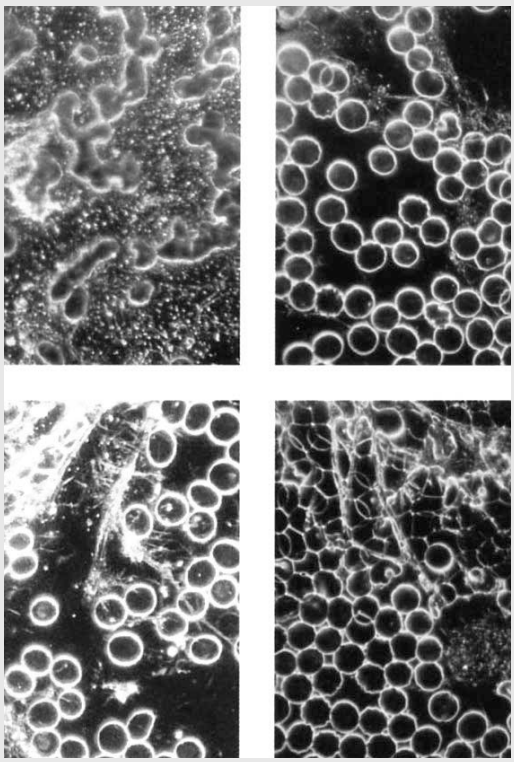
journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 1

Эндобионт

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



В номере:

Эндобионтная теория профессора Г.Эндерляйна

Омелотерапия в онкологии с точки зрения доказательной медицины

Омелотерапия: от эмпирических данных до уровня доказательной медицины

Методические рекомендации по проведению омелотерапии

№1 (1) 2007

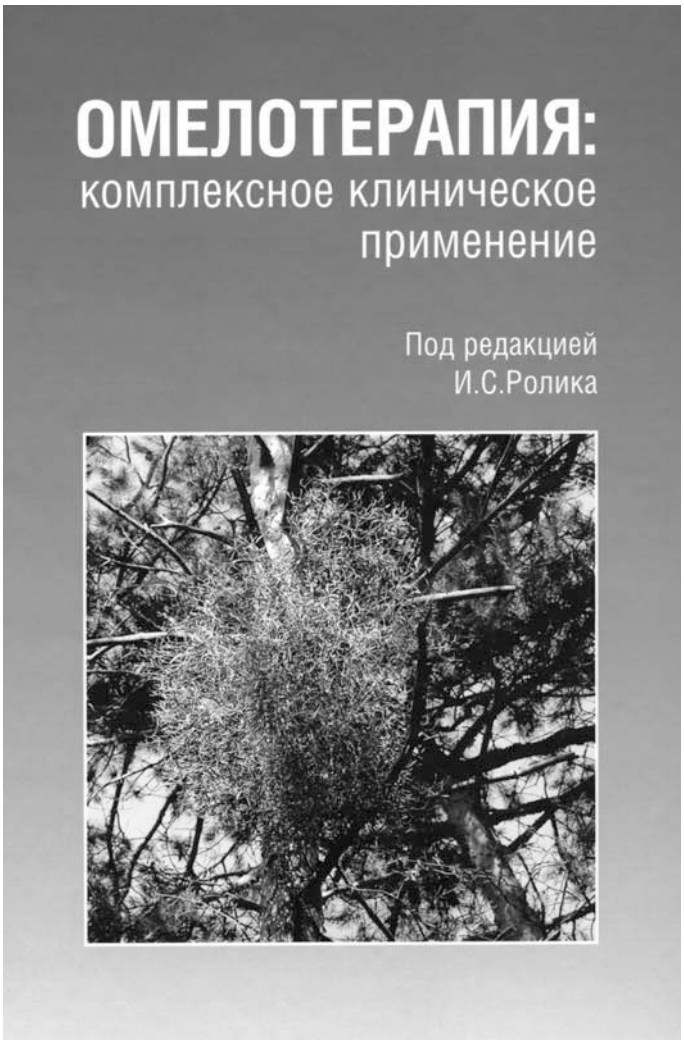
journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 2

BAAAAAAAB

И.С. Ролик, И.Е. Бахлаев, М.О. Симонишвили и др. Омелотерапия: комплексное клиническое применение. Руководство для практикующих врачей./ Под общ. ред. И.С. Ролика. Москва: НОЦ НАТУРВИТА. 2005. 448 с.

В руководстве основное внимание уделено наиболее эффективным препаратам пихтовой, яблоневой и сосновой омелы: Хеликсор А, Хеликсор М, Хеликсор П, производимым в Германии фирмой HELIXOR, являющимися базовыми средствами современной омелотерапии.

Омелотерапия является одним из часто используемых методов биотерапии в онкологической практике Европы. Сегодня омелотерапия является достоянием многих научных и медицинских центров мира с обширными программами исследований и практической деятельностью.



В руководстве представлен эмпирический и научный материал по использованию метода омелотерапии не только в иммунореабилитации больных раком, но и в лечении ряда других заболеваний в комплексе с природными средствами и методами, выступающими в качестве синергистов экстрактов омелы белой.

Всестороннее изучение фармакологических свойств экстрактов омелы белой, выполненное почти за вековой период времени, развеяло миф омелы белой. На сегодняшний день доказано, что омелотерапия препаратами Хеликсор обеспечивает реверсию опухолевого фенотипа в нормальный благодаря восстановлению тканеспецифической программы, пролиферации и дифференцировки клеток. Препараты обладают антиканцерогенными эффектами на клеточном уровне, влияя на системы репарации ДНК нормальных клеток, регулируя апоптоз, реализуя антимутагенные свойства, блокируя неоангиогенез в опухолевых тканях. Кроме того, они являются уникальными активаторами неспецифического (системы моноцитов/макрофагов, естественных киллеров, нейтрофильных и эозинофильных гранулоцитов) и специфического (Т- и В-лимфоциты) противоопухолевого иммунитета. Препараты Хеликсор выступают в качестве мощных синергистов различных противоопухолевых методов и средств при комбинированном применении, что позволяет их использовать как при профилактике рака, так и для целей иммунореабилитации онкобольных при проведении химио- и радиотерапии.

Наиболее широкая сфера применения омелотерапии при хронических вирусных инфекциях, в т.ч. при гепатитах С и В, иммунодефицитах (ВИЧ-инфекциях, пониженной инфекционной резистентности, синдроме хронической усталости), предраках, ряде дегенеративно-дистрофических заболеваний, аутоиммунных болезнях, в эстетической медицине для ревитализации сосудов, иммунной системы, кожи и др.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 3

BAAAAAAAB
!1(1) 200 7
ACDDCC-CDCCDCDCDCCC CDDCCC

ACDCCCDDDCDCCCC BCCCDCCDCCC DCDCCCC CC
CCCCCDD CC DCCCDCCCCCC CCCCCCCCDCCDDDCC C
DDCDC CCDDCCDD CCCCDCCCCDCC C CDDCCC
CDCDDDDCCCC CCDCCCCD
BCCCDDDCDCCCCCC DCCCCDCCDDDCC
AA ! BB77-28002

ACCCDCCD C DDDCCCDCCÐ
AAA ACDDDCCDC
127106C. ACDCCC, ACDDCCCDCDC CD-C, C. 6, C. 2
DCC.:(495) 482 47 47
DCCD: (495) 482 34 54
natur_vita@mai.ru
www.naturvita.ru

ADC CDCCC CCDCDCCD CCCCCCC CC CCDCDDCCC
CDCCC. ADC CCCCDCCCCCC, DCDCDCCCCCC,
CCDCCCDCDCC DDDCCC CC CDDCCC CCDCCDCCDCC.

ACCCD CCCCCDCCCCC CCDCDCCDCCCCC-
CCCCCDCDCDCCC CDCCCCC

Рассматриваются актуальные проблемы развития методов биотерапии - вакцинотерапии, омелотерапии, заместительной и системной энзимотерапии, фитотерапии, тканевой терапии - в современной медицине.

> *«В микробиологии нет такого понятия, как смерть, а есть трансформация»* - *микробиолог, доктор медицины В.Грюгер*

Прошло более ста лет с тех пор, как немецкий микробиолог Г.Эндерляйн выдвинул эндобионтную теорию. Она и по сей день актуальна. Эндобионты - микроорганизмы, живущие внутри других организмов. Наибольший интерес представляют болезнетворные эндобионты, которые паразитируют внутри клеток организма человека, в физиологических жидкостях, а при ослаблении защитных свойств вызывают развитие патологии.

Эндобионтная теория легла в основу инфекционных теорий многих заболеваний.

Разработанные профессором Г.Эндерляйном вакцины из болезнетворных эндобионтов обладают удивительными эффектами: подавляют патогенную трансформацию микробов, вызывая их реверсию в авирулентные формы, активируют функцию распознавания иммунной системы по отношению к широкому спектру возбудителей (поливалентность вакцинотерапии). Результаты такой вакцинотерапии можно оценить по данным не только клинических, лабораторных, но и микробиологических исследований, а также методом тёмнополевой микроскопии.

В последние годы выполненные работы в России и за рубежом подтверждают синергизм противомикробных эффектов вакцинотерапии профессора Г.Эндерляйна с такими методами, как омелотерапия, заместительная и системная энзимотерапия, фитотерапия, при использовании органопрепаратов для лечения многих острых и хронических заболеваний, в т.ч. и тех, которые представляют угрозу для жизни.



journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 4

BAAAAAAAB

СОДЕРЖАНИЕ

Эндобионтная теория профессора Г.Эндерляйна и тёмнополевая микроскопия в прижизненном изучении эндобионтов
Обзор 3

Туберкулиническая конституция и Санум-препараты
Шнайдер П 7

Хеликсор в эстетической медицине
Ролик И.С. 17

Омелотерапия в онкологии с точки зрения доказательной медицины
Бойт Й. 19

Омелотерапия: от эмпирических данных до уровня доказательной медицины
Ширхольц Й. 25

Противовирусная омелотерапия хронических гепатитов
Котова И.О. 47

Омелотерапия Хеликсором фиброзно-кистозной мастопатии и фиброаденомы молочной железы
Фишер О.А. 48

Клиническая эффективность сочетанного использования омелотерапии и фотодинамической терапии у больных раком
Лаптев В.П. 50

Методические рекомендации по проведению омелотерапии 51
I.Способы введения Хеликсора 51
Подкожные инъекции Хеликсора: классическая, поддерживающая, десенсибилизирующая схемы 51
Внутривенное введение Хеликсора – инфузионная омелотерапия 55
Интратуморальные инъекции Хеликсора 57
Интраплевральные инстилляции Хеликсора: омелотерапия плеврального выпота у больных раком 59
Внутрибрюшинные инстилляция Хеликсора: омелотерапия асцита у больных раком 61
II. Хеликсор в лечении и профилактике заболеваний 63
Омелотерапия артрозов и остеохандроза 63
Омелотерапия ревматоидного полиартрита 64
Омелотерапия фибромиалгии и синдрома хронической усталости 65
Омелотерапия синдрома Зудека 66
Омелотерапия узлового зоба и кистщитовидной железы 66
Омелотерапия хронических гепатитов 67
Омелотерапия неспецифического язвенного колита и болезни Крона 69
Омелотерапия миомы (миоматоза) матки 70
Омелотерапия эндометриоза 71
Омелотерапия папиломавирусной инфекции 72
Омелотерапия фиброзно-кистозной мастопаии 73
Омелотерапия хронических рецидивирующих инфекций и иммунодефицитов 74
Омелотерапия аденомы простаты 74
Хеликсор в профилактике рака 75

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 5

BAAAAAAAB

Эндобионтная теория профессора Г.Эндерляйна и тёмнополевая микроскопия в прижизненном изучении эндобионтов.

Из кн.: Blutuntersuchung im Dunkelfeld nach Prof.Dr.Günther Enderlein. Hoya: Semmelweiss-Verlag. 1993. 92 S.

Основные положения

В отличие от множества случайных болезней, вызываемых такими микробами, как *Micrococcus catarralis, Bacillus influenzae, Treponema syphiliticum* etc., существуют два паразита, которые постоянно сопровождают человека, находясь с ним в симбиозе. Более того, эти два паразита находятся в симбиозе и между собой. При этом их симбиоз носит сателлитный характер: выделяя метаболиты, они взаимно стимулируют рост друг друга, усиливают вирулентность.

Первый из них – это микобактерия туберкулёза, которая может паразитировать в организме, находясь на разных стадиях развития. При этом некоторые из них являются патогенными для человека и могут вызывать туберкулёз. В примитивных стадиях, названных Г.Эндерляйном протит и хондрит, она беспрепятственно проникает через плацентарный барьер и инфицирует эмбрион.

Существует **второй, еще более опасный для человека паразит, Mucor racemosus fresen**, названный Г.Эндерляйном **эндобионтом,** который биологически и функционально тесно связан с палочкой Коха (сателлитный симбиоз)**.**

Mucor racemosus fresen является составной частью резидентной (постоянной) внутриклеточной микрофлоры животных и, по мнению Г.Эндерляйна, не может быть – а возможно и не должен быть – элиминирован. Исследования показали, что млекопитающие были инфицированы им миллионы лет назад. Этот грибковый паразит проходит в организме весь цикл (стадии) своего развития и инфицирует органы и ткани. Манифестация болезни во многом определяется стадией развития этого эндобионта.

Согласно данным профессора Лешке, все сперматозоиды и яйцеклетки млекопитающих инфицированы грибом Mucor racemosus fresen.

Таковы основные положения эндобионтной теории профессора Гюнтера Эндерляйна, которую он предложил в 30-е годы прошлого века после 60 лет кропотливых научных исследований.

В связи с этим уместно привести слова профессора Макса Планка:

«В науке, чтобы утвердилась новая, революционная идея, требуется даже не 30, а 60 лет. Это может произойти не только после смерти старых профессоров, но и после смерти их учеников».

История

В современной медицине все еще коренятся **три фундаментальные ошибки**. Пришло время раз и навсегда избавиться от них. Именно они стали преградой к пониманию природы и, как следствие, биологических связей, которые являются причиной болезней вообще и хронических болезней в частности.

Первая ошибка *связана с именем профессора Фердинанда Кона (ботаника из Бреслау), который в 1870 пришел к выводу, что микробам свойственна только одна форма репродукции и развития (**мономорфизм**). Профессор Г.Эндерляйн научно доказал явление **полиморфизма** – существования различных стадий, фаз и форм развития и репродукции микробов и изложил их в своей работе "Циклическое развитие бактерий". Он считал, что мономорфизм невозможен биологически, природа никогда не создает статических, неизменных жизненных форм.*

Все паразиты, персистируя в организме человека, проходят в своём развития следующие стадии:

1. Коллоид (примитивная) >
2. Бактерия (промежуточная) >
3. Гриб (завершающая, или кульминационная).

Однако, это не означает, что все микробы развиваются до грибковой стадии. Их развитие во многом зависит от питательной среды и от собственного генома, определяющего уникальность свойств каждого микроорганизма.

Питательная среда рассматривается Г.Эндерляйном как существенный фактор

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 6

развития паразитов. При этом её кислотность во многом определяет вирулентность и жизнеспособность микробов (табл.).

Таблица. Наиболее благоприятная кислотность среды для «комфортного» внутриклеточного паразитирования эндобионтов.

Стадии развития	Наиболее благоприятная кислотность среды
Примитивная	Повышенная щёлочность (высокие значения pH)
Бактериальная	Умеренная щёлочность (средние значения pH)
Грибковая	Закисление (низкие значения pH)

Микроорганизм находится на достигнутой стадии развития при условии постоянного значения pH. Связанная с pH (питательной средой) остановка дальнейшего развития и отсутствие признаков инволюции названа Г.Эндерляйном блокировкой развития.

В силу внешних (температура, свет, механическое, химическое или электрическое воздействие) или внутренних причин, когда снимается эта блокировка, микроорганизм приобретает способность к дальнейшему развитию или инволюции.

При этом установлено, что на каждой стадии развития микроорганизм синтезирует специфические органические кислоты (например, молочную, лимонную и др.).

Патогенность микробов всегда обусловлена какой-то одной стадией развития, реже двумя или тремя (например, дифтерийная палочка). У эндобионтов почти все стадии развития достаточно вирулентны, за исключением примитивных стадий – протита и хондрита, - которые вступают даже в антагонистические взаимоотношения по отношению к другим патогенным микробам (антагонистический симбиоз).

Все стадии развития эндобионтов можно наблюдать в крови человека и животного при помощи метода тёмнополевой микроскопии.

Вторая ошибка *исходит от профессора Вильяма Харве (патолога и физиолога из Лондона), который ещё в 1651 году рассматривал клетку как наименьшую функциональную биологическую единицу. Профессор Г.Эндерляйн в своих работах «Конец царства клетки как основной биологической единицы», вышедей в "Botanisches Zentralblatt" в 1921 г., «Циклическое развитие бактерий», вышедшей отдельно в 1925 г. и в "Archiv fur Entwicklungsgeschichte der Bakterien" в 1931 г., опубликовал данные, опровергающие эту точку зрения. По мнению Г.Эндерляйна, именно протит, а не клетка, является наименьшей биологической единицей. Название протит им было выбрано по аналогии с протоном, известной в то время самой мельчайшей ядерной частицей.*

Третья ошибка *была допущена профессором Луи Пастером (химиком и биологом из Парижа) в 1873 г., утверждавшим, что кровь – стерильна.*

Г.Эндерляйн писал, что наша кровь – не стерильна; более того, она служит «игровой площадкой» для множества патогенных и непатогенных микроорганизмов. Сейчас эта точка зрения уже никем не оспаривается. Кроме того, хорошо известно, что кровь является наилучшей питательной средой для паразитов.

Микробами, как и более сложно организованными существами, движут желания и инстинкты, писал Г.Эндерляйн. В данном контексте для эндобионтов Г.Эндерляйна вполне приемлем подход Фрейда, где движущими силами поддержания жизнедеятельности паразитов являются:

a) инстинкт самосохранения,
b) стремление к воспроизведению,
c) стремление доминировать.

Инстинкт самосохранения проявляет себя в «прожорливости»: Эндобионт (Mucor racemosus Fresen) – жадный потребитель протеина. Логическое следствие этого: микробам присущ мини-метаболизм, в результате которого синтезируются

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 7

специфические для каждого микроба органические кислоты:
- молочная кислота - Mucor racemosus Fresen,
- лимонная кислота - микробактерия туберкулеза, Aspergillus.

Стремление к воспроизведению проявляет себя как «стремление к соединению» (копуляции) и характерно для всех стадий развития микробов (начиная с примитивной и включая внутриклеточную в крови). В результате чего образуются «симпласты», по Эндерляйну, которые закупоривают кровеносное русло, вызывая гипоксию тканей. Симпласты представляют собой коллоидную массу из эндобионтов ("симпротитов", по Эндердяйну), тромбоцитов, эритроцитов, лейкоцитов.

Эндерляйн вводит термин «спермит», означающий мужскую половую клетку всех микроорганизмов. Он пишет, что микробные спермиты – это крошечные самцы, состоящие из маленькой головки симпротита и тела Filum flagellum. Эндерляйн установил, что очень подвижные спермиты, находящиеся на стадии развития хондрита, таких бактерий, как Mucor racemosus, Aspergillus niger (микробактерия туберкулеза), холеры и других бактерий, обладают повышенной способностью к соединению с клеточным ядром тех же видов микробов, но находящихся на высших стадиях развития.

Вследствие соединений такого рода с бактериальными и грибковыми ядерными структурами происходит немедленное разложение и распад бактерии или гриба. Однако, этот процесс вовсе не означает повреждение или разрушение бактерии, как утверждали ранее бактериологи. Они ошибочно полагали, что во время этого процесса бактерия поглощалась. Скорее, происходит переход патогенной бактерии в непатогенную, примитивную стадию. Эту стадию нельзя считать паразитической. Она не вирулентна. И в этой стадии микробы элиминируются через эпителий, мочеточник, кишечник или бронхи из организма человека или животного.

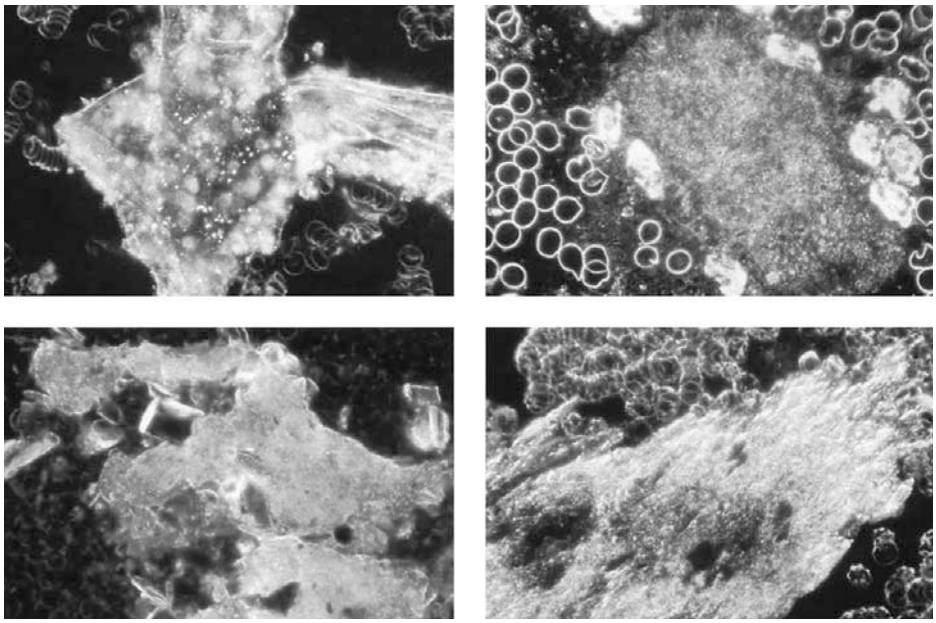
Всё это напоминает процесс поглощения микробной клетки бактериофагом. По Эндерляйну, это – чистейший биологический процесс сексуальной природы, совершающийся на хондритной (примитивной) стадии развития микроорганизмов, и при этом якобы уничтоженная бактерия лишается своих паразитических свойств и обретает новую жизнь в качестве «странника».

Что касается репродукции, Эндерляйн различает два способа:
Ауксаногения – простой, хорошо известный способ размножения: бактерия/микроб делится на две части (особи).
Пробегения (Probaenogie) - прогрессивный рост, который основывается на квантобиологических изменениях (скачках) и зависит в основном от изменений pH среды: развитие (по восходящей) любого микроорганизма связано со снижением pH.

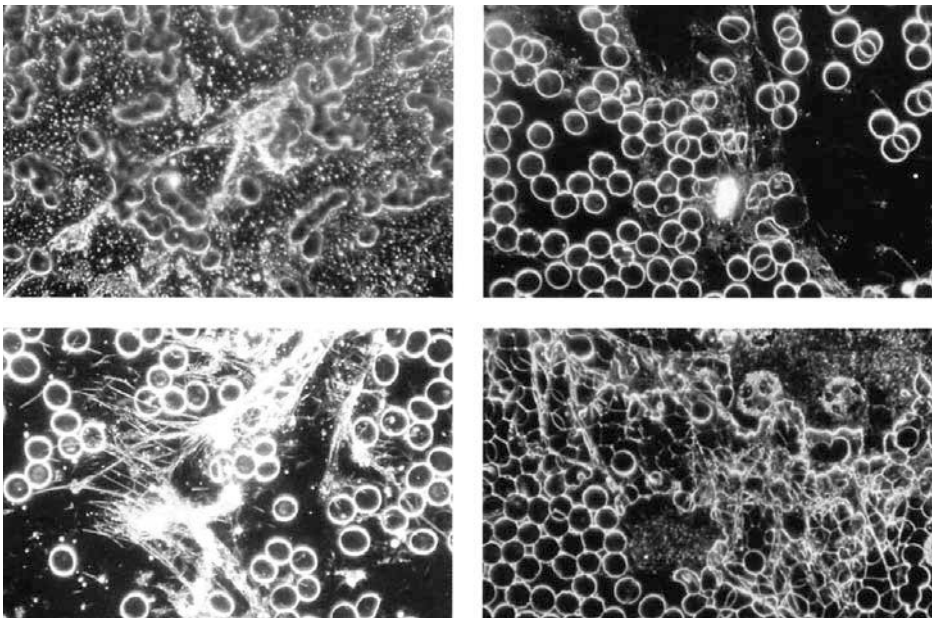
Стремление доминировать выражается в тенденции объединяться - собираться вместе и «пускать корни», чтобы достигнуть более высоких и стабильных форм существования и развития. И здесь все стадии развития – в т.ч. различного происхождения – могут участвовать в этом процессе. По наблюдениям профессора Johannes Wislicenus (немецкого химика и основателя стереохимии), образуемые коллоидные блоки могут иметь более 18 триллионов вариаций, которые, в свою очередь, могут соединяться в организме с различными химическими субстанциями, включая тяжелые металлы (по Эндерляйну, это – закрепление). Подобное «закрепление» препятствует дальнейшему развитию (по восходящей) микроорганизмов, но, с другой стороны, эти структуры выступают в качестве своего рода микротромбов, затрудняющих микроциркуляцию.

В кровеносной системе они наиболее доступны для изучения. При микроскопии их ошибочно можно принять за грибы. Установив доминантную стадию развития на текущий момент и приняв во внимание историю болезни и клинические исследования, можно прийти к важным диагностическим и терапевтическим выводам.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 8



Симпласты Эндерляйна - коллоидная масса из эндобионтов и форменных элементов крови под тёмно-полевым микроскопом.



Mucor racemosus в виде фибринной сетки на фоне распадающихся эритроцитов под тёмно-полевым микроскопом.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 9

BAAAAAAAB

Туберкулиническая конституция и САНУМ-препараты. Шнайдер П.

Schneider P. The Tubercular Constitution as a Common Caus of Chronic Deseases and its Treatment with Naturopathic „Regulation Therapie“. Hoya: Semmelweis-Institut. 2005. 20 S.

Со времён С. Ганемана (около 200 лет назад) является актуальной теория «миазмов» или теория хронических заболеваний человека, выделяющая 3 основных «миазма»:

- сифилитический,
- сикотический,
- псорический.

Сведение всех хронических болезней к трем инфекциям в какой-то мере обосновано, с одной стороны, тем, что они были известны ещё во времена С. Ганемана, а с другой – тем, что в них он видел модель развития хронических болезней.

В последующем теория пополнилась ещё одним миазмом – туберкулиническим. По мнению Alen, **туберкулинический миазм** – это совокупность черт псорического и сифилитического миазмов.

Аллен называет его «безусловно, самым частым из всех болезненных состояний», которое может быть как наследственным, так и приобретенным.

Г. Лукас (2001 г.) связал типы темперамента И.П.Павлова с миазмами (табл. 1):

- сильный уравновешенный тип соответствует «псорику» в гомеопатии,
- спокойный уравновешенный – «сикотику»,
- слабый заторможенный – «сифилитику»,
- сильный неуравновешенный (раздражительный) – представителю туберкулинического миазма.

Таблица. Миазмы и основные черты типов темперамента по И.П. Павлову.

Основные черты	Темперамент			
	Сангвинический	Холерический	Флегматический	Меланхолический
Тип ВНД	Сильный, уравновешенный, подвижный	Сильный, не-уравновешенный	Сильный, уравновешенный, инертный	Слабый
Реактивность	Повышенная	Высокая	Незначительная	Малая
Сенситивность	Пониженная	Малая	Пониженная	Высокая, болезненная
Направленность	Экстраверт	Экстраверт	Интроверт	Интроверт
Эмоции	Выдержан, пластичен	Несдержан, вспыльчив	Невозмутим, спокоен, терпелив	Эмотивен, обидчив, плаксив
Мимика	Живая и выразительная, быстро говорит и громко смеется	Избыточная мимика и жестикуляция	Бедная и невыразительная, медленно говорит	Бедная и невыразительная, говорит и плачет тихо
«Миазм»	Псорический	Туберкулинический	Сикотический	Сифилитический
Гомеопатический препарат	Psorinum	Tuberculinum	Medorrhinum	Syphilinum

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 10

BAAAAAAAB

Слово псора происходит от греческого слова ψώρα, что означает «чесотка». Используя это слово, Ганеман имел в виду болезнь, которая характеризуется своеобразной кожной сыпью. Для Ганемана псора - это болезненное состояние или предрасположенность к нему, передающееся по наследству из поколения в поколение и являющееся основой возникновения многих заболеваний. Для псоры характерны функциональные нарушения без органической патологии, возникающие, как правило, вследствие дефицита ряда нутриентов (микроэлементов, витаминов и др.).

Главным проявлением сифилитического «миазма» является «катастрофичность». Καταστροφή по гречески означает гибель, разрушение. Клинически сифилис проявляется повреждением клеток и тканей, например: язвообразование, быстрое развитие метастазов и др.

Слово **сикоз** происходит от греческого слова σύκο - [сико], что означает инжир. С.Ганеман использовал его для обозначения сикотического миазма, т.к. больной, у которого преобладает сикоз, имеет тенденцию к выделениям, а также к различным новообразованиям (в т.ч. кожи). На соматическом уровне преобладают гиперплазия и гипертрофия. Также классическим проявлением сикоза являются: задержка жидкости в тканях, воспалительные процессы, образование кист и т.д.

Для **туберкулинического миазма** характерны черты и псорического и сифилитического миазмов: склонность к нагноению, образование свищей, дивертикулов, рубцов, истощение организма, прогрессирующая слабость, выраженная потливость и др. Данный миазм является основой возникновения хронических болезней, известных как паратуберкулёзные заболевания. В связи с этим вакциноподобные средства (нозоды) из микобактерии туберкулёза Bacillus tuberculosis фирмы САНУМ – Latensin (Bacillus cereus), Utilin S (Mycobacterium phlei), Bovisan, Sanukehl Myc (Mycobacterium bovis) - рассматриваются как конституциональные средства, повышающие реактивность организма и инфекционную резистентность к микобактерии туберкулёза, способствующие реверсии вирулентных форм микобактерий в авирулентные.

Туберкулиническая конституция не означает туберкулёз с его характерной клинической картиной. Термины «паратуберкулез», «туберкулинический» или «туберкулезный миазм» являются синонимами туберкулинической конституции, вполне уместны и широко используются в литературе.

Около 100 лет тому назад в мире были широко распространены различные клинические формы туберкулеза. По данным ВОЗ, в конце XX века наблюдался очередной «всплеск» заболеваний туберкулезом, в том числе и в России. Многие известные ученые проводили интенсивные исследования этого заболевания. Роберту Коху (Германия) первому удалось установить диагноз туберкулеза и разработать его лечение (Tuberculinum Koch). Его помощник Карл Шпенглер продолжил эту работу и обосновал методы диагностики и лечения этой хронической болезни, основываясь на результатах исследований Коха (Spengler, 1911). Прежде всего, работа К.Шпенглера касалась различной морфологии штаммов Mycobacterium paratuberculosis и близких взаимосвязей между туберкулезной палочкой и патогенными бактериями сифилиса.

К.Шпенглер показал, что присутствие патогенных штаммов сифилитической спирохеты может обнаружиться в клетках организма в крайне малом количестве, часто недостаточном для возникновения этого заболевания в течение всей жизни человека.

Считается, что широкое распространение «унаследованного сифилиса» возникло с начала XVI столетия, когда все население Европы подверглось пандемии сифилиса, «импортированного» из Америки. Те, кто не умерли от этой инфекционной болезни, сохранили «остаточную интоксикацию» в организме, которая передавалась через поколения и, согласно Шпенглеру, позже обнаруживалась как «наследственная».

Шпенглер разработал теорию так называемых «коллоидов Шпенглера», которые являются антигенами различных бактерий, получаемых из крови высоко иммунизированных кроликов. При помощи этих коллоидов стало возможным диагностировать различные «унаследованные» хронические болезни типа туберкулеза и сифилиса (диагностикумы POLYSANS фирмы SANUM).

При исследовании трансплацентарного канцерогенеза на мышах (Schneider, 1981) было замечено, что в поколении-F2 только у тех животных отмечалось увеличение

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 11

возникновения опухолей, чей родитель того же самого пола был трансплацентарно подвергнут воздействию химического канцерогена DMBA.

Французский химик и фармацевт Антуан Бешамп (Béchamp, 1912) установил, что некоторые микроорганизмы могут пребывать в различных формах и стадиях развития. При вполне определенных условиях эти микроорганизмы могут развиваться от самых низких форм до высоко развитых – бактерий и грибков, в том числе с патогенными свойствами. А. Бешамп обнаружил, что все клетки животных и растений содержат мельчайшие гранулы - микрозимы («microzymas»), которые не погибают после смерти организма. Кроме того, из этих микрозимов могут развиться другие микроорганизмы. Микрозимы представляют собой мостик между неживой и живой материей. **Этим можно объяснить эндогенное происхождение различных заболеваний.**

Клод Бернард (Claude Bernard), французский физиолог и современник А.Бешампа, подтвердил его результаты и, кроме того, обнаружил, что рост и развитие патогенных микроорганизмов в основном обусловлен той средой, в которой они размножаются.

Луи Пастер критически относился к результатам исследований А. Бешампа и К. Бернарда, утверждая, что бактериям свойственна только одна форма репродукции и развития (согласно теории «мономорфизма» Ф. Кона и Роберта Коха). Точка зрения Л. Пастера преобладала среди его современников и все еще продолжает существовать в наши дни. Тем не менее, на пороге смерти Пастер сказал: «Бернард прав: среда - всё, микроб – ничто».

После 20-летнего изучения наследия Л. Пастера (около 10 000 страниц лабораторных протоколов Пастера) историком Дж. Гейсоном (G. L. Geison) из Университета Принстона были выявлены не только безусловные заслуги Л. Пастера, но и факты манипулирования им некоторыми результатами своих опытов, что тем самым является нарушением медицинских, научных и этических правил. В 1993 эти данные рассмотрены американской Ассоциацией развития науки (Association for the Advancement of Science) в Бостоне и на их основе в 1997 году была издана книга, содержащая анализ данных Дж. Гейсона (Geison, 1997).

Другой исследователь - Фонтес (Fontes, 1910) - продолжил работы К. Шпенглера. Он добавил важное доказательство в теорию плеоморфизма (полиморфизма) бактерий. Фонтес впервые предоставил доказательства контагиозности (заразности) очищенных от бактерий фильтратов туберкулезных культур. В результате своего исследования Фонтес предположил, что может быть унаследована не только предрасположенность к туберкулезу, но также и «добактериальная форма» в его «фильтрующемся» варианте. В дальнейшем он считал, что этот «вирус» может оставаться скрытым («латентный туберкулез») или может медленно развиваться в классический бактериальный тип.

