

Тема номера: ИНФЕКЦИЯ

» РМЖ, Том 10 № 20, 2002

Комплексные гомеопатические препараты в лечении воспалительных заболеваний ЛОР-органов

Профессор Т.И. Гаращенко

РГМУ

Гомеопатия не так давно отметила свое двухсотлетие. Те задачи, которые ставил перед собой ее основатель, Самуил Ганеман – «лечить верно, безопасно, быстро и надежно», по-прежнему стоят перед современной медициной в целом. Длительное время аллопатическая и гомеопатическая системы лечения развивались самостоятельно и шли разными путями. По нашему мнению, обе системы должны сосуществовать, взаимно обогащая друг друга. Тем более, что гениальное предвидение Ганемана о принципе подобия «Лечи подобное подобным» сохранило свое положение и в XX, и в XXI веке, наполнившись новым содержанием в вакцинопрофилактике, иммунотерапии, специфической иммунотерапии аллергических заболеваний. Гомеопатия – оригинальный, самостоятельный системный взгляд на здоровье и болезнь, имеющий свою методологию и технологию коррекции здоровья. Важно то, что эффективность метода подтверждена многочисленными клиническими наблюдениями, он прошел двухсотлетнюю практику, которая отражена в многотомных руководствах гомеопатической фармакопеи «Материя Медика». Гомеопатический метод терапии сверхмалыми дозами имеет ряд несомненных преимуществ – выраженный терапевтический и профилактический эффект; четкие принципы и правила применения; из-за отсутствия субстратно-токсических свойств исключены побочные эффекты и осложнения; отсутствуют привыкание или индивидуальная непереносимость; действие на уровне целостного организма при сохранении индивидуального характера, вплоть до субъективных ощущений, которые присущи больному при развитии известных заболеваний. Еще в 1810 году С.Ганеман обоснованно утверждал: «Ни один орган, ни одна ткань, ни одна молекула не функционируют независимо от других, и жизнь частей превращается в жизнь целого». Современные данные молекулярной биологии, цитохимии, иммунологии раскрывают цитокинные, лимфокинные, нейропептидные и другие уровни взаимодействия и управления разнообразными воспалительными процессами, которые характеризуют болезнь.

Гомеопатия, как вид терапевтического воздействия на организм человека, активно критикуется сторонниками традиционной медицины. В том числе это происходит из-за отсутствия сформулированных механизмов действия сверхмалых доз органических и неорганических соединений в терминах, признанных современной наукой. Однако это положение изменилось, когда впервые в истории гомеопатии в январе 1998 г. под номером 39750559 профессором Хартмутом Хайне был запатентован механизм действия комплексных гомеопатических препаратов, в основе которых лежит так называемая

«иммунологическая вспомогательная реакция». Суть этой реакции состоит в следующем (рис. 1). Независимо от лекарственной формы комплексного потенцированного препарата (преимущественно от D₂ до D₈), протеины животного или растительного происхождения, содержащиеся в нем в средних или низких потенциях, контактируют с макрофагами (а также с родственными макрофагам M-клетками слизистой оболочки кишечника). Затем эти протеины перевариваются их протеосомами, а часть в виде фрагмента из 5–15 аминокислот выставляется в качестве мотива на поверхность антиген-презентирующей клетки (APC), в связанной с комплексом гистосовместимости-II форме (большой комплекс гистосовместимости, HLA-антиген).

