ЖИЗНЬ В ГАРМОНИИ С ПРИРОДОЙ!

# БТ

## БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Официальный печатный орган
Украинской академии
биологической медицины

International Journal
for Biomedical Research & Therapy

№3–4 ▸ 2012



# Биорегуляционный подход в терапии дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата

# Комплексна патогенетична біорегуляційна терапія

# Цель Т

## Захворювання суглобів та хребта




- Дегенеративно-дистрофічні захворювання суглобів (деформуючий остеоартроз, спондилоартроз)
- Хондро-, тендо та остеопатії
- Артрити (в т.ч. ревматичний артрит)

**Інформація про лікарський засіб, призначена для медичних та фармацевтичних працівників.**
**Лікарські форми.** Розчин для ін'єкцій по 2,0 мл в ампулі, таблетки, мазь 50 г у тубі. **Спосіб застосування та дози. Розчин для ін'єкцій:** разова доза дорослим і дітям віком від 12 років – 2,0 мл, дітям віком від 6 до 12 років – 1,5 мл 1-3 рази на тиждень у вигляді внутрішньом'язових, підшкірних, внутрішньошкірних, внутрішньовенних, внутрішньо-, навколосуглобових та паравертебральних ін'єкцій, а також в акупунктурні точки або перорально у вигляді питних ампул. При захворюваннях великих суглобів разова доза для дорослих – 4 мл. **Таблетки:** разова доза дорослим і дітям віком від 6 років – 1 таблетка сублінгвально (під язик). Приймати 3-5 разів на добу за 15-20 хвилин до їди або через годину після їди. **Мазь:** дорослим і дітям віком від 6 років наносити 4-5 см мазі на шкіру у ділянках уражених суглобів, сухожиль та втирати легкими рухами 2-5 разів на добу. **Побічні реакції.** В окремих випадках можливі шлунково-кишкові розлади, головний біль, запаморочення, шкірні алергічні реакції (почервоніння, сухання та біль у місці ін'єкцій) або рідкісні прояви гіперчутливості до компонентів препаратау (до анафілактичної реакції). Під час лікування препаратами, що містять Сангвінарію канадську, спостерігалися поодинокі випадки підвищення рівня трансаміназ і білірубіну в сироватці, що зникає після припинення прийому препарату. Більш детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

**Виробник:** «Біологіше Хайльміттель Хеель ГМБх» (Баден-Баден, Німеччина).
Р.п. МОЗ України № UA/0020/01/01 від 01.07.08 р.; № UA/0020/02/01 від 25.10.11 р.; № UA/0020/03/01 від 18.12.07 р.

ТОВ ТОРГОВИЙ ДІМ «КАСКАД-МЕДІКАЛ». Тел.: +38 (044) 454-75-00; факс: (044) 454-75-02; e-mail: info@heel.com.ua; http://www.heel.ua

-Heel







# Содержание

*От редакции*
Лечить больного, а не болезнь ..... 3

*Методология*
Патогенетическая биорегуляционная терапия дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата ..... 4

*Концепция УАБМ*
*Е.В. Аверьянов*
Биорегуляционный подход в терапии дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата ..... 8

*Клинический опыт*
*С.І. Герасименко, А.М. Бабко*
Сучасні підходи до оптимізації терапії остеоартрозу колінного суглоба ..... 14
*М.С. Дуда*
Ефективність застосування комплексних біологічних препаратів у терапії хворих на гострий подагричний артрит ..... 19
*Я.В. Фищенко*
Дискус композитум и Цель Т в лечении поясничного спондилоартроза ..... 24
*К.Н. Эссон*
Применение комплексных биологических препаратов при частичных повреждениях ахиллова сухожилия ..... 28

*Доказательная медицина*
Результаты исследования TAASS при остром растяжении связок голеностопного сустава ..... 30

*Гомеопатия и гомотоксикология*
*Паоло Беллавите, Риккардо Ортолани, Анита Конфорти*
Иммунология и гомеопатия. Экспериментальные исследования на животных моделях ..... 34

*Практические рекомендации*
*Л.А. Вакуленко*
Опыт применения методики биопунктуры при лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата ..... 37

*Клинический образ препарата*
Цель Т — новые возможности в терапии заболеваний опорно-двигательного аппарата ..... 42

*Новый препарат*
Мелилотус-Гомаккорд — оптимизация распределения объема циркулирующей крови по сосудистому руслу ..... 46

*Случай из практики*
*А.В. Долгокеров, В.М. Аплевич*
Применение комплексных биологических препаратов в лечении болезни Осгуда-Шляттера ..... 27
*Л.А. Вакуленко*
Применение биопунктуры при плече-лопаточном периатрозе левого плечевого сустава ..... 41
*Л.М. Живило, А.Д. Работягова*
Использование фармакопунктуры при лечении спондилогенной дорсопатии ..... 41

*Новости науки* ..... 18

БТ

**Журнал «Биологическая терапия»** —
официальный печатный орган ООО «Украинская академия биологической медицины».
**Адрес редакции:** ул. Василенко, 7, г. Киев, Украина, 03680.
**E-mail:** academy@cascade-medical.com.ua
**Свидетельство о государственной регистрации СМИ:** КВ №7885 от 12.03.2003.

# Правила для авторов

Журнал «Биологическая терапия» публикует теоретические, обзорно-методические и прикладные статьи, а также описания клинических случаев. Предлагаемые работы не должны одновременно предоставляться в другие издания или быть ранее опубликованными в журналах, сборниках, книгах. Ответственность за содержание материалов несут авторы. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Материалы для публикации отбираются по усмотрению редакции. После опубликования редакция журнала получает исключительное право на распространение материалов с использованием различных видов носителей информации, их перевод на другие языки и публикацию в Украине и за рубежом. Материал следует излагать в строгой последовательности: ФИО авторов, полное название учреждения, название исследования (статьи), текст статьи. Теоретические и обзорно-методические статьи могут иметь произвольную структуру. Текст прикладных статей следует подавать в виде разделов: резюме (не более 1500 типографских знаков), введение, материал и методы исследования, результаты и их об суждение, выводы, литература. Язык публикаций — русский или украинский. Объем рукописи не должен превышать 24 000 типографских знаков с пробелами для теоретических и обзорно-методических статей, 14 000 знаков — для прикладных статей, 5000 знаков — для описания клинических случаев. Текст должен быть напечатан шрифтом Times New Roman, кегль шрифта — 12 pt, межстрочный интервал — 1,5, поля — стандартные, сокращения — допустимые. Текстовые материалы необходимо подавать в формате *.doc. Список цитированной литературы необходимо подавать согласно правилам подачи библиографических ссылок. Рисунки необходимо подавать в формате *.tif, *.jpg, разрешение изображений — 300 dpi. Все рисунки, таблицы, схемы должны иметь название; рисунки и таблицы должны иметь сквозную нумерацию в соответствии с их цитированием в основном тексте. Единицы измерения каких-либо величин должны соответствовать Единой международной системе единиц (СИ). Редакция оставляет за собой право вносить в текст стилистические изменения, не затрагивая содержательной стороны статьи, без согласования с автором(ами). Работы следует присылать по адресу: Журнал «Биологическая терапия», УАБМ, ул. Василенко, 7, г. Киев, 03680. E-mail: academy@cascade-medical.com.ua

БТ

Українська академія біологічної медицини УАБМ

## Главный редактор

Б.К. Шамугия

## Редакционная коллегия

О.Я. Бабак, д-р мед. наук, проф.
Л.С. Бабинец, д-р мед. наук, проф.
В.В. Бережной, д-р мед. наук, проф.
Ю.П. Вдовиченко, чл.-корр. АМНУ, д-р мед. наук, проф.
И.П. Катеренчук, д-р мед. наук, проф.
Л.Ф. Матюха, д-р. мед. наук, доц.
В.А. Мойсеенко, д-р мед. наук, проф.

## Экспертный совет

Е.В. Аверьянов, канд. мед. наук
Н.С. Величко, канд. мед. наук
В.Г. Клименко, канд. мед. наук
Т.Я. Чурсина, канд. мед. наук, доц.
А.В. Юрьева, канд. мед. наук, доц.
Л.Б. Ярощук, канд. мед. наук

-Heel

Healthcare designed by nature

Немецкая компания Heel (Biologische Heilmittel Heel GmbH) — ведущий мировой производитель гомеопатических препаратов.

# Лечить больного, а не болезнь



Уважаемые коллеги, на современном этапе создание института семейной медицины — приоритетное направление развития здравоохранения в Украине. Врач общей практики – семейный врач должен обладать знаниями и навыками не только в области общей терапии и педиатрии, но и в области узких специальностей, таких как кардиология, неврология, ортопедия и травматология, ревматология, дерматология, др. Семейные врачи призваны своевременно выявлять и лечить наиболее распространенные заболевания, оказывать экстренную и неотложную помощь, выполнять медицинские манипуляции, проводить реабилитационные и профилактические мероприятия.

Всемирная организация семейных врачей (WONCA) одной из обязательных составляющих работы врача определяет комплексный подход к лечению и реабилитации. В полной мере эту задачу позволяет реализовать овладение патогенетической биорегуляционной терапией (ПБТ) на основе применения комплексных биологических препаратов (КБП).

Дегенеративно-дистрофические заболевания (ДДЗ) опорно-двигательного аппарата (ОДА), о которых пойдет речь в этом выпуске журнала, широко встречаются в практике семейного врача. Не стоит забывать, что наибольшая распространенность ДДЗ ОДА имеет место в группе больных пожилого возраста с наличием сопутствующей патологии, по поводу которой они чаще всего и обращаются. В этом случае врачу необходимо обладать багажом знаний в области ревматологии и травматологии.

Задача этого номера БТ — продемонстрировать универсальность, простоту и доступность применения ПБТ в общей терапевтической практике для профилактики, лечения и реабилитации пациентов с ДДЗ ОДА. Именно воздействие на основные звенья патогенеза ДДЗ ОДА и обеспечивают высокий уровень эффективности ПБТ, который доказан многочисленными научно-клиническими исследованиями и широко описан в отечественной и зарубежной литературе. Зная основные типовые патологические процессы (ТПП), которые имеют место в развитии определенного ДДЗ ОДА, семейные врачи смогут легко назначить необходимую терапию, а ортопеды и травматологи смогут применить эти знания в лечении пациентов с тяжелыми стадиями ДДЗ ОДА врачами с учетом индивидуального подхода.

ПБТ реализуется при помощи применения КБП, представленных в различных лекарственных формах. Это позволяет семейному врачу расширить диапазон своих возможностей и достигнуть более высокой результативности проводимого лечения. Специальные техники введения КБП довольно просты и доступны в применении, что позволяет семейным врачам с легкостью использовать их на практике.

Мы рады представить вашему вниманию новую рубрику *«Гомеопатия и гомотоксикология»*, в которой будут публиковаться результаты научных исследований ведущих ученых мира, посвященных изучению механизмов действия КБП. Выражаем надежду, что новая рубрика будет полезна и интересна врачам, которые имеют опыт применения КБП или стремятся к этому.

С уважением
Бесик ***Шамугия,***
директор Украинской академии биологической медицины,
главный редактор журнала
«Биологическая терапия»

# Патогенетическая биорегуляционная терапия дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата

Дегенеративно-дистрофические заболевания (ДДЗ) опорно-двигательного аппарата (ОДА) — сложная междисциплинарная проблема, с которой сталкиваются в своей практике врачи различных специальностей, в том числе семейные врачи. Несмотря на растущее количество лекарственных препаратов и исследований, посвященных этой группе заболеваний, она продолжает оставаться актуальной и имеет значительные негативные социальные, экономические и медицинские последствия для населения. Поэтому поиск новых подходов для ее решения как никогда обоснован и необходим.

По официальной статистике Министерства здравоохранения Украины, количество пациентов, страдающих заболеваниями ОДА или имеющих последствия травм, превышает 3 600 000 человек. Заболевания ОДА занимают IV место в структуре распространенности и имеют тенденцию к росту.

Безусловно, каждый семейный врач в своей практике сталкивается с заболеваниями ОДА. Наряду со своевременной диагностикой особенно актуальным является поиск новых подходов для оптимизации лечения заболеваний ОДА на ранних стадиях для предупреждения прогрессирования и развития осложнений.

Особое место в структуре заболеваемости занимает **остеоартроз** — ДДЗ суставов позвоночника и конечностей. По последним данным, остеоартроз — это гетерогенная группа заболеваний разной этиологии, в основе которых лежит поражение всех элементов сустава: в первую очередь — суставного хряща, а также субхондральных отделов кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы и периартикулярных мышц. Остеоартроз диагностируют у 10–12% всех обследованных в Европе и США. Он уверенно занимает I место среди патологии суставов и составляет 60–70% ревматических и более 80% заболеваний суставов. Более 37% больных остеоартрозом проходят стационарное лечение, в трети случаев это заболевание приводит к инвалидизации. В связи с этим данная патология на сегодня остается одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной артрологии.

**Остеохондроз** — наиболее распространенное ДДЗ позвоночника, встречающееся в практике семейного врача. По данным статистики, приблизительно 80% взрослого населения планеты имеют заболевания позвоночника. Как правило, первые симптомы остеохондроза наблюдают в возрасте 30 лет, но иногда его проявления отмечаются и в подростковом периоде.

В стандарты лечения ДДЗ ОДА, кроме снижения массы тела, входит щадящая лечебная физкультура, использование фиксирующих приспособлений для пораженных суставов и медикаментозная терапия.

При обострениях заболевания традиционно используют нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Однако при своей способности быстро утолить боль и уменьшить активность воспаления, НПВС не стимулируют выработку хондроитина, глюкозамина и других веществ, входящих в состав внутрисуставной жидкости, а также в структуру хрящей и суставов. Некоторые НПВС даже угнетают этот процесс. Доказано, что в основе патогенеза остеоартроза лежат нарушения не только структуры и функции матрикса хряща, но и его метаболизма. Кроме того, НПВС имеют значительные побочные эффекты и ограничения по применению.

Другая наиболее часто назначаемая группа препаратов, в основном для лечения остеоартроза, — это хондропротекторы. При всех их преимуществах они эффективны только при длительном и частом применении и не устраняют проблему нарушенного метаболизма хрящевой ткани. Кроме того, часто наблюдают плохую переносимость препаратов этой группы.

**Таким образом, практически все препараты, используемые для лечения ДДЗ ОДА (НПВС, аналгетики, глюкокортикостероидные препараты, гиалуроновая кислота, глюкозамин и хондроитина сульфат) имеют симптоматический эффект, который характеризуется разной скоростью наступления. В то же время безусловным является факт, что необходим патогенетический подход к лечению ДДЗ ОДА.**

В последнее время особый интерес у врачей различных специальностей

вызывают комплексные биологические препараты (КБП). Они обладают более выраженным патогенетическим эффектом по сравнению с другими группами препаратов, характеризуются широким спектром действия, имеют комплексный обезболивающий, дренирующий, регенерирующий, противовоспалительный, иммуномодулирующий и хондропротекторный эффекты. Кроме того, они улучшают микроциркуляцию, метаболизм и окислительно-восстановительные процессы в пораженных тканях. Поэтому КБП снижают риск развития и замедляют прогрессирование дегенеративно-дистрофических процессов, предупреждают осложнения, а при необходимости эффективно дополняют стандартную терапию. Следует отметить, что КБП обладают высоким профилем безопасности, что особенно важно для пожилых пациентов, детей, пациентов с сопутствующей патологией, беременных женщин.

Реализация патогенетического принципа на основе биорегуляционного подхода направлена на коррекцию основных патогенетических механизмов, лежащих в основе развития заболеваний. Модели патогенетической биорегуляционной терапии наиболее часто встречаемых ДДЗ ОДА (остеоартроз, остеохондроз, подагрическая артопатия) представлены на *рис. 1–3*.

***Рис. 1.*** **Модель патогенетической биорегуляционной терапии остеоартроза**

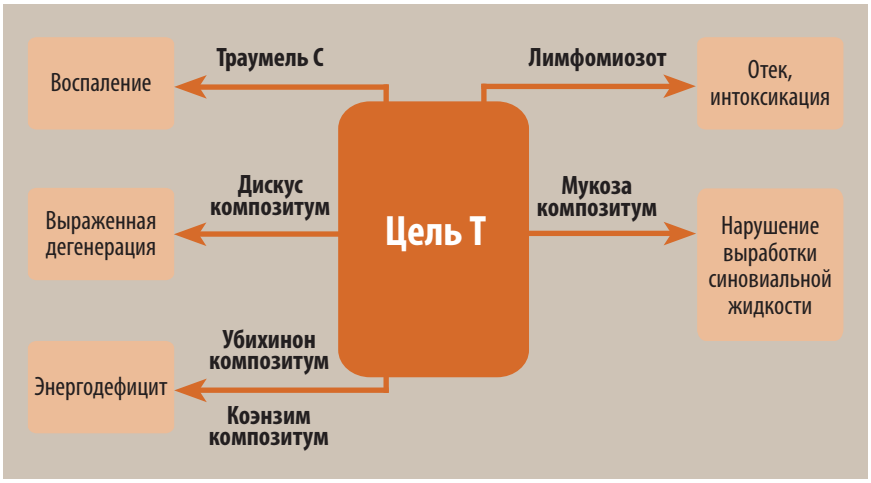



***Рис. 2.*** **Модель патогенетической биорегуляционной терапии остеохондроза**




***Рис. 3.*** **Модель патогенетической биорегуляционной терапии подагрической и других метаболических артропатий**




**Базовым КБП для лечения ДДЗ ОДА является Цель Т.** Он обладает хондропротекторным, хондростимулирующим, регенерирующим и противовоспалительным действиями. Его эффективность подтверждена в многочисленных отечественных и международных экспериментальных и клинических исследованиях, в том числе в сравнительных с диклофенаком, ингибиторами ЦОГ-2 и гиалуроновой кислотой. При сравнимой эффективности Цель Т продемонстрировал более высокую безопасность и уровень приверженности пациентов к лечению [2–4]. Цель Т является КБП выбора для лечения ДДЗ.

При выраженном воспалении (уровень СРБ >10 мг/л) для усиления противовоспалительного эффекта Цель Т применяют широко известный врачам различных специальностей препарат Травмель С. Это универсальный противовоспалительный препарат, который состоит из 14 компонентов растительного и минерального происхождения, обладает противовоспалительным, антиэкссудативным, регенерирующим, обезболивающим и кровоостанавливающим действиями.

**Разнообразие форм выпуска препаратов Цель Т и Травмель С (ампулы, таблетки, мазь)** позволяют сочетать их системное и местное действие и вводить препараты с помощью различных инъекционных методик, в том числе пери- и интраартикулярно, в точки акупунктуры и/или с фонофорезом.

*Таблица.* **Базовая схема патогенетической биорегуляционной терапии ДДЗ ОДА**

| КПБ | Способ применения и дозы* |
|---|---|
| **Цель Т** | **Раствор для инъекций:** по 1 ампуле (2 мл) п/к, в/к, в/м, в/в, интра- и периартикулярно, в точки акупунктуры ежедневно или через день первые 2–3 дня, затем 2–3 раза в неделю №10.<br>**И/или таблетки:** по 1 таблетке каждые 15 минут в течение первых 2 часов, затем 2–3 раза в день 3–4 недели.<br>**Мазь:** втирать в пораженную область 2–5 раз в день 3–6 недель (также с фонофорезом). |
| **Траумель С** (дополнительно к Цель Т) | **Раствор для инъекций:** по 1 ампуле (2,2 мл) п/к, в/к, в/м, в/в, интра- и периартикулярно, в точки акупунктуры ежедневно первые 2–3 дня, затем 2–3 раза в неделю №5–10.<br>**И/или таблетки:** по 1 таблетке каждые 15 минут в течение первых 2 часов, затем 2–3 раза в день 3–4 недели.<br>**Мазь:** втирать в пораженную область 2–5 раз в день 3–6 недель (также с фонофорезом). |
| **Дискус композитум** (дополнительно к Цель Т) | **Раствор для инъекций:** по 1 ампуле (2,2 мл) п/к, в/к, в/м, в/в, интра- и периартикулярно, в точки акупунктуры 1–3 раза в неделю №5–10–15 |
| **Дополнительно** | |
| **Лимфомиозот/ Лимфомиозот Н** | **Раствор для инъекций:** по 1 ампуле (1,1 мл) п/к, в/к, в/м, в/в, интра- и периартикулярно, в точки акупунктуры ежедневно первые 2–3 дня, затем 2–3 раза в неделю №5–10.<br>**И/или капли:** по 10 капель каждые 15 минут в течение первых 2 часов, затем 1–2–3 раза в день 3–6 недель. |
| **Мукоза композитум** | **Раствор для инъекций:** по 1 ампуле (2,2 мл) п/к, в/к, в/м, в/в, интра- и периартикулярно, в точки акупунктуры 2 раза в неделю №10 |
| **Убихинон композитум** | **Раствор для инъекций:** по 1 ампуле (2,2 мл) п/к, в/к, в/м, в/в, интра- и периартикулярно, в точки акупунктуры 2–3 раза в неделю №5–10 |
| **Коэнзим композитум** | **Раствор для инъекций:** по 1 ампуле (2,2 мл) п/к, в/к, в/м, в/в, интра- и периартикулярно, в точки акупунктутры 1–3 раза в неделю №5–10 |
| **Реструкта про инъекционе С** | **Раствор для инъекций:** по 1 ампуле (2,0 мл) п/к, в/к, в/м, в/в, интра- и периартикулярно, в точки акупунктуры 2–3 раза в неделю №10–15 |

* Общее правило — чем выраженнее симптом, тем чаще проводят инъекции (ежедневно).

При выраженных дегенеративно-дистрофических изменениях в синовиальной оболочке, связках, капсуле и периартикулярных мышцах отлично зарекомендовал себя КБП **Дискус композитум**. Спектр действия данного препарата очень разнообразен, что обусловлено входящими в его состав 37 компонентами. Дискус композитум оказывает рассасывающее, регенерирующее, трофическое, анальгезирующее, спазмолитическое, дезинтоксикационное, седативное действие и стимулирует иммунологические саногенетические реакции. Важным свойством Дискус композитум является то, что он доказано улучшает эластические свойства межпозвоночного диска и повышает его гидрофильность. Поэтому особенно эффективно Дискус композитум применяют при остеохондрозе позвоночника [1].

**Дополнительно при ДДЗ применяют:**

- *Лимфомиозот/Лимфомиозот Н* (капли/ампулы) — при интоксикации, выраженном отеке мягких тканей. Препарат обладает лимфодренажным, противоотечным, дезинтоксикационным и иммуномодулирующим эффектами;
- *Мукоза композитум* — при «сухом» артрозе. Восстанавливает синовиальную оболочку и выработку синовиальной жидкости;
- *Убихинон композитум* — для восстановления энергообмена на более поздних стадиях ДДЗ. Кроме энерготропного эффекта, Коэнзим композитум и Убихинон композитум обладают антигипоксическим, антиоксидантным, дезинтоксикационным и мембраностабилизирующим эффектами, оптимизируют витаминный и минеральный обмен;
- *Коэнзим композитум* — для восстановления энергообмена на начальных стадиях ДДЗ;
- *Реструкта про инъекционе С* — при остром и хроническом подагрическом артрите (подагрической артропатии). Препарат оказывает метаболическое (восстанавливает обмен мочевой кислоты), противовоспалительное, иммунокорригирующее, дезинтоксикационное, обезболивающее и умеренное диуретическое действия. Реструкта про инъекционе С — препарат выбора при уратной, оксалатной и смешанной кристаллурии. Важным является его позитивное влияние на белковый, пигментный и минеральный обмен, в том числе кальциево-фосфорный гомеостаз. Препарат применяют для профилактики сахарного диабета и желчекаменной болезни.

Все КБП эффективно дополняют друг друга, обладают взаимоусиливающим действием и при необходимости могут сочетаться с любыми аллопатическими препаратами *(см. табл.)*.

Применение КБП — это новый подход к профилактике, терапии и реабилитации ДДЗ ОДА. Их применение позволяет улучшить результаты лечения, продлить ремиссию и повысить качество жизни пациентов с ДДЗ ОДА. Комплексная патогенетическая терапия ДДЗ ОДА открывает новые возможности в практике современного семейного врача.

**Литература**

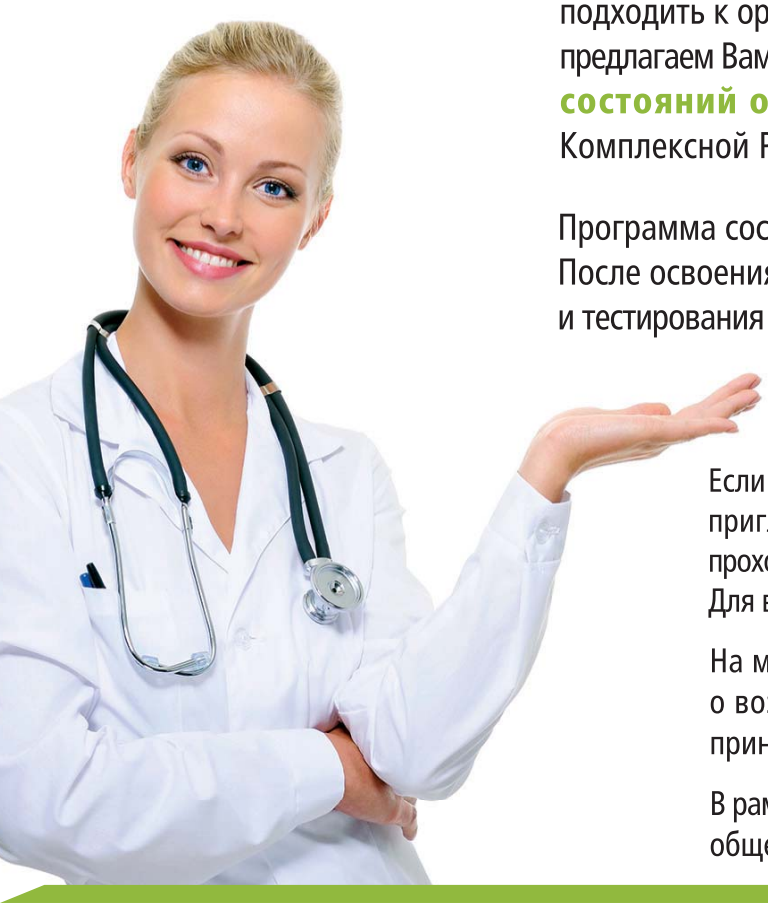
Список литературы — в редакции.