Гюнтер Эндерляйн (G. Enderlein), зоолог и микробиолог, хранитель зоологического музея Берлинского Университета, служил микробиологом в немецкой армии во время Первой мировой войны. В 1916 году в журнале Друзья природных исследований («Friends of Natural Research») он опубликовал доклад о своей деятельности в качестве военного врача-бактериолога и о результатах исследований стадий развития бактерий. Его монография на эту тему была издана в 1925 (Enderlein, 1925). Описывая морфологические факты, ранее неизвестные в микробиологии, Г.Эндерляйн разработал новую микробиологическую теорию и терминологию.

Согласно Г. Эндерляйну, любой микроорганизм имеет свой цикл развития. Цикличность развития (циклогения) патогенных и непатогенных микроорганизмов означает их изменения и прохождение через все стадии развития – валентности. Всякий цикл развития начинается с вирусной стадии, затем проходит через стадии и формы с более высокими валентностями, подобно коккам и бациллам, и достигает высшей точки развития - грибковой стадии. Хотя это и было известно до Г. Эндерляйна, но значение бактериальной стадии точно не было объяснено. Г. Эндерляйн также установил, что увеличение валентности микроба по мере его развития зависит от среды обитания (крови и тканей), а также от уровня pH.

Бактерии могут размножаться непосредственно делением (ауксаногения), а также делением после предшествующего слияния ядер клеток (пробеногения). Это является важным для понимания процессов развития микроорганизма, когда он достигает более высокой стадии своего существования, а также возможности реверсии микроорганизма – трансформации в предшествующие более низкие стадии своего развития.

Спустя 42 года после открытия Г.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 12

Эндерляйна – в 1958, Ледербергу (Lederberg) была присуждена Нобелевская премия за его открытие полиморфизма и половое размножение бактерий путем слияния клеточных ядер (Lederberg, 1958).

Кроме обозначения различных стадий в развитии микроорганизмов, Г. Эндерляйн также успешно доказал существование самого важного симбионта (эндобионта - по Г. Эндерляйну) у теплокровных существ – Mucor racemosus Fresen. В 1870 году он обнаружил Mucor racemosus Fresen во всех его стадиях развития: от вирусной до грибковой. В низких валентных стадиях эндобионт существует как физиологический регулятор (!). В более высоких валентных стадиях в зависимости от условий внутренней среды организма-симбиота (особенно при хронических болезнях) эндобионт приобретает патогенные свойства.

Mucor racemosus в высоковалентных формах вызывает развитие болезней крови и венозной системы, потерю слуха, нейродермит и др. **Г. Эндерляйн также обнаружил, что при введении низковалентных форм Mucor racemosus, одновременно оздоравливая внутреннюю среду организма («изопатическая терапия»), патогенные высоковалентные стадии эндобионта могут реверсировать в непатогенные формы.** Эти процессы можно наблюдать при помощи темнополевой микроскопии цельной крови (Schwerdtle, Arnoul, 1993; Bleker, 1997).

Согласно Г. Эндерляйну, вирусы - это бесклеточные примитивные формы эндобионта, из которого могут развиться бактерии (например: из мозаичного вируса табака через несколько месяцев можно получить бактерии).

Известно, что бактериофаги - это спермиты микробов (Enderlein, 1954).

Плесенный гриб Aspergillus niger van Tieghem может являться причиной вторичного патогенного эндобиоза, который, в отличие от симбиоза с Mucor racemosus, является нефизиологическим (по Г. Эндерляйну). Считается, что Aspergillus niger van Tieghem может способствовать развитию раковых заболеваний (Dechow, 1933) и туберкулеза.

Согласно Г. Эндерляйну (1949), Vaudremer (1921) и Tissot (1925), обнаружена генетическая связь между туберкулезной палочкой и грибами разновидностей Aspergillus.

По данным Эндерляйна, цикл развития Aspergillus niger является частью цикла развития Mucor racemosus.

По данным Г. Эндерляйна, низковалентные стадии Mucor racemosus и Aspergillus niger проникают через гематоплацентарный барьер.

Высоко-валентные стадии Aspergillus, тесно связанные с кальциевым обменом и клеточным дыханием (лимоннокислый цикл), вызывают хронические «туберкулинические» болезни у теплокровных существ «справа от биологического барьера Х.-Х.Реккевага». Резко повышается восприимчивость организма к туберкулезу, паратуберкулезу и другим инфекциям, бронхиальной астме, артрозо-артритам, кистам, болезням мочеполовой системы, а также к опухолям (в т.ч. раку). Признаки туберкулиновой конституции четко проявляются при аутоиммунных заболеваниях.

После проведенного тщательного исследования, проф. F. Gerlach, директор Bundesanstalt für Tierseuchenbekämpfung, Mödling (Национальный институт контроля эпидемий среди животных), подтвердил особое значение высоко-валентных грибковых форм в развитии неопластических процессов. Gerlach (1948) смог вырастить культуру грибов из материала, полученного у больных раком людей и животных, включая химически вызванные опухоли у животных. Несколько позже он установил, что микоплазма играет важную роль в процессе канцерогенеза. По данным Mattman, микоплазма незначительно отличается от CWD-форм, являясь более высокой валентной формой цикла развития Aspergillus.

Современники Г. Эндерляйна, присваивая различные названия туберкулезным болезням, не допускали их связи с бактериальным циклом: скрофула (золотуха), атопический диатез, скрытый туберкулез (Patromikolas), бессимптомный туберкулез (Willy Bircher), некоторые формы ревматических болезней (Poncet), латентный туберкулез, туберкулезный токсикоз, паратуберкулез. «Much's Granules и Spengler's splinters».

Все стадии развития Aspergillus в процессе его культивирования были описаны Г. Эндерляйном (Enderlein, 1959). Это стадии – «Basit», «Linit» и «Ascit», которые являются бациллами - короткими и длинными, кислотоустойчивыми и некислотоустойчивыми (Sclerothrix tuberculosis Koch, 1882).

После Г. Эндерляйна, Harmsen также описал формы Mycobacterium tuberculosis, которые отклонялись от бактериальной формы: гранулы, кислотоустойчивые и

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 13

некислотоустойчивые формы, формирующие мицелий, нуклеарные эквиваленты и вакуоли (Harmsen, 1952).

Препараты из низко-валентных форм Mucor racemosus эффективны в лечении эндобиоза, также и туберкулезные болезни можно очень эффективно лечить низко-валентными стадиями Aspergillus niger. Согласно Г. Эндерляйну, цикл развития Aspergillus является ответвлением от цикла развития Mucor, и поэтому назначается лечение, учитывающее эти два цикла.

Обширный обзор многочисленных исследований полиморфических «симбионтов», особенно в немецкоязычных странах, был проведен Windstosser (1995). В англоязычных странах в течение последних 40 лет также проводились интенсивные исследования патогенности полиморфных форм микробов. Канадскими учеными была сделана попытка объединить эти знания (Первый Международный Симпозиум по плеоморфным микробам «Здоровье и Болезни», 18-19 июня 1999, Монреаль, Канада).

Исследования свойств и патогенности так называемых «форм без клеточных стенок» (CWD-форм) были недавно обобщены Lida H. Mattman - профессором микробиологии Государственного университета г.Детройта, Мичиган (Mattman, 1993). Термин «CWD-формы» используется в литературе как обобщающий («зонтичный») для таких синонимов, как «L-формы», «L-стадии» или «сферопласты». Этот термин также относится к ранее используемому термину «протопласт». CWD-формы имеют специфические свойства, которые не характерны для классических микроорганизмов:

- разрушение многих форм при нагревании;
- обычно требуют мягкого агара, растут под поверхностью и нуждаются в зрелой, автоклавированной среде культивировния;
- типично растут в пределах эритроцитов;
- часто бывают серофилическими (serophilic);
- большинство видов лучше растут в гипертонической и щелочной среде (pH 7,8 – 8,0);
- CWD-формы способны трансформироваться в классические бактериальные или грибковые формы.

Культивирование CWD-форм возможно только в специфических условиях. Среда культивирования должна быть устойчива и состоять из вытяжки сердечной мышцы, 15% инактивированной лошадиной сыворотки и 3,5 % хлорида натрия.

Вот некоторые примеры внутриэритроцитарного роста CWD-форм:

Нормальный и физиологический: стафилококки, Bacillus licheniformis (приблизительно в 30% всех здоровых людей).

Саркоидоз: Mycobacteria.

Саркома Капоши: грибки.

Нефропатия: лизис эритоцитов у 489 пациентов - те же самые разновидности микроорганизмов, что и при инфекциях мочевых путей.

Идиопатическая гематурия: бактерии, сходные со стрептококками; в отличие от этого, у детей с нефротическим синдромом - стафилококковая флора.

Системная красная волчанка (lupus erythematosus): бактерии, ассоциированные с нефротическими болезнями.

Болезнь Крона: Pseudomonas, Mycobacteria.

Аутоиммунные болезни: CWD-формы действуют как гаптены и стимулируют образование гемолитических антител (например: пароксизмальная холодовая гемоглобинурия у больных сифилисом).

Образование патогенных CWD-форм бактерий может быть вызвано супрессивными методами лечения. **In vitro** их образование связано с применением антибиотиков, например:

Пенициллин: *Brucella, Clostridia, E. coli, Haemophilus influenzae, Listeria monocytogenes, Proteus mirabilis, Salmonella gallinarum, S. typhi, Vibrio cholerae, Vitreoscilla.*

Сульфаниламиды: *Staph. aureus.*

Канамицин, небцин, левомицитин: ингибирование синтеза белка, приводящее к поверхностным изменениям бактерий - *E. coli, Klebsiella pneumoniae, Bacillus megaterium, B. polymyxa, Serratia macescens, Sarcina lutea, Staphylococcus aureus, salmonellæ, shigella, Proteus.*

Aztoreonam (Monobactam): поверхностные изменения *E. coli.*

Эритромицин: *Staphylococcus aureus* (и по крайней мере 40 видов других макролидных антибиотиков типа

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 14

лейкомицина, олеандомицина, спирамицина, тилозина).

Тетрациклин: *Staphylococcus aureus, E. coli, K. pneumoniae, B. megaterium, B. polymyxa, Serratia marcescens, Serratia lutea, Salmonella, Shigellae*, *Proteus*.

Как пример индукции **in vivo** CWD-форм антибиотиками, Mattman называет лечение антибиотиками мастита у коров, вызванного *Staphylococcus aureus*. Не считая классических бактериальных форм, было доказано, что CWD-формы Streptococcus agalactiae, Staphylococcus aureus и Corynebacterium pyogenes также являются причиной возникновения мастита у коров (Bergmann and Böckel, 1989). Последующее лечение клоксациллином мастита, вызванного Staphylococcus aureus, выведение классических форм кокков прекращалось в течение нескольких дней, тогда как CWD-формы Staphylococcus aureus продолжали инфицировать молоко в течение 30 дней и более (Sears, P.M. et al., 1987).

В настоящее время индукция патогенных CWD-форм in vivo, при использовании антибиотиков, имеет большое значение, поскольку устойчивые к антибиотикам микроорганизмы широко распространены (Beyer, 1999). С другой стороны, CWD-формы в большинстве из-за отсутствия клеточной стенки продолжают действовать, как гаптены.

Для элиминации из организма микробных CWD-форм SANUM терапия предлагает лечение препаратами серии **SANUKEHL** (Schneider, 1999; Werthmann, 1999). По данным Г. Эндерляйна, изучившего цикл развития *Aspergillus,* разработана эффективная схема **лечения микоплазменных и хламидийных инфекций**:

-1-2 раза в неделю смешанная инъекция NIGERSAN D5 и CITROKEHL;

- ежедневно SANUKEHL Pseu D6: 4 капли внутрь и 4 капли накожно, вечером.

На основе проведенных клинических исследований можно достоверно утверждать, что:

- микроорганизмы могут иметь полиморфный фенотип, от мельчайших вирусных структур до бактерий и грибов;
- CWD-формы ряда микроорганизмов обнаруживаются в эритроцитах здоровых людей;
- CWD-формы могут встречаться in vitro и in vivo при определенных условиях окружающей среды (эндоэкологии) и могут быть патогенными in vivo;
- супрессивные методы лечения, особенно антибиотикотерапия, могут вызвать развитие CWD-форм;
- CWD-формы микобактерий - это реальные носители туберкулинической конституции;
- CWD-формы способны трансформироваться в классические формы бактерий и грибов. По данным Г. Эндерляйна, CWD-формы могут изменяться, согласно своим циклам развития, в обоих направлениях (трансформация в патогенные формы, реверсия в апатогенные формы);
- патогенные формы микроорганизмов могут стать авирулентными при реверсии их в непатогенные регулятивные физиологические формы.

Характеристика туберкулинической среды.

Изменения внутренней среды организма могут быть описаны на различных уровнях, например, методом темнополевой микроскопии или на электромагнитном уровне при помощи системы «Биоэлектроники Винсента» (BEV).

При исследовании методом темнополевой микроскопии, можно наблюдать изменения в морфологической структуре эритроцитов. Данные результатов наблюдения варьируются от изменений формы эритроцитов до структур, похожих на обрывки (Schwerdtle and Arnoul, 1993; Bleker, 1997). Эти структуры были описаны Эндерляйном.

Как известно, один из самых важных параметров внутренней среды организма - это кислотно-щелочной баланс – pH (Worlitschek, 1996). pH представляет собой ионный потенциал для кислотности и щелочности и, согласно Винсенту, является также «магнитным фактором».

Другой важный параметр внутренней среды организма - окислительно-восстановительный потенциал. Значение этого параметра было обнаружено американским врачом Кохом (Koch, 1981), который ввел гомеопатические средства (в D6 или D9 концентрациях), содержащие карбонильные группы типа глиоксала и хинонов, в терапию раковых заболеваний. Кох предполагал, что

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 15

патогенные микроорганизмы «встраиваются» в метаболические процессы, вступая в реакцию с аминогруппами и образуя полимеры, которые, прежде всего, нарушают функции дыхательных ферментов. Он предположил, что гипоксия, которая возникает при данном процессе, является причиной развития рака и других болезней. Поэтому Кох разрабатывал гомеопатические препараты с высоким окислительно-восстановительным потенциалом, чтобы преодолеть эту гипоксию и уничтожить «встроенные» патогенные микроорганизмы.

Давно известно, что различные метаболические процессы зависят от воздействия света. Предполагалось, что это просто побочный эффект химических процессов, но немецкий физик А. Попп доказал, что фотоны имеют огромное значение для межклеточных связей (Popp et al., 1992). Световое излучение, испускаемое живыми клетками в виде биофотонов, очень слабое (низкоуровневая люминесценция). Однако в здоровом организме это излучение проявляет очень высокую степень когерентности, что придает этому излучению свойство и энергетическую мощность резонансного лазерного луча.

Уже в 1920-е годы некоторые немецкие ученые (Gurwitsch, Reiter и Gabór) обратили внимание на взаимосвязь между растениями при помощи света. В 1928 было доказано, что длина волны излучения этой взаимосвязи находится в ультрафиолетовой области спектра (338 нм).

A.Popp доказал, что при неоплазиях как интенсивность, так и когерентность излучения фотона ослабляется. Клетки искусственно вызванных опухолей подопытных животных в значительной степени теряют свое световое взаимодействие по сравнению с нормальными клетками.

В рамках исследования теории излучения фотонов можно предположить, что прием гомеопатических средств Коха заставляет клетки увеличивать световое излучение и, следовательно, максимально способствует восстановлению регулирующих систем организма. Для лечения хронических болезней наиболее оптимальной комбинацией является CITROKEHL (SANUM) и Ubichinon compositum (Heel) в одном шприце - синергизм фармакологических эффектов. Эта комбинация стимулирует как излучение фотонов, так и клеточное дыхание.

Кроме модификации окислительно-восстановительного потенциала к «электрическому фактору rH2» (rH2=2 x pH + 30 x E [электронный потенциал в милливольтах]) французский ученый Л.К. Винсент ввел понятие «проводимость». Проводимость - это обратная величина, удельное электрическое сопротивление r [Ù], которое является третьим существенным параметром характеристики внутренней среды организма (Elmau, 1985).

Все три измеряемые единицы - pH, rH2 и r [Ù] - одинаково подходят для оценки биологических субстанций. Винсент расширил оценку среды, включив одновременное измерение параметров в крови, слюне и моче. С помощью этих трех параметров возможно показать четыре сектора (зоны) биологической среды крови (Elmau, 1985):

- сектор 1: кислотный-уменьшенный, поддерживает в норме здоровье высших организмов. Это - среда зеленых водорослей, простых микробов и симбионтов.

-сектор 2: кислотный-окисленный, имеет тенденцию к бактериальным инфекциям и к грибковым инвазиям. Это среда лишайников и грибков, следовательно, также микоза, туберкулезной бактерии, палочки проказы и антибиотических форм грибков.

сектор 3: щелочной-окисленный-гипертонический, является областью туберкулинической конституции. Это - область хронических болезней, в которой, согласно Mattman, активно развиваются патогенные бактериальные и CWD-формы. Эта область характеризуется увеличением образования свободных радикалов и, по данным Винсента, вызывает хронические вирусные болезни и дегенеративные процессы. В пределах этого сектора отмечается область злокачественных болезней и тромбоза.

- сектор 4: щелочной-уменьшенный. Это – область патогенных микроорганизмов типа пневмококков, сыпного тифа, холеры и водорослей.

В пределах Сектора 1 возможна нормальная здоровая жизнь. Около ста лет тому назад клинический туберкулез был обычным явлением. Состояние крови в то время часто соответствовало Сектору 2. В течение последних 50 лет изменились условия жизни, и происходит дальнейшее движение к Сектору 3. Поэтому в настоящее время редко встречаются классические бактериальные инфекционные болезни. На их месте все чаще появляются хронические вирусные болезни, а также

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 16

дегенеративные и злокачественные процессы. Часто встречающиеся в наши дни грибковые заболевания указывают на переход от Сектора 2 к Сектору 3.

Двигаясь по направлению к Сектору 3, который является сектором хронических болезней с биоэнергетической точки зрения, становится ясно, что, в отличие от физиологических условий, в крови происходит явное увеличение энергии. Однако, поскольку клеточный метаболизм блокирован, эта энергия не может использоваться тканями. По этой причине энергия в слюне уменьшена, и только часть энергии - выделяется с мочой.

Из-за изменений в крови и тканях, согласно Pischinger, происходят серьезные изменения и в межклеточном пространстве – основной субстанции. Опираясь на данные об энергетических изменениях в крови при хронических болезнях, можно утверждать, что присутствующей энергии достаточно для обеспечения выживание CWD-бактерий и сохранения их цитоплазмы. Подобно вирусам, последние не нуждаются в своем собственном энергетическом метаболизме из-за паразитического образа жизни внутри эритроцитов и лейкоцитов.

Если патологические изменения в крови и тканях организма человека будут беспрепятственно развиваться, то очень вероятно, что среда крови переместится в Сектор 4. Как мы знаем, жизнь в Секторе 4, вероятно, уже не будет возможна. В этой связи стоит упомянуть, что условия жизни домашних животных не сильно отличаются от таковых у человека. Сопоставимые изменения внутренней и внешней среды растений также имеют значение в развитии болезней растений (Hoffmann et al., 1994).

Одним из важнейших факторов изменений среды организма человека является питание (Mielke, 1998). Особое значение имеет высокое потребление животных белков. Более того, растительные пищевые продукты снабжают организм только частью питательных веществ, так как почва, в которой они выращены, истощена.

Kollath еще в 1967 г. обратил внимание на результаты неадекватного питания: «соблюдая диету, богатую животными белками, люди разного возраста будут приближаться к хроническим болезням и старению организма непреодолимо и безвозвратно. Если мы сможем убедить людей в важности натуральной пищи, то постепенно будет восстанавливаться первоначальное состояние здоровья не только отдельных людей, но и целых поколений».

Опыты на крысах с «научной диетой» показали, что результаты хронического недоедания могут иметь драматические последствия уже через несколько поколений. Как мы сегодня знаем, хроническое недоедание ведет сначала к развитию хронического воспаления в кишечной трубке с дисбиозом, а позже - к дегенерации слизистой оболочки кишечника с атрофией ворсинок (Werthmann, 1988) и, в конце концов, к так называемому «синдрому повышенной проницаемости кишечника».

Это означает, что слизистая кишечника становится все более и более проницаемой для антигенов и токсинов, обуславливающих воспалительно-дегенеративное разрушение или атрофию слизистой кишечника. В результате повреждения стенок кишечника функция его существенно ухудшается. Согласно проведенным исследованиям, в США приблизительно 40% населения в настоящее время страдают от синдрома повышенной проницаемости кишечника.

Итак, если считать хроническую воспалительную и дегенеративную патологию кишечника главной причиной возникновения туберкулинической среды, то она характеризуется семью патогенетическими звеньями:

1. Мальабсорбция, сопровождающаяся метеоризмом и утомляемостью.
2. Поглощение больших пищевых частиц, ведущих к аллергиям и новым симптомам заболеваний в органах-мишенях, подобно артриту.
3. Повреждение белка-носителя является причиной относительного пищевого дефицита. В зависимости от дефицитного элемента, могут проявиться разные симптомы: недостаток магния связан с мышечными спазмами, недостаток меди связан с повышенными значениями холестерина и др.
4. Нарушение процесса детоксикации через кишечник ведет к повышенной чувствительности организма к химикалиям.
5. Нарушение функции иммуноглобулина А приводит к снижению иммунитета по отношению к простейшим микроорганизмам, бактериям, вирусам и грибкам.
6. Бактерии и дрожжи, проникая через стенки кишечника, могу вызывать инфекции других

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 17

органов и систем организма.

7. Формирование антител, которые проникают через стенки кишечника и имеют тропность к антигенам собственных тканей, приводит к аутоиммунным болезням типа ревматоидного артрита, СКВ, рассеянному склерозу, тиреоидиту и другим болезням.

Поскольку приблизительно 80% иммунологически активных тканей организма сосредоточено в ЖКТ, то туберкулиническая среда имеет прямое воздействие на иммунную систему. Согласно Reimerdes, в США существуют тесная связь между питанием и частотой болезней (Food Marketing Institute, США):

Высокий уровень холестерина	93 %
Болезни сердца	88 %
Высокое артериальное давление	86 %
Инсульт	69 %
Диабет	65 %
Рак кишечника	60 %
Рак простаты	35 %
Рак молочной железы	30 %

Кроме питания, большое значение в развитии туберкулинической среды могут иметь различные заболевания, локализующиеся в области головы (особенно в зубах, пазухах, миндалинах), а также психологические факторы, наличие токсичных тяжелых металлов (например, зубная пломба из амальгамы). Всё это поддаётся излечению натуропатическими средствами (Kobau, 1998).

Другими важными факторами являются широко распространенные супрессивные методы лечения и вакцинация (Elmau, 1985). Они могут настолько изменить внутреннюю среду организма, что обмен веществ сдвигается далее в туберкулиническую конституцию. Например, сахарный диабет, который является дегенеративной болезнью туберкулинической конституции, за последние 40 лет стал встречаться гораздо чаще, особенно среди пожилых американцев. Кривая сахарного диабета располагается параллельно линиям туберкулинических болезней, а также параллельно частоте применения антибиотиков, химиотерапии и вакцинации (Vithoulkas, 1998).

Натуропатическая регуляционная САНУМ-терапия туберкулинической конституции.

Несомненно, традиционная медицина имеет свои достоинства, и никто не собирается их умалять. Однако, некоторые методы лечения, как известно, способствуют развитию туберкулинической конституции и, следовательно, развитию хронических болезней. Для того чтобы свести к минимуму негативные последствия такого лечения, необходимо обратиться к использованию натуропатических методов лечения.

Вакцинация, использование согласно Винсенту, может служить признаком серьезной угрозы здоровью населения.

В традиционной медицине клинический туберкулез лечится комбинациями противотуберкулезных средств. Для других проявлений туберкулинической конституции, типа рака, во многих случаях применяется только хирургический метод и химиотерапия. Однако, постепенно приходит осознание, что существуют метаболические механизмы, которые делают возможным проведение регуляционной профилактики и комплексного лечения опухолевых процессов.

Недавно были представлены результаты мультицентрического клинического исследования по факторам риска возникновения меланомы. Оно проводилось при поддержке Немецкого общества помощи онкобольным («Deutsche Krebshilfe», Project-No. 70-2112) (Kölmel et al., 1999). Было обнаружено, что «риск получения злокачественной меланомы уменьшается, если индивидуум перенес рецидивирующие лихорадочные (фебрильные) инфекции»; «риск меланомы был значительно ниже, когда пациенты имели туберкулез, серьезные стафилококковые инфекции (например, в форме абсцессов, воспаления молочных желез или костного мозга), сепсис или пневмонию. Риск также уменьшался, когда у пациентов отмечались малозначительные инфекции с температурой выше 38,5ºC, типа гриппа, бронхита, герпеса или летней диареи в течение последних пяти лет. Чем больше инфекционных заболеваний имели исследуемые пациенты, тем меньше был риск заболевания меланомой» (цитата из пресс-релиза «Deutsche Krebshilfe», 1999). Это то, о чём практикующие специалисты естественных методов лечения знали в течение долгого времени.

Для лечения туберкулинической конституции, согласно общим принципам, изложенным Витулкасом (Vithoulkas, 1998), следует изменить питание и использовать натуропатическое лечение. Основываясь на исследованиях Kollath и др. (Koerber et al., 1987),

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 18

полноценная и здоровая диета – это:

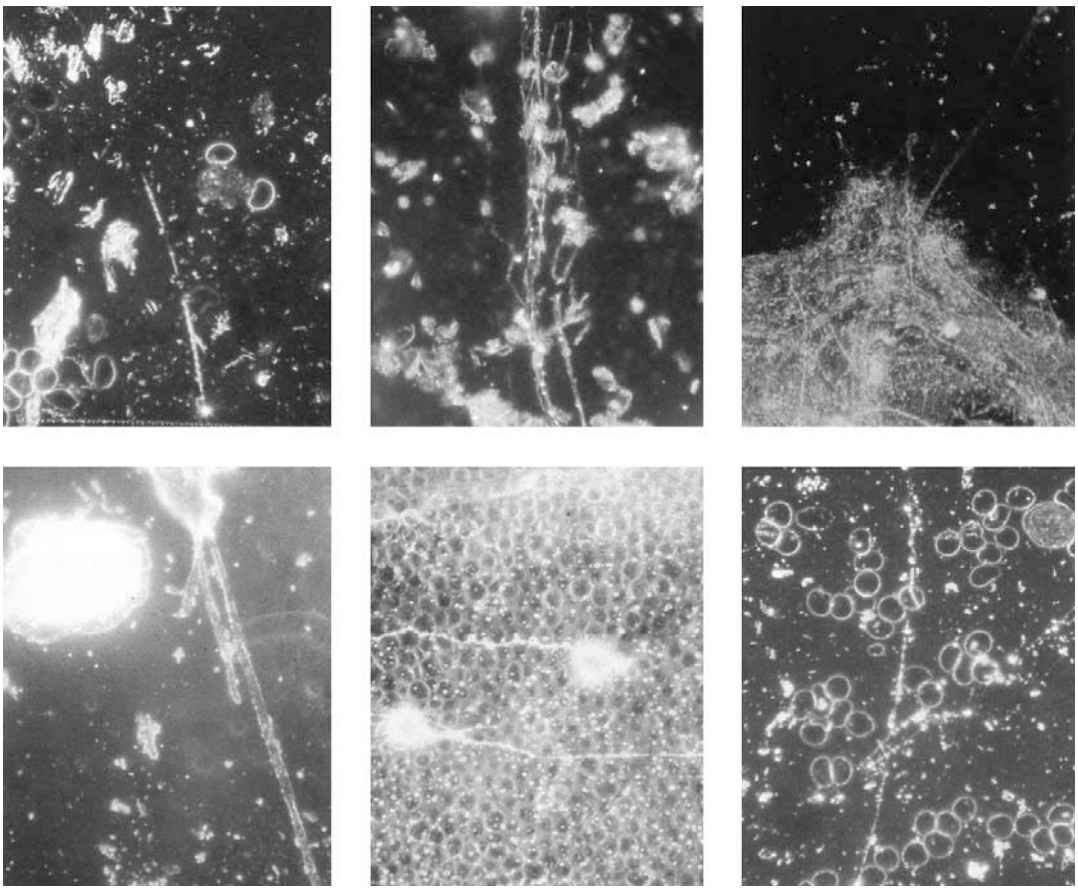
- пища растительного происхождения;
- необработанные пищевые продукты;
- свежие (сырые) пищевые продукты (приблизительно половина дневного рациона);
- приготовление пищи с малым количеством жира;
- пищевые продукты без каких-либо добавок;
- генетически необработанные продукты;
- если возможно, использование продуктов органического земледелия (согласно нормам каждой страны, например, AGÖL или IFOAM);
- использование региональных и сезонных продуктов;
- использование непакетированных продуктов или в экологической упаковке;
- сокращение потребления рафинированных и животных продуктов (Reckeweg).

Эти рекомендации были в дальнейшем развиты Конрадом Вертманном (Werthmann, 1997), который вообще рекомендовал избегать употребления молока, молочных продуктов и яиц.

Из-за частых повреждений кишечника и, вследствие этого, ухудшения всасывания, большинство людей нуждается в ортомолекулярных добавках. Эти добавки должны также содержать антиоксиданты.

Основной принцип натуропатического регуляционного лечения туберкулинической конституции: оно может быть успешным только тогда, когда организм все еще имеет способность регулировать обмен веществ. Кроме того, в лечении необходимо уделять внимание элиминации токсинов.

Согласно Vithoulkas, три уровня человеческой личности тесно взаимосвязаны, и их нужно лечить одновременно, чтобы преодолеть туберкулиническую конституцию.



Нитевидные споры Aspergillus niger в крови под тёмнополевым микроскопом.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 19

BAAAAAAAB

Хеликсор в эстетической медицине.

Ролик И.С., д.м.н., академик РАЕН, профессор РУДН. Тезисы доклада на симпозиуме «Омелотерапия: актуальные вопросы иммунореабилитации»в Доме ученых РАН 27.01.2007

Систематизация фармакологических эффектов Хеликсора, имеющих значение для эстетической медицины:

антиоксидантное,
гемопоэтическое,
антианемическое,
улучшение реологических свойств крови,
миелопротективное,
сосудистое: гипотензивное,
противоатеросклеротическое,
иммуностимулирующее
противовирусное (элиминация вируса),
восстановление функции распознавания атипичных клеток,
десенсибилизирующее,
цитопротективное ,
радиопротекторное,
нейротропное: антидепрессивное,
психостимулирующее
панкреатотропное,
противодиабетическое
антидегенеративное на хрящевую ткань,
общеукрепляющее.

В связи с этим основными направлениями использования Хеликсора в эстетической медицине являются:

● Ревитализация иммунной системы

● Иммунодефициты

- возрастные изменения иммунитета и ревитализирующая омелотерапия
- вирусные инфекции: гепатиты В и С, ВИЧ

● Аутоиммунные заболевания и иммуносупрессивная омелотерапия

● Аллергии и десенсибилизирующая омелотерапия

● Ревитализация сосудов

● Ревитализация внутренних органов (поджелудочной железы, лёгких)



● Восстановление функций кожи, омоложение кожи при предраке, после радикального лечения опухолей кожи

● Улучшение качества жизни



Эффективность ревитализации и восстановительной терапии зависит от места инъецирования Хеликсора. Некоторые примеры эффективного подкожного введения Хеликсора:

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 20

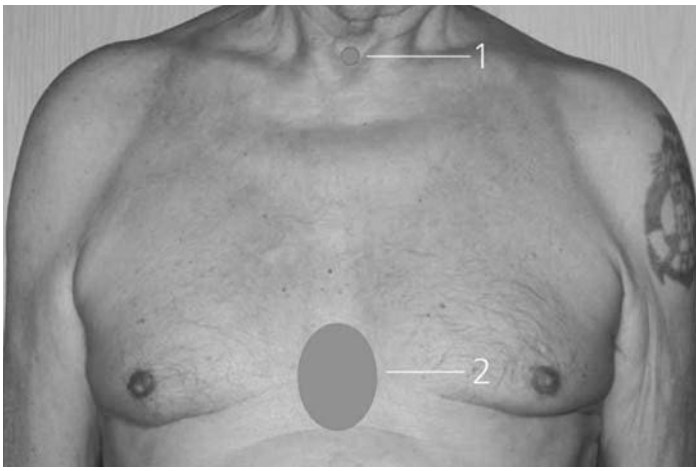
BAAAAAAAB



Инъецирование Хеликсора при лечении новообразований кожи и клетчатки, ревитализации кожи (на примере липоматоза).



Инъецирование Хеликсора для ревитализации опорно-двигательного аппарата на примере восстановления функций коленного сустава при его артрозе.



Места инъецирования Хеликсора для ревитализации лёгких.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 21

Омелотерапия в онкологии с точки зрения доказательной медицины.

Бойт Й., доктор медицины, профессор, директор Института научной экспертизы натуральных методов терапии университетской онкоклиники г. Кельна (Германия). Доклад на симпозиуме «Омелотерапия: актуальные вопросы иммунореабилитации» в Доме ученых РАН 27.01.2007

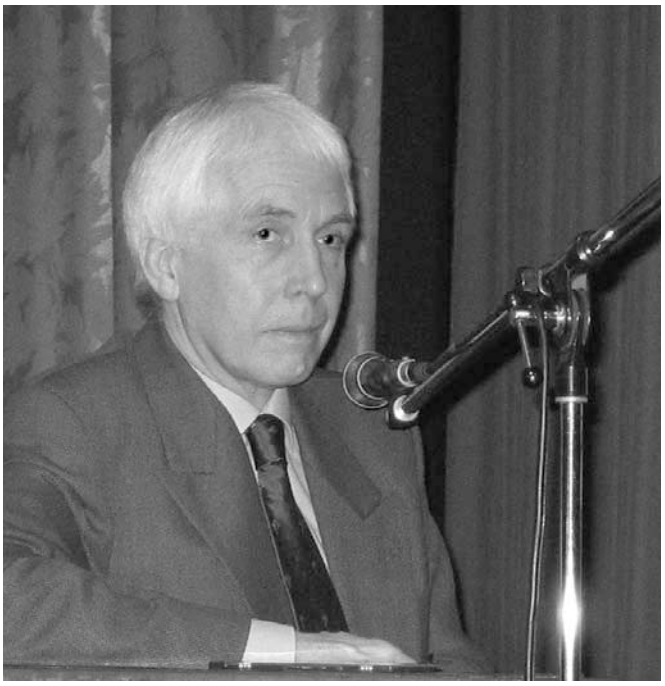
Институт научной экспертизы натуральных методов терапии ведет научную работу в области медицины и стоматологии, осуществляет анализ литературных данных, выполняет лабораторные (иммунология, молекулярная биология) и клинические исследования **согласно EBM** (evidence based medicine – доказательная медицина), проводит экспертную оценку медицинских методов, а также консультации пациентам, усовершенствование врачей.

