

В. П. Костромина, Л. Б. Ярошук
ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ
ГОМОТОКСИКОЛОГИИ И ВОЗМОЖНОСТИ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Институт фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України

На протяжении истории всего человечества заболевания органов дыхания были одной из наиболее частых причин смертности среди взрослого и детского населения. Болезни органов дыхания, и в настоящее время, остаются быть самыми распространенными, в том числе и на Украине. Удельный вес их среди всех впервые выявленных и зарегистрированных заболеваний составляет 26,1 % [1, 5].

В последние два десятилетия спектр возбудителей воспалительных заболеваний органов дыхания претерпел существенные изменения, что решающим образом сказалось на современной характеристике ее структуры и терапевтической тактике. Всё чаще и чаще мы сталкиваемся с лекарственной устойчивостью микроорганизмов к разным группам антибактериальных препаратов, а рост аллергизации населения, ограничивает возможности врача в назначении этих средств. Значительно повысилась заболеваемость аллергическими болезнями, при этом все больший удельный вес приобретает бронхиальная астма (БА).

Слизистая оболочка дыхательных путей, как пограничная поверхность с окружающей средой, с каждым вдохом подвергается воздействию негативных факторов окружающей среды (бактерии, вирусы, но также в возрастающей степени химические вещества). Вполне понятно, что только лишь функционально-здоровая слизистая оболочка дыхательных путей в состоянии нейтрализовать и обезвредить тысячи вдыхаемых ежедневно патологических факторов.

Современные этиологические и патогенетические препараты не всегда способствуют полному морфофункциональному восстановлению слизистых оболочек дыхательных путей, что препятствует достижению полной ремиссии заболевания и предотвращению хронизации процесса. В последние годы в литературе имеются данные о системном поражении слизистых оболочек в организме. Так, установлено, что морфологические признаки хронического поражения слизистой бронхов встречаются с такой же частотой как и признаки хронического гастрита и дуоденита, и в меньшей степени сочетаются с поражением слизистой оболочки толстого кишечника. При БА, протекающей на фоне дисбактериоза кишечника, создаются условия для проявления патологического действия эндотоксина кишечной палочки на эпителий бронхиального дерева и желудочно-кишечного тракта. Закономерным следствием этого является снижение пролиферативной способности бронхиального, буккального, желудочно-кишечного эпителия у больных этих больных. В экспериментах *in vitro* доказано, что эндотоксин и другие факторы способны стимулировать выработку эпителиальными клетками провоспалительных цитокинов, поддерживать эозинофильное воспаление, миграцию эозинофилов через бронхиальный эпителий, а также, при

действии различных эндогенных и экзогенных протеаз и активируемых протеазами рецепторов, — приводит к повреждению эпителия, к формированию атрофических и склеротических процессов. Поэтому БА называют болезнью эпителия. Вызывает дискуссию влияние длительной терапии ингаляционными кортикостероидами на рост и развитие ребенка. По данным литературы, применение более чем 4 курса в год этих препаратов может негативно повлиять на функцию гипоталамо-гипофизарную систему [5].

Отдельным параграфом следует рассматривать заболевания верхних дыхательных путей, такие как ангины, фарингиты, ринофарингиты, трахеиты, которые являются наиболее частой причиной обращения к врачу как детей, так и взрослых. Эти заболевания часто не опасны, но сопровождаются потерей трудоспособности и являются причиной потери рабочего времени. По мнению многих авторов, вирусы являются причиной от 20 % до 80 % ангин и фаринго-трахеитов. Эти данные наталкивают на поиск новых средств и методов, с помощью которых врач может модулировать терапевтическую стратегию и отказаться от систематической антибиотикотерапии при воспалении верхних дыхательных путей, а главной задачей при терапии острых респираторных заболеваний (ОРЗ) является применение препаратов, которые устраняли или ослабляли бы клинические проявления ОРЗ, облегчали состояние больного и создавали оптимальные условия для активации собственных защитных сил организма.

Все это свидетельствует о необходимости расширения представлений о механизмах патогенеза заболеваний бронхолегочного аппарата и, следовательно, о выработке новой тактики лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий в лечении заболеваний органов дыхания.

