детей в возрасте 2 лет с полной базовой иммунизацией против дифтерии (D), столбняка (T), коклюша (P), полиомиелита, гемоглобинофильных бактерий (Hib) и гепатита B в настоящее время составляет 79,2%.

Литература

1. Gerike E, Tischer A. Masernimpfung in Deutschland. Monatsschrift Kinderheilkd 2000; 148: 623-33
2. Jilg W. Schutzimpfungen. 2. Auflage. Ecomed, Landsberg/Lech 2000
3. Kalies H, von Kreis R. Durchimpfungsraten bei Kindern in Deutschland. Monatsschrift Kinderheilkd 2005; 153: 854-61
4. Kirschner W, Kirschner R, Koch R. Besseren Impfschutz anstreben: Durchimpfungsraten bei Kindern in West- und Ostdeutschland im Jahr 1994. Kinderärztl Prax 1997; 68: 7-12
5. Liese J. Pertussis bei Jugendlichen und Erwachsenen. Monatsschrift Kinderheilkd 2005; 153: 845-53
6. Robert-Koch-Institut. Empfehlungen der Standigen Impfkomission (STIKO) am Robert-Koch-Institut (Stand Juli 2004). Epidemiol Bull 2004; 30: 235-50
7. Robert-Koch-Institut. Mitteilung der Ständigen Impfkomission (STIKO) am Robert-Koch-Institut: Neues in den aktuellen Impfempfehlungen der STIKO. Epidemiol Bull 2004; 32: 261-68
8. Robert-Koch-Institut. Empfehlungen der Ständigen Impfkomission (STIKO) am Robert-Koch-Institut (Stand Juli 2005). Epidemiol Bull 2005; 30: 257-72
9. Sneeweiss B. Kinderimpfung gegen Varizellen. Monatsschrift Kinderheilkd 2005; 153: 838-44

Адрес автора

Prof. Dr. med. Ulrich Wemmer
Troyersstrasse 48
64297 Darmstadt
Germany

Практические советы

- **При общении с родителями следует обращать внимание на то, что понятие прививка касается только активной иммунизации. Эффективность прививки выявляется не сразу, а спустя несколько недель, однако прививка обеспечивает длительную защиту.**
- **У грудных детей прививки могут сочетаться с плановыми обследованиями.**
- **Если прививку забыли сделать к предписанному сроку, следует сразу же наверстать упущенное.**
- **При тяжелом заболевании следует отказаться от иммунизации.**
- **Легкое заболевание, протекающее с повышенной температурой, представляет собой противопоказание для прививки.**
- **Пациенты с хроническими заболеваниями, такими как диабет, астма или пороки сердца, обязательно должны проходить иммунизацию.**
- **Противопоказаниями являются тяжелые или приобретенные иммунные заболевания или тяжелые неврологические заболевания (табл. 2).**

У. Веммер

Какие вирусы гриппа действительно опасны для человека?*

Дармштадт, Германия

* (Wemmer U. Welche Grippeviren sind wirklich gefahrlich fur Menschen? Biol Med 2006; 1: 5-6)

Дебаты вокруг так называемого «птичьего гриппа» ежедневно ведутся на страницах газет, этому вопросу посвящают радио- и телепередачи. Птицефермы, вероятность заражения при контакте с животными, возможность заражения человека и суперинфекция – таковы обсуждаемые темы, сопровождающиеся различного рода спекулятивными утверждениями, а также беспочвенными страхами и опасениями. В ходе этих бесед редко высказываются обоснованные мнения. Обратившись к одному из экспертов в области иммунизации, профессору Ульриху Веммеру, мы предложили, в порядке небольшого обзора, ознакомить нас с научным подходом к данной проблематике.

Человеческий вирус гриппа

Возбудителями гриппа являются вирусы гриппа А и В, реже – вирусы группы С. Существует множество различных подтипов вируса А, 16 с поверхностным антигеном гемагглютинином и 9 - с поверхностной нейраминидазой. Тип В обладает только одним подтипом и представлен только у человека.

Эпидемии гриппа

Эпидемии гриппа, произошедшие в 1918, 1957 и 1968 годах, унесли множество жизней. Только в 1918-1919 гг. погибло около 50 миллионов человек. Возбудителем была мутация вируса птичьего гриппа (типа А).

Даже в отсутствие эпидемий ежегодно от гриппа гибнет 1 миллион человек, в Германии отмечается от 8 до 20 тысяч летальных исходов в год. Разумеется, в случае эпидемии рост этих показателей неизбежен.

Симптоматика

Вирусы гриппа человека (H1, H2, H3 и N1, N2) начинают размножаться в дыхательном тракте после вдыхания аэрозоля, содержащего вирус. У половины инфицированных симптомы не развиваются, у остальных в 90% случаев наблюдается легкая симптоматика. Это внезапная лихорадка, головные боли, мышечные боли, кашель и боли в горле. При неосложненном течении симптомы через 5-7 дней исчезают, однако восстановление прежней работоспособности занимает порой несколько недель. При тяжелом течении (оставшиеся 10% пациентов) из-за вторичной бактериальной инфекции развивается пневмония, от которой пациент может погибнуть.

Птичий грипп

Отдельные подтипы вирусов гриппа встречаются у свиней и лошадей. Дикие птицы, прежде всего, утки и гуси являются «хранилищем» для всех типов вируса А, причем сами они не болеют, но выделяют вирусы (H1–H16) с фекалиями. Возбудителем птичьего гриппа являются вирусы птичьего гриппа (AI), обладающие высокой патогенностью (HPAI). Уже в 1878 году наблюдалась первая эпидемия птичьего гриппа, генерализованная форма с особо тяжелым течением и высокой летальностью у кур и индюшек.

Инфицирование человека

Со времени открытия HPAI в 1959 году и до октября 2005 года 24 эпидемии птичьего гриппа унесли жизни 69 человек из 232 заболевших. В 1997 году обнаружился новый, смертоносный вариант HPAI (A/H5N1), в Гонконге им заболело 18 человек, 6 из них погибли. В современной эпидемии в период 2003-2005 годов в Юго-Восточной Азии заболели 124 человека, 63 из них погибли. Все пациенты заразились через выделения, секреты или пыль в курятнике, где находилась больная птица. Перенос с пищей встречается гораздо реже (вирусы погибают только при высокой температуре).

Инфицирование гриппом типа A/H5N1 характеризуется у человека таким же началом, как и другие формы

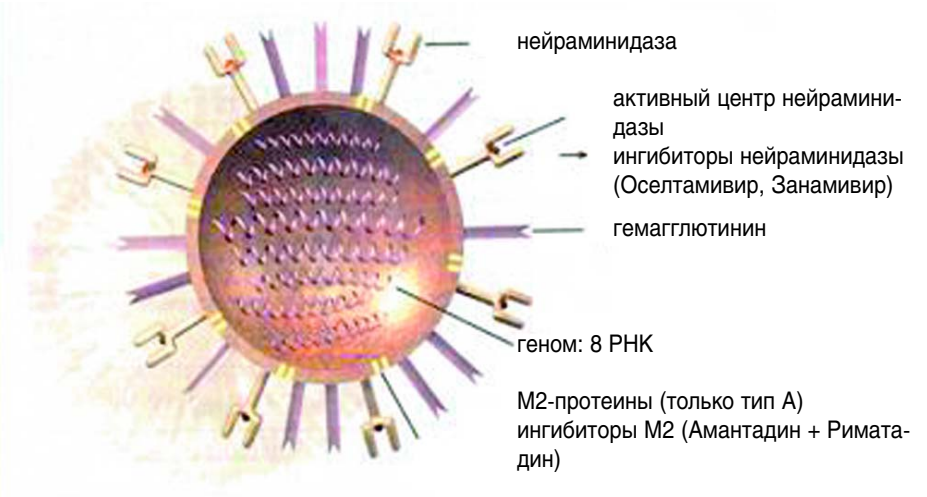


Рис. 1. Структура вируса гриппа А

гриппа: лихорадка, острая фаза начального заболевания, кашель и одышка. Затем самочувствие быстро ухудшается из-за тяжелой вирусной пневмонии, от которой погибает 50% пациентов.

Перенос вирусов от заболевшего на здорового (от человека к человеку) до настоящего времени не наблюдался. Однако контакт человеческих вирусов гриппа с птичьими разновидностями может привести к появлению новых штаммов за счет обмена генами и вызвать эпидемию.

Профилактика и терапия гриппа у человека

Существует прививка против гриппа, которая «учитывает» ежегодную антигенную вариабельность вирусов. В ней представлены компоненты инактивированных вирусов гриппа или оба поверхностных антигена – гемагглютинин и нейраминидаза. Защита наступает через 14 дней после прививки, сохраняясь в течение 1 года.

Здоровые дети и взрослые в 70-90% случаев за счет этого будут защищены от заболевания, более чем в 70% случаев отмечается защитное действие и у людей старше 65 лет.

Противовирусная терапия

Для терапии гриппа типа А в Германии используется ингибитор М2-протеина Амантадин. Амантадин может применяться для профилактики у детей старше 10 лет, а для лечения – для детей старше 1 года. Однако большинство штаммов высокопатогенного птичьего гриппа к этому препарату резистентны.

Терапия птичьего гриппа возможна с помощью ингибиторов нейраминидазы. Занамивир (спрей) применяют для лечения у детей старше 12 лет, а профилактически - у детей старше 5 лет. Осельтамивир эффективен против отмеченного в Азии вируса гриппа H5N1, его принимают перорально в виде капсул или суспензии, терапия – для детей старше 1 года, профилактика – с 13 лет.

Применение препаратов в течение 48 часов после начала заболевания позволяет на один день сократить продолжительность заболевания. Профилактический прием в 90% случаев предотвращает наступление заболевания.

Во избежание эпидемии ВОЗ рекомендует использование ингибиторов нейраминидазы примерно 20-25% населения. В настоящее время в Германии имеется запас данного класса лекарственных средств для 8-10% населения.

На появление прививочного материала против нового подтипа гриппа (после обмена генами) можно рассчитывать только спустя 3-6 месяцев после начала эпидемии. Если эпидемия разразится, понадобится около 300 миллионов доз прививочного материала. Осуществление программы прививания также потребует нескольких месяцев.

Литература

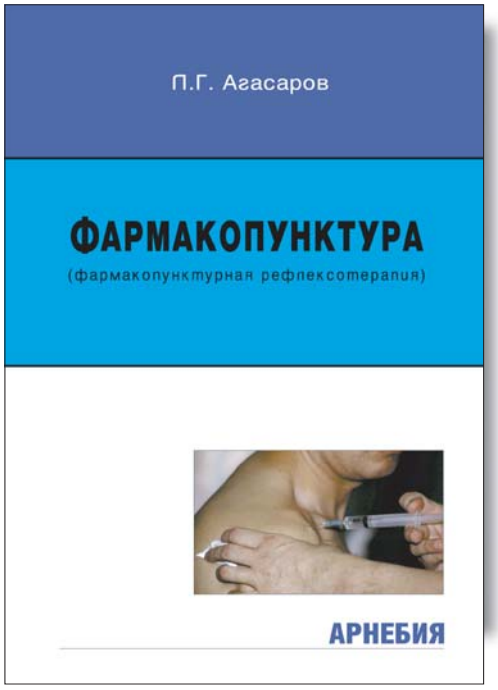
1. Ruf BR., Werner O, Schmitt HJ, Wutzler P. Humane und avaere Influenza-Vogelgrippe. Dtsch Arzteblatt 2005; 102 (47): A3254-63
2. www.rki.de

Агасаров П.Г.
Фармакопунктура (фармакопунктурная рефлексотерапия).
М.: Арнебия, 2002. – 208 с., 24 илл., 5 табл.
ISBN 5-9244-0009-3

Интерес к инъекционным методам введения гомеопатических и других лекарственных средств постоянно растет. Это обусловлено высокой эффективностью парентерального применения данных препаратов, особенно если к механизмам фармакологического действия "подключаются" рефлексотерапевтические аспекты воздействия.

Настоящая книга является первым отечественным руководством по фармакопунктуре – локальному применению лекарственных средств. Данный метод, являющийся производным от рефлексотерапии, сегодня приобретает самостоятельное значение, что подтверждается многочисленными научно-практическими исследованиями. При этом акцент в книге на положениях клинической гомеопатии (гомотоксикологии) обусловлен эффективностью фармакопунктуры именно комплексными гомеопатическими средствами.

Наряду с теоретическими аспектами предложенного метода рассматриваются конкретные рекомендации по лечению целого ряда патологий (неврологического, интернистского, ревматологического профиля и пр.). Книга рекомендована Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального образования врачей.



ИЗДАТЕЛЬСТВО АРНЕБИЯ

Книги можно заказать непосредственно в ЗАО "Арнебия" по тел. (095) 913-8497 или на нашем интернет-сайте www.arnebia.ru

М. Фалькенберг

Анти-эйджинг и профилактика натуропатическими средствами*

По материалам конференции Немецкого общества анти-эйдж-медицины в Мюнхене

Мюнхен, Германия

* (Falkenberg M. Anti-Aging-Massnahmen und Prevention mit naturheilkundlichen Mitteln. Biol Med 2005; 3: 100-1)

Решающую роль в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и сенильной деменции играет холестерин, обладающий негативным действием на сосуды вследствие своего окислительного потенциала. Таким образом, снижение содержания холестерина является важным принципом медицины, направленной на предотвращение старения (анти-эйджинг). Отказ от употребления сливочного масла может снизить его уровень лишь на 10%, так как основная масса холестерина (88%) синтезируется в печени. Важным фактором правильного питания является переход от сливочного масла к растительным маслам, тушеной или вареной пище вместо жареной или приготовленной во фритюре. Не стоит забывать и о важности омега-3-жирных кислот (прежде всего, содержащихся в рыбьем жире), которые оптимизирует метаболизм липопротеидов, снижая уровень липопротеидов низкой плотности; они также ингибируют агрегацию тромбоцитов. Снижение избыточного веса и подвижный образ жизни также положительно влияют на липиды крови. Если же предложенных мер будет недостаточно, всегда можно использовать методы и препараты натуропатического лечения.

Ортомолекулярная медицина предоставляет дополнительные возможности

Микроэлементы и нутрицевтики также положительно влияют на уровень холестерина. По сообщению д-ра Зигфрида Шлетта (Мюнхен), особенно это относится к ниацину, витамину Е (вместе с витамином С обладающему антиоксидантным действием на частички липопротеидов низкой плотности), аргинину (повышающему продукцию закиси азота). Коэнзим Q оптимизирует активность мембран, а также их метаболические характеристики. По мнению д-ра Шлетта, коэнзим Q всегда должен назначаться в качестве дополнения к терапии статинами для нейтрализации возможного негативного действия последних на сердечную мышцу.

Исследования с поликосанолом

Поликосанол является одной из наиболее интересных субстанций, влияющих на уровень липидов. Это смесь спиртов из тростникового сахара или рисовой клейковины. Механизм его действия в настоящее время еще не до конца изучен. Предполагается, что поликосанол ингибирует синтез 3-гидрокси-3-коэнзима А: исследования ин витро показывают снижение эндогенного синтеза холестерина в печени.

Результаты исследования поликосанола были опубликованы еще 10 лет назад. Например, работа 1992 года (на здоровых пробандах) показала снижение продукции липопротеидов низкой плотности на 22% и повышение фракции липопротеидов высокой плотности на 29% при приеме 20 мг поликосанола в сутки. На пациентах с гиперхолестеринемией было проведено 14 рандомизированных плацебо-контролируемых двойных слепых исследований, давших положительные результаты: снижение общего холестерина, липопротеидов низкой плотности и соотношения липопротеидов низкой плотности к высокой плотности. 3 исследова-



Рис. 1. Анти-эйдж-терапия позволяет даже в старости сохранить бодрость и силу

ния, проведенных на пациентах с сахарным диабетом, также продемонстрировали дозозависимое снижение общего холестерина на 28%, липопротеидов низкой плотности – на 44%, а соотношения липопротеидов низкой плотности к высокой плотности – на 51% по сравнению с плацебо. Сравнительные исследования показали, что поликосанол в дозировке 5-20 мг/сутки по эффективности не уступает статинам, но при этом не имеет таких побочных эффектов.

Д-р Шлетт считает, что научное изучение данного препарата нужно продолжать. Необходимо оптимизировать и технологические процессы, связанные с производством данного средства. Однако терапевтический эффект ожидается не ранее чем на 6-8 неделе терапии.

Аргинин влияет на метаболизм монооксида азота

Аминокислота L-аргинин играет важную роль в метаболизме монооксида азота и поэтому является крайне важной в анти-эйдж-терапии, считает д-р Удо Бём. Аргинин необходим для синтеза монооксида азота, влияет на функции эндотелия и на дилятацию сосудов. Кроме того, азот снижает окисление липопротеидов низкой плотности, образование атеросклеротических бляшек и свободных радикалов.

Недостаток монооксида азота при метаболическом синдроме и сердечно-сосудистых заболеваниях обычно обусловлен свободными радикалами и повышенным содержанием асимметричного диметил-аргинина (ADMA), ингибирующего синтез NO. Однако L-аргинин замещает ADMA и по новой запускает нарушенный синтез. Это объясняет парадокс аргинина: хотя он в достаточном количестве образуется в организме, его поступление извне с пищей обладает положительным фармакологическим действием. Дополнительное поступление аргинина смещает равновесие в сторону своей полезной формы.

Аргинин как альтернатива Виагре?

Особая область применения аргинина – эректильная дисфункция. За счет действия монооксида азота на регуляцию сосудов пещеристого тела аргинин эффективен в терапии нарушений эрекции. При этом механизм действия сопоставим с действием фосфодиэстеразы-5. Некоторые научные публикации позволяют нам говорить о клинически значимом действии аргинина, в первую очередь, на пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, принимающих нитраты, для которых аргинин может стать альтернативой ингибиторам фосфодиэстеразы-5. Терапия аргинином может быть весьма эффективной, без побочных эффектов и, что немаловажно, недорогой.

Красное вино: ресвератрол для анти-эйджинга

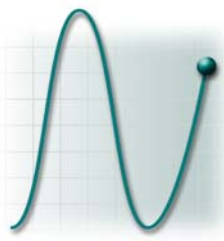
Уже в течение долгого времени обсуждается возможное защитное действие красных вин при сердечно-сосудистых заболеваниях. Несмотря на существенное потребление жирной пищи и курение, в Южной Франции уровень смертности от сердечно-сосудистой патологии крайне низок. По мнению д-ра Кляйне-Гунк, ресвератрол, содержащийся в красном вине, является весьма многообещающей субстанцией для анти-эйдж-медицины. Это вещество содержится в виноградных косточках, кожуре и гребнях. Оно относится к полифенолам, вторичным растительным веществам, образующимся в растениях. Оно активирует защитную систему растений и синтезируется в больших количествах при повышенной нагрузке, например при бактериальных и грибковых поражениях.

Ресвератрол характеризуется выраженным антиоксидантным эффектом за счет его высокой афинности к пероксильным радикалам. Кроме того, он снижает пероксидацию липопротеидов и защищает от негативных последствий окисленных липопротеидов низкой плотности. Так как ресвератрол является водо- и жирорастворимой субстанцией, он может обеспечить более широкий спектр антиоксидантной защиты в сравнении с витаминами Е и С. В настоящее время информации о ресвератроле собрано недостаточно, и вся она базируется на экспериментальных работах.

При употреблении винограда или сока из него в организм попадает крайне незначительное количество ресвератрола. Его высокое содержание в красных винах связано с процессами ферментации. Но и в красных винах содержание ресвератрола может варьировать от 0,1 до 15 мг/л в зависимости от области производства вина и климатических условий. Большинство французских и итальянских вин содержат около 6 мг/л; наибольшее содержание ресвератрола отмечается в сортах каберне совиньон и мерло. Однако при выдерживании в дубовых бочках даже в течение одного года это содержание снижается вдвое. Для профилактики рекомендуется употреблять ежедневно 0,375 л вина для мужчин и 0,25 л для женщин.

Механизм действия схож со снижением калорийности

Как и в случае со снижением потребления калорий, увеличивающим продолжительность жизни, ресвератрол активирует ген сиртуин (SIRT-1). Эта дезацетилаза играет важную роль в восстановлении ДНК и клеток. Таким образом, ресвератрол как бы стимулирует снижение веса и потребления калорий, считает д-р Кляйне-Гунк. За счет ингибирования циклооксигеназы, снижения образования простагландинов и снижения синтеза оксидов азота он может снижать интенсивность роста злокачественных новообразований.



ВЕСТИ ИЗ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛОВ МИРА

Горные лыжи и травмы головы

Катание на горных лыжах и сноуборде связано в достаточно высоким риском травм головы (18% всех травматических случаев, причем для сноубордистов этот показатель в полтора раза выше). Однако избежать 60% травм головы можно с помощью специальныхз защитных шлемов. Норвежские травматологи призывают использовать такие шлемы, как это принято в настоящее время среди мотоциклистов.

JAMA 2006; 295: 919-24

Г. Дросс

Невральная терапия нарушений артериального кровообращения*

Бохум, Германия

* (Dross G. Neuraltherapeutische Behandlung von arteriellen Durchblutungsstörungen. Biol Med 2006; 1: 23-6)

Содержание

Нарушения артериального кровообращения могут быть вызваны как изменениями вязкости крови, так и уменьшением просвета сосудов. При атеросклеротических изменениях стенки сосуда существует дилятационный резерв, который может быть использован. Вегетативная дисрегуляция мускулатуры сосудов может быть нормализована. Сужающиеся перивазальные отеки могут быть уменьшены или устранены. Важную роль при этом играют специфические особенности прокаина, а также технически правильное проведение невральной терапии.

Summary

Disturbed arterial circulation can be used by changes of the blood flow properties as well as of the lumen of the vessels. In case of arteriosclerotic parietal alterations there exists a dilating reserve which it is essential to utilize. The vegetative false regulation of the vascular muscles can be made return to normal. Constricting perivasal oedemas allow to be reduced or eliminated. In this context, both the specific properties of procaine and the proper neurotherapeutical technique are decisive.

Кровь является важным транспортным средством для переноса кислорода, углекислоты, питательных веществ, витаминов, ферментов и конечных продуктов клеточного обмена. Она выполняет также функцию терморегуляции, является важной организующей компонентой деятельности иммунной системы. Широчайшая специализация и высокая работоспособность этой системы делают ее восприимчивой к нарушениям. Даже краткое прерывание циркуляции, например, в области головного мозга, может привести к тяжелейшим поражениям или смерти. Не столь радикальные, медленно развивающиеся или существующие в течение длительного времени нарушения вызывают функциональные ограничения, боли или патологические изменения систем и органов, например перемежающуюся хромоту с уменьшением длины шага, болями в покое и, в последней стадии, гангреной.