В рамках **программ ведения заболевания - DMP** (Disease Management Programm) - институт проводит научные исследования в области комплементарной медицины. Программы DMP специально разработаны для хронических заболеваний и, прежде всего, нацелены на улучшение качества жизни пациентов, а также совместную работу врачей, пациентов и лечебных учреждений по повышению эффективности терапии.

Так, в программу DMP по раку молочной железы входит определение направлений по обеспечению качества жизни пациенток, сертификация онкологических центров по иследованию рака молочной железы, повышение квалификации врачей, оценка методов комплементарной медицины (около 10%), информационная работа среди пациенток. Инициаторами программы в Германии являются: крупнейшая немецкая страховая компания AOK Nordrhein, профессиональные объединения врачей Ärztekammer Nordrhein и KV-Nordrhein.

Средства и методы комплементарной медицины в онкологии.

Неотъемлемой частью программ DMP является комплементарная медицина. Необходимо подчеркнуть, что комплементарная медицина не является альтернативой стандартной терапии онкологических больных. Комплементарная медицина включает дополнительные средства и методы, способствующие повышению эффективности стандартных методов лечения рака. Исследования в области комплементарной



медицины занимают уровни I-II в европейских стандартах оценки эффективности (EBM). Благодаря доказанной эффективности комплементарная медицина интегрируется в стандартную и обязательную терапию, в базовые терапевтические программы.

Около 80% пациентов, страдающих опухолевыми заболеваниями, пользуются методами комплементарной медицины. При этом около 60% проходят омелотерапию, а около 45% применяют витамины и микроэлементы (в основном производства США). Почему пациенты стремятся использовать средства комплементарной медицины? Они хотят принимать непосредственное активное участие в преодолении своего заболевания, в повышении защитных сил организма. Поэтому больные обращаются к лечащим врачам, чтобы получить правдивую информацию о дополнительных методах терапии (Unger C., Weiss J. Onkologie. 2005; Beuth J., Moss RW. Complementary Oncology. 2005).

Одним из важных направлений комплементарной медицины является **питание**. По данным немецких исследователей, неправильное питание может привести к целому ряду опасных заболеваний, среди которых диабет, ожирение, истощение, сосудистые

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 22

заболевания, рак, метаболический синдром. Так, **30-50% случаев рака молочной железы, а также раки кишечника и простаты тесно связаны с характером питания**. Отсюда следует важный вывод: питание может оказаться смертельным. Поэтому на правильное питание необходимо переходить не только онкобольным, но и обычным гражданам в целях профилактики ряда тяжёлых заболеваний.

Базой комплементарной медицины является **оптимизация питания**. А это означает уменьшение количества употребляемых калорий, снижение доли животного белка, сокращение употребления сахара, поваренной соли и алкоголя (Ernährung und Krebs. KID/DKFZ. 2002).

Онкобольным необходимо придерживаться диеты. Общие рекомендации: употребление в пищу фруктов, овощей, зерновых культур. При назначении химио- и радиотерапии особенно полезны овощи и фрукты красного цвета, свежие соки овощей и фруктов красного цвета, которые содержат большое количество антиоксидантов и способствуют восстановлению организма. Оптимизация питания позволяет уменьшить побочные эффекты радио- и химиотерапии. Оптимизация веса служит профилактикой развития заболеваний. При нормальном весе пациентов, как правило, не ограничивают в питании, но в любом случае в первую очередь рекомендуется употреблять как можно больше овощей (Nutrition in Cancer Care. NCI. 2005).

Одним из других основных моментов комплементарной медицины является **спорт (**борьба с гиподинамией**)**. Недостаток движения неблагоприятно сказывается на самочувствии человека и может стать причиной возникновения заболеваний, например: болезни Альцгеймера, сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, остеопороза, ожирения, нарушений жирового обмена, а также раковых заболеваний, в том числе рака грудной железы (30-50%), кишечника и простаты. Поэтому недостаток движения может быть также смертельным.

Занятия спортом оказывают и профилактический эффект (Knols et al. JCO. 23:3830. 2005) и особенно необходимы при проведении радио- и химиотерапии, когда появляется синдром хронической усталости (Holmes et al. JAMA. 293:2479. 2005). Эффективными являются виды спорта на выносливость. При занятиях спортом у пациента не должна возникать одышка, пульс не должен увеличиваться более значения: 180 ударов минус возраст в годах. Занятия должны проводиться 2-3 раза в неделю или чаще по 30-40 мин., чтобы произошли необходимые изменения в обмене веществ. Благодаря таким спортивным занятиям уменьшаются проявления синдрома хронической усталости (Holmes et al. JAMA. 293:2479. 2005), улучшаются функции организма, повышается иммунитет, наблюдаются положительные сдвиги в гормональном статусе, улучшается качество жизни, и, наконец, повышается социальная активность пациентов.

Психоонкология (не путать с психиатрией) также является базовым моментом комплементарной медицины. Психоонкология изучает влияние психологических факторов на возникновение и прогрессию злокачественных новообразований. Психоонкология в программе DMP является неотъемлемым фактором при проведении стандартной терапии или реабилитации онкобольных (Rehse. Metaanalyse zur Lebensqualität adjuvant psychoonkologisch betreuter Krebsbetroffener. Inaugural Diss. Aachen: Shaker Verlag. 2001).

Онкобольные подвержены страхам, депрессиям, социальному отчуждению. При работе с пациентами используются разного рода методы релаксации, медитация, визуализация, вербальная терапия, методы по преодолению боли (Tschuschke. Psychoonkologie. Schattauer Verlag. 2005).

Проведение химио- и радиотерапии является основным показанием для применения средств и методов комплементарной медицины. Для устранения последствий радио- и химиотерапии назначают прием **селенита натрия** в дозировке 300 мг в день (Bamberg, Fiebig, Büntzel et al., EBM уровень Ib), а также **протеолитические ферменты** в дозировке около 4000 FIP ед. в день (Desser, Kleef, Beuth, Sakalova, EBM уровень IIb). При необходимости назначают сбалансированную **смесь витаминов и микроэлементов** (DGE. Referenzwerte für Nährstoffzufuhr. 2001; NCI. Nutrition in Cancer Care. 2005). Прием данных препаратов особенно актуален пациентам с опухолями в области головы и шеи, когда больные не в состоянии употреблять овощи и фрукты в достаточном количестве из-за трудностей глотания.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 23

Омелотерапия – основа комплементарной медицины.

К важнейшим средствам комплементарной медицины относится **стандартизированная омелотерапия** (Gemeinsamer Bundesausschuß. 2005). Необходимость в её применении обусловлена **снижением качества жизни** и возникновением **иммуносупрессии**. Свидетельством иммуносупрессии является снижение в крови количества лейкоцитов (< 4.000) и лимфоцитов (< 1.000 на мкл крови), а также следующих показателей крови (Hannet J. et al. // Immunology today. 1992.13. 215-218):

- Т-лимфоциты < 800,
- Т-лимфоциты хелперы < 500,
- цитотоксичные Т-лимфоциты < 40,
- естественные киллеры (NK-клетки) < 180,
- II-2 R+ Т-лимфоциты < 180.

Для ликвидации иммуносупрессии используются:

- фитопрепараты (в первую очередь – стандартизированные **экстракты омелы**, содержащие нативные / рекомбинантные лектины омелы);
- органопрепараты (пептиды, гормоны) тимуса из цельных и свежих экстрактов тимуса;
- пирогенная терапия или гипертермия;
- вакцинотерапия (вакцины из раковых клеток);
- терапия дендритными клетками.

Факты из истории применения омелотерапии. Идея применения омелотерапии при раке принадлежит Рудольфу Штайнеру и Ите Вегманн (1920). Gabius и Hajto удалось выделить из экстракта омелы лектин ML-1 (1989 г). С 1989 г. ряд ученых (Beuth, Büssing, Stein и др.) занимался преклинической и клинической оценкой стандартизированных экстрактов омелы.

С 1995 г. ученые Piao, Steuer, Kleeberg, Lenartz, Semiglasov проводили рандомизированные контролируемые исследования (EBM уровень Ib) относительно эффективности и обоснованности применения омелотерапии. С 2000 г. Bock, Schumacher, Augustin, Beuth проводили т.н. **когортные исследования** (EBM уровень IIb). Когортные исследования (cohort study) является проспективными обсервационными исследованиями, когда выделенная группа людей, изначально объединенных каким-либо общим признаком (когорта), наблюдается в течение определенного времени, и сравниваются исходы у тех, кто подвергался и не подвергался действию изучаемого вмешательства или другого фактора, или подвергался в разной степени. Когортные исследования относительно новы в Германии.

В целях определения эффективности стандартной омелотерапии относительно повышения качества жизни, у пациенток с раком молочной железы проверялся уровень бета-эндорфина. Как известно, бета-эндорфин влияет на эмоциональное состояние человека, т.е. является одним из параметров оценки качества жизни. Норма содержания β-эндорфина – 3-10 pg/ml. В исследовании принимали участие 50 пациенток, проходивших стандартную терапию по схеме VEC (Vindesin, Epirubicin, Cyclophosphamide). Контрольная и терапевтическая группа насчитывали равное количество пациенток (по 25 чел.). Пациентки терапевтической группы получали стандартизированную омелотерапию.

Исследование выявило значительное повышение уровня бета-эндорфина у пациенток терапевтической группы, что свидетельствует о влиянии омелотерапии на качество жизни. (Heiny, Beuth. // Anticancer Res. 1994.14)(табл. 1).

Таблица 1. Влияние омелотерапии на содержание β-эндорфина крови.

Уровень β-эндорфина (pg/ml) в плазме крови			
	0	6 недель	12 недель
Контрольная гр.	6,32 (1,7)	6,03 (1,8)	7,32 (2,0)
Терапевтическая гр.	7,46 (1,9)	13,62 (2,1)	14,06 (2,6)

Исследование влияния омелотерапии на показатели крови и функциональную активность клеток показало, что омелотерапия не только улучшает эти показатели (увеличение количества клеток крови, в т.ч. естественных киллеров), но также повышает их активность практически вдвое (IL-2+-клетки) (Beuth et al. // Drug. Res. 995. 45:505; ZfA. 1994. 70:159) (табл. 2).

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:06 Page 24

BAAAAAAAB

Таблица 2. Средние показатели количества клеток крови пациентов с раковыми заболеваниями (µl) при проведении стандартизированной омелотерапии в течение 16 недель.

	До омелотерапии	После омелотерапии
Лимфоциты	1120 (+/- 630)	1630 (+/- 850)
Т-клетки	800 (+/- 180)	1160 (+/-170)
Т-клетки хелперы	480 (+/- 80)	750 (+/- 50)
NK-клетки	150 (+/- 70)	290 (+/- 80)
IL-2+-клетки	220 (+/- 100)	420 (+/- 70)

Ряд исследований стандартизированной омелотерапии относительно обоснованности ее применения показал (табл. 3), что омелотерапия почти всегда повышает качество жизни и ликвидирует иммунодефицит (основные показания для проведения омелотерапии). Именно поэтому страховые компании в Германии покрывают расходы на омелотерапию.

Таблица 3. Исследования стандартизированной омелотерапии.

Исследования	Вид, локализация рака	Иммунная модуляция	Качество жизни	Публикации
RCT	молочная железа	+	+*	Anticancer Res. 2003
RCT	плоскоклеточный рак головы и шеи			Eur.J.Cancer. 2001
RCT	глиобластома	+*	+	Anticancer Res. 2000
RCT	колоно-ректальный	+*	+	Onkologie.1998
RCT	молочная железа	+*	+	Anticancer Res. 1994
RCT	молочная железа	+*	+*	Drug Res. 2004
Когортные	молочная железа		+*	проводится в 2007

RCT – рандомизированное контролируемое исследование
+* - существенно повысилось

Рандомизированное контролируемое исследование эффективности омелотерапии Хеликсором относительно качества жизни согласно нормам GCP (good clinical practice) было проведено в Китае. Исследование проводилось в 3 онкологических центрах КНР в рамках международной рекомендуемой стандартной терапии. Сравнивались демографические и онкологические параметры. В исследовании принимали участие 233 пациента с различными видами рака: рак молочной железы, рак яичников, рак легкого (табл. 4). В терапевтической группе дополнительно к химиотерапии пациентам проводилась омелотерапия препаратом Helixor (3 подкожные инъекции в неделю в концентрациях от 1 до 2 00 мг). В контрольной группе пациенты дополнительно к химиотерапии получали по 4 мг препарата Lentinan внутримышечно ежедневно. Lentinan – иммуностимулятор, полученный из экстракта гриба шиитаке. Первичной целью исследования было определение частоты и степени тяжести побочных эффектов, влияние на качество жизни. Исследование проводилось в соответствии с критериями ВОЗ, использовались опросники FLIC, TCM, Karnofsky.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 25

Таблица 4. Характеристика больных.

Количество пациентов: 233	
Терапевтическая группа (118) Helixor рак грудной железы – 35 рак яичников – 35 рак легкого – 48	Контрольная группа (115) Lentinan рак грудной железы – 33 рак яичников – 36 рак легкого – 46

Исследование показало, что в терапевтической группе, где дополнительно проводилась терапия препаратом Helixor, количество нежелательных побочных эффектов было значительно меньше, чем в группе, получавшей Lentinan. В группе Helixor наблюдалось почти в три раза меньше побочных эффектов химиотерапии и в два раза меньше тяжелых побочных эффектов (Piao et al. // Anticancer Res.2004. 24) (рис.1).

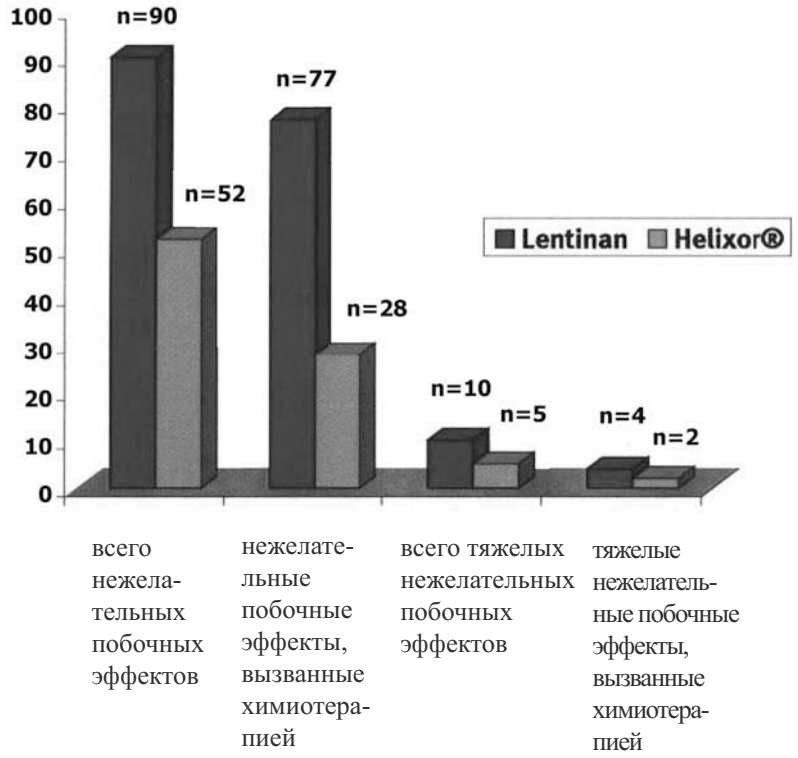


Рис.1. Частота побочных эффектов химиотерапии в терапевтической и контрольной группах.

В Германии впервые было проведено эпидемиологическое когортное исследование эффективности омелотерапии в послеоперационный/реабилитационный период у пациенток с раком молочной железы (EBM уровень II). Исследование охватывало 674 пациентки с раком молочной железы степени UICC I–IIIb из 55 лечебных учреждений и клиник. Терапевтическую группу, получавшую препарат Helixor, составили 160 пациенток, контрольную – 514 пациенток. Адьювантная терапия проводилась в соответствии с рекомендациями центра St.Gallen. При проведении исследования строго соблюдались критерии отбора (включение и исключение). Первичным целевым критерием являлась симптоматика в послеоперационный/реабилитационный период. Учитывались симптомы, вызванные химиотерапией или опухолевым заболеванием, в течение 5 лет. Несоответствия выявлялись с

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 26

BAAAAAAAB

помощью логического регрессионного анализа (logistic regression analysis). Исследования проводились в соответствии с разработанным планом с применением биометрического анализа, определением целевых критериев (согласно GCP - good clinical practice).

В контрольной группе симптомы наблюдались у 70% пациенток, в терапевтической (Helixor) – у 55,6% ($p<0.001$) (таб. 5). Исследование показало, что в терапевтической группе вся симптоматика выражена менее, чем в контрольной (рис. 2).

Таблица 5. Характеристика состояния в группах больных.

Симптомы ($p<0.001$)	Контрольная гр. 70%	Терапевтическая гр. 55,6 % Helixor
Синдром хронической усталости	36,4 %	31,3 %
Нарушения сна	39,9 %	20,6 %
Боли (головные)	16,3 %	12,1 %
Кахексия	2,3 %	0,6 %

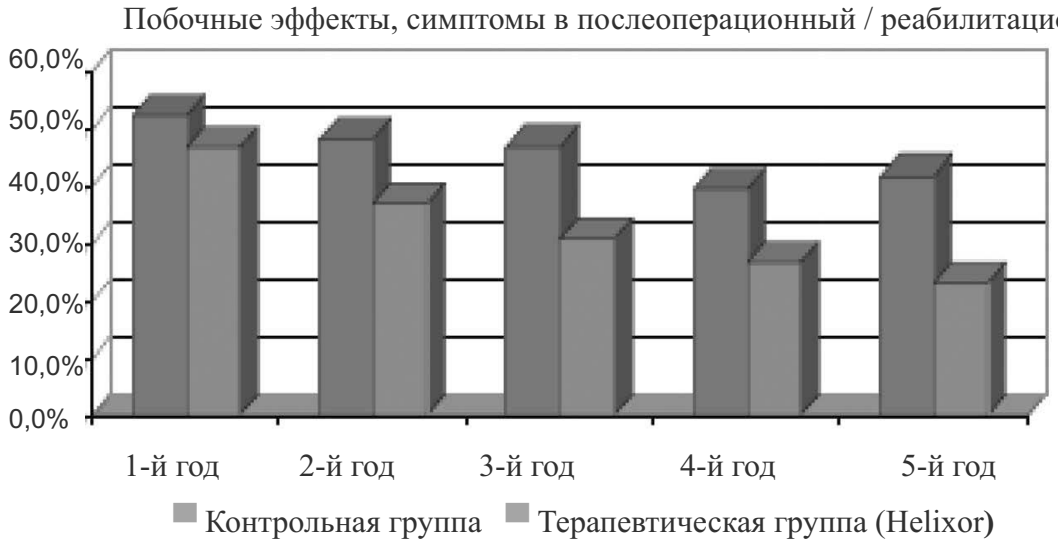


Рис. 2. Частота побочных эффектов в послеоперационный/реабилитационный период

Важно то, что омелотерапия оказывает влияние на симптоматику на протяжении длительного периода (Beuth et al., 2007).

Исследование относительно переносимости омелотерапии (препарат Helixor) у 25 пациенток выявило мягкие, кратковременные побочные эффекты, которые самоустранялись без применения дополнительных терапевтических мер. Побочные эффекты выражались в местной реакции покраснения, зуде в местах инъекций. У 5 пациентов (3%) наблюдались нежелательные побочные эффекты, в результате которых терапия была прекращена (ярко выраженная местная реакция, реакция гиперчувствительности) (Beuth et al., 2007).

Заключение.

Итак, комплементарная медицина является неотъемлемой частью программы DMP - официальной программы лечения хронических заболеваний. Основные (базовые) моменты программы: оптимизация питания, спорт, психоонкология, психосоциальная поддержка.

При проведении химио- и радиотерапии применяют: селенит натрия, протеолитические ферменты, **стандартизированную омелотерапию**.

После проведения химио- и радиотерапии омелотерапия проводится в целях повышения качества жизни (паллиативная терапия) и для восстановления иммунитета (послеоперационный/реабилитационный период).

Государственное страхование Германии поддерживает проведение такой терапии, т.к. ключевыми моментами являются повышение качества жизни и ликвидация иммунодефицита.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 27

BAAAAAAAB

Омелотерапия: от эмпирических данных до уровня доказательной медицины

Ширхольц Й., доктор медицины, приват-доцент, научный руководитель фирмы HELIXOR (Германия). **Доклад на международном симпозиуме «Омелотерапия в Европе: распространение, актуальные показания, эффективность» 28.01. 2007 в Бежевом зале РАН**

Комплементарная медицина в онкологии Германии.

Многие врачи Германии (68%) применяют в своей работе методы натуральной медицины. Так, 65% врачей используют невральную терапию, 63% - диетологию, 44% - гомеопатию, 42% - гидротерапию и т.д.

Фитотерапия получила широкое распространение в Германии. 33% населения лечат такие распространённые заболевания, как головные боли, расстройства желудка, запоры, усталость, бессонницу различными травяными чаями и настойками. Около 30% лекарственных препаратов на рынке Германии - растительного происхождения. Наиболее важными фармакологически активными компонентами фитопрепаратов из цельных экстрактов растений являются ингибиторы простагландинов, стимуляторы макрофагов, растительные лектины, фитогормоны, полисахариды сложноцветных и др.



В современной онкологии Германии также широко используются средства природного происхождения, которые рассматриваются как дополнение к стандартной противоопухолевой терапии. Это - методы и средства комплементарной (дополнительной) медицины, среди которых ведущее место занимает омелотерапия (рис. 1) (Wies J. et al. Onkologie. 1998. 21. 144-149).

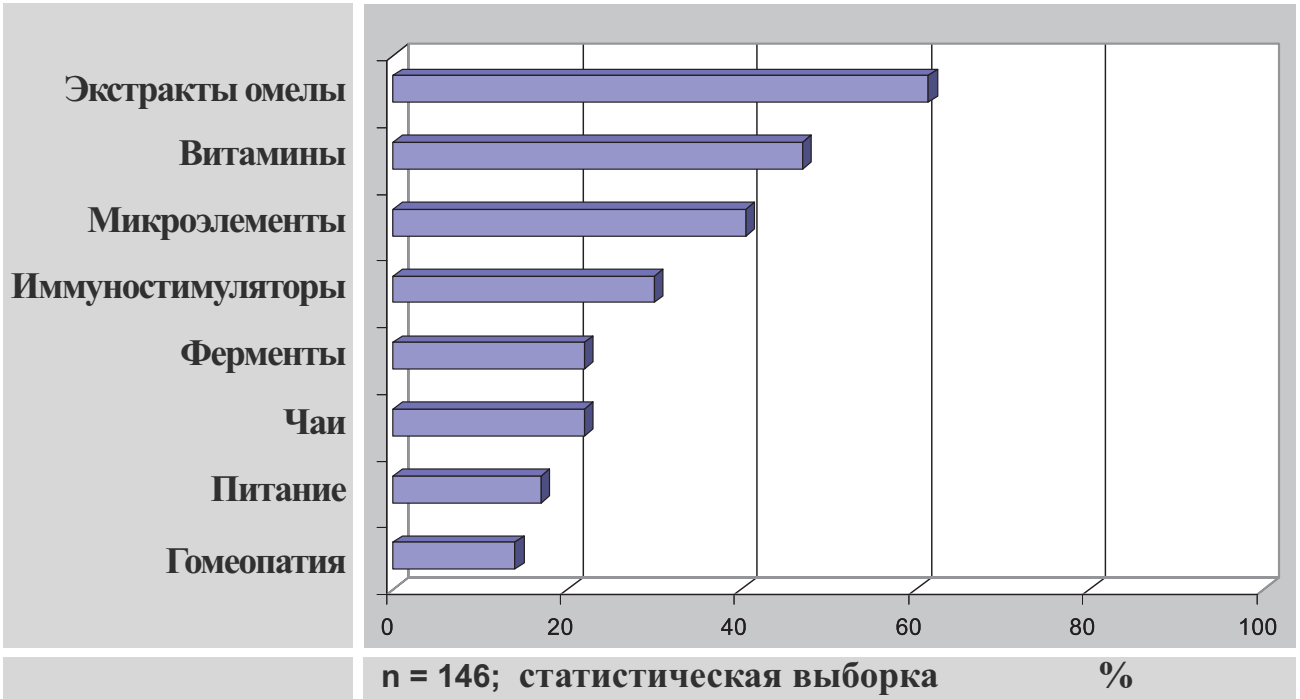


Рис. 1. Частота применения средств комплементарной медицины онкобольными.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 28

BAAAAAAAB

История омелотерапии.

Лекарства из омелы белой применялись наружно и орально при различных заболеваниях еще в древние времена. Гиппократ (460-377 д.н.э.) рекомендовал омелу белую при меланхолии, а арабские врачи (10-12 вв.) - при эпилепсии, головокружениях, сердечной слабости, водянке, бесплодии. Хильдеград фон Бинген (1098-1179) считал, что омела эффективна при заболеваниях печени и одышке. В травниках средневековья (15 в., Иероним Бок) говорилось, что омела способствует чудесному исцелению, обладает размягчающим, рассасывающим, болеутоляющим действием, облегчает роды. Парацельс (1494-1541) применял омелу при эпилепсии. Альбрехт фон Халлер (1708-1777) заметил, что омела снимает судороги и эффективна при гинекологических заболеваниях. В гомеопатии 19 в. омела белая применялась при головных болях застойного характера, головокружениях, стенокардии, астме, ревматизме, маточных кровотечениях, депрессии, а в народной медицине – при повышенном кровяном давлении и в качестве профилактики артериосклероза.

Парентеральное применение препаратов из омелы белой начинается в начале 20 в. Gaulthier (1907) заметил явное снижение кровяного давления после внутривенного введения омелы. Р.Штайнер, И.Вегман (1917) впервые применили инъекционную терапию при раковых заболеваниях. А.Мадаус (1938) первым применил внутрикожные инъекции в сегментарно-рефлекторной терапии при дегенеративных и воспалительных заболеваниях суставов. Dinkelaker и Kass (1982) отметили влияние внутривенных инъекций Viscum album D3-D14 на вегетативную нервную систему и настроение, определили заметный спазмолитический эффект (сосуды, бронхи), а также болеутоляющее действие (мигрень, невралгия).

I. Омелотерапия в онкологии Германии.

Фармацевтическая и фармакологическая характеристики экстрактов омелы белой Viscum album L.

Эффективность препаратов из омелы белой определяется составом, который, согласно технологическим требованиям, должен быть стабильным (табл. 1). Поэтому стандартизации производства препаратов Helixor уделяется особое значение. Сбор урожая происходит вручную. Далее сырье подвергается размельчению и экстракции, после чего происходит смешивание, стерильная фильтрация, разведение и разлив в ампулы. Конечный контроль качества обязателен.

Табл. 1. Биологически активные вещества омелы белой.

Структурные типы	Классы веществ	Действие на раковые клетки	Действие на иммунные клетки
Гликопротеины	лектины омелы I, II, III	цитотоксичность - рибосомный синтез белка, индукция апоптоза	высвобождение TNF-α, IL-1, IL-2, IL-6
	Visalb CBL (cbML)	слабая цитотоксичность	дополнительное усиление иммунного ответа
Полипептиды	вискотоксины A1-3, B, 1-PS, U-PS	цитотоксичность - повреждение клеточных мембран	активизация макрофагов, повышение фагоцитарной активности гранулоцитов
Пептиды	пептид 5000 D (Kuttan et al.)	цитотоксичность, прекращение опухолевого роста в опытах на животных	активизация макрофагов,усиление цитотоксичной активности
Олиго- и полисахариды	арабиногалактаны, галактуронаны		стимуляция Т-хелперов (TH1, IFNγ), повышение активности естественных клеток-киллеров
Флавоноиды	дериваты кверцетина	индукция апоптоза	антиоксидантные, протекторные свойства
Тритерпены	олеаноловая, урсоловая, бетулиновая кислоты	индукция апоптоза, клеточная дифференциация, антиангиогенез	иммунная протекция, стимуляция макрофагов

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 29

BAAAAAAAB

Экстракты омелы белой являются иммуномодуляторами широкого спектра действия и оказывают влияние на специфичный и неспецифичный иммунитет (табл. 2).

Табл. 2. Эффекты Хеликсора.

Эффект	Принцип действия
Торможение опухолевого роста	- прямой: дозозависимая цитотоксичность (снижение синтеза белка, усиление индукции апоптоза) - непрямой: торможение ангиогенеза опухоли - непрямой: увеличение количества иммунокомпетентных эффекторных клеток
Иммунная модуляция	- увеличение количества иммунокомпетентных эффекторных клеток - повышение активности клеток - высвобождение цитокинов
Протекция ДНК и цитопротекция	- лимфоциты (повышение стабильности ДНК и репарации ДНК) - уменьшение иммуносу-прессивного действия химиотерапии
Улучшение качества жизни	- повышение уровня бета-эндорфина

Влияние на неспецифический иммунитет:

- связывание и активизация макрофагов,
- высвобождение медиаторов, стимулирующих воспаление (TNF-α, IL-1, IL-6),
- повышение фагоцитарной активности (бактерицидные эффекты),
- увеличение и активизация эозинофильных гранулоцитов,
- рост активности клеток-киллеров.

Влияние на специфический иммунитет:

- стимуляция образования и активизация дендритных клеток кожи,
- увеличение количества лейкоцитов (прежде всего, Т-хелперов),
- высвобождение медиаторов (γ-интерферон, IL-2, бета-эндорфин),
- увеличение числа В-клеток,
- образование антител к лектинам омелы и вискотоксинам,
- иммунопротективное действие: защита лимфоцитов от иммуносупрессивного и разрушающего гены действия цитостатиков.

Исходя из иммунотропных свойств Хеликсора, широта его онкологических показаний довольно велика (табл. 3).

Табл. 3. Применение Хеликсора в онкологии.

	Способ введения Хеликсора	Цель
Перед операцией	подкожно	профилактика иммуносупрессии, инфекционных заболеваний, метастазирования
При наркозе	внутривенная инфузия	
После операции	подкожно	профилактика рецидива
При проведении радио- и химиотерапии	подкожно, инфузия	улучшение переносимости, снижение иммуносупрессии, торможение опухолевого роста
После радио- и химиотерапии	подкожно	улучшение регенерации, иммунная реактивация
Неоперабельный рак	внутри-опухолевое	уменьшение размеров опухоли, стимуляция специфической опухолевой реакции
Метастазы	подкожно, внутривенная инфузия	улучшение качества жизни, анальгезия
Плевральный выпот	интраплевральная инстилляция	уменьшение выпота, уменьшение одышки
Предрак	подкожно	профилактика рака: своевременное лечение иммунных нарушений, которые могут вызвать рак

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 30

BAAAAAAAB

Доклинические и клинические исследования эффективности Хеликсора.

Эффективность Хеликсора оценивалась в опытах на животных. В результате применения Хеликсора А (мыши BALB/c, саркома L-1) было выявлено увеличение количества лейкоцитов, лимфоцитов и моноцитов, а также увеличение веса тимуса у мышей опытных групп. Количество метастазов у них достоверно снизилось по сравнению с контрольной группой (рис. 2.) (Braun J.M. et al. Cancer letters. 2001. 170. 25-31).

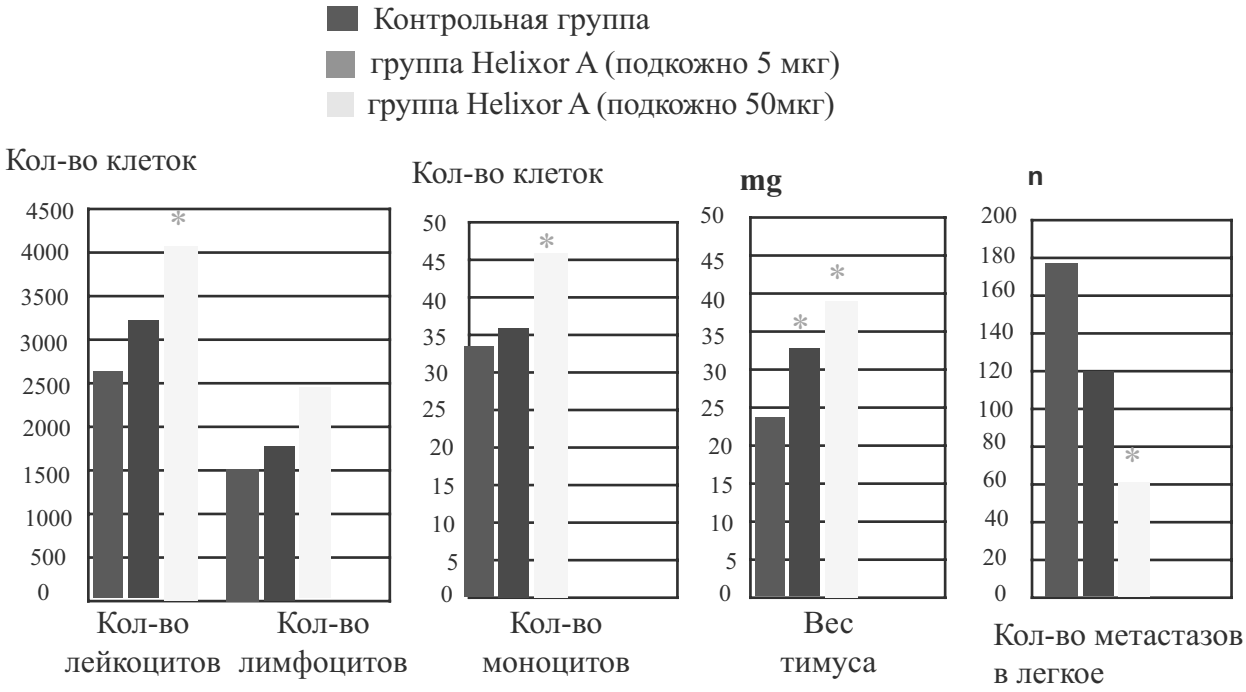


Рис. 2. Доказательство эффективности Хеликсора в опытах на животных (мыши BALB/c, саркома L-1).

Антиангиогенез - один из важных механизмов противоопухолевого действия омелы белой. Применение перитуморальных инъекций Helixor P у подопытных мышей с внутрикожной карциномой человека привело к изменению микроциркуляции в опухоли и окружающих тканях. (Klopp R. et al. Änderungen der Mikrozirkulation im Tumor und umgebenden Gewebe nach Anwendung von standardisiertem Mistelextrakt. DZO 35. 2003. 5-14).