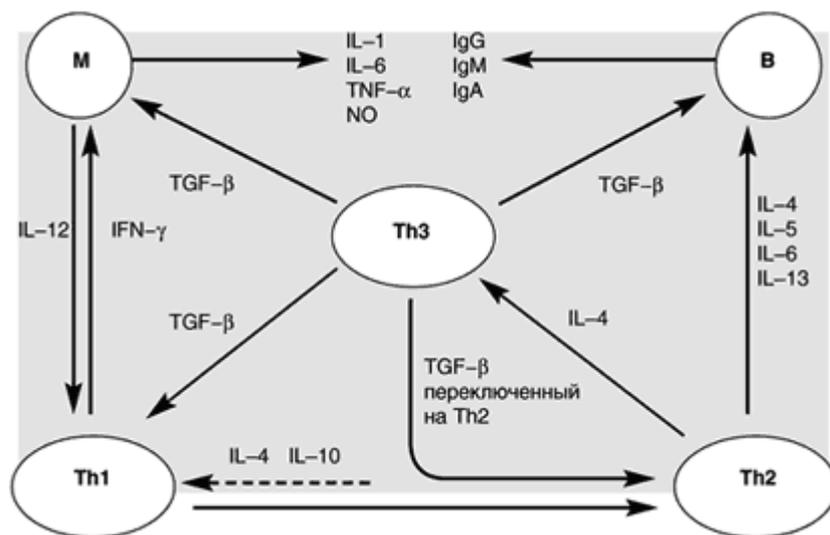


Рис. 1.

Следующий этап – немотивированные проходящие мимо T-лимфоциты (наивные) воспринимают мотив или мотивы МНС-комплекса, связывают их на собственные рецепторы и становятся регуляторными противовоспалительными Th3-лимфоцитами. В ближайшем лимфоузле в соответствии с числом мотивов они проходят стадию размножения различных клонов регуляторных лимфоцитов (Th3). Эта реакция проходит только в интервале потенций около 1–10 мкг/сут/вес тела. Высокие концентрации протеинов препятствуют образованию Th3-клеток. При средних (начиная с D₁₅) и высоких потенциях образования мотивов не происходит, так как не активизируются макрофаги.

«Мотивированные» Th3-клеточные клоны из лимфоузлов разносятся по всему организму через кровоток и лимфатическую систему. Хемотактически привлекаются Th3 клетки к источнику воспаления (хемокины, факторы системы комплемента) и встречаются со способствующими воспалению субпопуляциями Th1 и Th2-клетками, которые также несут на себе «мотивы» (антигены очага воспаления). При сходстве (даже приблизительном) мотивов Th3 и Th1, Th2 (молекулярно-биологический принцип подобия – Similia) происходит немедленное высвобождение Th3-лимфоцитарного цитокина – фактора тканевого роста TGF-β (трансформирующий ростовой фактор).

Этот цитокин влияет на снижение регуляции воспалительных лимфоцитов, причем высвобождаемые ими интерлейкины IL-4 и IL-10 поддерживают вновь синтез TGF-β: на практике наблюдается мощный противовоспалительный и обезболивающий эффект комплексных гомеопатических препаратов.

TGF-β связывается с клеточными рецепторами Th1 и Th2, происходит ингибирование экспрессии IL-1 и индукция синтеза рецепторных антагонистов IL-1, что, по-видимому, ингибирует синтез других провоспалительных цитокинов. Продуцирующие TGF-β Th3-лимфоциты обладают низкоуровневым регуляторным действием на провоспалительные

клетки (макрофаги, Th1) и синтезируемые ими воспалительные цитокины (интерферон, интерлейкин и TNF- α). Th2-клетки получают стимул с помощью TGF- β к усиленному синтезу противовоспалительных интерлейкинов (IL-4, IL-10), причем IL-4 вновь активирует Th3-клетки. Стимулированные B-клетками интерлейкины (IL-4, IL-5, IL-6, IL-13) из Th2-клеток приводят к стимуляции синтеза антител (IgG, IgM, IgA).

В экспериментальных исследованиях были протестированы потенцированные (D₂–D₆) субстанции растительного и животного–органического происхождения, дающие высокий синтез цитокина Th3-лимфоцитов TGF- β в культуре цельной крови. Среди классических гомеопатических препаратов наибольшую стимуляцию TGF- β вызывают противовоспалительные средства, входящие в целый ряд препаратов аналогичного действия: *Aconitum napellus*, *Arnica montana*, *Atropa belladonna*, *Bryonia cretica*, *Conium maculatum*, *Echinacea angustifolia*, *Euphorbium*, *Rhus toxicodendron*, *Sanguinaria canadensis*, *Hepar sulfur*, *Pulsatilla*.