Нарушения

В целом, нарушения перфузии возможны в любом месте организма. Они сопровождаются дефицитом снабжения пораженных регионов. С возрастом увеличивается вероятность развития нарушения кровоснабжения. Осложнения в зависимости от тяжести нарушения могут иметь как бессимптомный характер, так и доходить до инфаркта. На органах чувств, глазах и ушах нарушения снабжения обнаруживаются очень рано. В других регионах, например, в области мышц имеются большие резервы. Нарушения в зависимости от причин разделяют на две большие группы:

- Патологические изменения крови, например, ее вязкости, активности свертывания, склонность тромбоцитов к образованию агрегатов.
- Сужения просвета из-за образования атеросклеротических бляшек, спазмов сосудов, давления извне.

В первой группе речь идет об изменении характеристик вязкости крови. Существует возможность проведения многочисленных натуропатических и комплементарных мероприятий для улучшения этих характеристик. Например, при высоких значениях гематокрита целесообразным мероприятием

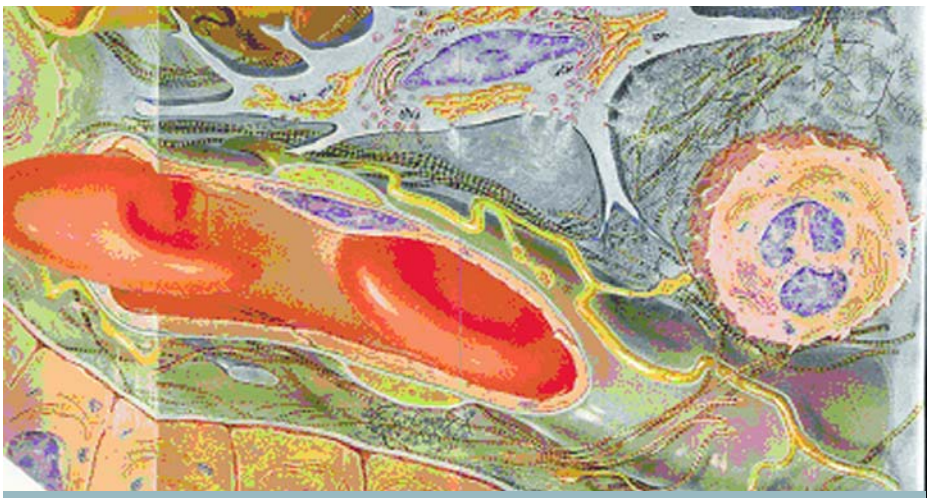


Рис. 1. Система основной регуляции по Пишингеру/Хайне, схема

может стать лечение в форме кровопусканий. С другой стороны, избыточная склонность тромбоцитов к образованию агрегатов может быть устранена с помощью целенаправленных мероприятий по снижению потребления белков, регуляции избыточного закисления, применения изопатических препаратов (Мукокель) или комплексных гомеопатических препаратов, в частности Эскулюс композитум (капли) или Циркуло-Инъель (инъекции).

Атеросклероз

Наряду с возрастом склерозирование интимы артерий вызывает целый ряд факторов риска. К их числу относится артериальная гипертония, никотиновая интоксикация организма (чрезвычайно значимый фактор риска для развития закупорки сосудов), гиподинамия и ожирение, а также нарушения обмена веществ (диабет, высокие значения холестерина). Обсуждается также значение повышенного уровня гомоцистеина. Уже давно известно, что возникновение атеросклероза всегда связано с воспалительным процессом и, соответственно, с повышенным значением CRP в сыворотке.

Кажется невероятным то, что сузившийся из-за присутствия атеросклеротической бляшки сосуд можно расширить. Однако следует иметь в виду, что подобное поражение не охватывает всю окружность сосуда, и в области непораженной стенки еще существуют резервы для расширения. Казалось бы, их можно использовать. Однако системная терапия с помощью сосудорасширяющих средств представляется как теоретически, так и практически проблематичной при использовании высоких дозировок. Именно здесь существует «точка приложения» для невральной терапии с ее воздействием на вегетативную регуляционную систему.

В соответствии с гемодинамическим законом Хагена для гомогенных жидкостей, объем потока на единицу времени пропорционален начальному давлению, четвертой степени радиуса сосуда и обратному значению вязкости, а также длине сосуда. Согласно этому закону, удвоение радиуса сосуда даст 16-кратное улучшение кровотока. Даже малейшие изменения радиуса сосудов в сторону расширения способны существенно изменить объем потока в единицу времени. Однако подобного действия из-за негомогенности корпускулярной компоненты крови ожидать не приходится, к тому же оно никогда не отмечалось и у здоровых людей. Кроме того, назначаемые средства не воздействуют на радиус сосудов или воздействуют на него в стратегически незначимых местах.

Патолог Риккер в своих многочисленных экспериментах на животных показал, что ширина сосудов, контролируемая вегетативной нервной системой, регулируется по-разному в разных сегментах. И на самом деле отмечается невральная регуляция самых разнообразных и происходящих одновременно изменений широты сосудов в различных отрезках пре- и посткапиллярных сосудов. Фактически, замедление или блокировка кровотока, стаз могут наблюдаться и в расширенных участках сосудов, приводя к перивазальным отекам или дисфункциям в соответствующем регионе.

Областью, в которой заканчивается путь кровеносного сосуда, является система основной регуляции («Пишингерово пространство», по Пишингеру и Хайне), ответственная за снабжение клеток органов всем необходимым. Решающим фактором является объем поступающих питательных веществ и кислорода (рис. 1).

Функциональные нарушения

При функциональных нарушениях кровообращения проводящие сосудистые пути сужаются, в связи с чем наблюдается замедление кровотока. Причиной является повышенная доля импульсов вегетативной нервной системы, в частности, симпатической. Органические изменения сосудов, по крайней мере, в начале заболевания отсутствуют. Типичным примером являются первичный (функциональный) синдром Рейно, на котором базируется вторичный феномен Рейно, который следует отличать от прочих заболеваний, например коллагенозов. Первичный синдром Рейно особенно часто встречается у женщин более молодого возраста, и представляет собой серьезную угрозу качеству жизни.

Нередко функциональные нарушения возникают вследствие других первичных поражений и заболеваний, а также после хирургического вмешательства. Почти всегда они представляют собой дополнительное осложнение при уже существующих заболеваниях, таких как атеросклероз.

Дефекты невральной регуляции могут стать причиной как спазма, так и расширения сосудов, проявляющегося в любом отрезке артериальной системы, а именно:

- в главных артериях,
- артериолах,
- анастомозах,
- прекапиллярах,
- капиллярах.

Наибольшее значение эти дефекты приобретают в области микроциркуляции и пространства (Пишингерова пространства), в котором заканчивает-

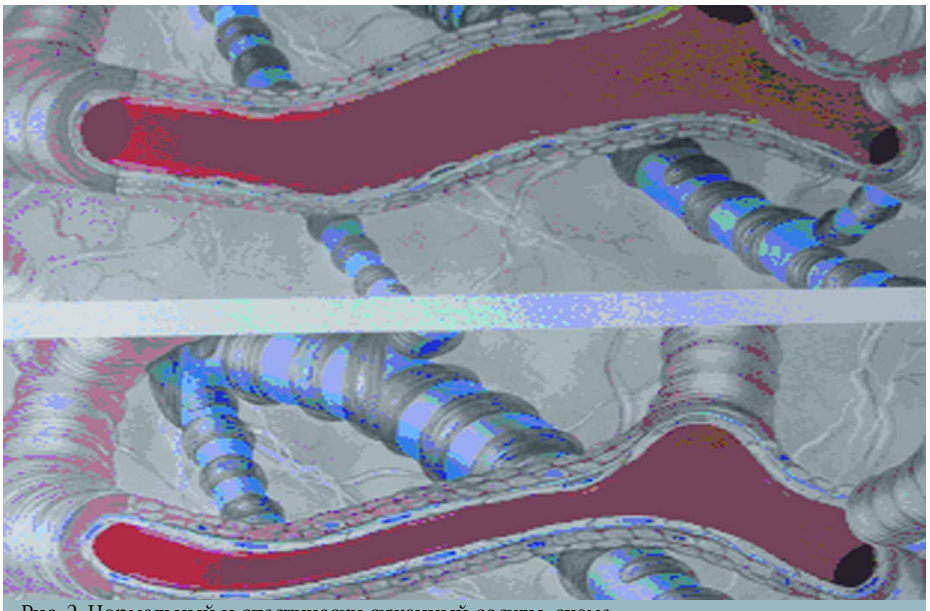


Рис. 2. Нормальный и спастически суженный сосуды, схема

ся путь кровеносного сосуда. Сужения, престазы или стазы здесь оказывают непосредственное влияние на обеспечение системы основной регуляции и тем самым на органы (рис. 2).

Перивазальный отек

Именно на микроскопическом уровне происходят изменения, значимые для мельчайших сосудов, капилляров и прекапилляров. Здесь действуют законы реляционной патологии. В упрощенном виде отдельными стадиями возможных нарушений являются престаз, стаз, отек и некроз. Эти патологические процессы в той области, где заканчивается путь кровеносного сосуда, происходят при непосредственном участии вегетативной нервной системы. При этом перивазальному отеку обычно не уделяется никакого внимания. Однако это нарушение имеет огромное значения для периферического кровоснабжения уже хотя бы из-за того компрессионного воздействия, которое отек оказывает на сосуд.

Отек возникает вследствие увеличения периода удержания жидкости в соединительной ткани, т.е. в системе основной регуляции, за счет чего транзитный путь для веществ, участвующих в метаболизме, удлиняется и усложняется. Мелкие по размеру сосуды сдавливаются «валиками» отека со всех сторон. Прохождение эритроцитов затрудняется или становится невозможным. За счет повышенного осмотического давления создаются дальнейшие препятствия для процесса диффузии молекул из сосуда в окружающую его среду (рис. 3). Все мероприятия, которые могут вызвать улучшение в этом регионе (соединительной ткани), должны быть использованы с максимальной эффективностью.

Для медикаментозной терапии рекомендуется использование дренажных средств, таких как Лимфомиозот, перорально или в форме инъекций. Особенно интенсивным воздействием характеризуется ступенчатая аутогемотерапия препаратами Гепар композитум, Солидаго композитум С, Коэнзим композитум и Убихинон композитум. В качестве поддерживающих дезинтоксикационную терапию мероприятий рекомендуется лечебное голодание (диета) или модифицированное фруктово-овощное питание. Ниже также будут рассмотрены возможности невральной терапии по Хунеке.

Диагностика

Диагностические признаки, такие как снижение частоты пульса, более низкая температура в периферических регионах тела (сравнение сторон), побледнение кожных покровов после нагрузки в течение длительного времени и ишемическая боль, а также некроз (Лафонтен I–IV) легко объясняются с помощью простых и доступных клинических исследований и функциональных тестов. Дальнейшее обследование, направленное на выяснение вида и степени тяжести перфузионного нарушения, может осуществляться с помощью допплерографии и/или метода контрастной рентгенографии, КТ или МРТ. Однако это относится только к крупным сосудам. Для получения ин-виво представления капилляров используется капиллярная микроскопия в области ногтевой выемки. С помощью этого метода можно обнаружить признаки синдрома Рейно.

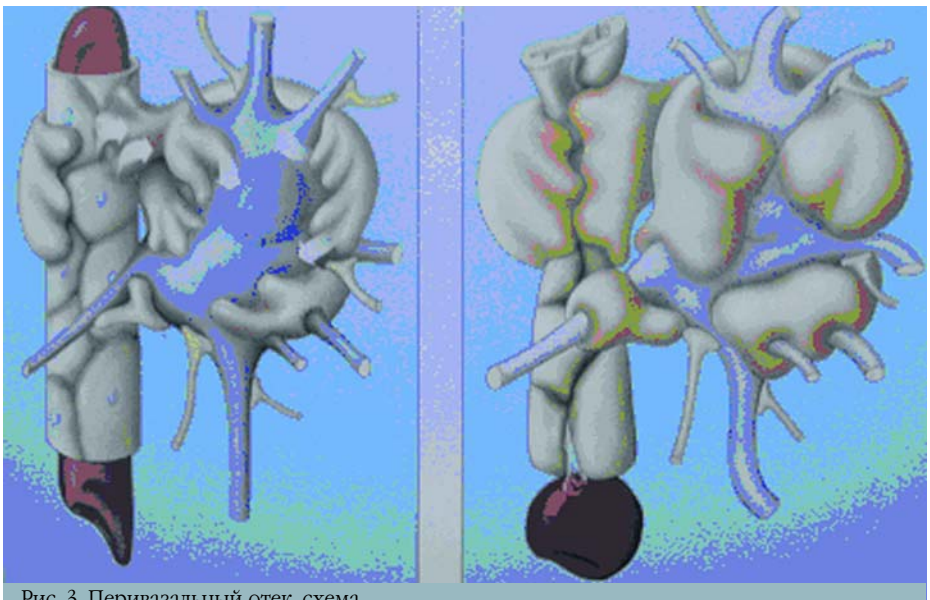


Рис. 3. Перивазальный отек, схема

Терапия

Невральная терапия по Хунеке с ее регуляторным воздействием на симпатическую систему является эффективным методом терапии. С помощью инъекций местного анестетика можно добиться нормализации повышенной частоты импульса автономной вегетативной нервной системы. За счет этого расширяется просвет сосудов, и открываются анастомозы. Устраняются престазы и стазы, повышается скорость прохождения крови, улучшается утилизация кислорода и метаболизм. В практической работе нередко приходится наблюдать эффект быстрого положительного воздействия данного метода терапии при недавних нарушениях кровообращения в области уха (например, падение слуха, сопровождающееся шумом в ушах).

Если в терапевтических целях применяется прокаин, за счет его специфического воздействия удается устранить многочисленные перивазальные отеки. Прокаин с его структурирующим эфиры действием обладает следующим преимуществом по отношению к анестетикам со структурирующим воздействием на амиды: в месте проведения инъекции происходит его расщепление тканевой псевдохолинестеразой на парааминобензоевую кислоты и диэтиламиноэтанол. Оба эти продукта расщепления оказывают сосудорасширяющий и уплотняющий эффект. Таким образом, можно предупредить образование некрозов.

Процесс проведения невральной терапии всегда включает одни и те же этапы:

- Локальную терапию, состоящую в формировании кожных волдырей над поврежденными сегментами сосудов. Визуально наблюдаемое покраснение, в качестве свидетельства расширения сосудов, рефлекторно

переносится на более глубоко расположенные области (рис. 4).

- Сегментную терапию пораженных участков сосудов – в форме пери- и интраартериальных инъекций, проводимую с целью регуляции нарушенного симпатикотонуса для его нормализации. В качестве дополнительных эффектов нужно упомянуть противовоспалительное действие прокаина.
- Сегментную терапию на более высоком регуляторном уровне, уровне ганглиев, относящихся к пораженному сегменту. С помощью этой терапии нормализация происходит в местах «подключения» вегетативной нервной системы (рис. 5). Особенно впечатляющим бывает успех подобной терапии в случае болезни Зудека.
- Ликвидация очагов и полей помех с помощью прокаина помогает избавиться от их дополнительного негативного воздействия на общую регуляцию в организме. Об этом аспекте следует особо упомянуть в связи с терапией односторонних или жестко локализованных нарушений кровообращения. В качестве полей помех часто рассматриваются очаги в зубочелюстной, лицевой области, в области придаточных пазух носа, миндалин, половых органов и рубцов.

Случаи из практики

Пример 1

Анамнез: пожилая женщина, 86 лет, может пройти без боли в обоих коленях не более 10 метров. Курит с 20 лет, скомпенсированная гипертония. Двусторонние крупные кисты почек с 30 лет, многократно пунктированные. В 63 года отмечался абсцесс после укола в область правой ягодицы.

Обследование: общее состояние хорошее, сознание ясное, АД 150/75; ноги очень холодные, вены хорошо очерчены, кожа от белой до красной; пульс в районе артерий Art. tibialis ant. и post. с обеих сторон и poplitea справа не прощупывается; большой шрам в верхней части правой ягодицы; выраженный сколиоз в поясничном отделе позвоночника справа.

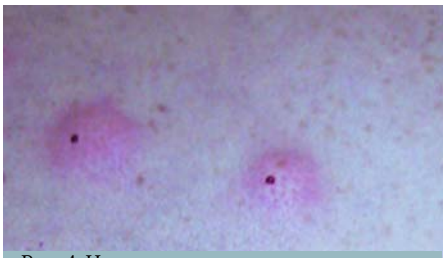


Рис. 4. Инъекция по методу волдыря с использованием прокаина



Рис. 5. Инъекции в Ganglion coeliacum

Невральная терапия:

- Инъекции по методу волдыря в область Triceps surae, а также в пространство между большим и вторым пальцами ноги на обеих ногах.
- Около и в обе Art. femorales
- Около сплетения Франкенхойзера с обеих сторон
- В область шрама на ягодице
- Начиная с 3-го сеанса: люмбальный пограничный ствол

Результат после 10 сеансов: может пройти до 100 метров, ноги стали более теплыми.

Пример 2

Анамнез: пенсионер, 68 лет, более 2 лет назад повторные инсульты, нарушения речи и затруднения в поиске слов, слабость в правой руке и ноге; диабет типа 2а, гипертония, ожирение (индекс массы тела = 31), в 48 лет удален желчный пузырь, более 5 лет назад обнаружена аденома простаты (стадия II).

Обследование: КТ черепа: синдром множественного инфаркта, стеноз сонных артерий с обеих сторон, приблизительно 40% остаточного просвета; дискретная симптоматика болезни Паркинсона, НВА 1, шрам после удаления желчного пузыря.

Невральная терапия:

- Инъекции прокаина по методу тернового венца по Хопферу
- Около Arteria carotis communis с обеих сторон
- Около Ganglion supremum попеременно слева и справа
- Поля помех: шрам после удаления желчного пузыря, простата
- Дополнительно: озон, таблетки Мукокель

Результат после 12 сеансов: односторонняя слабость исчезла, улучшилось общее состояние и речь.

Невральная терапия по Хунеке эффективна во многих случаях, которые кажутся бесперспективными с точки зрения улучшения условий утилизации кислорода. Многообещающим представляются также возможности сочетания этого метода с другими натуропатическими техниками.

Литература

1. Barop H. Lehrbuch und Atlas Neuraltherapie nach Huneke, Stuttgart 1996
2. Clara M. Das Nervensystem des Menschen. Barth, Leipzig 1942
3. Dosch P. Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke, Heidelberg 1986
4. Ehrly AM. Verbesserung der Fliesseigenschaften des Blutes: Ein neues Prinzip zur medikamentosen Therapie chronisch arterieller Durchblutungstörungen. VASA 1973; 1
5. Gross D. Innervierte Strombahn, Gefässzone, Quadrant und ihre Bedeutung für die Therapie. Acta neuroveg 1967;30:522-35
6. Hahn-Godefroy JD. Prokain in der Neuraltherapie nach Huneke, Literaturüberblick und zusammenfassende Bewertung. Allgemeinarzt 1993; 14: 876-83
7. Hammersen F. Bau und Funktion der Blutkapillaren. In: Handbuch der allgemeinen Pathologie III/7 Mikrozirkulation. Springer, Berlin 1977, 135-208
8. Loose KE. Grundlage, Beobachtungen und Ergebnisse bei der Behandlung von 6000 Gefässkranken. DMW 1962; 87: 2117 f.
9. Pischinger A. Das System der Grundregulation. Haug, Heidelberg 1989
10. Ricker G. Pathologie als Naturwissenschaft, Relationspathologie. Springer, Berlin 1924
11. Skalak R. Mechanics of Microcirculation. In: Biomechanics. Prentice-Hall, New Jersey 1971, 451-99
12. Wiedemann M. Dimensions of blood vessels from distributing artery to collecting vein. Circ Res 1963;12:375-81

Адрес автора

Dr. med. Gerd Dross
Markstrasse 413 a
44795 Bochum
Germany

Л.И. Ильенко, И.Н. Холодова, А.В. Макарова

Возможности гомеопатического метода лечения в реабилитации детей, перенесших внутриутробную гипоксию*

Российский государственный медицинский университет, Москва

Содержание

В статье представлены данные клинико-инструментального наблюдения за детьми в возрасте от 0 до 6 лет, перенесшими острую или хроническую внутриутробную гипоксию и имеющими вследствие этого клинические проявления в виде различных неврологических симптомов. Показана роль комплексного ультразвукового исследования в диагностике состояния детей и оценке эффективности терапии у них. Предложена новая программа реабилитации детей, имеющих проявления ММД и ПГИЭ, при помощи классических гомеопатических препаратов и антигомотоксических средств Траумель С и Церебрум композитум Н. Доказана высокая эффективность применения данной программы в лечении детей, перенесших внутриутробную гипоксию. Подтверждены безопасность и хорошая переносимость препаратов. Даны рекомендации к практическому применению.

Summary

This article represents the observation of children in the age of from 0 to 6 years, who are suffered acute or chronic intrauterine hypoxia and having thereof various neurologic clinical simptoms. The role of complex ultrasonic research in diagnostic of children's state and efficiency estimation of therapy is shown. The new program of a children rehabilitation is offered, through classical homeopathic remedies and antihomotoxic preparations Traumeel S and Cerebrum compositum N. The high efficiency of given program application for children transferred intrauterine hypoxia is proved. Good acceptability and safety of remedies are confirmed. The references to practical application are given.

Введение

В структуре заболеваемости детей раннего возраста гемоликвородинамические нарушения занимают одно из ведущих мест, при этом заболевания нервной системы, приводящие к инвалидизации, в 70-80% случаев обусловлены именно перинатальными факторами (1, 2, 4, 8, 14, 15). Основным патологическим состоянием у детей, находящихся на лечении в отделении патологии новорожденных, является постгипоксическое поражение ЦНС (8, 10). Именно этому фактору принадлежит решающая роль в задержке биологического созревания центральной нервной системы и высших функций головного мозга (3, 7, 8, 10, 13, 14, 15). Таким детям после рождения и до года жизни, как правило, ставят диагноз «перинатальная энцефалопатия», а нередко микроповреждений нервной системы вовсе не обнаруживают. По мере роста ребенка нарушения функций, обусловленные травмой, из скрытых становятся хорошо видимыми и, в конечном итоге, приводят к тем или иным нарушениям социальной адаптации. Именно тогда появляются диагнозы «минимальная дисфункция мозга», «синдром гипервозбудимости», «двигательная расторможенность», «синдром гиперреактивности», «постгипоксическая ишемическая энцефалопатия» (ПГИЭ) и другие. Характерными признаками минимальной дисфункции мозга (МДМ) являются повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, диффузные легкие неврологические симптомы, умеренно выраженные сенсомоторные и речевые нарушения, расстройство восприятия, повышенная отвлекаемость, трудности поведения, недостаточная сформированность навыков интеллектуальной деятельности, специфические трудности обучения (11).

