Эндобионт

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



В номере:

Хронические заболевания внутренних органов как инфекционно-токсические процессы.
Место вакцинотерапии САНУМ
(По материалам научного открытия)

Клинические исследования

Доклады и тезисы выступлений на семинарах и симпозиумах

Опыт гаптенотерапии

№1 (2) 2008

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 широка 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.

Э Н Д О Б И О Н Т
№ 1 (2) 2008
Научно-практический журнал

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия
Регистрационное свидетельство
ПИ № ФС77-28002
ISSN 1996-0476

Издатель и учредитель -
ООО “Натурвита”
127106 г. Москва, Гостиничный пр-д, д. 6, к. 2
тел.: (495) 482 47 47
факс: (495) 482 34 54
natur_vita@mai.ru
www.naturvita.ru

Все права защищены законом об авторском праве. При копировании, цитировании, перепечатке - ссылка на журнал обязательна.

Номер подготовлен информационно-аналитическим отделом

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.



С О Д Е Р Ж А Н И Е

Передовые статьи

Хронические заболевания внутренних органов как инфекционно-токсические процессы. Место вакцинотерапии САНУМ. (По материалам научного открытия)
Ролик И.С. 3

Клинические исследования

Комплексная энзимотерапия осложнений сахарного диабета у больных с инфарктом миокарда
Горбунов А.Э. 14

Энзимотерапия в послеоперационном периоде у больных с аортокоронарным шунтированием
Горбунов А.Э. 17

Доклады и тезисы выступлений на семинарах и симпозиумах

Заместительная и системная энзимотерапия в клинике внутренних болезней
Доклад научного руководителя и основателя фирмы ТЕС (США)
доктора медицины Дикки Фаллер-Луни на международном семинаре 17.11.2007 20

Возможности омелотерапии хронических заболеваний препаратами Хеликсор
Доклад доктора медицины Д.Шлоддера на международном семинаре 27.01.2008. 31

Тезисы выступлений на симпозиуме «Омелотерапия: актуальные вопросы иммунореабилитации» 26.01.2008 г.:

Комплексная омелотерапия больных с иммунодефицитом
Ролик И.С. 43

Особенности инъекционной терапии Геллеборусом хронических болезней лёгких
Гущин А.Ю. 44

Хеликсор в купировании боли в спине: методики фармакопунктуры
Торопов А.Л. 46

Омелотерапия Хеликсором А аутоиммунного тиреоидита и узлового зоба
Толкачёв И.Б. 49

Переводы

Опыт гаптенотерапии
Корнелиус П. 51

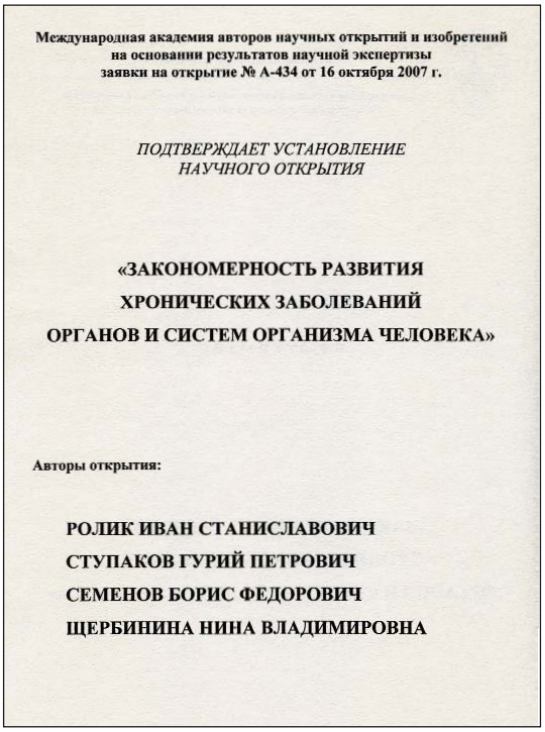
Хронические заболевания внутренних органов как инфекционно-токсические процессы. Место вакцинотерапии САНУМ

Ролик И.С.

По материалам научного открытия «Закономерность развития хронических заболеваний органов и систем человека».
Авторы: Ступаков Г.П., Семенов Б.Ф., Щербинина Н.В., Ролик И.С.
УДК 616.1.08, 61(035), 616.1.
Международная академия авторов научных открытий и изобретений РАЕН. Диплом № 352 на научное открытие.
Рег. № 434 от 1 февраля 2008 г.
Приоритет: 1989 г.

Формула открытия

Теоретически обоснована и практически доказана неизвестная ранее закономерность развития хронических заболеваний внутренних органов, вызванная скрытотекущими инфекционно-токсическими процессами бактериальной и вирусной природы, имеющими органораспространенный полисистемный тропнофиксированный характер, устранение которых приводит к одновременной нормализации состояния нескольких органов и систем и клиническому выздоровлению макроорганизма.