Удачно составленные комплексы гомеопатических препаратов, в которых действие одного средства (в потенциях D₂–D₃), имеющего определенное специфическое свойство, дополняется, видоизменяется или усиливается действием другого средства, обладают мощным противовоспалительным свойством. Поэтому не удивительно, что такой препарат, как **инфлюцид** (DHU, Германия), содержащий в своем составе *Aconitum* (D₃), *Gelsemium* (D₃), *Bryonia alba* (D₂), *Eupatorium* (D₁), *Ipecacuana* (D₃), *Phosphorus* (D₅), способен контролировать гипертермию, боли в конечностях, кашель, гиперемию слизистых, воспалительные процессы в глотке и гортани, которые присущи всем лихорадочным простудным заболеваниям (грипп, парагрипп, аденовирусная, RS-инфекция и т.д.) независимо от ведущего патогена. Причем эти симптомы удается ликвидировать у 85–99% больных в течение 3–х суток (от 300 до 550 обследованных) (рис. 2).

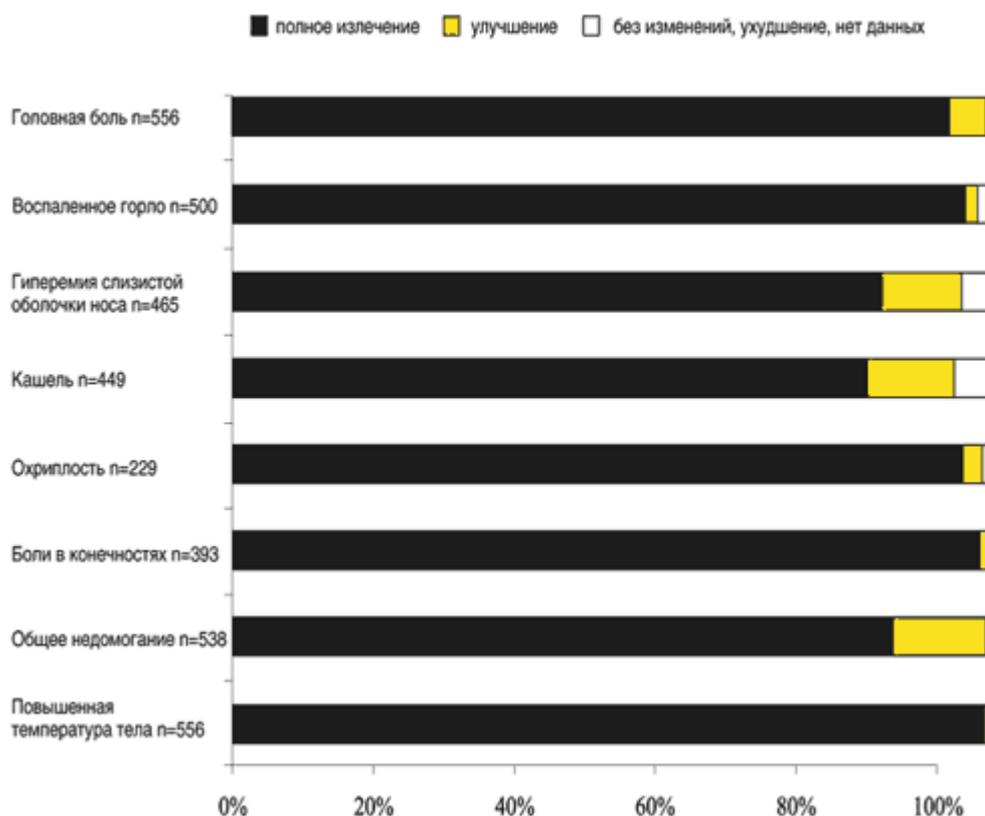


Рис. 2. Частота случаев ремиссии и улучшения на фоне применения препарата Инфлюцид при последнем индивидуальном обследовании (всего n=600)

Как следует из приведенных выше данных по вспомогательной иммунологической реакции, именно в первые часы и сутки заболевания потенцированный гомеопатический препарат, несущий на себе «образ» симптомов болезни, должен посылаться в организм с большой частотой подтверждения информации (по одной таблетке каждый час для взрослых и через 2 часа – для детей) до наступления улучшения. По мере стихания воспаления уменьшается потребность в синтезе цитокина TGF- β и активации Th3-лимфоцитов, поэтому поддерживающую терапию обычно рекомендуют проводить после подавления воспалительных реакций – в течение 10–14 дней, а для хронических заболеваний – до 2 месяцев (как для препаратов **циннабсин**, **тонзилотрен**, рассчитанных для лечения не только острых, но и хронических процессов).