По мнению большинства неврологов (2, 9, 12, 14, 15), для формирования здоровья ребенка, его нормального роста и развития в современных условиях неврологическую диагностику и коррекцию неврологических расстройств необходимо проводить как можно раньше, так как в дальнейшем эти расстройства в значительной степени нивелируются, а обусловленные ими дефекты функций закрепляются. В последние годы при реабилитации детей с ПГИЭ и МДМ почти повсеместно проводят медикаментозную терапию. Однако Яременко с соавторами (13) считают, что это не всегда бывает обоснованным и оправданным. Так, в первую очередь используют различные препараты из группы ноотропов, а также мочегонные средства, особенно если речь идет о повышении внутричерепного давления. Если исходить из доминирующих механизмов повреждения нервной системы ребенка, то здесь на первом месте стоят микрососудистые травмы, которые часто приводят к дефициту кровоснабжения головного мозга, а также ве-

нозной дисгемии. Следовательно, данные препараты не могут полностью справиться с этим состоянием. Реабилитация детей с микроповреждениями во время родов, в том числе и для профилактики МДМ, должна быть комплексной (13). Немедикаментозная терапия расстройств функций организма у детей с ПГИЭ и МДМ может явиться весьма существенным дополнением к лекарственному лечению, но может иметь и нередко имеет самостоятельное значение. Она должна стоять на первом месте, когда лекарственные средства не имеют выраженной патогенетической направленности, либо неэффективны, либо вызывают нежелательные побочные эффекты, либо по ряду причин противопоказаны (13) Следует сразу же указать, что если приоритет отдают немедикаментозной коррекции, то она должна быть строго индивидуальной. Применение средств классической гомеопатии и гомотоксикологии открыло огромные перспективы в лечении детей с данной патологией, так как в состав гомеопатических препаратов входят средства исключительно природного и растительного происхождения, применяемые в малых дозах по индивидуальным показаниям, при этом технология приготовления гомеопатических лекарств полностью исключает их токсическое воздействие на организм (5, 6, 7, 11).

Пациенты и методы

Для разработки комплексной программы коррекции неврологической симптоматики у детей раннего и дошкольного возраста, перенесших внутриутробную гипоксию, нами были обследованы 116 детей в возрасте от 3 недель до 6 лет, которых мы распределили на 3 группы: 1 группа – 65 детей в возрасте от 3 недель до 1,5 лет, испытавшие хроническую (ХВГ) и острую гипоксии (ОГ), получавшие гомеопатические лекарственные средства; 2 группа – 25 детей такого же возраста с аналогичной патологией, но леченные согласно общепринятому протоколу; 3 группа – 26 детей в возрасте от 1,5 лет до 6 лет, страдающие проявлениями ПГИЭ или МДМ, которые обратились к нам в связи с недостаточной эффективностью стандартных методов терапии, получавшие гомеопатическое лечение.

Главным критерием включения детей в 1 и 2 группы явилось наличие у них клинических проявлений гипоксического поражения ЦНС в виде церебральной ишемии 1-2 степени в раннем неонатальном периоде. Дети с гипоксическим поражением ЦНС в виде церебральной ишемии 3 степени, а также с травматическим, дисметаболическим, токсико-метаболическим и инфекционным поражением ЦНС перинатального периода из исследования были исключены. Формирование групп проводилось методом паракопий. Дети находились под постоянным наблюдением педиатра, невропатолога и окулиста.

В 1 группу вошли 65 детей, из них 33 ребенка от матерей, имеющих отягощенное течение беременности (токсикозы и гестозы различной степени тяжести), но физиологические роды (дети, перенесшие внутриутробную хроническую гипоксию), и 32 ребенка, матери которых имели физиологическое течение беременности, но патологические роды (дети, испытавшие острую гипоксию в родах). Патология самопроизвольных родов и родовой травматизм были обусловлены следующими факторами: быстрые или стремительные роды у 12 женщин, слабость родовой деятельности у 8 женщин, тугое однократное или многократное обвитие пуповиной вокруг шеи отмечено у 14 детей, вес плода свыше 4 кг – у 9 детей.

Дети, входящие во 2-ю группу исследования, получали стандартную терапию (диакарб, ноотропил, церебролизин, трентал и другое) согласно общепринятым и утвержденным протоколам лечения, данная группа являлась контрольной для первой.

В 3 группу, как уже было сказано выше, вошли 26 детей в возрасте от 2,5 до 6 лет, которые обратились к нам в связи с неэффективностью стандартных методов терапии.

Все они наблюдались невропатологом с диагнозами постгипоксическая ишемическая энцефалопатия (ПГИЭ) – 8 детей (30,8%), минимальная дисфункция мозга (МДМ) – 18 детей (69,2%). В понятие ПГИЭ и МДМ входят негрубые минимальные последствия анте- и интранатальных повреждений ЦНС. В грудном и более старшем возрасте у таких детей легко отметить проявления пирамидной недостаточности, гипертензионного синдрома, мышечных дистоний. По мере роста ребенка многие симптомы нивелируются, однако остаются минимальные субклинические проявления, которые чаще всего становятся значимыми при определенных условиях: переутомление, нервные срывы, инфекционные процессы. У всех наблюдаемых детей ухудшение состояния было связано с провоцирующими факторами, о которых сказано выше. Анализ раннего анамнеза этих детей выявил не менее 4-5 неблагоприятных факторов перинатального периода: угроза прерывания беременности, гестоз 1 и 2 половины, слабость родовой деятельности, быстрые роды, раннее излитие околоплодных вод. В период ранней неонатальной адаптации все дети имели негрубую неврологическую симптоматику: тремор рук и подбородка, повышенную возбудимость, нарушение сна, обильные срыгивания. На грудном вскармливании дети находились в среднем до 4-5 месяцев. Интересно отметить, что у 12 детей (46,2%) на первом году жизни был диагностирован дисбактериоз кишечника, у 14 (53,9%) – легкие проявления атопического дерматита и 21 (!) ребенок (80,8%) перенес рахит. На первом году жизни все дети наблюдались у невропатолога по поводу ПГИЭ и получали лечение: микстура с цитралью, ноотропил, трентал, но-шпа, кавинтон, циннаризин, витамины группы В. 9 детей лечились диакарбом в течение 3-4 недель, больше половины детей получали ЛФК и массаж. В последующем 5 детям был назначен еще 1 курс терапии; остальные (21 ребенок) в общей сложности получили 3 курса терапии. Нервно-психическое развитие у всех детей соответствовало возрасту.

Детям 1 и 2 групп выполняли комплексное ультразвуковое исследование головного мозга (НСГ и допплерография сосудов). НСГ проводили по общепринятой методике в коронарной, сагиттальной и парасагиттальной плоскостях. Оценивали структуры головного мозга, размеры желудочковой системы и дополнительных ликворосодержащих структур, ширину межполушарной щели, патологические включения. Цветовое (энергетическое) картирование сосу-

дов мозга и оценку параметров мозгового кровотока при спектральной допплерографии проводили в передней мозговой артерии, внутренней сонной и базилярной артериях мозга. Изучение венозного оттока с помощью УЗИ осуществляли по вене Галена, стриарной вене и в верхнем сагиттальном синусе. При спектральной допплерографии проводили оценку ее качественной (форма допплеровской кривой, направление кровотока, характер звукового допплеровского сигнала) и количественной (максимальная систолическая и минимальная диастолическая скорости, уголнезависимые индексы резистентности – ИР, и пульсационный индекс - ПИ) характеристик. Детям 3 группы проводили эхо-скопию головы, по показаниям ЭЭГ и РЭГ.

Пациенты 1 группы получали базисную терапию в виде комплексного антигомотоксического препарата Траумель С. Длительность курса подбирали индивидуально. Минимальный курс лечения составил 1 месяц, максимальный – 9 месяцев. После 3 месяцев лечения назначали перерыв на 10 дней. Препарат применяли по схеме: детям в возрасте от 1 месяца до 6 лет - по 1 таблетке в день, разведенной в 100 мл воды и разделенной на 3 приема , через час после кормления или за 30 мин. до еды. Основанием для продолжения или окончания лечения служила динамика неврологического статуса, результатов нейросонографии и допплерографии, которые проводились при необходимости ежемесячно.

В состав препарата Траумель С входят растительные и минеральные компоненты, которые определяют следующий механизм его воздействия:

1. Противовоспалительное и противовирусное действие компонентов, содержащих ртуть;
2. Регуляция тонуса сосудов (Aconitum, Arnica), уменьшение порозности сосудов (кальций), устранение венозных застоев, противодействие образованию тромбов (Hamamelis);
3. Поддержка и улучшение клеточного дыхания и окислительно-восстановительных процессов при помощи сульфида и полисульфида кальция (Hepar sulfuris);
4. Активация заживления ран посредством растительных компонентов (Arnica, Calendula, Echinacea, Symphytum);
5. Обезболивающее действие (Aconitum, Arnica, Hamamelis, Hypericum, Chamomilla);
6. Остановка кровотечений (Aconitum, Arnica, Hamamelis — венозных; Hypericum, Millefolium — артериальных);

Для оптимизации базисной терапии при сопутствующих нарушениях гемоликвородинамики с формирующейся вентрикуломегалией добавляли классический гомеопатический препарат Гелеборус 12, при наружных формах – Апис 3. Apis mellifica (пчелиный яд) и Helleborus (зимовник) в классической гомеопатии применяются с целью дегидратации. Apis преимущественно снимает отек на клеточном и тканевом уровне, Helleborus - более эффективен при скоплении жидкости в анатомических полостях.

Апис назначался в 3 сотенном разведении утром, Гелеборус - в 12 сотенном в 17 часов, по 1-3 крупинке 1 раз в день сублингвально за 30 мин до кормления.

Для дифференцированного подхода к выбору препаратов Апис и Гелеборус в спорных случаях помимо данных нейросонографии нами использовалась комплексная таблица показаний к назначению этих препаратов, включающая в себя клинико-анамнестические данные (табл.1).

Дети 3 группы, кроме гомеопатических лекарственных средств, получали комплексный антигомотоксический препарат Церебрум композитум Н. Препарат назначался по схеме 1/2 ампулы (1 ампула содержит 2,2 мл препарата) в 50-100 мл воды через день 1 раз утром натощак в течение 2-3 месяцев.

Фармакологические эффекты препарата Церебрум композитум Н

- сосудорасширяющее
- седативное
- венотонизирующее
- антигипоксическое
- антиспастическое
- устраняющее астенический синдром
- метаболическое

Результаты исследований и их обсуждение

Манифестация основных клинических синдромов у детей, испытавших

	Апис	Гелеборус
Внешний вид	Бледно-восковой цвет лица, тенденция к скоплению жидкости. Ребенок беспокоен, могут отмечаться судороги.	Лицо бледное, осунувшееся. Ребенок лежит в позе «лягушки» с запрокинутой головой, в более позднем возрасте у него отмечаются частые движения верхних конечностей
Неврологический осмотр	Мышечная дистония по гипертоническому типу, гиперстезия, периодический симптом Грефе, расширение зон сухожильных рефлексов	Мышечная дистония по гипотоническому типу, угнетение рефлексов.
Данные нейросонографии	Расширение межполушарной щели и(или) дилатация боковых желудочков	Дилятация боковых желудочков
Особенности анамнеза матери	Гестоз с гипертензией и водянкой	Травма черепа и гипотензия

Табл. 1. Дифференцированный подход к назначению гомеопатических препаратов Апис и Гелеборус (Ильенко, 1997)

ХВГ, происходила в первом полугодии жизни в разные сроки, но преимущественно в возрасте 2-3 месяцев жизни у 21 ребенка, в возрасте 1-1,5 месяцев – у 9 детей, ухудшение в неврологическом статусе в 4-5 месяцев отмечено у 3 детей. В то же время, при оценке восстановительного периода у детей, перенесших острую гипоксию, нами отмечена тенденция к более раннему формированию клинических синдромов ПГИЭ по сравнению с детьми, испытавшими хроническую внутриутробную гипоксию. Возраст детей, перенесших ОГ, на момент первого осмотра был однородным, составил от 3 недель до 1,5 месяцев и соответствовал началу восстановительного периода. Самыми частыми синдромами у детей 1 группы до начала лечения были повышение нервно-рефлекторной возбудимости и нарушения мышечного тонуса (табл. 2).

Проводя сравнительную характеристику параметров интракраниального мозгового кровотока и изменений при НСГ у детей, перенесших ХВГ и испытавших ОГ, необходимо отметить, что все пациенты, имеющие клинические синдромы ПГИЭ, обнаруживали сосудистые изменения в виде нарушений венозного оттока и (или) изменения параметров артериального кровотока (табл. 3).

У детей, испытавших ОГ, сосудистые изменения, фиксируемые при спектральной допплерографии, в сочетании с отсутствием структурных изменений при НСГ отмечены в два раза чаще (56%), чем у детей, перенесших ХВГ (27%). Однако у детей, длительно внутриутробно страдавших, в 1,9 раза чаще фиксировали изменения на НСГ (83%), чем у детей, пострадавших в родах (44%). Расширение межполушарной щели более 4 мм обнаруживалось у 33,3% пациентов и в более выраженной форме у детей, перенесших ХВГ.

С первых дней лечения у всех детей были отмечены нормализация мышечного тонуса, снижение метеочувствительности, уменьшение количества срыгиваний за сутки, мягкий седативный эффект, нормализация возбудимости, ритма сна.

Результаты лечения были проанализированы через 3 и 6 месяцев от начала лечения, а также на 12 месяц жизни. Через 3 месяца лечения у 21 ребенка (63%), пе-

Неврологический синдром	Частота встречаемости в %/чел	
	ХВГ, n =33 чел	ОГ, n=32 чел
Задержка ПМР	30,3% / 10 чел.	18,8% /6 чел.*
Повышенная нервно-рефлекторная возбудимость	63,7 / 21	78,1 / 25
Синдром вегето-висцеральной дисфункции	36,4 /12	21,9 / 7*
Синдром нарушенной ликворной циркуляции	51,5 / 17	35,5 / 11*
Синдром нарушенного мышечного тонуса	72,7 /24	71,9 / 23
Диффузная мышечная гипотония	18,2 / 6	6,3 / 2*
Доброкачественный преходящий гипертонус	36,4 / 12	34,4 / 11
Синдром мышечной дистонии	18,2 / 6	31,3 /10*

Примечание: * - достоверная разница показателей при сравнении групп между собой при p<0,05

Табл. 2. Основные неврологические синдромы у детей, перенесших внутриутробную гипоксию, до начала лечения

Наличие изменений	Частота встречаемости признака в %/чел	
	ХВГ, n = 33 чел.	ОГ, n = 32 чел.
Сосудистые изменения	100% / 33 чел.	100% / 32 чел.
Изолированные сосудистые изменения (без изменений на НСГ)	27,3 / 9	56,3 / 18*
Сосудистые изменения в сочетании с изменениями на НСГ	72,7 / 24	43,8 / 14*
Нарушение венозного оттока	69,7 / 23	50,0 / 16**
Нарушение артериального кровотока	90,9 / 30	84,9 / 28
Структурные изменения	81,8 / 27	56,3 / 18*
Вентрикуломегалия	72,7 / 24	43,8 / 14*
Расширение межполушарной щели	33,3 / 11	18,8 / 6**

Примечание: * - достоверность различий при сравнении групп между собой при уровне значимости p<0,01; ** - достоверность различий при p<0,05

Табл. 3. Результаты комплексного УЗИ-обследования детей, перенесших острую и хроническую внутриутробные гипоксии

ренесшего ХВГ, была отмечена выраженная положительная динамика в неврологическом статусе, а в группе детей, испытавших ОГ, – у 23 детей (72%). Через 6 месяцев проводимого лечения все дети, испытавшие ОГ, были неврологически и соматически здоровы, а в группе детей, перенесших ХВГ, клиническая нормализация была достигнута только у 31 ребенка (94%).

Полученные клинические данные подтверждались ультразвуковым исследованием головного мозга. По данным НСГ, через 3 месяца были отмечены уменьшение или нормализация размеров желудочков: у детей с ХВГ - в 69% случаев, у детей с ОГ - в 71%. Через 6 месяцев - у 86% и 87% детей соответственно.

При оценке динамики состояния показателей мозгового кровотока на фоне предложенной схемы лечения нами были получены следующие результаты: нарушения венозного оттока в начале наблюдения в виде усиления кровотока по вене Галена (более 12 см/сек.) и стриарной вене (более 7 см/сек.) и/или псевдоартериальный характер кровотока по ним отмечены в 68% случаев у детей с ХВГ, а в группе детей, испытавших ОГ, - у каждого второго ребенка. Через 3 месяца лечения: у детей с ХВГ усиленный венозный отток сохранялся у 27% , в группе детей с ОГ – у 13% , имевших усиление оттока до начала лечения. Через 6 месяцев: в группе с ХВГ усиленный отток по вене Галена сохранялся у 7% детей, имевших нарушение оттока до начала лечения; в группе ОГ ни у одного ребенка патологического венозного оттока не выявлялось. Нарушения артериального кровотока (IR) до начала терапии фиксировались у 91% детей, перенесших ХВГ, и у 88% детей, испытавших ОГ. В динамике на фоне лечения нормализация IR в бассейне ПМА отмечалась через 3 месяца: в группе ХВГ у 70% детей, имевших изменение индекса резистентности до начала лечения; в группе ОГ - у 71%. Через 6 месяцев: нормализация IR в бассейне ПМА наблюдалось у 85% и 93% детей соответственно. Таким образом, положительная динамика сосудистых изменений составила: через 3 месяца лечения сосудистые изменения (артериальные и/или венозные) нормализовались у 73% детей, перенесших ХВГ, и у

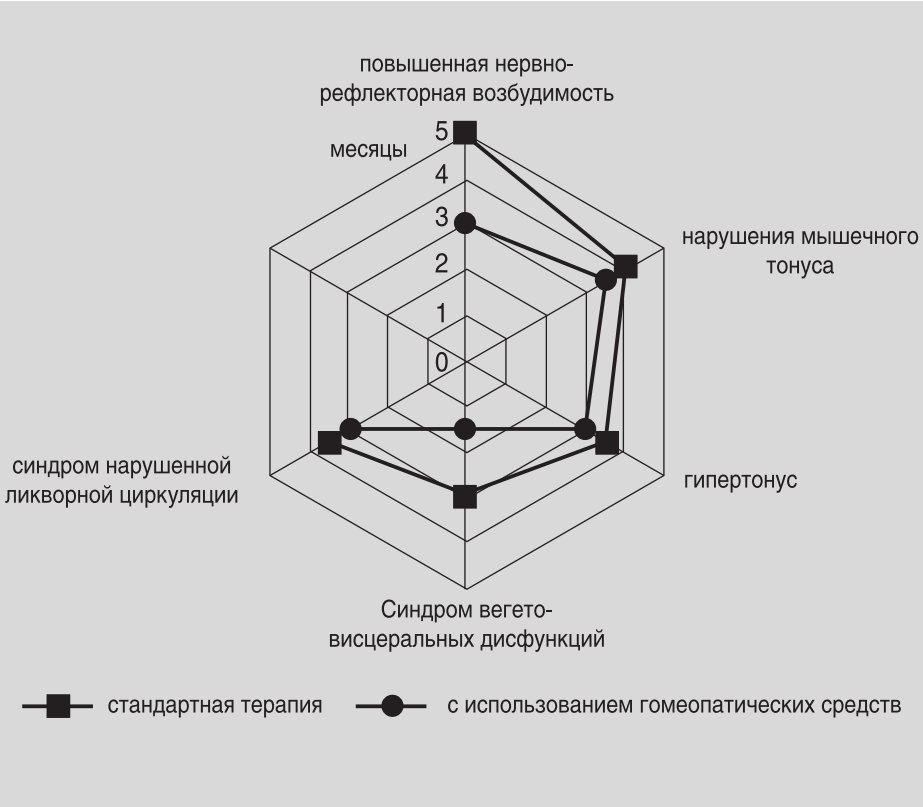


Рис. 1. Длительность сохранения основных синдромов ПГИЭ на фоне предлагаемой схемы лечения и стандартной терапии

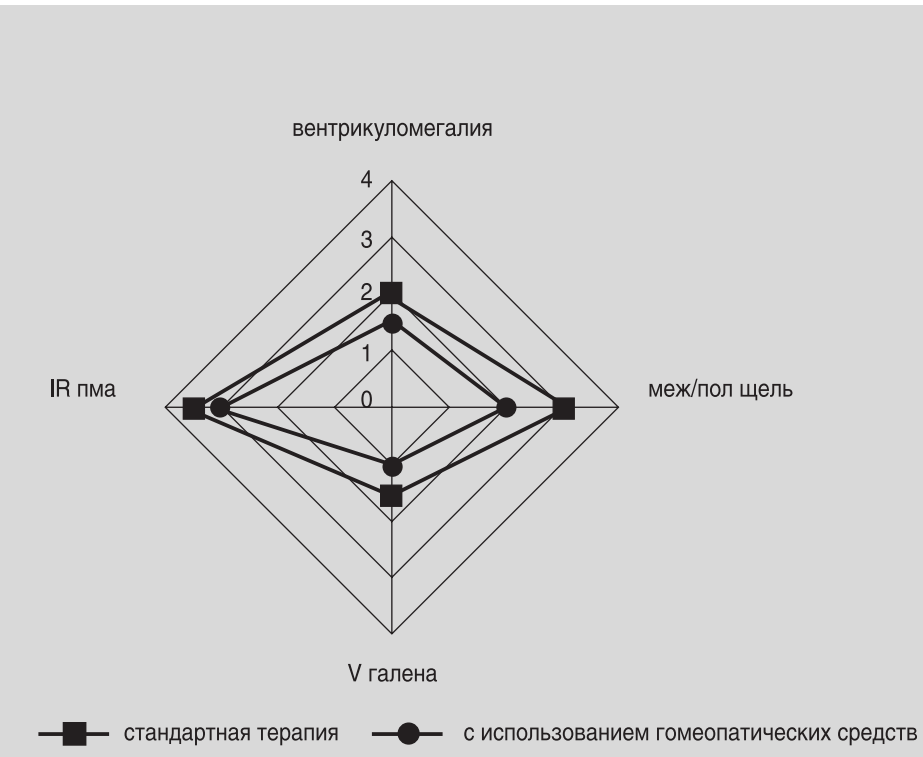


Рис. 2. Длительность сохранения структурных изменений и патологических показателей мозгового кровотока на фоне лечения разными схемами терапии

87% детей, испытавших ОГ; через 6 месяцев терапии - нормализация отмечалась у 86% и 94% детей соответственно.

Из приведенных данных следует, что сосудистая патология у детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию, и у детей, испытавших острую гипоксию в родах, на фоне лечения комплексным антигомотоксическим препаратом Траумель С в сочетании с классическими гомеопатическими препаратами Апис и Гелеборус эффективно нормализовалась, но у детей, длительно страдавших внутриутробно, нормализация кровотока происходила медленнее, чем у детей, испытавших острую гипоксию в родах.