ТОВАРИСТВО ЛІКАРІВ
БІОРЕГУЛЯЦІЙНОЇ
МЕДИЦИНИ ТА КОСМЕТОЛОГІЇ

# Общество Врачей Биорегуляционной медицины и косметологии

предлагает инновационную технологию работы современного врача – **Комплексную Регуляционную Терапию Состояний (КРТС),** которая:

- обеспечивает целостное воздействие на организм пациента путем комплексной оценки общего состояния и последующего восстановления различных механизмов жизнедеятельности
- основана на научных исследованиях, доступных стандартных методах клинической, функциональной и лабораторной диагностики
- проста в освоении и легко реализуема в практической работе



Если Вы желаете выйти за рамки специальности, целостно подходить к организму пациента и быть успешным врачом – предлагаем Вам программу **«Биорегуляционная коррекция состояний организма (БРК)».** БРК – лежит в основе Комплексной Регуляционной Терапии Состояний.

Программа состоит из дистанционной и очной части. После освоения дистанционной теоретической части и тестирования предусмотрены очные практические семинары.

Если Вы хотите узнать больше о возможностях КРТС, приглашаем Вас посетить Дни открытых дверей, которые проходят по адресу: пгт Глеваха, ул. Предпринимательская, 10. Для всех гостей предусмотрена доставка из Киева и обратно.

На мероприятии Вы сможете более подробно узнать о возможностях, преимуществах и основных принципах КРТС, а также предлагаемых программах.

В рамках мероприятия предусмотрена лекция, экскурсия, общение с разработчиками КРТС и коллегами.

Дополнительная информация и регистрация
по тел. **(044) 454-75-11**
или e-mail: ov.bioregulmed@cascade-medical.com.ua
сайт: **bioreg.com.ua**

## КРТС – ПУТЬ К УСПЕХУ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА!

**Е.В. Аверьянов,**
**ГУ «Институт гематологии и трансфузиологии НАМ Украины», г. Киев**

# Биорегуляционный подход в терапии дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата

Крайне актуальной на сегодняшний день является проблема лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний (ДДЗ) опорно-двигательного аппарата (ОДА), которые занимают I место среди всех хронических болезней костно-мышечной системы. В практике семейного врача, который сталкивается с этой патологией на начальных этапах, важное место принадлежит биорегуляционной терапии. Данный подход в лечении обеспечивает высокую терапевтическую эффективность, а также способствует предотвращению развития дальнейших патологических изменений.

Понятие «дегенеративно-дистрофические поражения» прочно вошло в медицинскую терминологию, объединяя 2 патофизиологических процесса:

- дегенерацию — процесс ослабления и утраты специфических функций клеток ткани и/или органа, разрушение в ходе онтогенеза клеток и/или органов, инволюция тканей, связанная со старением;
- дистрофию — нарушение развития органа и/или ткани вследствие замещения нормальных компонентов клетки продуктами нарушения обмена веществ или их отложения в межклеточном пространстве.

Различают первичные и вторичные ДДЗ суставов [33]:

- этиология первичных ДДЗ суставов остается окончательно невыясненной, несмотря на то, что с каждым годом представления о причинности и патогенезе этой группы заболеваний расширяются;
- причины вторичных ДДЗ хорошо изучены — травма, дисплазия, заболевания нервной и эндокринной систем, болезни крови, нарушения обмена веществ, ранее перенесенные воспалительные процессы, стрессовые поражения ОДА, биомеханические отклонения в скелете.

Так, например, относительно развития остеоартроза (ОА) остается множество вопросов, а порой и не вполне обоснованных суждений. Заболевание одинаково часто встречается у мужчин и женщин, но у мужчин оно развивается обычно в более раннем возрасте. Считают, что ОА — неизбежный спутник старости, и что его лечение неэффективно. Хотя это отчасти и так, развитие ОА невозможно объяснить только простым износом хрящей сустава в процессе старения организма. Не всегда можно объяснить тот факт, что некоторые пациенты с выраженной деформацией суставов сохраняют довольно активный образ жизни, в то время как у других, со скудными рентгенологическими признаками ОА, наблюдают упорные артралгии.

В связи с чрезвычайным многообразием хронических заболеваний ОДА общепринятой классификации ДДЗ ОДА до сих пор не существует, несмотря на то, что в специальной литературе такие попытки отражены (Н.А. Вельяминов, А.Н. Нестеров, А.В. Русаков, Н.С. Косинская, Е.Т. Скляренко, др.). Остается окончательно не разработанной и единая номенклатура заболеваний суставов, что создает определенные трудности в правильности трактовки смыслового значения отдельных нозологических форм артропатий [19, 33]. В то же время из общей структуры ДДЗ ОДА можно выделить такие наиболее часто встречающиеся патологии — ОА [10, 13, 27, 30], спондилез [38], остеохондроз позвоночника [11, 35], хронические стрессовые поражения ОДА [12], асептический некроз [50, 55], кистоподобная перестройка эпифизов костей [33].

**В основе развития ДДЗ ОДА лежат основные типовые патологические процессы (ТПП):**

- *хронический эндотоксикоз* — синдром эндогенной интоксикации, возникающий при недостаточности детоксикационных функций органов и систем организма. При загрязнении матрикса гомотоксинами происходит запаздывание поступления сигналов к клеткам. Происходит сбой саморегуляции, что приводит к функциональным нарушениям в работе хондроцитов и соединительной ткани в целом, а их длительное сохранение со временем приводит к развитию ДДЗ;



- *нарушения метаболизма* — хондроциты регулируют обмен хрящевой ткани, то есть анаболизм и катаболизм аггрекана и других компонентов хрящевого матрикса. При ДДЗ происходит постепенное превалирование катаболических процессов над анаболическими [3];
- *воспаление* — существует гипотеза, что одним из возможных этиологических и патогенетических факторов формирования локального дегенеративно-дистрофического процесса является свободнорадикальный механизм [3]. Существенную роль в катаболических процессах при ДДЗ ОДА играют провоспалительные цитокины (IL-1, IL-6, TNF-альфа, сывороточный амилоид А, HIF-2альфа), под действием которых хондроциты синтезируют протеолитические ферменты, вызывающие деградацию коллагена и протеогликана хряща [3];
- *нарушения микроциркуляции* приводят к изменениям кровоснабжения костной ткани, развитию гипертензии, отека и микрофактур с дальнейшим ремоделированием и склерозированием, приводящим к изменению условий нагрузки на суставной хрящ с развитием дегенеративно-дистрофических процессов [3].

**Базируясь на данных патогенеза ДДЗ ОДА, широко применяют тактику их комплексного лечения, которая включает:**

- *медикаментозные средства* — хондропротекторы, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), глюкокортикостероиды, остеотропные, улучшающие внутрикостное и регионарное кровообращение, подавляющие активность лизосомальных ферментов, миорелаксанты, антиоксиданты, витамины, минералы [35];
- *ортопедохирургические вмешательства* [23, 30, 41];
- *функциональные методы* — ортопедический режим, массаж, лечебная физкультура, мануальная терапия, физиотерапия, санаторно-курортное лечение [24].

Учитывая доминирование у пациентов с ДДЗ ОДА болевых синдромов (механический, стартовый, ночной, рефлекторный, блокадный, лигаментный, др.) [29], для их купирования из медикаментозных препаратов наиболее часто применяют НПВП и глюкокортикостероиды. Их противовоспалительное и аналгезирующее действия часто служат эталоном для клинического исследования эффективности других препаратов с аналогичными свойствами. Однако низкая селективность и необходимость долговременного приема обусловливают целый ряд побочных действий НПВП — НПВП-гастропатии, кардиомиопатии, влияние на показатели АД, снижение фильтрационной функции почек, токсический гепатит, вторичный остеопороз, др. [14].

**Таким образом, несмотря на усилия традиционной медицины, проблема ДДЗ ОДА остается нерешенной, суждения о причинности — дискутабельными, а результаты лечения в большинстве случаев — неудовлетворительными.** Это обуславливает необходимость поиска более рациональных терапевтических подходов, которые не только бы обеспечивали симптоматический эффект, но и способствовали процессам саногенеза.

Совершенно новым подходом к лечению ДДЗ ОДА является комплексная **патогенетическая биорегуляционная терапия (ПБТ)**, обеспечивающая целостный подход к организму и способствующая физиологической активации его защитных систем, восстановлению механизмов саморегуляции. ПБТ реализуется при помощи комплексных биологических препаратов (КБП) и оказывает воздействие на ТПП, которые могут протекать в различных органах и тканях, имеют характерные черты и одинаковый путь развития и разрешения независимо от этиологии и локализации.

В течение предыдущих 20 лет создана убедительная и научно обоснованная доказательная база концепции Г.-Г. Реккевега методом накопления объемного теоретического и практического опыта, анализа, обобщения и интерпретации информации.

Биорегуляционное воздействие КБП было продемонстрировано немецким ученым Х. Хайне в 1998 году, который доказал, что ведущим механизмом действия КБП является вспомогательная иммунологическая реакция. Анализ публикаций свидетельствует, что благодаря наличию в составе КБП компонентов, представляющих собой вытяжки из растений в низких и средних гомеопатических потенциях, КБП способны индуцировать регуляторные Т-клетки (Th3), которые нормализуют баланс между Th1- и Th2-лимфоцитами.

Как показал ряд клинических исследований, ПБТ хорошо сочетается с аллопатической терапией ДДЗ ОДА, дополняет и улучшает ее, а в некоторых случаях ее назначают в виде базисного лечения. Моно- или комбинированная терапия КБП, а также ее включение в комплексные стандартные схемы позволяют получать стойкие положительные клинические результаты при лече-

нии пациентов с ОА [3, 31, 34, 36, 37, 47], плече-лопаточным периартрозом [40], остеохондрозом позвоночника [18, 40], болью в спине [46], остеохондропатиями бугристости большеберцовой кости [9], гемофилической артропатией [6].

Эффективность ПБТ при ДДЗ ОДА продемонстрирована в расширенных клинических исследованиях. W. Strösser и M. Weiser в рамках двойного слепого рандомизированного клинического исследования продемонстрировали лечебный эффект КБП Цель Т у пациентов с гонартрозом в сравнении с диклофенаком, в результате чего был сделан вывод об одинаковой терапевтической эффективности препаратов [57].

Ш. Ценнер и Х. Метельманн провели анализ результатов мультицентрового обследования 3422 пациентов по применению мази Траумель С при различных травматических, воспалительных и ДДЗ ОДА. У 86,7% пациентов отмечены «отличные» и «хорошие» результаты терапии [43]. Аналогичные данные были получены при проведении мультицентрового исследования по применению мази Цель Т при ДДЗ суставов [4].

М. Вольданська-Оконьська и А. Рыкала-Ковальська провели сравнительную оценку эффективности применения Цель Т при внутрисуставных инъекциях и при фонофорезе у пациентов с гонартрозом. Было отмечено, что Цель Т обладает длительным обезболивающим действием в более низких дозах, чем рекомендуется в методической литературе. Авторы отмечают аналогичный обезболивающий эффект и после проведения курса фонофореза с мазью Цель Т [5].

В литературе накоплены многочисленные описания отдельных клинических наблюдений успешного применения КБП при различных ДДЗ ОДА. Работа W. Mussler свидетельствует об успешном лечении КБП Траумель С и Графитес-Гомаккорд пациента с выраженной контрактурой Дюпюитрена на руке [28, 51]. Результаты клинической работы, проведенной М.А. Петроченко, указывают на сокращение сроков лечения пациента с дискогенной радикулопатией на фоне грыжи диска и спинального стеноза при применении КБП Траумель С и Дискус композитум методом гомеосиниатрии [28]. К. Энгельберт приводит случай успешного лечения пациента с выраженным коксартрозом методом комбинированного применения КБП Цель Т и Траумель С [48].

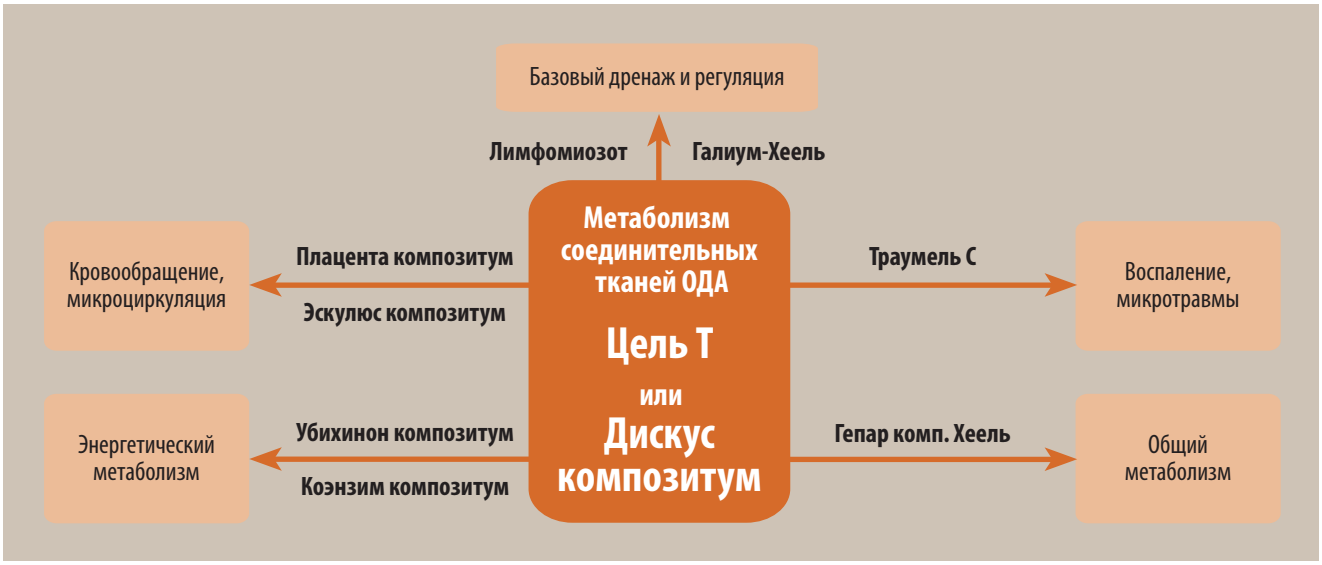
Накопленный научно-клинического опыт позволил сформулировать основные клинические рекомендации по применению КБП для лечения пациентов с ДДЗ ОДА *(табл. 1)*.

***Таблица 1.*** **КБП для лечения пациентов с ДДЗ ОДА**

| Симптомы и состояния / КБП | Траумель С | Цель Т | Спас-купрель | Дискус композитум | Ревма-Хеель | Лимфо-миозот |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Острые травматические повреждения (растяжения, вывихи, ушибы) | ● | | | | | ○ |
| Хронические состояния, в том числе травматическое перенапряжение* (синдром запястного канала, др.) | ● | | | | | ○ |
| Дегенеративные и ревматические заболевания суставов (остеоартроз, артрит, полиартрит, др.) | | ● | | | | |
| Мышечные спазмы, в том числе посттравматические | ○ | | ● | | | |
| Воспалительные и дегенеративные заболевания позвоночника | ○ | | | ● | | |
| Заболевания сухожилий, связок и надкостницы | ○ | | | | ● | |
| Все типы невралгической боли (ишиас, межреберная невралгия, постгерпетическая невралгия) | ○ | | | ● | | ○ |
| Симптоматическое лечение ревматизма мягких тканей | ○ | | | | ● | ○ |
| Восстановление лимфатического тока после травмы для облегчения боли, уменьшения воспаления и отека | | | | | | ● |

● Основной КБП. ○ Дополнительный КБП. * Травматическое напряжение часто имеет компонент ЦНС, который купируется приемом Нервохеель.

*Рис. 1.* **Основные патогенетические задачи для лечения пациентов с ДДЗ ОДА и КБП для их решения**




**Патогенетические механизмы развития ДДЗ ОДА определяют основные направления ПБТ:**

1. базовый дренаж и регуляция;
2. нормализация метаболизма соединительной ткани;
3. контроль/завершение воспаления;
4. восстановление микроциркуляции;
5. нормализация энергетического обмена.

**Базовый дренаж и регуляция.** Исходя из принципа учения о гомотоксикозе — «любое болезненное состояние — это результат интоксикации организма» — следует первоочередная необходимость в выведении гомотоксинов из организма *(рис. 1)*. С этой целью целесообразно реализовать вектор регуляции и дренажа. Дренирование — это не теоретический, а сугубо практический аспект лечебного воздействия КБП. С этой целью применяются КБП дренажного действия, которые избирательно воздействуют на ткань или орган, недостаточное функционирование которых препятствует нейтрализации и выведению токсических субстанций. С дренирования или на фоне дренирующей терапии должно начинаться лечение любого заболевания. Для дренажной терапии при ДДЗ ОДА можно применять целый ряд КБП. Но, учитывая чрезвычайно важную роль в физиологическом дренаже лимфатической системы, [17] универсальным дренирующим КБП следует считать Лимфомиозот. Действие препарата направлено на активизацию одной из основных систем выведения и нейтрализации гомотоксинов из организма — лимфатическую, а также на повышение биодоступности тканей для воздействия других препаратов. Частоту приема, длительность, пути введения подбирают индивидуально. Дренирующая терапия КБП Лимфомиозот должна проводиться как минимум до момента купирования явлений воспаления, болевого синдрома, отека, гипертермии или интоксикации.

При ДДЗ, находящихся в таблице фаз гомотоксикоза справа от биологического барьера, с целью реализации внутриклеточного дренажа к Лимфомиозот добавляют 2-й ключевой дренажный препарат — Галиум-Хеель. Препарат оказывает индуктивное воздействие на дезинтоксикационные функции клеточных ферментных систем, активизирует дезинтоксикационные и дренажные процессы и функции межклеточного пространства (матрикса) во всем организме. Назначать Галиум-Хеель необходимо на первом этапе лечения (дренажная терапия) самостоятельно или в сочетании с Лимфомиозот (одновременный прием или чередование). Только через 10–14 дней дренажной терапии начинают прием основных/базисных органотропных препаратов. Если в силу каких-то причин это невозможно осуществить, то допускается одновременный прием дренажного препарата и основного КБП.

**Нормализацию метаболизма** в хрящевой ткани осуществляет КБП Цель Т. Это многокомпонентный КБП, который содержит минеральные, растительные и биологические ингредиенты. Он оказывает хондропротекторное, хондростимулирующее, противовоспалительное, аналгезирующее, регенерирующее и иммуностимулирующее действия. В его состав входит сера, которая принимает участие в синтезе структурных элементов хрящевой ткани. Препарат способствует выработке синовиальной жидкости, тем самым улучшая функциональные характеристики сустава и обменные процессы в хряще. Цель Т также содержит флавоноиды, известные своими антиоксидантными свойствами [49]. Компоненты препарата способствуют уменьшению высвобождения макрофагами IL-6, который относится к классу воспалительных цитокинов и играет важную роль в развитии хронического воспаления [44]. В эксперименте было показано, что применение Цель Т у животных с индуцированным артрозом способствовало меньшей эрозии хряща по сравнению с контрольной группой [56].

Работы Дж. Бонфилио и П. Цереа [2] также указывают на эффект ревитализации суставного хряща при внутрисуставных инъекциях Цель Т. Эффективность внутрисуставных и периартикулярных инъекций Цель Т подтверждается многими авторами [31, 52].

Инъекции Цель Т часто комбинируют с Траумель С. Это позволяет эффективно сочетать их действия: более быстрое противовоспалительное и обезболивающее — у Траумель С, более пролонгированное противовоспалительное и хондропротекторное — у Цель Т. После курса инъекционной терапии можно продолжить применение Цель Т в таблетированной и мазевой лекарственных формах, а также дополнительно использовать рефлексотерапию и физические методы лечения [15].

Дозировка Цель Т для внутрисуставных введений колеблется от 1 ампулы при артрозе I степени до 2 ампул при поражении II–III степени 1–2 раза в неделю. Некоторые авторы рекомендуют до 5 внутрисуставных инъекций в неделю [37].

Мазь Цель Т применяют как с повязкой, так и в виде втираний, возможно применение с ультра- и фонофорезом. Частота втирания — 1–5 раз в сутки, чаще — 3 раза.

С целью нормализации обменных процессов в соединительной ткани также применяют КБП Дискус композитум. Он оказывает метаболическое, регенерирующее, противовоспалительное, аналгезирующее, дегидратирующее, спазмолитическое, дезинтоксикационное, седативное действия.

При ДДЗ ОДА Дискус композитум оказывает прямое метаболическое (трофическое) действие на патоморфологический субстрат — при остеохондрозе он способствует улучшению эластических свойств межпозвонкового диска, повышению его гидрофильности. Но применение Дискус композитум показано не только при заболеваниях позвоночника, но и при суставных патологиях (хронический артрит, артроз) попеременно или в одном шприце с Траумель С и/или Цель Т. Дозировку и путь введения подбирают в соответствии с выраженностью общей картины или стадией заболевания: 1 ампула (для биопунктуры за одну процедуру можно несколько) 1–3 раза в неделю.

При острых радикулярных болях, несмотря на теоретическую парадоксальность сочетания, возможно попеременное (но не одновременное!) применение Дискус композитум и кортикостероидных препаратов. Как указывает В. Ландауэр (1984) [22], такая комбинация препаратов позволяет уменьшить дозу кортикостероидных препаратов до 3–6 инъекций на курс лечения.

Острые радикулярные синдромы успешно поддаются ПБТ и без дополнительного применения НПВП или кортикостероидов. Так, В.В. Гавура, А.А. Гарус, применяя КБП Траумель С и Цель Т в комплексном лечении поясничнo-крестцового радикулита, указывают на их высокую терапевтическую активность у 85% пациентов, которые предварительно получали НПВП и кортикостероиды без выраженной позитивной динамики [7].

ПБТ с успехом применяют и при ДДЗ суставов, развивающихся на фоне различных метаболических заболеваний. Классический пример — терапия подагрического моно- или олигоартрита при помощи КБП Реструкта про инъекционе С. Препарат оказывает нормализующее на метаболизм мочевой кислоты воздействие, а также противоподагрическое, противовоспалительное, иммунокоррегирующее, дезинтоксикационное, обезболивающее, диуретическое действия. Для повышения эффективности и скорости наступления эффекта, а также с целью профилактики первичной реакции обострения проведение дренажной терапии является обязательным. Затем одновременно с Реструкта про инъекционе С для улучшения экскреторной функции почек применяют КБП *Солидаго композитум С*, а для снятия блокировок с внутриклеточных ферментных систем, возникших вследствие применения НПВС и гормонов, — Коэнзим композитум.

**Контроль и завершение воспаления.** Суровым и неизбежным спутником ДДЗ ОДА является боль. Именно она заставляет больного обращаться к врачу, сковывает движения, лишает душевного равновесия и физического покоя. Поэтому второй, иногда первостепенной, задачей алгоритма ПБТ при ДДЗ ОДА является борьба с болевыми синдромами и моделирование воспалительного процесса.

Решение патогенетической задачи, направленной на устранение воспаления, достигается путем тонкой координации цитокиновых реакций в матриксе с помощью универсального противовоспалительного КБП *Траумель С*. Его применение снижает концентрацию медиаторов воспаления (ФНО-α, IL-1, IL-6, IL-8), способствует секреции TGF-β [42]. Обезболивающий и противовоспалительный эффекты реализуются посредством синергического сочетания 14 компонентов растительного и животного происхождения, которые влияют на разные фазы воспалительного процесса [45].

Рандомизированные контролируемые клинические исследования показали, что препарат Траумель С по эффективности терапии ДДЗ ОДА достоверно превосходит плацебо и даже не уступает диклофенаку *(см. рубрику «Доказательная медицина»)*. Дополнительные наблюдательные когортные исследования показали, что терапия Траумель С сопоставима с традиционным подходом с точки зрения скорости наступления терапевтического эффекта. Исследования безопасности подтвердили антибактериальные, гемостатические, сосудотонизирующие свойства Траумель С при отсутствии побочных эффектов на ЖКТ, печень и почки [21].

Итак, Траумель С — базовый КБП противовоспалительного действия, который можно применять как в виде монотерапии, так и в комплексе с другими КБП и аллопатическими средствами. Особую популярность среди спортивных врачей, вертебрологов и ортопедов приобрели методики разнообразных блокад, в которых используют комбинации раствора Траумель С и различных анестетиков. Дозы, частота введений, длительность терапии, комбинации зависят от интенсивности и длительности болевого синдрома.

**Нормализация микроциркуляции.** Реализацию вектора ПБТ, направленного на нормализацию микроциркуляции, осуществляют, применяя КБП Эскулюс композитум и Плацента композитум.

КБП Эскулюс композитум восстанавливает работу преимущественно венозного звена периферического кровообращения и микроциркуляции, оказывает венотонизирующее, флебодинамическое, противоотечное действия, улучшает трофику эндотелия и стенок сосудов, улучшает реологические свойства крови. Спектр клинических эффектов препарата

определяется свойствами его 20 потенцированных компонентов, тропных к артериям, венам и капиллярам микроциркуляторного русла.

Плацента композитум — КБП для нормализации различных нарушений работы периферических сосудов. Рационально подобранный набор микродоз потенцированных компонентов, тропных к тканям стенок сосудов, способен комплексно корригировать нарушения периферического кровоснабжения в любых тканях и органах. Плацента композитум оказывает на сосуды регулирующее антиспастическое, сосудорасширяющее и венотонизирующее действие и одновременно постепенно нормализует трофику стенок сосудов и тканей в целом. За счет улучшения удаления продуктов метаболизма в пораженном органе купируется болевой синдром, отечность ткани, нормализуются процессы детоксикации организма.

**Нормализация энергетического обмена** при ДДЗ ОДА реализуется путем применения КБП Коэнзим композитум и Убихинон композитум.

Коэнзим композитум реактивирует энзимные системы цикла Кребса, восстанавливает функциональную активность ферментных систем и пластические процессы в клетках, устраняет гипоксию клеток, ощелачивает pH матрикса.

Убихинон композитум оказывает стимулирующее и регулирующее действие на деятельность заблокированных внутриклеточных ферментных систем на уровне дыхательной цепи митохондрий. Отмечены также дренажное, метаболическое, антиоксидантное, иммуномодулирующее, противоаллергическое и детоксикационное действия.