Воспалительные заболевания глотки, имеющие разнообразных возбудителей (от грибов, бактерий, простейших до внутриклеточных возбудителей и вирусов), имеют три практически однотипных клинических картины – катаральный, пленчатый, везикулярный тонзиллофарингит, которым присущи в разной степени выраженности признаки воспаления – отек, гиперемия, боль, инфильтрация, лимфаденит. Поэтому гомеопатический комплекс, входящий в состав препарата **Тонзилотрен** (DNU, Германия), содержащий *Atropinum sulfuricum* (D₅), *Hepar sulfur* (D₃), *Mercurius bijodatus* (D₈), *Kalium bichromicum* (D₄), *Silicea* (D₂), наиболее подобен всем видам ангин – от катаральной до фолликулярной, включая обострение хронического тонзиллита (см. «Материя Медика» Берике). Соответственно препарат может не только снимать все виды острого воспаления, но и работать, как профилактическое средство в эпидемиологически опасные периоды, формируя толерантность.

Возможность контролировать по закону подобия ведущие проявления воспаления слизистых оболочек носа заложена в составе комплексного препарата **Ринитал** (DNU, Германия) за счет таких компонентов, как *Luffa operculata* (D₄), *Galphimia glauca* (D₃), *Cardiospermum* (D₃). Ринитал способен подавлять основные симптомы острого риноконъюнктивита: отек, ринорею, чихание, зуд, которые могут наблюдаться при остром инфекционном вирусном воспалении и определять симптомокомплекс острого аллергического ринита при поллинозе.

При исследовании действия Ринитала мы оценивали четыре показателя по 4–балльной системе выраженности каждого симптома – заложенность, конъюнктивит, чихание, зуд.

Если в первые сутки у 93,3% больных симптомы заложенности были выражены в значительной степени, то уже к 5–7 суткам заложенность отсутствовала или была слабо выражена у половины больных. К 28 суткам отсутствовала заложенность у 86,7%.

Симптомы поражения глаз – риноконъюнктивит (рис. 3) и чихание (рис. 4) в значительной степени выраженности наблюдались у 73,4% больных. Уже к 5 суткам риноконъюнктивит отсутствовал у 60% и был в слабой степени выражен у 23% детей. Значительное ослабление чихания или его отсутствие наблюдалось у 50% и 20% детей. К окончанию лечения 93,3% детей не имели признаков риноконъюнктивита и у 80% исчезло чихание.

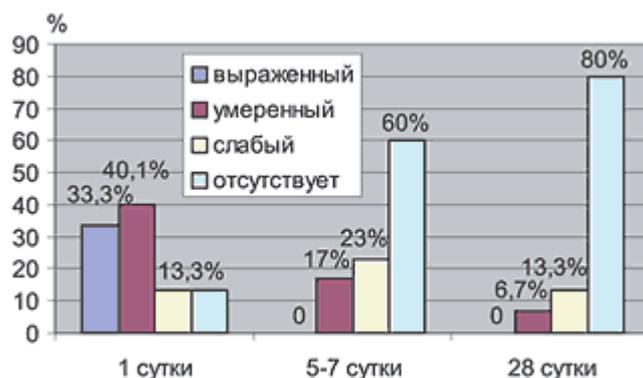


Рис. 3. Динамика риноконъюнктивита при лечении Риниталом



Рис. 4. Динамика чихания при лечении Риниталом

Тягостный симптом зуда, сильно выраженный в начальном периоде у 33,3% детей, полностью контролировался препаратом у 73% уже к 5 дню лечения (рис. 5). К 28 дню применения препарата отличные и хорошие результаты отмечены у 93,3% детей.