Международная академия авторов научных открытий и изобретений
на основании результатов научной экспертизы
заявки на открытие № А-434 от 16 октября 2007 г.

ПОДТВЕРЖДАЕТ УСТАНОВЛЕНИЕ НАУЧНОГО ОТКРЫТИЯ

«ЗАКОНОМЕРНОСТЬ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА»

Авторы открытия:

РОЛИК ИВАН СТАНИСЛАВОВИЧ
СТУПАКОВ ГУРИЙ ПЕТРОВИЧ
СЕМЕНОВ БОРИС ФЕДОРОВИЧ
ЩЕРБИНИНА НИНА ВЛАДИМИРОВНА



Формула открытия

Установлена неизвестная ранее закономерность развития хронических заболеваний органов и систем организма человека, заключающаяся в том, что под действием длительных скрытотекущих инфекционно-токсических процессов, вызванных возбудителями бактериальной, вирусной, грибковой и паразитарной природы, имеющих органораспространенный полисистемный тропнофиксированный характер, происходит поражение органов и систем с возникновением хронических заболеваний (центральной нервной системы, оболочек головного мозга, сердечно-сосудистой системы, суставов, позвоночника, эндокринной системы и др.), причем устранение возбудителей приводит к нормализации состояния органов и систем организма.

Приоритет открытия

1989 г. - по дате публикации «Иммуномодуляция при вирусных инфекциях и вакцинация» («Итоги науки и техники», т. 17, М., 1989).

На основании установленных в соответствии с действующим законодательством правовых положений Устава Международная академия авторов научных открытий и изобретений выдала настоящий диплом на открытие ***«Закономерность развития хронических заболеваний органов и систем организма человека»***

РОЛИКУ ИВАНУ СТАНИСЛАВОВИЧУ

Президент Российской академии естественных наук — О.Л. Кузнецов

Президент Международной академии авторов научных открытий и изобретений — В.В. Потоцкий

«__» _____ 2008 г.
г. Москва. Регистрационный № 434

1. Вводная часть

Представляемое открытие относится к области медицины, в частности, к разряду заболеваний внутренних органов, инфекционных болезней, микробиологии, вирусологии, иммунологии.

Считается, что хронические заболевания имеют или должны иметь конкретные этиологию и патогенез и, как правило, не связаны друг с другом.

Однако этиология ряда хронических заболеваний остается в значительной степени неопределенной и претерпевает изменения трактовок с появлением тех или иных новых научных фактов, что свидетельствует об актуальности и на сегодняшний день высказывания И.П.Павлова об этиологии как о самом слабом разделе медицины.

Значимое начало разработки теории причинности заболеваний было положено созданием теоретической концепции клеточной патологии Р.Вирховым. И хотя клеточная теория не раскрывала сущностных явлений этиологии, но она явилась мощным ускорителем разработок в поисках причинности заболеваний.

С открытием микроорганизмов впервые было идентифицировано этиологическое начало инфекционных заболеваний.

В перечне этиологий стали называть физические, химические, биологические, психологические и иные факторы, повреждающее действие на организм которых происходит непосредственно, или опосредованно, т.е. связано с цепью последовательных реакций, приводящих к развитию заболеваний, например, стресс-повреждающие эффекты.

Теория этиологии заболеваний прошла ряд этапов становления – от утверждения об одной причине развития болезни (моноказуализм) до тех или иных объяснений о необходимости совокупности условий, причем из них нельзя выделить основное, доминирующее начало в причинности возникновения заболеваний (эквипотенциальность причин).

На сегодняшний день является общепризнанным, что для развития болезни должна существовать причина и подходящие условия – внутренний фактор (неполноценное питание, авитаминоз, нарушения вследствие влияния факторов внешней среды и др.).

Современные авторы выделяют несколько групп заболеваний, имеющих разные причины:

- генетически обусловленные (около 15-20%);
- связанные с социальным фактором или качеством жизни (40-55%);
- экологически обусловленные (20-30%).

В.М. Дильман приводит свою классификацию моделей заболеваний:

- экологическую;
- генетическую;
- аккумуляционную;
- онтогенетическую (1).

Эти модели, по мнению автора, имеют отношение к развитию основных хронических заболеваний, влияющих на продолжительность жизни населения.

Экологическая модель предусматривает развитие повреждений на клеточном уровне, связанных с воздействием на человека загрязнений окружающей среды.

Генетическая модель основывается на существовании дефектов генотипа, которые могут проявляться в наследственной предрасположенности к тем или иным заболеваниям.

Для аккумуляционной модели характерно то обстоятельство, что повреждения клеток и макромолекул связаны с воздействием агентов, поступающих не из внешней среды, а зависят от внутренних обязательных для жизнедеятельности организма процессов. Примером может являться образование потенциально-токсичных свободно-радикальных молекул.