Спектр действия Коэнзим композитум и Убихинон композитум определяется свойствами и взаимопотенцирующим действием входящих в их состав хинонов, коферментов, ферментов цикла Кребса, витаминов, растительных и минеральных компонентов. Их применение является метаболической основой для достижения устойчивой и длительной ремиссии. Они потенцируют действие Цель Т и Дискус композитум (возможно введение препаратов в одном шприце).

## Принцип применения КБП в зависимости от ТПП *(рис. 1)*

При начальных проявлениях патологического процесса обязательно проведение базовой ПБТ, которая заключается в нормализации метаболических нарушений в соединительной ткани (Цель Т или Дискус композитум) на фоне общего дренажа (Лимфомиозот, Галиум-Хеель). В случае присоединения воспалительного компонента или же при лечении спортсменов и людей с риском микротравматизации ОДА (длительное вертикальное положение — парикмахеры, продавцы) целесообразно дополнительное назначение Траумель С. Если же на фоне развития ДДЗ ОДА отмечают нарушение кровообращения, микроциркуляции, венозный застой, то дополнительно назначают Плацента композитум или Эскулюс композитум. У пациентов с системными метаболическими нарушениями рекомендуют Гепар комп. Хеель, Убихинон композитум и Коэнзим композитум.

Таким образом, лечение ДДЗ ОДА целесообразно начинать с дренажа и нормализации метаболизма в хрящевой ткани, а затем по мере нарастания патогенетических изменений в органах и тканях реализовывать и другие векторы ПБТ.

Наличие разных лекарственных форм позволяет расширить возможности имеющихся методов терапии. Инъекционные формы КБП можно применять при проведении гомеосиниатрии, биопунктуры, гомеомезотерапии, ступенчатой аутогемотерапии. Биопунктура — метод воздействия на нервно-рефлекторные механизмы, активизирующий системы саморегуляции и восстановления. Ее использование на практике позволяет вводить препарат наиболее близко к патологическому очагу или непосредственно в сам очаг *(см. рубрику «Практический опыт»)*, при гомеосиниатрии — по ходу меридианов, благодаря чему достигается более быстрый и стойкий терапевтический эффект. Методика ступенчатой аутогемотерапии наиболее актуальна при длительных вялотекущих процессах.

Терапия пациентов с ДДЗ ОДА должна быть комплексной, патогенетической, биорегуляционной, поэтапной



(воздействуя на все ТПП) и длительной, так как соединительная ткань относится к тканям с замедленной репарацией. Длительный прием КБП заключается в назначении инициирующего режима с последующим переходом к меньшей кратности.

Будучи универсальной и доступной, ПБТ могут применять не только специалисты узкого профиля (ортопеды, травматологи, вертебрологи), но и врачи общей практики – семейные врачи.

## Выводы

1. Терапия пациентов с ДДЗ ОДА должна носить комплексный, патогенетический, биорегуляционный, поэтапный и длительный характер.
2. Комплексная ПБТ пациентов с ДДЗ ОДА является патогенетически обоснованной и направлена на регуляцию гомеостаза клеток соединительной ткани.
3. Биорегуляционная терапия ДДЗ ОДА особенно важна для повседневной практики семейных врачей, сталкивающихся на начальных этапах ее формирования, что позволяет проводить более эффективное патогенетическое лечение и своевременную профилактику развития дальнейших нарушений.

**Литература**

Список литературы — в редакции.

**С.І. Герасименко, А.М. Бабко,**
**ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ**

# Сучасні підходи до оптимізації терапії остеоартрозу колінного суглоба

Дегенеративно-дистрофічні захворювання (ДДЗ) опорно-рухового апарату (ОРА) на сьогоднішній день складають значну медико-соціальну проблему не тільки в Україні, а й у всьому світі. До них відноситься остеоартроз (ОА) — найбільш розповсюджена гетерогенна група захворювань суглобів різної етіології з подібними біологічними, клінічними та морфологічними проявами, в основі яких лежить ураження всіх елементів суглоба. Застосування запропонованої схеми дає можливість лікарям загальної практики проводити своєчасну та ефективну терапію ДДЗ ОРА та запобігати розвитку їхніх тяжких форм.

## Актуальність

На ОА страждає приблизно 10–12% населення, переважно жінки. З віком кількість хворих на цю патологію збільшується, і після 70 років сягає 97%. ОА має велике соціальне значення, оскільки протягом попередніх десятиріч рівень втрати працездатності через ОА збільшився у 3–5 разів [1, 2].

ОА є поліетіологічним захворюванням, в основі якого лежить сукупність екзо- і ендогенних факторів. За даними багатьох авторів, при ОА первинно уражається хрящ з порушенням його метаболізму, функції та структури. Крім хряща, у патологічний процес з часом залучаються меніски, зв'язки, синовіальна оболонка суглоба та навколосуглобові м'якотканинні утворення, що обумовлює клінічну маніфестацію симптомів захворювання.

Існує кілька класифікацій ОА. Найбільш розповсюдженою є класифікація американської колегії ревматологів (ACR), згідно з якою ОА поділяють на первинний (ідіопатичний) та вторинний [6]. В Україні загальноприйнятою є класифікація Асоціації ревматологів України (АРУ) (2000), що включає варіанти перебігу, клінічні форми, локалізацію, рентгенологічні стадії та функціональну здатність хворого. Усі класифікації використовують для встановлення стадії захворювання, планування тактики лікування та прогнозування його результатів.

Не зважаючи на значні успіхи в розкритті етіопатогенезу даної патології, лікування не є вирішеним питанням. Це пов'язано з поліфакторністю генезису хвороби, з одного боку, та симптоматичною дією більшості лікарських засобів — з іншого.

**На сучасному етапі розвитку ревматології визначають наступні завдання терапії ОА:**
- уповільнення прогресування;
- зменшення больового синдрому;
- покращення функціональної активності хворих та якості життя.

**Для вирішення цих завдань застосовують методи, які знайшли своє відображення в рекомендаціях Європейської антиревматичної ліги (EULAR) за 2005 рік:**

1) нефармакологічне лікування:
- освіта;
- дієтотерапія та зменшення надлишкової маси тіла;
- ортопедичний режим;
- підвищена фізична активність та лікувальна фізкультура;
- фізіотерапія;
- вітаміно- і фітотерапія;

2) фармакологічне лікування:

а) препарати симптоматичної дії (SMOADs):
- швидкої дії (нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), парацетамол, опіоїдні аналгетики, глюкокортикостероїди);
- повільної дії (хондроїтину сульфат, глюкозамін, гіалуронова кислота, неомилювальні сполуки авокадо, діацереїн);

б) препарати, що структурно модифікують хрящ (DMOADs):
- антиоксидантна терапія;
- препарати, що покращують мікроциркуляцію;
- інгібітори протеолітичних ферментів;
- метаболічна терапія;

3) інтраартикулярне лікування:
- хондропротектори для внутрішньосуглобового застосування;
- протизапальна та антигомотоксична терапія;
- глюкокортикостероїдна терапія;
- лаваж.

4) хірургічне лікування:
- артроскопічне втручання;
- корекційні остеотомії;
- ендопротезування суглобів та артропластика;
- артродез.

Залежно від стадії захворювання застосовують сукупність тих чи інших методик. При інтраартикулярному лікуванні ДДЗ суглобів останнім часом значну перевагу надають комплексним біологічним препаратам (КБП) Траумель С та Цель Т, що найбільш широко застосовують в ортопедичній практиці. Препарати мають у своєму складі компоненти рослинного, мінерального та тваринного походження.

*Траумель С* — КБП, що володіє протизапальною, аналгезуючою, антиексудативною, кровоспинною, імуномодулюючою діями, а також має високі регенераторні властивості. Механізм дії препарату пов'язаний із його здатністю запускати каскад допоміжних імунологічних реакцій за рахунок активізації клону Th3-лімфоцитів. Завдяки цьому препарат викликає відновлення балансу між проти- та прозапальними цитокінами у вогнищі запалення та зменшує набряк, біль, почервоніння, порушення функції.

*Цель Т* — КБП, що володіє вираженими хондропротекторною, протизапальною та знеболюючою діями. Препарат стимулює регенерацію тканин ОРА та посилює утворення хондроцитів за рахунок стимуляції їх мітозу. Така дія обумовлена певними властивостями компонентів Цель Т. Сірка в організмі входить до складу хондроїтинсульфату (структурний елемент хрящової тканини). Суїс-органні компоненти препарату уповільнюють дегенерацію хрящової тканини, покращують мікроциркуляцію та сприяють посиленню пластичних процесів, внаслідок чого відзначається реструктуризація хряща. Компоненти рослинного походження володіють протизапальною, знеболюючою та регенеративною активністю. Крім того, рослинні компоненти сприяють зменшенню набряку навколо ураженого суглоба, зменшують біль, поліпшують рухливість суглобів, стимулюють відновлення кісткової й хрящової тканини, а також м'яких тканин. Біокаталізатори (солі та кислоти циклу лимонної кислоти) і Nadidum сприяють активації окислювально-відновних реакцій і дихального ланцюга, активність яких знижена внаслідок різних причин (у тому числі внаслідок віку або прийому протимікробних та кортикостероїдних препаратів) [4].

Висока ефективність одночасного застосування Цель Т и Траумель С при внутрішньосуглобовому введенні, а також питання щодо можливості та місця періартикулярного введення спонукала нас вивчити ефективність цих препаратів у комплексному лікуванні пацієнтів з ОА колінного суглоба [5].

## Матеріали і методи

Дослідження було проведене на базі ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» протягом 2012 року за участі 50 пацієнтів (жінок — 48 (96%), чоловіків — 2 (4%), середній вік — 52 роки), хворих на ОА колінного суглоба II стадії за Калгреном з функціональною недостатністю суглобів II. Явища періартриту діагностовано у 42 пацієнтів (84%). Середня тривалість захворювання — 4–8 років. Діагноз обґрунтовано за загальноприйнятою клініко-рентгенологічною класифікацією. Пацієнти були розподілені на 2 порівнянні за статтю, віком та симптоматикою групи по 25 чоловік. До особливостей цих пацієнтів ми відносили наявність виражених ознак періартриту колінного суглоба, а саме — бурситу в ділянці великої гусячої лапки та періостеолігаментопатії медіальної колатеральної зв'язки.

Пацієнтам обох груп призначали (НПЗП) — еторикоксиб (Аркоксія) в однаковій дозі 1 раз на добу протягом 14 днів, хондромодулючі препарати — Мукосат 2 мл в/м через день №20, місцево — мазеві компреси (Диклак-гель + Ліотон-гель) №10 на ніч, електропроцедури — іонофорез гідрокортизону №10 щоденно. Для покращення ефекту призначали внутрішньосуглобово препарати гіалуронової кислоти (Гіалган, Остеніл або Синокром) 1 раз на тиждень №5.



*Рис. 1.* **Динаміка зміни болю за ВАШ**

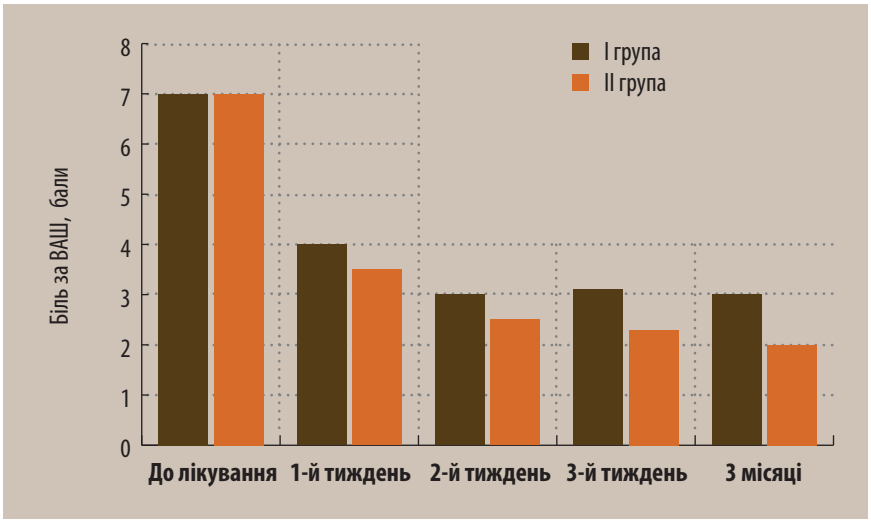



*Рис. 2.* **Динаміка часу проходження дистанції 30 м**

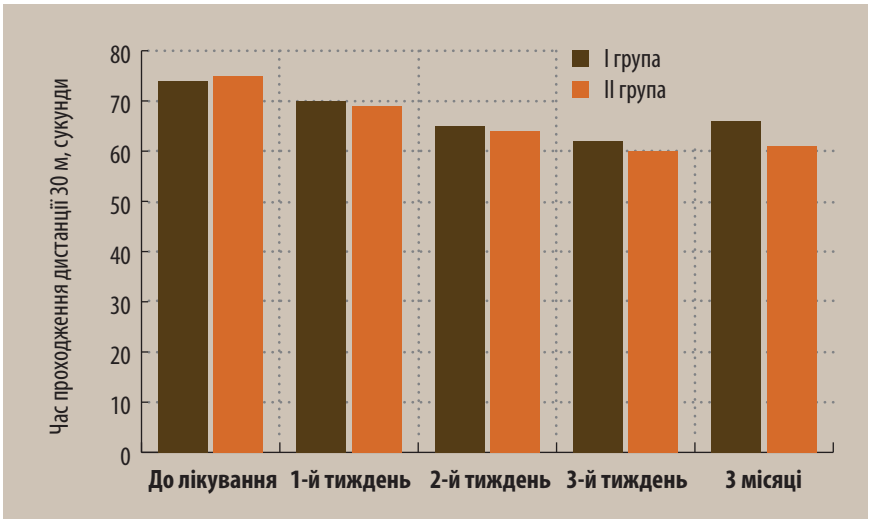
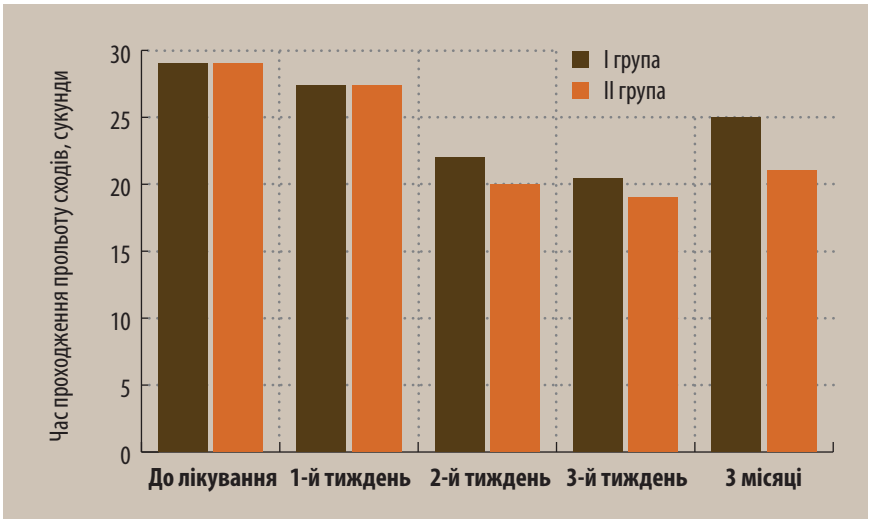



*Рис. 3.* **Динаміка часу проходження прольоту сходів**




Пацієнтам II групи, окрім стандартної, проводили комплексну біорегуляційну терапію. До вказаної схеми лікування додавали періартикулярні блокади з препаратами Траумель С та Цель Т 3 рази на тиждень №5. Препарати вводили по 2,2 мл в одному шприці. Ін'єкції проводили у болісні точки, які співпадали з бурсою великої гусячої лапки та місцем кріплення медіальної колатеральної зв'язки на медіальному виростку стегнової кістки.

При клінічному обстеженні діагностували дефігурацію або деформацію колінного суглоба. Пальпаторно діагностували зміну місцевої температури шкіри, болючість при пальпації у проекції суглобової щілини, кріплення медіальної колатеральної зв'язки до виростків стегнової та великогомілкової кісток, симптом балотування надколінка, який вказував на наявність синовіту.

Суглобовий синдром визнали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ): біль у суглобі у спокої, стартова та при рухах, при переміщенні по сходах, збільшення її інтенсивності залежно від часу доби. Функцію колінного суглоба оцінювали залежно від часу, який витрачає пацієнт при проходженні відстані 30 м, піднятті та спусканні по сходах на 1 прольот та за обсягом рухів.

Усім хворим до лікування виконували рентгенографію колінних суглобів у 2 проекціях і аксіальній, ультразвукове дослідження (УЗД) хворого та здорового колінних суглобів. Рентгенологічно стадійність захворювання визначали за Калгреном. При УЗД звертали увагу на наявність випоту в порожнині суглоба, гіпертрофію синовії та наявність кровотоку в ній, стан менісків та суглобового хряща. Особливого значення надавали стану медіальної колатеральної зв'язки, а саме її товщині та інтенсивності ехосигналу, та ділянці великої гусячої лапки, а саме стану бурси і сухожилків цього анатомічного утворення.

Вказане вище обстеження проводили до та через 3 місяці після лікування.

## Результати та їхнє обговорення

Відмічено, що в обох групах відбулося покращення клінічного



статусу пацієнтів. Протягом лікування та після його закінчення зменшився больовий синдром за ВАШ, збільшився час проходження дистанції та прольотів сходів, збільшився обсяг рухів у суглобах на 30°. Такі зміни відмічені у 55% пацієнтів I групи та у 88% пацієнтів II групи. Позитивна динаміка зберігалася після 3 місяців від початку лікування, до того ж в основній групі вона була більше стабільною *(рис. 1–3)*.

У II групі явища періартриту зменшились або зникли у 95% хворих, а у I групі лише у 75%, що підтверджувалося клінічно та даними УЗД. Потрібно відмітити, що у хворих I групи позитивні явища були нестійкими, та у майже 50% пацієнтів протягом 3 місяців після лікування відмічалися рецидиви періартриту у вигляді болю при ходьбі, при зміні положення тулуба та при пальпації ділянки колінного суглоба. Також відмічено приріст часу проходження дистанції 30 м та прольоту сходів.

Скарги на біль у ділянці колінного суглоба в спокої та при навантаженні, нічний біль зменшилися або навіть зникли у переважної більшості хворих обох груп. Однак у I групі через 3 місяці після початку лікування у 60% пацієнтів скарги частково відновилися, чого не було відмічено у II групі.

При УЗД через 3 місяці після лікування достовірно зменшились явища періостеолігаментопатії медіальної колатеральної зв'язки, менісциту медіального меніска, субклінічного синовіту у пацієнтів II групи. У пацієнтів I групи, які приймали лише алопатичні препарати у такий самий термін спостереження, не було відмічено зменшення вказаних явищ.

Основним клінічним аспектом лікування пацієнтів алопатичними методами в поєднанні з КБП було те, що позитивний ефект терапії наступав раніше, ніж у I групі, і він був тривалішим, що скорочувало термін прийому НПЗП у 2 рази — до 7 днів. Це дало змогу попередити такі тяжкі ускладнення з боку системи травлення, як диспепсія, утворення виразок шлунка та дванадцятипалої кишки тощо.

## Висновки

1. У проведеному дослідженні показана висока ефективність Траумель С і Цель Т у комплексному лікуванні пацієнтів з ОА колінного суглоба з явищами періатриту. Встановлено, що застосування КБП (періартикулярні блокади) на фоні стандартної терапії дає більш ранній, виражений і тривалий позитивний ефект, ніж при лікуванні лише алопатичними препаратами.
2. Широке застосування препаратів Траумель С і Цель Т у ревматології та ортопедії обумовлене їхніми вираженими протизапальними, протинабряковими, регенеруючими властивостями.
3. Тривалий ефект терапії та безпека цих лікарських засобів спонукають до більш широкого їхнього застосування.
4. Отримані дані свідчать, що запропонована схема характеризується високою ефективністю, безпекою та простотою застосування.
5. Впровадження даної схеми терапії рекомендоване лікарям загальної практики для своєчасної та ефективної терапії ДДЗ ОРА та запобігання розвитку їхніх тяжких форм.

**Література:**


1. Балабанова Р.М. Роль нестероидных противовоспалительных препаратов в комплексной терапии остеоартроза // Consilium medicum. — Том 7. — №12.
2. Зазірний І.М. Сучасні погляди на етіологію і патогенез остеоартрозу // Лікарська справа. — 1999. — №2. — С. 7–12.
3. Потрафки Б. Околосуставные инъекции препарата Цель при гонартрозе как альтернатива внутрисуставным инъекциям // Биологическая медицина. — 1996. — №2. — С. 15–16.
4. Суховий М.В., Аверьянов Е.В. и соавт. Антигомотоксическая терапия заболеваний опорно-двигательного аппарата // К.: ООО «Каскад-Медикал», 2004. — 173 с.
5. Телішевський Ю.Г. и соавт. Остеоартроз колінних суглобів у хворих з соматичною патологією: досвід комплексного консервативного лікування з включенням антигомотоксичних препаратів // Біологічна терапія. — 2009. — №3. — С. 34–38.
6. Altman R., Ash E., Bloch D. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association // Arthritis Rheum. — 1986. — Vol. 29. — №8. — P. 1039–49.






**Согласно статистике, в 48% случаев грыжи межпозвоночного диска локализуются на уровне L5–S1, в 46% случаев — на уровне L4–L5, остальные 6% — на других или нескольких уровнях пояснично-крестцового отдела**

**По данным Национального центра статистики здоровья населения США, люди в возрасте до 45 лет чаще всего ограничивают свою активность из-за хронической боли в спине и шее, а ее распространенность составляет 26–32% взрослого населения**



## Наиболее экономически эффективный способ борьбы с синдромом хронической усталости

Упражнения и поведенческая терапия — самый эффективный способ борьбы с синдромом хронической усталости при ограниченном бюджете. Введение такой терапевтической практики в обиход может сэкономить бюджету Британии миллионы фунтов в год.

В исследовании, опубликованном в журнале PLoS ONE, приняло участие более 640 больных, страдающих синдромом хронической усталости. Симптомы включают повышенную утомляемость, неспособность концентрироваться, ухудшение памяти, боль в мышцах и суставах. Этиология этого синдрома полностью не известна, но им страдают миллионы людей во всем мире.

На добровольцах, принявших участие в исследовании, проверяли эффективность двух методов лечения. Во-первых, применяли поведенческую терапию — психологи работали с пациентами, чтобы изменить их отношение к собственной болезни. Во-вторых, участникам было предложено ежедневно проводить ряд упражнений, постепенно увеличивая нагрузку. Ученые использовали полученные данные, чтобы рассчитать, какой из методов лечения может считаться наиболее экономически целесообразным. Положительное соотношение между ценой лечения и уменьшением уровня усталости обнаружилось в случае применения поведенческой терапии и упражнений.

Профессор Paul McCrone, медицинский экономист из Лондонского Королевского колледжа заявил: «Министерство здравоохранения серьезно рассматривает возможность инвестиций в эти методы лечения». Профессор Michael Sharpe из Оксфорда соглашается: «Новых доказательств вполне достаточно, чтобы медицинские службы обеспечили возможность такого лечения всем пациентам».

По материалам www.paininfo.ru

## «Коктейль» из стволовых клеток увеличивает регенерацию травм позвоночника

Американские исследователи предложили лечить травмы позвоночника особым «коктейлем» из стволовых клеток. Ученые из Калифорнийского университета в Сан-Диего смоделировали травму спинного мозга у крыс и применили для ее лечения свой уникальный метод. Суть нового подхода заключается в предварительной подготовке взрослых нейрональных стволовых клеток. Их, согласно данной технологии, необходимо смешать с факторами роста и белком фибрином. Полученную гелеобразную массу наносили на поврежденные участки спинного мозга.

Спустя 6 недель после нанесения нейрональных стволовых клеток в геле, специалисты обнаружили, что по количеству восстановленных аксонов новая методика в 200 раз превышает по эффективности все известные на сегодняшний день.

Эксперты отметили, что после введения стволовых клеток на специальном носителе, полученные результаты превзошли все ожидания, и состояние исследуемой группы кардинально отличалось от такового контрольной группы.

По материалам www.medicinform.net

## Дорсалгия имеет генетическую природу

Даже люди с правильной осанкой и нормальной массой тела могут страдать болью в спине. Британские исследователи из Королевского колледжа Лондона считают, что всему виной определенный ген — PARK2.

Ученые сообщили, что ген PARK2 играет ключевую роль в развитии дегенерации межпозвоночных дисков в поясничном отделе. Это удалось выяснить в результате изучения генотипа 4600 человек, часть из которых являлась однояйцевыми близнецами. Оказалось, что данный вид дегенерации носит наследственный характер в 65–80% случаев. У испытуемых близнецов вне зависимости от профессии появлялась боль в спине, что свидетельствует о сильном влиянии генетики.

Эксперты пришли к выводу, что у всех людей с геном PARK2 в какой-то момент развивается дегенеративный процесс, но не у всех развивается дорсалгия. Виной тому — избыточное влияние модифицируемых факторов (образ жизни, др.). Чем сильнее дегенерация, тем больше шансов на появление хронического болевого синдрома.

По материалам www.medicinform.net

**М.С. Дуда,**
**ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ**

# Ефективність застосування комплексних біологічних препаратів у терапії хворих на гострий подагричний артрит

Удосконалення методів діагностики й лікування хронічної подагри та гострого подагричного артриту залишаються актуальними задачами. Різноманітність етіологічних факторів та неоднорідність ураження суглобових і періартикулярних структур при подагрі обумовлюють необхідність проведення тривалого та комплексного лікування. Результати проведеного дослідження свідчать, що застосування комплексної патогенетичної біорегуляційної терапії покращує результати лікування за рахунок зменшення термінів лікування та скорочення прийому алопатичних препаратів.

## Актуальність

Захворювання суглобів займають питому вагу у структурі загальної захворюваності населення, носять виражене соціально-економічне значення у зв'язку зі швидко наступаючою ранньою інвалідизацією у найбільш працездатному віці. Проблема вивчення метаболічних порушень і зумовлені ними особливості структурно-функціональних змін у капсуло-зв'язковому апараті, хрящовій та кістковій тканині викликають великий клінічний і теоретичний інтерес та впродовж останніх років привертають увагу науковців і лікарів.