При сравнении эффективности лечения различными видами терапии (дети 1 и 2 групп) положительная динамика и нормализация мозгового кровотока были нами зарегистрированы у всех детей, получавших лечение, однако, сроки неврологической ремиссии значительно отличались, в частности, улучшение в клинической картине происходило на 3-4 недели быстрее у детей, получавших гомеопатические препараты, чем стандартную терапию (рис. 1, $p<0,01$).

Нормализация показателей артериального и венозного кровотока и параметров на НСГ отмечена на 2-3 недели раньше у детей, леченных по предложенной схеме (рис. 2) ($p<0,05$).

Дети 3-й группы чаще всего предъявляли жалобы на головные боли, повышенную утомляемость, нарушение сна, эмоциональную лабильность, снижение внимания, поведенческие расстройства, лицевые тики, навязчивые движения. При более тщательном осмотре у 15% детей (57,7%) определялась легкая заинтересованность черепно-мозговых нервов: ограничения движения глазных яблок, горизонтальный нистагм, асимметрия носогубных складок; также выявлено расширение коленного рефлекса у всех детей и его повышение у 7 детей (26,7%); отсутствие рефлекса с подошв ног определялось у всех детей. Проведенная НСГ не обнаружила никаких изменений у 17 детей (65,4%), а у 9 детей выявила небольшие признаки внутричерепной гипертензии и умеренное расширение боковых желудочков. Исследование ЭЭГ (эхоэнцефалография), выполненное 14 детям в возрасте старше 3-х лет, не выявило грубой неврологической симптоматики. 8 детям (30,8%) была сделана. Рео-энцефалография, обнаружившая нарушения венозного оттока, спазм прекапилляров, ассиметричную симптоматику.

В течение первого месяца терапии дети получали классические гомеопатические средства с учетом конституционального типа. Необходимо подчеркнуть, что препараты Гелеборус 12 и Апис 6, учитывая полученные нами данные при наблюдении детей первого года жизни, назначались всем детям с выявленными структурными изменениями на НСГ. Также все дети получали Арнику 6. На фоне лечения происходило улучшение клинической симптоматики, но полного ее исчезновения отмечено не было: дети переставали жаловаться на головные боли, у них повышалась трудоспособность, уменьшалась, но не проходила полностью эмоциональная лабильность, сохранялись тики и навязчивые движения у тех детей, у которых они отмечались до начала лечения. После месячного курса классическими гомеопатическими средствами всем детям к терапии был добавлен комплексный антигомотоксический препарат Церебрум композитум Н (схема 1).

Через 2 месяца от начала терапии Церебрум композитум Н все дети были соматически и неврологически здоровы, побочных эффектов от назначения данного препарата зарегистрировано не было. 9 детям с выявленными ранее признаками внутричерепной гипертензии, проведена НСГ, при которой только у одного ребенка сохранялось расширение боковых желудочков без его нарастания, у остальных патология не определялась.

Катамнестическое наблюдение в течение 1 года за детьми показало, что у 24 детей жалобы не возобновлялись, т.е. у 91,5% детей получен стойкий и длительный терапевтический эффект.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало, что использование в реабилитационных программах у детей средств природного происхождения оказывает высокую клиническую эффективность, подтвержденную комплексным лабораторно-инструментальным исследованием, при этом данные средства безопасны, не обладают токсичностью и не вызывают побочных эффектов.

Литература

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. – М.: «Триада – Х»., 2001. – 640 с.
2. Бадалян Л.С. Невропатология. - М., Просвещения, 1982, - 349 с.
3. Белоусов В.А., Асанова Т.А., Зайцев И.Ф., Гончаренко А.Н. Мониторинг состояния здоровья детей, перенесших перинатальную патологию в периоде новорожденности. // Материалы 9 съезда педиатров России, М., 2001, - С. 73.
4. Володин Н.Н, Перинатальная медицина: проблемы, пути и условия их решения. // Педиатрия № 5, - 2004, - С. 18-23.
5. Ильенко Л.И. Практические достижения гомотоксикологии в области перинатологии и педиатрии // Материалы научного симпозиума: « Мы смотрим в будущее». – М., 1998. – С. 10-15.
6. Ильенко Л.И., Демин В.Ф., Холодова И.Н. и др. К вопросу о конституции: традиционные подходы к профилактике и лечению.// Гомеопатический ежегодник. - М., 2003, - С. 52-57.
7. Макарова А.В. Оптимизация амбулаторно-поликлинической помощи детям 1-го года жизни, испытавшим перинатальную гипоксию: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2003. – 23 с.
8. Самсыгина Г.А. Гипоксическое поражение ЦНС у новорожденных детей: клиника, диагностика и лечение // Педиатрия. – 1996. - №5. – С. 74-77.
9. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных: руководство для врачей. – СПб: Издательство «Питер», - 2000. – 224 с.
10. Сичинава Л.Г. Перинатальные гипоксические поражения ЦНС плода и новорожденного: Автореф… дис. докт. мед. наук. – М., 1993. – 51 с.
11. Харитонова Н.А. Коррекция мозговой ликворогемодинамики гомеопатическими препаратами у новорожденных детей с перинатальной патологией ЦНС: Автореф…. дис. канд. мед. наук – М., 2003. – 23 с.
12. Якунин Ю.А., Ямпольская Э.И. Перинатальные поражения ЦНС // Болезни нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста. – М.: Медицина, 1979. – С. 39-94.
13. Яременко Б.Р., Яременко А.Б., Горяинова Т.Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей. – СПб., 2002, - 124 с.
14. Saliba E., Autret E., Nasr C. et al. Perinatal pharmacology and cerebral blood flow // Biol. Neonate. – 1992. – Vol. 62. – P. 252-257.
15. Volpe J.J. Neurology of the newborn – New York, 1987. - 716 p.

Адрес автора

Д.м.н. Холодова И.Н.
Кафедра госпитальной педиатрии с курсом ТМЛ ФУВ РГМУ
123373, Москва, ул. В. Петушкова, 21-2-20

Т.Г. Симакова, М.М. Пожарицкая, С.К. Солдатов, А.А. Марьяновский, Н.И. Гуляев

Применение гомеопатического препарата Траумель С в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита

Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины МО РФ, Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства, кафедра стоматологии

Содержание

Проведено клиническое стоматологическое обследование летчиков вертолетной авиации Вооруженных сил России. Выявлено, что распространенность заболеваний пародонта (гингивита и пародонтита) составляет 67,3%. Разработаны план и методика комплексного лечения пародонтита с использованием гомеопатического препарата Траумель С. Показано, что под влиянием лечения с применением Траумель С отмечается достоверное снижение клинических индексов. Препарат Траумель С обладает выраженным противовоспалительным, иммуномодулирующим и антиоксидантным действием.

Summary

The clinical dental survey of the helicopter pilots of the Armed forces of Russia was carried out. It is detected, that the prevalence of gingivitis and parodontitis makes 67,3%. Complex treatment of parodontitis with Traumeel S was designed. It is shown, that under influence of treatment with Traumeel S application reliable discrease of clinical coefficients is detected. Traumel S has significant antiinflammatory, immunomodulative and antioxidative effects.

Актуальность проблемы

Воспалительными заболеваниями пародонта в России страдают до 98% населения. Наиболее распространенными являются гингивит и пародонтит, которые часто протекают на фоне различной соматической патологии: нарушений пищеварения, обмена веществ, сенсибилизации и инфицирования организма (2, 5, 7, 9). В возникновении пародонтита определенную роль могут играть неблагоприятные профессиональные факторы, а также стрессированность организма.

Следует отметить, что в литературе недостаточно внимания уделяется роли профессиональных вредностей в развитии и течении заболеваний зубочелюстной системы, в частности, пародонта у лиц опасных профессий, к которым относится летный состав авиации Вооруженных сил. Контингент работающих в этой сфере – мужчины молодого возраста, испытывающие в процессе профессиональной деятельности значительные психо-эмоциональные и физические нагрузки. Они связаны со стрессом, динамическими и ударными перегрузками, многократным перераспределением жидкостных сред организма, гиподинамией, воздействием шумов и вибрации. Эти факторы могут вызывать нарушения обмена веществ в организме и приводить к патологическим изменениям в органах и тканях полости рта (1, 3, 4, 6). В свою очередь, изменения в зубочелюстной системе оказывают неблагоприятное воздействие на ряд органов и систем организма (9). Это снижает уровень профессионального здоровья и функциональных резервов, что отражается на эффективности и конечном результате деятельности авиационных специалистов. Поэтому оценка и коррекция стоматологического статуса у летного состава является важной медико-социальной и государственной проблемой.

На современном уровне развития стоматологии большинство авторов считают, что ведущим звеном в возникновении пародонтита является микробная инвазия. Поэтому антибиотики и синтетические химиотерапевтические средства нашли достаточно широкое применение в пародонтологии. Но следует учитывать, что длительное назначение этих препаратов может привести к гиповитаминозу витаминов группы В, развитию дизбактериоза из-за подавления нормальной микрофлоры пациента, которая, являясь своеобразным биологическим барьером, вступает в антагонизм с патогенными бактериями. Нередко антибиотики вызывают аллергические реакции. Поэтому в современной медицине наметился переход от сильнодействующих аллопатических препаратов, особенно при лечении хронических заболеваний, к методам лечения и препаратам более мягкого действия: натуропатическим, гомеопатическим, фитотерапии, которые не оказывают отрицательного побочного действия.

Цель исследования - обосновать применение и оценить эффективность гомеопатического препарата Траумель С в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у летчиков вертолетной авиации Вооруженных сил РФ.

Задачи исследования

1. На основании клинического обследования и лабораторных методов исследования обосновать применение гомеопатического препарата Траумель С в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у летного состава вертолетной авиации;
2. Разработать методику применения гомеопатического препарата Траумель С в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита;
3. Исследовать динамику иммунологических показателей ротовой жидкости под влиянием комплексного лечения пародонтита с использованием препарата Траумель;
4. По данным исследования смешанной слюны оценить состояние антиоксидантной защиты организма в динамике лечения хронического генерализованного пародонтита с использованием препарата Траумель С.

Объекты и методы исследования

Проведено стоматологическое обследование 98 летчиков, из которых у 40 был выявлен хронический генерализованный пародонтит легкой (25 чел.) и средней (15 чел.) степени тяжести. В контрольную группу вошли 10 летчиков с санированной полостью рта, без признаков воспаления пародонта. Средний возраст обследуемых составил 36,5±2,5 года.

В зависимости от степени тяжести пародонтита и проводимого лечения пациенты были разделены на группы. 1-я группа состояла из 13 человек. В нее вошли больные с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести (ХГПЛТ), в комплексном лечении которых применяли препарат Траумель С в виде мази. 2-я группа (сравнения) была представлена 12 летчиками с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести, в комплексном лечении которых использовали гепариновую мазь. В 3-ю группу из 15 человек вошли летчики с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести (ХГПСТ), в комплексное лечение которых Траумель С был включен в мазевой и таблетированной форме. 4-я группа была представлена практически здоровыми мужчинами с санированной полостью рта без признаков воспаления пародонта.

Клиническое обследование больных пародонтитом проводилось по общепринятой методике и складывалось из опроса, осмотра пациентов и дополнительных методов исследования. Для оценки гигиенического состояния полости рта и пародонтального статуса больных, определения эффективности проводимого лечения помимо визуальной оценки использовали следующие индексы:

— упрощенный индекс гигиены рта (УИГР) по Green, Vermillion (1964);
— пародонтальный индекс (ПИ) по Russel, (1956), свидетельствующий о тяжести деструктивных изменений в пародонте;
— индекс папиллярно-маргинально-альвеолярный (ПМА) в модификации Parma, (1960);
— индекс кровоточивости (ИК) (Muhlemann H.P., 1971).

Осмотр завершали контролем качества чистки зубов, используя для объективизации раствор фуксина или эритрозина для полосканий. Обращали внимание на гигиенические навыки пациентов по уходу за полостью рта: сколько раз в день, в какое время чистят зубы, способ чистки, используемые пасты и щетки, как часто их меняют.

По показаниям пациентам проводился лабораторный клинический анализ крови и мочи, исследовали кровь на сахар.

В ходе обследования были выявлены сопутствующие заболевания в стадии компенсации у 24 пациентов, что составило 19,7% от общего числа больных. При необходимости пациенты проходили дополнительное обследование и лечение соматических заболеваний. Результаты основных и дополнительных методов исследования заносили в карту обследования больного.

Исследование содержания иммуноглобулинов A, M, G в смешанной слюне проводили иммуноферментным методом, который основан на использовании тест- системы двухсайтового иммуноферментного анализа. Использовали набор производителя «Хема-Медика» (Россия). Активность супероксиддисмутазы (СОД) определяли по подавлению скорости восстановления нитротетразолия синего (НСТ) при генерации супероксидного анион-радикала в процессе окисления ксантина ксантиноксидазой при 560 нм. Активность каталазы измеряли при 240 нм по скорости убыли H_2O_2 при 20°С в течение 1 мин., принимая коэффициент молярной экстинкции H_2O_2 равным 43,6 $M^{-1}см^{-1}$.

Методы лечения хронического генерализованного пародонтита

Лечение пародонтита проводили комплексно, по общепринятой методике, сочетая терапевтические, хирургические и ортопедические методы. Комплекс лечебных мероприятий для пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом включал:

1. Обучение тщательной индивидуальной гигиене полости рта и ее профессиональный контроль. В качестве гигиенического средства для чистки зубов рекомендовали использование зубной пасты «Пародонтол» (Россия).
2. Санацию полости рта.
3. Удаление над- и поддесневых зубных отложений аппаратом Пьезон-Мастер (EMS) (в качестве орошающего раствора применяли 0,02% раствор хлоргексидина).
4. Кюретаж пародонтальных карманов.
5. Проведение местной противовоспалительной терапии с использованием гомеопатического препарата Траумель С. В группе сравнения применялась гепариновая мазь.
6. Аутомассаж десен.

Методика лечения с использованием препарата Траумель С

В процессе комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита в группах 1 и 3 применяли мазь Траумель С. После снятия зубных отложений, кюретажа пародонтальных карманов с последующим полированием поверхности корней зубов мазь Траумель С аппликировали на десневой край каждого зубочелюстного сегмента с вестибулярной и оральной поверхности. Аппликации проводили во время

стоматологического приема или летчик применял мазь самостоятельно дома после предварительной чистки зубов, перед сном. Длительность процедуры была 15-20 мин. Курс лечения составлял в среднем 7-10 дней, ежедневно.

В 3 группе пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени помимо аппликаций мази на десну назначали таблетки препарата Траумель С (по 1 таблетке 3 раза в день под язык до полного рассасывания спустя 1 час после приема пищи). Курс лечения составлял 14 дней.

Статистическая обработка материала

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием методов вариационной статистики: вычисляли среднеарифметические величины, ошибку среднеарифметической, среднеарифметическое отклонение, коэффициент вариации. Достоверность различий между средними величинами определяли по t-критерию Стьюдента.

Результаты собственных исследований

Клиническое состояние пародонта

Клиническое обследование выявило, что распространенность гингивита у вертолетчиков составляет 26,5%, а пародонтита - 40,8%. Для объективной оценки эффективности проводимой терапии с использованием препарата Траумель С нами были применены гигиенические и пародонтальные индексы: ПМА, ПИ, ИК, УИГР. Значения этих индексов в динамике лечения приведены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, в процессе лечения с использованием препарата Траумель С в виде мази наблюдалась положительная динамика клинических пародонтальных индексов при снижении показателя индекса гигиены. Препарат хорошо переносился больными, обладал достаточной адгезией к слизистой оболочке десны, не оказывал раздражающего действия на слизистую оболочку полости рта, был удобен в применении. Побочных реакций во время и после лечения не выявлено.

Индексы	До лечения	После лечения	Достоверность различий (p)
ПИ (усл. ед.)	1,7±0,1	0,7±0,1	p<0,001
ПМА (%)	31,2±3,4	11,2±1,3	p<0,001
ИК (усл. ед.)	1,7±0,2	0,5±0,2	p<0,001
ИГ (усл. ед.)	2,3±0,2	1,0±0,1	p<0,001

Табл. 1. Динамика показателей клинических индексов у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести в процессе комплексного лечения с использованием мази Траумель С

Индексы	До лечения	После лечения	Достоверность различий (p)
ПИ (усл. ед.)	2,2±0,2	1,4±0,2	p<0,05
ПМА (%)	28,6±1,6	14,6±1,4	p<0,001
ИК (усл. ед.)	2,0±0,0	0,7±0,3	p<0,01
ИГ (усл. ед.)	2,6±0,2	1,1±0,2	p<0,001

Табл. 2. Динамика показателей клинических индексов у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести под влиянием комплексного лечения с использованием гепариновой мази

Индексы	До лечения	После лечения	Достоверность различий (p)
ПИ (усл. ед.)	5,4±0,2	2,2±0,1	p<0,001
ПМА (%)	49,6±2,9	15,2±1,4	p<0,001
ИК (усл. ед.)	2,9±0,1	0,9±0,2	p<0,001
ИГ (усл. ед.)	2,7±0,2	1,3±0,2	p<0,001

Табл. 3. Динамика показателей клинических индексов у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести в процессе комплексного лечения с использованием мази и таблеток Траумель С

В группе сравнения (лечение с применением гепариновой мази) также отмечена положительная динамика клинических индексов, но не столь значимая, как в первой группе (табл. 2).

Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести характеризуется более выраженными патологическими изменениями в пародонте по сравнению с легкой степенью. Поэтому в комплексе лечебных мероприятий помимо мазевой формы Траумеля С была применена и таблетированная.

Клиническое обследование пациентов в динамике лечения пародонтита выявило, что препарат Траумель С способствует уменьшению отека, кровоточивости десны. Это подтверждалось положительной динамикой клинических

индексов – отмечено достоверное снижение всех пародонтальных и гигиенического индексов (табл. 3).

Таким образом, на основании проведенного клинического обследования в динамике комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита можно сделать заключение, что препарат Траумель С обладает выраженным противовоспалительным действием.

Исследование иммунологических показателей ротовой жидкости под влиянием лечения хронического генерализованного пародонтита с применением препарата Траумель С

Одними из важнейших гуморальных факторов защиты полости рта при воспалении являются иммуноглобулины, а именно IgA, IgG, IgM. Они попадают в слюну в результате местного синтеза плазматическими клетками и из крови путем транссудации через десневой желобок. Основным в полости рта является секреторный иммуноглобулин S-IgA, который синтезируется непосредственно эпителиальными клетками выводных протоков слюнных желез. Предполагается, что S-IgA является наиболее эффективным в обеспечении местной антимикробной защиты в различных участках слизистых оболочек, в т. ч. полости рта.

В нашей работе мы изучили влияние применения препарата Траумель С на содержание иммуноглобулинов IgA, IgG, IgM смешанной слюны вертолетчиков в динамике лечения пародонтита. Результаты исследования представлены в табл. 4.

Из таблицы видно, что в первой группе в смешанной слюне пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести под влиянием лечения с использованием мази Траумель С содержание IgM и IgG существенно не менялось, в то время как количество IgA достоверно повысилось. В группе сравнения, где в лечении ХГПЛТ была применена гепариновая мазь, ни по одному из показателей существенных отличий не выявлено.

В третьей группе с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести содержание иммуноглобулинов в смешанной слюне изменилось под влиянием сочетанного применения мази и таблеток препарата Траумель С. Отмечено уменьшение содержания IgM и IgG ($p<0,001$ и $p<0,01$ соответственно). При этом показатель IgA достоверно увеличился ($p<0,001$), в среднем, в 2 раза.

Таким образом, исследование содержания иммуноглобулинов IgA, IgM и IgG в смешанной слюне показало, что мазь Траумель С эффективна в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени. Гепариновая мазь, которая была применена в сравнительном аспекте, практически не оказывает влияние на состояние местного иммунитета полости рта при пародонтите. Наибольший иммунокорригирующий эффект показан при сочетанном использовании мази и таблеток препарата Траумель С в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести у вертолетчиков.

Вид Ig	Группа 1		Группа 2 (сравнения с гр. 1)		Группа 3	
	До (1)	После (2)	До (3)	После (4)	До (5)	После (6)
IgM (мг/мл)	0,62±0,03	0,55±0,03	0,63±0,05	0,61±0,03	0,65±0,04	0,40±0,04***
IgA (мг/мл)	0,45±0,07	0,60±0,02*	0,41±0,04	0,44±0,04	0,40±0,02	0,80±0,02***
IgG (мг/мл)	3,92±0,18	3,65±0,24**	3,8±0,19	3,53±0,26	4,15±0,21	3,62±0,13**

Примечание: достоверность различий до и после лечения
* - p<0,05; **- p<0,01; ***- p<0,001

Табл. 4. Содержание иммуноглобулинов в смешанной слюне в динамике комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита с использованием препарата Траумель С

Показатель АОЗ	Группа 1		Группа 2 (сравнения с гр. 1)		Группа 3	
	До (1)	После (2)	До (3)	После (4)	До (5)	После (6)
СОД (ед/мл)	73,5±0,51	45,5±0,08***	77,8±0,38	47,6±0,25***	75,6±0,50	34,7±0,60***
КТ (мкмоль/мин/мл)	9,2±0,02	9,7±0,30	10,1±0,02	12,3±0,50 **	7,3±0,02	7,8±0,18*

Примечание: достоверность различий до и после лечения
* - p <0,05; ** - p<0,01; ***- p<0,001

Табл. 5. Показатели антиоксидантной защиты в смешанной слюне вертолетчиков в динамике комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита с использованием препарата Траумель С

Показатели антиоксидантной защиты в смешанной слюне в динамике комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита с использованием препарата Траумель С

В последнее время многие ученые уделяют большое внимание изучению процессов свободнорадикального окисления (СРО) и антиоксидантной защиты (АОЗ), так как они играют важную роль в патогенезе заболеваний слизистой оболочки полости рта, в том числе пародонта. Определение ряда показателей СРО и их продуктов в слюне на этапе обследования пациента и в динамике лечения позволяет судить о степени патологического процесса в полости рта и в организме в целом, а также об эффективности проводимой терапии. Одними из таких показателей являются ферменты супероксиддисмутаза (СОД) и каталаза (КТ).

В настоящем исследовании для изучения состояния АОЗ в пародонте определяли содержание супероксиддисмутазы и каталазы в смешанной слюне летчиков под влиянием комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита с использованием препарата Траумель С. Результаты исследования отражены в табл. 5.