Онтогенетическая модель предусматривает противоречивое единство процессов сохранения и отклонения гомеостаза. При этом постулируется, что непременным условием развития организма является запрограммированное нарушение стабильности гомеостаза, в результате чего формируются главные, играющие ведущую роль в смертности населения, неинфекционные болезни, как структурно-функциональные нарушения состояния основных физиологических систем.

В реальной жизни происходит взаимопроникновения механизмов развития главных болезней.

Такая точка зрения вполне имеет право на существование. В наших работах (2, 3) доказано: гомеостаз организма может быть выражен конкретным количественным параметром. В этом случае он приобретает смысл гомеостатического потенциала как синонима «количества здоровья». С уменьшением гомеостатического потенциала экспоненциально растет риск развития заболеваний.

Однако, как в случае принятия модели взаимопроникновения механизмов развития заболеваний, так и при количественном определении гомеостатического потенциала конкретные причинно-следственные связи в развитии патологического процесса остаются в системе «черного ящика», а этиологический фактор замаскирован.

Поэтому признание метаболической природы главных болезней является проявлением своего рода вынужденной меры при отсутствии четких свидетельств по выявлению их этиологического начала.

Кроме того, несмотря на имеющийся большой массив фактологических данных и теоретических разработок остается невыясненным такой принципиальный вопрос – играет ли роль причина болезни на ранней ее стадии, или на всем ее протяжении.

Большинство исследователей сходятся на мнении о том, что причина играет роль пускового механизма болезни, а дальнейшее ее течение обусловлено иными причинно-следственными соотношениями. Болезнь в этом случае протекает по принципу «саморазвития», «самодвижения», «саморегуляции» (выделено нами) - (4,5), при этом теряется причинная связь с факторами, обусловившими возникновение болезни (6). И.Г. Беспалко (7) считает, что «болезнь как вид системы обладает способностью к самоподдержанию». С этим высказыванием согласуется выражение И.В. Давыдовского (8), резюмирующего дискуссию по рассматриваемому вопросу следующим образом: причина развития процесса лежит в самом процессе.

В противоположность такой точки зрения Д.С.Саркисов (9) утверждает, что она не может быть признана абсолютно правильной. Он указывает на возможность длительного рецидивирующего течения некоторых вирусных инфекций, выстраивая, например, последовательную цепь событий: острый вирусный гепатит – рецидивирующие его формы – цирроз печени.

Хроническое течение наблюдается и при туберкулезе, причем у абацилярных больных может прогрессировать пневмосклероз и никто не может поручиться, что эта стадия заболевания стала стерильной от микобактерии туберкулеза.

Подобные факты Д.С.Саркисов описывает и в отношении хронического пиелонефрита, когда из мочи высеваются кишечная палочка, золотистый стафилококк, энтерококк с сохранением патогенных свойств микроорганизмов.

В рецидивирующем течении ревматизма играет роль длительное существование в организме стрептококка. Возбудитель персистирует на клинически подпороговом уровне, постепенно поражая клапаны сердца.

Таким образом, утверждения о том, что инфекционная первопричина, ставшая пусковым началом патологического процесса, в дальнейшем теряет свое значение, а болезнь продолжает существовать и видоизменяться на основе какого-то «саморазвития», выглядят на данных примерах неубедительными.

Огромные научные достижения в раскрытии причинности различных заболеваний получены за последние десятилетия клинической медициной (10, 11, 12, 13, 14).

Новые научные данные позволяют выделить по этиологическому фактору несколько групп заболеваний.

1. Заболевания с четко выраженной причинностью инфекционного фактора бактериальной, вирусной, грибковой и паразитарной природы (ревматическая лихорадка, инфекционный эндокардит, в том числе септический, миокардиты, миокардический кардиосклероз, воспалительные заболевания системы дыхания, гепатиты, пиелонефриты, простатиты и др.).
2. Генетически обусловленные заболевания (эссенциальная артериальная гипертензия, гипертрофическая кардиомиопатия, гломерулонефрит и др.). Для гломерулонефрита характерно то обстоятельство, что с наличием генетической предрасположенности важную роль в развитии заболевания играет инфекционный фактор.
3. Заболевания, предположительно связанные с инфекционным фактором. Атеросклероз рассматривается в

своем генезе с нескольких позиций:

- мутации структурного гена, уменьшающей плотность рецепторов, связывающих ЛПНП и ЛПОНП;
- нарушений в системе гемостаза, в частности, расстройстве состояния тромбоцитов;
- повреждения эндотелия;
- возможности персистенции вирусной инфекции Эпштейна-Барр (11), возбудителя хламидиоза (15).

Кардиомиопатия дилатационная рассматривается как возможная конечная стадия вирусного миокардита.

Артриты реактивные связаны с хроническими инфекционными очагами без персистенции возбудителя в структурах суставов.

Ревматоидный артрит – имеются предположения о значении в заболевании вирусов, в частности, Эпштейна-Барр.