Патологія суглобового апарату широко розповсюджена в популяції та належить до числа одних з найбільш частих захворювань. Дані захворювання є основною причиною непрацездатності, часто мають хронічний перебіг, значно обмежують фізичну активність пацієнтів, погіршуючи якість життя [2, 7]. Згідно з даними ВООЗ, 30% тимчасової непрацездатності та 10% інвалідизації пов'язані з ревматичними захворюваннями, більше 4% населення страждає на захворювання суглобів та хребта [6, 10].

Протягом попередніх років у вивченні ревматологічних захворювань досягнуто великих успіхів, які перш за все пов'язані з більш глибоким вивченням механізмів їхнього розвитку, імунологічних особливостей, розробкою стандартних критеріїв діагностики, оцінкою активності запального процесу, нових підходів до фармакологічної терапії.

Подагра — хронічне гетерогенне за походженням, метаболічне захворювання, пов'язане з порушенням пуринового обміну та зменшенням екскреції сечової кислоти нирками, з розвитком гіперурикемії та відкладенням сечової кислоти і кристалів її солей у тканинах різних органів, перебіг якого проходить з повторними нападами гострого артриту, кристаліндукованими синовітами, розвитком вторинного остеоартрозу [2, 4]. У типових випадках уражується I плюснофаланговий суглоб з розвитком гострого моноартриту. В інших випадках захворювання дебютує з ураження інших суглобів — стоп, гомілково-ступневого, колінного, кистей. Крім того, у зв'язку з гіпердіагностикою ревматоїдного артриту та остеоартрозу багатьом хворим не надається адекватна допомога та цілеспрямована профілактика. Однією з негативних рис даного захворювання є схильність до хронізації та прогресування, особливо в умовах пізньої діагностики та неадекватної терапії. Постійний біль, наростаюче обмеження рухливості, поступова втрата працездатності різко знижують якість життя таких хворих. На теперішній час подагра відома клініцистам не лише як рецидивуючий моноартрит, але й як системне захворювання із тяжкими вісцеральними проявами.

Актуальність роботи обумовлена епідеміологічними даними, які свідчать про достовірне збільшення захворюваності на подагру [2, 5, 6, 8]. За даними літератури, у світі на подагру хворіє 0,3–4,2% населення.

В Україні поширеність сольових артропатій залишається на високому рівні протягом останніх років. Так, за даними 2007 року поширеність сольових артритів, у тому числі подагри, склала 124,4 на 100 000 населення, захворюваність — 24,4 на 100 000 населення. На подагру в Україні хворіє до 2% дорослого населення [1, 5], переважно чоловіки після 30 років. Жінки хворіють значно рідше — 5–8% від всіх випадків подагри [2, 3, 6, 9] . При цьому діагноз подагри встановлюється в середньому на 5–7-у році захворювання [4].

Удосконалення методів діагностики та лікування даного захворювання залишається актуальною задачею [1, 5, 7].

Різноманітність етіологічних факторів та неоднорідність ураження суглобових, періартикулярних структур при подагрі обумовлюють необхідність тривалого та комплексного лікування з впливом на різні патогенетичні механізми. У зв'язку з цим виникла необхідність вивчення можливостей застосування комплексних біологічних препаратів (КБП) при лікуванні хворих на подагру.

***Рис. 1.*** **Подагричний артрит плюснофалангового суглоба**



**Мета дослідження:** вивчити ефективність застосування КБП у терапії гострого подагричного артриту.

## Матеріали і методи

У дослідженні взяв участь 51 хворий на подагру. Усі хворі були чоловічої статі, віком від 28 до 72 років, середній вік хворих складав 52,7±5,6 роки. Усі хворі були з гострою стадією подагричного артриту I плюснофалангового суглоба стопи, що супроводжувався вираженим больовим синдромом та характерними місцевими проявами запалення *(рис. 1)*.

За об'ємом лікування всі хворі були рандомізовані на 3 групи:

- I група (n=17) — хворі, які отримували традиційну терапію, що включала неспецифічні протизапальні засоби (НПЗЗ), місцево гель та компреси з маззю на ділянку суглоба, фізіотерапевтичні процедури;
- II група (n=17) — хворі, які отримували традиційну терапію у поєднанні з КБП *Цель Т* і *Траумель С* (вводили періартикулярно у біологічно активні болісні точки I плюснофалангового суглоба стопи по 1 ампулі 1 раз на 3 дні №10);
- III група (n=17) — хворі, які отримували мінімальну традиційну терапію у поєднанні з КБП *Цель Т* і *Траумель С* (вводили періартикулярно у біологічно активні болісні точки I плюснофалангового суглоба стопи по 1 ампулі 1 раз на 3 дні №10), *Реструкта про ін'єкціоне С* (1 ампула в/м 2 рази на тиждень №10).

Хворим проводили загальне обстеження, локальний огляд, лабораторні дослідження (загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, біохімічний аналіз крові з визначенням концентрації сечової кислоти та С-реактивного білка в сироватці крові), сонографічне дослідження. Оцінку больового синдрому проводили за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ). Оцінку стану хворого проводили і безпосередньо хворий, і лікар за допомогою 5-бальної шкали Лайкерта (1 — дуже погано, 2 — погано, 3 — задовільно, 4 — добре, 5 — дуже добре). Контрольні відвідування відбувалися на 10-й, 20-й і 30-й день дослідження.

## Результати та їхнє обговорення

На період включення у дослідження всі хворі були порівнюваними за етіопатогенетичною характеристикою, клінічною формою, варіантом та фазою захворювання. При первинному огляді всі хворі скаржилися на виражений больовий синдром у ділянці запаленого суглоба за шкалою ВАШ від 60 до 80 мм (64±6,3 мм). При огляді: суглоб гіперемований, яскраво червоного кольору із фіолетовим відтінком, збільшений у розмірах, різко болючий при дотику.

У загальному аналізі крові: підвищення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) від 16 до 47 мм/год (36,3±3,3 мм/год), незначний лейкоцитоз (12,1±1,5x$10^9$/л).

У біохімічному аналізі крові: підвищення рівня С-реактивного білка від 15 до 30 мг/л (22,5±3,3 мг/л), збільшення рівня сечової кислоти від 540 до 780 ммоль/л (616,7±6,2 ммоль/л).

За даними сонографічного дослідження: виражений набряк навколосуглобових тканин з гіперемією, наявність вільної рідини в суглобі.

За шкалою Лайкерта хворі та лікар оцінювали загальний стан у середньому на 1–2 бали.

**На 10-й день лікування** в усіх групах хворих спостерігали покращення загального стану, але зберігався больовий синдром, що мав менш виражений характер. За шкалою ВАШ:

- I група — 40–60 мм (48±5,1 мм);
- II і III групи — 20–40 мм (32±3,8 мм).

При огляді: клінічні прояви артриту присутні, суглоб гіперемований, червоного кольору, набряк зменшився, але зберігся, суглоб помірно болючий при пальпації.

Лабораторно: лейкоцитоз, підвищення рівня ШОЕ, С-реактивного білка та рівня сечової кислоти зберігалися на такому ж рівні, або спостерігали незначне зменшення показників.

Сонографічно: зменшення набряку навколосуглобових тканин, наявність синовіту.

За шкалою Лайкерта хворі та лікар оцінювали загальний стан у середньому на 2–3 бали.

**На 20-й день лікування:**

- I група — у більшості хворих больовий синдром був невираженим, за шкалою ВАШ — 20–40 мм (28±3,1 мм); при огляді явища артриту були майже відсутніми; лабораторно: лейкоцитоз зменшився та складав у середньому 9,2±1,1x10$^9$/л, ШОЕ — 16,3±1,4 мм, С-реактивний білок — 16,3±1,5 мг/л, рівень сечової кислота зберігся на тому ж рівні або незначно зменшився; сонографічно — зменшення набряку навколосуглобових тканин, мінімальні прояви синовіту; за шкалою Лайкерта — 2–3 бали;
- II група — больовий синдром майже відсутній, за шкалою ВАШ — 10–20 мм (14±1,2 мм); при огляді явища артриту відсутні; лабораторно: лейкоцитоз зменшився та складав у середньому 8,7±1,7x10$^9$/л, ШОЕ — 14,7±1,5 мм/год, С-реактивний білок — 22,3± 2,4 мг/л, рівень сечової кислоти зберігся на тому ж рівні або незначно зменшився сонографічно — зменшення набряку навколосуглобових тканин, мінімальні прояви синовіту; за шкалою Лайкерта — 3–4 бали;
- III група — больовий синдром майже відсутній, за шкалою ВАШ — 10–20 мм (12±1,5 мм); при огляді явища артриту відсутні; лабораторно: лейкоцитоз зменшився та складав у середньому 9,2±1,1x10$^9$/л, ШОЕ — 12,3±1,1 мм, С-реактивний білок — 21,3±2,3 мг/л, рівень сечової кислоти — 512,7±5,1 ммоль/л; сонографічно — зменшення набряку навколосуглобових тканин, мінімальні прояви синовіту; за шкалою Лайкерта — 3–4 бали.

**На 30-й день лікування** в усіх групах больовий синдром був відсутнім, при огляді явища артриту не спостерігали, відбулася нормалізація показників загального аналізу крові (*рис. 2*, відсутність лейкоцитозу). Рівень С-реактивного білку у сироватці крові був близьким до норми (7,2±1,5 мг/л), але відрізнялися показники сечової кислоти: у I і II групах відмічалося стійке збереження підвищеного рівня сечової кислоти з незначними коливаннями до зменшення (582,7±6,3 ммоль/л), у III групі хворих рівень сечової кислоти у крові повернувся до максимальних референсних значень і мав тенденцію до подальшого зменшення (489,9±5,5 ммоль/л, *рис. 3*). Сонографічно: набряк навколосуглобових тканин і прояви синовіту відсутні, навколосуглобові тканини нормального вигляду.

За шкалою Лайкерта хворі та лікар оцінювали загальний стан у середньому на 4–5 балів.

Аналізуючи отримані результати ми бачимо, що на 10-й день лікування клінічна картина та лабораторні показники в усіх трьох групах майже ідентичні, при цьому зниження інтенсивності запалення більше виражене у II і III групах хворих.

На 20-й день спостереження відмічені покращення загального стану хворого, зменшення больового синдрому, зменшення запалення суглобу, що проявлялося візуально, сонографічно та лабораторно, при цьому більш виражене покращення загального стану хворих та зменшення ознак артриту у II і III групах, які

***Рис. 2.*** **Динаміка показника ШОЕ протягом дослідження**

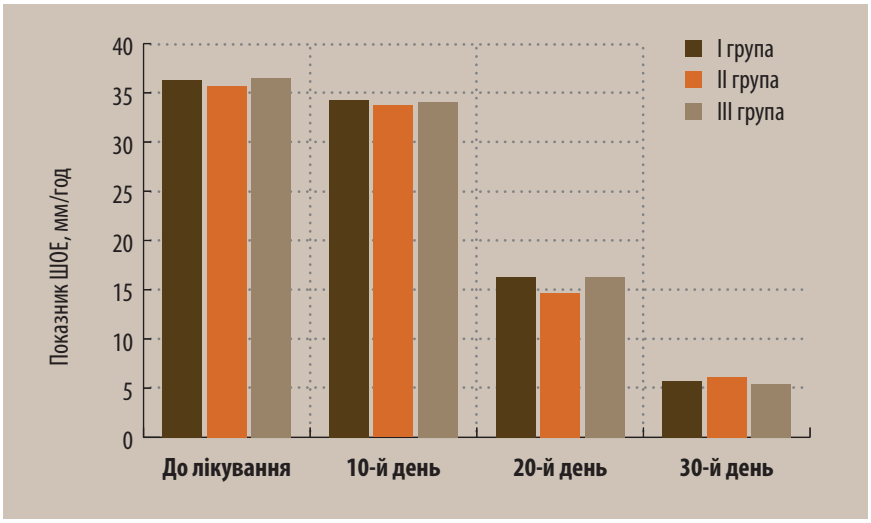
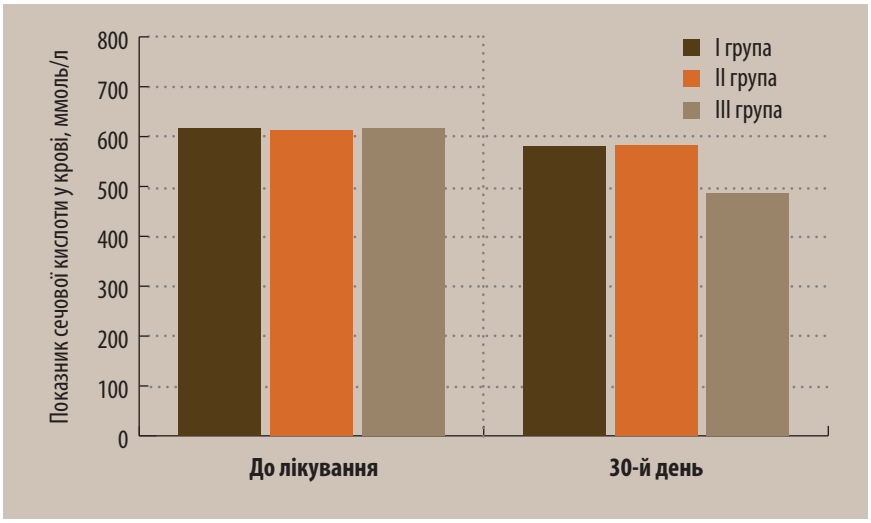



***Рис. 3.*** **Динаміка показника сечової кислоти у крові протягом дослідження**



додатково отримували КБП. Особливо необхідно звернути увагу на динаміку зниження рівня сечової кислоти у хворих III групи, які отримували КБП Реструкта про ін'єкціоне С.

На 30-у добу спостереження в усіх групах хворих ми спостерігали зникнення явищ артриту, нормалізацію загального стану та повернення пацієнтів до активного соціального життя. Однак рівень сечової кислоти у III групі хворих відрізнявся від попередніх двох: у I і II групах рівень сечової кислоти у крові продовжував знаходитися вище граничних показників норми з тенденцією до зниження, а у III групі хворих рівень сечової кислоти у крові повернувся до нормальних показників.



## Висновки

1. Таким чином, спираючись на результати дослідження, можна констатувати, що застосування комплексної патогенетичної біорегуляційної терапії при лікуванні гострого подагричного артриту у хворих на подагру покращує результати лікування за рахунок зменшення строків лікування та скорочення прийому НПЗЗ, які мають багато побічних дій.
2. Застосування КБП Реструкта про ін'єкціоне С у комплексній терапії забезпечує патогенетичну дію на рівень сечової кислоти у крові, від коливання рівня якої залежить частота та тяжкість перебігу загострень подагри.
3. Застосування біорегуляційної терапії при лікуванні гострого подагричного артриту є безпечним та ефективним методом для досягнення більш стійкого ефекту лікування та профілактики наступних загострень хвороби і розвитку можливих побічних явищ, що сприяє покращенню якості життя хворих.

**Література:**


1. Барскова В.Г., Якунина И.А. Противовоспалительная терапия острого и хронического подагрического артрита // Consilium medicum. — 2005. — №2. — С. 103–106.
2. Бенца Т. Подагра: діагностика та лікування // Ліки України. — 2005. — Т. 99, №10. — С. 25–29.
3. Мухин Н.А. Многоликая подагра // Врач. — 1999. — №5. — С. 15–18.
4. Мухин И.В., Николенко В.Ю. Медикаментозное лечение суставного синдрома при подагре // Український терапевтичний журнал. — 2002. — Т. 4.
5. Дидковский Н.А., Цурко В.В., Железнов С.П. и др. Подагра: современный взгляд на этиопатогенез и новые перспективы в лечении // Клиническая геронтология. — 2005. — №4. — С. 26–29.
6. Синяченко О. В. Сучасні погляди на патогенетичне лікування подагри // Український ревматологічний журнал. — 2003. — Т. 11, №1. — С. 35–40.
7. Martinon F., Petrilli V., Mayor A. Gout-associated uric acid crystals activate the NALP3 inflammasome // Nature. — 2006. — Vol. 440, №7081. — P. 237–241.
8. Mikuls T.R., Farrar J.T., Bilker W.B. Gout epidemiology: results from the UK General Practice Research Database, 1990— 1999 // Annals of the Rheumatic Diseases. — 2005. — Vol. 64, №. 2. P. 267–272.
9. Wright S.A., Filippucci E., McVeigh C. High resolution ultrasonography of the first metatarsal phalangeal joint in gout: a controlled study // Annals of the Rheumatic Diseases. — 2007. — Vol. 66, №7. — P. 859–864.
10. Pascual E., Sivera F. Time required for dissapearence of urate crystals from synovial fluid after successful hypouricaemic treatment relates to the duration of gout // Annals of the Rheumatic Diseases. — 2007. — Vol. 66, №8. — P. 1056–1058.

## Комплексна патогенетична біорегуляційна терапія

# Реструкта про ін'єкціоне С

## Захворювання суглобів та хребта




## Нормалізація пуринового обміну в організмі

**Інформація про лікарський засіб, призначена для медичних та фармацевтичних працівників.**

**Лікарська форма.** Розчин для ін'єкцій по 2,0 мл в ампулі. **Спосіб застосування та дози.** Разова доза дорослим і дітям віком від 12 років – 1 ампула по 2,0 мл. Застосовувати у вигляді внутрішньом'язових, підшкірних, внутрішньошкірних ін'єкцій 1-3 рази на тиждень. Можливе пероральне застосування у вигляді питних ампул. **Побічні реакції.** В поодиноких випадках можуть виникати побічні реакції з боку шлунково-кишкового тракту (нудота, блювання, діарея, біль у животі) або шкірні реакції – у тому числі через кілька днів після застосування. У поодиноких випадках можуть виникати реакції гіперчутливості, такі як шкірні реакції та гарячка після застосування препаратів, що містять хінін або хінідин. При застосуванні ліків, приготовлених з ехінацеї, спостерігалися висипання на шкірі, свербіж, кропив'янка, збудження, порушення сну, у поодиноких випадках – набряк обличчя, утруднене дихання (задишка), запаморочення та зниження артеріального тиску. Більш детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

**Виробник:** «Біологіше Хайльміттель Хеель ГМБх» (Баден-Баден, Німеччина).
Р.п. МОЗ України № UA/4245/01/01 від 28.01.11 р.

ТОВ ТОРГОВИЙ ДІМ «КАСКАД-МЕДІКАЛ». Тел.: +38 (044) 454-75-00; факс: (044) 454-75-02; e-mail: info@heel.com.ua; http://www.heel.ua

-Heel

**Я.В. Фищенко,**
**ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины», г. Киев**

# Дискус композитум и Цель Т в лечении поясничного спондилоартроза

В исследовании с участием 40 пациентов с клиническими проявлениями спондилоартроза поясничного отдела позвоночника изучена эффективность применения комплексных биологических препаратов (КБП) Дискус композитум и Цель Т, которые вводили паравертебрально в области болевых точек.

В результатах исследования убедительно доказана высокая эффективность биорегуляционной терапии в лечении болевого синдрома, возникшего на фоне спондилоартроза, а также сделано заключение о доступности и простоте применения биорегуляционного подхода в практике семейного врача.

## Введение

Дегенеративно-дистрофические заболевания (ДДЗ) суставов и позвоночника занимают I место по распространенности среди всех заболеваний опорно-двигательного аппарата (ОДА) и II место после головной боли по причине пропуска работы [1]. Спондилоартроз — ДДЗ суставов позвоночника, характеризующееся первичным поражением суставного хряща и дальнейшим вовлечением в процесс субхондральной кости и окружающих мягких тканей (капсулы сустава, связок, синовиальной оболочки).

Этиология спондилоартроза мультифакторная и включает множество эндо- и экзогенных факторов. Несмотря на значительные достижения в ортопедии, основным методом лечения данной патологии остается консервативный. Консервативное лечение включает комбинацию нефармакологических (ЛФК, массаж, тракционная, мануальная терапия, др.) и фармакологических, неинвазивных и инвазивных методов. Медикаментозное лечение включает применение аналгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), глюкокортикоидов, хондропротекторов, местное применение мазей, бальзамов и растворов.

В повседневной практике наибольшее распространение для купирования боли и воспаления, вызванных ДДЗ позвоночника и суставов, получили НПВП. При медикаментозном лечении спондилоартроза необходимо учитывать, что речь идет, главным образом, об их длительном применении, причем чаще — в старшей возрастной группе пациентов. Кроме того, одновременный прием нескольких лекарственных препаратов повышает риск побочных эффектов в 3,5 раза [2].

Побочные эффекты НПВП хорошо известны. Наиболее часто они развиваются при длительном применении и связаны с преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и нарушением функции почек. Частота симптомов со стороны ЖКТ при применении НПВП: диспепсия — до 50%, язва желудка — 15%, язва двенадцатиперстной кишки — 11%. 25% всех случаев кровотечения у пациентов старше 60 лет обусловлены приемом НПВП. По другим данным, при длительном применении этих препаратов у 70% больных развивается поражение слизистой желудка, у 15–30% — язва желудка, у 5% — кровотечение и перфорация, 0,17% пациентов умирают от осложнений. Таким образом, применение НПВП для терапии ДДЗ ОДА не является полным решением проблемы [2].

Многочисленные исследования выявили положительное влияние патогенетической биорегуляционной терапии (ПБТ), реализуемой при помощи КБП, на морфофункциональное состояние суставного хряща — уменьшение эрозии, обширное новообразование покровного хряща, наличии интерференции, присущей хрящу в стадии активной регенерации [3].

Внутрисуставное введение КБП Цель Т широко распространено и получило признание в специализированной литературе [4, 5]. При этом доказаны противовоспалительное и обезболивающее действия, улучшение метаболизма синовиальной оболочки и состава синовиальной жидкости, что отображается в результатах многочисленных исследований.

**Цель исследования** — провести сравнительный анализ результатов лечения пациентов со спондилоартрозом в фазе обострения при применении КБП Цель Т и Дискус композитум в основной группе и Цель Т в контрольной группе.

## Материалы и методы

В исследовании приняли участие 40 пациентов со спондилоартрозом поясничного отдела позвоночника, проходивших амбулаторное лечение в отделении реабилитации ГУ «ИТО НАМНУ» с июля по октябрь 2012 г. Критерии исключения из исследования: грыжа межпозвоночного диска, спондилолистез II–IV степени, деформация позвоночника вследствие переломов, цереброваскулярные заболевания, хирургические вмешательства на поясничном отделе.

*Таблица 1.* **Динамика изменений показателей в основной и контрольной группах**

| Показатель / Группа | $ODI_1$, % | ВАШ$_1$, мм | $ODI_2$, % | ВАШ$_2$, мм | ИВ$_{ODI}$, % | ИВ$_{ВАШ}$, % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Основная группа** | 48,7±6,37 | 5,5±0,89 | 21,4±2,84 | 2,1±0,72 | 55,18±9,18 | 61,57±12,4 |
| **Контрольная группа** | 46,9±7,24 | 6,24±1,2 | 26,1±6,31 | 2,8±0,89 | 44,09±11,77 | 48,61±14,99 |
| **Всего** | 47,8±6,64 | 5,8±1,08 | 23,75±5,38 | 2,7±1,37 | 49,64±11,84 | 55,09±14,94 |

Все пациенты предъявляли жалобы на болевой синдром в области поясницы при длительных статических нагрузках, симптом разминки, усиление боли в пояснице при наклоне назад.

Пациенты были рандомизированы на 2 группы по 20 человек — основную и контрольную. Средний возраст пациентов основной группы составил 58,25±8,09 года, контрольной — 56±7,24 года. В основной группе было 12 женщин и 8 мужчин, в контрольной — 10 женщин и 10 мужчин.

У 3 пациентов основной группы и 2 контрольной отмечен дегенеративный спондилолистез со смещением 10–25%. У 3 пациентов основной и у 3 контрольной группы отмечен дегенеративный сколиоз с углом Cobb 10° и более. У остальных зафиксированы дегенеративные изменения в поясничном отделе позвоночника различной степени тяжести (спондилез, снижение высоты межпозвонковых дисков, спондилоартроз).

Оценку состояния по опроснику ODI определяли до начала лечения ($ODI_1$) и на момент его окончания ($ODI_2$). Опросник ODI широко используют в мире для клинической оценки заболеваний позвоночника;



его показатели коррелируют с другими системами оценки, такими как SF-36 и Роланда-Морриса. Оценка варьировалась от 10% (минимальные нарушения) до 100% (максимальные нарушения). Статистическая значимость была рассчитана с помощью коэффициента Стьюдента между началом и окончанием лечения. P<0,05 считали статистически значимыми.

Показатель индекса выздоровления (ИВ) указывает на степень восстановления после консервативного лечения. Согласно данным опросника ODI (ИВ$_{ODI}$) его рассчитывали по формуле *(рис. 1А)* [6]. Изменения показателя ИВ$_{ODI}$ до и после лечения были классифицированы как «отличные» (ИВ$_{ODI}$≥50%) или «хорошие» (ИВ$_{ODI}$<50%).

Также осуществляли оценку болевого синдрома по ВАШ от 1 до 10 см (до лечения — ВАШ$_1$, после лечения — ВАШ$_2$), а динамику этого показателя рассчитывали по формуле ИВ$_{ВАШ}$ *(рис. 1Б)*. Изменения показателя ИВ$_{ВАШ}$ до и после лечения были классифицированы как «отличные» (ИВ$_{ВАШ}$≥50%) или «хорошие» (ИВ$_{ВАШ}$<50%).

Протокол лечения основной группы включал паравертебральные блокады в области болевых точек (10 мл 1% лидокаина + 2,2 мл Дискус композитум + 2,2 мл Цель Т) 1 раз в 3 дня №10.

Протокол лечения контрольной группы включал паравертебральные блокады в области болевых точек (10 мл 1% лидокаина + 2,2 мл Цель Т) 1 раз в 3 дня №10.

## Результаты и их обсуждение

Средний бал по ODI основной группы уменьшился с 48,7±6,37% до 21,4±2,84% (ИВ$_{ODI}$ — 55,18±9,18%, p<0,05 между началом и завершением лечения), в то время как средний бал по ODI контрольной группы уменьшился с 46,0±7,24% на момент начала лечения до 26,1±6,31% на момент его окончания (ИВ$_{ODI}$ — 44,09±11,77%, p<0,05 между началом и завершением лечения).