Эффективность препаратов Helixor A и Helixor M оценивалась на мышиной модели BT474 in vivo (рис. 3) (Beuth J. et al. Intratumoral application of standardized mistletoe extracts down regulate tumor weight by decreased cell proliferation and increased apoptosis in a murine model) с использованием 2-х терапевтических схем:

<u>А. терапевтическая схема (подкожно)</u>

Группа А1 – контрольная, 100 µg буферного раствора PBS (n-2)

Группа А2 – 5 мг Helixor A (n-2)

Группа А3 – 5 мг Helixor M (n-2)

<u>В. терапевтическая схема (интратуморально)</u>

Группа В1 – контрольная, 100 µg буферного раствора PBS (n-2)

Группа В2 – 5 мг Helixor A (n-2)

Группа В3 – 5 мг Helixor M (n-2)

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 31

BAAAAAAAB

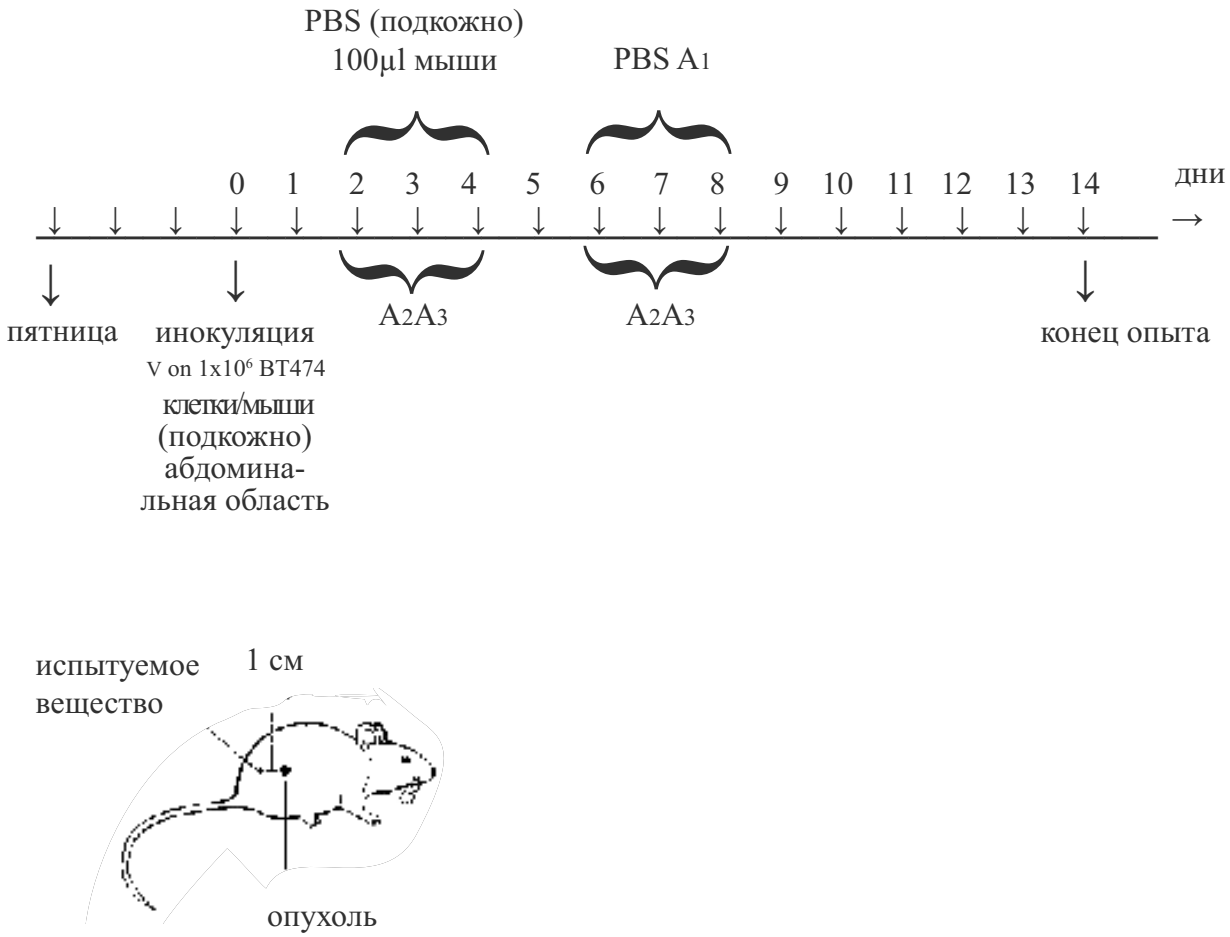


Рис.3. Действие препаратов Helixor A и Helixor M на опухолевую модель BT474 in vivo.

Клеточная линия BT474 (инфильтративно-протоковая аденокарцинома молочной железы человека) у подопытных мышей Balb/c (8), 1x10^6 клеток подкожно, по 3 инъекции дважды (1 инъекция в день): вес опухоли после применения омелотерапии в контрольной группе значительно больше веса опухолей в терапевтических группах Helixor A и Helixor M (рис. 4). Проведенные доклинические исследования на мышах подтверждают противоопухолевую эффективность препаратов Helixor.

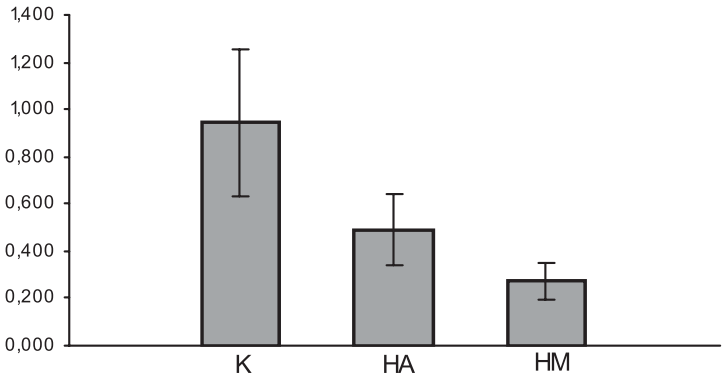


Рис. 4. Действие Helixor A, M на модели BT474 in vivo (интратуморально), мыши Balb/c.

K – контрольная, 0,1 мл буферного раствора PBS
HA – 5 мг Helixor A
HM -5 мг Helixor M
вертикально показан вес опухоли (г)

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 32

BAAAAAAAB

В опытной группе (Helixor M) мышей in vivo наблюдались большие участки тотального некроза (рис. 5), а в контрольной группе B (PBS) - отдельные зоны опухолевого некроза (рис. 6).



Рис. 5. Тотальный некроз опухоли у мышей опытной группы (Helixor M).

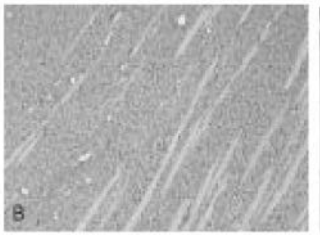


Рис. 6. Отдельные зоны некроза опухоли в контрольной группе.

В опытной группе (Helixor M) апоптоз опухолевых клеток более выражен, чем в контрольной группе (PBS) (рис. 7). Доля апоптоза клеток аденокарциномы молочной железы BT474 in vivo оценивалась по экспрессии одноцепочной ДНК (Beuth J. et al. Intratumoral application of standardized mistletoe extracts down regulate tumor weight bv decreased cell proliferation and increased apoptosis in a murine model).

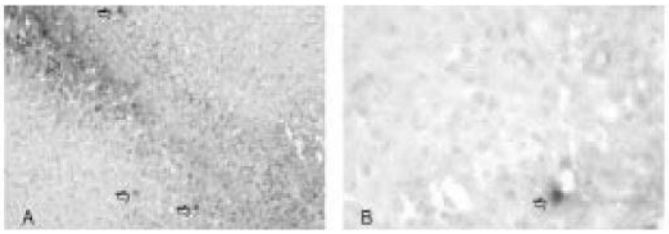


Рис. 7. Апоптоз в опытной (A) и контрольной (B) группах.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 33

Для водных экстрактов омелы характерно следующее:

- высокоспецифичная цитотоксичность для определенных клеточных линий (проверено более 100 клеточных линий),
- цитотоксичность различается в зависимости от клеточных линий опухоли одной категории до фактора 10^6,
- специфичность водных экстрактов омелы подобна ML1,
- выраженная зависимость доза/эффект,
- временная зависимость доза/эффект,
- зависимость от биодоступности (высокое связывание белка) и образования антител,
- возможная индукция некроза in vivo посредством апоптоза/ингибиции эндотелиальных клеток.

Отрицательные эффекты взаимодействия экстрактов омелы и цитостатиков не известны.

Перспективно внутриопухолевое введение Хеликсора для чувствительных клеточных линий при определенных видах опухолей.

По местному иммунологическому действию препараты омелы белой сходны с эффектами вакцины БЦЖ (рис. 8). Эффективность достигается благодаря длительной комплексной иммунной реакции, вызванной живыми аттенуированными микобактериями, высокой местной концентрацией цитокинов и эффективной мобилизацией иммунокомпетентных клеток. Однако препараты омелы в отличие от БЦЖ не обладают отрицательными побочными эффектами. Так, при раке мочевого пузыря очень эффективна инстилляция Helixor непосредственно в мочевой пузырь. Действие сравнима с БЦЖ, но отсутствуют тяжелые побочные эффекты, а также значительно сокращаются рецидивы.

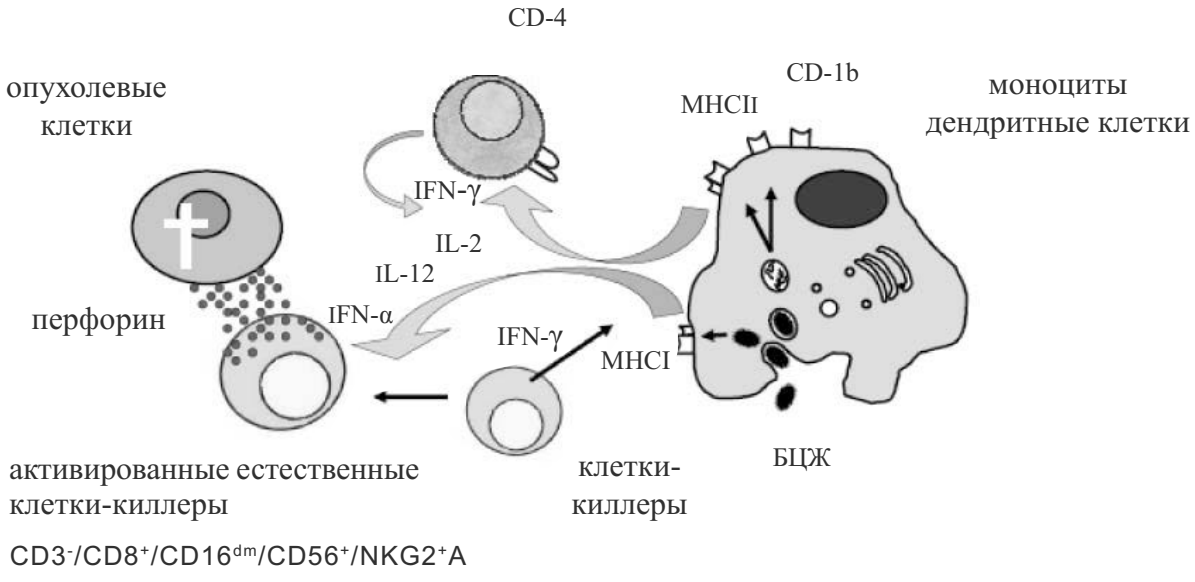


Рис. 8. Влияние вакцины БЦЖ на опухолевые клетки.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 34

BAAAAAAAB

Безопасность Хеликсора.

В целях доказательства безопасности препарата Helixor также проводился ряд доклинических и клинических исследований (табл. 4, 5), которые показали, что Helixor не токсичен.

Табл. 4. Доклинические исследования безопасности Хеликсора.

Доклинические исследования	Опытные животные	Результаты исследований
Острая токсичность	мыши, крысы (внутривенно, подкожно)	LD 50 >500 мг/кг не токсичен
Подострая токсичность	мыши (внутривенно), 7 дней	LD 50 >450 мг/кг не токсичен
Хроническая токсичность	крысы (подкожно), 90 дней; 5 мг, 50 мг, 100 мг/кг/день	системной токсичности нет, смертельных случаев нет, доза: 50 мг/кг/день
Местная переносимость	кролики, 50 мг подкожно	легкие обратимые реакции воспаления в 3 местах инъекций из 15, в остальных случаях переносимость хорошая
Тест на сенсибилизацию	морские свинки (внутрикожно/местно), провокационный тест	доля сенсибилизации - 0%
Потенциал взаимодействия	торможение или индукция каталитической активности цитохрома Р 450 - изоферментов	исключение клинически релевантных лекарственных реакций
Мутагенность	тест Ames, скорость обмена сестринских хроматид	не мутагенный, значительный антимутагенный эффект

Табл. 5. Клинические исследования безопасности Хеликсора.

Клинические исследования	Пациенты	Результаты
	фаза исследования III: 21онкобольной, высокодозные внутривенные инфузии, 152±103 дня	- побочные эффекты отсутствуют; - токсичность на костный мозг, печень и почки отсутствует; - не влияет на свертываемость крови
	проспективное рандомизированное мультицентрическое исследование согласно GCP: 114 онкобольных, подкожное введение, 56±70 дней	частота побочных эффектов: избыточная местная реакция при подкожном введении в местах инъекции – 6,14%, температура – 3,51%, крапивница – 0,88%
	17 клинических исследований: 3500 онкобольных	не токсичен, тяжелые побочные эффекты отсутствуют
Регулярное применение помимо клинических исследований	регистрация и анализ заявленных побочных эффектов у более, чем 300 000 пациентов за 28 лет	- относительная частота побочных эффектов - 0,004%, - легкие местные реакции или подъём температуры -66%, - все побочные эффекты полностью обратимы (без смертельных случаев или поражения органов)

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 35

BAAAAAAAB

Уровни оценки эффективности экстрактов омелы белой, используемые в доказательной медицине.

Выделяют следующие уровни доказуемости (центр EBM, Оксфордский университет, Великобритания):

Ia - метаанализ рандомизированных контролируемых исследований (RCT);

Ib – анализ рандомизированного контролируемого исследования;

IIa – метаанализ когортных исследований (эпидемиологический);

IIb – единичное когортное исследование (эпидемиологическое);

IIIa – метаанализ неконтролируемых исследований;

IIIb - неконтролируемые исследования;

IV – документация единичных случаев;

V – заключения (мнения экспертов).

Табл. 6. Метаанализ проспективных контролируемых исследований.

Метаанализ 24 проспективных контролируемых исследований (Kienle et al. 2003)			
13 исследований: статистически значимые позитивные результаты в группе омелотерапии - выживание – 8 - ремиссия – 1 - качество жизни – 4 - качество жизни (химиотерапия) -3	7 исследований: позитивная тенденция в группе омелотерапии - выживание –6 - ремиссия – 2 - доля рецидивов - 1	3 исследования: различий в группе омелотерапии и контрольной группе нет - ремиссия – 1 - качество жизни –1 - выживание – 2 - отсутствие симптомов – 1 - доля рецидивов -1	1 исследование: негативная тенденция - методические ошибки (много томографий мозга) - отсутствие симптомов – 1

Kienle G.S. et al. // European Journal of medical Research. 2003. 8. 109-119.

Влияние омелотерапии на выживаемость онкобольных.

Проспективное исследование выживаемости больных раком молочной железы (ретроспективный анализ) показало, что омелотерапия существенно влияет на показатели выживаемости (рис. 6).

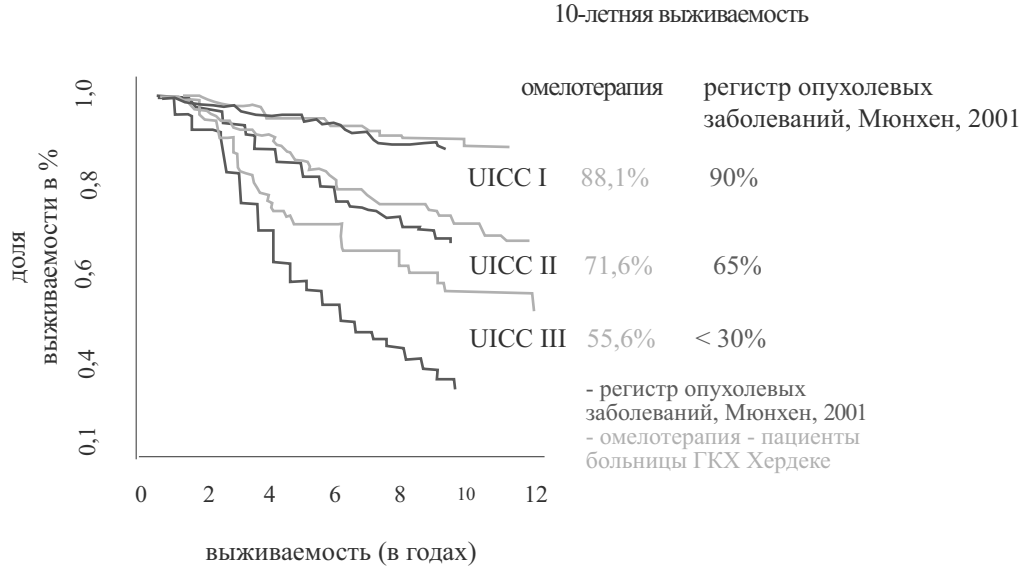


Рис. 6. График выживаемости больных раком молочной железы.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 36

Проспективное исследование выживаемости пациентов раком толстой кишки (ретроспективный анализ) также выявило значительное увеличение выживаемости при проведении омелотерапии (рис. 7).

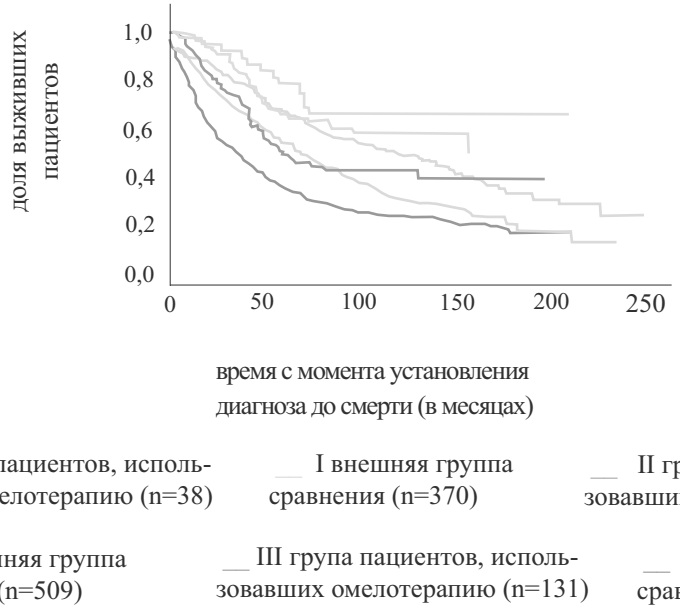


Рис.7. График выживаемости больных (1788 человек) раком толстой кишки.

Влияние омелотерапии на качество жизни.

Омелотерапия высокоэффективна при синдроме хронической усталости, возникающем на фоне раковой болезни. Синдром хронической усталости (СХУ) – длительное субъективное ощущение усталости, обусловленное наличием онкологического заболевания и/или его терапией, негативно влияющее на функциональный уровень в повседневной жизни (NCCN - National Comprehensive Cancer Network). СХУ - персистирующее состояние, которое не улучшается после отдыха и полноценного сна. СХУ может быть вызван анемией, химиотерапией, облучением, интерферонотерапией и др. У 70-100% пациентов СХУ появляется после радио-/химиотерапии. Можно выделить раннюю и позднюю стадию заболевания. Ранняя стадия СХУ ассоциирована с проведением терапии опухолевого заболевания, рекомендуется щадящий режим. Поздняя стадия появляется после лечения, спустя 2-3 года после терапии у 30% пациентов определяется негативное влияние на работу, социальные контакты, семейную жизнь, сексуальность.

Проведение омелотерапии у пациентов с СХУ улучшает качество жизни (рис. 8). Значительно улучшается общее состояние, настроение, аппетит, сон, активность. Боли, страх, усталость уменьшаются, пациенты меньше применяют болеутоляющих средств (Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren. 2002. 12. 806).

Данные по качеству жизни 54 онкобольных при проведении паллиативной омелотерапии: голубым цветом отражена степень улучшения состояния пациентов спустя 4 недели терапии Helixor, зелёным цветом – спустя 12 недель (рис. 8).

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 37

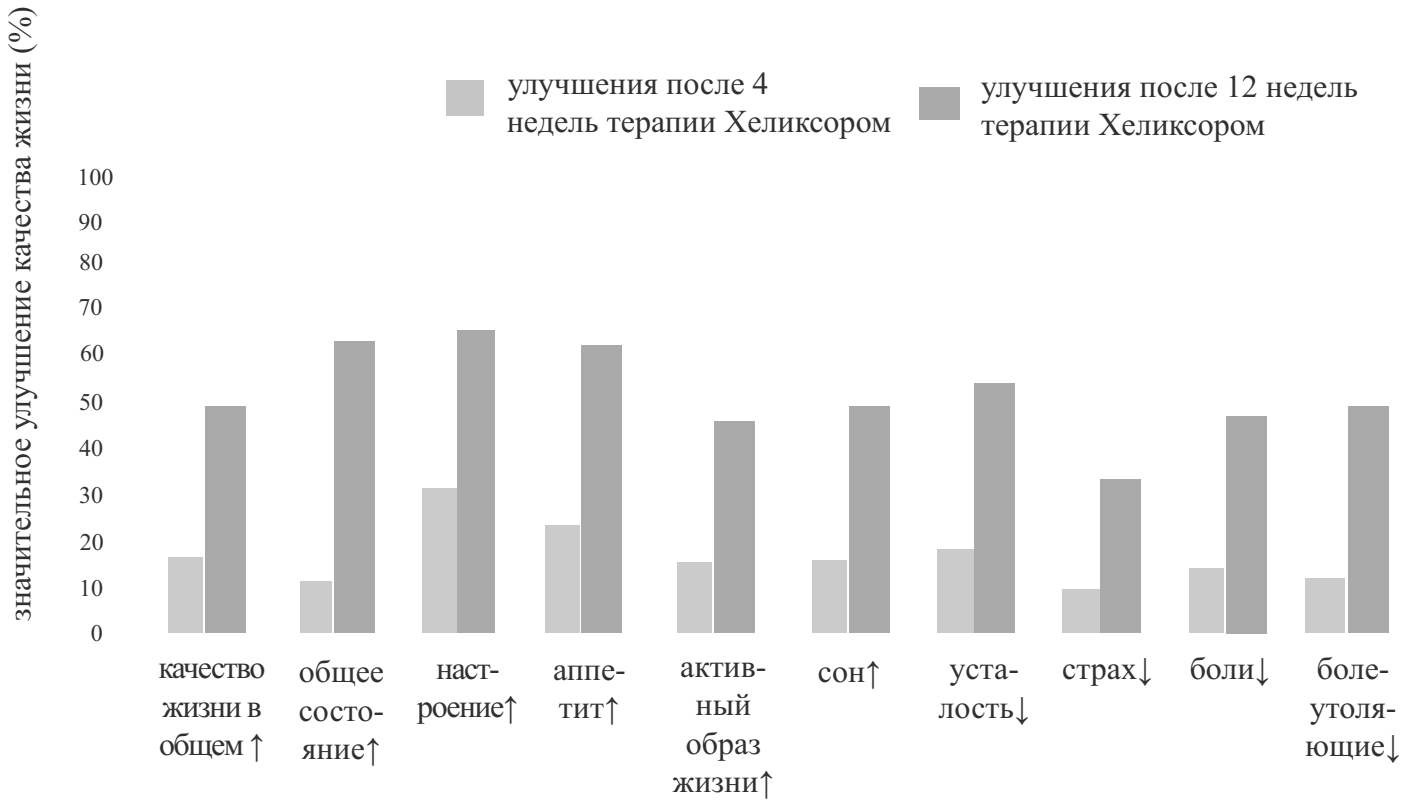


Рис. 8. Качество жизни при проведении омелотерапии

В целях определения влияния омелотерапии (Helixor) на качество жизни больных раком молочной железы, яичников и легкого, а также влияния омелотерапии на выраженность побочных эффектов химиотерапии было проведено проспективное, рандомизированное, мультицентровое исследование. Также стояла задача оценить безопасность омелотерапии.

Исследование проводилось в 3 центрах. В исследовании принимали участие 233 пациента с немелкоклеточным раком легкого, яичников и молочной железы в период проведения стандартной химиотерапии. Нежелательные побочные эффекты регистрировались, их причины подвергались анализу. Группа Verum проходила дополнительную терапию Helixor A - по 3 подкожных инъекции в неделю с прогрессирующим увеличением концентрации от 1 до 200 мг. В контрольной группе пациенты дополнительно получали инъекции Lentinan (иммуностимулятор из группы базидиомицетов) по 4 мг ежедневно.

Качество жизни определяли по индексам функциональных возможностей Карнофски (KPI – Karnofsky Performance Index), FLIC (Functional Living Index Cancer) и индексу TCM (Traditional Chinese medicine – традиционная китайская медицина). Статистический анализ проводил институт биометрии и информатики университета г. Гайдельберга (Institut für Biometrie und Informatik der Universität Heidelberg). Качество жизни у пациентов группы Helixor по всем индексам оказалось значительно выше, чем в группе пациентов, получавших препарат Lentinan (рис. 9). Переносимость химиотерапии также в группе Helixor была лучше, чем в группе Lentinan с меньшим количеством побочных эффектов (рис. 10) (Piao B.K. et al. Anticancer research 2004. 24. 303-310).

BAAAAAAAB

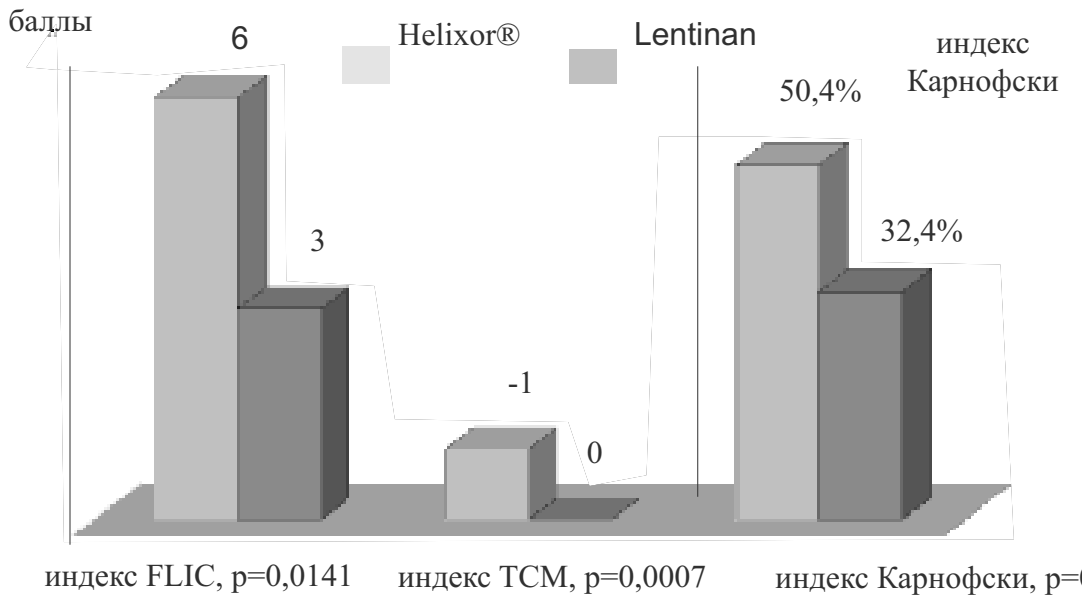


Рис. 9. Качество жизни у пациентов при проведении омелотерапии (Helixor).

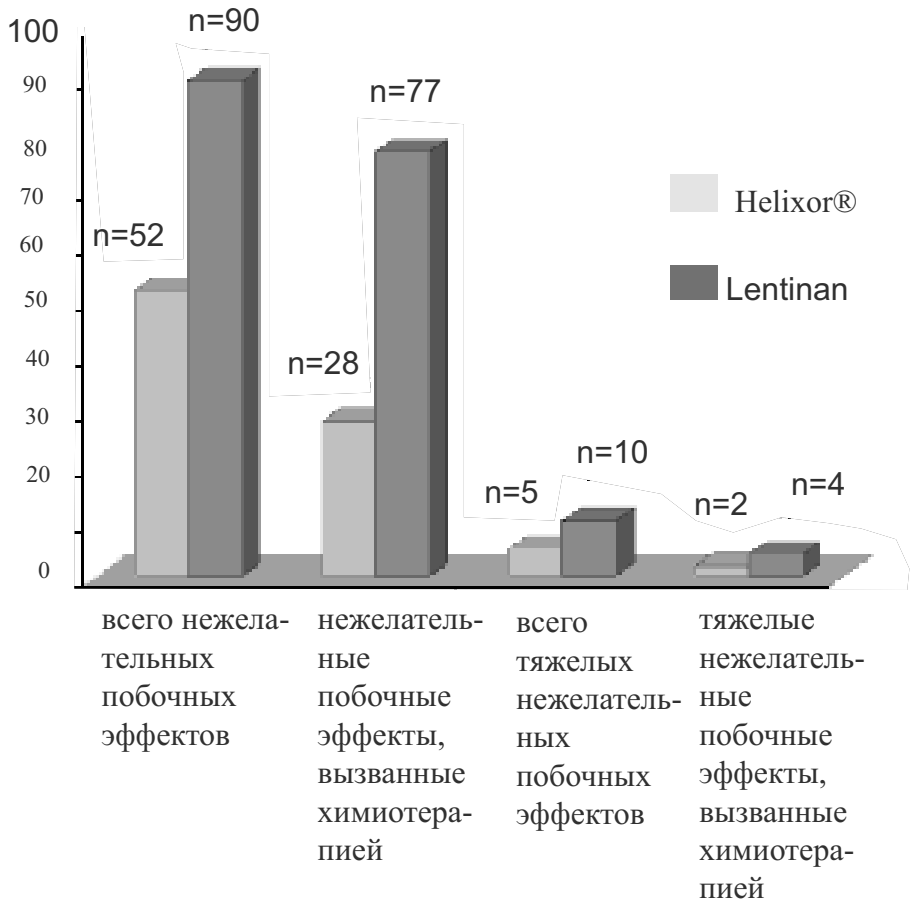


Рис. 10. Переносимость химиотерапии при проведении омелотерапии.

Омелотерапия среди средств комплементарной медицины.

Омелотерапия обладает следующим рядом преимуществ по сравнению с другими видами комплементарной терапии:

1. Цельные экстракты омелы стандартизированы, состав препаратов определяется производственной технологией.

2. Выбор дерева-хозяина позволяет осуществлять индивидуальный подбор препарата для пациента.

3. Эффективность определяется стимуляцией процессов иммунной защиты и регулятивных процессов организма («процессы самоизлечения», саногенез).

4. Противоопухолевое действие омелотерапии доказано, стимуляция опухолевого роста не выявлена (опыты на

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 39

BAAAAAAAB

животных, in vitro, клинические исследования).

5. Хорошая переносимость, тяжелые побочные эффекты редки.

6. Эффективность подтверждена рандомизированными клиническими исследованиями (двойные слепые исследования невозможны).

Омелотерапия является наиболее известной комплементарной терапией (с 1917 г.) при лечении онкозаболеваний. Она хорошо исследована (более 1000 научных публикаций, более 90 клинических исследований) (Kienle & Kienle, 2003).

Омелотерапия чаще всего применяется в качестве комплементарной терапии при лечении онкозаболеваний (61,6 % пациентов) (Wies et al. Onkologie. 1998).

В Германии страховые компании полностью покрывают расходы пациентов на омелотерапию (Schwabe & Paffrath). Расходы на здоровье у пациентов, начинающих применять методы комплементарной медицины для лечения хронических заболеваний не увеличиваются в течение первого года и уменьшаются в течение второго года. Это объясняется тем, что в результате применения омелотерапии сокращается процент госпитализированных пациентов (Hamre (H.J. Health costs in anthroposophic therapy users: a two-year prospective cohort study. BMC Health Services Research. 2006. 6. 65)

При онкозаболеваниях также применяются и другие виды комплементарной медицины (табл. 7) (Beuth J. Grundlagen der Komplementäronkologie. Stuttgart: Hippokrates Verlag in MVS Medienverlage. 2002).

Табл. 7. Методы и средства комплементарной медицины у онкобольных.

		Рекомендации	Дополнительно	Доказанная эффективность
Питание		+		КЖ ↑
Спорт		+		ИМ, КЖ ↑
Психоонкология		+		КЖ, В↑
Витамины	А, С, Е, сбалан. смесь селенит натрия		+	КЖ ↑
Микроэлементы		+		ИМ, КЖ↑ РЕЦ↓
Ферменты		+		МЕТ↓, В↑
Активизация иммунных клеток/реактивация иммунных клеток по показаниям	омелотерапия, пептиды тимуса, микробиологическая терапия	+		ИМ, КЖ↑
			+	ИМ, КЖ↑
			+	ИМ
Специфическая терапия по категории рака / антипролиферативная терапия	блокада адгезивных молекул, гемоцианин, гипертермия, моноклональные антитела, индукция дифференциации, гормональная тера-пия	+	+	МЕТ↓, В↑,РЕЦ↓
			+	ИМ
			+	РЕЦ↓, МЕТ↓
		+		В↑
		+		РЕЦ↓, В↑

КЖ – качество жизни
ИМ – иммунная модуляция
В – выживаемость
РЕЦ – рецидивы
МЕТ - метастазы
↑ - улучшение
↓ - ухудшение

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 40

BAAAAAAAB

Выбор типа Хеликсора и инъекционных схем.

Омелотерапия позволяет учитывать индивидуальные потребности пациентов благодаря возможности выбора сорта омелы, методу и особенностям применения (частота применения, интервалы, дозировка, длительность применения).

Выбор сорта омелы определяется общим состоянием и конституцией пациента, терапией онкозаболевания, сопутствующими заболеваниями, видом рака, локализацией заболевания.

Показания для применения Хеликсора А, полученного из хвойной омелы:

- пациент сильно ослаблен, хрупок, худощав, чувствителен, детского и юношеского возраста;
- сопутствующие заболевания/терапия: аллергия, атопия, аутоиммунные заболевания (воспалительные заболевания), проведение химио- и радиотерапии;
- вид опухоли: опухоли мозга и в области шеи, ушей, носа (верхняя половина тела), лейкемия, множественная миелома.

Показания для применения Хеликсора М, полученного из яблоневой омелы:

- пациент крепкого телосложения, коренастой конституции, пожилой;
- сопутствующие заболевания/терапия: артрозы, атеросклероз, гипертония, ожирение, общая недостаточность обмена веществ (склероз);
- вид опухоли: в области обмена веществ (нижняя половина тела), инъекции рядом с опухолью для усиления противоопухолевого действия (внутриопухолевые, внутриплевральные, внутрибрюшинные инъекции и т.д.).