Основной предпосылкой успешного лечения воспалительных заболеваний органов дыхания является понимание того, что, сам по себе факт воспаления, не является негативным феноменом. Воспалительный процесс, скорее, представляет попытку организма обезвредить и элиминировать попавшие в него токсические агенты (бактерии, вирусы, антигены, аутоантитела, экзо- и эндогенные химические вещества и т.п.). Естественно, что в случае серьезных инфекций дыхательного тракта на сегодняшний день преимущество остается за антибиотиками, но в любой ситуации, будь то критическая или же, это заболевание, не требующее срочного назначения антибактериальной терапии, каждый врач, подобно Пастеру не должен забывать, что "...микроб ничто, среда все...".

Вот почему использование препаратов, действующим началом которых является не антибиотическое или противовирусное вещество, но косвенно обладающих этими свойствами, оказывающих противовоспалительное, антиэкссудативное, обезболивающее действие, за счет активации собственных механизмов защиты и регуляции, т.е. обладающих иммуномодулирующим действием, является интересным и целесообразным.

В последние десятилетия в современной в медицинской науке одно из ведущих мест занимает биологическая медицина, которая включает в себя меры и способы воздействия на системы регуляции и реактивности человеческого организма, не химиотерапевтическими препаратами, а лекарственными средствами природного происхождения (фитотерапия, гомеопатия, гомотоксикология и т.д.) или же определенными терапевтическими методами (массаж, аккупунктура, мануальная терапия и т.д.), с целью мобилизации его резервных возможностей к исцелению [16]. Гомеопатические препараты уже более 200 лет успешно используются при лечении различных заболеваний [8]. На основе теории гомеопатии базируется теория гомотоксикологии, фундаментом которой является основополагающая научная концепция, средства достижения цели — антигомтоксические препараты (АГТП).

Механизм действия АГТП основывается на действии потенцированных органических протеинов, которые в них содержатся и оказывают свой терапевтический эффект с помощью вспомогательной иммунологической реакции [14], (патент № 397 50 559 зарегистрирован Немецким патентным ведомством в январе 1998 года "Хеель иммунологическая вспомогательная реакция в гомотоксикологии") профессором Хартмуном Хайне, руководителем Института антигомтоксической медицины и исследований в области основной регуляции (Баден-Баден, Германия).

В отечественной и зарубежной литературе на сегодняшний день имеется достаточное число публикаций, в которых доказана высокая клиническая эффективность и хорошая переносимость АГТП в лечении многих заболеваний, вообще, и органов дыхания, в частности [2, 3, 4, 8, 12, 14, 15, 16, 18, 22].

На 1479 пациентах из трех европейских государств (Германия, Бельгия и Португалия) в рамках мультицентрового исследования были проанализированы данные о терапевтической эффективности и переносимости препарата Энгистол. — в состав которого входит сера, оказывающая каталитический эффект на деятельность клеток и компонент Vincetoxicum, действующий на сосуды и симпатическую систему и Phosphor — Номассорд, восстанавливающий нарушенный обмен веществ и нормализующий воспаленную слизистую оболочку дыхательных путей. Энгистол применялся при гриппе и "инфекциях, вызывающих лихорадку" — ОРВИ как в монотерапии (основная группа), так и в комплексном лечении, наряду с препаратами против кашля, анальгетиками, сосудосуживающими каплями в нос, иммуномодуляторами (контрольная группа). В обеих группах хорошие и очень хорошие результаты были достигнуты более чем у 80 % пациентов. Развитие осложнений заболевания и сокращение продолжительности болезни на одну треть отмечено у 88,0 % больных основной группы и у 89,6 % больных контрольной группы. Кроме того в ходе исследований Энгистол подтвердил свою отличную переносимость пациентами и не вызывал каких-либо нежелательных эффектов [10].

Проведенное клиническое проспективное рандомизированное простое слепое плацебо-контролируемое исследование (IV фаза) по оценке эффективности лечения и профилактики силикоза антигомтоксическими препаратами Мукоза композитум, Лимфомиозот и Траумель на основе методологии доказательной медицины показало эффективность антигомтоксической фарма-

котерапии [13]. Гистологическое исследование биоптатов слизистой бронхов больных силикозом после проведенной АГТП подтвердило репаративное воздействие терапии в виде реверсии многослойного плоского и атрофированного бронхиального эпителия в многоярусный цилиндрический. Протективный эффект АГТП подтвержден в группах лиц с подозрением на силикоз. Профилактика снижала вероятность развития неблагоприятного исхода. Неблагоприятным исходом считался случай постановки диагноза в группах лиц с подозрением на силикоз, получавших и не получавших антигомтоксические лекарственные средства в течение 2-х лет.