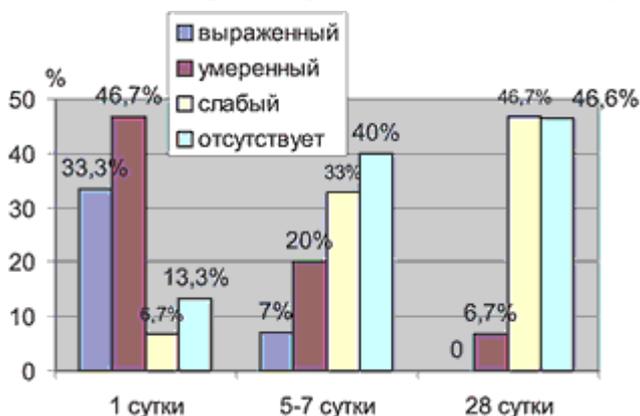


Рис. 5. Динамика выраженности зуда в носу при лечении Риниталом

Поддерживающая схема назначения этого препарата, составленного с учетом возможностей контроля за развитием воспаления в слизистой оболочке полости носа, естественно, может оказать помощь больным, предотвращая развитие обострения.

Комплексный гомеопатический препарат **Циннабсин** (Немецкий Гомеопатический Союз – DNU) содержит в своем составе средства, влияющие на патогенез синусита и топически покрывающие большинство основных звеньев этого процесса по локализации воспаления в околоносовых пазухах (фронтит, этмоидит и т.д.), изученных и описанных в лекарственных патогенезах его составных частей. В Циннабсине одновременно собраны пять препаратов, известных в гомеопатической фармакопее – *Materia Medica*, как активно воздействующие на течение воспаления в околоносовых пазухах. Исходя из принципа

гомеопатии о том, что «подобное лечится подобным», в препарате Циннабсин в каждом из его составляющих в т.н. гомеопатическом патогенезе можно найти клиническую картину, характерную не только для той или иной стадии воспаления, но и преимущественного поражения отдельных околоносовых синусов.

Так, *Cinnabaris* (киноварь, красный сульфат) описывает типичную клинику фронтита с сильной головной болью в области внутреннего угла глаза (этмоидит), применяется при вязкой слизи с неприятным запахом, стекающей от хоан в глотку, вызывающей неприятный вкус во рту. *Hydrastis* (гидрастис канадский) эффективен при подостром насморке с тягучим секретом, с болью в супраорбитальной области (фронтит, периостит лобной пазухи) и верхней челюсти. Изменяет реологические свойства тягучей, вязкой, с прожилками крови слизи. Применяется также при озене, может воздействовать на тройничный нерв. Препарат активен у астеников, гипотрофиков. *Kalium bichromicum* применяется при остром рините с водянистыми выделениями и ощущением сухости, заложенности и давления в области корня носа (1–я стадия воспаления). Заложенность быстро переходит в стадию желеобразной, вязкой, тягучей, трудноотделяемой слизи (2–я стадия воспаления) с образованием корок, вплоть до язв, что характеризует альтеративное воспаление. Характерна боль в области лба и верхней челюсти, четко локализованная, улучшение наступает от тепла и паровой ванны. *Echinacea* обладает выраженным иммуностимулирующим эффектом при хронических рецидивирующих инфекциях. *Barium chloratum (muriaticum)* эффективен при повышенной чувствительности к холоду, уплотнении регионарных лимфоузлов, ощущении тумана и тяжести в голове, паутины на лице, нагноении миндалин, обложенном языке, охриплом голосе, кашле, чихании по ночам, «насыхании» корок в носу, носовых кровотечений. Воздействует в трех направлениях: на вегетативную нервную систему, ретикулоэндотелиальную и иммунную.

В предпринятом нами исследовании участвовало 60 детей с синуситами в возрасте от 3 до 14 лет, находившихся на лечении в ЛОР–стационаре и консультативно–диагностическом центре Морозовской ДКБ. Отбор больных осуществлялся с учетом следующих критериев включения и исключения (табл. 1).

Таблица 1. Критерии отбора пациентов

Критерии включения	Критерии исключения
<ul style="list-style-type: none"> • Острый синусит • Обострение хронического рецидивирующего синусита • Продолжительность симптоматики 0–7 дней 	<ul style="list-style-type: none"> • Значительное искривление носовой перегородки • Прямые показания к проведению антибиотикотерапии • Пациенты, получающие сопутствующую лекарственную терапию, которая может отрицательно сказаться на результатах лечения • Пациенты с известной или предполагаемой гиперчувствительностью к препарату Циннабсин • Пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, психическими нарушениями

По возрасту пациенты распределились следующим образом: от 3 до 6 лет – 19 (31,7%) детей, от 7 до 9 лет – 13 (21,6%), от 10 лет и старше – 28 (46,7%) детей.