Омелотерапия проводится как инъекционная терапия. Предпочтительные места для инъекций: при поверхностных опухолях – по возможности ближе к опухоли! В других случаях постоянно менять места инъекций: брюшная стенка, верхняя часть бедра, плечо. Избегать инъекций в следующие места: очаги воспаления и вокруг них, свежие операционные рубцы, очаги облучения, при раке молочной железы: грудь и рука прооперированной стороны. Как правило, проводят по 3 подкожные инъекции в неделю (табл. 8).

Табл. 8. Частота инъекций Хеликсора

	Количество инъекций в неделю	Перерывы
Адьювантная омелотерапия	3 инъекции по 1 ампуле подкожно	После 6-недельного цикла - 14-дневный перерыв
Паллиативная омелотерапия	При хорошем общем состоянии: 3 инъекции по 1 ампуле подкожно при плохом общем состоянии, быстрой прогрессии: переход на ежедневные инъекции	без перерывов!

ТС 3-го года проведения омелотерапии постепенно увеличивают терапевтические перерывы.

3-й год: 3-недельная пауза после 16 инъекций (в итоге 12 упаковок Хеликсора в год, по 2 инъекции в неделю);

4-й год: 4-недельная терапевтическая пауза после 16 инъекций (в итоге 10 упаковок Хеликсора в год);

5-й год: 8-недельная пауза после использования 2 упаковок (в итоге 8 упаковок в год).

При отсутствии рецидивов в течение 5 лет после проведения первичной противораковой терапии профилактику рецидивов можно прекратить. При раке молочной железы (среднего и высокого риска) с 6 по 10 годы - по 2 упаковки Хеликсора 2 раза в год (лучше в весенний и осенний периоды).

При прогрессировании заболевания следует перейти на другой тип Хеликсора.

Возможные побочные эффекты.

При проведении омелотерапии могут наблюдаются побочные эффекты (табл. 9).

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 41

BAAAAAAAB

Табл. 9. Побочные эффекты омелотерапии.

Побочные эффекты	Частота	Меры
Воспалительные местные реакции в местах подкожных инъекций более 5 см.	часто (начальный этап терапии)	Терапевтичес-кая пауза до устранения симптомов.
Температура выше 38, гриппозный синдром.	иногда	Снижение концентрации.
Увеличение региональных лимфатических узлов.	редко	Не применять жаропонижающие или противовоспалительные средства.
Аллергические реакции (крапивница, лекарственная сыпь, отек Квинке, удушье). Анафилактические реакции	иногда единичные случаи	Обычная противоаллергенная терапия. Омелотерапию прекратить, проверить антитела к лектинам омелы (IgE). Если IgE отрицательные, продолжить терапию, снизив концентрацию.
Активация воспалений	единичные случаи	Санация очагов воспаления.

Способы применения Хеликсора.

Наряду с широко используемым подкожным введением Хеликсора, получили распространение и другие способы его введения в организм (табл. 10). Способ применения зависит от характера опухоли и стадийности процесса.

Табл. 10. Способы применения Хеликсора.

Способ	Значение	Терапевтическая цель
Подкожная инъекция	Обычное применение в онкологии	Иммунная модуляция, улучшение качества жизни, улучшение переносимости химиотерапии
Внутривенная инфузия	Многолетний клинический опыт	Противоболевая терапия, торможение опухолевого роста
Интраплевральная инстилляция	Многолетний клинический опыт	Плевродез, локальное торможение опухолевого роста
Внутрибрюшинная инстилляция Интратуморальная инъекция	Положительный опыт в единичных случаях	Уменьшение асцита, локальное торможение опухолевого роста Локальное торможение опухолевого роста
Внутрикожная инъекция	Обычное применение при артрозах в сегментарно-рефлекторной терапии	Локальная гиперемия, уменьшение боли
Оральная терапия	Обычное применение при гипертонии	Мягкое снижение давления

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 42

BAAAAAAAB

Высокоэффективным является внутриопухолевое введение препаратов Helixor (табл. 11, рис.11).

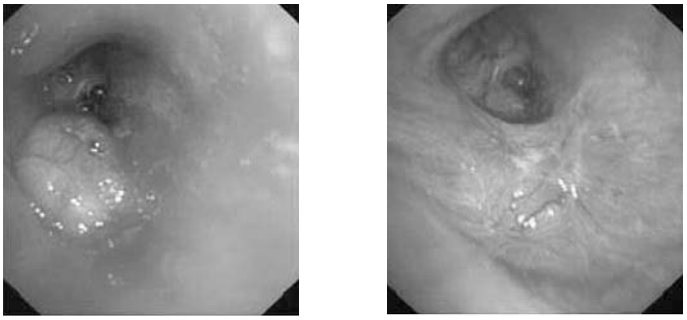


Рис. 11. Центральный стеноз трахеи вследствие опухолевого процесса (11.11.05). После интратуморального введения Хеликсора - лизис опухоли, восстановление проходимости дыхательных путей (16.1.06).

Монотерапия Хеликсором.

В качестве монотерапии омелотерапия при онкозаболеваниях не проводится. Однако при карциноме ротовой полости экспериментально применялась монотерапия препаратами омелы, т.к. стандартная противоопухолевая терапия оказалась неэффективной. Наступила полная ремиссия (рис. 12.). Инъекционная терапия состояла из 35 инъекций. Наблюдалась периферическая эозинофилия. Авторы подчеркивают высокую цитотоксичность и иммуностимулирующее действие Хеликсора (Scheffler A., Mast H., Fischer S., Metelmann H-R. Komplette Remission eines Mundhöhlen-Karzinoms nach alleiniger Mistelbehandlung. Grundlagen der Mistel therapie von Albrecht H., Gerhard I. Stuttgart: Hippokrates Verlag. 1996. 453-464)



10.05.94 03.06.94 10.10.94

Рис. 12. Полная ремиссия карциномы ротовой полости после проведения омелотерапии (монотерапия).

Омелотерапия неоперабельного рака поджелудочной железы.

При раке поджелудочной железы необходимо начинать с внутриопухолевых инстилляций Хеликсора М каждые 2-3 дня (до 4 раз), далее 1 внутриопухолевое введение за 4 недели. Начинают с 200-300 мг Helixor M (NaCl 0,9% на 10 мл), далее увеличивают в зависимости от переносимости и температуры тела (максимум - до 900 мг Helixor M).

Профилактическую антибиотикотерапию не проводить.

Температуру не снижать, нестероидную противовоспалительную терапию в течение 24 часов после введения Helixor не проводить.

На 4-й неделе омелотерапии проводится химиотерапия (гемцитабин 1000 мг/м2), далее

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 43

продолжать терапию в такой же очередности до ухудшения общего состояния
(FIH, Berlin).

При проведении вышеуказанной терапии достигаются частичные ремиссии в 50% случаев.

Высокоэффективна омелотерапия первичной неоперабельной карциномы поджелудочной железы при эндоскопическом введении Helixor M тонкой иглой под контролем УЗИ. Результаты проведенного исследования подтверждают её эффективность. Так, у 12 пациентов (7 мужчин, 5 женщин, возраст 58-84 года) общая опухолевая реакция составила 92%, согласно критериям ВОЗ. У 8% пациентов наблюдалась полная ремиссия, у 50 % - частичная ремиссия (уменьшение размеров опухоли более чем на 50%). У 33% пациентов состояние стабилизировалось, а у 8% заболевание продолжало прогрессировать.

Данные по выживаемости: 3 месяца – 100% пациентов, 6 месяцев – 92%, 9 месяцев – 75%, 12 месяцев – 58%. Качество жизни пациентов (SF 36) улучшилось даже в случаях отсутствия положительной динамики.

У 7 пациентов наблюдалось повышение температуры выше 38,5ºС спустя 2-8 часов после инъекции. Основная токсичность не выявлена. (Matthes H. et al. Gastroenterology. 2005. 128. 4. 433-434).

Табл. 11. Внутриопухолевое введение Хеликсора.

Автор	Характеристика больных	Вид Хеликсора, концентрации	Результаты
Stumpf, 1997	70 лет, мужчина, рецидив рака кардии с перекрытием пищевода	P, 5-400 мг	уменьшение опухоли, восстановление проходимости
Matthes, 1997	6 пациентов раком печени, 21 пациент с метастазами в печень	M, 100-1500 мг	5 частичных ремиссий у пациентов с раком печени, 11 частичных ремиссий при метастазах
Schad , 1999	50 лет, мужчина, первичный неоперабельный рак толстой кишки, метастазы в печень	A→ M, 300 – 700 мг	константность величин, возможность радикальной операции спустя год, продолжительность жизни более 36 мес.
Schad , 1999	68 лет, женщина, неоперабельный рак печени	M, 500 – 1500	частичная ремиссия, уменьшение опухоли в течение 2 лет, продолжительность жизни 40 мес.
Matthes, 2005	12 пациентов с неоперабельным раком поджелудочной железы	M, 300 – 1000 мг	58% -ремиссии/ стабилизации состояния, 83% - значительное улучшение качества жизни

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 44

BAAAAAAAB

Инфузионная омелотерапия.

Инфузионная омелотерапия проводится строго по показаниям.

В научной литературе достаточно подробно описаны эффекты инфузионной омелотерапии (табл. 12).

Табл. 12. Инфузионная омелотерапия.

Автор	Публикация	Количество пациентов	Результаты
Böcher	Onkologie,1996	21	доказательство обоснованности
Büssing	Onkologie, 1996	12	увеличение количества ювенильных гранулоцитов и моноцитов, активизация клеток хелперов
Salzer	DZO ,1987	36	повышение качества жизни
Kalden	Erfahrungsheilkunde,1994	1	единичный случай: воспроизводимая ремиссия
Friedrichson	Erfahrungsheilkunde,1995	-	обезболивание, улучшение психического состояния
Steinkellner	доклад на конференции по онкологии, Зальцбург,1997	33	9% ремиссий, 36 % без изменений, 27% торможение заболевания
Sarkadi	Erfahrungsheilkunde,1995	60	23% снижение СОЭ, 17% уменьшение опухолевых маркеров
Maar	форум Komplementäre Onkologie, 2001	400	повышение качества жизни, уменьшение болей, улучшение настроения, частично ремиссии
Zerm	Zerm Fortschritte in der Misteltherapie. Essen: KVS Verlag. 2005	1	очень хорошая переносимость высоких доз химиотерапии 5FU

Показания для проведения инфузионной терапии: прогрессия опухоли, несмотря на подкожные инъекции Helixor, боли при метастазирующих опухолях, токсические эффекты химиотерапии.

Противопоказания: острые воспалительные заболевания, сопровождающиеся лихорадкой, наличие аллергий, аутоиммунные заболевания.

Примечания: предварительно необходимо достигнуть 50 мг концентрации Helixor подкожными инъекциями. Применять инфузионную терапию строго по показаниям. При проведении инфузионной терапии необходимо наличие препаратов и оборудования для оказания экстренной помощи.

Мониторинг: температура, картина крови, дифференцированная картина крови.

Указания по применению: 1-2 инъекции в неделю по 100-200 мг подкожно в свободные от инфузий дни или по 3 инфузии в неделю без дополнительных подкожных инъекций (макс. в течение 3 мес.).

Скорость проведения инфузий: 26 капель в мин. в течение 3 часов.

Дозировка: 250 мл NaCl 0,9% + 50 мг Helixor, далее: 100 мг → 200 мг → 400 мг → 600 мг.

Не повышать концентрацию при повышении температуры более чем на 1ºC, эозинофилии, общей реакции (озноб, плохое самочувствие, головные боли, боли в конечностях).

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 45

II. Некоторые неонкологические показания к омелотерапии Хеликсором.

Омелотерапия является высокоэффективной при следующих заболеваниях:

- дегенеративные заболевания суставов (артрозы, болевые синдромы позвоночника);
- хронические воспалительные заболевания суставов (ревматизм, ревматоидный полиартрит, болезнь Бехтерева и др.);
- хронический гепатит В и С;
- хронические рецидивирующие инфекции;
- синдром хронической усталости;
- фибромиалгия;
- психо-вегетативный синдром усталости, реактивные депрессии;
- нейродермит, атопические заболевания;
- псориаз;
- эндометриоз.

Деформирующий артроз.

Выделяют следующие стадии деформирующего артроза:

Стадия 1 – боли при нагрузке, рефлекторное напряжение мышц, ощущение холода, трение в суставах, треск в суставах.

Стадия 2 – боли при движении, тугоподвижность суставов, стартовые боли, чувствительность к холоду.

Стадия 3 – боли в покое, мышечные контрактуры, деформация сустава, вторичное смещение суставной оси, мышечная атрофия при обездвиживании, неустойчивость сустава (омелотерапия менее эффективна при деформации суставов, но с ее помощью можно на длительный период отсрочить операцию по замене сустава).

Частота встречаемости деформирующего артроза у пациентов старше 60 лет (рентгеновское исследование):

- артроз 1 сустава – 80-100%,
- артроз более 4 суставов – 30-70%,
- субъективные симптомы – около 20%.

Симптомы заболевания: трение в суставах, снижение объёма движений, тугоподвижность суставов после отдыха, боли (утренние стартовые, при нагрузке), повышенная чувствительность к холоду, пониженная чувствительность к теплу, вторичные симптомы - утолщение суставной капсулы, жар, выпот.

В научной литературе описаны эффекты омелотерапии при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани (табл. 13).

Табл. 13. Эффекты омелотерапии.

Местная гиперемия	Elsner W.	Med. Klinik. 1957. 52. 1410-1412
Анальгезия	Zell J. et al.	Heilkunst. 1993. 106. 23-26
Улучшение микроциркуляции	Klopp R. et al.	Onkologie. 2001. 33. 6-14
Нормализация основного вещества	Heine H.	Phytotherapie. 1985. 6. 67-82
Торможение активности протеаз. Повышение неосинтеза основного вещества	Proft D. Proft D. Bartholmes P.	Диссертация Witten-Herdecke. 1990 Cancer Research. Clin. Oncol. 1989. 115. 36

В целях выявления эффективности омелотерапии при деформирующем артрозе коленного сустава было проведено рандомизированное исследование (Stange R., Moser C., Goedings P., Mansmann U., Buehring M. Forschende Komplementärmedizin. 2000. 7. 52). В исследовании принимали участие 100 пациентов с установленным диагнозом артроза коленного сустава.

Группе А проводилась инъекционная периартикулярная терапия SALIXOR 0,1-1 мг (Helixor Heilmittel GmbH & Co. KG) по 1 ампуле 2 раза в неделю внутрикожно (6 инъекций из одной ампулы) в область коленного сустава. Группа В принимала диклофенак (Voltaren Resinat) -2 капсулы по 75 мг ежедневно (максимальная дозировка!).

Определение индекса Lequesne (L.I.), учитывающего выраженность болевого синдрома и функцию сустава, проводилось до

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 46

терапии, спустя 4 недели, спустя 3 месяца после завершения терапии.

Исследование показало, что спустя 4 недели омелотерапия снимает боли, улучшает подвижность сустава и обладает более выраженным длительным эффектом по сравнению с диклофенаком (Voltaren).

В связи с высокой вероятностью побочных эффектов антиревматических препаратов омелотерапия в при артрозах более предпочтительна. Кроме того, омелотерапия менее дорогостоящая, более эффективная и её эффекты более пролонгированы, чем у диклофенака.

Был проведен литературный обзор по омелотерапии ревматических заболеваний за период с 1942 по 2006 гг. Проанализирована информация более, чем о 17 000 пациентов возрастом старше 40 лет, в основном с начальными стадиями заболевания I-II (реже III).

Показаниями для проведения периартикулярной омелотерапии являлись: синдромы раздражения при остеохондрозе позвоночника, артроз коленного сустава, артроз плечевого сустава, arthritis ileosacralis, подострый моноартрит, periarthritis humeroscpularis, периостит, эпикондилит, тендинит, раздражение после растяжения связок сустава, мышечный ревматизм и herpes zoster с последующим невритом, частично также болезнь Бехтерева, спинальное раздражение у лиц нервной конституции, тяжелый коксартроз, хронический ревматизм суставов.

Успешность омелотерапии (уменьшение боли и улучшение подвижности сустава) составила 80%. Менее эффективной омелотерапия оказалась у пациентов с ожирением и коксартрозом. Клиническое улучшение наступало, как правило, после 4-8 внутрикожных инъекций.

Побочные эффекты внутрикожного введения Хеликсора: местное покраснение с местной реакцией воспаления по причине усиленного кровотока с последующим уменьшением боли и улучшением функций. Иногда наблюдалась местная индурация, зуд, очень редко - непереносимость (вялость, озноб, болезненное самочувствие, жар, головные боли). Аллергические реакции - крайне редки.

Предупреждение: внутрисуставное введение Хеликсора недопустимо! – опасность развития местного асептического воспаления синовиальных оболочек сустава.

Препаратом выбора при артрозе является Helixor M, который вводят по 1 ампуле внутрикожно периартикулярно (с образованием папул) 1-3 раза в неделю. При лечении одного сустава 1 ампулу разделяют на несколько инъекций и обкалывают сустав. Инъекционную терапию следует начинать с 1 мг, постепенно повышая концентрацию (1 мг → 5 мг → 10 мг → 20 мг → 30 мг → 50 мг) до появления покраснения в местах инъекций.

При возникновении воспалительной реакции (местное покраснение и тепло) проводится поддерживающая терапия: 8-16 инъекций той же концентрации, далее терапевтический интервал в 2-5 месяцев и при необходимости - повтор серии инъекций.

При избыточной местной воспалительной реакции (более 5 см), сильном зуде необходимо сделать перерыв до прекращения симптомов, снизить концентрацию на 1-2 ступени (0,1 мг или 0,01 мг).

При слабой местной реакции следует повысить концентрацию Хеликсора на 1 ступень.

Хронический гепатит В и С.

Показанием для проведения омелотерапии заболеваний печени является факультативный преканцероз (хронический гепатит, цирроз печени).

Противопоказания: острый гепатит, аутоиммунный гепатит.

Возможный механизм действия: иммунная стимуляция, элиминация пораженных вирусом гепатоцитов за счёт активации клеточного иммунитета.

Цели омелотерапии вирусных гепатитов: ликвидация иммунодефицита, восстановление функций печени, профилактика цирроза и рака печени.

Примечание: интерферон применять недопустимо.

Указания по применению: 1 ампула Helixor M 3 раза в неделю подкожно или использование Helixor A при аллергиях.

Начальная терапия: до местной воспалительной реакции (концентрации 1 мг → 5 мг → 10 мг → 20 мг → 30 мг → 50 мг и т.д.). При достижении местной реакции поддерживать концентрацию.

Поддерживающая терапия: в течение 12 месяцев.

Дополнительно назначают: гепатопротекторы и ферменты.

С 12.2001 по 03.2003 проводилось

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 47

BAAAAAAAB

исследование по применению препаратов Helixor M или Helixor P у пациентов с хроническим гепатитом С. В исследовании принимали участие 38 пациентов носителей вируса гепатита в основном генотипа 1а (47%) и 3а (25%) (рис. 13). Руководитель исследования - Friedemann Schad (г.Берлин). Исследование продолжалось 6 месяцев. Helixor M (из яблоневой омелы) или Helixor P (из сосновой омелы) вводились подкожно.

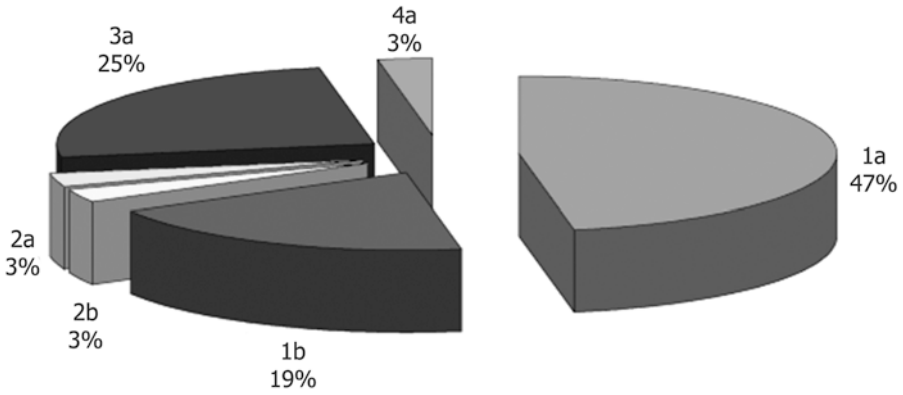


Рис. 13. Распределение по генотипам вируса гепатита С у 37 пациентов.

Целевыми критериями исследования являлись: улучшение показателей печени, уменьшение вирусной нагрузки, улучшение общего состояния, целесообразность применения препарата.

Исследование показало, что в результате омелотерапии через 6 месяцев улучшились биохимические показатели печени и уменьшилась вирусная нагрузка (рис. 14, табл.14).

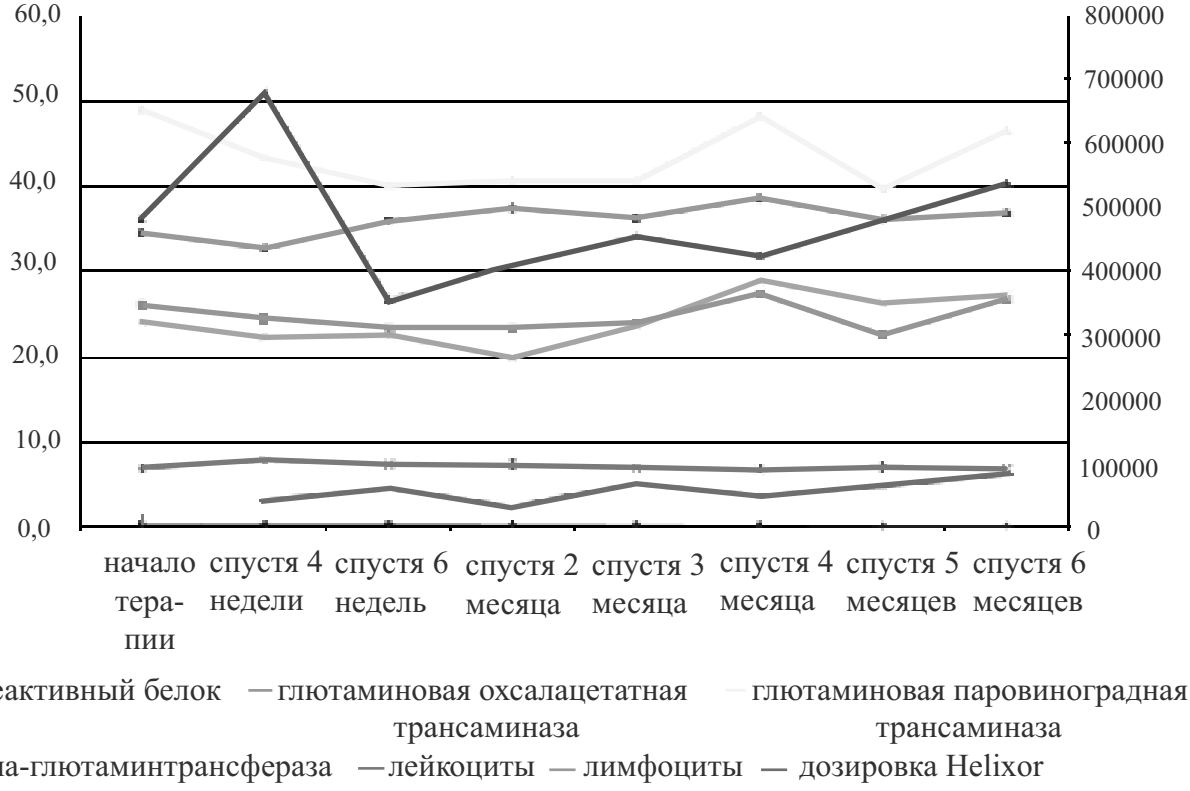


Рис. 14. Результаты лабораторных исследований при проведении омелотерапии (Helixor M, 37 пациентов).

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 48

Табл. 14. Динамика вирусной нагрузки при проведении омелотерапии.

Вирусная нагрузка	до терапии	спустя 4 недели	спустя 6 недель	спустя 3 месяца	спустя 4 месяца	спустя 6 месяцев
Средний показатель	482442	680000	357000	455724	424000	538656
Стандартное отклонение	333298	441235	220617	350322	-	441660

Миома.

Омелотерапия останавливает рост миом больших размеров и приводит к регрессии миом малых размеров. Хорошие терапевтические результаты достигаются у пациенток в возрасте 30-40 лет.

При миомах проводится подкожная инъекционная терапия Helixor M в пахово-подвздошной области по классической схеме, далее переходят на интрацервикальные инъекции 1 раз в неделю (Bruno Emme, Гамбург).

Эндометриоз.

Д-р Bart Maris (Krefeld) провел сравнительное исследование эффективности Helixor M и Helleborus niger при эндометриозе. Исследование проводилось с 06.2002 по 03.2004. 32 пациентки участвовали в данном исследовании (5 – Helixor, 21 – Helleborus, 2 – комбинированная терапия). Длительность инъекционной терапии составила 6 месяцев. Helixor M (препарат омелы яблоневой), Helleborus niger aquos D6 (гомеопатический препарат фирмы Helixor) вводились подкожно.

Цель исследования: уменьшение болей на фоне менструации, улучшение общего состояния, обоснованность применения препаратов.

Исследование показало, что в терапии эндометриоза Helixor более эффективен, чем Helleborus niger.

У большинства пациенток в результате терапии улучшилось состояние и редуцировалась симптоматика заболевания (рис. 15).

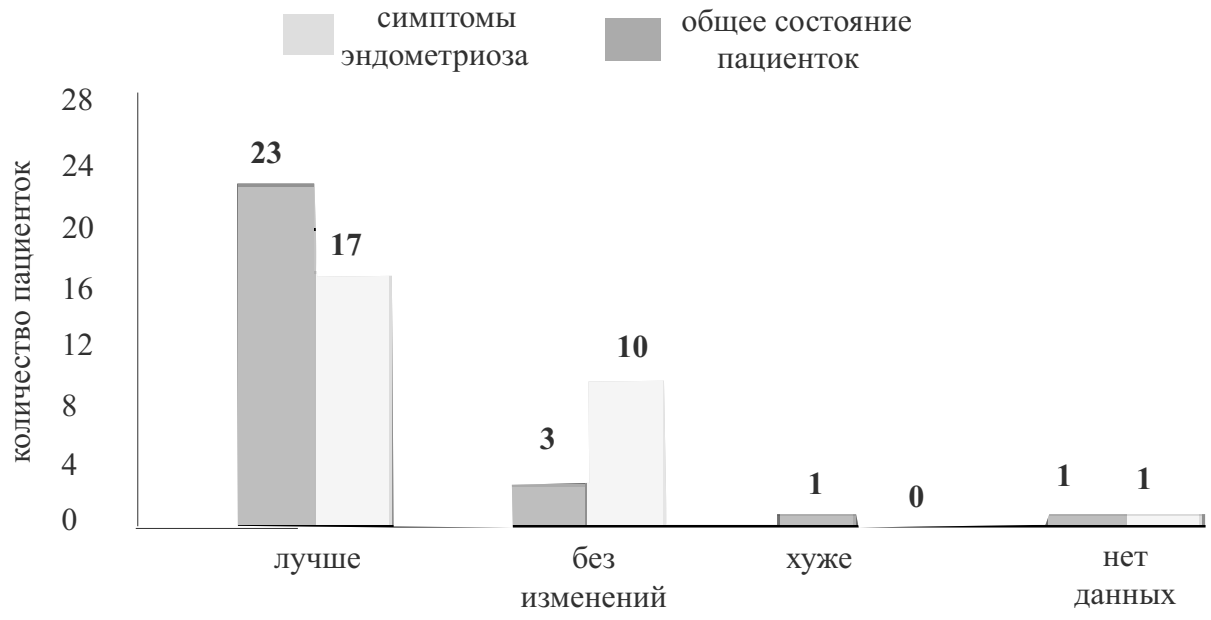


Рис. 15. Симптомы эндометриоза и общее состояние пациенток в период терапии.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 49

Противовирусная омелотерапия хронических гепатитов.

Котова И.О. Тезисы доклада на симпозиуме «Омелотерапия: актуальные вопросы иммунореабилитации» в Доме ученых РАН 27.01.2007

Ограничением к широкому применению интерферонотерапии при вирусных гепатитах являются побочные реакции со стороны ряда органов и систем, с которыми связаны ряд противопоказаний.

Так, основные противопоказания к назначению а-интерферона:

острый вирусный гепатит В,
аутоиммунный гепатит,
другие аутоиммунные заболевания,
декомпенсированный цирроз печени,
декомпенсированные легочно-сердечные заболевания,
лейкопения, тромбоцитопения,
ВИЧ – инфекция,
беременность,
дети (<6 лет),
депрессии.

В связи с этим наиболее обоснованным является назначение омелотерапии, которая лишена этих противопоказаний.

Иммунологические эффекты Хеликсора, значимые для лечения вирусных гепатитов:
активация иммунокомпетентных клеток (макрофагов, гранулоцитов, лимфоцитов)
индукция синтеза интерферонов
повышение температуры органа-мишени (печени)
повышение цитотоксических свойств естественных киллеров – NK-клеток
активация Т-киллеров
усиление синтеза антител (IgG, IgM)

Цели противовирусной омелотерапии хронического вирусного гепатита:
элиминация или прекращения репликации вируса;
купирование или уменьшение степени активности воспаления;
предупреждение прогрессирования хронического гепатита с развитием отдаленных последствий, включая цирроз и гепатоклеточную карциному.

Режим омелотерапии Хеликсором – классическая схема с последующим выходом на поддерживающую 20-30-50 мг в течение года.

Цели противовирусной омелотерапии хронического вирусного гепатита:
элиминация или прекращения репликации



вируса;
купирование или уменьшение степени активности воспаления;
предупреждение прогрессирования хронического гепатита с развитием отдаленных последствий, включая цирроз и гепатоклеточную карциному.

Оценка эффективности противовирусной омелотерапии проводится на основании клинических, биохимических, лабораторных данных и показателей вирусной нагрузки.

Результаты омелотерапии больных гепатитом С.

Характеристика больных хроническим гепатитом С (генотип 1а):
14 чел. (3 женщины, 11 мужчин), возраст 26-62 лет, безжелтушная форма, у всех РНК-вируса гепатита С
повышенные титры антител к вирусу гепатита С, повышение трансаминаз (АЛТ, АСТ) на 73-156%

Результат: в сроки от 3 до 6 месяцев терапии Хеликсором М виремия не определялась, РНК вируса гепатита С– отр. у всех 14 больных.

Выводы:
Хеликсор может быть использован для проведения противовирусной терапии хронических гепатитов.
Наличие минимальных противопоказаний к

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 50

назначению Хеликсора делает его препаратом выбора при ряде сопутствующих патологий
Вне зависимости от типа вируса Хеликсор может быть использован для повышения качества жизни пациента и для предупреждения прогрессирования хронического гепатита с развитием отдаленных последствий, включая цирроз и гепатоклеточную карциному.
Хеликсор может быть использован при наличии абсолютных противопоказаний к применению стандартной схемы интерферонотерапии.

Омелотерапия Хеликсором фиброзно-кистозной мастопатии и фиброаденомы молочной железы.

Фишер О.А., к.м.н. Тезисы доклада на симпозиуме «Омелотерапия: актуальные вопросы иммунореабилитации» в Доме ученых РАН 27.01.2007

Важнейшей проблемой современной медицины является рак молочной железы. В структуре заболеваемости и смертности от ЗНО женского населения России рак молочной железы в 1996 году занял 1 место. В этой связи особую значимость приобретает лечение предраковых заболеваний молочных желез, которые отличаются длительным течением и характеризуются признаками нарушения функции органа. Важно отметить, что предраковые заболевания молочных желез подразделяются на процессы с преобладанием фиброзного компонента, с преобладанием кистозного и железистого компонентов. При наличии кистозного компонента имеет значение возможность развития внутрикистозных раков. При исследовании развития кистозного процесса в ткани молочных желез нами отмечено наличие большого количества цитомегаловирусов и вирусов простого герпеса в крови пациенток (фракции Ig G), что дало возможность сделать заключение о влиянии данных вирусов на патогенез кистозного процесса в ткани железы.

Таким образом, гиперэстрогенемия в сочетании с вирусемией приводит к ускоренной пролиферации эпителия молочных желез и развитию кистозных процессов, описываемых под общим названием фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ), мастопатия, фиброаденоматоз. Эта патология потенциируется на фоне стрессовых факторов, приводящих к нарушению эпифизарно — гипоталамо-гипофизарных взаимоотношений, оказывающих извращенное влияние на яичники. Итогом этих нарушений является прогрессирующий рост фиброзной ткани, развитие микро- и макрокист, прогрессирование нарушения метаболических процессов в тканях молочной железы. Это приводит к уменьшению кровоснабжения ткани



молочной железы вследствие обеднения микроциркуляторного русла и поражения иммунной системы (ее Т - клеточной фракции). Происходит включение в энергетический обмен эндогенных жирных кислот и активация процессов перекисного окисления липидов. Хеликсор оптимизируют процессы физиологической регенерации, восстанавливают генетический контроль над пролиферацией, дифференцировкой и апоптозом в гомологичных органах, что способствует обновлению и омоложению тканей, восстановлению функционально - активной ткани, снятию явлений воспаления, лизису очагов патологической пролиферации, развитию антидегенеративных эффектов, торможению

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 51

опухолевого роста. Это происходит благодаря тому, что в состав Хеликсора входят вискотоксины, вестерские протеины, лектины, что приводит к усилению противовирусной активности организма и, таким образом, запускается процесс физиологической регенерации, что приводит к восстановлению нормальной функции органа.

В период с 2005 по 2006 годы пролечено 95 больных с предопухолевыми заболеваниями молочных желез с болевым синдромом (локализованный аденоз, формирующаяся фиброаденома, кистозная болезнь молочной железы) в возрасте от 19 до 40 лет. Данные пациентки были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 50 пациенток, пролеченных с использованием Хеликсора. Некоторым пациенткам проводилось несколько курсов лечения в течение года в зависимости от выраженности процесса. Во 2 группу вошло 45 женщин, которые проходили лечение с использованием метода Л.Н.Сидоренко (витамины группы В, гепатопротекторов).

Эффективность лечения оценивалась с использованием ультразвукового метода исследования, маммографии, оценки болевой чувствительности по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) (0 см – отсутствие боли, 20 см - максимальная боль, которую больная переносила в жизни).

По данным ультразвукового метода исследования площадь кистозного компонента до лечения у больных 1 группы составляла в среднем 16 кв. см, у пациенток 2 группы -15,5 кв.см. Площадь фиброзного компонента у пациенток 1 группы составляла 50,05 кв.см, пациенток 2 группы – 52,34 кв.см. Степень выраженности болевой чувствительности до лечения по ВАШ в 1 группе составляла в среднем 12,2 см, во 2 группе -11,8 см.