Эффективность АГТП в комплексном лечении детей, больных рецидивирующим бронхитом, на этапе санаторно-курортного лечения доказана авторами на 127 детях. Использование комбинированного лечебного комплекса (биорезонансная вибростимуляция и Мукоза композитум на фоне санаторно-курортного лечения), способствовало ликвидации активности воспалительного процесса и интоксикации, восстановлению функции внешнего дыхания, улучшению показателей клеточного и гуморального иммунитета, снижению алергизации организма, формировании гармоничных адаптационных реакций. При длительном наблюдении за детьми продемонстрирована стойкость достигнутого эффекта: в течение года после завершения лечения снизилась восприимчивость детей к вирусным инфекциям, была достигнута продолжительная и стойкая ремиссия [3].

Мозалевский А.Ф. с соавт. [6] обобщил результаты применения АГТП *Echinacea compositum S* в комплексном лечении детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями органов дыхания как препарата, обладающего иммуномодулирующим действием. В проведенном клинико-экспериментальном исследовании, авторы отметили, что *Echinacea compositum S* активировала процессы внутриклеточного метаболизма в иммунокомпетентных клетках, стабилизировала их мембраны, что клинически проявлялось в уменьшении частоты рецидивов заболевания, развитии гнойных осложнений, а также предотвращало формированию тяжелых форм респираторных алергозов. Введение препарата экспериментальным животным с моделью иммунодефицита привело к активации процессов регенерации в корковом слое тимуса.

Исследования по лекарственному мониторингу, проведенные на больших группах пациентов, подтвердили противовоспалительное, противоэкссудативное и регенерирующее действие препарата Траумель, являющийся, в свою очередь, активным регулятором окислительно-восстановительных процессов. Траумель показан для общей активации сульфидных ферментов при гнойных и дегенеративных процессах, а также при развитии побочных действий химиотерапевтических препаратов [2, 3, 4, 9, 12, 15].

Двойное слепое рандомизированное исследование, проведенное в Польше, в котором участвовали пациенты, страдающие гормонозависимой БА, показало, что Траумель С, инъекционный подкожно раз в неделю на протяжении 20 недель, позволил снизить дозу принимаемого кортизона в среднем с 4,6 мг\день до 2,6 мг\день. Серологические тесты, проведенные в рамках этого исследования, выявили заметное уменьшение уровня Ig E, сопровождаемое одновременным увеличением уровня Ig A. Авторами отмечено, что Траумель С способствует значительному угнетению высвобождения медиаторов воспаления [19].

Эффективность применения АГТП в комплексном лечении рака гортани показана на 242 больных с I–III (T1–4 N0–3 M0) клиническими стадиями заболевания и морфологически подтвержденным диагнозом. Данные наблюдения за ближайшими и отдаленными результатами, показали, что в среднем по стадиям, трехлетняя безрецидивная выживаемость больных, получавших в комплексном лечении антигомотоксические препараты, превысила аналогичный показатель в группе больных, получавших лишь противоопухолевые химиотерапевтические средства на 18,6 % (89,1 % и 70,6 %, соответственно) [4].

Подводя итог сказанному выше, можно отметить, что принцип АГТП заключается в том, чтобы направить болезнь по пути выздоровления, поддерживая защитные силы самого организма. Их действие основано на принципе регуляции, связывания и выведения токсинов, иницировании подавленных биохимических и физиологических процессов, восстановлении клеточного и тканевого обмена, а также их функциональной деятельности. Образуя говоря, гомеопатическая составляющая "информирует" организм о состоянии его органов и процессов в норме и настраивает его деятельность на восстановление в отличие от аллопатической, которая "встраивается" в нарушенные процессы организма.

Применение АГТП при лечении заболеваний органов дыхания терапевтически и экономически целесообразно в связи с тем, что дает возможность контролировать воспалительный процесс, препятствует формированию хронических и дегенеративных процессов, сокращает продолжительность лечения, нивелирует негативные воздействия полихимиотерапии, не имеет противопоказаний, возрастных ограничений, не вызывает аллергии и не оказывает побочных действий.