Исследование показало, что в смешанной слюне первой группы с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести под влиянием мази Траумель С показатель СОД достоверно снижался ($p<0,001$), в то время как содержание каталазы практически не менялось ($p>0,05$). Во второй группе сравнения использование гепариновой мази в комплексном лечении ХГПЛТ также вызвало достоверное снижение СОД в смешанной слюне ($p<0,001$). При этом показатель КТ, напротив, увеличился. В третьей группе с ХГПСТ под влиянием лечения с использованием аппликаций мази Траумель С и приема таблеток этого же препарата (под язык до полного рассасывания) отмечено достоверное снижение СОД в смешанной слюне ($p<0,001$) в среднем в 2 раза, а показатель каталазы оставался примерно в тех же пределах. Таким образом, исследование содержания ферментов, отражающих состояние антиоксидантной защиты организма, показало, что препарат Траумель С обладает выраженным антиоксидантным эффектом. Под действием препарата отмечалось достоверное снижение содержания фермента супероксиддисмутазы в смешанной слюне.

Выводы

1. Выявлена значительная распространенность хронического генерализованного пародонтита (40,8%). Данная патология является фактором риска развития различных соматических заболеваний, что создает реальные предпосылки к снижению профессиональной надежности действий летчика в экстремальных условиях среды.
2. Хронический генерализованный пародонтит у летчиков, по данным исследования смешанной слюны, сопровождается нарушениями иммунологического статуса и снижением антиоксидантной защиты организма.
3. Клиническое обследование и лабораторное исследование смешанной слюны летчиков установило, что применение препарата Траумель С обосновано в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у этих лиц. Препарат Траумель С обладает выраженным противовоспалительным действием.
4. Наибольший терапевтический эффект препарата Траумель С в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита достигнут при сочетанном использовании мазевой и таблетированной форм.
5. По данным исследования активности фермента супероксиддисмутазы в смешанной слюне сочетанное применение препарата Траумель С (мази и таблеток) в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита оказывает выраженный антиоксидантный эффект. Установлено достоверное снижение содержания супероксиддисмутазы в смешанной слюне в 2 раза.
6. Основные предложения по совершенствованию врачебно-летной экспертизы вертолетчиков с хроническим генерализованным пародонтитом заключаются в необходимости внедрения в практику диспансерного стоматологического, в том числе пародонтологического, наблюдения с привлечением специалиста стоматолога-пародонтолога. Реабилитация летчиков с хроническим пародонтитом должна проводиться на уровне специализированного пародонтологического отделения (кабинета). Программа подготовки авиационных врачей должна включать вопросы диагностики и профилактики заболеваний пародонта.
7. Гомеопатический препарат Траумель С (мазевая и таблетированная формы) может быть рекомендован в качестве препарата выбора при лечении хронического генерализованного пародонтита у лиц опасных профессий.

Литература

1. Безрукова И.В. Основные факторы риска, прогноз течения и результатов лечения быстропрогрессирующего пародонтита//; Журнал «Пародонтология» №1, 2004, с. 15-19.
2. Дунязина Т.М., Калинина Н.М., Никифорова И.Д. Современные методы диагностики заболеваний пародонта//; СПб. Институт стоматологии. – 2001 г. – с. 7-24.
3. Иорданишвили А.К.; Автореф. дисс… д.м.н.; Морфофункциональная оценка жевательного аппарата у различных категорий летного состава//; - СПб., - 1998г., - 304 с.
4. Мещанинов В.Н. Состояние перекисного окисления липидов системы крови в процессах возрастной инволюции организма и в условиях воздействия экстремальных факторов // Автореф. д.м.н., Урал. гос. мед. акад., Челябинск, 1999, С. 35.
5. Цепов Л.М., Николаев А.И. Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний пародонта .- Смоленск, 1997. - 54 с.
6. Chrousos G.P. The stress response and immune function: clinical implications; N. Y. Acad. Sci., - 2000, - vol. 917, - p. 38-67.
7. Carranza F.A., Newman M.G. Clinical periodontology. Philadelphia, 1996. – 300 p.
8. Danesh-Meyer M.S. Progression and prognosis of destructive periodontal disease // J. Soc. Periodontal. – 1993. – Vol.75, №11. – P. 11-17.
9. Davarpanach M., Tecucianu J.F. Periodontal diseases: clinical forms, epidemiology, etiology, prevention // Rev.Pract. – 1994. – Vol.44, №3. – P. 374-378.

Адрес автора

К.м.н., доцент Т.Г. Симакова
Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства, кафедра стоматологии
123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30

ВЕСТИ ИЗ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛОВ МИРА

Психотерапия никотиновой зависимости без препаратов

Для лечения курильщиков от никотиновой зависимости психотерапия по эффективности не уступает медикаметозному лечению с помощью лекарственных препаратов. Спустя год после начала курса более 25% участников исследования полностью бросили курить, а остальные сократили количество сигарет, выкуриваемых в сутки, более чем наполовину. При этом стоимость психотерапии была ниже, чем медикаментозного лечения.

Dtsch Med Wochenschr 2006; 131 (5): 197-202

У. Гребер

Взаимодействия лекарственных препаратов и микронутрицевтиков – воздействие на иммунную систему*

Эссен, Германия

* (Gröber U. Interaktionen zwischen Arzneimitteln und Mikronährstoffen und Auswirkung auf das Immunsystem. Biol Med 2006; 1: 39-41)

Содержание

Лекарственные препараты способны взаимодействовать с микронутрицевтиками, важными для поддержания жизни, на всех уровнях обменных процессов. Помимо распределения и метаболизации (например, индукция или ингибирование ферментов) в развитии явлений дефицита микронутрицевтиков особую роль играют такие факторы, как индуцированные приемом сильнодействующих лекарственных средств изменения в деятельности желудочно-кишечного тракта (изменение уровня pH, поражения слизистой оболочки кишечника, изменения активности кишечника).

Summary

Drugs can interact with essential micronutrients at all levels of the metabolism. Apart from the distribution and metabolisation (e.g. induction or inhibition of enzymes), the effects produced within the gastro-intestinal tract (e.g. shift of the PH value, lesion of the intestinal mucosa, change in the gastro-intestinal motility) in particular play an important role in the development of drug-induced phenomena of deficiency of nutritive substances and in the possible influence on the immune system.

Прием лекарственных препаратов, оказывающих влияние на обмен витаминов и минералов, не обязательно связан с риском развития дефицита микронутрицевтиков в организме. Решающим фактором при этом является длительность терапии и уровень снабжения организма такими веществами перед началом терапии. В норме этот уровень у человека, питание которого характеризуется как взвешенное и продуманное, не может существенно понизиться в результате кратковременного приема лекарственных препаратов.

При недостаточном уровне снабжения организма микронутрицевтиками, а также при длительной или полифармакотерапии очень важно учитывать этот фактор при планировании терапии. В особенности это касается пациентов с хроническими заболеваниями (из-за длительного приема различных лекарственных средств), а также пожилых людей с характерной для этого возраста полиморбидностью. Касается это и тех пациентов, которые без совета врача или провизора занимаются самолечением: в этом случае существенно повышается риск развития дефицита микронутрицевтиков в организме с его отрицательным последствием, ослабляющим воздействием на иммунную систему.

Ацетилсалициловая кислота и витамин С: снижение степени поражения слизистых оболочек

В слизистой оболочке желудка, считающейся основным «хранилищем» витамина С в организме, концентрация этого вещества в 25 раз превышает таковую в плазме крови. Гастропатии, возникающие вследствие воздействия ацетилсалициловой кислоты, вызваны помимо ингибирования защитных простагландинов нарушениями в обмене и накоплении витамина С. При терапии ацетилсалициловой кислотой падает уровень витамина С в желудочном соке, тканях, плазме и моче.

В ходе исследований с участием здоровых пробандов было показано, что сочетание терапии ацетилсалициловой кислотой с приемом витамина С позволяет существенно снизить поражения слизистых оболочек, индуцированные АСК. В течение трех дней участники эксперимента получали по 800 мг АСК в день перорально в сочетании с приемом 480 мг витамина С или без него. У пробандов, не получавших витамин С, наблюдались поражения слизистой

Последствия дефицита цинка

- Атрофия слизистых оболочек и поражения эпителия
- Снижение уровня тимулина и активных цинк-тимулиновых комплексов
- Нарушенная дифференциация Т-клеток
- Снижение активности и количества Т-хелперных, Т-киллерных клеток и натуральных киллеров
- Снижение фагоцитозной активности гранулоцитов
- Снижение уровня синтеза антител и антител к интерлейкину-2

Табл. 1. Иммунологические параметры при дефиците цинка

оболочки желудка, сопровождавшиеся существенным повышением пероксидации липидов и повышением активности миелопероксидазы в желудочно-кишечном тракте. Кроме того, в этой группе снижался уровень кровоснабжения слизистой оболочки желудка, наблюдалось падение концентрации витамина С в желудочном соке, а также супрессия активности супероксиддисмутазы (СОД)- и глутатионпероксидазы (ГПО). В группе пробандов, принимавших дополнительно к терапии АСК гастропротективный витамин С (2х480 мг/день перорально) снижения активности обеих антиоксидантных систем не наблюдалось (3).

Зидовудин и цинк

Цинк существенно повышает клеточную и гуморальную иммунную функцию. Т-лимфоциты, реализующие иммунный ответ на клеточном уровне, проходят в тимусе направленный процесс созревания под воздействием низкомолекулярного пептида - гормона тимулина. Этот процесс обозначается как дифференциация Т-клеток и является облигатно цинк-зависимым, поскольку физиологической активностью обладает только комплекс, состоящий из цинка и тимулина. При дефиците цинка происходит быстрое снижение концентрации комплексов цинк-тимулин в плазме.

Активность Т-хелперов, Т-киллеров и натуральных киллеров, а также уровень пролиферативной активности Т-лимфоцитов при этом значительно снижается. При дефиците цинка наблюдается, помимо прочего, снижение секреции интерлейкина-2 лимфоцитами. Интерлейкин-2 через посредство ИЛ-2-рецептора стимулирует рост Т-клеток и активирует В-лимфоциты и натуральные киллеры.

Цинк активирует белковый обмен; при дополнительном введении цинка в организм происходит прирост веса, в частности, мышечной массы. Достаточный уровень белкового синтеза является условием для всех ростовых процессов и процессов деления клеток. Поэтому недостаток цинка сказывается, прежде всего, на клеточных системах с высоким уровнем клеточного деления: на коже, слизистых оболочках и иммунной системе.

У ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих терапию препаратом Зидовудин и, в качестве дополнения, заместительную терапию цинком, наблюдалась стабилизация веса тела, увеличе-

Иммуномодуляторы и антиоксиданты

- Витамин А, витамин Е (и -токоферолы), каротиноиды (например, ликопин)
- Витамин С
- Коэнзим Q10 (особенно при раке груди), L-карнитин (при цисплатин-изофамидной терапии)
- L-цистеин, L-глютатион
- Селен, цинк
- Омега-3-жирные кислоты (среди прочего, при кахексии) и синтез интерлейкина-2

Табл. 2. Микронутрицевтики, необходимые для пациентов онкологического профиля

Цитостатик	Нутрицевтик	Механизм	Последствия дефицита
5-флюороурацил	Витамин В1	Ингибирование фосфорилирования тиамина	Сердечная недостаточность, лактатацидоз
Метотрексат	Фолиевая кислота	Антагонист фолиевой кислоты	Дефицит фолата, гомоцистеинемия, мукозит
Ифозамид	L-карнитин	Экскреция L-карнитина повышается (ятрогенный дефицит карнитина)	Гипокарнитинемия, аномалии липидов (?), нарушения иммунных функций
Интелейкин-2	Витамин С	Обменные процессы, протекающие с высоким расходом витамина С	Гиповитаминоз С, повышенная склонность к инфекциям, слабость иммунитета
Цисплатин	L-карнитин	Экскреция L-карнитина повышается (ятрогенный дефицит карнитина)	Гипокарнитинемия, аномалии липидов (?)
	Магний	Магний: экскреция повышена	Гипомагниемия - уровень Mg в плазме снижен - Mg в эритроцитах снижен гипокалиемия, гипокальциемия, повышение уровня паратиреоидного гормона

Табл. 3. Может наблюдаться специфические взаимодействия между цитостатиками и микронутрицевтиками

ние количества CD(4)-(хелперных)-клеток и цинк-тимулиновых комплексов в плазме. Частота оппортунистических инфекций, вызываемых возбудителями Pneumocystis carinii или Candida, была гораздо ниже, чем при монотерапии Зидовудином.

Цитостатики и микронутрицевтики

По сравнению со здоровыми, у пациентов онкологического профиля уже в период постановки диагноза и задолго до появления клинически значимых изменений в уровне снабжения клеток питательными веществами наблюдается снижение концентрации микроэлементов и витаминов в крови. При этом уровень снабжения иммуномодулирующими и антиоксидативными микронутрицевтиками, а также уровень тех веществ, запас которых в организме быстро истощается (например, витамины группы B, B1, B6, B12, фолиевая кислота) может быть охарактеризован как критический (табл. 2). К этому добавляются факторы, воздействие которых приводит к дефициту микронутрицевтиков еще до момента манифестации опухолевого заболевания, в частности анорексия.

Уровень микронутрицевтиков экстремально снижается при проведении химио- и лучевой терапии

Уровень концентрации в плазме многих иммуномодулирующих и антиоксидативных веществ экстремально снижается при проведении химио- и лучевой терапии. Например, концентрации витамина C в плазме могут снизиться до значений, близких к значениям при заболевании цингой (?6 мкммоль/л). При этом у пациентов онкологического профиля нередко наблюдаются такие клинические симптомы дефицита витамина C, как гингивит, мышечная слабость, пурпура, потеря веса и анорексия. Дефицит цинка и селена приводит к множественным нарушениям функций иммунитета и к повышению риска вторичных инфекций и осложнений (например, сепсис).

Специфические взаимодействия между химиотерапией и микронутрицевтиками должны быть учтены уже на стадии планирования терапии (табл. 3). Базисная противораковая терапия (химио- или лучевая терапия) является весьма эффективной, однако она в той же степени и агрессивна. Поскольку эта терапия не избирательна, то помимо раковых клеток поражаются нормальные ткани, в частности быстро пролиферирующие клеточные системы слизистых оболочек (развитие токсичности слизистых оболочек), иммунной системы (развитие иммунных дефектов) и костного мозга (последующие нарушения регенерации костного мозга). Слизистые оболочки дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта особенно чувствительны к проведению химио- или лучевой терапии. Поражения слизистой оболочки кишечного тракта связаны с болями в абдоминальной области, повышением потерь питательных веществ (рвота, тошнота), а также с нарушением всасывания питательных веществ (диарея) и их переваривания.

Нарушение иммунных барьеров облегчает путь инфекции

Вследствие поражения важнейших иммунных барьеров организма в кишечнике (GALT – ассоциированная с кишечником лимфатическая ткань) и дыхательных путей (BALT – ассоциированная с бронхами лимфатическая ткань) инфекционные микроорганизмы могут гораздо легче проникнуть через слизистые оболочки в организм, ослабленный болезнью и терапией (бактериальная транслокация). Следствием является высокая частота осложнений, в частности, в форме вторичных инфекций и сепсиса. Система слизистой оболочки кишечника представляет собой самую большую по размеру иммунокомпетентную систему, которая выполняет важнейшие функции локальной и общей защиты и контроля.

Заместительная терапия может повысить качество жизни

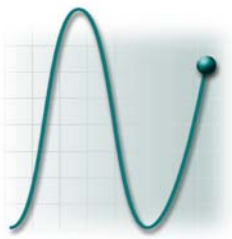
Заместительная терапия с использованием микронутрицевтиков, например селена, подобранная в соответствии с индивидуальным планом лечения пациента, стадией его заболевания и другими факторами, способствует повышению качества жизни пациента с онкологическим заболеванием, а также усилению его ослабленного иммунитета. Кроме того, улучшается регенерация после операции, блокируются воспалительные процессы, создаются условия для успешной профилактики метастазов, а также снижения побочных эффектов от терапии, направленной на деструкцию опухоли (химиотерапия, лучевая терапия, операция). Повышается общая эффективность противораковой терапии: пациенты лучше ее переносят, реже наблюдаются случаи прерывания терапии.

Литература

1. Gröber U. Ortomolekulare Medizin – Ein Leitfaden für Apotheker und Ärzte. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2002
2. Gröber U. Vitamine und andere Nährstoffe in der modernen komplementären Onkologie. Dtsh Zschr Onkologie 2003; 35: 180-85
3. Gröber U. Interaktionen zwischen Arzneimitteln und Mineralstoffen. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2006

Адрес автора

Uwe Gröber
Rüttenscheider Strasse 66
45130 Essen
Germany



ВЕСТИ ИЗ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛОВ МИРА

Акупрессура для купирования люмбалгии

По данным тайваньских ортопедов, применение метода акупрессуры для купирования болевого синдрома в области пояснично-крестцового отдела позвоночника весьма эффективно. В частности, после соответствующих манипуляций достоверно снижается боль, улучшается подвижность и качество жизни пациента (ВАШ, опросник Роланда-Морриса). По наблюдениям специалистов, указанный терапевтический эффект сохраняется 6 месяцев.

BMJ 2006; 332: 696-700

В.И. Лещенко

Консервативное лечение гипертрофии глоточной миндалины (гомеопатия + лазеротерапия)

Врачебно-физкультурный диспансер №13, Москва

Содержание

В статье приведены результаты применения гомеопатических препаратов и лазерорефлексотерапии у пациентов с аденоидными вегетациями. Получено достоверное улучшение носового дыхания, уменьшение аденоидных вегетаций. Более чем в 90% случаев удалось избежать оперативного лечения аденоидов, заменив безболезненным, безопасным и эффективным, консервативным методом.

Summary

The effects of homeopathic drugs and laser-acupuncture application for the patients with adenoids are given in this article. The statistically significant improving of nasal respiration, decrease of adenoids was obtained. In more than 90% of cases OP of adenoids was avoid and safe and effective conservative method was applied.

Аденоиды как определенная нозологическая форма была подробно описана в 1873 г. датским врачом Вильгельмом Мейером. Рассматриваемое заболевание обычно бывает у детей, однако встречается также в зрелом возрасте и даже у старых людей. С гипертрофией глоточной миндалины связан целый ряд местных и общих расстройств. Помимо затруднения носового дыхания, нарушения роста скелета лица, расстройств слуха и речи при аденоидах могут наблюдаться головная боль, головокружения, расстройства сна, рассеянность и забывчивость, субфебрильная температура (признак хронического аденоидита), ночное недержания мочи (среди 15% больных аденоидами), а также ларингоспазм, бронхиальная астма, поражение зрения, нарушение функции сердечно-сосудистой системы, эпилептические припадки и другие расстройства.

Лимфаденоидное глоточное кольцо у зародыша человека закладывается непосредственно под основанием черепа, где закладываются сердце с его важнейшими сосудами и легкие. Разнообразие нервных элементов лимфаденоидной ткани глоточного кольца говорит о многообразии рецепторной функции и нервно-рефлекторных связей с различными органам, особенно с сердцем, легкими, мочеполовой системой и мозгом. Поэтому ряд симптомов со стороны отдаленных органов и систем, наблюдаемых при аденоидах, обусловлен не только затруднением носового дыхания, вследствие чего нарушается насыщение кислородом крови, тканей, но и нервно-рефлекторным механизмом.

Диагностика

Диагностика аденоидов не сложна. Их можно заподозрить уже по внешнему виду больного: лицо вытянуто, верхняя челюсть удлинена, клинообразна, рот полуоткрыт, верхние резцы расположены беспорядочно, значительно выступают вперед (внешний аденоидизм – habitus adenoideus). На ранней стадии диагностики отмечаются затруднение носового дыхания, часто открытый рот, гнусавый голос, храп, частые ОРВИ. Окончательный диагноз ставится после задней риноскопии или пальцевого исследования носоглотки, рентгенографии носоглотки в сагиттальной проекции.

Лечение

Лечение аденоидных вегетаций чаще хирургическое. Но в последнее время появилась тенденция к щадящим методам лечения аденоидных вегетаций. Это связано, во-первых, с важной защитной функцией глоточной миндалины (как периферический орган иммунной системы, она принимает участие в формировании реакций клеточного и гуморального иммунитета, т.е. активно защищает от бактерий и вирусов, продуцирует интерферон), во-вторых, с нанесением психической и физической травмы ребенку, в третьих, с хирургическими осложнениями (глоточное кровотечение, аспирация аденоидами, острый лимфаденит, пневмония и др.), в-четвертых, с рецидивом заболевания и т.д.

В отделении восстановительного лечения ВФД №13 САО г. Москвы создан метод лечения гипертрофии глоточной миндалины с помощью гомеопатии и лазерорефлексотерапии. Актуальность этого метода заключается в том, что при спортивных нагрузках затрудненное носовое дыхание и патологический очаг в лимфаденоидном кольце глубже, быстрее нарушает окислительно-восстановительные процессы в тканях и вызывает нейрорефлекторные сдвиги в органах (чаще всего, в сердечно-сосудистой системе).

Гомеопатические препараты воздействуют на лимфатический и экссудативный диатез, чаще всего сочетающийся с гипертрофией миндалин. Из комплексных гомеопатических препаратов для достижения необходимого эффекта препаратом выбора является Лимфомиозот. Он обладает лимфодренажным, противоаллергическим, дезинтоксикационным действием. Для быстрого улучшения носового дыхания и для терапии аденоидов применяется спрей для интраназального применения Эуфорбиум композитум Назентропфен С. Особенно важно подчеркнуть, что данный спрей не вызы-

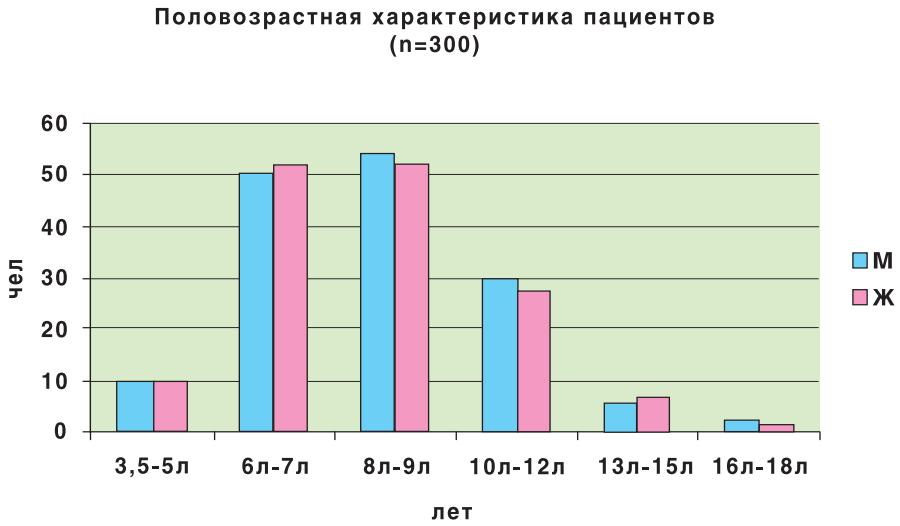


Рис. 1. Половозрастная характеристика пациентов, принимавших участие в данном исследовании

вает привыкания и длительное применение препарата не снижает терапевтический эффект, а наоборот, повышает его.