Средний бал по ВАШ основной группы уменьшился с 5,5±0,89 мм на момент начала лечения до 2,1±0,72 на момент его окончания (ИВ$_{ВАШ}$ — 61,57±12,4%, p<0,05 между началом и завершением лечения), в контрольной — с 6,24±1,2 до 2,8±0,89 соответственно (ИВ$_{ВАШ}$ — 48,61±14,99%, p <0,05 между началом и завершением лечения).

Динамика изменений показателей в основной и контрольной группах представлена в *табл. 1*.

Согласно нашей оценке, в основной группе по ИВ$_{ODI}$ «отличный» результат (ИВ$_{ODI}$≥50%) мы получили у 15 пациентов (75%), «хороший» (ИВ$_{ODI}$<50%) — у 5 пациентов (25%). У пациентов основной группы с «хорошим» результатом ИВ$_{ODI}$ составил 43,08±3,46%. Регресс болевого синдрома в основной группе по ВАШ у всех пациентов был более 50%, то есть наблюдался «отличный» результат лечения.

*Рис. 1.* **Формулы расчета показателей ИВ$_{ODI}$ и ИВ$_{ВАШ}$**

А) $ИВ_{ODI} = \frac{ODI_1 - ODI_2}{ODI_1} \times 100\%.$

Б) $ИВ_{ВАШ} = \frac{ВАШ_1 - ВАШ_2}{ВАШ_1} \times 100\%.$

В контрольной группе, где для лечения болевого синдрома применяли монотерапию препаратом Цель Т, по ИВODI «отличный» результат (ИВODI≥50%) отмечен у 8 пациентов (40%), «хороший» (ИВODI<50%) — у 12 пациентов (60%). У пациентов контрольной группы с «хорошим» результатом ИВODI составил 36,75±8,97%. Регресс болевого синдрома в контрольной группе по ВАШ у 11 (55%) пациентов был более 50%, то есть наблюдался «отличный» результат лечения, а у 9 (45%) — хороший.

Стоит так же отметить, что позитивную динамику пациенты обеих групп отмечали уже после 3–4-й блокады, а в последующем эффект усиливался.

У всех пациентов наблюдали хорошую переносимость терапии, не было зарегистрировано ни одного случая побочного действия препаратов.

Наличие деформации позвоночника в виде спондилолистеза I степени либо поясничного сколиоза (угол Cobb >10°) отягощало течение спондилоартроза и в контрольной группе приводило к сравнительно худшему результату лечения, в то время как в основной группе наличие деформации не влияло на результат лечения.

Проведенное исследование показало, что у 15 (75%) пациентов основной группы со спондилоартрозом позвоночника, которые проходили амбулаторное лечение с применением паравертебральных блокад препаратами Цель Т и Дискус композитум №10, отмечался «отличный» результат лечения по ИВODI, а у 20 (100%) отмечалось значительное снижение болевого синдрома по ИВВАШ.



Применение монотерапии препаратом Цель Т для паравертебральных блокад приводило несколько к худшим результатам: «отличный» результат лечения по ИВODI отмечен у 8 (40%) больных, в то время как у 11 (55%) отмечалось значительное снижение болевого синдрома по ИВВАШ.

Наши результаты по основной группе несколько лучше данных, полученных Л.Г. Агасаровым и соавт. [7], которые получили уменьшение болевого синдрома в среднем с 60±8% до 28±9% после проведенного курса лечения с использованием стандартной терапии в комбинации с Дискус композитум у 20 пациентов в возрасте от 27 до 65 лет.

Данные Л.З. Кадина и И.М. Кадина [8], проводивших лечение 30 пациентов с проявлениями остеохондроза поясничного отдела позвоночника путем введения по болевым точкам препаратов Траумель С, Цель Т и Дискус композитум, свидетельствуют о значительном регрессе симптомов заболевания и неврологических проявлений по сравнению с контрольной группой, в которой КБП не применяли.

Представляет интерес исследование, представленное В.В. Беловым и соавт. [9]. Из 3 групп по 20 пациентов, проходивших лечение по поводу поясничного остеохондроза, 2 получали ПБТ в виде в/м инъекций или по акупунктурным точкам. Положительный результат в виде регресса симптомов и отсутствия обострений в течение нескольких месяцев после лечения в группах, где применяли Траумель С и Дискус композитум, достоверно превышал результат лечения 3-й группы, в которой пациенты получали только иглорефлексотерапию.

С.И. Моцарь и Е.О. Игнатьев [10] представили данные 3-летнего исследования, в котором суммирован опыт лечения 955 пациентов с артрозами и 200 пациентов с различными проявлениями остеохондроза. В группе, где применяли Траумель С, Цель Т и Дискус композитум, уже на начальных этапах лечения позитивная динамика отмечена у 83% пациентов, а на момент окончания — у 98%. В контрольной группе аналогичная динамика была отмечена у 41% пациентов.

В наблюдении П.В. Думина и соавт. [11] показан опыт комбинации подводного вытяжения в радоновых ваннах в комбинации с различными способами введения КБП. Позитивный результат лечения был отмечен в 64,5–85% наблюдений, в контрольной группе, где пациенты получали только подводное вытяжение, «хороший» результат отмечен в 47,5% случаев.

## Выводы

1. Применение КБП эффективно в лечение болевых синдромов, вызванных поясничным остеохондрозом (спондилоартрозом). Паравертебральное введение Цель Т способствует улучшению показателей образа жизни (ODI) на 44,09±11,77% и снижению болевого синдрома на 48,61±14,99%. Введение комбинации Цель Т и Дискус композитум в аналогичной группе улучшило показатели образа жизни на 55,18±9,18%, а снижение болевого синдрома отмечалось в среднем на 61,57±12,04%.
2. Наличие деформации позвоночника в виде спондилолистеза I степени либо поясничного сколиоза (угол Cobb >10°) отягощало течение спондилоартроза и в контрольной группе приводило к сравнительно худшему результату лечения, в то время как в основной группе наличие деформации не влияло на результат лечения.
3. Комплексное применение Цель Т и Дискус композитум в терапии пациентов со спондилоартрозом поясничного отдела позвоночника обеспечивает высокие терапевтическую эффективность и профиль безопасности лечения, а простота способов введения препаратов в виде паравертебральных блокад позволяет использовать биорегуляционную терапию в практике семейного врача.

**Литература**

Список литературы — в редакции.

**А.В. Долгокеров,** детский хирург, детский ортопед-травматолог, областная детская клиническая больница, г. Одесса
**В.М. Аплевич,** детский хирург, городская детская поликлиника №1, г. Одесса

# Применение комплексных биологических препаратов в лечении болезни Осгуда-Шляттера

Остеохондропатия (асептический остеохондронекроз) представляет собой самостоятельный вид дегенеративно-некротического процесса в эпифизах и апофизах губчатых отделов костей, сопровождающийся в большинстве случаев последовательной сменой некроза, рассасывания или отторжения пораженных участков кости и последующим восстановлением костной структуры. Этиология остеохондропатий до настоящего времени не ясна. В основе лежит асептический некроз губчатой кости. Принято считать данный процесс результатом действия многих патологических факторов: макро- и микротравмы, повышенная механическая нагрузка, нарушения обмена, сосудистые и нейротрофические расстройства. Непосредственной причиной некроза признается нарушение кровообращения вследствие механического повреждения сосудов, тромбоза, облитерации или длительного стойкого спазма.

В настоящее время одним из наиболее распространенных видов остеохондропатий является остехондропатия бугристости большеберцовой кости (болезнь Осгуда-Шляттера). Данная патология встречается чаще у мальчиков-подростков в возрасте 10–16 лет, увлекающихся спортом, особенно игрой в футбол. Несмотря на то, что процесс в большинстве случаев развивается медленно, протекает хронически и часто доброкачественно, дебют заболевания сопровождается достаточно выраженным болевым синдромом, ограничением двигательной активности детей на период от 6 месяцев до 1,5 лет.



**Пациент Р., 13 лет.** Заболел (со слов ребенка) постепенно, когда после физической нагрузки появились боли при сгибании и разгибании правого коленного сустава, при опоре на колено, а также незначительная припухлость ниже коленного сустава. Температура тела не повышалась. Болеет в течение 2 недель.

**Анамнез жизни.** Ребенок от 1-й доношенной беременности, естественное вскармливание до 1 года. Рос и развивался соответственно возрасту. Привит согласно календарю профилактических прививок. В течение 3 лет занимается в футбольной секции.

**Объективно.** Состояние ребенка средней тяжести. Температура тела не повышена. Сон не нарушен. При осмотре определяется отек в области бугристости большеберцовой кости справа, пальпация болезненна, объем активных и пассивных движений в правом коленном суставе ограничен за счет болевого синдрома. Со стороны внутренних органов — в пределах возрастной нормы. Общий анализ крови — без особенностей.

**Обследование.** На рентгенограмме правого коленного сустава с захватом верхней трети голени в 2 проекциях определяется четкая фрагментация хоботкового выроста эпифиза большеберцовой кости.

**Клинический диагноз:** болезнь Осгуда-Шляттера справа.

**Рекомендации.** Режим: полупостельный. Диета: молочно-растительная с исключением острой и жареной пищи. Лечение проводилось только комплексными биологическими препаратами по схеме: Дискус композитум 2,2 мл 1 раз в день 3 раза в неделю в/м; Траумель С в виде мази на область правого коленного сустава 3–4 раза в день в течение 10 дней; Траумель С по 1 таблетке 3 раза в день сублингвально 10 дней; Цель Т по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 месяца. После снятия болевого синдрома — мазь Цель Т с фонофорезом №10.

**Динамика.** Состояние ребенка с выраженной положительной динамикой. Отек ликвидирован на 3-и сутки. Болевой синдром купирован на 6-е сутки. Объем пассивных движений восстановлен на 7-е сутки, активных — на 10-е.

**Выздоровление.** Структура костной ткани в области бугристости большеберцовой кости на контрольной рентгенограмме через 1 месяц после применения вышеуказанной схемы соответствовала норме.

**Выводы.** Приведенный клинический случай указывает на целесообразность и эффективность применения комплексных биологических препаратов в лечении болезни Осгуда-Шляттера. Рекомендовано включение препаратов Траумель С, Цель Т, Дискус композитум в протоколы лечения с целью ускорения процессов репаративного остеогенеза.



**К.Н. Эссон,**
**Городская клиническая больница №18, г. Харьков**

# Применение комплексных биологических препаратов при частичных повреждениях ахиллова сухожилия

Частичные повреждения ахиллова сухожилия — часто встречающаяся травма у спортсменов и людей среднего возраста, ведущих активный образ жизни. У спортсменов повреждение происходит вследствие динамических систематических гипернагрузок. У людей, не занимающихся спортом, повреждение ахиллова сухожилия является следствием неготовности волокон сухожилия к резкой сократительной нагрузке, вследствие чего происходит микротравматизация. Травматизация сухожилия сопровождается нарушением структурной целостности, воспалительным процессом и проявляется болью, отечностью окружающих мягких тканей, ограничением объема движений.

Хроническая рецидивирующая микротравматизация ахиллова сухожилия и неполное восстановление после первичного повреждения могут приводить к развитию ахиллобурсита, тендопериостеопатии пяточного бугра. Это, в свою очередь, способствует хронизации процесса, развитию болевого синдрома, ограничению функции конечности, снижению уровня качества жизни, что приводит к отказу от занятий спортом.

Традиционная консервативная терапия частичных повреждений ахиллова сухожилия включает:

- ношение фиксирующей повязки, или ортеза;
- применение неспецифических противовоспалительных препаратов (НПВП);
- местное лечение в виде обезболивающего компресса;
- использование физиотерапевтических методов (ультразвук, электрофорез):
- применение методов лечебной физической культуры (ЛФК);
- введение гормональных противовоспалительных препаратов в зону повреждения.

Не всегда полученный результат лечения удовлетворяет врача и пациента. При данном повреждении пациенты остаются активны, получая ежедневные нагрузки. На фоне получаемой обезболивающей противовоспалительной терапии происходят дальнейшие микротравматизация и хронизация процесса. В ходе лечения в поврежденной зоне происходит формирование рубцовой ткани. Эластичность рубца, его способность переносить нагрузки без рецидивирующей травматизации — один из критериев оценки выздоровления. При введении гормональных противовоспалительных средств первоначальный эффект положительный, но последующие введения становятся менее эффективными, способность переносить динамическую нагрузку уменьшается, приводя к более глубоким повреждениям сухожилия.

Перспективным методом лечения данной патологии является комбинация блокад (введение комплексных биологических препаратов (КБП) непосредственно в зону повреждения) и фармакопунктуры (введение КБП в биологически активные и триггерные точки и зоны организма).

Фармакопунктура — это метод введения биологических препаратов в особые области, тканеспецифичные зоны или точки тела, выбранные в соответствии с клиническим диагнозом. Препараты вводят в/к, п/к, внутрисуставно, в/м или непосредственно в зону повреждения (сухожилия, связки, мышцы). Введение лекарственных средств в правильно выбранные зоны и точки усиливает клинический эффект воздействия на зону повреждения.

Для лечения данной патологии применяют КБП Траумель С, Цель Т и Лимфомиозот Н, которые обладают выраженными противовоспалительным, обезболивающим, репаративным и противоотечным действиями. Отличительной особенностью инъекционных форм КБП является возможность их сочетанного применения друг с другом (в одном шприце), а также с другими фармацевтическими средствами. КБП минимизируют вероятность возникновения побочных эффектов, развивающихся после приема аллопатических препаратов, позволяют уменьшить их дозировку и сократить длительность терапии.

Применение *Траумель С* как базисного КБП основывается на его способности воздействовать на травму и ее последствия. Доказа-

на эффективность препарата Траумель С как обезболивающего, противовоспалительного, антиэксудативного и регенерирующего средства. Применение Траумель С эффективно замедляет нарастание отека и гематомы в месте повреждения, купирует болевой синдром, нормализует тонус сосудов и снижает проницаемость их стенок.

С целью лимфатического дренажа и детоксикации матрикса применяют КБП *Лимфомиозот Н*, который обладает выраженным противоотечным действием.

Назначение *Цель Т* связано с его воздействием на посттравматическую ткань сухожилия, участием в формировании эластичного рубца, восстановлением способности к дальнейшей сократительной функции поврежденного сегмента сухожилия.

**Цель работы:** изучить клиническую эффективность комбинации блокад и фармакопунктуры КБП в лечении частичных повреждений ахиллова сухожилия.

## Материалы и методы

В исследовании приняли участие 29 пациентов с частичным повреждением ахиллова сухожилия. В зависимости от терапии пациенты были рандомизированы на 2 группы: I группа — 14 пациентов (средний возраст — 39,8±3,4 лет), которым проводили традиционную консервативную терапию; II группа — 15 пациентов (средний возраст — 42,2±2,6 лет), которым дополнительно к традиционному лечению проводили комбинированные блокады КБП. Больным II группы не проводили физиотерапевтическое лечение, не вводили гормональные противовоспалительные препараты. Комбинированные блокады выполняли следующим образом: 1-я неделя — 3–4 манипуляции, 2–3-я недели — 2–3, 4-я — 1. КБП Траумель С и Цель Т чередовали — за 1 манипуляцию вводили по 1 ампуле каждого КБП. Лимфомиозот Н вводили избирательно в зависимости от выраженности отека и застойных явлений в области повреждения. Перед каждой манипуляцией выполняли клинический осмотр, оценивали эффективность лечения. Количество манипуляций и точки введения КБП зависели от степени повреждения, его клинических проявлений, скорости купирования болевого синдрома в процессе лечения, способности восстановления функции сегмента.

Для оценки интенсивности боли использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). Производили оценку клинической эффективности, сравнение сроков фиксации и сроков восстановления функции поврежденного сегмента конечности.

## Результаты и их обсуждение

При изучении интенсивности боли было установлено, что в исходном состоянии после получения травмы пациенты характеризовали свои ощущения, как боль средней интенсивности. В ходе проведенного лечения пациенты обеих групп отмечали уменьшение выраженности болевого синдрома, но во II группе эффект наступил достоверно быстрее — на 3–4-й неделе пациенты практически не предъявляли жалоб на боль *(табл. 1)*.

Данные, полученные при опросе пациентов и их осмотре, подтвердились также и при анализе сроков восстановления функции сегмента. Так, у пациентов I группы восстановление функции происходило с умеренным улучшением, в некоторых случаях без полного восстановления к концу исследования. Пациенты II группы отмечали более раннее восстановление функции сегмента (в среднем на 1–2-й неделе) и способности переносить нагрузки без последующих рецидивов.

Таким образом, проведенное исследование показало перспективность использования комбинации блокад и фармакопунктуры для лечения частичных повреждений ахиллова сухожилия, позволило снизить выраженность болевого синдрома, ускорить восстановление функции сегмента и способность переносить нагрузки без последующих рецидивов.

*Таблица 1.* **Интенсивность болевого синдрома по ВАШ в процессе лечения**

| Группа | 1-я неделя | 2-я неделя | 3-я неделя | 4-я неделя |
|---|---|---|---|---|
| I | 6,3±0,4 мм | 6,0±0,3 мм | 4,9±0,4 мм | 3,1±0,3 мм |
| II | 6,2±0,3 мм | 4,5±0,3* мм | 1,2±0,2* мм | 0,9±0,2* мм |

* Различия между группами достоверны при $p<0,05$.

## Выводы

1. Применение КБП при лечении спортивных травм позволяет в более короткие сроки восстанавливать поврежденный сегмент, возобновлять тренировочный процесс на фоне лечения. КБП не оказывают побочного действия.
2. Применение комбинации блокад и фармакопунктуры КБП Траумель С, Цель Т и Лимфомиозот Н при лечении частичных повреждений ахиллова сухожилия позволило уменьшить выраженность болевого синдрома, сократить длительность приема НПВП и аналгетиков, их дозировку, а также уменьшить вероятность риска развития осложнений традиционной консервативной терапии.

**Литература:**

1. Конфорти А., Бертани С., Луссиньоли С., Беллавите П. Действие антигомотоксических препаратов на острые и хронические воспалительные процессы // Биологическая Медицина. — №2. — 1998. — С. 21–24.
2. Бабко А.Н., Герасименко С.И., Перфилова Т.Н. Влияние антигомотоксического препарата Траумель С на обмен коллагена у больных на ранних стадиях ревматоидного артрита // Биологическая Терапия. — №1. — 2006. — С. 4–10.
3. Образ Траумель С как универсального противовоспалительного препарата // Биологическая Терапия. — №1. — 2006. — С. 22–23.
4. Комплексный гомеопатический препарат Траумель С в терапии заболеваний опорно-двигательного аппарата: обзор // Биологическая Медицина. — №1. — 2011. — С. 62–64.
5. Баркаускас Д. Гомотоксикология и спортивная медицина // Киев, лекционный материал. — 2006.

**Биологише Хаймиттель Хеель Гмбх,**
**Баден-Баден, Германия**




# Результаты исследования TAASS при остром растяжении связок голеностопного сустава

В рамках конгресса Европейской антиревматической лиги EULAR (08.06.2012, Берлин) были представлены результаты рандомизированного контролированного исследования TAASS (Traumeel® Acute Ankle Sprain Study), посвященного изучению эффективности препарата Траумель С (мазь и гель) при остром растяжении связок голеностопного сустава по сравнению с эффективностью 1% геля диклофенака. Результаты исследования убедительно демонстрируют, что комплексный биологический препарат (КБП) Траумель С столь же эффективен, как и 1% гель диклофенака в лечении острого растяжения связок голеностопного сустава. Предыдущие исследования также показали, что Траумель С безопаснее и лучше переносится, чем нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и другие препараты [1–3], что делает его безопасной натуральной альтернативой традиционным аллопатическим безрецептурным препаратам из арсенала домашней аптечки.

НПВС диклофенак и ибупрофен в течение нескольких десятилетий широко применяют для лечения боли и воспаления. Однако их длительное применение приводит к развитию многочисленных побочных эффектов, особенно со стороны пищеварительного тракта — боль в эпигастральной области, тошнота, рвота, диарея, диспепсия, метеоризм, анорексия, др.

В феврале 2012 года организация OnePoll по заказу компании Biologische Heilmittel Heel GmbH провела опрос 250 немецких граждан, которые регулярно пользуются НПВС. Было изучено мнение пациентов без дифференциации применения НПВС на местное и системное, а в целом.

Результаты опроса впечатляют:

- 63% опрошенных знали о побочных эффектах регулярного применения НПВС;
- 18% опрошенных страдали от них;
- 92% опрошенных заявили, что избегали бы применения НПВС, если бы существовала эффективная альтернатива.

## Актуальность проблематики

Травма — острое растяжение голеностопного сустава — одна из самых распространенных костно-мышечных травм среди спортсменов и людей, ведущих подвижный образ жизни.

В США ежегодно регистрируют приблизительно 2 000 000 таких травм, они составляют 20% всех спортивных травм [4].

Самой распространенной острой травмой является растяжение боковых связок голеностопного сустава со смещением сустава [4, 5]. Однако многие пациенты с подобными травмами не обращаются за медицинской помощью [4, 6]. Неправильное лечение растяжения связок голеностопного сустава может привести к таким хроническим проблемам, как хронический болевой синдром, нестабильность сустава и его ограниченный диапазон движения [4, 6, 7].

## Дизайн исследования

Исследование TAASS — первое рандомизированное слепое контролируемое исследование подобного масштаба и качества. Двойным слепым (для исследователя и пациента) методом исследование проводили для гелей Траумель С и диклофенака, односторонним слепым — для мази Траумель С.

В исследовании приняли участие 447 физически активных пациентов с острым односторонним растяжением боковых связок голеностопного сустава. Исследование проводили на территории Испании в период 02.2010–09.2011 с участием пациентов из 15 медицинских центров.

После получения информированного согласия пациенты были рандомизированы на 3 группы:

- 80 человек для терапии мазью Траумель С;
- 80 человек — гелем Траумель С;
- 80 человек — для терапии 1% гелем диклофенака (препарат сравнения).

Все пациенты получали исследуемые препараты для местного применения 3 раза в день в течение 14 дней. Последний визит происходил на 6-й неделе после начала курса терапии.

**Критерии включения:**

- физически активные пациенты обоих полов 18–40 лет с острым односторонним растяжением боковых связок голеностопного сустава;
- умеренная (30–60 мм) или интенсивная (>60 мм) боль, согласно оценке боли в голеностопном суставе по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) при нагрузке на ногу, неспособность заниматься тренировками/спортом;
- 24 часа с момента получения травмы до применения первой дозы исследуемого препарата;
- наличие желания и способности дать письменное информированное согласие;
- доступность во время всего срока проведения исследования.

**Цели исследования:**

- сравнить эффективность препарата Траумель С (мазь и гель) для облегчении боли и улучшений функции с 1% гелем диклофенака при остром растяжении связок голеностопного сустава путем проверки гипотезы неменьшей эффективности;
- показать, что Траумель С (мазь и гель) статистически и клинически является настолько же хорошим средством, как и стандартный одобренный препарат — 1% гель диклофенака, являющийся самым распространенным НПВС.

**Результаты исследования**

**На 7-й день терапии** было отмечено среднее уменьшение боли по шкале ВАШ во всех группах: мазь Траумель С — 60,6% (медиана — 52,6 мм, диапазон — 33), гель Траумель С — 71,1% (медиана — 53,1 мм, диапазон — 37,1), гель диклофенака — 68,9% (медиана — 55,7 мм, диапазон — 37,1). 8,5%, 5% и 5,9% пациентов из каждой группы, соответственно, сообщили о полном исчезновении боли. Величины критерия Манна-Уитни (МУ) и нижняя граница до-

Р. с. МЗ Украины №UA/5934/01/01 от 23.02.2012.




## Экспертное мнение

**Кэти Спид,**
**профессор, консультант по ревматологии, спортивной медицине, Кембриджский центр здоровья, Великобритания:**
— «Простое» растяжение связок голеностопного сустава является одной из самых распространенных спортивных и бытовых травм. Многие люди не обращаются за медицинской помощью, считая эту травму незначительной. Однако если такую травму не лечить, то это может привести к хронизации симптомов, сохраняющихся месяцами и даже годами, влияя на качество жизни пациентов.
Основная концепция лечения растяжения связок голеностопного сустава — обезболивание для обеспечения надлежащего восстановительного лечения. В ходе исследования TAASS были получены доказательства эффективности препарата Траумель С в снижении боли. Это натуральный и безопасный продукт, подходящий для использования большинством людей, прост в применении на ранних стадиях после травмы.

**Карлос Гонзалез де Вега,**
**профессор, главный врач и генеральный директор Клиники спортивной медицины и восстановительного лечения MEDYR, Мадрид, Испания:**
— Результаты этого исследования очень впечатляющие для пациентов, поскольку это означает, что у них впервые появилась реальная возможность выбора типа лечения. Было доказано, что мазь и гель Траумель С и гель диклофенак (например, Вольтарен) одинаково эффективны в облегчении боли и улучшении функции голеностопного сустава в течение 7 дней. Помимо боли, причиняемой травмами подобных типов, мы знаем, что чувство досады от расстройства функции сустава создает для пациентов наибольшие проблемы, из-за чего так важно своевременное эффективное лечение для быстрого выздоровления.

**Бернд Вольфарт,**
**доцент, доктор медицины, ведущий старший врач отделения профилактической и восстановительной спортивной медицины, Мюнхенский технический университет, Германия:**
— Исследование TAASS подтвердило эффективность препарата Траумель С. Это отличная новость для пациентов, многие из которых уже долго ждут альтернативы обычным способам лечения. Важное отличие препарата Траумель С от других препаратов заключается в том, как он работает. Траумель С обеспечивает многоцелевое, комплексное действие на различные аспекты воспалительного процесса, в результате чего заживление и восстановление тканей происходит быстрее.

верительного интервала (ДИ) свидетельствовали о неменьшей эффективности обеих форм препарата Траумель С по сравнению с гелем диклофенака в облегчении боли:

- мазь и гель Траумель С vs гель диклофенака (МУ=0,4910, ДИ=0,4321);
- мазь Траумель С vs гель диклофенака (МУ=0,4682, ДИ=0,4004);
- гель Траумель С vs гель диклофенака (МУ=0,5142, ДИ=0,4464).

**На 14-й день** среднее уменьшение боли по шкале ВАШ составило 94,3%, 93,4% и 94,8% (медиана — 46,4, 50,5 и 50,5 мм) в группах мази Траумель С, геля Траумель С и геля диклофенака, соответственно.