Антифосфолипидный синдром – предполагается значение инфекционного фактора.

Гигантоклеточный темпоральный (височный) артериит, возможно, связан с вирусами гриппа, гепатита.

Узелковый полиартериит наблюдается при персистировании гепатита В.

Гранулематоз Вегенера (гигантоклеточный гранулематозно-некротический васкулит) предположительно связан с какой-то хронической инфекцией, возможно, вирусной.

Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна-Геноха) наблюдается при стрептококковых ангинах.

Волчанка красная системная связывается с инфекционным фактором, вероятно, с персистенцией вирусов.

Приведенный перечень заболеваний, предположительно связанный с инфекционным началом, является далеко не полным, представляющим лишь часть соответствующих нозологических форм, в том числе ряда нервных болезней.

1. Заболевания сложной этиологии и патогенеза, в развитии которых идентифицирован инфекционный фактор (язвы желудка и 12-перстной кишки, хронический гастрит, при которых персистирует HP, инфекционно-аллергическая форма бронхиальной астмы и др.).
2. Заболевания неясной этиологии, мультифакторные заболевания (гломерулопатии, хронический тубулоинтерстициальный нефрит, амилоидоз почек, почечнокаменная болезнь, остеоартроз и др.).

Приведенные данные свидетельствуют о ведущем значении инфекционного фактора в развитии широкого спектра острых и хронических заболеваний.

Отдельная группа так называемых инфекционных болезней характеризуется строго определенным этиологическим началом в виде конкретных возбудителей, типичной клинической картиной, специфичными диагностическими признаками и патоморфологическими изменениями. Данную группу болезней мы оставляем без обсуждения, хотя, по нашему мнению, нет четкой границы между группами внутренних и инфекционных заболеваний.

Резюме в отношении различных точек зрения на этиологию хронических заболеваний (за исключением генетически обусловленных), их течение на сегодняшнем уровне развития клинико-патоморфологических знаний можно сформулировать следующим образом:

1. первоначалом в остром периоде заболевания является микроорганизм;
2. в последующем или изначально хроническом клиническом, субклиническом течении заболевания ведущая роль, скорее всего, принадлежит также возбудителю;
3. существуют прямые свидетельства о присутствии возбудителя при хроническом, вялотекущем заболевании органа или системы (хронический гепатит, туберкулез, пиелонефрит, ревматизм и др.);
4. при устранении этиологического начала даже далеко зашедшие изменения органов (склеротические) могут подвергаться полному или почти полному обратному развитию.

Не отрицая значимости вскрытых явлений при развитии хронических заболеваний внутренних органов, неизбежности реализации «нормальной» программы онтогенетических изменений и признавая важность выявленных закономерностей в течении инфекционных болезней, можно заключить, что этиология хронических заболеваний в своей общей основе остается недостаточно раскрытой.

Сущность настоящего открытия состоит в том, что большинство хронических заболеваний представляют собой органораспространенный полисистемный тропнофиксированный хронический инфекционный процесс.

Все остальные внешние и внутренние возмущения играют роль ускорителей-синергистов развития патологических изменений в организме.

Понятие метаболическая причинность хронических болезней внутренних органов утрачивает смысл при достоверности множества выявленных метаболических сдвигов, являющихся следствием влияния на организм инфекционного начала.

Хронические болезни имеют инфекционную природу. Авторы не рассматривали в излагаемом контексте болезни крови, онкологические, психические, глазные заболевания и некоторые болезни неясной этиологии, что не исключает в их развитии инфекционного начала, тем более, что его значение в этиологии некоторых заболеваний из этих групп доказано. Однако данный вопрос требует дальнейшей научной разработки.

Научно-теоретическое значение сделанного открытия состоит в том, что оно вносит принципиальные изменения в представления о механизмах формирования устойчивых генерализованных патологических изменений разных органов и систем в этиологическом и патогенетическом единстве и многоликости клинических проявлений, субклинических и донозологических изменений. Хронические заболевания следует рассматривать не в системе мононозологии, а в системе полинозологии при конкретном этиологическом инфекционном факторе.

Практическое значение открытия заключается в том, что, с одной стороны, оно открывает новые возможности выявления этиологического первоначала заболевания, определения формы патоморфологических процессов (воспаление, дистрофия, клеточная деструкция, склерозирование, блокирование ферментных систем, нарушение иммунитета и др.).

С другой стороны, открытие дает ранее неизвестные возможности этиологического и патогенетического лечения нескольких хронических заболеваний внутренних органов конкретного пациента, вызванных одной общей первопричиной с учетом стадии болезни, индивидуальных особенностей организма, его общей резистентности, реактивности, а также пола и возраста. Устранение этиологического первоначала приводит к оздоровлению всего организма.