Гомеопатическая медикаментозная терапия назначалась во время или после проведения курса лазерорефлексотерапии (монохроматический красный свет 633 Нм, интенсивность излучения 2.5 мВт/см2, время экспозиции до 2-8 мин.), так как лазеротерапия усиливает действие лекарственных веществ на организм в целом и на локальный очаг (глоточную миндалину). Проводится облучение слизистой оболочки носа, задней стенки глотки, а также воздействие на рефлексотерапевтические точки (I 7,9 II 4,20 VII 12). Лазерное воздействие уменьшает воспаление, отек тканей и их бактериальную обсемененность.

В 2001-2003 гг. было пролечено 300 человек в возрасте от 3,5 до 18 лет. У всех пациентов диагноз был подтвержден рентгенографически. Степень закрытия носоглотки аденоидными вегетациями (в сагиттальной проекции) >1/3 , >1/2, >2/3, т. е. I, II, III степени соответственно. Нарушения в сердечно-сосудистой системе (нарушения процесса реполяризации в миокарде, ПМК, синдром PWC) были выявлены у 20% пациентов, энурез - у 10%. Сопутствующие заболевания верхних дыхательных путей отмечены у 55% больных, прочие патологии – у 15%.

Результаты и обсуждения

Уже после первых сеансов лечения наблюдалось улучшение носового дыхания, уменьшение воспалительного процесса (исчезала гиперемия слизистых зева и носа). Через 2 недели после лечения на контрольной ЭКГ улучшались или восстанавливались процессы реполяризации миокарда.

В течение года пациенты реже или вообще не болели заболеваниями верхних дыхательных путей, улучшался цвет лица, носовой тип дыхания пришел на смену ротовому, исчез гнусавый голос и храп. На контрольных рентгенограммах отчетливо видно уменьшение аденоидных вегетаций как минимум на одну степень. Только 2-3% пациентов через год вынуждены повторить курс лечения гомеопатией и лазерорефлексотерапией (пациенты с III–IV степенью аденоидных вегетаций). У 8% пациентов проведенный курс терапии эффекта не дал. Выздоровление после лечения наступило у пациентов с диагнозом аденоидные вегетации I степени. У остальных детей отмечено улучшение, а с постепенным взрослением – выздоровление (чаще после пубертатного периода).

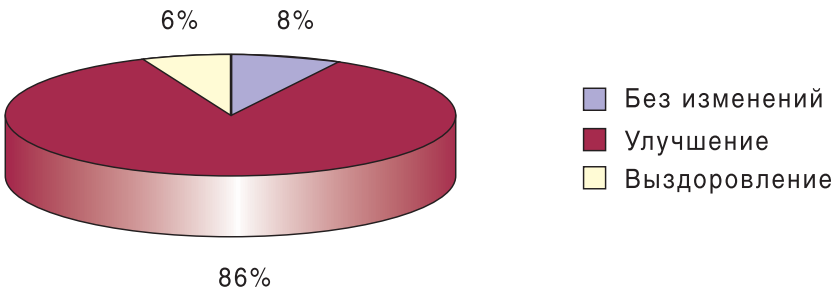


Рис. 2. Результаты терапии антигомотоксическими препаратами и лазерорефлексотерапией

Выводы

Адекватного лечения аденоидных вегетаций в аллопатической медицине практически нет, если не считать радикального хирургического лечения. Не отрицая, при определенных показаниях, этого метода, мы предлагаем более щадящий и физиологически сберегающий, но и эффективный способ терапии рассматриваемой патологии. Причем одинаково эффективный в сравнении с хирургическим, так как часто после операции образуются новые аденоидные разрастания. Преимуществом антигомотоксической терапии и лазерорефлексотерапии является простота применения, безболезненность и эффективность (более 90%). Мы считаем, что этот метод может быть применен во всех детских лечебных учреждениях.

Литература

1. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии. М. 1990 г. С. 173-206.
2. Козлов В.И., Буйлин В.А. Основы лазерной физио- и рефлексотерапией Самара - 1993 г. – С. 103-114.
3. Карпеева Е.В., Синкина Т. В., Цапок П.И. Применение гелий-неонового лазера для лечения заболеваний небных миндалин при гемофилии // Новое в лазерной медицине и хирургии: Тез. междунар. конфер.; под ред. О.К. Скобелкина – М. - 1990 г. – С. 153-154.
4. Ковалев М.И. Влияние излучения гелий-неонового лазера на бактериальную обсемененность // Новое в лазерной медицине и хирургии: Тез. междунар. конфер.; под ред. О.К. Скобелкина – М. - 1990 г. – С. 250-251.
5. Общая терапия. Комплексные гомеопатические препараты фирмы «Биологше Хайльмиттель Хеель ГмбХ». Справочник 2001-2002 г.

Адрес автора

Лещенко В.И.
Врачебно-физкультурный диспансер №13 САО г. Москвы
125167, Москва, Ленинградский пр., д. 54/1

Д. Шредер

Спорт, иммунная система и натуропатия*

Франкфурт-на-Майне, Германия

* (Schröder D. Sport, Immunsystem und Naturheilverfahren. Biol Med 2002; 31 (2): 101-3)

Содержание

Занятия спортом обычно положительно оцениваются для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, а также остеопороза. Не менее важны занятия спортом для поддержания хорошей физической формы. Положительное воздействие занятий спортом на организм человека зависит от степени физических нагрузок на организм. Если физические нагрузки соответствуют норме, положительный эффект подтверждается клинически и лабораторными тестами. Неправильно подобранная или избыточная физическая нагрузка не только повышает риск несчастного случая, но и наносит ущерб иммунной системе.

Что происходит при физической нагрузке?

Занятия спортом приводят, как показывают исследования, к определенным гормональным эффектам, в частности, к выбросу кортизола и катехоламинов. В результате этого развивается иммунологическая стрессовая реакция. Физические нагрузки приводят к исчезновению запасов энергетически богатых субстанций (например, гликогена), после расщепления которого возникает определенный дефицит, что, в свою очередь, опять-таки приводит к иммунологическим реакциям. Третьим видом так называемого иммунологического стресса является стресс, возникающий вследствие «микротравм» мускулатуры (особенно при эксцентрической нагрузке), сопровождающих занятия спортом. Из-за этих микротравм происходит активация макрофагов и высвобождение цитокинов (рис. 1). Это состояние можно также распознать и по небольшому повышению уровня креатинкиназы. Патологическим коррелятом для мускулатуры является разрушение так называемых «Z-структур» (1).

При занятиях спортом в зависимости от нагрузки определяется количественное изменение популяций лимфоцитов. Так, после 45-минутной интервальной тренировки с большой нагрузкой обнаруживается шестикратное (по отношению к норме в крови) повышение уровня натуральных киллеров, которые, как известно, важны для профилактики вирусных и опухолевых заболеваний. Одновременно происходит и менее резкий подъем CD8-супрессорных клеток – примерно на 20% от исходного уровня. Эти параметры популяций лимфоцитов нормализуются примерно через 3 часа после нагрузки и при регулярных тренировках немного повышаются, за исключением супрессорных клеток, которые снижаются по отношению к исходному значению. В целом, отмечается дискретное изменение в соотношении CD4/CD8 (2).

Подобное положительное воздействие умеренных нагрузок на иммунную систему не обнаруживается в случае профессионального спорта высоких нагрузок, в частности у марафонцев. При этом даже умеренные физические нагрузки ведут к повышению риска инфекционных заболеваний (рис. 2). Частота инфекций дыхательных путей у марафонцев возрастает в 7 раз (3). Под умеренной спортивной нагрузкой понимают зависящий от возраста размер пробега в 15-30 км в неделю, за 2-3 раза, с достижением перемежающейся частоты пульса в

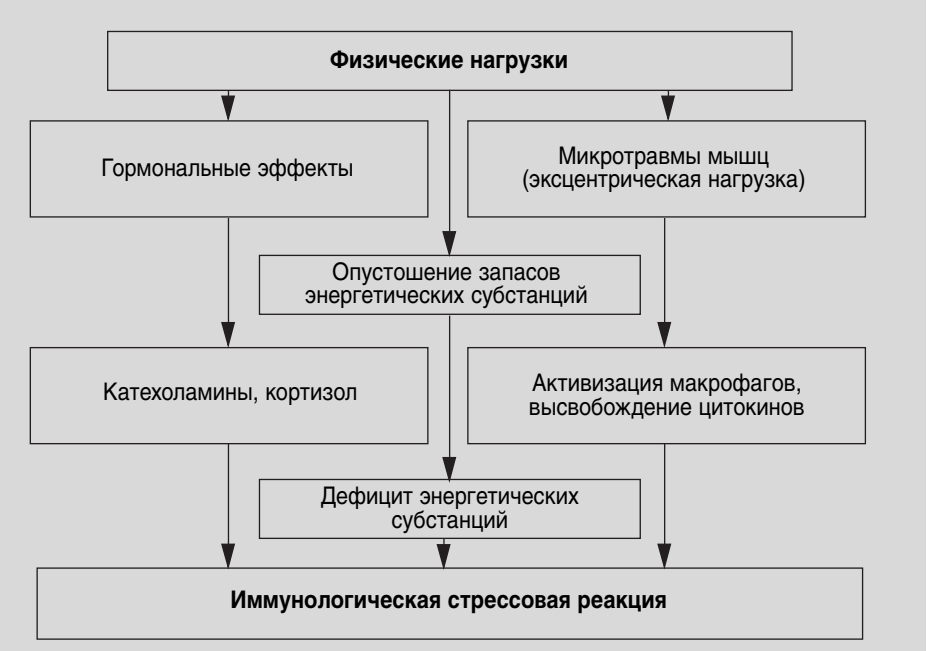


Рис. 1. Большие физические нагрузки способны самым различным образом вызвать иммунологическую стрессовую реакцию

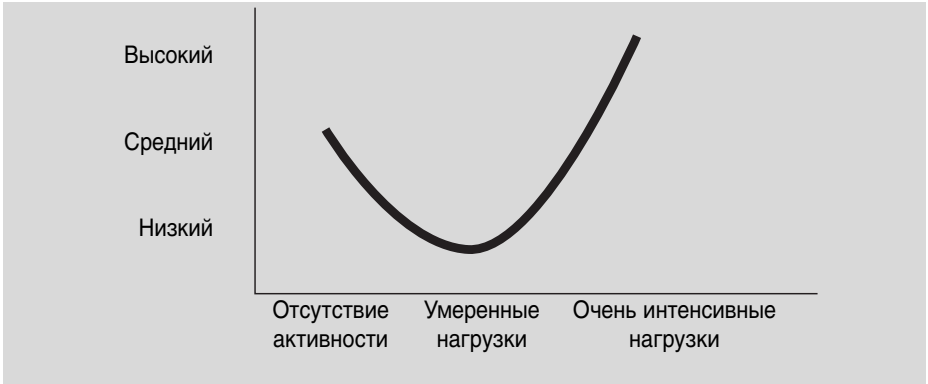


Рис. 2. Относительный риск инфекций дыхательных путей при отсутствии, умеренной и интенсивной физической деятельности (3)

130 ударов в минуту в строго аэробной области, называемой «область хорошего самочувствия».

Не только у марафонцев, но вообще при избыточных нагрузках (перетренировка) отмечается повышенная склонность к инфекциям вследствие накладывающейся иммунной супрессии. В частности, при острых лихорадочных инфекциях «спортсмены выходного дня» должны отказываться от тренировок, поскольку в ином случае могут возникнуть тяжелые осложнения в форме пневмонии и миокардита.

Как должен питаться спортсмен «выходного дня»?

На первом плане стоит обеспечение углеводами, которые являются основным источником энергии. Зерновые продукты из спельты, ржи и овса при этом являются предпочтительными, поскольку резорбция углеводов этого происхождения происходит медленно.

Спортсменам рекомендуется использовать в пищу растительные масла, оливковой или подсолнечное, и в меньшей степени – жиры животного происхождения.

Основным источником белков должны стать молочнокислые продукты (йогурт, кефир и др.) или рыба. Мясо рекомендуется использовать в пищу 2 раза в неделю. Общее правило питания: ежедневно должно потребляться 5 порций овощей и фруктов, чтобы обеспечить достаточный приток в организм минералов и витаминов. Не следует забывать и о достаточном притоке жидкости (2-3 л в день), в основном в форме минеральной воды и фруктовых чаев. Прохладительные напитки (Кока-Кола, Фанта и пр.) не рекомендуются.

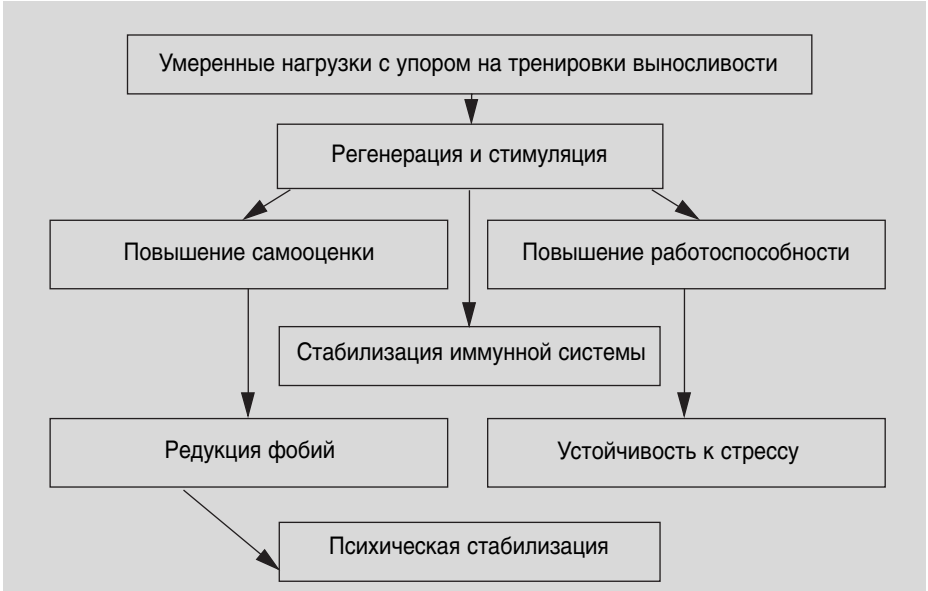


Рис. 3. Эффект умеренных нагрузок с упором на тренировки выносливости для физического и психического здоровья

Новейшие исследования показывают, что иммунная система, ассоциированная с кишечником, выполняет иммунокомпетентные функции. Если в области желудочно-кишечного тракта отмечаются такие явления, как метеоризм, потребность в сладком или симптоматика раздражения, следует подумать о восстановлении симбиоза. В этом случае необходимо изменение пищевых привычек: следует полностью отказаться от быстро резорбирующихся углеводов, в частности, от пшеничной муки и рафинированного сахара, и ежедневно употреблять пробиотические продукты питания, йогурт. Если через 2 месяца такой диеты не наступит улучшения симптоматики, следует провести тест на повышенное содержание Candida в стуле. Курс терапии нистатином и использование симбионтов (Мутафлор, Перентерол, Симбиофлор I и II) показаны при положительном результате теста.

Поддержание нормального иммунного статуса невозможно без достаточного притока минеральных веществ и витаминов. В частности, с помощью пищи организм обеспечиваться магнием, цинком, витамином С и витамином Е. Дневная норма магния составляет для мужчин около 400 мг, для женщин – около 300-350 мг. Для цинка эти показатели составляют соответственно 15 и 12 мг в день. Цинк – это важный катализатор и регулятор ферментного обмена веществ, участвующий в почти 200 ферментных реакциях нуклеинового, протеинового, углеводного и жирового обмена. Цинк является к тому же «ловушкой» для радикалов, что очень важно для обеспечения безопасности мембран. «Куриная слепота» обычно наблюдается в связи с дефицитом цинка в организме, поскольку цинк является ко-фактором в обмене витамина А. Цинк является также компонентом инсулина и отвечает за регулярный ритм сна и бодрствования, поддерживаемый за счет цинк-зависимого GABA-связывания рецепторов в центральной нервной системе. Для иммунной системы важно участие цинка в стимуляции, созревании и пролиферации Т-лимфоцитов из тимуса. В условиях стресса происходит усиленное выведение цинка из организма с мочой, по-

этому при физической нагрузке может быть полезно включение дополнительных количеств цинка в рацион питания. В качестве пищевых источников цинка можно назвать красное мясо, особенно баранину, а также овсяные хлопья, содержащие к тому же фитановую кислоту (метаболит фитола, компонента хлорофилла). Фитановая кислота, в свою очередь, способна к комплексному связыванию цинка и, таким образом, к снижению всасывания цинка. При хронических воспалительных заболеваниях кишечника наблюдается нарушение его резорбции. Дефицит цинка может обнаруживаться по типичным кожным изменениям.

Магний, в качестве универсального медиатора обмена веществ и миорелаксанта, играет очень важную роль в организме. Сюда относится и его физиологическая функция в качестве антагониста кальция. Магний обладает и противоаритмическим действием. Источниками этого элемента являются зеленый овощи и листовой салат. При мышечном напряжении или икроножных судорогах магний назначают в дозах от 400 мг в день. Магний, как и витамин Е, характеризуется катаболической активностью. Витамин Е является эффективной «ловушкой» для радикалов кислорода. Витамин Е используется в этом качестве, однако его восстановление зависит от витамина С. Витамин Е содержится в орехах и высокоценных растительных маслах, витамин С – во всех фруктах.

При соблюдении этих требований к питанию удается успешно противостоять опасности инфекционных заболеваний, особенно если спортивные нагрузки разумны и подобраны правильно, с учетом особенностей организма. Те, кто занимается спортом и при этом страдает рецидивирующими заболеваниями дыхательных путей, могут обратиться к гомеопатическим лекарственным средствам. Эхинацея ангустифолия обладает стимулирующим воздействием на IgG, при этом отмечается реакция острой фазы (4). Аналогичный эффект оказывает Туя. С позиций антигомотоксической медицины могут быть использованы Эхинацея композитум СН и Туя-Инъель С (в пероральной или парентеральной форме). Дополнительно в качестве средств от инфекционных заболеваний могут быть использованы препараты Энгистол, Галиум-Хель, Лимфомиозот или Траумель С. В целях ферментной регуляции назначают препараты Убихинон композитум и Коэнзим композитум. Сокращение сроков продолжительности инфекционного заболевания может быть достигнуто за счет дополнительного приема цинка и витамина С, если их использовали в самом начале заболевания и в больших дозах (5).

Профессор Кельнского института спортивной медицины Вильдор Хоффманн еще в 80-е годы на основе эпидемиологических исследований, показал, что спорт обладает положительным воздействием на организм, особенно на его сердечно-легочную систему. Ему принадлежит следующее высказывание: «Сорокалетний человек, который занимается в режиме умеренных нагрузок и тренировок выносливости, в 60 лет биологически остается сорокалетним». Это высказывание касается и иммунной системы.

Спорт с умеренной физической нагрузкой с упором на тренировки выносливости с помощью процессов регенерации и стимуляции приводит к стабилизации иммунной системы и является лучшей профилактикой для занимающихся спортом. К тому же спорт повышает самооценку, купирует фобии, приводя к психической стабилизации, поддерживаемой также за счет усиления выброса эндорфинов. Спорт умеренных нагрузок повышает работоспособность и усиливает резистентность к стрессу (рис. 3). Для занятий спорта – в том числе, и для спорта выходного дня – актуально правило, аналогичное правилу Парацельса: от нагрузки зависит то, будет спорт ядом или нет.

Литература

1. Bruunsgaard H et al. Exercise induced increase in serum interleukin 6 in humans is related to muscle damage. J Physiol 1997; 499: 833-41
2. Baum M, Liesen H. Erschöpfende Intervallbelastung als Auslöser von Aktivierungen des Immun- und Gerinnungsystems. Dtsch Z Sportmed 1993; 44: 423-8
3. Niemann DV, Johansen LM, Lee JW, Arabatzis K. Infectious episodes in runners before and after the Los Angeles marathon. J Sportmed Phys 1990; 30: 316-28
4. Baum M, Liesen H. Sport und Immunsystem. Orthopäde 1997; 26: 976-80
5. Peters EM, Goetzsche JM, Grobbelaar B, Noakes TD. Vitamin C supplementation reduces the incidence of postrace symptoms of upper-respiratory-tract infection in ultramarathon runners. Am J Clin Nutr 1993; 57: 170-4

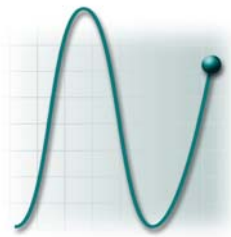
Адрес автора

Dr. med. Dieter Schröder
Börsenstrasse 17
60313 Frankfurt/Main
Germany

Новые требования к внутримышечным инъекциям

Согласно исследованию британских врачей, необходимо пересмотреть общий подход к проведению внутримышечных инъекций. Эффективность внутриягодичного введения препарата зависит от точности попадания активного вещества в мышцу. Но в настоящее время толщина жировой ткани в данной области тела составляет от 7,5 до 62 мм, т.е. в каждом третьем случае даже 25-мм иглы недостаточно, чтобы ввести препарат в мышцу. В качестве альтернативы предлагаются инъекции в дельтовидную мышцу.

BMJ 2006; 332: 637-8



ВЕСТИ ИЗ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛОВ МИРА

Омега-3-жирные кислоты и рак

Омега-3-жирные кислоты и препараты на их основе являются распространенными и популярными добавками для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний. Однако приписываемый им также профилактический эффект по отношению к различным онкопатологиям пока не подтвержден клинически. Существующие на данный момент исследования не пришли к однозначному выводу о влиянии омега-3-жирных кислот на развитие рака кишечника, молочной железы, легких и простаты. Поэтому назначение указанных биодобавок для профилактики рака в настоящее время стоит признать неоправданным.

JAMA 2006; 295 (4): 403-15

Е.Н. Густомесова, В.И. Густомесова

Эффективность комбинированной терапии ревматоидного артрита*

ГУЗ №1 Воронежская областная клиническая больница

Содержание

В рамках исследования препаратов Траумель С и Цель Т и биорезонансной терапии была показана их эффективность при ревматоидном артрите (РА). Включение изучаемой терапии в комплекс терапевтических мероприятий при РА позволяет получить более выраженный клинический эффект, сократить продолжительность периода обострения заболевания и увеличить срок клинического улучшения по сравнению с пациентами, получающими только традиционную медикаментозную терапию. Отмечено положительное влияние препаратов Траумель С и Цель Т и биорезонансной терапии на качество жизни больных РА и улучшение переносимости традиционных медикаментозных средств.