Комплексные АГТП, при системном подходе к их применению, оказывают выраженный терапевтический эффект при, практически, любых заболеваниях органов дыхания, позволяя тем самым сократить дозировку, а в ряде случаев, отказаться от применения химиотерапевтических средств, вызывающих многочисленные побочные эффекты. А в ряде случаев биологическая терапия является единственной возможностью вернуть здоровье пациенту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданова А. В. Рецидивирующий бронхит у детей: Автореф. дисс. докт. мед. наук. — Л., 1990. — 42 с.
2. Гаркович Р. И., Ветвин В. В., Линде В. А. Введение в гомотоксикологию. — Санкт-Петербург, 1991. — 48 с.

3. Дудченко Л. Ш. Иммунореабилитация детей, больных рецидивирующим бронхитом, на этапе санаторно-курортного лечения // Автореф. дисс. канд. мед. наук. — Симферополь, 2004. — 24 с.
4. Каширин В. А. Эффективность использования антигомотоксических препаратов в комплексном лечении больных раком гортани. Биологическая терапия, 3. — 2000. — С. 3–8.
5. Маянский Д. Н. Патогенез бронхиальной астмы. Терапевтический архив. — 1996. — № 12. — С. 77–80
6. Мозалевский А. Ф., Цыпкун А. Г., Сапа И. Ю. и соавт. Препарат "Echinacea compositum S" в комплексном лечении детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями органов дыхания. Биологическая терапия, 4. — 1997. — С. 12–15.
7. Мозалевский А. Ф., Нетреба Н. И., Лисена Т. А., Радченко Н. А., Ахмад Мохсен. Влияние респираторных вирусов на эффективность иммунокоррекции при хронических заболеваниях легких у детей. // 5 Нац. Конгресс по болезням органов дыхания. 14–17 марта 1995, № 1283.
8. Симоненко Г. Г. Эффективность гомеопатических средств в комплексном лечении больных хроническим обструктивным бронхитом // Укр. пульм. журнал. — № 2. — 1998. — С. 46–49
9. Хайне Х. Механизмы действия потенцированных комплексных препаратов, применяемых в антигомотоксической медицине. Биологическая медицина, 2. — 1999. — С. 9–13.
10. Херцбергер Г., Вейзер М. Гомеопатическое лечение инфекционных заболеваний различного происхождения: мультицентровое исследование. Биологическая терапия, 1. — 1998. — С. 12–16.
11. Шмид Ф. Биологическая медицина. Научные взгляды, лекарственные средства и терапевтические методы (Пер. с англ.) — Аурулия-Верлаг, Баден-Баден, 1996. — 206 с.
12. Шмид Ф. Место антигомотоксической медицины в биологической науке. Биологическая терапия, 2. — 1997. — С. 4–10.
13. Шпигель А. С., Вакурова Н. В. Силикоз как клиническая модель гомотоксикоза. Возможность регрессивной викариации с позиции доказательной медицины // Биологическая медицина. — № 3. — 2003. — С. 45–55.
14. Heine H., Schmolz M. Immunologische Beistandsreaktion durch pflanzliche Extrakte in Antihomotoxischen Präparaten. Biol. Med., 27 (1). 1998. — P. 12–4.
15. Matusiewicz R. Traumeel S in the treatment of corticosteroid-dependent asthma. Biol. Med., 3. — 1996. — P. 107–112.
16. Reckeweg H. H. Ordinatio Antihomotoxica et Materia Medica. Biologische Heilmittel Heel, GmbH, 3rd English edition, Baden-Baden, 1989. — 526 p.
17. Teeter L.D. Drug resistance and chemotherapy. A perspective Cancer Bull, 41 (1). — 1989. — P. 14–20.
18. Heel. Ordinatio antihomotoxica et materia medica. — Baden-Baden, 1993. — P. 336–338.
19. Matusiewicz R. Traumeel S in the treatment of corticosteroid-dependent asthma. Biol. Med., 1996. — P. 107–112.
20. Tomasz A. Multiple antibiotic-resistant pathogenic bacteria. A report on the Rockefeller University Workshop N. Engl. J. Med., 1994. — P. 330–1247.
21. Heine, H. Neurogene Entzündungen als Basis Chronischer Schmerzen — Beziehungen zur Antihomotoxischen Medizin. Biol. Med. 1997. — 26 (6). — P. 246–50.
22. Heine, H., Schmolz, M. Immunologische Beistandsreaktion durch pflanzliche Extrakte in Antihomotoxischen Präparaten. Biol. Med. — 1998. — 27 (1). — P. 12–4.