2. Требования к методикам обследования

Исходя из значительного перечня задач для фактологического доказательства достоверности открытия как с теоретических, так и практических позиций выбор методов диагностики этиологического фактора, доказательства его патогмоничности в каждом конкретном случае заболевания, а также обоснования целевого лечения выдвигают ряд требований к методикам обследования пациентов.

К ним относятся:
- возможность идентификации этиологического фактора заболевания;
- определение распространенности патологических процессов в разных органах и системах;
- оперативность обследования состояния организма;
- обеспечение достоверности результатов;
- возможность целевого подбора этиологически и патогенетически ориентированного лечения;
- возможность определения формы и стадии патоморфологического процесса на разных структурных уровнях организма.

Указанным требованиям отвечает зарегистрированный Росздравом метод электронной органометрии по Р. Фоллю. Метод позволяет идентифицировать следующие стадии и формы патоморфологического процесса:
- норма;
- зона физиологического напряжения функции органа или тканевой системы;
- предпатологическое нарушение функции органа или тканевой системы;
- подострый воспалительный процесс;
- острый ограниченный воспалительный процесс;
- острый распространенный воспалительный процесс;
- начальная стадия дистрофического процесса, метаболические нарушения;
- прогрессирующий дистрофический процесс;
- развитие склероза;
- иммунодефицитные и иммунопатологические состояния;
- аутоиммунные процессы.

Метод Р. Фолля позволяет дифференцировать степень дистрофических процессов:
- латентное (скрытое) течение патологического процесса с незначительной клеточной деструкцией;
- патологический процесс с умеренно выраженной клеточной деструкцией;
- патологический процесс с выраженной клеточной деструкцией;
- патологический процесс с возможным обратным развитием, репаративная функция сохранена;
- патологический процесс с необратимой клеточной деструкцией, репаративная функция нарушена, атрофия, жировое или склеротическое перерождение клеток органа;
- нарушение функции вегетативной нервной системы и нейрогуморальной регуляции.

Более детальное описание метода Р. Фолля и его возможности даны в монографиях и руководствах (16, 17,18).

Принципиально важным условием использования любого метода является его достоверность. В данном случае речь идет о достоверности идентификации патогена в организме человека.

Верификация метода электронной органометрии была осуществлена на 120 пациентах с параллельным использованием методов выделения живых культур, определения антител к возбудителям и выявления их генетических компонентов.

Сходимость идентификации патогенов методом электронной органометрии и указанными прямыми методами составила 95 %, что соответствует равнозначной надежности использованных методов.

Метод использовался авторами как вариант выбора по своей относительной простоте, высокой информативности и экономичности затрат. Он вовсе не исключает использования любых альтернативных методов, позволяющих решать приведенные выше задачи диагностики и лечения заболеваний.

3. Доказательства достоверности открытия

3.1. Теоретическое доказательство

3.1.1. Определение этиологического фактора

Для выявления этиологического начала при диагностике заболеваний внутренних органов и систем использовались тест-системы идентификации возбудителей вирусной (герпес симплекс, герпес зостер, аденовирусы, группа Коксаки-вирусов, вирусы гепатитов, Эпштейна-Барр, вирусы гриппа разных лет и др.) и бактериальной природы (стрептококки гемолитический и вириданс, стафилококк, золотистый стафилококк, пневмококк, кишечная палочка, протеус, паратиф, сальмонелла, хламидия пневмоние, микобактерия туберкулеза и др.).

3.1.2. Тест-наборы и лечебные препараты

Для идентификации инфекционных возбудителей в организме человека использовались тест-системы (рис. 1) в виде микробных вакцин сверхмалой концентрации активной субстанции, называемых нозодами, в основном производства немецких фирм Sanum, Heel.



Рис. 1. Тест-набор вакцин фирмы САНУМ (Германия).

Микробные вакцины (нозоды), производят из инактивированных культур микроорганизмов с их последующей стерилизацией. Готовые вакцинопо-подобные средства не являются вирулентными или токсичными препаратами, они также не являются – с классических представлений – прививочными веществами или сыворотками, т.е. они представляют собой отдельную группу лечебных средств (19, 20).

Такая вакцина, позволяющая идентифицировать персистенцию патогенного микроорганизма у пациента, является для него же и лечебным средством.

Терапия вакцинными или нозодными препаратами, как указано в приведенных источниках, активизирует специфические антигены, приводящие к образованию антител. Они показаны как при клеточных фазах заболевания, так и при переходе его в хроническое состояние. Дозировка вакцин подбирается строго индивидуально с использованием приборного оборудования для метода Р.Фолля и зависит от клинического диагноза, состояния пациента и его индивидуальной реакции на конкретный препарат.

Низкие разведения (потенции) вакцин (D5) показаны при острых заболеваниях. Интервалы между инъекциями в этих случаях могут составлять несколько часов или 1 -2 суток.

Средние и высокие потенции вакцин (D6, D7 и выше) показаны при хронических заболеваниях, аллергиях. Интервалы между инъекциями вакцин могут достигать нескольких дней, недель и даже месяцев.