После терапии через 1 год у пациенток 1 группы площадь кистозного компонента составила 11,0 кв.см, у женщин 2 группы -14,2 кв.см. Площадь фиброзного компонента у пациенток 1 группы составила 18,4 кв.см, у пациенток 2 группы – 41,31 кв.см. Степень выраженности болевой чувствительности через 1 год у больных 1 группы составила 5,5 см; у пациенток 2 группы -8,7 см.

Эффективность лечения у больных 1 группы составила 78%, эффективность лечения у пациенток 2 группы -41% (см. табл.).

Результаты лечения больных с предопухолевыми заболекваниями молочных желез

Группы	Площадь кистозного компонента до лечения (кв.см)	Площадь кистозного компонента после лечения (кв.см)	Площадь фиброзного компонента до лечения(кв.см)	Площадь фиброзного компонента после лечения (кв.см)	Выраженность болевого синдрома до лечения(см)	Выраженность болевого синдрома после лечения(см)
1 группа	16±0,15	11,0±0,45	50,05±0,33	18,40 ±0,38	12,2±0,24	5,5±0,12
2 группа	15,5±0,2	14.2±0,45*	52.34±0,55	41,31±0,47	11,8± 0,11	8,7±0,13

Основным фактором в лечении предопухолевых заболеваний молочной железы является нормализация структурно-функциональных взаимоотношений. Этот процесс возможен при выполнении 2 условий: восстановления кровоснабжения тканей молочной железы и восстановления местного противоопухолевого иммунитета. Препарат Хеликсор стимулирует синтез интерферона, фагоцитоз, гуморальный и иммунный ответ, лейкопоэз.

В связи с широтой иммунологических эффектов как на активацию противоопухолевого иммунитета, так и на восстановление иммунной резистентности на фоне различных иммунодефицитов Хеликсор относится к одному из немногих безопасных средств, обеспечивающих комплексное поддержание функций комплексного противоопухолевого иммунологического надзора.

Таким образом, наше исследование показало, что методика парентерального введения Хеликсора в течение года при предопухолевых заболеваниях молочных желез дает стойкий положительный функциональный эффект у 78% больных. Применение данной методики у больных с предопухолевыми заболеваниями молочных желез с болевым синдромом при соответствующих показаниях следует считать целесообразным.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 52

BAAAAAAAB

Клиническая эффективность сочетанного использования омелотерапии и фотодинамической терапии у больных раком.

Лаптев В.П., к.м.н. Тезисы доклада на симпозиуме «Омелотерапия: актуальные вопросы иммунореабилитации» в Доме ученых РАН 27.01.2007

При паллиативной терапии рака широко применяется внутривенное введение Хеликсора в сочетании с поэтапной фотодинамической терапией:

1-й этап: приём внутрь или внутривенно фотосенсибилизатора (Радахлорин), который избирательно накапливается в опухолевых клетках.

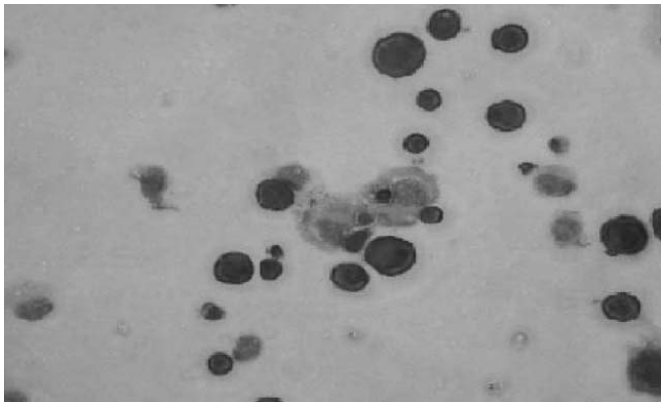
2-й этап: лазерная активация опухоли, что ведёт к образованию синглетного О2 и к фотохимическому окислению опухолевых клеток.

3-й этап: широкопольная фотоактивация зон метастазирования, активация неспецифического противоопухолевого иммунитета.

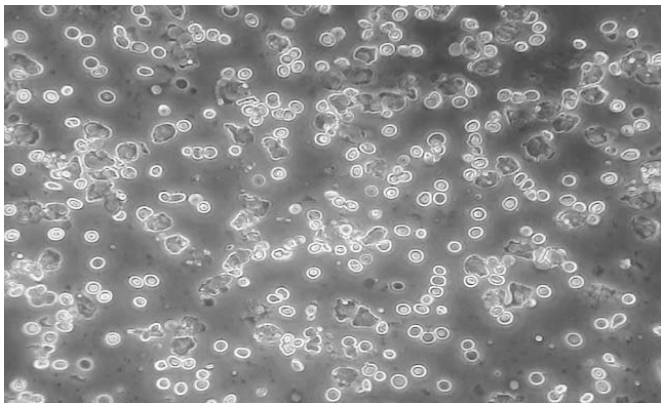
Клиническая эффективность метода фотодинамической терапии хорошо известна. Однако в сочетанном варианте с омелотерапией данная работа выполнена впервые, в результате показано, что эффекты на общее самочувствие, повышение качества жизни, купирование явлений синдрома хронической усталости, а



также клинические показатели существенно лучше, чем при изолированной фотодинамической терапии или омелотерапии.



Гибель клеток эмбриокарциномы после фотодинамической терапии.



Саркома бедра с мягкотканным компонентом.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 53

Методические рекомендации по проведению омелотерапии

Способы введения Хеликсора

Подкожные инъекции Хеликсора: классическая, поддерживающая, десенсибилизирующая схемы.

Подкожные инъекции Хеликсора являются наиболее часто используемыми в клинической практике.

Показания к подкожному применению Хеликсора:

1. Пониженная резистентность к инфекциям, иммунодефицит, возрастные иммунные нарушения.
2. Дегенеративно-дистрофические заболевания опорно-двигательного аппарата (артрозы, остеохондроз, деформирующий спондилез, миогелозы, миалгии) (лучше внутрикожно периартикулярно).
3. Миелосупрессия.
4. Хламидиоз и другие инфекции, сопровождающиеся иммунодефицитом.
5. Спаечная болезнь, кисты.
6. Атеросклероз, стенокардия, гипертония, облитерирующий эндартериит (лучше внутривенно).
7. Преддиабет, сахарный диабет и его осложнения.
8. Эпилепсия, депрессии, психозы.
9. Симптомы и синдромы, согласно гомеопатического патогенеза Viscum album.
10. Предопухолевые заболевания и профилактика рака:
    - аденома простаты,
    - аденоматоз и фибромиомы матки, эндометриоз, цервикальные эрозии, крауроз вульвы,
    - мастопатия,
    - узловой зоб,
    - хронические гепатиты В и С, цирроз печени,
    - цитомегаловирусные, герпесные и ВИЧ-инфекции,
    - полипы кишечника, наследственный полипоз толстой кишки, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, атрофический гастрит, пернициозная анемия,
    - солнечные кератозы, диспластические или врожденные родимые пятна, кожные новообразования,
    - липомы, липоматоз,
    - лейкоплакия слизистых (ротовой полости, гортани, мочевого пузыря) и др.
11. Злокачественные опухолевые процессы:
    - профилактика и купирование осложнений во время агрессивной противоопухолевой терапии: иммуно- и миелосупрессия, кардиомиопатия, алопеция, расстройства ЖКТ (тошнота, рвота, снижение аппетита, диарея, токсический гепатит, мукозит), нарушения функций почек (мочекислая нефропатия, лекарственные или «лучевые» циститы), слабость, утомляемость;
    - профилактика и купирование отдаленных последствий противоопухолевой терапии: обменных нарушений (кушингоидного синдрома, остеопороза, ожирения), вторичных опухолей, нарушений функций эндокринных и репродуктивных органов, психики;
    - выведение токсических продуктов из организма при проведении противоопухолевой терапии (активация функций печени, почек, кишечного эпителия);
    - преодоление резистентности опухолевых клеток к химиотерапии (за счёт снижения активности внутриклеточных белков и ферментов, блокирующих активность химиопрепаратов);
    - профилактика рецидива опухолей после радикального излечения;
    - профилактика рака у лиц с отягощённой наследственностью и повышенными уровнями опухолевых маркёров.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 54

BAAAAAAAB

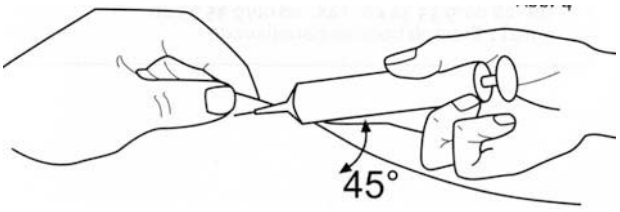


Схема подкожного введения Хеликсора.

12. Иммунореабилитация больных раком:
    - после радикального излечения рака: профилактика рецидива, восстановление иммунитета и противоопухолевого иммунного надзора,
    - в комплексе с химио-, гормоно-, радиотерапией: повышение эффективности противораковой терапии и её переносимости, профилактика осложнений, увеличение сроков выживаемости,
    - до оперативного лечения: обеспечение абластики,
    - паллиативная терапия: улучшение качества жизни, торможение роста опухоли.

Предупреждение: запрещается внутримышечное введение Хеликсора - опасность некроза мышечной ткани с развитием индурации и абсцедирования.

Классическая схема.

Цель классической схемы: достижение индивидуально переносимой концентрации Хеликсора - выход на рекомендуемую концентрацию с последующим переходом на поддерживающую схему. Наиболее информативным критерием индивидуальной переносимой концентрации является кожная воспалительная реакция диаметром 3-5 см и более, которая не проходит к следующему инъекционному дню.

Классическая схема подкожной инъекционной терапии Хеликсором предполагает подкожные инъекции 3 раза в неделю в постепенно повышающихся концентрациях. Переход на более высокую ступень концентрации осуществляется через каждые 2 недели.

Используются следующие ступени концентраций: 0,01 мг, 0,1 мг, 1 мг, 5 мг, 10 мг, 20 мг, 30 мг, 50 мг, 70 мг (50 мг + 20 мг), 80 мг (50 мг + 30 мг), 100 мг, 150 мг (100 мг + 50 мг), 200 мг (100 мг + 100 мг), 250 мг (100 мг +100мг+ 50 мг) и т.д.

Пример классической схемы терапии Хеликсором:

Ступени концентрации	Недели	Инъекционные дни		
		Понедельник	Среда	Пятница
0,01мг	1	1 ампула	1 ампула	2 ампулы
0,01мг	2	1 ампула	1 ампула	2 ампулы
0,1мг	3	1 ампула	1 ампула	2 ампулы
0,1мг	4	1 ампула	1 ампула	2 ампулы
1 мг	5	1 ампула	1 ампула	2 ампулы
1 мг	6	1 ампула	1 ампула	2 ампулы
5 мг	7	1 ампула	1 ампула	2 ампулы
5 мг	8	1 ампула	1 ампула	2 ампулы
10 мг	9	1 ампула	1 ампула	2 ампулы
10 мг	10	1 ампула	1 ампула	2 ампулы
20 мг	11	1 ампула	1 ампула	1 ампула
30 мг	12	1 ампула	1 ампула	1 ампула
30 мг	13	1 ампула	1 ампула	1 ампула

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 55

BAAAAAAAB

Поддерживающая схема.

Поддерживающая схема инъекционной терапии Хеликсором выполняется после реализации классической схемы при достижении рекомендуемой максимальной терапевтической концентрации и предполагает проведение подкожных инъекций 2-3 раза в неделю с еженедельным переходом на новую ступень концентрации. Для её реализации используются 3 ступени концентрации препарата, которые инъецируются, соответственно, в течение 3-х недель. Далее этот 3-недельный цикл инъекций повторяется с последующим терапевтическим перерывом в 1-2 недели.

Поддерживающая схема терапии Хеликсором состоит из 6-недельных циклов инъекционной терапии и 1-2-х недельных перерывов.

Пример выполнения поддерживающей схемы:

Ступени концентрации	Недели	Инъекционные дни		
		Понедельник	Среда	Пятница
20 мг	1	1 ампула	1 ампула	1 ампула
30 мг	2	1 ампула	1 ампула	1 ампула
50 мг	3	1 ампула	1 ампула	1 ампула
20 мг	4	1 ампула	1 ампула	1 ампула
30 мг	5	1 ампула	1 ампула	1 ампула
50 мг	6	1 ампула	1 ампула	1 ампула
Перерыв	7	–	–	–
20 мг	1	1 ампула	1 ампула	1 ампула
30 мг	2	1 ампула	1 ампула	1 ампула
50 мг	3	1 ампула	1 ампула	1 ампула
20 мг	4	1 ампула	1 ампула	1 ампула
30 мг	5	1 ампула	1 ампула	1 ампула
50 мг	6	1 ампула	1 ампула	1 ампула
Перерыв	7	–	–	–

Продолжительность поддерживающей схемы и выбор максимальной концентрации

Патология, цель терапии	Уровень максимальной концентрации Хеликсора	Минимальная продолжительность с учетом 1-2-х недельных перерывов
Артрозы, остеохондроз	10 мг	4-5 месяцев
Иммунодефицит	30 мг	4-5 месяцев
Вирусные гепатиты В и С	50 мг	2-3 года и более
Миома матки, эндометриоз, аденома простаты, мастопатия и другие предраки	30 мг	5-6 месяцев и более
Герпесные, цитомегаловирусные, хламидийные инфекции	30 мг	от 6 месяцев до 2-х лет
ВИЧ- инфекция	50 мг	2-5 лет и более
Профилактика рецидива после радикального излечения рака:		
I стадия	30 мг	1-2 года
II стадия	50 мг	2-3 года
III стадия	100 мг	3-5 лет

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 56

В проведении поддерживающей схемы необходимо руководствоваться следующим:

1-я ступень должна быть на две ступени ниже рекомендованной максимальной концентрации, достигнутой при выполнении классической схемы;

2-я ступень – соответственно на одну ступень ниже;

3-я ступень — соответствует рекомендованной максимальной концентрации, достигнутой при выполнении классической схемы.

Перед проведением поддерживающей схемы рекомендуется 1-2-х недельный терапевтический перерыв.

Противопоказания для применения Хеликсора по классической и поддерживающей схемам:

- аллергические состояния (бронхиальная астма, сенной насморк и др.),
- аутоиммунные заболевания,
- острые инфекции, гипертермия (лихорадка),
- очаги хронической инфекции,
- индивидуальная непереносимость.

Десенсибилизирующая схема терапии Хеликсором на примере 12-недельного инъецирования:

Ступени концентрации	Недели	Инъекционные дни		
		Понедельник	Среда	Пятница
0,01мг	1	1/2 ампулы	1/2 ампулы	1/2 ампулы
0,01мг	2	1/2 ампулы	1/2 ампулы	1/2 ампулы
0,01мг	3	1/2 ампулы	1/2 ампулы	1 ампула
0,01мг	4	1 ампула	1 ампула	1 ампула
0,1мг	5	1/2 ампулы	1/2 ампулы	1/2 ампулы
0,1мг	6	1/2 ампулы	1/2 ампулы	1/2 ампулы
0,1мг	7	1/2 ампулы	1/2 ампулы	1 ампула
0,1мг	8	1 ампула	1 ампула	1 ампула
1 мг	9	1/2 ампулы	1/2 ампулы	1/2 ампулы
1 мг	10	1/2 ампулы	1/2 ампулы	1/2 ампулы
1 мг	11	1/2 ампулы	1/2 ампулы	1 ампула
1 мг	12	1 ампула	1 ампула	1 ампула

Десенсибилизирующая схема.

Десенсибилизирующая схема инъекционной терапии Хеликсором предполагает подкожные инъекции 3 раза в неделю в постепенно повышающихся концентрациях.

Десенсибилизирующая схема рекомендуется с целью подавления иммунной гиперергии при аллергиях (бронхиальная астма, сенной насморк и др., в том числе на препараты омелы белой), аутоиммунных заболеваниях (ревматоидный полиартрит, аутоиммунный тиреоидит, красная волчанка, болезнь Бехтерева и др.), а также при аллергиях на препараты омелы белой и выраженных локальных реакциях на Хеликсор в дозе 1 мг и выше.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 57

Внутривенное введение Хеликсора – инфузионная омелотерапия

В монографии „Viscum album“, разработанной комиссией С при немецком федеральном ведомстве по вопросам здравоохранения (Bekanntmachung über die Zulassung und Registrierung von Arzneimitteln 17.02.1986, Bundesanzeiger Jg. 38, №. 99 a, 04.06.1986, c. 54 - 55), в главе «Метод применения» по поводу водных экстрактов омелы белой написано: “Растворы для подкожных инъекций, в особых случаях, для инфузионного введения, инстилляций в полости тела ...”.

Опыт инфузионной омелотерапии.

Первый опыт инфузионной омелотерапии датируется 50 гг. XX века.

С 1975 г. инфузионная омелотерапия Хеликсором стала использоваться широко по различным показаниям. Основной опыт был накоплен в больнице Хердеке (Германия) (1) и в Институте клинической онкологии Ludwig-Boltzmann-Institut в Вене (2).

В единичных случаях описаны ремиссии опухолей при высокодозной инфузионной терапии, когда обычное подкожное введение не могло остановить прогрессию опухоли (5).

В исследовании с участием 33 онкобольных использованы высокие дозы Хеликсора. Инфузии вызвали регрессию опухоли у 9%, клиническую стабилизацию на более, чем 6-12 месяцев у 36% и замедление прогрессии опухоли с сохранением качества жизни более, чем на 6 месяцев у 27% больных (7).

Высокодозная внутривенная омелотерапия использовалась у 60 онкобольных. В 23% случаев достигнуто купирование болей, в 17 % - уменьшение уровней раковых маркёров (8).

Установлено, что одновременное проведение высокодозной химиотерапии 5-фторурацилом с инфузиями Хеликсора способствует лучшей переносимости химиотерапии и улучшению качества жизни (9).

Проспективное клиническое исследование в больнице Хердеке не выявило острой или хронической токсичности высокодозной омелотерапии при инфузиях 8 г Хеликсора на костный мозг, печень, почки и другие органы (1, 3).

Существующее мнение, что высокие дозы Хеликсора могут оказывать иммуносупрессивный эффект, не подтвердилось. Наоборот, наблюдались иммуномодулирующие эффекты: увеличение ювенильных гранулоцитов и моноцитов, активированных Т-клеток, начиная с 1-й недели терапии (4).

При высокодозных инфузиях (свыше 600 мг) у отдельных больных наблюдалось снижение лимфоцитов и их субпопуляций, что не могло свидетельствовать об иммуносупрессивном эффекте Хеликсора. Скорее, речь могла идти о перераспределении лимфоцитов из периферической крови в опухолевые ткани (5).

Показания.

Основным показанием для проведения инфузионной омелотерапии являются боли у онкобольных при метастатических поражениях, для купирования которых внутривенное введение Хеликсора значительно эффективнее, чем подкожное (6).

Паллиативную терапию, особенно при опухолевой прогрессии, направленную на улучшение качества и продления жизни, целесообразно проводить только внутривенным введением Хеликсора.

Инфузии Хеликсора используются для усиления противоопухолевого действия химиотерапии и купирования её отрицательных побочных эффектов. Наиболее часто инфузионная омелотерапия используется в стационарах на фоне высокодозной химиотерапии, например, 5-фторурацилом.

Считается, что на внутривенное введение Хеликсора необходимо перейти в случаях слабой эффективности предшествующего его подкожного инъецирования.

Тест на аллергию.

Если омелотерапия проводится впервые, необходимо провести тест на аллергию. Для этого выполняют внутрикожную инъекцию 0,1 мл Хеликсора (из ампулы в 1 мг) с образованием папулы.

Способ применения, дозировка.

Рекомендуются инфузии того типа Хеликсора, который использовался при подкожном введении. Из предосторожности при подкожном инъецировании должна быть достигнута концентрация 50 мг, с которой должна начинаться первая инфузия (в 250 мл физиологического раствора). Оптимальная скорость инфузии составляет 26 капель/мин, что соответствует длительности инфузии в 3 часа. После инфузии рекомендуется часовой отдых лёжа.

При хорошей переносимости дозировка постепенно увеличивается: 100 мг → 200 мг → 400 мг → 600 мг и т.д.

Критерии прекращения увеличения дозировки:

- отчетливое улучшение общего состояния

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 58

(увеличение работоспособности, аппетита, веса, купирование нарушений сна, болей, депрессии),

- температурные реакции (повышение температуры сразу после инфузии с ознобом, общей ломотой в теле, головными болями, болями в конечностях),
- эозинофилия в периферической крови.

Как показывает опыт, во многих случаях достаточно доведение дозы до 600-1000 мг.

Иногда положительный эффект наблюдается при инфузиях 50-200 мг. В этих случаях дальнейшее увеличение дозы следует прекратить.

Частота инфузий: 1-2 раза в неделю.

При этом целесообразно одновременное продолжение подкожных инъекций, которые не проводятся в день инфузии.

Возможна другая методика инфузий: 3-х кратные инфузии в неделю в течение более 3-х месяцев. В этом случае подкожные инъекции не проводятся.

Продолжительность терапии.

Ограничений в продолжительности инфузионной омелотерапии не установлено.

Продолжительность определяется её эффективностью.

В случае достижения стабилизации опухолевого процесса или ремиссии инфузионную омелотерапию можно прервать при условии продолжения подкожных инъекций.

Побочные эффекты.

Повышение температуры свыше 38°С. Если возникает, то обычно во время инфузии или в первые полчаса после инфузии. Нельзя использовать жаропонижающие средства. В этом случае при дальнейшей инфузии следует уменьшить дозировку.

Повышение температуры может сопровождаться кратковременным ознобом (инфузия должна быть тут же остановлена), который купируется укутыванием пациента.

Проходящее недомогание в день проведения инфузии, сопровождающееся усталостью, головокружением, головной болью и болью в конечностях, обычно нормализуется на следующее утро.

Если эти симптомы сохраняются боле 24 часов, то последующая инфузия должна выполняться с уменьшенной дозировкой.

Риск аллергических или псевдоаллергических реакций (зуд, крапивница, отек Квинке, бронхоспазм, коллапс) при инфузионной омелотерапии значительно выше, чем при подкожном инъецировании Хеликсора. По статистике, аллергии на подкожное введение Хеликсора встречаются крайне редко - в 0,001% случаев. По данным немецких клиник, использующих инфузионную омелотерапию, аллергии при внутривенном введении экстрактов омелы белой встречаются примерно в 1% случаев.

Противопоказания.

Противопоказаниями к инфузиям Хеликсора являются:

острые воспалительные заболевания или заболевания, сопровождающиеся высокой температурой,

аллергии, атопия или аутоиммунные заболевания,

общее истощение, предтерминальное состояние.

Беременность. Отрицательных последствий использования Хеликсора во время беременности не установлено. Считается, что в качестве особой меры предосторожности Хеликсор может применяться в первые три месяца беременности только при тщательном взвешивании всех «за» и «против».

Меры предосторожности.

Рекомендуются следующие виды контроля инфузионной омелотерапии:

Измерение сублингвальной температуры утром, перед подъемом, в 14.00 и 18.00 ч.

Клинический анализ крови перед началом инфузионной терапии, далее еженедельно или реже. При увеличении количества эозинофилов более 10% или лимфоцитов свыше 3 000 или уменьшении ниже 1 000/µl требуется коррекция дозировки Хеликсора.

Значимость уровней субпопуляций лимфоцитов для контроля инфузионной терапии еще не определена.

Аллергии проявляются зудом, крапивницей; возможны бронхоспазмы, коллапс. В таком случае необходимо прервать инфузионную терапию и проводить лечение по купированию аллергических реакций:

При локальных реакциях (например, крапивница, отек Квинке) - антигистаминные средства.

При тяжелых кожных реакциях или затруднении дыхания: дополнительно 100-250 мг преднизолона в.в.

При анафилактическом шоке - адреналин, преднизолон в.в., инфузии альбумина и др.

Предупреждение: инфузионная омелотерапия может проводиться только при наличии всех средств противошоковой терапии, включая наличие кислорода для ИВЛ.

Выводы.

Инфузионная омелотерапия Хеликсором - высокоэффективный способ лечения, который

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 59

BAAAAAAAB

проводится строго по показаниям, под врачебным контролем во избежание отрицательных побочных эффектов.

Инфузии Хеликсора должны выполняться врачом, владеющим методом омелотерапии, готовым к оказанию неотложной помощи в экстренной ситуации.

Литература.

1. Schietzel M. Retrospektive Bewertung der Toxizität von HELIXOR bei hochdosierten Infusionen. Gem. Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, 1987.
2. Salzer G. et al. Die Mistel am Ludwig-Boltzmann-Institut für klinische Onkologie. Deutsche Zeitschrift für Onkologie 19, 1987, 59-63.
3. Böcher E. et al. Prospektive Bewertung der Toxizität hochdosierter Viscum album L.-Infusionen bei Patienten mit progredienten Malignomen. Z. Onkol. 28 (4) 1996, 97-106.
4. Büssing A. et al. Therapiebegleitende Untersuchung immunologischer Parameter bei Tumorpatienten nach hochdosierter intravenöser Applikation von Viscum album L.-Extrakten. Z.Onkol. 28 (2) 1996, 54-59.
5. Kalden M. Klinische Erfahrungen mit Viscum album bei fortgeschrittenen Tumoren. Erfahrungsheilkunde 6, 1994, 315-321.
6. Friedrichson U. Die Wirkung der Misteltherapie auf Tumorschmerzen. Referat auf dem Mistelworkshop der Medizinischen Woche 1995 in Baden-Baden, Erfahrungsheilkunde 10a, 1995, 664.
7. Steinkellner W. Hochdosis-Misteltherapie. Eine Zusammenstellung der Ergebnisse von 33 Patienten verschiedener Tumorentitäten aus der Zeit von 1991 bis 1997. Manuskript 1997.

Интратуморальные инъекции Хеликсора.

Показания.

Интратуморальные (внутриопухолевые) инъекции выполняются при лечении солидных опухолей или их метастазов, которые доступны для инъекционной иглы, если:

- операция невозможна или пациент, несмотря на разъяснительную беседу, отказывается от операции,
- увеличение объема опухоли вследствие возникновения воспалительной реакции не вызовет опасных для жизни осложнений.

Опыт внутриопухолевого введения Хеликсора.

По интратуморальному применению Хеликсора имеется много публикаций.

В экспериментальных исследованиях на животных и в документированных клинических случаях показано, что интратуморальные инъекции Хеликсора вызывают выраженное уменьшение опухолей. Исходя из имеющегося опыта, такой способ введения является наиболее эффективным, если пациент ранее не проходил омелотерапию. Это значит, что в организме нет антител к лектинам омелы, т.к. при проведении омелотерапии может происходить выработка антител на лектины и эффективность омелотерапии снижается (Stein G.U. et al).

Эффект интратуморальных инъекций базируется в основном на цитотоксическом, индуцирующим апоптоз, действии лектинов омелы (Büssing A. et al). Выраженная воспалительная реакция, отёк, повышение температуры, возникающие после 1-3 интратуморальных инъекций, быстро редуцируются по мере проведения омелотерапии. Эффект привыкания частично компенсируется постепенным увеличением концентрации Хеликсора.

Интратуморальное введение Хеликсора было исследовано в опытах на животных. F.E.Koch наблюдал ремиссию экспериментальной карциномы в 90% случаев, которая сохранялась довольно длительно у 46% мышей. Через несколько дней после инъецирования кожа в области опухоли становилась желтовато-зеленоватой, а затем коричневато-черной, после чего опухоль усыхала, становилась жесткой и плоской. В области опухоли возникало сильное воспаление с выраженной зоной демаркации.

Недавно проведенные исследования в университете Фрайбурга подтверждают эти результаты (Drees M., Fiebig H.H., Scheffler A. и др.). Подопытным голым мышам с трансплантированной карциномой поджелудочной железы проводились 2 раза в неделю интратуморальные инъекции

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 60

экстрактами омелы белой с высокой концентрацией лектинов. Это привело к торможению развития опухоли в 10 раз по сравнению со стандартной терапией (внутривенные инъекции гемцитабина) и к большему количеству частичных и полных ремиссий (Rostock M. и др.).

У мышей BALB/c с карциномой молочной железы BT474 инъекции Helixor M и Helixor A привели к значительной редукции веса опухоли по сравнению с плацебо. Уменьшение веса опухоли коррелирует с сокращением доли пролиферации и усилением некроза и апоптоза.

Интратуморальное введение Helixor P пациенту с диссеминированной карциномой желудка, вызвавшей стеноз пищевода, привело к сокращению опухолевой массы и восстановлению проходимости пищевода (Stumpf C. et al. Erfahrungsheilkunde. 1997).

Интратуморальное введение Хеликсора M 21 пациенту с метастазами в печень колоректальной крациномы и 6 пациентам с первичной клеточной карциномой печени привело к частичной ремиссии опухоли у 52% и 83% соответственно и к достоверному уменьшению раковых маркеров (Matthes H. Der Merkurstab. 1997. 50).

Интратуморальное введение Хеликсора M пациентке с неоперабельной карциномой печени способствовало неполной ремиссии, продолжавшейся 2 года. При этом наблюдалось снижение уровня альфа-фетопротеина (Schad F. et al. Der Merkurstab. 1997. 52).

Интратуморальное введение Хеликсора M пациенту с первичной неоперабельной карциномой толстой кишки и метастазами в печень привело к стабилизации состояния, уменьшению размеров опухоли. Спустя год стало возможным проведение радикальной операции по удалению чётко ограниченной первичной опухоли. Выживаемость на момент публикации составила 3 года (Schad F. et al. Der Merkurstab. 1997. 52).

У 12 пациентов с неоперабельной карциномой поджелудочной железы интратуморальное введение Хеликсора в комбинации с гемцитабином привело к хорошему паллиативному эффекту с улучшением качества жизни у 83% и частичной ремиссией у 58% (Matthes H. et al. Gastroenterology. 2005. 128).

У 14 пациентов с колоректальной карциномой изучалась иммунологическая реакция на интратуморальные инъекции. Перед инъекцией проводились гистологические исследования полученного при диагностической биопсии биоматериала и операционного материала после инъекции. В результате было выявлено значительное увеличение B-лимфоцитов, T-хелперов и макрофагов в области опухоли, а также тенденция к увеличению натуральных клеток-киллеров и эозинофилов (Matthes B. et al. in Scheer R. et al. Fortschritte in der Misteltherapie. Essen: KVC Verlag. 2005. 491-498). Это значит, что интратуморальные инъекции не только индуцируют некроз и апоптоз, но и обладают иммуномодулирующим эффектом.

Выбор препарата.

Идеальным является проведение теста in vitro для выяснения, какой именно препарат оказывает наиболее сильный эффект на злокачественные клетки пациента.

Поскольку такой тест не всегда возможен, то проводятся инъекции Helixor M или Helixor P, содержащих высокие концентрации лектинов.

Тест на аллергию.

Если омелотерапия проводится впервые, необходимо провести тест на аллергию. Для этого выполняют внутрикожную инъекцию 0,1 мл Хеликсора (из ампулы в 1 мг) с образованием папулы.

Дозировка.

На основании накопленного опыта в зависимости от размера опухоли рекомендуется начинать омелотерапию с концентрации от 10 мг до 100 мг с последующим быстрым её повышении до 100-1500 мг. Чем выше начальная концентрация препарата, тем сильнее редукция опухоли.

Необходимо учитывать объем инъекционного раствора, который должен составлять 10% от объема опухоли. 100 мг Хеликсора соответствуют объему 2 мл, 1 000 мг – 20 мл. Если необходим больший объем, Хеликсор разводят с 0,9% NaCl.

При инъецировании под контролем УЗИ используют такой объем инъекционного раствора Хеликсора, при котором повышается эхогенность опухоли.

Если наблюдается выраженная воспалительная реакция в области опухоли или общая реакция (напр., температура, ухудшение общего самочувствия), то концентрацию Хеликсора не повышают.

Техника проведения инъекций.

Инъекции проводят 1 раз в 2-7 дней (сначала чаще, далее 1 инъекция в неделю).

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 61

Иглу вводят медленно глубоко в опухоль.

При поверхностно расположенных опухолях используют иглы для подкожных инъекций

При карциноме печени канюля должна быть размерами: 0,95-1,2 мм, длиной 150-220 мм

Необходимо дождаться, когда перитуморальное воспаление уйдёт, и тогда выполнять следующую инъекцию.

Опасение диссеминации злокачественных клеток при повреждении опухоли инъекционной иглой не подтверждается опытом, как и выполняемая с диагностическими целями биопсия, хотя и обсуждается до сих пор. Врачи, практикующие интратуморальное введение Хеликсора или проводящие биопсию опухолей, не сталкивались с развитием метастазов.

Предупреждение.

Пациент должен знать, что может возникнуть выраженная воспалительная реакция с повышением температуры и сильным местным отеком.

В местах (напр., область уха, горла, носа или простаты), где отёчность может представлять угрозу возникновения опасных осложнений, интратуморальные инъекции противопоказаны.

При проведении интратуморальных инъекций необходима тщательная оценка динамики размеров опухоли с использованием различных методов исследования (УЗИ, КТ и др.).

Интраплевральные инстилляции Хеликсора: омелотерапия плеврального выпота у больных раком.

Опыт внутриплеврального введения Хеликсора.

Интраплевральное введение препаратов омелы белой клинически обоснованно (Böck D., Salzer G. и др.).

Омелотерапия плеврального выпота высокоэффективна: позволяет купировать его после нескольких сеансов.

Проспективное исследование выявило значительное уменьшение количества злокачественных клеток в плевральной жидкости, а также уменьшение объема выпота после инстилляций Хеликсора. Успех терапии составил 72% по критериям ВОЗ. Незначительные побочные эффекты в виде легких болей в плевральной полости или повышенной температуры наблюдались в 1,2% случаев (Stumpf G., Schietzel M.).

Цитологические и иммунологические исследования плевральной жидкости выявили значительное сокращение количества злокачественных клеток в ходе омелотерапии, что связано с увеличением количества макрофагов, эозинофилов и цитотоксических Т-клеток и подтверждает положительное воздействие инстилляций Хеликсора на иммунную систему (Stumpf C., Büssing A.).

Проспективное рандомизированное исследование показало, что интраплевральные инстилляции Helixor вызывают более эффективную облитерацию плевры, чем стандартная терапия тетрациклином. У 81% пациентов, проходивших терапию Хеликсором, была установлена полная ремиссия. У пациентов, проходивших тетрациклиновую терапию, полная ремиссия наблюдалась у 40%. При этом в группе тетрациклиновой терапии процент побочных эффектов был значительно выше (Kim M., Park Y., Lee S. и др.).