**На 6-й неделе** все пациенты сообщили о полном исчезновении боли и нормальном функционировании. Среднее время восстановления нормальной функции составило 19,09, 19,35 и 19,39 дней в группах мази Траумель С, геля Траумель С и геля диклофенака, соответственно.

О побочных эффектах терапии сообщил 31 пациент (6,9%). Нежелательные явления были, в большинстве случаев, легкими или умеренными. Не было зафиксировано ни одного серьезного нежелательного явления. Все виды терапии переносились одинаково хорошо.

## Выводы

1. Мазь Траумель С и гель Траумель С являются столь же эффективными, как и 1% гель диклофенака для облегчения боли и восстановления функции после острого растяжения связок голеностопного сустава от легкой до умеренной степени тяжести.
2. Подтверждено, что мазь и гель Траумель С столь же эффективны, как и 1% гель диклофенака в отношении переменных вторичных конечных точек исследования: специализированной спортивной подшкалы, текущего показателя функциональной активности во время повседневной деятельности, текущего показателя функциональной активности во время спортивной нагрузки, отечности травмированной области, общей эффективности терапии.
3. Все виды лечения переносились одинаково хорошо.



Исследование TAASS представило убедительные доказательства того, что местное применение мази и геля Траумель С является эффективной альтернативой таковому 1% геля диклофенака при лечении острого растяжения боковых связок голеностопного сустава. Это исследование представляет дополнительные доказательства, что Траумель С является эффективным и хорошо переносимым альтернативным видом лечения острых костно-мышечных расстройств, связанных с воспалением.

**Литература:**


1. Birnesser H. et al. The Homeopathic Preparation Traumeel S Compared with NSAIDs for Symptomatic Treatment of Epicondylitis. J Musculoskeletal Research 2004;2/3(8):119–128.
2. Schneider C., Schneider B., Hanisch J. and van Haselen R. The Role of a homeopathic preparation compared to conventional therapy in the treatment of injuries: an observational cohort study. Complement Ther. Med 2008;16(1):22–27.
3. Schneider C., Klein P., Stolt P., Oberbaum M. A homeopathic ointment preparation compared with 1% diclofenac gel for acute symptomatic treatment of tendinopathies; Explore 2005; Vol. 1 (6): 446–452.
4. Ivins D. Acute ankle sprain: an update. Am Fam Physician 2006;74:1714–1720.
5. Chan K.W., Ding B.C., Mroczek K.J. Acute and chronic lateral ankle instability in the athlete. Bull NYU Hosp Jt Dis. 2011;69(1):17–26.
6. McKay G.D., Goldie P.A., Payne W.R., Oakes B.W. Ankle injuries in basketball: injury rate and risk factors. Br J Sports Med. 2001;35:103–8.
7. Wolfe, M.W., Uhl, T.L., Mattacola, C.G. & McCluskey, L.C. Management of ankle sprains. Am Fam Physician 63, 93–104.

## Комплексна патогенетична біорегуляційна терапія

# Дискус композитум

## Захворювання хребта та суглобів




- Остеохондроз хребта
- Захворювання зв'язкового апарату хребта, суглобів
- Неврологічні та ревматичні захворювання хребта

**Інформація про лікарський засіб, призначена для медичних та фармацевтичних працівників.**
**Лікарська форма.** Розчин для ін'єкцій по 2,2 мл в ампулі. Спосіб застосування та дози. Разова доза дорослим і дітям віком від 6 років – 1 ампула по 2,2 мл. Застосовувати у вигляді внутрішньом'язових, підшкірних, внутрішньошкірних ін'єкцій 1-3 рази на тиждень. Можливе пероральне застосування у вигляді питних ампул. **Побічні реакції.** Зрідка можуть виникати реакції підвищеної чутливості у вигляді алергічних реакцій з боку шкіри або жару після дії лікарських засобів, що містять хінін. Може спостерігатися гіперсенсибілізація до хініну чи до хінідину та гіперсалівація. Більш детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

**Виробник:** «Біологіше Хайльміттель Хеель ГМБх» (Баден-Баден, Німеччина).
Р.п. МОЗ України № UA/3959/01/01 від 29.10.10 р.

ТОВ ТОРГОВИЙ ДІМ «КАСКАД-МЕДІКАЛ». Тел.: +38 (044) 454-75-00; факс: (044) 454-75-02; e-mail: info@heel.com.ua; http://www.heel.ua

-Heel



**Паоло Беллавите, Риккардо Ортолани, Анита Конфорти,**
**Кафедра морфологии и биомедицины, Университет Вероны, Италия**

# Иммунология и гомеопатия. Экспериментальные исследования на животных моделях

Статья представляет собой обзор исследований, посвященных изучению эффекта гомеопатических разведений на животных моделях. Авторы систематизировали результаты многочисленных исследований, в том числе собственных, и представили информацию по разделам: гомеопатическая иммуностимуляция, иммунорегуляция и регуляция воспаления, другие эффекты разведений на моделях животных, ветеринарная гомеопатия и лечение инфекций, обсуждение. Данные, полученные в экспериментах на животных моделях, подтверждают принцип *similia similibus curentur* (лечение подобного подобным), согласно которому сверхнизкие дозы веществ, патогенных в высоких дозах, могут парадоксальным образом оказывать защитный или лечебный эффект. Авторы делают акцент на дефиците достаточного количества научных исследований в этой области для проведения метаанализа и выражают уверенность в дальнейших перспективах развития доказательной базы гомеопатии.*

Хотя в последние годы мы стали свидетелями возрождения интереса к гомеопатии, еще предстоит продемонстрировать на экспериментальной основе надежность ее основных принципов подобия и разведения, а пока что было проведено мало исследований для понимания основных механизмов. Изучение литературы и экспериментов в этом обзоре показывает, что принцип подобия оказывается действенным в различных экспериментальных и воспроизводимых явлениях. Таким образом, на основе современных знаний можно предложить научный пересмотр гомеопатии и механизмов ее действия для построения достоверных моделей, которые можно проверить на разных уровнях биологической системы — от клетки к животному и к человеку.

Наша общая рабочая гипотеза состоит в том, что современные иммунологические и патофизиологические знания должны помочь в прояснении, по крайней мере, некоторых механизмов действия гомеопатии.

Последние несколько лет наблюдается увеличение числа доклинических исследований (*in vitro* и *in vivo*), направленных на оценку фармакологической активности и эффективности некоторых гомеопатических средств в потенциально воспроизводимых условиях. Однако, помимо значительных различий в экспериментальных моделях, эти исследования показали также ряд методологических трудностей и отсутствие независимого воспроизведения.

Многие исследования эффективности и возможных механизмов действия гомеопатических лекарственных средств были основаны на тестах с участием подопытных животных или отдельных органов. Они включают в себя различные модели применения подобия и пытаются показать влияние малых доз или высоких разведений биологически активных веществ. Области иммуномодуляции и воспаления особенно перспективны в этом отношении. Иммуноаллергология является связующим звеном между гомеопатией и современной медициной, поскольку она представляет собой область, в которой легче применить такую идею, как действие вещества, назначенного по логике подобия, беря во внимание высокую способность живых систем к регуляции.

Ниже мы описываем ряд экспериментальных исследований, направленных на проверку эффективности гомеопатических лекарственных средств в качестве иммуностимуляторов и иммунорегуляторов.

**Минералы.** В ряде исследований изучалось воздействие высоких разведений *Silica* на выработку фактора активации тромбоцитов (PAF) перитонеальными макрофагами мышей. Соединение добавляли в питьевую воду в разведении 9C (что соответствует теоретической концентрации $1{,}66 \times 10^{-19}$M) в течение 25 дней. Перитонеальные макрофаги, извлеченные из мышей, показали способность вырабатывать PAF в ответ на стимуляцию дрожжевыми экстрактами, которая была на 30–60% выше, чем у макрофагов мышей контрольной группы. Более низкие разведения (5C) осуществляли меньший эффект.

Гомеопатические разведения *Silica* широко используют в гомеопатии для

* Приведены выдержки статьи. Полная версия: Bellavite P., Ortolani R.,Conforti A. Immunology and Homeopathy. 3. Experimental Studies on Animal Models // Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 2006; 3(2):171–186.

лечения ран, хронических язв и нарывов. Группа следователей из Реховота (Израиль) использовала экспериментальную животную модель на основе индуцированных хронических ран и сообщила о терапевтическом эффекте гомеопатических разведений *Silica* на заживление отверстий, сделанных в ушах мышей. Отверстия были сделаны с использованием дентальной проволоки, которую оставляли висящей в ухе, чтобы вызывать постоянное механическое раздражение. В каждом опыте лечили 3 или 4 группы по 10 мышей, добавляя гомеопатические разведения *Silica* ($10^{-10}$, $10^{-60}$ и $10^{-400}$) или физиологического раствора ($10^{-10}$) к питьевой воде в течение 4–20 дней. Размер отверстия измеряли через день с помощью объективной системы анализа изображений. Результаты показали, что в 7 из 11 экспериментов отверстия в ушах мышей, получавших *Silica*, были значительно меньше ($P<0,05–0,001$) и заживали быстрее, чем у получавших физиологический раствор. Терапевтический эффект также постепенно увеличивался с увеличением разведения *Silica*.

Интересно, что *Silica* является одним из немногих гомеопатических веществ, которые были исследованы и физическими приборами (изменения параметров ядерно-магнитного резонанса). В частности, время релаксации T1 и T2 в сильно разведенных растворах *Silica* были измерены французской исследовательской группой и опубликованы в официальном журнале по физике. Было отмечено, что растворы *Silica*-лактоза, приготовленные в сотенных разведениях по гомеопатической методологии, привели к увеличению T1 и соотношения T1/T2 по сравнению с дистиллированной водой или динамизированным раствором NaCl. Эти изменения также можно было обнаружить при концентрации *Silica* порядка $10^{-17}$ моль/л. Таким образом, это был первый случай описания физической характеристики гомеопатического лекарства, биологическая активность которого была обнаружена и в экспериментах на животных.



**Нозоды.** Веками практикующие гомеопаты утверждают, что последовательно встряхиваемые разведения инфекционных агентов (так называемых нозодов) эффективны в профилактике инфекционных заболеваний. Руководствуясь этой идеей, группа американских исследователей провела экспериментальное испытание иммуностимулирующих возможностей высоких разведений патогенных веществ. Они подготовили динамизированные разведения из ретикулоэндотелиальной ткани мышей, зараженных *Francisella tularensis* (туляремией), получив 3 разведения, содержащие оригинальную ткань (3X, 7X и 12X), и 3 разведения без наличия исходной ткани (30C, 200C и 1000C). Эти препараты вводили перорально группе мышей (0,03 мл 3 раза в неделю) в течение 1 месяца до и после заражения. Контрольной группе мышей вводили разведения этилового спирта. Животные были заражены потенциально летальной дозой ($LD_{50}$ или $LD_{75}$) *F. tularensis*. Затем была проведена оценка времени смерти и общей смертности. После 15 экспериментов очень высокие гомеопатические разведения привели к значительному увеличению продолжительности жизни и значительному снижению общей смертности по сравнению с контрольной группой. Степень защищенности составляла в среднем 22% по сравнению с контрольной группой и 100%-ной защитой стандартной вакцинацией. Таким образом, нозод туляремии в разведениях ниже тех, от которых ожидается защитный эффект, дал частичную защиту, но не такую значительную, какую дает стандартная вакцинация.

**Другие компоненты.** Было протестировано влияние *Atropa belladonna* и *Echinacea angustifolia* на миграцию лейкоцитов и активность макрофагов, вызванную экспериментальным перитонитом *in vivo*. Мышам вводили (внутрибрюшинно) липополисахарид (1 мг/кг) и их лечили (0,3 мл на 10 г в сутки подкожно) различными формами этих лекарственных средств. Сочетание *Atropa belladonna* и *Echinacea angustifolia* в содержащем различные потенции составе дало значительный рост миграции полиморфно-ядерных клеток и уменьшение процента мононуклеарных клеток. Группы лечения показали повышенный фагоцитоз, в основном в препаратах, содержащих высокие потенции. Авторы предположили, что *Atropa belladonna* и *Echinacea angustifolia* при подготовке в виде «гомаккорда», то есть смеси разных потенций, модулируют воспалительную реакцию и оказывают цитопротекторное действие на лейкоциты.

Трихинеллез, вызванный нематодой *Trichinella spiralis*, встречается в организме человека, домашних животных и диких животных. Недавнее исследование проверяло, действительно ли такие гомеопатические препараты, как *Cina*, *Santoninum* и *Podophyllum* могут влиять на мышечную стадию этого паразита в организме мышей. *Cina* 30C и *Santoninum* 30C были изготовлены из материнской тинктуры цветущих верхушек *Artemisia nilagirica* и его действующего начала сантонина, в каждом случае последовательным разведением (1:100) с 90% этанолом и обработкой ультразвуком. Каждый препарат был разведен 1:20 с дистиллированной водой и давался мыши перорально по 0,05 мл/сутки. Экспериментально инфицированных мышей также лечили водной суспензией *Podophyllum* (материнская тинктура) по 60 мг/кг в сутки. Каждая мышь была заражена личинками *T. spiralis*. Лечение было начато на 7-й день после заражения и продолжалось в течение 120 дней. После завершения лечения мышей умерщвляли и извлекали личинки из мышц посредством расщепления HCl-пепсином. Результаты показали, что *Podophyllum*, *Cina* 30C и *Santoninum* 30C сократили совокупное количество личинок у исследованных мышей на 68,14%, 84,10% и 81,20%, соответственно, по сравнению с неполучавшей препаратов контрольной группой. Гомеопатические разведения были более эффективными, чем материнская тинктура, и это действие не было вызвано средой этанола. Авторы предположили, что эффект материнской тинктуры *Podophyllum* может быть связан с прямым токсическим действием препа-

рата на личинок, а гомеопатические разведения *Cina* и *Santoninum*, вероятно, действовали косвенно, возможно, через иммуностимуляцию.

*Canova* — это гомеопатическое комплексное лекарство (в его составе *Thuja occidentalis* 19X, *Bryonia alba* 18X, *Aconitum napellus* 11X, *Arsenicum album* 19X и *Lachesis muta* 18X), действие которого было изучено на нормальных мышах и мышах, которым были введены по 180 клеток саркомы. Мыши ежедневно обследовались, а за опухолями велось гистологическое наблюдение. По сравнению с контролем при активном лечении наблюдались задержка в развитии и уменьшение размеров опухоли, увеличение проникновения лимфоидных клеток, грануляционной ткани и окружающего опухоль фиброза. Все животные из получавшей лекарство группы выжили, 30% из контрольной группы умерли. У 30% подопытных животных световая микроскопия подтвердила полную регрессию опухоли, в контрольных группах не было регрессии. Активное лечение увеличило общее количество лейкоцитов и лимфоцитов, что позволяет предположить — защита от экспериментальной саркомы могла возникнуть в результате усиления иммунного ответа хозяина.

**Модели острого воспаления.** По данным ряда авторов, высокие разведения *Apis mellifica* (используется в гомеопатии для лечения кожных проявлений с отеком, покраснением и зудом) препятствуют активации базофилов. Это направление исследований иллюстрирует лабораторное применение принципа подобия: вещество, о котором известно, что в обычных дозах оно стимулирует воспаление, может в других дозах подавлять клетки, ответственные за многие явления воспалительного процесса. Первые исследования французских ученых сообщали, что высокие разведения (от 7C до 9C) пчелы (*A. mellifica*) и ее яда (*Apium virus*), оказывают защитное и лечебное воздействие на ~50% эритемы, вызванной рентгеновским излучением, у белых морских свинок. Это, похоже, подтверждает принцип реакционного подобия, лежащий в основе гомеопатии. Хорошо известно, что высокие дозы пчелиного яда (как при ужалении) вызывают отек и покраснение, а гомеопатические разведения могут вылечить отек и покраснение, вызванные другим агентом. Это направление исследований является довольно интересным, но результаты ждут независимого подтверждения.

Придерживаясь аналогичной экспериментальной идеи, наша группа в Университете Вероны изучала действие гомеопатических препаратов *A. mellifica* и *Histamin* на отек лапы крысы, вызванный введением воспалительных доз гистамина. При использовании этой модели было отмечено, что высокие разведения до 30X оказывали небольшое, но важное тормозящее действие на развитие отека.

**Комплексные составы.** Наша группа провела ряд исследований, посвященных действию гомеопатического состава Traumeel-S, содержащего в низких потенциях (от 4X до 12X) *Arnica montana* и другие растительные экстракты и минералы, на животных моделях воспаления. Основные показания к применению Traumeel-S относятся к различным видам повреждений и воспалительных процессов в мышцах и суставах, вывихам и ушибам. Мы протестировали *in vivo* действие Traumeel-S при острых и хронических воспалительных экспериментальных состояниях, вызванных введением в лапу каррагенина (каррагениновый отек) или полного адъюванта Фрейнда (адъювантный артрит). Полученные результаты свидетельствуют о том, что местное применение Traumeel-S сократило развитие отека аналогично действию аспирина в дозе 30 мг/кг в той же экспериментальной модели. В модели адъювантного артрита внутрибюшинное введение Traumeel-S каждые 2 дня привело к значительному сокращению острого локального воспаления, без влияния на процесс хронического артрита.

Был проведен ряд исследований, направленных на улучшение знаний о терапевтическом действии Traumeel-S, используя новую модель, представленную введением в лапу небольшого количества гомологичной крови (модель травматического кровоподтека — состояние, которое обычно лечат Traumeel-S). Мы также измеряли уровень IL-6 в сыворотке крови, цитокина, участвующего в воспалительных процессах. Результаты показали небольшое, но существенное уменьшение отека лапы, который был быстрее у крыс, получавших Traumeel-S ($P<0,05$ после 3 часов, $P<0,01$ после 5 часов). Аналогичные эффекты были также вызваны отдельными инъекциями большинства, но не всех, ингредиентов Traumeel-S. Эффективность смеси была выше, чем у комбинации выбранных активных компонентов. Эффект был связан со значительным снижением системной секреции IL-6. Итак, Traumeel-S, похоже, действует, ускоряя процесс заживления ран, вместо блокирования развитие отека. Кроме того, его действие не может рассматриваться как «сумма» его активных компонентов, но, вероятно, объясняется синергическим взаимодействием.

**Мозаика гомеопатических исследований.** Проблемы, поднимаемые гомеопатией, очень широки и сложны, поэтому один эксперимент не в состоянии объяснить все в гомеопатических теориях. Нет одного вопроса, поняв который, мы объясним все; не существует одного эксперимента, «достойного Нобелевской премии», который может «подтвердить» гомеопатию. Напротив, картина гомеопатии будет проясняться, как головоломка или мозаика, части которой постепенно встают на правильные места, и где все кусочки важны для появления целого изображения.

## Комментарий редакции

Одним из важнейших направлений развития современной медицины является ВЗАИМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ лучших достижений академического и биологического направлений на основе понимания целостности организма, как биологической системы и объективности биорегуляционных эффектов так называемых сверхмалых доз биологически активных веществ. В данной статье биорегуляционные эффекты сверхмалых доз действующих веществ объективизируют воздействие на организм животных различных гомеопатических препаратов и потенций. Изложенные результаты помогут врачам любых специальностей увидеть в биорегуляционном воздействии сверхмалых доз препаратов важную перспективу поиска не только более эффективных, но и, одновременно, безопасных методов лечения.

**Л.А. Вакуленко,**
**Александровская клиническая больница, г. Киев**

# Опыт применения методики биопунктуры при лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата



В связи с широким распространением дегенеративно-дистрофических заболеваний (ДДЗ) опорно-двигательного аппарата (ОДА) вопрос повышения эффективности терапии ДДЗ ОДА актуален как для ортопедов-травматологов и неврологов, так и для врачей других специальностей. Автор статьи на основании многолетнего опыта практической деятельности излагает рекомендации для врачей общей практики – семейной медицины по повышению эффективности применения инъекционных комплексных биологических препаратов (КБП) с помощью методики биопунктуры (БП).

Современная медицина располагает целым рядом инъекционных методик, которые используют при лечении ДДЗ ОДА. С этой целью используют БП, невральную терапию, ступенчатую аутогемотерапию, гомеосинеатрию, др. Как показывает практика, для семейных врачей и терапевтов, а также врачей узких специальностей (пульмонологов, гастроэнтерологов, ЛОРов, кардиологов, др.) наиболее простой и доступной инъекционной методикой является БП.

**Биопунктура** — метод парентерального введения биологических/натуропатических лекарственных средств в различные зоны и точки с учетом диагноза или симптомов. Метод возник на стыке акупунктуры, фармакопунктуры, невральной терапии и гомотоксикологии. Эффективность введения КБП в зоны кожи или глубокие слои дермы, связанные с соответствующими органами (рефлексогенные зоны), основана на метамерном строении тела человека. Каждый чувствительный спинальный ганглий отвечает за определенную зону кожи, скелета, мышцы и связан с соответствующими внутренними органами. Таким образом, достигается синергический эффект фармакологического действия КБП и сегментарно-рефлекторного воздействия. Выраженный обезболивающий эффект БП используют при терапии спортивных и бытовых травм. БП используют при лечении заболеваний ОДА — грыж межпозвоночных дисков (МПД), артрозов, артритов, др.

Длительность процедуры БП, как правило, составляет 15–20 минут. Пациенты легко ее переносят. Для проведения инъекций используют специальные тонкие иглы. Частоту и количество микроинъекций определяют индивидуально.

Применение метода БП не рекомендуют при тяжелых острых заболеваниях (инфаркт миокарда, сепсис, др.), при проведении хирургических вмешательств, лучевой и химиотерапии, у больных с психическими расстройствами.

При проведении манипуляций необходимо соблюдать правила асептики и антисептики, избегать глубоких инъекций в области шеи, особенно в проекции сонных и позвоночных артерий, а также в зоне щитовидной железы. Для достижения максимального эффекта при проведении БП необходимо правильно выбрать способ и место введения КБП *(табл. 1)*.

При БП может быть использован любой КБП. Их назначают и применяют в соответствии с показаниями на основании диагноза. Эффективность и безопасность КБП воспроизводима и доказана результатами многочисленных клинических исследований, проведенных в Германии, Украине, России и других странах ближнего и дальнего зарубежья.

**Цели назначения КБП для БП у пациентов с ДДЗ ОДА:**

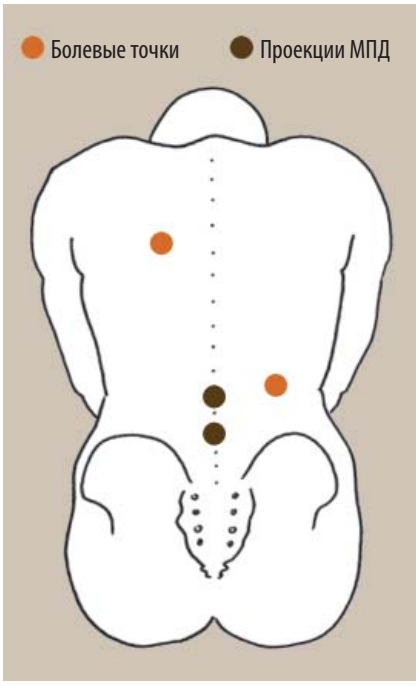
- *Траумель С* — противовоспалительное, обезболивающее, антиэкссудативное, иммунокорригирующее и репаративное действия;
- *Цель Т* — хондропротекторное, регенерирующее, противовоспалительное и аналгезирующее действия;

*Таблица 1.* **Способы, показания, локализация введения инъекций КПБ для проведения БП у пациентов с ДДЗ ОДА**

| Способ введения | Показания | Локализация | Объем вводимого раствора | Скорость наступления эффекта |
|---|---|---|---|---|
| **Внутрикожно** | Выраженный болевой синдром, торпидное течение | Периартикулярно или паравертебрально в:<br>• окружающие ткани;<br>• болевые точки;<br>• рефлексогенные и сегментарные зоны»;<br>• точки акупунктуры | 0,3–0,5 мл («лимонная корка») | В течение нескольких минут |
| **Подкожно** | Заболевания суставов, позвоночника (остеохондроз) | | До 1 мл, в акупунктурные точки — 0,3–0,5 мл | Через 30 мин |
| **Внутримышечно** | Хронический патологический процесс | Миогелозы, триггерные точки | До 5 мл | Отсроченное действие |

- *Дискус композитум* — улучшение эластических свойств и гидрофильности МПД, аналгезирующее действие, трофическое, регенерирующее и рассасывающее действие на связочно-сухожильный аппарат сустава и соединительнотканную стенку синовиальных сумок;

***Рис. 1.*** **Локализация инъекций при лечении ОХ позвоночника**




- *Лимфомиозот Н* — дезинтоксикационное, антиэксудативное, иммунокорегирующее, противовоспалительное действия;
- *Спаскупрель* — снятие мышечного спазма;
- *Плацента композитум* — улучшение микроциркуляции и трофики в тканях, окружающих МПД (после 25–26 лет сосуды МПД облитерируются и его питание осуществляется за счет диффузии через гиалиновые пластинки; бессосудистое состояние МПД приводит к его изнашиванию);
- *Коэнзим композитум, Убихинон композитум* — метаболическое, антиоксидантное и дезинтоксикационное действия;
- *Реструкта про инъекционе С* — нормализация метаболизма мочевой кислоты, противовоспалительное и обезболивающее действия;
- *Солидаго композитум С* — противовоспалительное, иммуномодулирующее, репаративное, диуретическое, спазмолитическое и антисептическое действия.

Рассмотрим практические схемы лечения с помощью БП пациентов с наиболее часто встречающимися ДДЗ ОДА — остеохондрозом (ОХ), деформирующим спондилезом (ДС), анкилозирующим спондилоартритом (АСА), остеоартрозом (ОА), плече-лопаточным периартрозом/периартритом (ПЛП), подагрической артропатией (ПА), постиммобилизационной контрактурой (ПИК), синдромом поясничной боли (СПБ).

## ОСТЕОХОНДРОЗ

В настоящее время ОХ позвоночника рассматривают как дегенеративно-дистрофическое поражение МПД, в основе которого лежит первичная дегенерация пульпозного ядра с дальнейшим развитием реактивных изменений в телах смежных позвонков, межпозвонковых суставах и связочном аппарате. Клинически ОХ позвоночника проявляется болью в шейном, поясничном и грудном (реже) отделах. Боль может быть локальной и иррадиирующей.