3.1.3. Результаты скрининговых обследований практически здоровых лиц

На основе случайного отбора было обследовано 210 студентов колледжа и университета в возрасте от 15 до 23 лет. Студенты не предъявляли жалоб на состояние здоровья, т.е., как принято называть, были практически здоровыми лицами.

Обследование включало 2 этапа. На первом этапе регистрировались изменения внутренних органов, на втором – выявляли этиологическое начало этих изменений путем использования тест-вакцин. Нормализация показателей состояния органов при внесении в измерительную сеть конкретной вакцины позволяла точно идентифицировать возбудителя донозологического, скрыто развивающегося или находящегося в стадии ремиссии патологического процесса.

У 17% студентов патологических изменений в организме не зарегистрировано (первая группа).

В 83% случаев у обследованных (вторая группа) выявлены воспалительные и дистрофические процессы той или иной выраженности в разных системах, органах и структурах: центральной и вегетативной нервной системах, оболочках головного мозга, в стенках сосудов, сердца и его проводящей системе, миокарде, эндокарде, органах эндокринной системы, в разных отделах систем дыхания, пищеварения, выделения, половой сферы, ЛОР-органов (табл.1).

Таблица 1. Частота изменений систем, органов, структур воспалительного и дистрофического характера у студентов в возрасте 15-23 лет.

№	Системы, органы, структуры	Частота встречае-мости, %
1	физиологическая норма	17
2	центральная и вегетативная нервные системы (полушария, кора головного мозга, сегментарная и надсегментарная вегетативные системы), оболочки головного мозга	31
3	сердечно-сосудистая система (миокард, эндокард, перикард, проводящая система сердца, стенки артерий, вен, тонус артерий)	32
4	система пищеварения (пищеварительный тракт, печень, желчный пузырь, желчные протоки, поджелудочная железа)	39
5	система дыхания (правое и левое легкие, трахея, бронхи, бронхиолы, альвеолы)	19
6	мочеполовая система (почки, лоханки, мочеточники, мочевой пузырь, простата, придатки, матка)	20
7	ЛОР-органы	12,5
8	позвоночник, суставы	52

Во всех случаях во второй группе встречалась комбинация этих изменений, затрагивающих одновременно органы и структуры нескольких систем. Примерами таких комбинаций являлись:

- надсегментарная вегетативная система, оболочки головного мозга, стенки артериальных сосудов, эндокард, проводящая система сердца, желудок, 12-перстная кишка;
- оболочки головного мозга, стенки артериальных сосудов, почки, позвоночник, суставы;
- лимфоглоточное кольцо, гайморовые пазухи, бронхи, бронхиолы, позвоночник, солнечное сплетение, желудок, тонкий кишечник, почки.

В целом можно заключить, что регистрировались многочисленные и полиморфные (воспалительные, дистрофические, склерозирующие) комбинации изменений внутренних органов, структур центральной и вегетативной нервных систем.

На втором этапе при обследовании органов с использованием тест-вакцин принадлежности было установлено, что выявленные изменения чаще всего вызывались вирусом герпеса простого (40%), стрептококком гемолитическим (34%), кишечной палочкой (22%), стафилококками разных типов (10%).

В единичных случаях регистрировались: хламидии, микобактерии туберкулеза, синегнойная палочка, вирус Коксаки В2, В4.

Очевидной специфической тропности для каждого возбудителя к конкретным органам и системам выявлено не было. Примерно в четверти случаев выявлялась комбинация из 2-х возбудителей (бактерия + бактерия, бактерия + вирус, вирус + вирус), действующих на организм как синергическое этиологическое начало.

Таким образом, на основе использования аппаратных

средств впервые установлены принципиально новые медицинские факты:

во-первых, у подавляющего числа лиц молодого возраста развиваются патологические процессы, которые характеризуются органораспространенностью одновременно для нескольких систем организма;

во-вторых, эти процессы являются тропнофиксированными (о чем свидетельствовали результаты повторных обследований) по отношению к различным тканевым структурам, связаны с их хроническими инфекционно-токсическими поражениями и проявляются воспалительными, дистрофическими и склеротическими изменениями со стертой или слабо выраженной клинической симптоматикой, выявляемой при детальном сборе анамнеза после проведения обследования.

Указанные теоретические положения являются доказательством достоверности представленного открытия.

3.2. Клиническое доказательство

3.2.1. Диагностика

Обследованию подвергались 323 пациента в возрасте 15-75 лет обоего пола с различными жалобами: на головную боль, бессонницу, боли в позвоночнике, суставах, в области живота, сердечную аритмию, приступы удушья астматического характера, поражения кожи (по выпискам из истории болезни – аллергического генеза) и др.

При обследовании у всех пациентов выявлены и идентифицированы инфекционные возбудители, вызывавшие распространенные поражения органов и систем. Зависимость количества поражений от длительности заболевания и возраста проявлялась лишь как тенденция, но от возраста зависела интенсивность болезненных проявлений.