Summary

Within the examination of Traumeel S and the Zeel T and bioresonance therapy their efficiency at RA was shown. The insertion of therapy in a complex of therapeutic treatment at RA allows to receive significant clinical effect, reduce duration of an disease exacerbation and increase term of clinical improving in comparison with the patients gaining only traditional therapy. The positive influence of Traumeel S and Zeel T and bioresonance therapy on quality of life of the RA patients and improvment of an acceptability of traditional medicamental agents is shown.

Введение

Несмотря на большие успехи в фармакотерапии, эффективность лечения ревматических заболеваний остается недостаточно удовлетворительной и сопряжена с многочисленными побочными эффектами (1, 2, 3).

Классическим примером хронических воспалительных заболеваний человека является ревматоидный артрит (РА) (4,5). Согласно данным ВОЗ, частота встречаемости РА в популяции составляет от 0,6 до 1,3%, при этом у близких родственников она достигает 3-5% (6, 7). На долю РА приходится 10% от общего числа ревматических болезней, а ежегодная частота возникновения новых случаев заболевания составляет около 0,02%, причем женщины болеют значительно чаще мужчин (соотношение 3:1). Социальная значимость его определяется также высоким уровнем инвалидизации лиц наиболее трудоспособного возраста (8). Постоянная боль, сопровождающаяся депрессией, и ранняя инвалидизация отрицательно влияют на психическое состояние пациентов и их социальную активность (9).

В настоящее время в медицинской практике стали широко использоваться альтернативные методы лечения больных с различной патологией, в том числе опорно-двигательного аппарата (10, 11, 12, 13, 14). В то же время в доступной литературе нам не встретились клинико-инструментальные исследования по изучению эффективности традиционной медикаментозной терапии в комбинации с биорезонансными методами (БРТ) и комплексными антигомотоксическими препаратами Траумель С и Цель Т при РА, что и составило предмет нашей работы.

Материалы и методы исследования

В исследование включены 97 пациентов с РА с активностью процесса 2-3, рентгенологической стадией II-III по Штейнброкеру и функциональной недостаточностью II-III. В исследование не включались больные, имевшие I степень активности патологического процесса и рентгенологическую стадию IV. Критериями исключения из исследования считали наличие системных проявлений РА. Длительность заболевания составила в среднем 6,62±0,48 лет. Диагноз РА ставился в соответствии с классификацией АРА (1987).

Всем больным проводилось комплексное обследование при поступлении и выписке из стационара (через 3 недели) по стандартной схеме, включающей: клиническое (субъективные и объективные количественные показатели суставного синдрома: определение выраженности болей в суставах по визуальной аналоговой шкале «ВАШ» (мм), утренней скованности (минуты), подсчет числа воспаленных и болезненных суставов, определение силы сжатия кисти (мм. рт. ст.), суставного индекса Ричи и индекса тяжести ИТ), лабораторное (СОЭ, серомукоиды, гексозы, церулоплазмин, показатели иммунограммы и белковые фракции) и рентгенологичес-

кое обследование. С помощью опросников (модифицированной Станфордской анкеты оценки здоровья и опросника «Изменение качества жизни в связи с заболеванием») определялись индекс функциональной недостаточности (ИФН) и индекс качества жизни (ИКЖ).

Все больные получали традиционную медикаментозную терапию РА, включающую базисные противоревматические препараты (метотрексат в дозе 7,5 мг в неделю) и патогенетические средства (неселективные НПВС - диклофенак или ортофен по 3 мл внутримышечно 1 раз в день и глюкокортикостероиды внутрисуставно - дипроспан по 0,5 мл в один сустав, 1-2 инъекции на курс лечения), физиотерапию, массаж.

Больные были разделены на 2 группы: основную – 41 пациент и контрольную – 56 больных РА. Основную группу составили 41 пациент, получающий БРТ (применена адаптивная биорезонансная терапия) и препараты Траумель С и Цель Т в дополнение к традиционной медикаментозной терапии РА (курс лечения 10 процедур, препараты Траумель С и Цель Т вводились в виде инъекций в триггерные (болевые) точки; параллельно осуществлялся прием препарата Траумель С внутрь в виде капель – по 10 кап. 3 раза в день). Группой контроля служили 56 больных РА, которые получали только традиционную медикаментозную терапию без включения БРТ и антигомотоксических средств в схему лечения.

Клинико-лабораторные данные у пациентов основной и контрольной групп до начала терапии не имели статистической достоверности отличий по основным клиническим и лабораторным показателям (табл. 1).

Результаты исследования подвергнуты статистической обработке с помощью пакета Statistica V.6.0 for Windows. Оценка полученных данных производилась с применением параметрических и непараметрических критериев, x?, корреляционно-регрессионного анализа. В работе использовались частотный и графический анализы.

Проведен сравнительный анализ по клиническим и лабораторным критериям всех использованных вариантов лечения между основной и контрольной группами (табл. 2, 3).

Из табл. 2 видно, что после лечения имеется достоверное различие между основной и группой контроля. По полученным данным в основной группе при сравнении с группой контроля выявлено более быстрое клиническое улучшение: в среднем, на 7 дней.

Показатель	Единица измерения	Группы	
		Основная (n=41) (M±m)	**Группа «контроля» (n=56) (M±m)**
1	2	3	4
Уровень боли	мм ВАШ	67,07±2,65	72,68±1,92
Утренняя скованность	мин.	237,07±14,85	230,16±13,40
Утомляемость	мм ВАШ	61,83±1,74*	69,63±2,11
Число воспаленных суставов	счет суставов	22,24±0,66	23,34±0,51
Число болезненных суставов	счет суставов	40,54±1,09	39,66±0,93
Индекс Ричи	баллы	32,44±1,03	30,95±0,94
Сила сжатия кисти левая правая	 мм. рт. ст. мм. рт. ст.	 57,02±0,50 62,29±0,61	 57,32±0,40 62,00±0,51
ИФН	баллы	4,45±0,14	4,45±0,09
ИКЖ	баллы	15,09±0,67*	12,66±0,35
ИТ	баллы	6,22±0,12	6,43±0,10

* - статистически значимые значения показателей при уровне значимости p<0,05 (достоверность отличий от показателей группы «контроля»)

Табл. 1. Показатели клинического состояния у больных РА основных групп и группы «контроля» до начала лечения

Показатель	Единица измерения	Группы	
		Основная (n=41)(M±m)	Группа контроля (n=56) (M±m)
1	2	3	4
Время наступления клинического улучшения	дни	3,93±0,17*	10,95±0,47
Продолжительность клинического улучшения	недели	20,34±0,84*	8,68±1,10
Уменьшение ИФН	%	77*	24
Уменьшение ИТ	%	26*	2
Уменьшение ИКЖ	%	56*	15

* - статистически значимые значения показателей при уровне значимости p<=0,05 (достоверность отличий от показателей группы «контроля»)

Табл. 2. Сравнение эффективности различных методов лечения РА

Наши данные показывают, что ухудшение в группе контроля наблюдаются в среднем через 8,68±1,10 недели после окончания стационарного лечения, при этом у 59% больных отмечались осложнения от проводимой терапии в виде головной боли (у 16%), тошноты (24%), гастралгий (22%), болей в области печени (26%) и кожных высыпаний (4%).

При сравнении с группой контроля в основной группе отмечено увеличение продолжительности клинического эффекта от комбинированной терапии в среднем на 12 недель. Побочных действий от проводимой терапии в основной группе не отмечалось. Выявлено достоверное различие по ИТ между основной группой и группой контроля.

Также отмечен более выраженный положительный эффект по интегральным показателям, отражающим качество жизни - ИФН и ИКЖ - в сравниваемых группах. Так, после курсового лечения установлено уменьшение ИФН в группе контроля на 24%, а в основной группе - на 77%. По ИКЖ данные получены следующие данные: в группе контроля данный показатель уменьшался на 15%, в то время как в основной группе зарегистрирована более значимое его уменьшение - на 56% (рис. 1, 2). Динамика показателей качества жизни до и после лечения в балльном выражении представлена на рис 1, 2.

Как видно на рис. 1, 2, у больных группы контроля ИФН до лечения составлял 4,45±0,09, после лечения - 3,40±0,11, ИКЖ до лечения - 12,66±0,035, после лечения - 10,77±0,29; при применении биорезонансной терапии и препаратов Траумель С и Цель Т отмечалось снижение ИФН с 4,45±0,14 до 1,05±0,05, а ИКЖ - с 15,09±0,67 до 6,61±0,32, что статистически отличается от группы контроля.

Сравнение динамики некоторых острофазовых показателей во всех группах показано в табл. 3.

Наиболее сильный противовоспалительный эффект отмечался в основной группе (достоверно улучшались 4 из 4 острофазовых показателей – СОЭ, серомукоиды, гексозы, церулоплазмин). В группе контроля получены статистически достоверные различия в процессе лечения лишь по двум показателям – СОЭ и гексозы.

При оценке по критерию x^2 в основной группе отмечаются однонаправленные изменения по таким клиническим параметрам, как уменьшение боли в суставах, уменьшение утренней скованности, снижение утомляемости и увеличение силы сжатия кисти, уменьшение числа воспаленных, болезненных суставов и индекса Ричи к завершению срока стационарного лечения.

Таким образом, в основной группе (при подключении к традиционной медикаментозной терапии ревматоидного артрита препаратов Траумель С, Цель Т и БРТ) получено существенно более значимое улучшение по клиническим, лабораторным показателям и показателям качества жизни у больных РА, в сравнении с группой контроля.

Выводы

1. По нашим данным, проведенная традиционная медикаментозная терапия РА оказывает недостаточный эффект по влиянию на продолжительность клинического улучшения и качество жизни больных.
2. Биорезонансное воздействие с применением препаратов Траумель С и Цель Т на фоне традиционной медикаментозной терапии РА позволяет получить более выраженный клинический эффект, сокра-

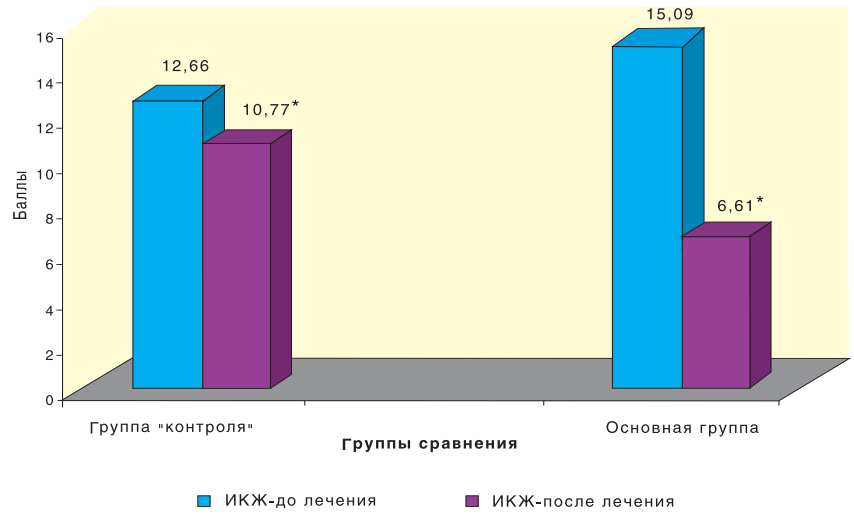


Рис. 1. Динамика индекса качества жизни у больных исследуемых групп до и после лечения

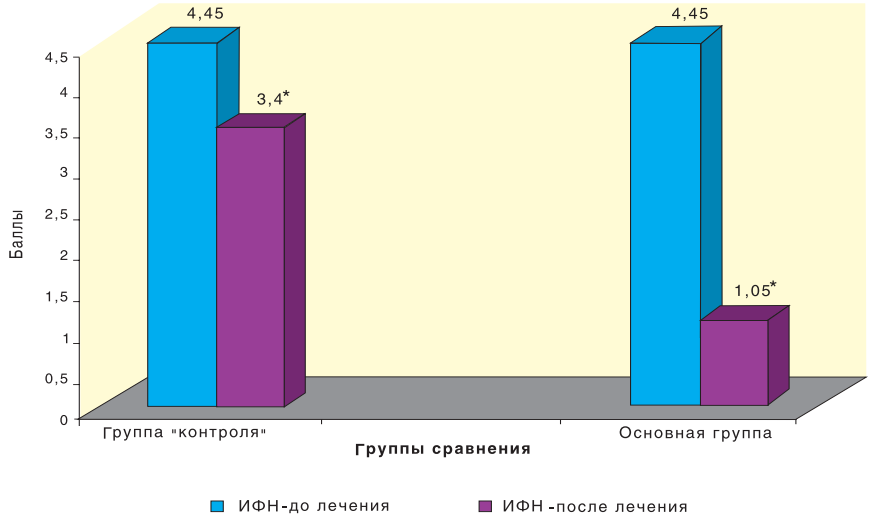


Рис. 2. Динамика индекса функциональной недостаточности у больных исследуемых групп до и после лечения

тить продолжительность периода обострения заболевания и увеличить срок клинического улучшения заболевания по сравнению с пациентами, получающими только традиционную медикаментозную терапию.

3. Отмечено положительное влияние биорезонансной терапии и препаратов Траумель С и Цель Т на качество жизни больных РА и улучшение переносимости традиционных медикаментозных средств.

Литература

1. Fries JF. Risk factors for NSAID- associated gastropathy / [et al.] // Arthr. Rheum. – 1990. - Vol. 33, №9, Suppl. №1 - P. 16.
2. Aletaha D. The rheumatoid arthritis patient in the clinic: comparing more than 1300consecutive DMARD courses / D. Aletaha // Rheumatology. - 2002. - Vol. 41. - P. 1367-1374.
3. Р.М. Балабанова. Динамика показателей воспалительной активности у больных РА на ранних этапах базисной терапии лефлюномидом // Терапевт. архив. - 2004. - №5. - С. 28-32.
4. Насонов Е.Л. Противовоспалительная терапия ревматических болезней / Е.Л. Насонов. - М.: М-СИТИ, 1996. - 345 с.
5. Балабанова Р.М. Иммуномодулирующая терапия РА // Ревматология. - 1990. - №3. - С. 33-34.
6. Harris E.D. Rheumatoid arthritis. Pathophysiology and implications for therapy // N Engl J Med - 1990. - Vol. 322. - P. 1277-1289.
7. Lee D.M. Rheumatoid arthritis // Lancet. - 2001. - Vol. 358. - P. 903-911.
8. Shanaham E.M. Rheumatoid arthritis, disability and the workplace // Pract. and Res. Clin. Rheumatol. - 1999. - 13, №4. - P. 675-678.
9. Leymarie F. Life events and disability in rheumatoid arthritis: a European cohort // Br J Rheumatol 1997. - Vol. 36, №10. - P. 1106-1112.
10. Реквег Г.-Г. Гомеопатическая антигомотокси-

Показатель	Единица измерения	Группы			
		Основная (n=41)(M±m)		Группа контроля (n=56)(M±m)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
СОЭ	мм/ч	32,07±1,84	10,98±1,02*	31,05±1,77	24,79±1,29*
Гексозы	мг/л	1510,24±27,49	1231,21±7,69*	1495,80±31,99	1403,75±2,72*
Серомукоиды	ЕД. ОПТ. ПЛ.	0,43±0,03	0,23±0,01*	0,42±0,03	0,37±0,02
Церулоплазмин	ЕД. ОПТ. ПЛ.	0,29±0,01	0,22±0,01*	0,28±0,01	0,27±0,01

* - статистически значимые значения показателей при уровне значимости p<=0,05 (достоверность отличий показателей до и после лечения в сравниваемых группах)

Табл. 2. Сравнение эффективности различных методов лечения РА

кология. Систематизированное практическое лекарствоведение. - Смоленск: «Гомеопатическая медицина», 1997.-591 с.
11. Риккен К.Х. Терапия биологическими антигомотоксическими препаратами фирмы «Хеель» - введение в гомотоксикологию и антигомотоксическую терапию // Биологическая медицина. - 1995. - №1. - С. 2-12.
12. Готовский Ю.В Выбор стратегии биорезонансной терапии // Электропунктурная диагностика и терапия по методу Р.Фоллю. - М.: Центр интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС», 1995. - С. 369-373.
13. Готовский Ю.В. Нелинейный электромагнитный резонатор как модель человеческого организма и его экспериментальное обоснование с помощью биорезонансной терапии //Теоретические и клинические аспекты биорезонансной терапии: тезисы и доклады II Международной конференции. - М.: ИМЕДИС, 1996. - С. 67-79.
14. Методические рекомендации №2000/74 МЗ РФ. Биорезонансная терапия / Е.Е. Мейзеров [и др.].- М., 2000.- 27с.

Адрес автора
Густомесова Е.Н.
ГУЗ ОКБ, 394066, Воронеж,
Московский пр-т, д. 151



Книги можно заказать непосредственно в ЗАО "Арнебия" по тел. (095) 913-8497 или на нашем интернет-сайте www.arnebia.ru. Стоимость с доставкой по почте наложенным платежом – 649 руб.

И. Бьянки.
Гериатрия и гомотоксикология.
Пер. с англ. – М.: Арнебия, 2002. – 256 стр., 92 илл., 64 табл.
ISBN 5-9244-0009-3

Пожилые пациенты все чаще обращаются за помощью к врачам, использующим в своей практике натуропатические методы лечения. А в условиях старения населения, характерного для развитых стран мира, количество подобных обращений постоянно растет. И для того, чтобы удовлетворить спрос на такие услуги, врачам приходится осваивать новые эффективные методы натуропатии.

К числу наиболее эффективных и зарекомендовавших себя на практике методик относится антигомотоксическая терапия, основанная на учении о гомотоксикологии и подразумевающая использование комплексных гомеопатических лекарственных препаратов, назначаемых согласно показаниям к применению. Доступность препаратов для широких кругов населения и их популярность дают специалистам мощный инструмент воздействия на процессы старения и различные заболевания, при этом антигомотоксическую медицину можно успешно сочетать с другими методами лечения.

Написанная ведущим итальянским экспертом в данной области медицины – д-ром мед. Иво Бьянки (университет Верона, Италия) – книга знакомит с комплексными концепциями терапии пациентов гериатрического профиля, а также предлагает конкретные схемы лечения наиболее распространенных патологий пожилых больных, к числу которых относятся заболевания пищеварительного тракта, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и др.

Книга предназначена для врачей, работающих с использованием натуропатических методов лечения, а также для тех, кто только начинает применять подобные методики в своей практике.

АРНЕБИЯ
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Ю.П. Сотникова

Церебрум композитум Н в комплексной терапии пигментной абиотрофии сетчатки (клиническое наблюдение)

Поликлиника МУЗ, Городская больница №2, Старый Оскол Белгородской обл.

Пигментная абиотрофия сетчатки (ПАС) – наследственно обусловленная недостаточность трофики сетчатки с первичным поражением ее фоторецепторного слоя и пигментного эпителия. Этим заболеванием страдает 1-25 человек на 5000 населения. ПАС не имеет возрастных границ и поражает в основном людей молодого возраста. Проблема лечения ПАС остается достаточно актуальной на сегодняшний день, так как зрительные функции таких больных неукоснительно снижаются, что приводит к инвалидизации еще трудоспособного населения (1).

Анализ данных литературы показывает, насколько разнообразны и разнонаправлены средства и методы, применяемые для лечения ПАС. Долгое время единственным патогенетически направленным и эффективным для лечения ПАС являлся препарат рибонуклеиновой кислоты - ЭНКАД (4). По данным Давыдовой Г.А. (5), лечение больных с ПАС комбинированным способом - использование препарата ЭНКАД и препарата пикамилон - приводит к повышению остроты зрения, улучшению гемодинамических показателей, которые оставались стабильными на протяжении 2-4 месяцев в зависимости от степени ПАС, а затем требовались повторные курсы лечения. В дальнейшем в терапии ПАС стал применяться ряд других препаратов, таких как дезоксинат (7), ретиналамина (6) и даже предложено использовать стволовые клеточные технологии (11) и оперативное лечение (3). Однако, несмотря на определенный успех от предложенных методов лечения ПАС, остающаяся потребность в проведении повторных курсов и далеко не стопроцентная эффективность терапии при отсутствии результатов длительных катамнестических наблюдений за больными, на наш взгляд, свидетельствует о том, что проблема разработки новых подходов в терапии ПАС не теряет своей актуальности и в настоящее время.

Новые возможности в терапии ПАС предлагает концепция гомотоксикологии Х.-Х. Реккевега. Согласно данной теории, каждое заболевание следует рассматривать как результат гомотоксикологического отягощения, уровень которого соответствует той или иной фазе гомотоксикоза. Поскольку патологический дегенеративный процесс при ПАС разыгрывается в нейроэпителии сетчатки, нами для лечения данного заболевания был апробирован препарат Церебрум композитум Н, внесенный в регистр лекарственных средств и разрешенный к применению в России. В состав данного комплексного антигомотоксического средства наряду с известными гомеопатическими компонентами входят биологически активные пептиды, а сам препарат, как свидетельствует практический опыт, является весьма эффективным в лечении различных дегенеративных заболеваний центральной нервной системы.

Под нашим наблюдением в течение 2,5 лет находится больная Н., 21 год, которая на первичном приеме предъявляла жалобы на постепенное снижение зрения с подросткового возраста. Ранее не лечилась. Ниже представлены результаты объективного исследования зрительных функций и осмотра при первичном обращении:

Vis OD = 0,03 = (-)3,0dptr & cyl(-)1,0dptr ax 165^0 = 0,04

Vis OS = 0,03 = (-)2,5dptr & cyl(-)2,0dptr ax 19^0 = 0,08

Поля зрения сужены до 245^0 справа и до 120^0 слева (сумма значений в градусах по восьми меридианам), определялась центральная скотома, отсутствие центральной фиксации взгляда. Передний отдел обоих глаз (OU) без особенностей. Преломляющие среды прозрачные. Глазное дно OU: диски зрительных нервов (ДЗН) бледно-розовые с восковидным оттенком, границы четкие. Артерии сетчатки значительно сужены, вены умеренно сужены, в макулярной области множественные очаги желтоватого цвета в виде костных телец.

В течение наблюдаемого периода пациентка прошла несколько курсов комбинированного лечения. При лечении использовались медикаментозные и немедикаментозные методы лечения. Медикаментозное лечение заключалось в назначении следующих препаратов: Sol. Riboflavini mononucleotidi 1% по 0,3 мл под конъюнктиву обоих глаз №10 и по 1,0 мл в/м №20, Sol. АТФ по 5,0 мл в/м №10, Sol. Trentali по 5,0 мл в/в капельно №10, Sol. Glucosae 40% по 20,0 мл №10 в/в , Sol. Acidi ascorbinici 2,5% по 5,0 мл в/в №10. Немедикаментозное лечение заключалось в назначении следующих процедур:

- магнитостимуляции по биологически активным точкам головы,
- визуальной цветостимуляции,
- массажа шейно-воротниковой зоны,
- эндоназального электрофореза с никотиновой кислотой.