Кроме того, имеется ряд публикаций отдельных случаев эффективного плевродеза с использованием Хеликсора (Girke M., Krötz M., Matthes B., Schad F. и др.).

Данные публикации легли в основу следующей терапевтической схемы.

Препарат выбора: **Helixor P**.

Тест на аллергию.

Если омелотерапия проводится впервые, необходимо провести тест на аллергию. Для этого выполняют внутрикожную инъекцию 0,1 мл Хеликсора (из ампулы в 1 мг) с образованием папулы.

Концентрации Хеликсора.

Первую инстилляцию проводят со 100 мг Helixor P, разведенного плевральной жидкостью или физиологическим раствором до 10 мл общего объема (100 мг Helixor P + 8 мл 0,9% NaCl). Концентрацию повышают с каждой инстилляцией на 100 мг (2 ампулы по 100 мг Helixor M + 6 мл 0,9% NaCl и т.д.) до достижения концентрации в 500 мг (в единичных случаях

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 62

выше). С 5-й инстилляции вводят 5 ампул по 100 мг Helixor P.

Инстилляция через пункционную канюлю проводится после удаления выпота.

Инстилляцию проводят после каждой пункции.

При установленном внутриплевральном дренаже после инстилляции Хеликсора катетер закрывают на 24 часа. В этом случае инстилляции проводят ежедневно до тех пор, пока не купируется выпот.

На фоне проведения внутриплевральных инстилляций можно продолжать подкожные инъекции Хеликсора. В день инстилляций инъекции Хеликсора не проводятся.

Возможные побочные эффекты.

Иногда после инстилляции появляется легкое раздражение плевры. Избежать этой реакции можно, разбавив Helixor экссудатом или физиологическим раствором, а также несколько раз меняя положение пациента для лучшего распределения препарата.

Повышение температуры на 0,5-1ºС не является нежелательной реакцией или противопоказанием для дальнейшей омелотерапии. При повышении температуры тела жаропонижающие средства не применяют. Если температура поднимется выше 38ºС, следующую инстилляцию проводят только после нормализации температуры с той же концентрацией препарата.

Известно, что аллергические реакции при использовании классической схемы подкожного инъецирования Хеликсора возникают крайне редко. При интраплевральном введении Хеликсора известен только один случай появления крапивницы.

Проспективное исследование по применению интраплевральных инстилляций Хеликсора в при плевральном выпоте.

Целью данного исследования являлось определение эффективности и обоснованности стандартного интраплеврального применения Хеликсора.

В исследовании принимали участие 20 пациентов с карцероматозным плевритом, которым в стационаре больницы Хердеке проводился плевродез.

Критерии включения в исследование и исключения из исследования не применялись. У 19 из 20 пациентов индекс качества жизни (по Карнофскому) составлял менее 40%. Терапевтические результаты документировались в соответствии со стандартами ВОЗ.

Успешность терапии по критериям ВОЗ отмечена у 72% случаев.

Побочные эффекты насчитывались у 1,2% (степень 1, как легкие побочные эффекты). После инстилляции Helixor скопления злокачественных клеток в выпоте существенно уменьшились.

В зависимости от дозировки и частоты проводимых инстилляций значительно повышался титр антител к лектинам омелы.

Методы плевродеза	Терапевтический успех*	Исследования	Количество пациентов	Побочные эффекты (ВОЗ)
Плеврэктомия	98%	3	164	–
Митоксантрон	85%**	2	68	до 23%
Helixor	72%	1	20	до 1,2%
Тетрациклин	70%	14	141	до 42,0%
Плевральная пункция	4%	3	130	–

* - в некоторых исследованиях приведены средние показатели успешности терапии

** - результат не оценивался по критериям ВОЗ

Выводы.

1. В 72% случаев получен положительный эффект от внутриплевральных инстилляций Хеликсора, что приравнивается к эффектам плевродеза тетрациклином.

2. Методика плевродеза Хеликсором проста. Плевродез эффективен и хорошо переносится.

3. При применении Хеликсора побочные эффекты наблюдаются крайне редко - 1,2%.

Источник:

Stumpf C., Schitzel M. (университет Witten-Herdecke) Tumordiagnostik und Therapie. 1994. 15. 57-62.

Сравнительное исследование эффективности Хеликсора и доксициклина для плевродеза у больных с плевральным выпотом.

В предыдущих публикациях сообщалось об успешности плевродеза (72%-92%) высокодозными интраплевральными инстилляциями препаратов из омелы белой.

Целью данного исследования являлось определение эффективности и переносимости плевродеза в сравнении со стандартной тетрациклиновой терапией.

В проспективном рандомизированном исследовании на базе терапевтического отделения университетской клиники Сеула (Корея) принимали участие 30 пациентов с плевральным выпотом: 23 чел. - рак лёгких, 4 чел. - рак молочной железы, 1 чел. – рак шейки матки, 1 чел. – рак желудка, 1 чел. – неустановленный очаг первичной опухоли.

Определялись сроки ремиссии, индекс побочных эффектов и иммунный статус пациентов.

У 81% пациентов, проходивших терапию Хеликсором, наблюдалась полная ремиссия, в то время как у пациентов, проходивших тетрациклиновую терапию, полная ремиссия наблюдалась только у 40%. Всего доля ремиссий в группе Хеликсора составила 91%, а в контрольной группе – 66,6% ($p<0,05$).

У 6 пациентов группы Хеликсора после инстилляции появлялись легкие боли, у 3 пациентов повышалась температура. В контрольной группе боли были у 14 пациентов, у 5 пациентов возникало жжение, у 6 повышалась температура. Средний индекс побочных эффектов в группе Хеликсора составил $0,6\pm0,7$, в контрольной группе – $1,6\pm1,07$ ($p<0,05$).

По иммунному статусу различия в группах не выявлены.

Вывод.

Хеликсор рекомендуется в качестве альтернативы к стандартному плевродезу тетрациклином, благодаря лучшей переносимости и эффективности при плевральном выпоте у больных раком.

Источник:

Kim M.H., Lee S.H., Kim S.C., Kim Y.K., Park S.H. Korean Journal of Medicine 1999. 57.

Внутрибрюшинные инстилляция Хеликсора: омелотерапия асцита у больных раком.

Опыт внутрибрюшинного введения Хеликсора.

Имеются многочисленные данные об эффективности внутрибрюшинного введения Хеликсора при канцероматозе брюшины и асците аналогично интраплевральному введению.

Walter Zimmermann (больница в München-Harlaching) в своих докладах сообщает об успешном применении внутрибрюшинных инстилляций Хеликсора.

Проф. U.Friedrichson (Westhausen) сообщает о практическом опыте применения внутрибрюшинных инстилляций Хеликсора у 12 пациентов с асцитом, страдающих преимущественно раком желудка, раком толстой кишки, яичников и тела матки (доклад на конгрессе по биотерапии онкозаболеваний в 1995 г., Гейдельберг). В результате омелотерапии у 2/3 пациентов установлено уменьшение асцитической жидкости за единицу времени, уменьшение количества злокачественных клеток в выпоте. Побочных эффектов не установлено, напротив, наступило улучшение субъективного состояния за период проведения терапии.

О хороших терапевтических результатах при карциноме яичников сообщает проф. Kang (г.Сеул).

Показания: прогрессирующий асцит вне зависимости от вида первичного рака на

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 64

фоне многочисленных пункций.

Противопоказания: острые воспаления, инфекции, сопровождающиеся высокой температурой, беременность, аллергия на Хеликсор.

Терапевтические цели.

Улучшить общее состояние, самочувствие, повысить качество жизни, уменьшить асцит, предотвратить потерю белка.

Препарат выбора: **Helixor M.** обладающий наиболее выраженным цитотоксическим эффектом на опухолевые клетки.

Тест на аллергию.

Если омелотерапия проводится впервые, необходимо провести тест на аллергию. Для этого выполняют внутрикожную инъекцию 0,1 мл Хеликсора М (из ампулы в 1 мг) с образованием папулы.

Концентрация.

После пункции через пункционную канюлю вводят 100 мг Helixor M, разведенного в 100 мл физиологического раствора, 2 раза в неделю. Положение пациента несколько раз изменяют для лучшего распределения раствора.

С 4-й недели 1 раз в неделю вводят 300 мг Helixor M, разведенного в 100-250 мл физиологического раствора, после пункции асцитической жидкости.

С 6-й недели вводят 600 мг Helixor M, разведенного в 100-250 мл физиологического раствора, после пункции асцитической жидкости.

При недостаточной эффективности инстилляций дозировку можно увеличить до 1000 мг.

Внутрибрюшинные инстилляции следует выполнять на фоне подкожных инъекций Хеликсора.

Возможные побочные эффекты.

Легкое жжение в брюшинной полости или боли. Повышение температуры. Аллергические реакции.

При высокой температуре следующую инстилляцию проводят только после полной нормализации состояния, концентрацию препарата понижают.

При аллергии омелотерапию прекращают, проводят десенсибилизирующую терапию.



journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 65

II. Хеликсор в лечении и профилактике заболеваний.

Омелотерапия артрозов и остеохондроза.

При дегенеративных заболеваниях суставов омелотерапию применяют уже десятилетиями. Особенно эффективной является внутрикожная инъекционная терапия при спондилоартрозе (успех в 85,5% случаев), плечелопаточном периартрите (73,2% успеха) и гонартрозе (63,9% успеха) (E. Kienholz), а также при остеохондрозе.

Проспективное рандомизированное исследование эффективности препарата Helixor (4-х недельная омелотерапия) выявило значительное улучшение индекса Lequesne в терапевтической группе (Helixor) по сравнению с контрольной группой (диклофенак).

В результате 3 месяцев последующего наблюдения пациентов выявлено, что показатели в группе омелотерапии были значительно лучше показателей в группы диклофенака. Кроме того, потребность в проведении анальгезирующей терапии у пациентов группы Helixor значительно снизилась (R. Stange et al.).

Согласно рекомендаций комиссии С здравоохранения Германии (монография «Viscum album»), омелотерапия показана при хронических заболеваниях суставов.

Препарат выбора: **Helixor M.**

Противопоказания: острые воспаления (напр., острый артрит), острый радикулит, инфекции, сопровождающиеся высокой температурой, беременность, аллергия на препараты Helixor.

Время и место проведения инъекций.

Наиболее эффективными являются внутрикожные инъекции с образованием нескольких папул (из одной ампулы 10 папул) вокруг пораженного сустава, прежде всего в болевых точках. При остеохондрозе проводятся паравертебральные инъекции в зоне поражённого сегмента.

Подкожные инъекции менее эффективны.

Частота проведения инъекций зависит от местной реакции воспаления, которая должна исчезать ко дню проведения очередной инъекции. Обычно инъекции проводятся 2 раза в неделю.

Схема применения: классическая с переходом на поддерживающую до 10-50 мг.

Дозировка.

Инъекции начинают с 1 ампулы по 0,01 мг и далее следуют классической схеме: инъекции от 3 до 8 ампул каждой ступени концентрации с её повышением.

Концентрацию повышают до появления оптимальной местной реакции (покраснение и ощущение тепла в местах мезотерапии).

Если инъекция в концентрации 1 мг не вызывает местной реакции, то концентрацию препарата увеличивают сначала до 5 мг, затем до 10 мг и далее до 20 мг, 30 мг и 50 мг. Чаще достаточно концентрации в 1–10 мг.

После появления местной реакции инъекции проводят с той же концентрацией, последовательно инъецируя 8 ампул.

Продолжительность терапии.

Обычно достаточно 2-3 месяцев терапии для явного улучшения симптоматики при артрозах. При необходимости можно проводить курс инъекций 1-2 раза в год.

При остеохондрозе (особенно при грыжах межпозвонковых дисков) терапия может продолжаться без перерывов на протяжении не менее 1 года в зависимости от терапевтического результата, данных МРТ.

Возможные побочные эффекты.

Если местная воспалительная реакция более 5 см в диаметре, температура выше 38ºС, то необходима терапевтическая пауза до исчезновения локальных проявлений. Далее инъекции проводят концентрацией, не вызывающей локального воспаления.

Не рекомендуется применять противовоспалительные и жаропонижающие средства.

Литература:

Kienholz E. Behandlung von Arthrosen mit intrakutanen Mistelinjektionen. Erfahrungen mit der Arthrosetherapie bei 319 Patienten. // Naturamed. 1990- 5- 201-202.

Stange R. et al. Randomisierte Studie zur Misteltherapie der Kniegelenksarthrose im Vergleich zu Diclofenac. Forschende Komplementärmedizin. 2000. 7. 52.

Monographie Viscum Album, Bekanntmachung über die Zulassung uns Registrierung von Arzneimitteln vom 17.02.1986. Bundesanzeiger 38 (99 a). 1986. 54-55.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 66

BAAAAAAAB

Омелотерапия ревматоидного полиартрита

Результаты последних исследований показывают, что при хроническом ревматоидном полиартрите кроме обычной иммуносупрессивной терапии важна роль иммунной модуляции. Аутоагрессивный процесс в синовии вызван клетками ТН-1, которым противодействуют стимулированные клетки ТН-2. Стимуляция клеток ТН-2 может быть достигнута препаратом Helixor (Schultze et al. // Klinische Wochenschrift. 1991. 69. 397-403).

Имеется терапевтический опыт применения омелотерапии при ревматических и ревматоидных заболеваниях. Поэтому омелотерапия рекомендуется при хронических заболеваниях суставов (комиссия С здравоохранения Германии, монография «Viscum album»).

Противопоказания: острое воспаление, инфекции, сопровождающиеся высокой температурой, беременность, аллергия на Helixor.

Препарат выбора: **Helixor P,** при аллергии/атопии, гиперчувствительности, в период проведения гормональной терапии или химиотерапии (метотрексат) – Helixor A.

Терапевтическая концепция.

Крайне важна правильная дозировка. Воспалительные реакции (покраснение и отек в местах инъекций, повышение температуры тела и белков острой фазы) обусловлены высвобождением фактора некроза опухоли, IL-1 и IL-2, и являются дозозависимыми. Стимуляции этих цитокинов при хроническом полиартрите не должно быть. Терапию начинают с концентрации 0,01 мг по 8 ампул и далее повышают согласно классической схеме.

Место и время проведения инъекций.

Инъекции проводят 3 раза в неделю (понедельник, среда, пятница) подкожно в пахово-подвздошную область и верхнюю часть бедра, поочерёдно.

Инъекции проводятся вдали от воспалённых суставов!

Дозировка.

Рекомендации относительно дозировки служат для ориентации, а не являются схемой для неукоснительного соблюдения. Определяющим фактором является переносимость инъекций и индивидуальная реакция пациента. Единой стандартной схемы не существует.

Схема применения:

десенсибилизирующая.

Начальная терапия:

8 инъекций по 0,01 мг Helixor P 0,01,

далее 8 инъекций по 0,1 мг Helixor P

далее 4 инъекции по 0,5 мг (0,5 мл из 1 ампулы по 1 мг),

далее 6 инъекций по 1 мг Helixor P,

далее 4 инъекции по 2,5 мг (0,5 мл из 1 ампулы по 5 мг),

далее 6 инъекций по 5 мг Helixor P ,

далее 4 инъекции по 7,5 мг (0,75 мл из 1 ампулы по 10 мг),

далее 4 инъекций по 10 мг Helixor P,

далее 4 инъекции по 15 мг (0,75 мл из 1 ампулы по 20 мг),

далее 4 инъекции по 20 мг Helixor P ,

далее 4 инъекции по 25 мг (0,8 мл из 1 ампулы по 30 мг),

далее 4 инъекции по 30 мг Helixor P .

Поддерживающая терапия: инъекции 3 раза в неделю по 30 мг.

Критерии оптимальной индивидуальной дозировки.

Как только появляется выраженная воспалительная реакция (покраснение и отек в местах подкожных инъекций, температура, лейкоцитоз, повышение СОЭ, усиление симптомов воспаления суставов), дальнейшее повышение концентрации не проводят. Когда воспалительная реакция исчезает, омелотерапию возобновляют, значительно снизив концентрацию. Поддерживающую омелотерапию проводят концентрацией препарата, которая не вызывает воспалительных реакций.

При явном улучшении симптоматики можно придерживаться последней достигнутой концентрации. В таком случае не нужно повышать концентрацию до 30 мг.

Продолжительность терапии не ограничена

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 67

Омелотерапия фибромиалгии и синдрома хронической усталости.

Препарат выбора: Helixor A.

Инъекции: 2-3 подкожные инъекции в неделю в область живота и верхнюю часть бедра, попеременно.

Дозировка: оптимальная индивидуальная дозировка! Начинать с низкой концентрации, постепенно повышая. Как только появится воспалительная реакция (прежде всего, местное воспаление в местах проведения инъекций) повышение концентрации прекратить.

Начальная терапия:

8 инъекций по 0,01 мг Helixor A,

далее 8 инъекций по 0,1 мг Helixor A,

далее 4 инъекции по 0,5 мг (0,5 мл* из 1 ампулы по 1 мг),

далее 4 инъекции по 1 мг Helixor,

далее 4 инъекции по 2,5 мг (0,5 мл* из 1 ампулы по 5 мг),

далее 4 инъекции по 5 мг Helixor A,

далее 4 инъекции по 7,5 мг (0,75 мл* из 1 ампулы по 10 мг),

далее 4 инъекции по 10 мг Helixor A,

далее 4 инъекции по 15 мг (0,75 мл* из 1 ампулы по 20 мг),

далее 4 инъекции по 20 мг Helixor A,

далее 4 инъекции по 25 мг (0,8 мл* из 1 ампулы по 30 мг),

далее 4 инъекции по 30 мг Helixor A.

Поддерживающая терапия: ориентирована на результаты начальной терапии. При достижении 30 мг концентрации омелотерапию рекомендуется продолжать.

Критерии оптимальной индивидуальной дозировки.

Общее положение – воспалительных реакций не должно быть. Как только появляется выраженная воспалительная реакция (покраснение и отек в местах подкожных инъекций, температура и т.д.) делается терапевтическая пауза до её исчезновения. После чего омелотерапию продолжают с концентрации на 2 ступени ниже достигнутой.

Таким образом, поддерживающую терапию проводят концентрациями препарата, которые не вызывают воспалительных реакций.

При явном улучшении симптоматики заболевания можно придерживаться последней достигнутой концентрации. В таком случае повышение концентрации до 30 мг не требуется.

При отсутствии терапевтического эффекта, но при хорошей переносимости дозировку препарата можно постепенно повышать.

Возможные побочные эффекты	Терапевтические меры
1. Избыточная местная реакция диаметром более 5 см. 2. Температура выше 38ºС. 3. Общая реакция (усталость, симптомы гриппа, боли в голове и теле, головокружение).	- терапевтическая пауза до устранения реакции, - уменьшение концентрации на 2 ступени (напр., с 20 до 5 мг), - при хорошей переносимости 8 следующих инъекций в той же концентрации, - при отсутствии реакции постепенно и медленно увеличивать концентрацию.
4. Аллергическая реакция (напр., крапивница).	- прекратить терапию!

Продолжительность терапии: 3-6 месяцев. Далее в зависимости от терапевтических результатов. При длительном улучшении симптоматики через 4 недели терапии можно сделать терапевтическую паузу в течение 2 недель, далее продолжительность пауз можно увеличивать.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 68

BAAAAAAAB

Омелотерапия синдрома Зудека.

Синдром Зудека появляется, как правило, в результате травм, прежде всего, после переломов и является нейровегетативным заболеванием. Синдром Зудека приводит к нарушению местного кровообращения, недостаточному питанию тканей, появлению болей и ограничению функциональности пораженных участков конечностей. В конечной стадии заболевания начинается атрофия тканей и анкилоз сустава. В академической медицине при лечении данного заболевания применяют кортизон или кальцитонин, а также противовоспалительные негормональные средства. Натуральная медицина предлагает использовать системную энзимотерапию (напр., протеазе).

Применяется ли омелотерапия при синдроме Зудека? В литературных источниках имеется опыт применения препарата Plenosol при данном заболевании (Dinkelaker H., Kass K.A., 1982). Омелотерапия способствует восстановлению кровообращения, стимулирует обмен веществ и способствует иммунной модуляции.

Препарат выбора: **Helixor A**, наименее способствующий развитию воспалительных реакций.

Время и место проведения инъекций.

Наиболее эффективными являются внутрикожные инъекции с образованием нескольких папул вокруг пораженного сустава. Подкожные инъекции в данном случае менее эффективны.

Частота проведения инъекций зависит от местной реакции воспаления, которая должна исчезать ко дню проведения очередной инъекции. Обычно инъекции проводятся 2 раза в неделю.

Схема применения: классическая с переходом на поддерживающую до 10-50 мг.

Дозировка.

Инъекции начинают с концентрации 0,01 мг Helixor A. Постепенно дозу увеличивают до получения оптимального ответа организма в виде местной реакции воспаления (легкое покраснение и отек в местах инъекций и приятное тепло).

Вводная терапия:

8 инъекций (1 оригинальная упаковка) по 0,01 мг,

8 инъекций (1 оригинальная упаковка) по 0,1 мг,

далее 8 инъекций по 1 мг,

далее 3 инъекции по 1 мг, 3 инъекции по 5 мг, 3 инъекции по 10 мг,

3 инъекции по 20 мг, 3 инъекции по 30 мг, 3 инъекции по 50 мг,

далее терапевтическая пауза в течение 14 дней.

После того, как появится местная реакция, инъекции проводят с последней достигнутой концентрацией, инъецируя 8 ампул одной концентрации одну за другой. Как только наступит улучшение симптоматики, можно уменьшить частоту инъекций. При исчезновении симптоматики терапию завершают.

В начале проведения омелотерапии относительно часто появляются воспалительные местные реакции (покраснение, отек, индурация) в местах подкожных инъекций и повышение температуры (не выше 38ºС), которые являются желательными. Как только появляются эти реакции, дозировку более не повышают, а придерживаются ее (напр., на 1 мг Helixor A появляется местная реакция 3 см, концентрацию не повышают до 5 мг, а производят инъекцию 1 мг вместо 5 или 10 мг).

Только при появлении выраженной реакции более 5 см в диаметре и температуре выше 38ºС необходима терапевтическая пауза до её исчезновения. Далее концентрацию препарата снижают на 2 ступени.

Очень редко возникает аллергическая реакция, прежде всего, в виде крапивницы. При подозрении на аллергию терапию Helixor прекращают, проводят десенсибилизирующую терапию.

Литература:

Dinkelaker H., Kass K.A. Die Mistel in der Therapie. Heidelberg: Haug-Verlag. 1982. 38, 42.

Омелотерапия узлового зоба и кист щитовидной железы.

Узловой зоб - это собирательное понятие, включающее все узловые образования щитовидной железы, как правило, выявляемые при УЗИ. С клинической точки зрения, узловой зоб – любое пальпируемое образование в проекции щитовидной железы независимо от

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 69

размеров.

При эндемическом зобе основной этиологический фактор – низкое поступление йода с пищей (эндемическая область). Увеличение тиреоидной массы (гиперплазия с образованием коллоидных узлов, кист, аденом) – приспособительная реакция железы на дефицит йода.

Консервативное лечение узлового зоба допустимо только после решения вопроса, является ли узел злокачественной опухолью.

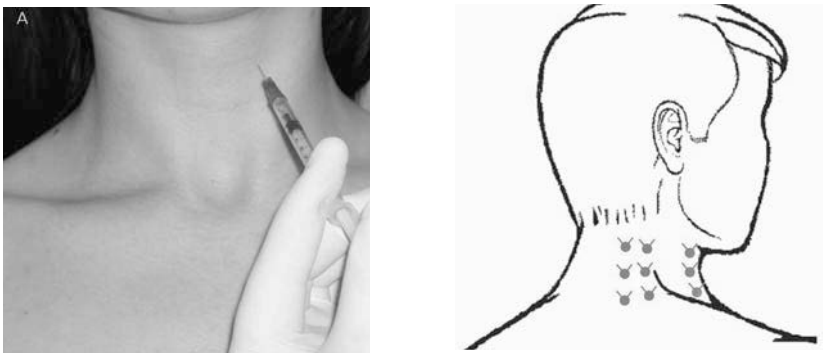
Препарат выбора: Хеликсор А.

Схема применения: инъекции выполняются подкожно по классической схеме 3 раза в неделю с переходом на поддерживающую до 30-50 мг.

Места проведения инъекций: воротниковая зона, передний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы и зона проекции щитовидной железы на передней поверхности шеи.

При кистах щитовидной железы и аутоиммунном тиреоидите - дополнительно инъекции противокистозных средства Геллеборус нигер аквос, Nigersan в сочетании с системной энзимотерапией – Protease.

Динамика состояния железы: контроль УЗИ.



Места подкожного введения Хеликсора при заболеваниях щитовидной железы

Омелотерапия хронических гепатитов.

Хронические гепатиты В (HBV), С (HCV) являются факультативными преканцерозами, в лечении которых эффективна омелотерапия.

При интерферонотерапии процент излечения гепатита В составляет 35%, гепатита С - 30%. Эффективность терапии гепатита С может быть повышена при комбинированном применении пегилированного альфа-интерферона (PEG-IFN) и рибаверина (процент излечения составляет 55–70% в зависимости от генотипа).

Длительная стандартная иммуносупрессивная терапия при аутоиммунном гепатите опасна.

В академической и страховой медицине в случае неэффективности интерфероновой терапии или её прекращения из-за тяжелых побочных эффектов (истощение иммунной системы) встает вопрос о проведении омелотерапии в качестве альтернативы.

Цель омелотерапии гепатитов:

- ликвидация иммунодефицита,
- подавление вирусной персистенции,
- элиминация вируса из организма,
- активация противовирусного иммунитета,
- профилактика рака печени,
- профилактика цирроза печени,
- улучшение качества жизни.

При омелотерапии происходит стимуляция клеточного иммунитета и элиминация пораженных вирусом гепатоцитов.

Опыт омелотерапии гепатитов по данным публикаций.

У 85 пациентов, проходивших омелотерапию в течение 12-24 месяцев (подкожные инъекции), спустя 12 месяцев появилась положительная динамика. Побочные эффекты не наблюдались. Улучшение качества жизни отмечено у большинства пациентов (78%).

Фиброз (цирроз) печени определялся по гистологическому индексу активности. Спустя 12 месяцев терапии и последующие 6-11 месяцев наблюдения было выявлено значительное улучшение показателей – с 7,75 до 5,25. Степень фиброза уменьшилась с 2,5 до 1,375. Эти предварительные результаты свидетельствуют о возможном предотвращении

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 70

цирроза печени при проведении омелотерапии (Matthes H.).

У 9 пациентов, получавших по 3 подкожных инъекции Helixor M в неделю, спустя 6 месяцев наблюдалось улучшение состояния: уменьшился зуд, улучшился сон, нормализовались трансаминазы, снизились показатели ПЦР. Спустя 6 месяцев последующей терапии симптоматика еще более улучшилась. Омелотерапия проводилась на фоне энзимотерапии. Достигнутое улучшение сохранялось в течение последующих 12 месяцев наблюдения (Simonishvili M., Rolik I. et al.).

Показания: хронические гепатиты B, C, особенно когда интерферонотерапия невозможна или была прервана по причине тяжелых побочных эффектов (чаще из-за возникновения иммунодефицита).

Противопоказания:

- острый гепатит (любое острое воспаление или воспаление, сопровождающееся высокой температурой);
- аутоиммунный гепатит, когда необходима иммуносупрессивная терапия кортикостероидами.

Препарат выбора: **Helixor M,** при аллергии/атопии, гиперчувствительности, аутоиммунных заболеваниях – Helixor A**.**

Место и время проведения инъекций: 1 подкожная инъекция 3 раза в неделю (понедельник, среда, пятница), лучше рано утром, в живот и/или верхнюю часть бедра, поочерёдно. Избегать места кожного воспаления.

Терапевтическая концепция.

Используют классическую схему до выхода на индивидуально переносимую поддерживающую концентрацию в соответствии с реакционной способностью.

Концентрации Хеликсора.

Рекомендации по выбору концентрации Хеликсора являются ориентировочными. Определяющим фактором является переносимость инъекций и индивидуальная реакция пациента.

Единой стандартной схемы омелотерапии гепатитов не существует.

Начальная терапия:

8 инъекций по 0,01 мг,
далее 8 инъекций по 0,1 мг,
далее 8 инъекций по 1 мг,
далее 8 инъекций по 5 мг,
далее 8 инъекций по 10 мг,
далее 8 инъекций по 20 мг,
далее 8 инъекций по 30 мг,
далее 8 инъекций по 50 мг.

Поддерживающая омелотерапия.

В течение 12 месяцев повторять цикл инъекций: 3 инъекции по 20 мг, 3 инъекции по 30 мг, 3 инъекции по 50 мг.

При излечении или улучшении показателей можно сократить частоту проведения инъекций.

Длительность омелотерапии.

Ограничения не известны.

Если установлено положительное влияние омелотерапии, то она может проводиться годами.

Следует ввести терапевтические паузы между циклами поддерживающей омелотерапии. Например, после выполнения 2 циклов 20 мг → 30 мг → 50 мг (6 недель) делается перерыв в омелотерапии.

Критерии оптимальной индивидуальной дозировки.

Как только появляется выраженная воспалительная реакция, увеличение концентрации прекращают:

1. Воспалительные местные кожные реакции диаметром 1-5 см в местах подкожных инъекций.
2. Повышение температуры выше 37,5ºC.
3. Общая реакция (усталость, симптомы гриппа, боли в голове и теле, головокружение).

Терапия продолжается на уровне реакционной концентрации, которую чередуют с более низкими концентрациями. При отсутствии реакций концентрацию постепенно повышают до 50 мг.

Возможные побочные эффекты.

В начале проведения омелотерапии возможны местные воспалительные реакции (покраснение, отек, индурация) в местах подкожных инъекций и повышение температуры (часто не выше 38ºC). Как только появляются эти реакции, дозировку более не повышают (напр., на 1 мг Helixor M появляется местная реакция 3 см, концентрацию не повышают до 5 мг, а производят инъекцию 1 мг вместо 5 или 10 мг).

Только при появлении выраженной местной воспалительной реакции более 5 см в диаметре и температуре выше 38ºC необходима терапевтическая пауза до исчезновения местных симптомов. Далее дозировку препарата снижают на 2 ступени (в зависимости от площади реакции).

Очень редко возникает аллергическая

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 71

реакция, прежде всего, в виде крапивницы.

При подозрении на аллергию омелотерапию прекращают и проводят десенсибилизирующую терапию.

Взаимодействие лекарственных препаратов.

Не рекомендуется проводить омелотерапию параллельно с интерфероновой терапией. Helixor может усилить побочные эффекты интерферонотерапии. Проведение омелотерапии рекомендуется только после окончания или отмены интерферонотерапии.

Синергисты омелотерапии.

Рекомендуется дополнительно назначать ферментные препараты (системной и заместительной энзимотерапии – Digest, Protease), органопрепараты (гепатопротекторы, десенсибилизирующие), вакциноподобные средства из инфекционных и тканевых токсинов, гепатотропные фитопрепараты, ощелачивание.

Примечание.

Часто наблюдаемое при интерферонотерапии повышение уровня трансаминаз возможно также и при омелотерапии, если она проводится в режиме монотерапии.

При стабильном и длительном ухудшении лабораторных показателей омелотерапию необходимо прекратить.

Омелотерапия неспецифического язвенного колита и болезни Крона.

Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона являются предраковыми заболеваниями, при которых показана омелотерапия. Имеются положительные данные о клинической эффективности омелотерапии при этих заболеваниях (Фильдерклиник в г.Filderstadt, Больница Хердекке).

Омелотерапия выступает как дополнительный метод лечения, который может способствовать снижению активности аутоиммунного процесса и профилактике малигнизации.

Препарат выбора: **Helixor A.**

Противопоказания к применению Хеликсора А: острый период болезни (лихорадка, кишечное кровотечение).

Место и время проведения инъекций.

Инъекции проводят 3 раза в неделю (понедельник, среда, пятница) подкожно в пахово-подвздошную область и верхнюю часть бедра, поочерёдно.

Схема применения: десенсибилизирующая.

Рекомендации относительно дозировки служат для ориентации, а не являются схемой для неукоснительного соблюдения. Определяющим фактором является переносимость инъекций и индивидуальная реакция пациента.

Единой стандартной схемы не существует.

Начальная терапия:

8 инъекций по 0,01 мг Helixor A,

далее 8 инъекций по 0,1 мг Helixor A,

далее 4 инъекции по 0,5 мг (0,5 мл из 1 ампулы по 1 мг),

далее 6 инъекций по 1 мг Helixor A,

далее 4 инъекции по 2,5 мг (0,5 мл из 1 ампулы по 5 мг),

далее 6 инъекций по 5 мг Helixor A,

далее 4 инъекции по 7,5 мг (0,75 мл из 1 ампулы по 10 мг),

далее 4 инъекций по 10 мг Helixor A,

далее 4 инъекции по 15 мг (0,75 мл из 1 ампулы по 20 мг),

далее 4 инъекции по 20 мг Helixor A,

далее 4 инъекции по 25 мг (0,8 мл из 1 ампулы по 30 мг),

далее 4 инъекции по 30 мг Helixor A.

Поддерживающая терапия: инъекции 3 раза в неделю по 30 мг.

Критерии оптимальной индивидуальной дозировки.

Необходим тщательный мониторинг клинической картины заболевания: частота стула, в т.ч. с примесью крови, СОЭ, общее состояние и др.

Как только появляется выраженная воспалительная реакция (покраснение и отек в местах подкожных инъекций, температура, лейкоцитоз, повышение СОЭ, усиление симптомов заболевания), дальнейшее повышение концентрации не проводят. Когда воспалительная реакция исчезает, омелотерапию возобновляют, значительно снизив концентрацию. Поддерживающую омелотерапию проводят концентрацией препарата, которая не вызывает воспалительных реакций.

При явном улучшении симптоматики

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 72

BAAAAAAAB

можно придерживаться последней достигнутой концентрации.

Рекомендуемая поддерживающая концентрация 20-50 мг.

Продолжительность терапии.

Если в течение 3-5 месяцев терапии не наблюдается тенденция улучшения симптоматики заболевания суставов и общего состояния пациента, продолжение омелотерапии нецелесообразно.

При стабильном улучшении симптоматики частоту инъекций можно снизить и довести до 2 инъекций в неделю.

Омелотерапия миомы (миоматоза) матки

Положительный терапевтический опыт применения Хеликсора М при миоме матки накоплен в г. Москве (клиника «АльянсМед»).

Противопоказания: острые воспаления, инфекции, сопровождающиеся высокой температурой, беременность, аллергия на Хеликсор.

Препарат выбора: **Helixor M,** при аллергии/атопии, сверхчувствительности, аутоиммунных заболеваниях – Helixor A.

Место и время проведения инъекций.