Приведем примеры распространенности пораженных органов и структур, вызванных стрептококком гемолитическим у конкретных пациентов.

Пациент №1., 58 лет: головной мозг с повышением внутричерепного давления, оболочки головного мозга, стенки артерий с изменением их тонуса, проводящая система сердца, щитовидная железа, почки, позвоночник, крупные суставы.

Пациент №2., 51 год: оболочки головного мозга, стенки артерий с изменением их тонуса, желудок, почки, позвоночник, суставы.

Пациент №3., 19 лет: стенки артерий с изменением их тонуса, щитовидная железа, желудок, желчевыводящие пути, почки.

При идентификации инфекционного фактора в общей группе пациентов были выявлены следующие возбудители: герпес симплекс (37,7%), стрептококк гемолитический (35,7%), кишечная палочка (14,9%), стафилококк (7,1%), стафилококк золотистый (2,7%), стрептококк вириданс (1,82%). Наиболее частые комбинации возбудителей составляли: стрептококк гемолитический и герпес симплекс (5,5%), стрептококк гемолитический и кишечная палочка (3,8%). Общая частота комбинации двух возбудителей составила 23, 8%.

Известно, что микроорганизмы могут находиться в симбиозе между собой. При этом их симбиоз носит системный синергический характер: выделяя метаболиты, они стимулируют рост друг друга, усиливая вирулентность (см. 20).

Кроме указанных возбудителей выявлялись в единичных случаях (1-3 наблюдения) следующие: гепатит А, В и С (последний в комбинации со стрептококком гемолитическим и вирусом герпес симплекс), аденовирус, вирус гриппа (вне рамок эпидемического подъема заболевания), Коксаки вирус В2, вирус Эпштейна-Барр, энтерококк, синегнойная палочка, хламидия, сальмонелла.

3.2.2. Лечение

Основными лечебными средствами являлись вакцины из выявленных при обследовании возбудителей.

Учитывая, что стадия патологического процесса, как правило, была хронической и значительно реже подострой, инъекции нозодов чаще всего проводились 2 раза в неделю, иногда – 3 раза.

На курс лечения использовали 10 инъекций, соответственно курс продолжался 3 -5 недель.

В тех случаях, когда комбинированные потенции могли вызвать сильную реакцию на лечение, что предполагалось по количественным показателям результатов диагностики, использовали вакцины с нарастающими единичными потенциями. В этих случаях курс из 10 инъекций продолжался около 2-3-х месяцев.

При комбинации из 2-х возбудителей тактика лечения могла быть разной. При выявлении доминирующего по патогенности возбудителя и со сниженной патогенностью второго - лечение проводили в два курса. Первый курс был направлен на элиминацию доминирующего возбудителя и его токсинов, лечение второго курса имело целью нейтрализовать возбудителя – синергиста, как правило, повышающего свою патогенность к окончанию первого курса лечения.

В случае, если два возбудителя были равноценны по своей патогенности, лечение двумя нозодами проводили по времени параллельно.

В значительном числе случаев помимо специфического лечения вакцинами назначали лимфдренажные препараты, нормализующие иммунитет (иммунокорректоры), тканевой метаболизм и приводящие к нормализации функций блокированных ферментных систем.

В тех случаях, когда нарушения функции органа не было связано с действием возбудителей (чаще всего поджелудочная железа), назначали панкреатотропные и другие органопрепараты, имеющие конкретные показания для лечения дисфункций конкретного органа, в частности, панкреатопатий.

После приведенной по результатам контрольного обследования схемы лечения такими вакцинами происходило освобождение организма от возбудителя (возбудителей) с нормализацией функций нескольких заинтересованных органов и систем с исчезновением болезненной симптоматики в 74% случаев. Субъективно отмечались прилив сил, повышение физической и умственной работоспособности, улучшение сна и эмоционального состояния.

В редких случаях (7%) проводили дополнительные курсы лечения без применения вакцин до полной нормализации морфофункционального состояния тех или иных органов и систем.

При далеко зашедших патологических процессах происходила значительная редукция болезненных проявлений с достижением стойкой ремиссии (26%).

Случаи лечения больных без улучшения их состояния в

исследованной выборке отсутствовали.

Таким образом, представленное открытие включает в себя несколько впервые выявленных компонентов (или элементов) в отношении причинности заболеваний, закономерностей их течения, путей лечения и позволяет сформулировать ряд выводов.

Вывод первый. Большинство лиц молодого возраста (83%) имеют донозологические, субклинические нарушения внутренних органов (66%) или заболевания с клинической симптоматикой (17%).

Вывод второй. Все нарушения внутренних органов у молодых лиц связаны с инфекционным фактором.