О характере поражения околоносовых пазух судили по клинической, эндоскопической картине, данным рентгенологического и ультразвукового сканирования. В исследовании с катаральными формами воспаления было 37 (61,7%) детей, гнойными – 23 (38,3%), из них 7 детей с обострением хронического гнойного гайморэтмоидита (табл. 2).

Таблица 2. Характер воспалительного процесса в околоносовых пазухах

Характер воспаления в пазухах	3–6 лет	7–9 лет	10 лет и старше	всего
1. Острый серозный синусит	1	1	1	3
2. Острый отечно–катаральный синусит	13	7	14	34
3. Острый гнойный синусит	4	5	7	16
4. Обострение хронического синусита	1	–	6	7
Всего	19	13	28	60

Препарат Циннабсин назначался по схеме (табл. 3). При остром процессе продолжительность терапии составила 28 дней, при хроническом – до 56 дней.

Таблица 3. Дозировка и способ применения препарата Циннабсин

При остром заболевании:	> в течение первых 1–2 дней сублингвально
• дети до 3 лет	> по 1/2 табл. каждые 2 часа (8 раз в день)
• от 3 до 12 лет	> по 1 табл. каждые 2 часа (8 раз в день)
• старше 12 лет	> по 1 табл. каждый час (12 раз в день)
В последующий период	> по 1–2 табл. 3 раза в день до выздоровления

В процессе лечения оценивали динамику отека слизистой оболочки полости носа, характер и количество отделяемого, сроки нормализации носового дыхания, регрессии болевого синдрома (головная боль и боль в проекции точек выхода основных ветвей тройничного нерва).

Если в первые сутки у 81,6% детей был выраженный отек слизистой оболочки полости носа и у 98% наблюдалось отсутствие или незначительное затруднение носового дыхания, то уже к 7 суткам незначительно выраженный отек выявлен у 60% детей, а у 71% нормализовалось носовое дыхание (рис. 6, 7).