1 подкожная инъекция 3 раза в неделю в пахово-подвздошной области и/или верхней части бедра, попеременно. Наиболее эффективно в лечении миом матки – парацервикальное введение Хеликсора, при котором обязательно проведение теста на аллергию.

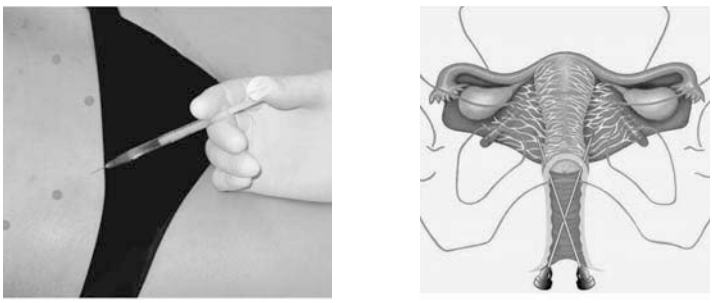
Тест на аллергию при парацервикальном введении Хеликсора.

Если омелотерапия проводится впервые, необходимо провести тест на аллергию. Для этого выполняют внутрикожную инъекцию 0,1 мл Хеликсора (из ампулы в 1 мг) с образованием папулы.

Парацервикальное введение начинают с 1 мг Хеликсора М.

Схема применения: классическая с переходом на поддерживающую до 30-50 мг и более.

а б



Подкожное (а) и парацервикальное(б) введение Хеликсора при миомах матки

Дозировка при подкожном введении Хеликсора:

8 инъекций по 0,01 мг,

8 инъекций по 0,1 мг,

далее 8 инъекций по 1 мг,

далее 3 инъекции по 5 мг, 3 инъекции по 10 мг,

далее 3 инъекции по 20 мг, 3 инъекции по 30 мг,

далее терапевтическая пауза в течение 14 дней.

Поддерживающая терапия.

2-кратное повторение цикла инъекций: 3 инъекции по 10 мг, 3 инъекции по 20 мг, 3 инъекции по 30 мг с последующими 1-2 недельными перерывами.

При необходимости используется поддерживающая концентрация 50 мг и более, особенно при парацервикальном инъецировании.

Критерии оптимальной индивидуальной дозировки.

Как только появляется выраженная воспалительная реакция, увеличение концентрации прекращают. Терапия продолжается с введением реакционной дозы, которую чередуют с более низкими концентрациями Хеликсора:

1. Воспалительные местные кожные реакции диаметром 1-5 см в местах подкожных инъекций.

2. Незначительное повышение

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 73

температуры.

3. Уменьшение проявлений предрака.

Длительность терапии: вначале полгода с последующим перерывом 1-2 месяца. Если миоматозные узлы сохраняются, то омелотерапия не прекращается: проводится циклами минимум 4 раза в год в течение 2-х лет с увеличенными терапевтическими паузами до 4-8 недель.

Контроль за динамикой узлов - по данным УЗИ - 1 раз в квартал.

Возможные побочные эффекты.

В начале проведения омелотерапии могут появиться местные воспалительные реакции (покраснение, отек, индурация) в местах подкожных инъекций и повышение температуры (не выше 38ºС), которые являются желательными иммунологическими эффектами. Как только появляются эти реакции, дозировку далее не повышают, а придерживаются ее (напр., на 1 мг Helixor M появляется местная реакция 3 см, концентрацию не повышают до 5 мг, а производят инъекцию 1 мг вместо 5 или 10 мг).

Только при появлении выраженной местной реакции более 5 см в диаметре и температуре выше 38ºС необходима терапевтическая пауза до её исчезновения. Далее концентрацию препарата снижают на 2 ступени.

Очень редко возникает аллергическая реакция, прежде всего, в виде крапивницы. При подозрении на аллергию омелотерапию прекращают, проводят десенсибилизирующую терапию.

Литература:

Ebenhard-Metzger C., Ries R.: Viren. Heine Verlag, München 1995.

Schmidt-Matthiesen H., Bastert G.: Gynäkologische Onkologie, Schattauer Verlag, Stuttgart-New York 1995.

Омелотерапия эндометриоза.

Эндометриоз характеризуется пролиферацией метапластического эпителия эндометрия вне полости матки, связанной с менструальным циклом. Несмотря на то, что заболевание является доброкачественным, оно обладает рядом признаков злокачественности: диссеминация клеток в другие органы подобно метастазам, потеря способности к апоптозу, иммунологические нарушения. Некоторые исследователи рассматривают эндометриоз как предрак.

На этом основании при эндометриозе применяются фитопрепараты омелы белой Viscum album и морозника черного Helleborus niger, которые обладают противоопухолевыми свойствами. Препараты морозника назначаются при сильных болях и воспалении, омелы белой – при формировании опухоли и склонности к озлокачествлению.

В одном из проспективных исследований (Bartholomaeus Maris) оценивалась терапевтическая эффективность препаратов Helixor M и Helleborus niger D6 aguos. (по 1 ампуле 2 раза в неделю подкожно) при эндометриозе, где было установлено, что омелотерапия вызывает более длительную ремиссию по сравнению с препаратами морозника.

Препарат выбора: **Helixor M,** при аллергии/атопии, гиперчувствительности, аутоиммунных заболеваниях – Helixor A**.**

Противопоказания: острые воспаления, инфекции, сопровождающиеся высокой температурой, беременность, аллергия на препараты Helixor.

Место и время проведения инъекций: 1 подкожная инъекция 2-3 раза в неделю в пахово-подвздошную область и верхнюю часть бедра, поочерёдно.

Схема терапии - инъекции по классической схеме:

8 инъекций по 0,01 мг,

8 инъекций по 0,1 мг,

8 инъекций по 1 мг,

8 инъекций по 5 мг,

8 инъекций по 10 мг,

далее постоянное повторение – 3 инъекции по 1 мг, 3 инъекции по 5 мг, 3 инъекции по 10 мг.

В период менструации – терапевтическая пауза.

Концентрация препарата модифицируется в соответствии с индивидуальной реакцией пациента. Как только появляется реакция воспаления (местная воспалительная кожная реакция диаметром 1-5 см в местах подкожных инъекций, температурная реакция), концентрацию не увеличивают, а придерживаются её в ритме чередования с более низкими концентрациями (напр., реакция на 1 мг – продолжение цикла инъекций 0,1 мг, 0,1 мг, 0,5 мг, 0,5 мг, т.е. по полампулы 1 мг, далее 1 мг, 1 мг).

При отсутствии реакции на серию

BAAAAAAAB

инъекций концентрацию повышают (3 инъекции по 10 мг, 3 инъекции по 20 мг и 3 инъекции по 30 мг).

Возможные побочные эффекты:

В начале проведения омелотерапии возможны воспалительные местные реакции (покраснение, отек, индурация) в местах подкожных инъекций и повышение температуры (часто не выше 38ºС), которые являются желательными. Как только появляются эти реакции, дозировку более не повышают (напр., на 1 мг Helixor M появляется местная реакция 3 см, концентрацию не повышают до 5 мг, а производят инъекцию 1 мг вместо 5 или 10 мг).

Только при появлении выраженной местной воспалительной реакции более 5 см в диаметре и температуре выше 38ºС необходима терапевтическая пауза до исчезновения местных симптомов. Далее дозировку препарата снижают на 2 ступени (в зависимости от площади реакции).

Очень редко возникает аллергическая реакция, прежде всего, в виде крапивницы. При подозрении на аллергию терапию Helixor прекращают, проводят десенсибилизирующую терапию.

Длительность терапии: не менее полугода.

При редуцировании симптоматики - терапию продолжать до полного исчезновения симптомов. При исчезновении симптоматики - сделать терапевтическую паузу на 3 месяца.

При отсутствии терапевтического эффекта продолжение омелотерапии нецелесообразно.

Омелотерапия папилломавирусной инфекции

Инфекция папилломавируса человека (ПВЧ) является предраком, при котором показано проведение омелотерапии. ПВЧ ответственен за развитие карциномы шейки матки и ее предстадий.

Обширные исследования за последние годы показали, что при карциноме шейки матки почти в 90% обнаруживается вирусная ДНК в опухолевой ткани. Более 20 различных типов папилломавируса можно идентифицировать в гинекологических пробах. В опухолевой ткани особенно часто встречаются скопления вирусов 16 и 18 типов, а в кондиломах доминируют 6 и 11 типы. Предстадиями карциномы шейки матки служат цервикальные интраэпителиальные неоплазии (CIN): легкая дисплазия (CIN I), дисплазия средней тяжести (CIN II), тяжелая дисплазия и карцинома in situ (CIN III), которые вызваны ПВЧ.

Положительный терапевтический опыт применения Helixor M при ПВЧ накоплен в Латинской Америке (Эквадор). При последовательном проведении омелотерапии рецидивы ПВЧ отсутствуют.

Противопоказания: острые воспаления, инфекции, сопровождающиеся высокой температурой, беременность, аллергия на Helixor.

Препарат выбора: **Helixor M,** при аллергии/атопии, сверхчувствительности, аутоиммунных заболеваниях – Helixor A.

Терапевтические цели.

Стимуляция иммунологических процессов воспаления, способных предотвратить развитие опухолей.

Место и время проведения инъекций.

1 подкожная инъекция 2 раза в неделю (лучше до полудня), в пахово-подвздошной области и/или верхней части бедра, попеременно. Избегать инъекции в места воспалений.

Схема применения: классическая с переходом на поддерживающую до 30-50 мг.

Дозировка:

8 инъекций по 0,01 мг,

8 инъекций по 0,1 мг,

далее 8 инъекций по 1 мг,

далее 3 инъекции по 1 мг, 3 инъекции по 5 мг, 3 инъекции по 10 мг,

далее 3 инъекции по 20 мг, 3 инъекции по 30 мг,

далее терапевтическая пауза в течение 14 дней.

Поддерживающая терапия.

Постоянное повторение цикла инъекций: 3 инъекции по 10 мг, 3 инъекции по 20 мг, 3 инъекции по 30 мг. Дважды повторить цикл инъекций, далее терапевтическая пауза в течение 14 дней.

Критерии оптимальной индивидуальной дозировки.

Как только появляется выраженная воспалительная реакция, увеличение концентрации прекращают. Терапия продолжается с введением реакционной дозы, которую чередуют с более низкими

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 75

концентрациями Хеликсора:

1. Воспалительные местные кожные реакции диаметром 1-5 см в местах подкожных инъекций.

2. Незначительное повышение температуры.

3. Уменьшение проявлений предрака.

Продолжительность терапии: в течение полугода.

Если регулярный контроль не выявляет патологии или изменений тканей, терапевтические паузы постепенно продлевают сначала до 4 недель, спустя год терапии до 8 недель. При эффективной терапии Helixor M применяют в течение 2 лет. Если терапия не эффективна, ее прекращают.

Возможные побочные эффекты.

В начале проведения омелотерапии могут появиться местные воспалительные реакции (покраснение, отек, индурация) в местах подкожных инъекций и повышение температуры (не выше 38ºС), которые являются желательными иммунологическими эффектами. Как только появляются эти реакции, дозировку далее не повышают, а придерживаются ее (напр., на 1 мг Helixor M появляется местная реакция 3 см, концентрацию не повышают до 5 мг, а производят инъекцию 1 мг вместо 5 или 10 мг).

Только при появлении выраженной местной реакции более 5 см в диаметре и температуре выше 38ºС необходима терапевтическая пауза до её исчезновения. Далее концентрацию препарата снижают на 2 ступени.

Очень редко возникает аллергическая реакция, прежде всего, в виде крапивницы. При подозрении на аллергию омелотерапию прекращают, проводят десенсибилизирующую терапию.

Омелотерапия фиброзно-кистозной мастопатии.

К собственно предраку относят пролиферативные формы мастопатии с гиперпластическими разрастаниями эпителия и дисплазией. При узловой форме мастопатии развитие рака возможно в 9,3-12,2% случаев.

При преобладании фиброзного компонента базовым препаратом является Хеликсор, обладающий антипролиферативным действием.

Место проведения инъекций. В области грудной клетки: рукоятка грудины, молочные железы или плечо.

Препарат выбора: до менопаузы - Хеликсор П, после менопаузы - Хеликсор М.

Терапевтические цели.

Стимуляция иммунологических процессов воспаления, способных предотвратить развитие опухолей.

Схема применения: инъекции выполняются подкожно по классической схеме 3 раза в неделю с переходом на поддерживающую до 30-50 мг.

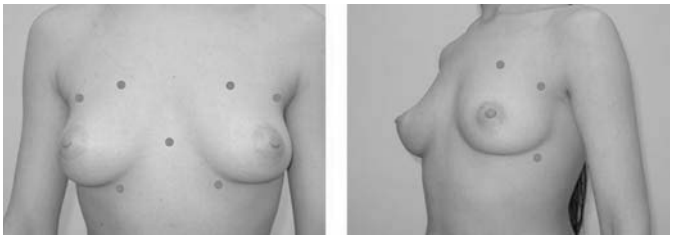
Продолжительность терапии составляет не менее 3-4 месяцев. Дальнейшее продолжение омелотерапии определяется результатами УЗИ или маммографии.

Противопоказания: острые воспаления, инфекции, сопровождающиеся высокой температурой, беременность, аллергия на Helixor.

При преобладании кистозного комонента наряду с инъекциями Хеликсора рекомендуется противокистозное средство Геллеборус нигер аквос по классической схеме.

В лечении мастопатии дополнительно используются средства, усиливающие антипролиферативное и противокистозное действие инъекционных препаратов:

- препараты, ликвидирующие гормональный дисбаланс,
- фитоэстрогены из красного клевера, капусты, сои и др., содержащие глюкозинолаты, индол-3-карбинолы и другие изофлавоны,
- системная энзимотерапия (Protease).



Места подкожного инъецирования Хеликсора при мастопатии.

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 76

Омелотерапия хронических рецидивирующих инфекций и иммунодефицитов

Омелотерапия эффективна при склонности к инфекционным заболеваниям и при хронических рецидивирующих инфекциях. У пациентов улучшается иммунный статус, уменьшается частота инфекций. Её профилактическое действие при инфекционных заболеваниях объясняется значительной стимуляцией фагоцитоза гранулоцитов. Этот эффект связан с наличием вискотоксинов в Helixor.

Применение Helixor в качестве профилактики инфекционных заболеваний особенно целесообразно у пациентов со злокачественными заболеваниями, у которых в результате проводимой противоопухолевой терапии наблюдается иммунодефицит (в т.ч. склонность к инфекциям).

Противопоказания: аллергия на Helixor, острые воспаления, инфекции, сопровождающиеся высокой температурой, беременность.

Препарат выбора: **Helixor P** – вызывает активацию фагоцитоза. При аллергии/атопии, сверхчувствительности, аутоиммунных заболеваниях – Helixor A.

Терапевтические цели.

Активация иммунной защиты, улучшение общего состояния, гармонизация основных психо-вегетативных функций.

Терапевтическая концепция.

Терапию начинают с 0,01 мг, постепенно повышая дозировку по классической схеме.

Место и время проведения инъекций.

1 подкожная инъекция 2 раза в неделю (понедельник, четверг) в пахово-подвздошную область и верхнюю часть бедра, поочерёдно.

Дозировка:

8 инъекций по 0,01 мг,

8 инъекций по 0,1 мг,

далее 8 инъекций по 1 мг,

далее 3 инъекции по 1 мг, 3 инъекции по 5 мг, 3 инъекции по 10 мг,

далее терапевтическая пауза в течение 14 дней.

Затем повторять цикл инъекций: 3 инъекции по 1 мг, 3 инъекции по 5 мг, 3 инъекции по 10 мг.

Если инъекции не вызывают реакций воспаления (местная воспалительная кожная реакция диаметром 1-5 см) или повышения температуры, дозировку препарата увеличивают: 3 инъекции по 10 мг, 3 инъекции по 20 мг, 3 инъекции по 30 мг.

После терапевтической паузы в течение 14 дней повторяют серию инъекций.

При необходимости цикл инъекций можно повторять раз в квартал или полгода.

Возможные побочные эффекты.

В начале омелотерапии могут появиться местные воспалительные реакции (покраснение, отек, индурация) в местах подкожных инъекций и повышение температуры (не выше 38ºС), которые являются желательными. Как только возникают эти реакции, дозировку более не повышают, а придерживаются ее (напр., на 1 мг Helixor P появляется местная реакция 3 см, концентрацию не повышают до 5 мг, а производят инъекцию 1 мг вместо 5 или 10 мг).

Только при появлении чрезмерной реакции более 5 см в диаметре и температуре выше 38ºС необходима терапевтическая пауза до её исчезновения. Далее концентрацию препарата снижают на 2 ступени.

Очень редко возникает аллергическая реакция в виде крапивницы. При подозрении на аллергию терапию Helixor прекращают, проводят десенсибилизирующую терапию.

Омелотерапия аденомы простаты

Положительный терапевтический опыт применения Хеликсора А при аденоме простаты накоплен в г. Москве (клиника «АльянсМед»).

Противопоказания: острые воспаления, инфекции, сопровождающиеся высокой температурой, аллергия на Хеликсор.

Препарат выбора: **Хеликсор А.**

Место и время проведения инъекций.

1 подкожная инъекция 3 раза в неделю в пахово-подвздошной области и/или верхней части бедра, попеременно. Наиболее эффективно в лечении аденомы простаты – внутрипростатное введение Хеликсора А, при котором обязательно проведение теста на аллергию.

Тест на аллергию при внутрипростатном введении Хеликсора.

Если омелотерапия проводится впервые, необходимо провести тест на аллергию. Для этого выполняют внутрикожную инъекцию 0,1

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 77

мл Хеликсора (из ампулы в 1 мг) с образованием папулы.

Внутрипростатное введение начинают с 1 мг Хеликсора М.

Схема применения: классическая с переходом на поддерживающую до 30-50 мг и более.

Дозировка при подкожном введении Хеликсора:

8 инъекций по 0,01 мг,

8 инъекций по 0,1 мг,

далее 8 инъекций по 1 мг,

далее 3 инъекции по 5 мг, 3 инъекции по 10 мг,

далее 3 инъекции по 20 мг, 3 инъекции по 30 мг,

далее терапевтическая пауза в течение 14 дней.

Поддерживающая терапия.

2-кратное повторение цикла инъекций: 3 инъекции по 10 мг, 3 инъекции по 20 мг, 3 инъекции по 30 мг с последующими 1-2 недельными перерывами.

При необходимости используется поддерживающая концентрация 50 мг и более, особенно при внутрипростатном инъецировании.

Критерии оптимальной индивидуальной дозировки.

Как только появляется выраженная воспалительная реакция, увеличение концентрации прекращают. Терапия продолжается с введением реакционной дозы, которую чередуют с более низкими концентрациями Хеликсора:

1. Воспалительные местные кожные реакции диаметром 1-5 см в местах подкожных инъекций.

2. Незначительное повышение температуры.

3. Уменьшение проявлений предрака.

Длительность терапии: вначале полгода с последующим перерывом 1-2 месяца.

Контроль за динамикой размеров аденомы - по данным УЗИ - 1 раз в квартал.

Возможные побочные эффекты.

В начале проведения омелотерапии могут появиться местные воспалительные реакции (покраснение, отек, индурация) в местах подкожных инъекций и повышение температуры (не выше 38ºС), которые являются желательными иммунологическими эффектами. Как только появляются эти реакции, дозировку далее не повышают, а придерживаются ее (напр., на 1 мг Хеликсор А появляется местная реакция 3 см, концентрацию не повышают до 5 мг, а производят инъекцию 1 мг вместо 5 или 10 мг).

Только при появлении выраженной местной реакции более 5 см в диаметре и температуре выше 38ºС необходима терапевтическая пауза до её исчезновения. Далее концентрацию препарата снижают на 2 ступени.

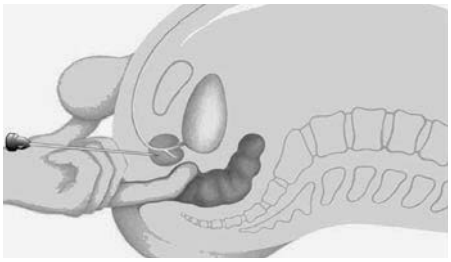


Схема анатомических взаимоотношений при выполнении инъекций Хеликсора по M.Dosch (2005).

Хеликсор в профилактике рака.

Показания к профилактической омелотерапии.

У лиц с наследственной предрасположенностью существует повышенный риск развития опухолевых заболеваний. Прежде всего, это касается рака молочных желез. Степень риска по возрастанию: наличие у матери двустороннего рака молочных желез до менопаузы, одностороннего или двустороннего рака молочных желез после менопаузы у родственников первой ступени, отсутствие родов более 50 лет, хроническая мастопатия с эпителиальной гиперплазией. Наследственность имеет значение для колоректальных опухолей (во многих семьях до 50% случаев).

Высокий риск возникновения рака существует при аденоматозе кишечника, кишечном полипозе, синдроме Гарднера, пигментной ксеродерме, болезни Реклингхаузена, экзостозной остеодисплазии.

Повышенный риск развития онкозаболеваний имеют курильщики, лица, которые подвергались иммуносупрессивной

journal_Endobiont_tipografija:Layout 1 20.06.2007 16:07 Page 78

BAAAAAAAB

терапии (напр., кортизон при астме или ревматизме). Считается, что риск развития рака растёт у лиц, у которых многие годы отсутствуют инфекции, сопровождающиеся высокой температурой. Высокий риск рака при различных гормональных нарушениях, гиперкалорийной диете, бедной овощами, фруктами и балластными веществами.

В развитии рака значимы психические факторы: например, стресс при потере близких людей, утрата смысла жизни.

Предрасположенность к онкозаболеваниям могут выявить специальные лабораторные исследования, например, анализ крови по Kaelin, тест кристаллизации крови, РО-тест и др.

Радикально леченный рак в прошлом, проведение радио- или химиотерапии также являются факторами риска развития повторного ракового заболевания.

Во всех вышеперечисленных ситуациях рекомендуется проведение омелотерапии. В ряде случаев обязательно должна устраняться причина рака (напр., отказ от курения).

Препарат выбора: **Helixor M** для женщин, **Helixor A** для мужчин, при аллергии/атопии, гиперчувствительности, аутоиммунных заболеваниях – Helixor A**.**

Место и время проведения инъекций: 1 подкожная инъекция 2 раза в неделю (понедельник, четверг) лучше утром в живот и/или верхнюю часть бедра, поочерёдно. Избегать места кожного воспаления.

Схема подкожного инъецирования.

Используется классическая схема.

Достижение оптимальной индивидуальной дозировки!

Повышение концентрации происходит очень медленно от 0,01 мг до 30 мг. Как только появляется выраженная воспалительная реакция, увеличение концентрации прекращают:

1. Воспалительные кожные реакции диаметром 1-5 см в местах подкожных инъекций.
2. Повышение температуры (на 0,5-1ºС).
3. Вначале увеличение эозинофилии (желательно 5-10%), позднее абсолютное количество лимфоцитов (желательно 1300–3000). Проводить ежемесячный, позднее ежеквартальный контроль параметров.
4. Улучшение общего состояния: повышение работоспособности, нормализация теплового баланса, уменьшение склонности к инфекциям, улучшение сна и уменьшение депрессии.

Терапия продолжается с введением реакционной дозы, которую чередуют с более низкими концентрациями (например, на 10 мг Helixor M появляется местная реакция, далее проводят цикл инъекций: 3 инъекции по 1 мг, 3 инъекции по 5 мг, 3 инъекции по 10 мг) – схема поддерживающей омелотерапии - 3-4 мес.

При отсутствии реакций после цикла инъекций: 3 инъекции по 10 мг, 3 инъекции по 20 мг, 3 инъекции по 30 мг, можно повышать концентрацию.

Профилактический курс – классическая схема (2 курса в год весной и осенью):.

8 инъекций по 0,01 мг,
8 инъекций по 0,1 мг,
далее 8 инъекций по 1 мг,
далее 8 инъекций по 5 мг, 8 инъекций по 10 мг,
далее 8 инъекции по 20 мг, 8 инъекций по 30 мг.

Научно-образовательный центр НАТУРВИТА

Научно-исследовательская деятельность осуществляется по следующим направлениям: - разработка и совершенствование программ реабилитации онкобольных с использованием биологических средств (экстрактов омелы белой ХЕЛИКСОР, морозника чёрного Helleborus niger aquos, ортомолекулярных и гомеопатических средств, нозодов, энзимов и их синергистов), - исследования клинической эффективности вышеперечисленных биологических средств с последующим практическим внедрением программ профилактики заболеваний, поддержания активного долголетия, лечения хронической патологии, - дальнейшие исследования общей теории канцерогенеза - теории самоподдержания опухоли - и иммунологического метода диагностика рака (РО-теста), разработанных профессором Агеенко А.И., - выполнение и сопровождение диссертационных работ.

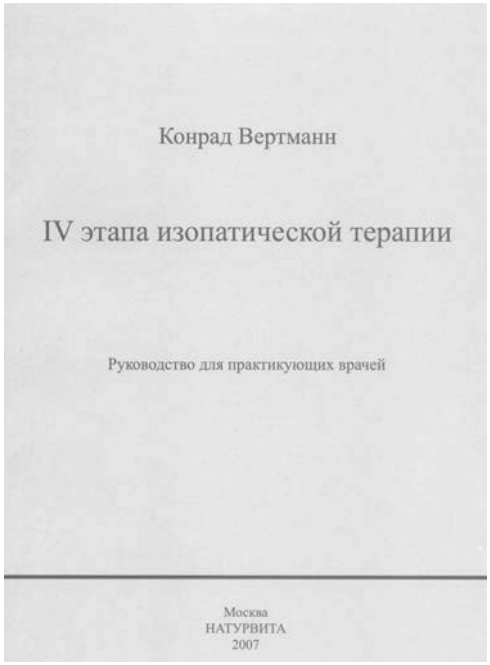
Образовательная деятельность направлена на последипломную подготовку специалистов различного профиля по применению в клинической практике (внутренние, нервные, глазные болезни, патология опорно-двигательного аппарата, реабилитация в онкологии и др.) экстрактов омелы белой ХЕЛИКСОР, морозника чёрного Helleborus niger aquos, энзимов, ортомолекулярных и гомеопатических средств, нозодов, а также различных средств и методов биомедицины.

Тематические семинары НОЦ "Натурвита" по **Омелотерапии** и **САНУМ - терапии** организуются и выполняются профессорско-преподавательским составом Научно-образовательного центра НАТУРВИТА в помещении НОЦ по адресу: Гостиничный проезд д.6, корп.2, пом.310

Запись на семинар обязательна: (495) 482 47 47

Вертманн К. IV этапа изопатической терапии. Руководство. Пер. с нем. Чуйкиной Е.Э. Ред. проф. Ролик И.С. М.: НАТУРВИТА, 2007. - 64 с.

Эта книга - введение в САНУМ-терапию, основанную на эндобионтной теории профессора Г.Эндерляйна и фармпредприятия SANUM-Kehlbeck. Книга отражает опыт автора в биотерапии хронических болезней у детей и взрослых за более чем 30-летнюю врачебную практику.



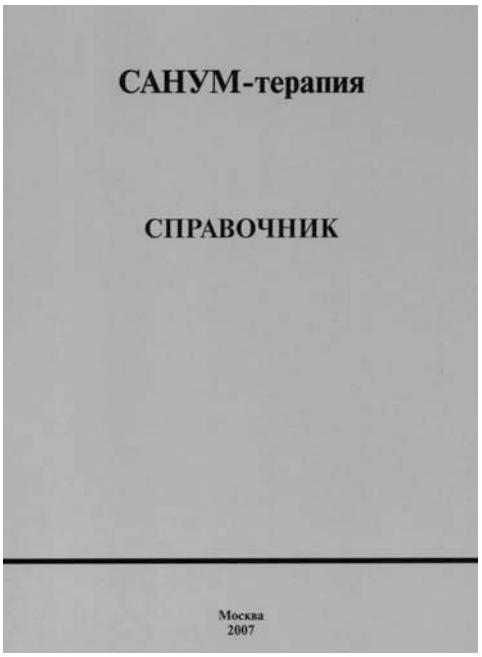
САНУМ - биотерапия, или как её называют в гомеопатии, изопатическая терапия, для новичков кажется обременительной, а иногда и противоречивой и, соответственно, очень трудной для восприятия. Данная книга как раз и предназначена для того, чтобы развеять эти сомнения.

Пациент не должен испытывать дискомфорта при применении САНУМ-препаратов. Внезапно возникшее ухудшение на фоне терапии - не только недопустимая дополнительная нагрузка для пациента (например, для больного ревматизмом, который вынужден переносить еще более сильные боли), но также и всегда неправильное применение лекарственных препаратов, т.е. вина врача. Такое ухудшение в любом случае является перегрузкой для недостаточно функционирующей иммунной системы.

Реакций обострения необходимо всегда избегать. Особенно это важно для педиатрии: педиатр не должен проводить лечение, сопряженное с ухудшением состояния детей. Так, в случае аллергии для избежания реакции обострения гастроэнтеролог или педиатр первоначально должны обратить внимание на иммунную систему кишечника.

Успех биотерапии без обострения зависит от соблюдения 4-х этапной схемы лечения с акцентом на разработку индивидуальной рецептуры.

Книга – хорошая помощь для новичков в иммунотерапии САНУМ-препаратами.



САНУМ-терапия. Справочник. М.: НОЦ НАТУРВИТА, 2007. 144 с.

Терапевтический справочник подготовлен информационным отделом НОЦ НАТУРВИТА под редакцией профессора Ролика И.С.

В справочник вошли материалы статей, книг, конференций и семинаров по САНУМ-терапии.

Для многих нозологических форм представлены методики применения САНУМ-препаратов в комплексе с другими средствами.



Вертманн К. Рецептурный справочник по САНУМ-терапии.
Пер. с нем. Чуйкиной Е.Э. Ред. проф. Ролик И.С. и к.м.н. Гущин А.Ю.
М.: НОЦ Натурвита. 2006. 180 с.

Рецептурный справочник известного немецкого врача-практика составлен на основе собственного опыта автора в области САНУМ-терапии. САНУМ-терапия базируется на эндобионтной теории профессора Гюнтера Эндерляйна (1872-1968), основанной на полиморфизме, стадийности (цикличности) развития и трансформации микробов из непатогенных форм в патогенные, и наоборот. Г.Эндерляйн научно обосновал и доказал роль эндобионтов (облигатных внутри- и внеклеточных паразитов) в развитии многих острых и хронических заболеваний человека и животных. Разработанные им вакцины из различных микроорганизмов позволяют эффективно подавлять развитие микробов, вызывая их реверсию в апатогенные формы. Такие вакцины являются средствами этиологической и патогенетической САНУМ-терапии многих заболеваний. Представленные автором рецептурные прописи являются испытанным практикой готовым решением для назначения САНУМ-терапии.

ХЕЛИКСОР

(HELIXOR®) -

водные экстракты омелы белой в ампулах

Хеликсор А- экстракты пихтовой омелы (Viscum Abietis)
Хеликсор М- экстракты яблоневой омелы (Viscum Mali)
Хеликсор П- экстракты сосновой омелы (Viscum Pini)

Предприятие Helixor Heilmittel GmbH (Германия) производит серию из 3-х типов препаратов омелы белой в ампулах - растворы для инъекций под общим названием «ХЕЛИКСОР» в различных концентрациях экстрактов омелы: 0,01 мг, 0,1 мг, 1 мг, 5 мг, 10 мг, 20 мг, 30 мг, 50 мг, 100 мг.

Подразделение ХЕЛИКСОРА на типы А, М и П обусловлено качественными различиями его состава, связанными с происхождением исходного сырья – экстрактов омелы, растущей на пихте, яблоне и сосне.

Состав:

Раствор в одной ампуле 1 мл содержит: водный экстракт из 0,01 мг, или 0,1 мг, или 1 мг, или 5 мг, или 10 мг, или 20 мг, или 30 мг, или 50 мг омелы.

Вспомогательные вещества: натрия хлорид 9 мг, вода для инъекций до 1 мл.

Раствор в одной ампуле 2 мл содержит:

водный экстракт из 100 мг омелы.

Вспомогательные вещества: натрия хлорид 17,1 мг, вода для инъекций до 2 мл.



Показания к применению ХЕЛИКСОРА:

Пониженная резистентность к инфекциям, иммунодефицит, возрастные иммунные нарушения.

Дегенеративно-дистрофические заболевания опорно-двигательного аппарата (артрозы, остеохондроз, деформирующий спондилез, миогелозы, миалгии).

Миелосупрессия. Хламидиоз и другие инфекции, сопровождающиеся иммунодефицитом. Спаечная болезнь, кисты. Атеросклероз, стенокардия, гипертония, облитерирующий эндартериит. Преддиабет, сахарный диабет и его осложнения. Эпилепсия, депрессии, психозы, неврастения.

Предопухолевые заболевания и профилактика рака:

- аденома простаты;
- аденоматоз и фибромиомы матки, эндометриоз, цервикальные эрозии, крауроз вульвы;
- мастопатия;
- узловой зоб;



- хронические гепатиты В и С, цирроз печени;
- цитомегаловирусные, герпесные и ВИЧ-инфекции;
- полипы кишечника, наследственный полипоз толстой кишки, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, атрофический гастрит, пернициозная анемия;
- солнечные кератозы, диспластические или врожденные родимые пятна, кожные новообразования;
- липомы, липоматоз,
- лейкоплакия слизистых (ротовой полости, гортани, мочевого пузыря) и др.

Злокачественные опухолевые процессы:

- профилактика и купирование осложнений во время агрессивной противоопухолевой терапии: иммуно- и миелосупрессия, кардиомиопатия, алопеция, расстройства ЖКТ (тошнота, рвота, снижение аппетита, диарея, токсический гепатит, мукозит), нарушения функций почек (мочекислая нефропатия, лекарственные или «лучевые» циститы), слабость, утомляемость;
- профилактика и купирование отдаленных последствий противоопухолевой терапии: обменных нарушений (кушингоидного синдрома, остеопороза, ожирения), вторичных опухолей, нарушений функций эндокринных и репродуктивных органов, психики;
- выведение токсических продуктов из организма при проведении противоопухолевой терапии (активация функций печени, почек, кишечного эпителия);
- преодоление резистентности опухолевых клеток к химиотерапии (за счёт снижения активности внутриклеточных белков и ферментов, блокирующих активность химиопрепаратов);
- профилактика рецидива опухолей после радикального излечения;
- профилактика рака у лиц с отягощённой наследственностью и повышенными уровнями опухолевых маркёров.

ADCCCDCDDCC-CDCCCCCCCDCCD
BAAAABAB BAAABAABBAAB ACCB, ACDCCCCD

ACDDDCCDDDCD C BCDDCC:
AAA «ACDDDCCDC», 127106, ACDCCC, ACDDCCCDCDC
CDCCCC, C.6, C.2
www.helixor.de
www.naturvita.ru