В процессе лечения, у описываемой пациентки, отмечалось улучшение и стабилизация зрительных функций.

Vis OD = 0,09 = (-)2,5dptr& cyl (-)1,0dptr ax 165^0 = 0,1

Vis OS = 0,09 = (-)2,0dptr & cyl (-)1,5dptr ax20^0 = 0,1

Поля зрения расширились до 286^0 справа и до 259^0 слева, центральная скотома уменьшилась, улучшилось цветовосприятие.

Через год пациентка прошла повторный курс лечения. В вышеописанную схему был включен препарат Церебрум композитум Н. Хотелось бы более по-

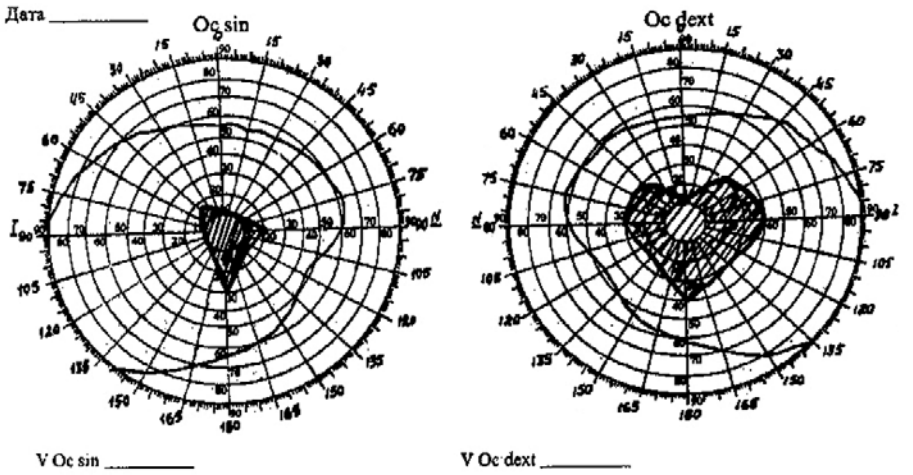


Рис. 1. Схема полей зрения пациентки до начала лечения (объект белого цвета 10 мм)

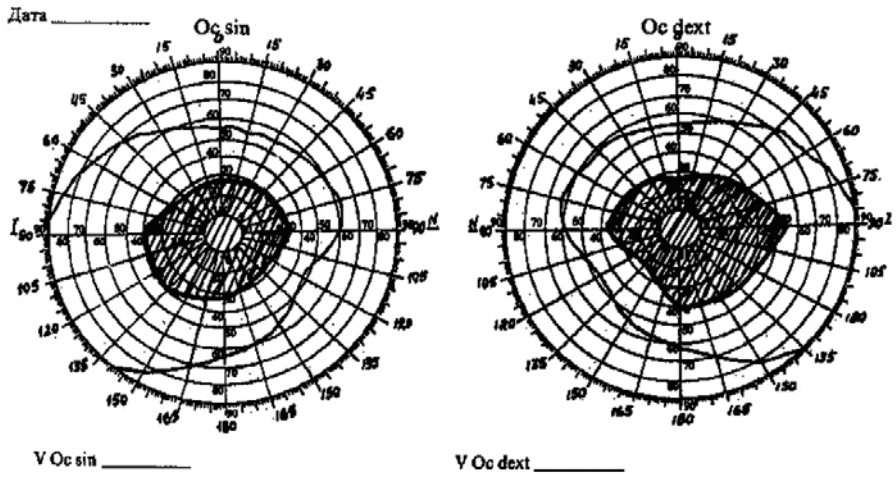


Рис. 2. Схема полей зрения пациентки после первого курса лечения (объект белого цвета 10 мм)

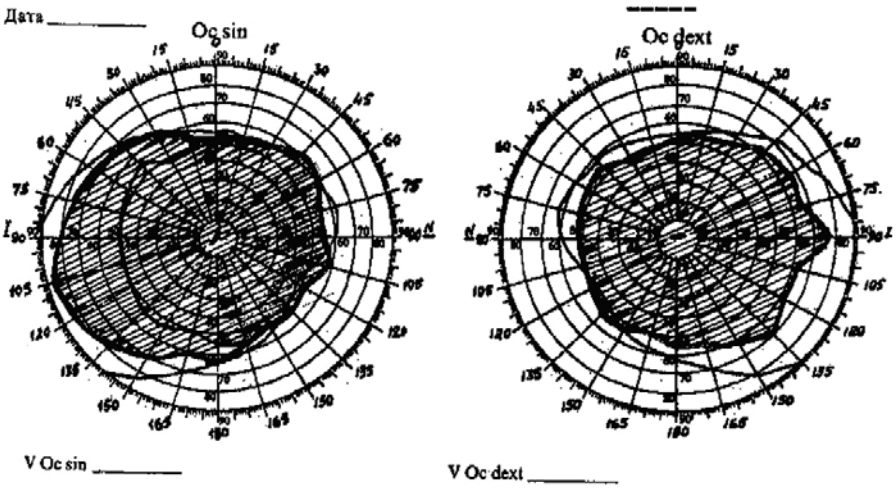


Рис. 3. Схема полей зрения пациентки после комплексного лечения с использованием препарата Церебрум композитум Н (объект белого цвета 3 мм)

дробно остановиться на особенностях применения этого препарата в данном клиническом случае. Церебрум композитум Н вводился пациентке парабульбарно под оба глаза по 1,0 мл №10, 2 раза в неделю. Парабульбарное введение комплексного антигомотоксического препарата не вызывало какой-либо местной или аллергической реакции, хорошо переносилось пациенткой. В результате проведенного лечения отмечалось значительное улучшение зрительных функций. Острота зрения вдаль осталась в тех же пределах.

Vis OS = 0,09 = (-)2,5dptr& cyl (-)1,0dptr ax 165^0 = 0,1

Vis OS = 0,09 = (-)2,0dptr& cyl (-) 1,5dptr ax 20^0 = 0,1

Однако суммарные значения полей зрения в градусах по восьми меридианам составили справа 465^0 и слева 435^0, что соответствует практически нормальным показателям. Субъективно пациентка отмечала улучшение цветового восприятия, повышение остроты зрения вблизи, уменьшение головных болей, что в целом свидетельствовало о явном улучшении качества жизни.

Данный клинический пример позволяет сделать предварительные выводы о том, что местное применение препарата Церебрум композитум Н в виде парабульбарных инъекций оказывает выраженный положительный лечебный эффект на течение дегенеративного процесса в сетчатке, по сравнению с традиционным лечением, и не вызывает побочного действия на окружающие ткани.

Литература

1. Батищева Е.А. Инвалидность, медико-социальная экспертиза и реабилитация при абиотрофиях сетчатки. - Москва: ЦИЭТИН.
2. Ботабекова Т. К., Джапаркулов А.Е., Имантаева М.Б, Алдашева Н.А. Влияние трансплантации эмбриональных тканей на течение ЦХРД // Регенеративная медицина и трансплантация тканей в офтальмологии: Сборник материалов научно-практической конференции 16-17 марта 2005, Москва: МНИИ им. Гельмгольца, 2005.
3. Галимова В.У. Регенеративная хирургия пигментной дегенерации сетчатки биоматериалом «Аллоплант».- Красноярск, 2000.
4. Давыдова Г.А., Кацнельсон Л.А., Елисеева Р.Ф. Сосудистые изменения при пигментной абиотрофии сетчатки // Вестник офтальмологии.- №2, 1994. - С. 36-38.
5. Давыдова Г.А., Кацнельсон Л.А., Елисеева Р.Ф. Лечение пигментной абиотрофии сетчатки (методическое пособие для врачей). – Москва, 1996.
6. Максимов И.Б., Нероев В.В., Алексеев В.Н., Разумовский М.И., Трофимова С.В. Применение препарата ретиналамин в офтальмологии. - Москва - Санкт-Петербург, 2003.
7. Рябина М.В. Разработка нового метода лечения больных с различными стадиями пигментной абиотрофии сетчатки препаратом дезоксинат. - Москва, 1999.

Адрес автора

Сотникова Ю.П.
Городская больница №2
309502, Россия, Белгородская обл.,
Старый Оскол, мкр. Восточный, д.2, кв.178

К. Энгельберт

Безопасная альтернатива НПВС

Герн, Германия

Если раньше было принято считать, что в Германии насчитывается около 5 миллионов человек, страдающих артрозом, то исследование, опубликованное в октябре 2005 года, показало, что их намного больше – около 30 миллионов. Опрос, проведенный среди 3660 жителей города Герн старше 40 лет, показал, что более половины респондентов (57%) страдают от острых болей в суставах. 68% испытывали боли в течение последнего месяца, 71% - в течение последнего года. Хотя артроз поражает преимущественно пожилых пациентов, все чаще эта патология обнаруживается и у более молодых. В частности, в городе Герн суставные боли отмечаются у 52,3% жителей в возрасте 40-49 лет. Более того, они имеются у 4% 20-летних жителей! При этом терапии, которая позволяла бы эффективно бороться с данным заболеванием, пока нет. Несмотря на успехи в области эндопротезирования, данный подход является ultima ratio, и к нему прибегают в самом крайнем случае, прилагая все усилия к сохранению собственного сустава больного.

Цель терапии артроза заключается в купировании болевого синдрома. Одновременно предпринимаются попытки прекратить или, по меньшей мере, затормозить прогрессирование поражения хрящевой ткани сустава. Для медикаментозной терапии артроза показан целый ряд лекарственных средств, наиболее распространенными среди которых являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). К сожалению, эта группа препаратов отличается выраженными побочными эффектами, проявляющимися, в первую очередь, в области пищеварительного тракта. Побочные эффекты также характерны и для нового класса НПВС – ингибиторов ЦОГ-2. Поэтому поиск новых препаратов для лечения артрозов остается актуальным.

В качестве примера альтернативного подхода к терапии артроза можно привести один достаточно интересный случай. Пациент, офисный работник 47 лет, раньше активно занимался спортом, играл в теннис. Впервые 25 лет назад у него появились боли в спине, а спустя некоторое время – в правом тазобедренном суставе. В апреле 1997 года боли обострились и стали отмечаться не только при нагрузке, но и в покое. Прием обезболивающих препаратов, НПВС (диклофенак в дозировке до 150 мг/сутки, парацетамол, ацетилсалициловая кислота) стойкого результата не дал. Одновременно на фоне приема НПВС возникли боли в эпигастральной области и изжога. Рентгенограмма, сделанная лечащим ортопедом, показала тяжелый коксартроз справа и начальную стадию коксартроза левого тазобедренного сустава. Пациенту, которому к тому моменту исполнилось 39 лет, было рекомендовано эндопротезирование и прием высоких доз НПВС, был даже согласован срок проведения операции.

В поисках альтернативы пациент обратился в нашу натуропатическую практику. Наряду с выраженной хромотой отмечались признаки синдрома Дюшенна, атрофия мышц ягодиц и бедер, было ограничено вращение внутрь и наружу. Определялись триггерные точки на Musculus gluteus maximus, Musculus gluteus medium и Musculus piriformis. На спине были отмечены мышечные уплотнения и миогелозы.

Для терапии были назначены околосуставные инъекции комплексного гомеопатического препарата Цель Т (2 раза в неделю по 2 ампулы в течение 6 недель). Дополнительно в течение 2 недель – пероральный прием таблеток Цель Т (по 2 таблетки 3 раза в сутки). Также пациенту были проведены 5 сеансов аурикулопунктуры. В течение курса лечения препарат также вводился в триггерные точки и в точки акупунктуры (например, 30 точку меридиана желчного пузыря). Одновременно проводились инъекции препаратов Цель Т и Траумель С в точки акупунктуры (40 и 60 меридиана мочевого пузыря, 40 меридиана желчного пузыря) по 1 инъекции в неделю в течение месяца. Спустя 6 недель после начала курсового лечения было решено оставить только пероральный прием препарата Цель Т (3 раза в сутки по 1 таблетке).

Уже спустя 2 недели с начала терапии было отмечено выраженное уменьшение болевого синдрома, через 4 недели нормализовалась походка пациента. Спустя 8 недель он даже смог снова играть в теннис. Уже летом 1997 года пациент смог принять участие в соревнованиях.

Несмотря на то, что острые проявления патологии были купированы, пациент продолжил принимать таблетки Цель Т, а каждый год проводилась серия околосуставных инъекций. Пациент занимался по специальной программе (тренировка определенных групп мышц, релаксационные упражнения), ежегодно проходил курс классической акупунктуры (10 сеансов).

До настоящего времени пациент в полной мере сохраняет физическую активность, продолжая активно играть в теннис за свою команду. Подвижность правого тазобедренного остается несколько ограничена, ограничения ротации бедра наружу и внутрь также присутствуют. Однако болевой синдром более не наблюдается, мышечная атрофия отсутствует. Рентгенограмма 2006 года выявила лишь незначительные признаки артроза.

В качестве вывода можно отметить, что несмотря на поставленный диагноз и рекомендации по эндопротезированию альтернативная терапия гомеопатическим препаратом Цель Т помогла избежать операции. При этом пациент может в полной мере заниматься спортом на высоком уровне.

Адрес автора
Dr. med. C.W. Engelbert
Hern, Germany

У. Веммер

Варикоз*

Дармштадт, Германия

* (Wemmer U. Varikosis. Biol Med 2000; 29 (1): 35-6)

Содержание

Варикоз - это распространенное и опасное заболевание, развитие которого облегчается неправильным образом жизни, гиподинамией и избыточным весом. Несмотря на широкий спектр имеющихся способов и методов лечения, консервативный подход не дает выраженных и однозначных результатов. Часто единственным выходом остается оперативное вмешательство, однако этот подход чреват рецидивами. Натуропатическая терапия может купировать сопутствующую симптоматику хронической венозной недостаточности. К этим симптомам относятся отеки, лимфостаз. Натуропатия может ингибировать воспалительные процессы, оказывая воздействие на тромбофлебит и язвы голеней.

Определение

Понятие "первичный варикоз" используется для обозначения расширенных поверхностных вен ног. В случае вторичного варикоза отмечается недостаточность функции или блокировка глубоколежащих ножных вен. Синоним: варикозное расширение вен.

Эпидемиология

Среди женщин это заболевание встречается в 2-3 раза чаще, чем среди мужчин; у половины пациентов отмечается генетическая предрасположенность. У многих представителей "стоячих" профессий (например, продавцов) венозный стаз с развивающимся впоследствии варикозом является частым "профзаболеванием".

Этиология

В норме обратный ток крови направлен из поверхностных вен в более глубоко расположенную венозную систему через венозные клапаны; далее его направляет "мышечный венозный насос". При первичной конституциональной или обусловленной внутренними факторами слабости стенок происходит постоянно расширение поверхностных вен ног.

Результатом этого процесса является недостаточность венозных клапанов и маятникообразное движение крови между поверхностными (эпифациальными) и глубокими (субфациальными) венами через прободающую вену (Venae perforantes femoralis). Таким образом, варикоз представляет собой эктазию (расширение) сосуда посредством просветов в фасции и обозначается как выдувание (blow out) (см. рис. 1). Реже расширенные вены возникают посредством артериовенозных свищей (фистул) с соединением между артерией и веной.

Причиной венозного стаза с последующим развитием варикоза может также стать повышенное гидростатическое давление, возникающее, например, при беременности или при выраженном ожирении.

Симптомы

Развитие варикоза проходит в несколько этапов: в начале поверхностные вены ног имеют избыточное наполнение и хорошо прощупываются, но еще не видны на поверхности. При дальнейшем развитии "наполненности" вены приобретают синюю окраску и змеевидные изгибы. В течение долгого времени симптомы могут не проявляться, и лишь неэстетичный, косметологический дефект является причиной жалоб пациента. Затем появляются симптомы тяжести и напряжения, развивается отечность

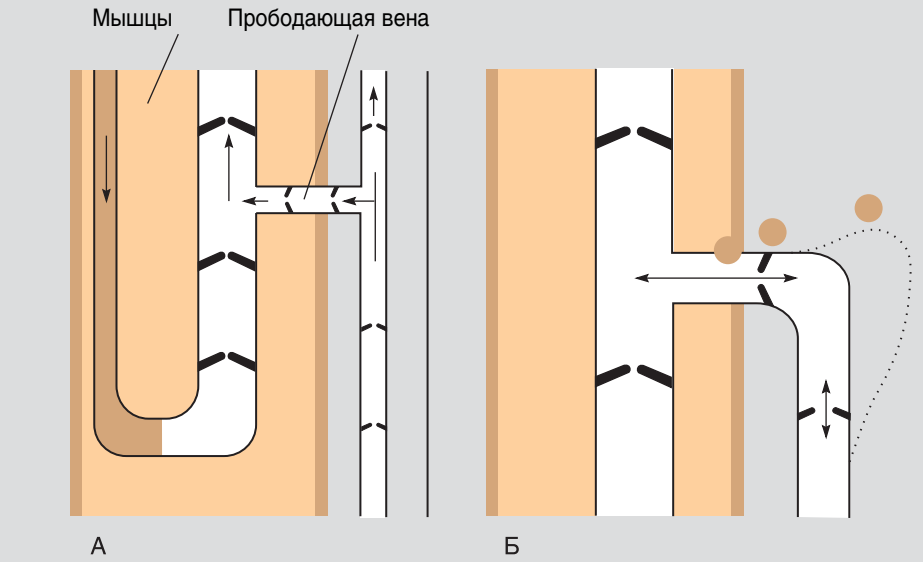


Рис. 1. Развитие недостаточности функции клапана вследствие расширения глубоких и поверхностных вен. (А) У здорового человека обратный ток крови из ножных вен управляется нормально функционирующими венозными клапанами. (Б) При расширении вен развивается недостаточность функции клапана со стазом или маятникообразным движением крови, последующей эктазией вен и выходом жидкости в ткани

после длительного пребывания на ногах. Может наблюдаться также тупая хроническая боль в пораженной конечности или болезненность в отдельных местах. Обычно симптомы улучшаются при поднимании ног вверх.

Осложнения

Нередко из-за имеющегося стаза (блокады) возникают язвы голени с негативной тенденцией к заживлению. Часто наблюдаются и такие явления, как тромбоз поверхностных вен и тромбофлебиты. В этом случае варикоз возникает как следствие постфлебитического синдрома. В отдельных случаях наступает разрыв вен кнаружи и происходит кровоизлияние в кожу. Серьезным осложнением этого заболевания является легочная эмболия после образования тромбов в глубоких венах ног.

Диагностика

При внешнем осмотре стоящего пациента можно обнаружить избыточное наполнение вен. С помощью венозной допплерографии можно определить скорость тока жидкости в поверхностных венах. Исследование глубоких вен проводится с помощью плетизмографии. При подозрении на глубокий венозный тромбоз локализация тромба может быть определена с помощью ядерно-препаратного изображения с помощью ^{125}I-фибриногена. Следующая возможность состоит в применении флебографии, при которой прохождение вен отслеживают с помощью их наполнения контрастным индикаторным средством.

Дифференциальная диагностика

Боли в ногах имеют место при люмбальном воспалении вен или при периферическом неврите; следует помнить и о возможности нейропатии, обусловленной избыточным потреблением алкоголя. Необходимо исключить коксит и коксартроз, а также воспалительные или дегенеративные изменения коленного сустава. При артериальной недостаточности наблюдается укорочение шага в виде перемежающейся хромоты.

Профилактика

Людям со "стоячими" профессиями и со склонностью к варикозу рекомендуется ношение защитных чулок. Регулярная активация мышечного венозного насоса (бег трусцой) также может замедлить развитие варикоза, поскольку не дает развиться стазу.

Терапия

Стандартная терапия

Консервативные методы лечения состоят в применении противоварикозных чулок или стягивающих бинтов. Хирургические методы обычно применяются при сильных болях, рецидивирующих тромбофлебитах, кожных изменениях или в косметических целях. При использовании метода "стриппинга" частично удаляются скрытые вены, существует возможность перевязывания сафено-феморального перехода. При склерозирующих методах используется тетрадецилфосфат натрия в виде инъекций в дилятированные ножные вены, нарушение интимы и затем сдавливающая повязка, что приводит к закрытию поверхностных вен. Продолжительный эффект этот вид терапии может иметь только в том случае, если глубокие вены не страдают недостаточностью функции.

Антигомотоксическая терапия

При венозном стазе показаны препараты Эскулюс композитум (капли), а также ампулы Плацента композитум, которые назначаются при нарушениях периферического кровообращения. Отечность купируют препаратом Лимфомиозот (капли, ампулы) в сочетании с Циркуло-Инъель (ампулы) и Эскулюс композитум; нарушения периферического кровообращения - препаратом Артерия-Хель (капли), а язвы голеней - препаратом Крурохель С (таблетки). Дополнительно назначают Коэнзим композитум для регуляции блокированных ферментативных систем и Убихинон композитум (ампулы) для регуляции дезинтоксикационной защиты. Дренажная терапия проводится с помощью препарата Лимфомиозот (капли).

Для наружного применения при заболеваниях венозной и артериальной систем используют мазь Арника-Сальбе-Хель; при венозном стазе - мазь Гамамелис-Сальбе-Хель, при тромбофлебите - мазь Траумель С.

Диетические мероприятия заключаются снижения веса при ожирении. Улучшение тонуса вен может быть достигнута с помощью метода Кнайппа, бальнеологических и курортологических курсов.

На поверхностные вены можно воздействовать с помощью локального кровопускания или применения гирудотерапии.

Гомеопатия

При варикозе, сопровождающимся болями, могут назначаться Эскулюс Д2 и Д4. Если варикоз привел к образованию язв голеней, применяют Кальциум флюоратум, Ликоподиум Д3-Д12, Секале Д3, Д4 и Д6, Сульфур Д4, Д6 и Д12 и Випера Д6 и Д12.

Фитотерапия

Используются препараты из конского каштана, руты, иглицы и гречихи.

Литература

1. Augustin M. Chronisch venose Insuffizienz und Ulcus cruris. In: Augustin M, Schmiedel V. Praxisleitfaden Naturheilkunde. Neckarsulm, Stuttgart: Jungjohann 1993; 331
2. Creager MA, Dzau VJ. Gefässerkrankungen der Exträmitaeten. In: Schmaizl KJG (Hrsg.). Harrisons Innere Medizin Band 1. 13. Auflage. Berlin, Wien, Oxford: Blackwell Wissenschaftsverlag 1995; 1338
3. Milz F. Ausleitende Verfahren. In: Augustin M, Schmiedel V. Praxisleitfaden Naturheilkunde. Neckarsulm, Stuttgart: Jungjohann 1993; 60 ff.

Адрес автора

Prof Dr. med. Ulrich Wemmer
Troyesstrasse 48
D-64297 Darmstadt
Germany