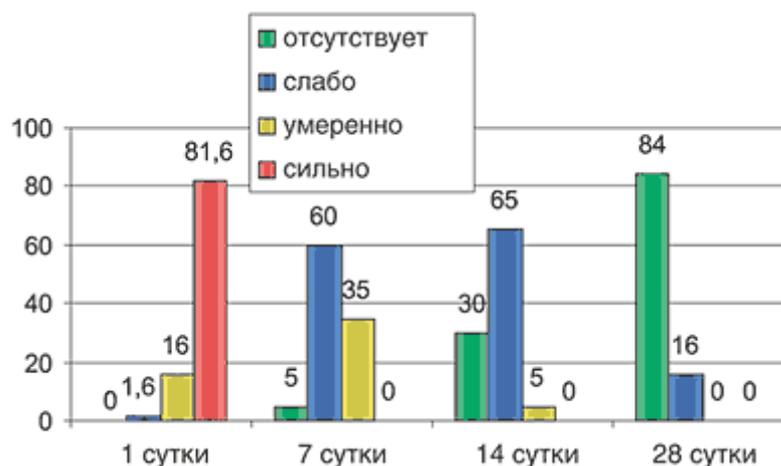


Рис. 6. Динамика отека слизистой оболочки носа при лечении Циннабсином

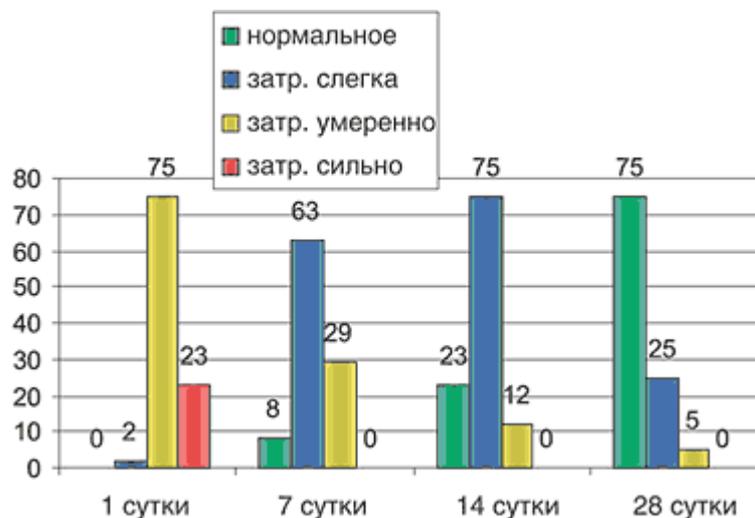


Рис. 7. Динамика носового дыхания при лечении Циннабсином

При поступлении у 57% детей было обильное отделяемое в полости носа и носовых ходах. Через 7 дней у 67% детей отделяемое не определено. К 14 суткам все показатели приходили к норме у 98% детей (рис. 8).

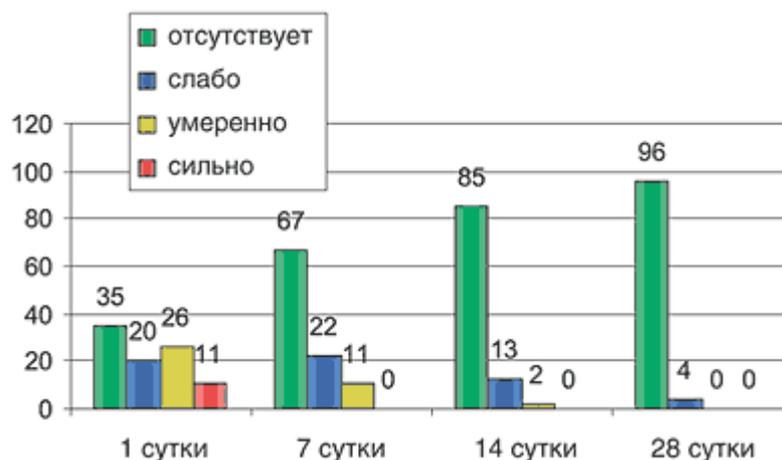


Рис. 8. Динамика отделяемого из носа при лечении Циннабсином

Важным симптомом, с точки зрения тяжести заболевания, является головная боль и боль в проекции пазух, которая при поступлении наблюдалась у 1/3 больных (рис. 9). Регресс этого симптома отмечен в течение 2–3 суток на фоне интенсивного приема препарата.

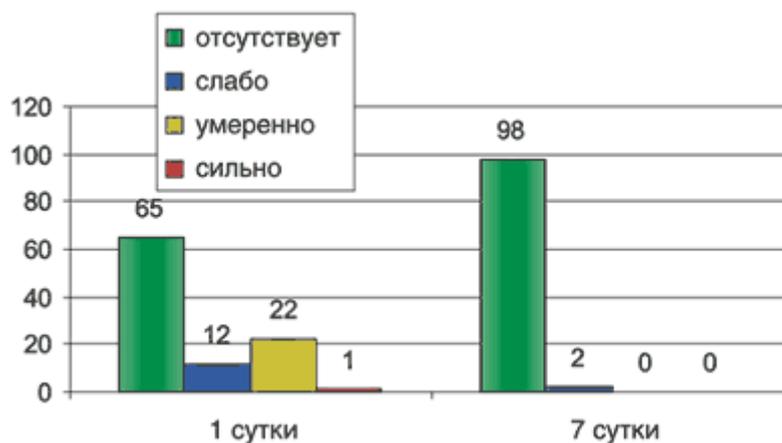


Рис. 9. Динамика головной боли и боли в области околоносовых пазух при лечении Циннабсином

Таким образом, препарат Циннабсин показал свою эффективность в комплексном лечении больных как с острыми, так и хроническими синуситами. Пролонгированная терапия острого синусита комплексным гомеопатическим препаратом Циннабсин (до 28 дней) уменьшает вероятность рецидива и перехода заболевания в латентное течение.

Наши данные подтверждают материалы многоцентрового исследования, проведенного в Германии у взрослых пациентов (более чем 900 больных) (рис. 10).