**КБП для БП у пациентов с ОХ:**

- *Траумель С* — 2,2 мл в/к в болевые точки ежедневно до купирования болевого синдрома. Для усиления аналгезирующего действия можно вводить в одном шприце с местным анестетиком, например, 1 мл 0,5% раствора новокаина *(рис. 1)*;

- *Дискус композитум* — 2,2 мл п/к между остистыми отростками пораженного сегмента. В период обострения — через день №5, затем 2 раза в неделю №5. Для профилактики обострения — курсы 2 раза в год по схеме: 2 раза в неделю №5, затем 1 раз в неделю №5, затем 1 раз в 2 недели №5 *(рис. 1)*;
- *Плацента композитум* — 2,2 мл п/к между остистыми отростками пораженного сегмента курсами 2 раза в год по схеме: 2 раза в неделю №5, затем 1 раз в неделю №5, затем 1 раз в 2 недели №5 *(рис. 1)*.

## ДЕФОРМИРУЮЩИЙ СПОНДИЛЕЗ

ДС — это заболевание позвоночных суставов, характеризующееся деформацией тел позвонков в виде краевых костных разрастаний (остеофитов) в области тел позвонков. В результате этого ограничивается подвижность позвоночника, возникает сдавливание нервных окончаний, что приводит к возникновению продолжительной «тупой» боли в соответствующем отделе позвоночника.

**КБП для БП у пациентов с ДС:**

- *Траумель С* — 2,2 мл в/к в болевые точки ежедневно до купирования болевого синдрома *(рис. 2)*;
- *Цель Т* — 2 мл п/к или в/м в паравертебральные точки пораженного отдела позвоночника, отступив на 3 см от остистого отростка позвонка (проекция позвоночных суставов), 2 раза в неделю №5, затем 1 раз в неделю №5. В отдельных случаях в начале лечения может наблюдаться усиление боли в суставах. Во избежание этого необходимо за 2–3 дня до начала введения Цель Т назначить прием *Лимфомиозот* (15 капель 3 раза в день) или вводить *Лимфомиозот Н* в те же точки БП (можно в одном шприце с Цель Т). Повторные курсы БП проводят не реже 2 раз в год, при выраженном ДС — 3–4 раза в год. Для повышения эффективности лечения, особенно при проведении профилактических курсов, дополнительно назначают *Коэнзим композитум* 2,2 мл в/к 2 раза в неделю №5 *(рис. 2)*.

## АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ (болезнь Бехтерева)

АС — это заболевание, характеризующееся воспалением межпозвоночных суставов, приводящее к их анкилозу (сращению). В результате позвоночник оказывается как бы в жестком футляре (на R-снимках — симптом «бамбукового ствола»).

Чаще болеют мужчины в возрасте 15–30 лет. Заболевание имеет прогрессирующее течение и часто приводит к инвалидизации. Основное лечение АС проводит ревматолог. Цель БП — уменьшение боли и тугоподвижности позвоночника для сдерживания прогрессирования заболевания.

**КБП для БП у пациентов с АСА:**

- *Траумель С* — 2,2 мл в/к в болевые точки ежедневно до купирования болевого синдрома;
- *Цель Т* — 2 мл п/к или в/м в паравертебральные точки пораженного отдела позвоночника, отступив на 3 см от остистого отростка позвонка (проекция позвоночных суставов), 2 раза в неделю №5, затем 1 раз в неделю №5 *(рис. 2)*;
- *Плацента композитум* — 2,2 мл в/к в ткани, окружающие МПД, курсом 2 раза в год по схеме: 2 раза в неделю №5, затем 1 раз в неделю №5, затем 1 раз в 2 недели №5;
- *Убихинон композитум, Коэнзим композитум* — п/к или в/м в паравертебральные точки пораженного отдела позвоночника курсом 2 раза в год по схеме: Убихинон композитум — 2,2 мл во вторник и пятницу №10, Коэнзим композитум — 2,2 мл в понедельник и четверг №10.

## ОСТЕОАРТРОЗ

ОА — это ДДЗ суставов, причиной которого является поражение хрящевой ткани суставных поверхностей.

Схема лечения при ОА аналогична таковой при ДС. КБП вводят в/к или п/к в зону пораженных суставов. Введения, как правило, болезненные, поэтому целесообразно в шприц с основным КБП добавлять местный анестетик с низкой концентрацией *(рис. 3)*.

***Рис. 2.*** **Локализации инъекций в проекции паравертебральных точек при лечении ДС**

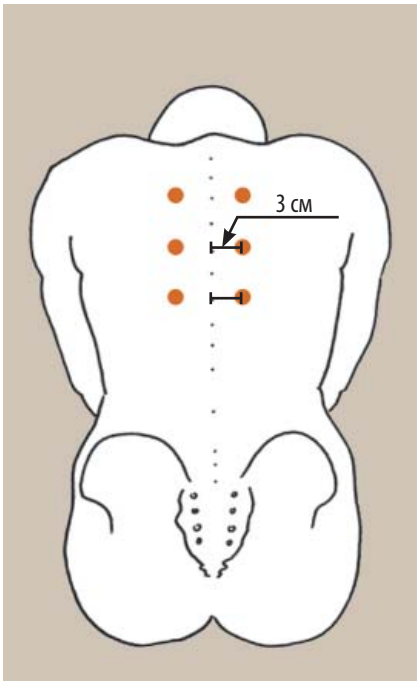
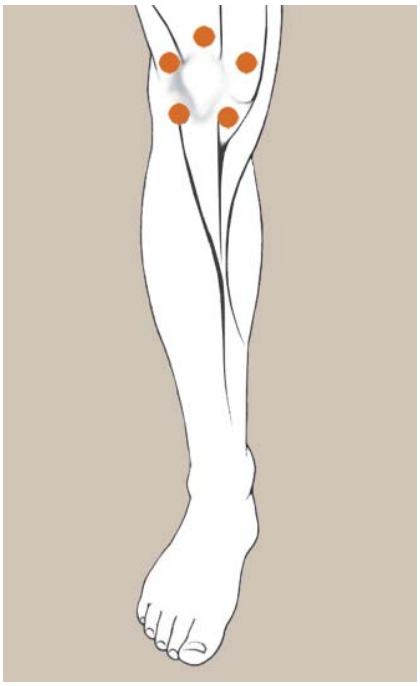



***Рис. 3.*** **Локализация инъекций при лечении ОА коленного сустава**



## ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНЫЙ ПЕРИАРТРОЗ/ПЕРИАРТРИТ

ПЛП — это патология, которая чаще всего развивается вследствие длительного перенапряжения мышц плечевого пояса. Патогенез заболевания связан с травматизацией связочно-сухожильного аппарата сустава и си-

новиальных сумок. В итоге происходит изменение околосуставных тканей — развиваются реактивное асептическое воспаление и дегенерация. Лечение ПЛП должно быть комплексным и включать не только БП, но и массаж, физиотерапию, ЛФК. При необходимости курс лечения повторяют через 2–4 недели.

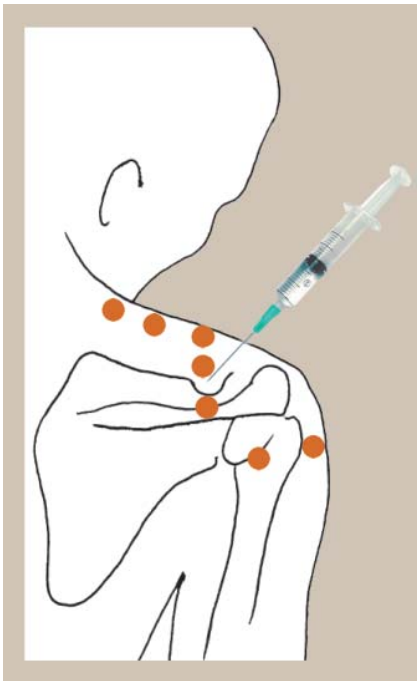
**КБП для БП у пациентов с ПЛП:**

- *Траумель С* — 2,2 мл в/к в болевые точки ежедневно или через день до полного купирования болевого синдрома *(рис. 4)*;
- *Спаскупрель* — 1,1 мл в/м в болевые точки двуглавой мышцы плеча через день до купирования болевого синдрома *(рис. 4)*;
- *Дискус композитум* — 2,2 мл п/к в периартикулярную зону (3–4 точки) плечевого сустава 2 раза в неделю №5, затем 1 раз в неделю №5 *(рис. 4)*.

## ПОДАГРИЧЕСКАЯ АРТРОПАТИЯ

Подагра — это хроническое прогрессирующее заболевание, связанное с нарушением пуринового обмена и характеризующееся повышением уровня мочевой кислоты в крови и отложением в тканях ОДА и внутренних органах уратов с развитием рецидивирующего острого артрита и образованием подагрических узелков (тофусов). Проводить лечение ПА методом БП лучше в периоды ремиссии, так как тофусы очень болезненные, и даже малейшее прикосновение к ним причиняет пациенту нестерпимую боль. В период обострения применяют в/м нижеприведенные КБП и мазь Траумель С 5–6 раз в день на пораженные суставы.

***Рис. 4.* Локализация инъекций при лечении ПЛП**



**КБП для БП у пациентов с ПА (в период ремиссии):**

- *Реструкта про инъекционе С* — 2 мл в/к или п/к в зону тофусов очень тонкой иглой (лучше инсулиновым шприцом) 2 раза в неделю №5, затем 1 раз в неделю №5;
- с целью активизации процессов дренажа и микроциркуляции, выведения солей почками и профилактики возможного обострения назначают пероральный прием *Лимфомиозот* (15 капель 3 раза в день) и *Берберис-Гомаккорд* (10 капель 3 раза в день) в течение 2 недель;
- *Солидаго композитум С* — 2,2 мл в/к или п/к в рефлексогенные зоны почек 2 раза в неделю №5, затем 1 раз в неделю №5.

## ПОСТИММОБИЛИЗАЦИОННАЯ КОНТРАКТУРА

ПИК является одним из осложнений длительной иммобилизации конечностей. Это состояние требует комплексного лечения, в состав которого входит БП.

**КБП для БП у пациентов с ПИК:**

- *Траумель С* — 2,2 мл в/к в болевые точки ежедневно до купирования болевого синдрома и завершения воспалительного процесса. БП максимально эффективна перед проведением ЛФК;
- *Дискус композитум* — 2,2 мл п/к в периартикулярную зону 2 раза в неделю №5, затем 1 раз в неделю №5;
- *Плацента композитум* — 2,2 мл в/м или п/к в периартикулярную зону 2 раза в неделю №5, затем 1 раз в неделю №5.

## СИНДРОМ ПОЯСНИЧНОЙ БОЛИ

СПБ — это симптомокомплекс, в основе которого лежит боль в поясничной области. Он может развиваться в результате различных патологических процессов: заболевания органов малого таза, болезни почек, как проявление гематологических и онкологических заболеваний, травм позвоночника, а также в следствие ОХ и ДС. Поэтому, прежде чем лечить больного с СПБ, необходимо установить причину его возникновения. Для купирования болевого синдрома можно ввести в/к в болевые точки смесь Траумель С и местного анестетика. Если в результате диагностики выяснится, что этиологическим фактором СПБ является ДДЗ ОДА, то лечение проводят по вышеописанным схемам, например ОХ.

## Выводы

Опыт показывает, что при терапии ДДЗ ОДА методика БП доступна и может использоваться практическими врачами любой специальности. Ее применение позволяет повысить эффективность традиционного в/м введения КБП, а также существующих стандартных подходов и протоколов лечения. Следует отметить, что на начальных стадиях ДДЗ ОДА эффективна монотерапия КБП по методике БП. БП позволяет получать более быстрый и выраженный клинический эффект, чем при стандартном в/м введении КБП. Применение БП способствует сокращению сроков лечения и повышению качества жизни пациентов. Как показывает практика, пациенты высоко оценивают процедуры БП и труд врача за выраженный и стойкий эффект.

**Литература:**


1. Агасаров П.Г. Фармакопунктура (фармакопунктурная рефлексотерапия) // М.: Арнебия. — 2002. — 208 с.
2. Кадина Л.З., Кадин И.М. Применение антигомотоксических препаратов совместно с классическое акупунктурой для лечения неврологических проявлений остеохондроза // Биологическая терапия. — №4. — 2003. — С. 46–48.
3. Керсшот Я. Биопунктура и антигомотоксическая медицина // М.: Арнебия, 2001.
4. Керсшот Я. Биопунктура // Биологическая терапия. — №1. — 2001. — С. 20–23.
5. Керсшот Я. Хроническая боль и «эффект памяти» // Биологическая терапия. — №1. — 1999. — С. 27–30.
6. Керсшот Я. Биопунктура: энергетическая медицина с помощью инъекций // Биологическая медицина. — №2. — 1996. — С. 41–43.
7. Степанченко А.В., Марьяновский А.А. Практикум по антигомотоксической фармакопунктуре // М.: Арнебия, 2003. — 80 с.

**Л.А. Вакуленко,**
**Александровская клиническая больница, г. Киев**

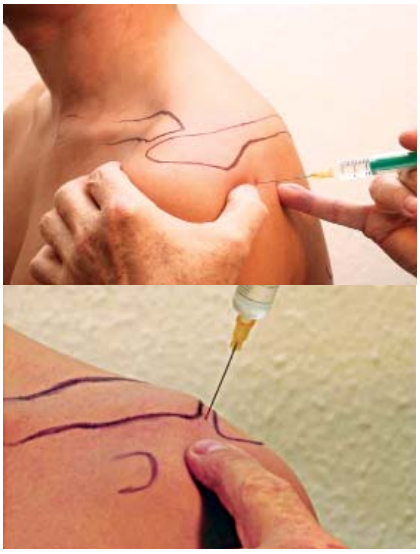
# Применение биопунктуры при плече-лопаточном периатрозе левого плечевого сустава

**Пациентка В., 45 лет.**
**Жалобы** на боли в области левого плечевого сустава.
**Анамнез заболевания.** Болеет 3 месяца. Получала НПВП и физиотерапию, однако боль не купировалась, развилось ограничение движений.
**Объективно.** Больная может поднять левую руку только вперед и в сторону до горизонтального уровня, невозможно заведение руки за спину.
**Обследование.** Рентгенограмма левого плечевого сустава без каких-либо патологических изменений.
**Диагноз:** плече-лопаточный периатроз левого плечевого сустава.
**Лечение:**

- Траумель С — по 2,2 мл №5 через день п/к в 2 болевые точки — проекция акромиально-ключичного сочленения и точка прикрепления двуглавой мышцы плеча *(рис. 1)*;
- Спаскупрель — по 1,1 мл №5 через день в/к в те же точки;
- Дискус композитум — по 2,2 мл №5 2 раза в неделю п/к в периартикулярные точки левого плечевого сустава, №5 1 раз в неделю;
- массаж левого плечевого сустава и левой руки №10 ежедневно;
- парафиновые аппликации №10.

Больная отметила улучшение на 3-й день лечения. К концу 1-й недели увеличился объем движений. На 10-й день больная впервые за 3 месяца спала, не просыпаясь от боли.
**Через 3 месяца.** Объем движений в левом плечевом суставе значительно увеличился. Больная могла заводить левую руку за спину с незначительной болью. Пациентке было проведено еще 5 п/к инъекций Спаскупрель в проекцию левого акромиально-ключичного сочленения 2 раза в неделю, а также Лимфомиозот Н 1,1 мл №5 п/к 1 раз в неделю в периартикулярные точки. После первого сеанса Лимфомиозот Н у больной слегка усилилась боль в суставе (о возможности легкого обострения она была предупреждена), но в течение 3 дней боль вернулась к исходному уровню. К концу 2-го курса объем движений практически полностью восстановился, болевой синдром регрессировал.

***Рис. 1.*** **Проведение биопунктуры в области левого плечевого сустава**



**Л.М. Живило,** **врач высшей категории, детский невролог, врач-гомеопат**
**А.Д. Работягова,** **детский невролог, врач-рефлексотерапевт, КУ «Херсонская ГКБ им. А.С. .Лучанского»**

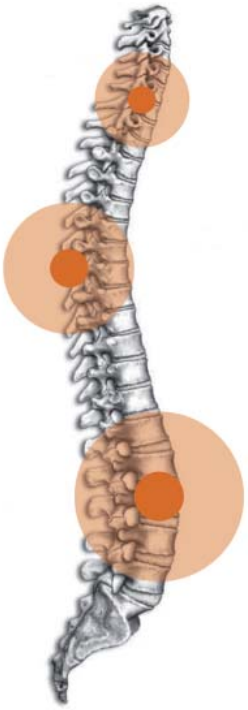
# Использование фармакопунктуры при лечении спондилогенной дорсопатии

**Больной А., 18 лет.**
**Жалобы** на боли в спине после поднятия тяжести, усиливающиеся при движении.
**Анамнез заболевания.** Болеет в течение года с периодами обострений.
**Объективно.** Напряжение паравертебральных мышц в области поясницы, больше слева. При попытке встать щадит поясницу. Положительные симптомы Ласега, Нери, болезненность паравертебральных точек и остистых отростков, сглаженность поясничного лордоза. Оценка по ВАШ — 6 баллов.
**Обследование.** На рентгенограмме — множественные грыжи Шморля Th12–L3 позвонков, снижение высоты и деформация позвонков L2–L3.
**Диагноз.** Вертеброгенная левосторонняя умеренно выраженная люмбалгия, рецидивирующее течение. Остеохондроз поясничного отдела. Множественные грыжи Шморля.
**Лечение:**

- Лимфомиозот — по 10 капель 3 раза в день 3 недели;
- Траумель С, Нервохеель — по 1 таблетке 3 раза в день 4 недели;
- Траумель С и Дискус композитум — по 2,2 мл каждого по 3 болевым паравертебральным точкам с каждой стороны п/к 1 раз в 3 дня №7;
- мазь Цель Т — фонофорез №10.

**Динамика.** Уменьшение болевого синдрома и паравертебрального напряжения — после 3-й инъекции, исчезновение боли и восстановление амплитуды — после 7-й инъекции. Добавлен массаж спины №10, ЛФК. Рекомендован правильный двигательный стереотип; Траумель С, Цель Т — по 1 таблетке 3 раза в день 2 месяца. Через 3 и 6 месяцев обострений не было.
**Выводы** свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности и безопасности Лимфомиозот, Траумель С, Дискус композитум, Нервохель, Цель Т при лечении спондилогенной дорсопатии. Следует отметить, что лечение проводилось в амбулаторных условиях, что снижает стоимость лечения и расширяет возможность его применения.

# Цель Т — новые возможности в терапии заболеваний опорно-двигательного аппарата



Сложности лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата (ОДА) связаны с тем, что специалистам необходимо одновременно решить несколько задач. Учитывая тот факт, что этиология данной группы заболеваний мультифакторная, а рекомендуемые схемы имеют ряд ограничений, возникает потребность в дальнейшем поиске новых эффективных методов лечения.

**При лечении заболеваний ОДА врачу необходимо решить несколько клинических задач:**

- уменьшить воздействие на пораженную область;
- устранить болевые ощущения;
- улучшить питание суставного хряща, надкостницы, мышц и ускорить их восстановление;
- активизировать кровообращение в пораженной области;
- укрепить мышцы;
- увеличить объем движений сустава.

Для решения этих задач широко используют различные группы препаратов. Так, для купирования боли и воспаления наибольшее распространение получили длительные курсы неспецифическими противовоспалительными средствами (НПВС), при этом часто с применением нескольких препаратов этой группы. На практике применение рекомендованных схем не всегда возможно из-за наличия у пациентов противопоказаний или возникновения целого ряда побочных эффектов. Важно отметить, что помимо осложнений со стороны слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), печени, системы кроветворения длительный прием НПВС приводит к усугублению патологического процесса, возникающего из-за снижения нормального уровня АТФ в тканях в результате уменьшения активности циклооксигеназ (ЦОГ). Кроме того, одновременный прием нескольких НПВС повышает риск побочных эффектов в 3,5 раза [1].

Согласно общепринятым подходам, для улучшения трофики суставного хряща и ускорения его восстановления применяют хондропротекторы. Однако данная группа препаратов обладает рядом особенностей, в результате которых возникают проблемы в их применении пациентами. Во-первых, для достижения максимального лечебного эффекта хондропротекторы необходимо применять регулярными курсами в течение длительного времени с частотой от 3 до 6 раз в день. Во-вторых, применение препаратов этой группы может спровоцировать различные побочные эффекты (боль в области живота, его вздутие, диарею или запор, головокружение, головную боль, боль в ногах или отеки ног, тахикардию, сонливость или бессонницу).




Р. с. МЗ Украины №UA/0020/01/01 от 01.07.2008, №UA/0020/02/01 от 25.10.2011, №UA/0020/03/01 от 18.12.2007.

Для решения других задач часто назначают миорелаксанты, физиопроцедуры, ЛФК, но данные рекомендации или имеют противопоказания к применению, или не являются патогенетической терапией.

Поэтому поиск препаратов, с комплексным патогенетическим воздействием на организм, хорошей переносимостью, минимальным спектром противопоказаний и побочных действий является актуальной задачей в медицине.

**Цель Т является препаратом выбора для терапии дегенеративно-дистрофических заболеваний (ДДЗ) ОДА.**

**Благодаря своему оригинальному составу Цель Т оказывает комплексное действие:**

- хондропротекторное;
- хондростимулирующее;
- противовоспалительное;
- аналгезирующее;
- иммуномодулирующее.

В состав Цель Т входит 15 компонентов — суис-органные, минеральные, растительные компоненты и биокатализаторы, совокупность которых обеспечивает высокую терапевтическую эффективность препарата при лечении дегенеративных изменений хряща *(рис. 1)*.

Применение препарата Цель Т обеспечивает патогенетический подход к терапии ДДЗ. Действие препарата направлено на коррекцию механизмов патогенеза, поскольку он не только ограничивает структурное разрушение хряща, но и способствует частичной реструктуризации хрящевой ткани [2].

**Суис-органные компоненты** — важная составляющая препарата. *Cartilago suis (D2, D4, D6), Funiculus umbilicalis suis (D2, D4, D6), Placenta suis (D2, D4, D6), Embryo suis (D2, D4, D6)* тормозят дегенеративные изменения в хряще, стимулируют пластические процессы, активизируют кровоснабжение, что в свою очередь, способствует его частичной реструктуризации.

**Минеральные компоненты** *(Sulphur D6, Acidum silicicum D6)* также принимают участие в синтезе структурных элементов и метаболизме хрящевой ткани. Серу применяют при терапии ревматических заболеваний суставов, а последние научные исследования мукополисахаридсульфатов подтвердили, что организм перерабатывает серу и преобразует ее в хондроитиносульфат, являющийся структурным элементом хряща.

**Растительные компоненты** *(Rhus toxicodendron D2, Solanum dulcamara D2, D4, Symphytum officinale D6, D8, Arnica montana D1, D2, D4, Sanguinaria canadensis D2, D3, D4)* оказывают аналгезирующее и противовоспалительное действие, способствуют восстановлению пораженных костей и надкостницы, активизируют процесс регенерации мягких тканей, уменьшают боль.

**Биокатализаторы** *(Acidum alpha-liponicum D6, D8, Natrium diethyloxalaceticum D6, D8, Coenzymum A D6, D8, Nadidum D6, D8)* активизируют окислительно-восстановительные реакции и дыхательную цепь, эффективность которых снижена вследствие токсического воздействия медикаментозной терапии и возрастных изменений. В результате деблокировки ферментных систем улучшается регенерация в тканях и нормализуется обмен веществ.

Важно отметить, что снижение интенсивности болевого синдрома достигается за счет непосредственного регуляционного патогенетического воздействия Цель Т на первичное звено дегенеративного процесса, а не за счет анестетиков и аналгетиков. Также Цель Т способствует выработке синовиальной жидкости, тем самым улучшая функциональные характеристики в суставе и обменные процессы в хряще.