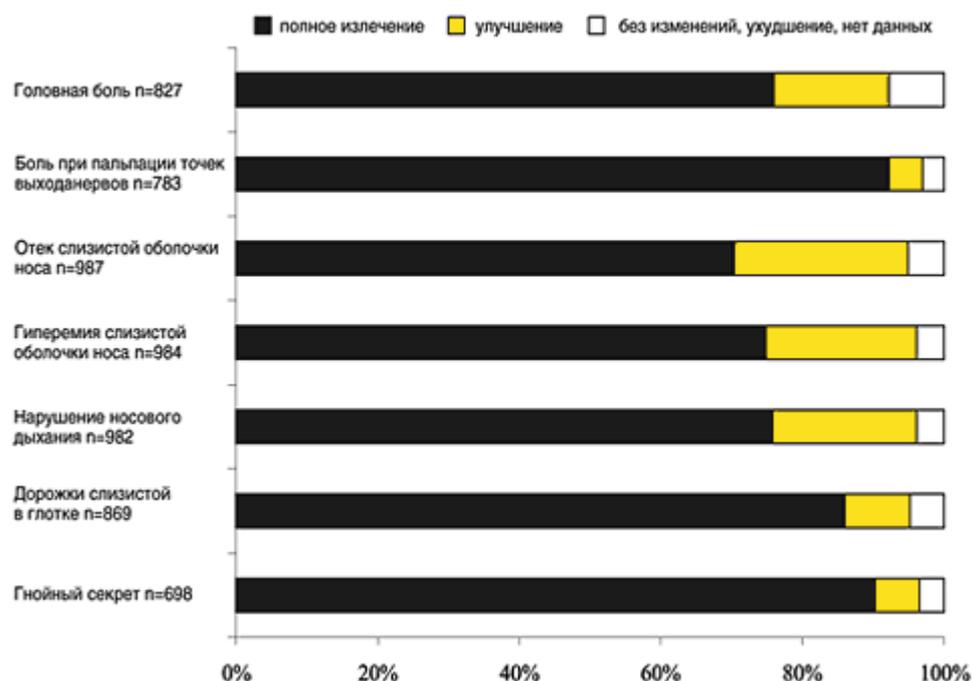


Рис. 10. Частота случаев ремиссии и улучшения после четырех недель лечения Циннабсином (всего n=989): процентные доли от числа пациентов, имевших соответствующий симптом к моменту включения в испытание

Как видим, накопленный за многие десятилетия опыт успешного применения гомеопатических препаратов позволяет в настоящее время успешно внедрять его в фундаментальную медицину. В своей практике гомеопатические лекарственные средства используют 50% врачей Индии, 40% – Великобритании, 32% – Франции, 30% врачей Германии и Австрии. То, что гомеопатические препараты эффективны, в настоящее время ни у кого не вызывает сомнения. К сожалению, современный уровень науки смог объяснить пока действие только низких потенций гомеопатических препаратов в иммунной вспомогательной реакции. За пределами сегодняшних знаний находятся механизмы действия сотенных, тысячных разведений, которые действуют на энерго–информационном уровне, а этими величинами оперирует только квантовая физика, информатика. Если для низких разведений подобными болезнями являются инфекционные заболевания, детские инфекции, дерматология, то для высоких потенций гомеопатических препаратов основными показаниями являются функциональные и психосоматические болезни, вегетативные и гормональные нарушения. В руках специалиста гомеопатический метод может быть успешным в большинстве случаев хронических болезней.

В настоящее время некоторые приемы гомеопатического метода лечения, в частности, комплексная гомеопатия, позволяют рекомендовать его использование врачами любых специальностей, не владеющих классическими приемами гомеопатии, как эффективное дополнительное лечение.

Литература:

1. Heine H. Immunologische Beistandsreaktion durch Antihomotoxische Therapie bei Gelenksentzündungen. Biol. Med., 1998; 27(4): 152–154.
2. Хайне Хартмут. Механизмы действия потенцированных комплексных препаратов, применяемых в антигомтоксикологической медицине// Биологическая медицина, 1999, № 2, с. 9–13.
3. Хартмут Хайне. Неврогенное воспаление как основа хронических болей – связь с антигомтоксической терапией// Биологическая медицина, 1999, № 2, с. 4–8.

4. Хайне Х. Взгляд на иммунитет с позиций медицинской биологии// Биологическая медицина, 2001, № 2, с. 4–14.
5. Берике В. *Materia Medica* гомеопатических препаратов. Смоленск, 1997.