***Рис. 1.*** **Действие различных компонентов Цель Т при дегенеративных изменениях хряща**

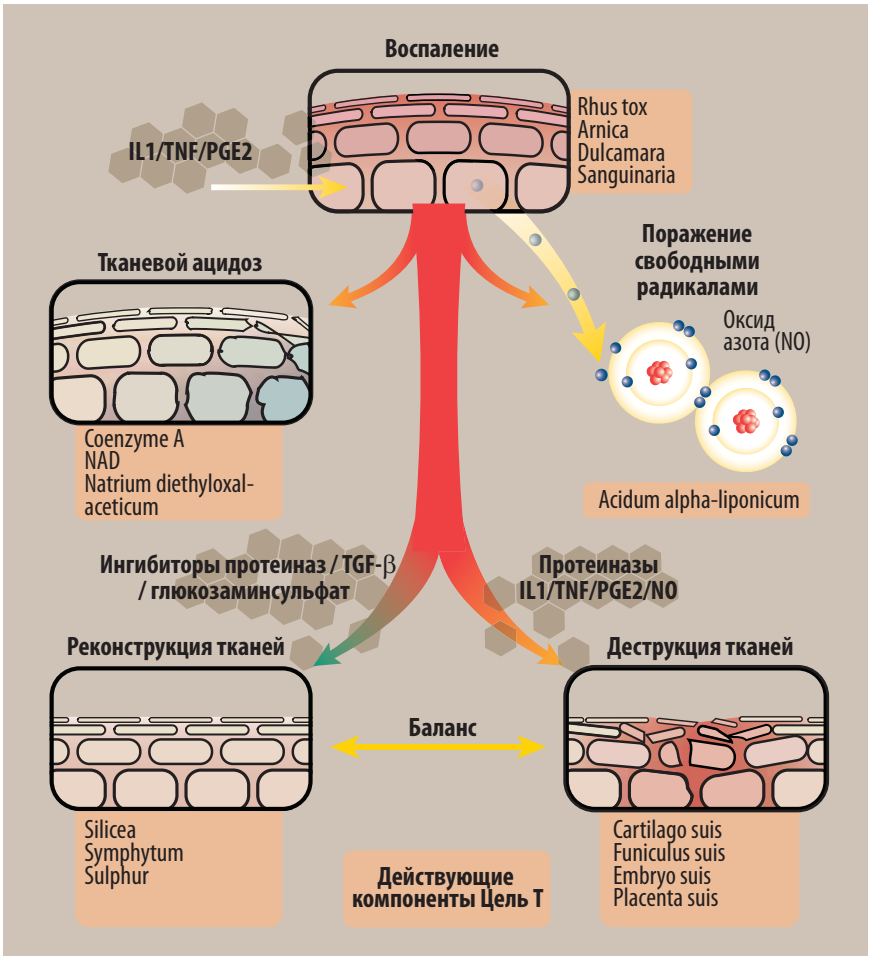


***Рис. 2.*** **Сравнимая эффективность Цель Т и диклофенака при лечении гонартроза легкой и средней степени тяжести (общая оценка симптомов по WOMAC-индексу) [3]**

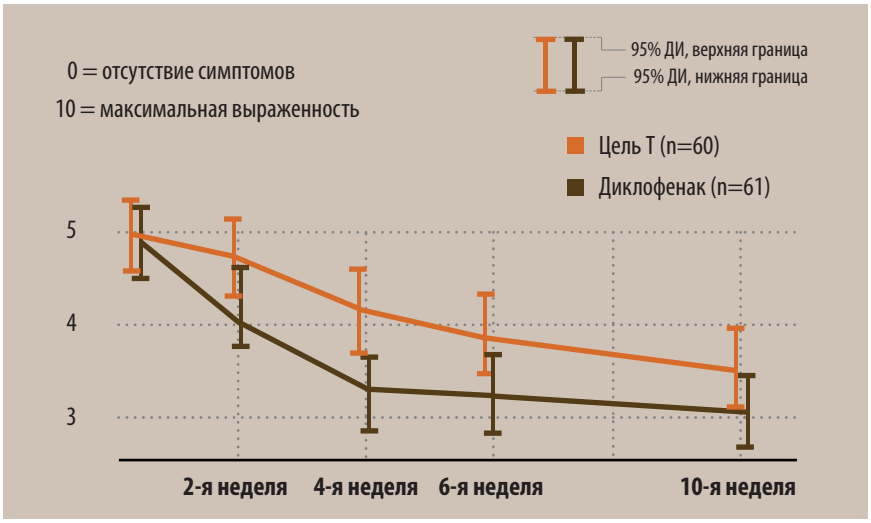



***Рис. 3.*** **Сравнимая эффективность Цель Т и ингибиторов ЦОГ-2 при лечении гонартроза легкой и средней степени тяжести (общая оценка симптомов по WOMAC-индексу) [10]**

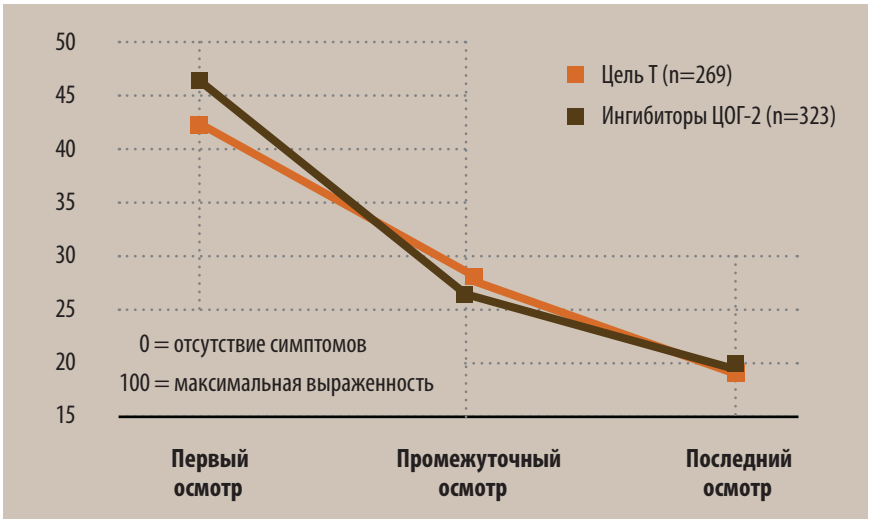
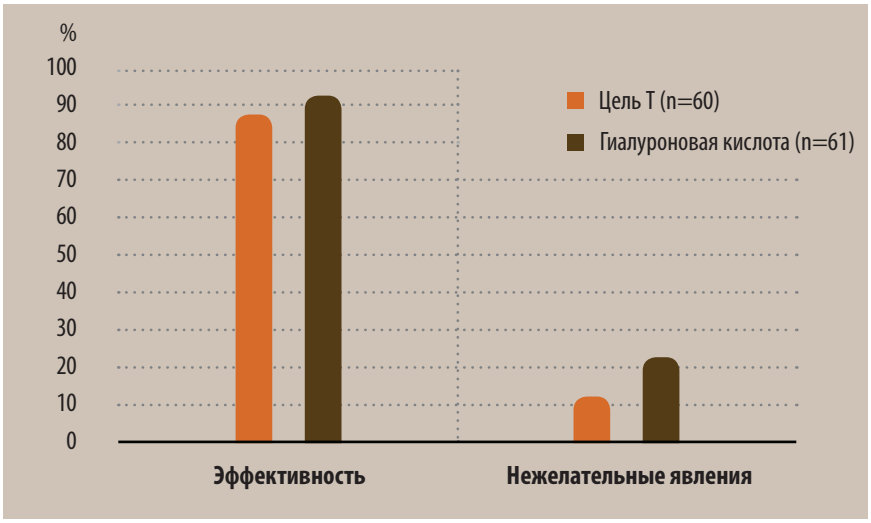



***Рис. 4.*** **При эквивалентной эффективности Цель Т превосходит гиалуроновую кислоту по переносимости [9]**




Цель Т обладает противовоспалительным, обезболивающим и хондропротекторным действием. Эти данные подтверждены результатами мультицентровых клинических (в том числе двойных слепых плацебо-контролируемых) исследований. Так, результаты исследований, задача которых заключалась в сравнении эффективности Цель Т с диклофенаком и ингибиторами ЦОГ-2, показали, что Цель Т является полноценной альтернативой НПВС *(рис. 2, 3)*. Результаты сравнительного исследования эффективности Цель Т и гиалуроновой кислоты, показали, что при эквивалентной эффективности Цель Т превосходит гиалуроновую кислоту по переносимости *(рис. 4)*.

**Таким образом,**
**Цель Т эффективен при:**

- ДДЗ ОДА (деформирующий остеоартроз, полиартроз, спондилоартроз, плече-лопаточный периартрит, хондропатии, тендопатии, остеохондроз);
- последствиях различных переломов и травм, в том числе спайках, контрактурах;
- воспалительных процессах с умеренно выраженным воспалением (СРБ≤10 мг/л).

При необходимости Цель Т можно применять длительно у всех групп пациентов, так как он практически не вызывает побочных реакций (в очень редких случаях возможны проявления индивидуальной гиперчувствительности к компонентам препарата), отсутствует привыкание и синдром отмены.

**Удобство применения обеспечено выпуском 3 лекарственных форм:**

- раствор для инъекций;
- мазь;
- таблетки.

Такое разнообразие позволяет подобрать индивидуальную схему для пациента, комбинируя лекарственные формы в зависимости от степени тяжести процесса. Одновременное применение разных форм выпуска препарата (например, инъекции и мазь/таблетки) оказывает синергическое действие, что позволяет достичь более выраженного тера-

певтического эффекта. Возможно последовательное применение 2 или 3 лекарственных форм препарата.

Важно отметить, что кроме традиционного в/м метода введения раствора для инъекций более быстрого и выраженного терапевтического действия достигают при введении препарата методом биопунктуры (п/к, в/к, периартикулярно), а также при применении мазевой формы с фонофорезом.

В зависимости от распространенности, выраженности дегенеративно-дистрофического, воспалительного процессов и посттравматических изменений Цель Т используют как в виде монотерапии, так и в составе комплексной терапии с другими комплексными биологическими препаратами (КБП) и/или стандартными аллопатическими препаратами.

**Показания к применению**

1. ДДЗ ОДА:
- при первичных проявлениях (Ro 0, периодическая боль в суставе, незначительное уменьшение объема движений) эффективна монотерапия мазью Цель Т в виде втираний, массажа, повязок, фонофореза;
- при более выраженной патологии (Ro I–II) без выраженного воспаления (СРБ ≤10 мг/л) эффективна монотерапия Цель Т. В период обострения необходимо применять инъекционную форму. Пути введения: в/м, п/к, в/к, интра- и периартикулярно, в точки акупунктуры. При необходимости лечение дополняют мазью и/или таблетками. Мазь втирать в пораженную область или в виде фонофореза. Для увеличения ремиссии и профилактики обострений рекомендуют курсы 2 раза в год;
- при наличии или усилении воспалительного процесса (СРБ>10 мг/л) в суставе (например, реактивном синовите) дополнительно в схему лечения добавляют КБП Траумель С (ампулы/таблетки), при необходимости местно применяют мазь Цель Т;
- при «сухом» артрозе к инъекциям Цель Т добавляют КБП Мукоза композитум, который улучшает выработку синовиальной жидкости;
- при выраженных дегенеративных процессах, затрагивающих капсулу сустава и внутрисуставные связки, схему усиливают КБП Дискус композитум.

2. Профилактика и лечение спаечного процесса и контрактур в мягких тканях после травм ОДА. Цель Т применяют в инъекциях вокруг зоны поражения, дополнительно наносят мазь (лучше в виде фонофореза). Лечение необходимо начинать как можно раньше.

3. При заболеваниях ОДА воспалительной этиологии (артрит, синовит, бурсит, др.) Цель Т применяют в комплексной терапии как дополнительный препарат.

**Благодаря доказанным хондропротекторным, хондростимулирующим и противовоспалительным эффектам Цель Т является основным КБП для терапии ДДЗ ОДА.**

На начальных стадиях эффективна монотерапия препаратом Цель Т с одновременным применением разных форм препарата. В других случаях Цель Т рекомендован в составе комплексной терапии совместно с другими КБП или стандартными аллопатическими средствами.

**Цель Т успешно применяют не только специалисты узкого профиля, но и врачи общей практики – семейной медицины, обеспечивая патогенетический подход к терапии данной группы заболеваний.**

**Литература:**


1. Jacoby // Medikamentose Arthrosetherapie: gesundheitsekonomische Aspekte // Biol Med 2003; 2: 85–87.
2. Dr. Alessandro Orlandini // Biol. Med. 5/1997, S. 164–165.
3. Марона У., Вайзер М., Кляйн П. Порівняння ефективності та безпечності Zeel compositum та Диклофенак при пероральному застосуванні для лікування гонартрозу: результати дослідження подвійним сліпим методом (реферативний огляд) // Биологическая терапия. — №1. — 2004. — С. 47–48.
4. Денисюк Б.С., Малевич Ю.М., Цыплинский Ю.И., Кашта Ю.М., Златив В.П. Використання антигомотоксичних препаратів Traumeel S, Zeel T в комплексному лікуванні деформуючого остеоартрозу колінного та кульшового суглобів // Биологическая терапия. — №4. — 2001. — С. 43–44.
5. Гавура В.В., Гарус А.А. Применение антигомотоксических препаратов Traumeel S и Zeel T в комплексном лечении больных пояснично-крестцовым радикулитом в условиях врачебно-физкультурного диспансера // Биологическая терапия. — №3. — 2000. — С. 16–19.
6. Насонова В.А., Холтаева Н.Г. Международное десятилетие болезней костей и суставов // Терапевтический архив. — 2001. — №5. — С. 5–7.
7. Энгельберт К. Безопасная альтернатива НПВС // Биологическая медицина. — 2006. — №2. — С. 62.
8. Бонфилио Дж., Цереа П. Исследование терапевтической эффективности переносимости антигомотоксического препарата Цель Т // Биологическая терапия. — 2000, №1. — С. 13–18.
9. Налер Г., Метельманн Хорст В., Спербер Х. Сравнение эффективности терапии остеоартрита коленного сустава препаратом Zeel T и гиалуроновой кислотой. Результаты рандомизированного контролируемого клинического исследования // Биологическая терапия. — №3. — 1998. — С. 24–28.
10. Бирнессер Х., Кляйн П., Вайзер М. Лечение артроза коленного сустава — результаты сравнительного исследования Zeel compositum N с ингибитором ЦОГ-2 // Биологическая терапия. — №4. — 2003. — С. 33–38.




# Мелилотус-Гомаккорд — оптимизация распределения объема циркулирующей крови по сосудистому руслу




Р. с. МЗ Украины №UA/11136/01/01 от 23.05.2011.

Нарушение центрального и периферического кровообращения — типовой патологический процесс, часто встречающийся в повседневной практике врача. Одним из видов нарушения микроциркуляции является местное увеличение кровенаполнения/переполнения органа. Комплексный биологический препарат (КБП) Мелилотус-Гомаккорд нормализует объем циркулирующей крови (ОЦК) за счет увеличения венозного оттока, избирательного расширения коронарных и церебральных сосудов, повышения эластичности сосудистой стенки, оказывает комплексное воздействие, направленное на нормализацию структурно-функционального состояния сосудистого русла.

В Украине зарегистрирован новый КБП компании Хеель — Мелилотус-Гомаккорд. Препарат представлен в двух лекарственных формах: Мелилотус-Гомаккорд Н — капли для перорального приема (30 мл), Мелилотус-Гомаккорд — раствор для инъекций (5 ампул по 1,1 мл).




Р. с. МЗ Украины №UA/11137/01/01 от 23.05.2011.

**В состав Мелилотус-Гомаккорд входят 2 растительных компонента в различных потенциях:**

- *Melilotus officinalis* в 5 потенциях (D2, D4, D10, D30, D200);
- *Crataegus* в 4 потенциях (D2, D10, D30, D200).

Каждая потенция оказывает определенные терапевтические эффекты.

**Благодаря сочетанию и взаимному усилению индивидуальных свойств всех компонентов Мелилотус-Гомаккорд оказывает на организм комплексное терапевтическое воздействие:**

- оптимизирующее распределение ОЦК по сосудистому руслу (устраняя избыток прилива крови к органам);
- сосудорасширяющее;
- гипотензивное;
- кардиотоническое;
- антиаритмическое.

***Melilotus officinalis*** (Донник лекарственный) уменьшает объем циркулирующей крови в отдельных органах, что сопровождается уменьшением застойных явлений в головном мозге, легких, почках, малом тазу. Он эффективен при лечении головной боли, особенно сопровождающейся гиперемией лица, при общем нервном и физическом истощении. *Melilotus officinalis* усиливает кровоток в почечных клубочках, уменьшая застойные явления, что актуально при хронических заболеваниях почек, в частности, при почечной гипертонии.

***Crataegus*** (плоды, цветки и листья боярышника) в виде настойки или экстракта издавна применяют в медицине. Crataegus, в первую очередь, обладает кардиотоническим действием, особенно при слабости миокарда и сердечной недостаточности дегенеративного генеза у лиц пожилого возраста. Улучшая работу миокарда, *Crataegus* одновременно предупреждает его преждевременное утомление, устраняет нарушения ритма сердца, особенно при мерцательной аритмии и пароксизмальной тахикардии, обладает спазмолитическими свойствами, избирательно расширяя коронарные и церебральные сосуды. Это позволяет направленно использовать препарат для улучшения снабжения кислородом миокарда и нейронов головного мозга. Расширение сосудов головного мозга в сочетании с уменьшением их кровенаполнения приводит к уменьшению выражен-

ности головной боли и возможности применения препарата при прединсультном состоянии. *Crataegus* повышает эластичность сосудистой стенки капилляров и артериол, что сопровождается улучшением их функции, регулирует липидный обмен, оказывая выраженное антисклеротическое действие.

Сочетание в препарате одного и того же компонента в низких, средних и высоких разведениях (так называемый аккорд потенций — гомаккорд) позволяет препарату оказывать как быстрый и выраженный (скоропомощный) эффект, так и отсроченный (пролонгированный), глубокий. Оба компонента в препарате находятся в разведениях D2 и D4, то есть в разовой дозе присутствуют в материальных количествах. В капельной форме препарата компонент *Crataegus* находится также в материнской тинктуре. Низкие потенции (разведения) компонентов Мелилотус-Гомаккорд позволяют в сжатые сроки достигать выраженный лечебный эффект. Это особенно важно при лечении острых форм сердечно-сосудистых заболеваний.

**Благодаря сверхмалым (гомеопатизированным) дозам компонентов натурального происхождения и комплексному биорегулирующему действию Мелилотус-Гомаккорд имеет ряд особенностей:**

- оказывает биорегулирующее системное действие на организм (на уровне «нервная система – сердечно-сосудистая система – почки»);
- хорошо переносится (не оказывает фармакологическую нагрузку — не кумулируется в организме);
- не вызывает побочные эффекты (за редким исключением при индивидуальной непереносимости отдельных компонентов);



*Боярышник* (Crataegus)

*Донник лекарственный* (Melilotus officinalis)



- обеспечивает и быстрый, и длительный устойчивый терапевтический эффект;
- применяется курсами (нет необходимости пожизненного применения, как для антигипертензивных средств, сердечных гликозидов);
- отсутствие аналогов по составу, спектру и глубине воздействия;
- отсутствие противопоказаний при сопутствующих заболеваниях;
- не развивается привыкание, не снижается эффект при длительном приеме;
- высокий профиль безопасности применения.

**Показания к применению:** головная боль, сопровождающаяся приливами крови к голове (красное лицо), в том числе мигренеподобная, нейроциркуляторная дистония с артериальной гипертензией, кровотечение из носа; в составе комплексной терапии транзиторного нарушения мозгового кровообращения, дистрофических заболеваний миокарда (первичные и вторичные кардиомиопатии, ишемическая дистрофия миокарда, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз), стенокардия, атеросклероз, сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца (мерцательная аритмия, пароксизмальная предсердная тахикардия).

Возможность применения Мелилотус-Гомаккорд при терапии ранних стадий АГ обусловлена как общим гиповолемическим и сосудорасширяющим действием, так и повышением эластичности сосудистой стенки.

**Способ применения и дозы**

***Капли.*** Разовая доза для взрослых — 10 капель. Принимать сублингвально 3 раза в день (предварительно растворив в 5–10 мл воды или непосредственно капать под язык) за 15–30 минут до еды или через 1 час после приема пищи. При острых состояниях разовую дозу принимают в инициирующем режиме — каждые 15 минут в течение 2 часов, затем 3 раза в день.

***Раствор для инъекций.*** Разовая доза для взрослых — 1 ампула (1,1 мл). Вводят в/м, п/к, в/к 1–3 раза в неделю, в острых случаях — ежедневно в течение первых 3 дней. При невозможности парентерального введения препарат принимают в виде «питьевых ампул».

**В зависимости от состояния пациента Мелилотус-Гомаккорд назначают как в виде монотерапии, так и в сочетании с другими КБП:**

- при головной боли, обусловленной нарушением венозного оттока и повышением внутричерепного давления, — с Траумель С и Лимфомиозот Н;
- при нарушениях церебральной гемодинамики и наличии неврологической симптоматики — с Церебрум композитум Н;
- при выраженном венозном застое в головном мозге — дополнительно можно сочетать с Эскулюс композитум;
- при головокружениях — с Вертигохеель;
- при стенокардии — с Ангио-Инъель, Кралонин, Нервохеель.

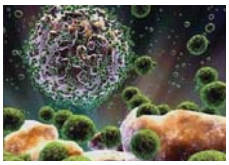
Мелилотус-Гомаккорд также хорошо сочетается и дополняет аллопатические препараты.

**Высокие эффективность и безопасность КБП Мелилотус-Гомаккорд при нарушениях периферического кровообращения с приливами крови к различным органам подтверждена результатами клинических исследований.**

## УКРАИНСКАЯ АКАДЕМИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

### качественно новый уровень обучения для врачей различных специальностей

## Тематическая лекция «Микробиологическая терапия – новый метод иммуномодуляции непатогенными микроорганизмами»



**Микробиологическая терапия** (МБТ) – новый для врачей Украины метод лечения иммуномодулирующими препаратами из непатогенных микроорганизмов. Основан в 1954 г. в Германии группой выдающихся учёных-бактериологов и врачей. МБТ использует дозированную антигенную нагрузку, которая способствует **нормализации системного иммунного ответа организма**, а также восстановлению и поддержанию микробиоценоза всех слизистых.

Данный подход расширяет возможности традиционной иммуномодулирующей терапии при заболеваниях, сопровождающихся дисбалансом иммунной системы.

Вы познакомитесь с основами МБТ и возможностями применения микробиологических препаратов немецкой компании **Симбиофарм** при заболеваниях различных органов и систем.

Эффективность и безопасность применения препаратов компании Симбиофарм подтверждена клиническими исследованиями и более чем 50-летним европейским опытом.

## Практическое занятие «Биопунктура – метод повышения эффективности применения инъекционных препаратов в работе врача общей практики»



В цикле практических занятий УАБМ предлагает освоить врачам инъекционные методики, повышающие эффективность использования комплексных биологических препаратов компании Хеель. Данное занятие посвящено практическому освоению самой простой и доступной инъекционной методике, усиливающей и ускоряющей наступление клинических эффектов – **биопунктуре**.

Она эффективна при различных болевых синдромах, функциональных нарушениях, острых и хронических воспалительных заболеваниях внутренних органов. Использование биопунктуры позволяет оказать быструю и эффективную помощь пациентам, что особенно актуально для **врачей общей практики (семейных)**.

На занятии вы научитесь определять зоны и точки введения препаратов, а также отработать технику введения препаратов.

## Школа практического врача «Биорегуляционный подход в комплексной патогенетической терапии для врачей различных специальностей»



Можно ли повысить эффективность применения комплексных биологических препаратов компании Хеель и более полно использовать их терапевтический потенциал? Это возможно, если понимать механизмы их патогенетического действия на организм и системно применять их при составлении комплексных схем лечения.

В рамках разработанного цикла Школ УАБМ предлагает врачам разных специальностей освоить методику **оптимизации стандартных подходов и протоколов лечения** различных заболеваний с помощью **патогенетической биорегуляционной терапии**.

В рамках первой Школы вы:

- изучите системное патогенетическое действие комплексных биологических (Хеель), микробиологических (Симбиофарм) и энзимных (Биогена) препаратов;
- освоите принципы биорегуляционной терапии;
- выработаете навыки составления схем лечения основных групп заболеваний.

Также вы получите практические рекомендации по применению других биологических методов и препаратов, которые дополняют и улучшают результаты биорегуляционной терапии. Это позволит вам повысить эффективность лечения, ускорить выздоровление, уменьшить количество осложнений, достичь более продолжительной ремиссии.

УАБМ предлагает всем врачам, желающим повысить свой профессиональный уровень и найти пути решения многих проблемных вопросов, посетить представленные мероприятия.

**Условия обучения:** бесплатное обучение и учебные материалы, опытные преподаватели и лекторы УАБМ – практикующие врачи с многолетним врачебным стажем, комфортные учебные классы, кофе-брейки, сертификат УАБМ.

**Для подтверждения своего участия, просим связываться**
**по телефону: (044) 451-91-71 (72) или по e-mail: academy@cascade-medical.com.ua; www.uabm.org**

# Комплексна патогенетична біорегуляційна терапія

# Траумель С

## Захворювання травматичного та запального походження




## Оптимізація перебігу та завершення запалення

**Інформація про лікарський засіб, призначена для медичних та фармацевтичних працівників.**
**Лікарські форми.** Розчин для ін'єкцій по 2,2 мл в ампулі, таблетки, мазь 50 г у тубі, гель 50 г у тубі. **Спосіб застосування та дози. Розчин для ін'єкцій:** разова доза дорослим і дітям від 12 років – 2,2 мл, дітям до 1 року – 0,4 мл, від 1 до 3 років – 0,6 мл, від 3 до 6 років – 1мл, від 6 до 12 років – 1,5 мл 1-3 рази на тиждень у вигляді внутрішньом'язових, підшкірних, внутрішньошкірних, внутрішньовенних, внутрішньо-, навколо суглобових ін'єкцій, а також в акупунктурні точки або перорально у вигляді питних ампул. У дітей можливе застосування у вигляді крапель, розчинивши в 5 мл води. **Таблетки:** разова доза дорослим і дітям від 12 років – 1 табл. під язик, дітям до 12 років – у вигляді крапель (1 табл. розтерти і перемішати, розчинити в 40 мл води): дітям до 1 року – 1 ч. л., 1-6 років – 2 ч.л., 6-12 років – 3 ч.л. Разову вікову дозу приймати 3 рази на добу за 15-20 хв до іди або через годину після. **Мазь та гель:** дорослим та дітям від народження накладати тонким шаром на місце травми чи запалення 2-3 рази на добу. При гострих травмах – до 5-6 разів на добу. **Побічні реакції.** Препарат звичайно добре переноситься, в окремих випадках можливі прояви гіперчутливості до будь якого з компонентів препарату або місцеві алергічні реакції (почервоніння, свербіння, кропив'янка, шкірні висипання, опухлість). Більш детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

**Виробник:** «Біологіше Хайльміттель Хеель ГМБх» (Баден-Баден, Німеччина).
Р.п. МОЗ України № UA/5934/03/01 від 15.01.08 р.; № UA5934/02/01 від 15.01.08 р.; № UA/5934/01/01 від 23.02.12 р.; № UA/5934/04/01 від 28.03.12 р.

ТОВ ТОРГОВИЙ ДІМ «КАСКАД-МЕДІКАЛ». Тел.: +38 (044) 454-75-00; факс: (044) 454-75-02; e-mail: info@heel.com.ua; http://www.heel.ua

-Heel

UBI
Референс-клініка

# НОВА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ



## Клініка сімейної медицини амбулаторного типу з денним стаціонаром

**Пропонує:**

- індивідуальні програми профілактики захворювань
- терапія окремих захворювань
- відновлення здоров'я після травм, оперативних втручань, хіміотерапії
- амбулаторне спостереження після виписки зі стаціонару

**Для пацієнтів клініки працює аптека**

**Додатково:**

- спеціальні методи лікування (біопунктура, ступінчаста аутогемотерапія)
- фізіотерапевтичні процедури (ультразвук, фонофорез, інфрачервоний лазер, пресотерапія)
- малі хірургічні втручання
- консультації провідних фахівців вузької спеціалізації
- комплексні SPA-програми

**Запис на прийом за телефонами: (044) 209-20-45, 454-75-17, (067) 550-11-59**
**або на сайті www.ubi-clinic.com.ua**

Ліцензія МОЗ України АГ№ 570242 від 18.02.2011 р.

Партнер клініки -Heel

www.ubi-clinic.com.ua