Вывод третий. Подавляющее большинство органных изменений воспалительного и дистрофического характера связаны с персистированием в организме ограниченного числа возбудителей в следующей ранговой градации:

1 место – вирус герпес симплекс;
2 место – гемолитический стрептококк;
3 место – кишечная палочка;
4 место – стафилококк.

Другие возбудители бактериальной и вирусной природы имеют отношение к развитию хронических заболеваний внутренних органов примерно в 10% случаев.

Вывод четвертый. У лиц с хроническими заболеваниями внутренних органов, независимо от возраста, персистенция патогена (патогенов) выявляется в 100% случаев с частотой встречаемости возбудителей, как этологического первоначала, аналогичной для группы молодых лиц.

Следствие из третьего и четвертого выводов.

В подавляющем большинстве случаев хронические заболевания вызываются патогенами вирусной или бактериальной природы, развиваются медленно в течение нескольких лет или десятилетий с переходом от донозологических форм в развернутые по клинической картине болезни.

Вывод пятый. Примерно в четверти случаев при клинических заболеваниях в организме хозяина выявляется персистенция двух патогенов (вирус + бактерия, бактерия + бактерия, вирус + вирус) либо с равноценной, либо с различающейся патогенностью.

Вывод шестой. Идентификация возбудителя и его элиминация из организма приводит к остановке развития заболеваний нескольких органов и систем с активацией репаративных процессов, исчезновением или редукцией болезненной симптоматики. Случаи частичного сохранения симптоматики связаны с далеко зашедшими патологическими процессами в организме.

Повторное возникновение той же инфекции (суперинфекции) после элиминации из организма этиологического инфекционного начала встречается лишь в отдельных случаях и связано с иммунодефицитными состояниями.

Вывод седьмой. Возбудители хронических заболеваний представляют собой широкий спектр бактерий и вирусов совокупно входящих в полиэтиологичную группу. Обладая разными антигенными свойствами, возбудители обуславливают различия в реакциях макроорганизма, прежде всего, иммунной системы, соединительной ткани, также в дистрофических, атрофических, регенерационных, склеротических процессах.

Течение хронических заболеваний внутренних органов практически неразличимо по клиническим проявлениям при разных этиологических началах. Поэтому «общие» подходы в лечении хронических болезней не могут, в принципе, обеспечить выздоровления организма без этиологически ориентированного лечения. Такое лечение должно быть дополнено применением иммунорегуляторов.

Применительно к конкретному организму развитие хронических заболеваний нескольких органов и систем можно рассматривать как моноэтиологическое.

Вывод восьмой. Причина хронической болезни играет роль как на ранней ее стадии, так и на всем периоде ее трансформации. Это обстоятельство может обуславливать ошибочное мнение о «самодвижении» и «самоподдержании» болезни с утратой значения первоначальной причины. Полученные нами данные не находят какого-либо подтверждения такой точки зрения.

Вывод девятый. Применительно к большинству населения понятие «практически здоровый человек» является крайне условным, поскольку жизнь организма становится предельно зависимой от этиологического патогена.

Свободную, независимую жизнь можно обрести, только освободившись от его влияния.

Таким образом, нейтрализация инфекционной первопричины с элиминацией возбудителя из организма приводит к одновременной нормализации состояния нескольких органов и систем с исчезновением болезненной симптоматики, что в медицинской практике принято считать клиническим выздоровлением. В ряде случаев целесообразно назначать независимое от этиологического патогенетическое лечение. Случаи сохранения слабовыраженной симптоматики связаны с глубоко зашедшими патологическими изменениями, принявшими необратимый (хотя бы частично) характер. Но и в этих случаях значительное уменьшение болезненных проявлений является очень важным подтверждением значимости устранения патогена для остановки прогрессирования патологических процессов и их частичного обратного развития.

Приведенные данные являются клиническим (практическим) доказательством достоверности открытия, раскрывающего не только причины и механизмы развития хронических заболеваний, но и дающего новые направления их этиологического и патогенетического лечения.

4. Некоторые доказанные характеристики реакций иммунитета, способствующие формированию хронических инфекционных процессов

Современной медицинской наукой вскрыты тонкие механизмы развития инфекционного процесса, в том числе объясняющие общие закономерности формирования хронической инфекции. Хронические инфекционные состояния вызываются различными нарушениями иммунитета: развитием иммунодефицитных, иммунопатологических и аутоиммунных реакций.

4.1. Иммунодефициты

В общем виде иммунодефициты можно рассматривать как нарушение процессов иммунологической регуляции (см. 21). Одним из ключевых моментов этого нарушения представляется цепь событий, возникающих в результате инфекции в клетках иммунной системы. Доказана

способность вирусов размножаться в В-клетках, Т-хелперах, естественных киллерах и клетках СМФ. По-видимому, при определенных условиях в качестве мишеней могут выступать популяция Т-супрессоров/киллеров и субпопуляции гранулоцитов. Судьба зараженных иммунокомпетентных клеток неодинакова. В одних случаях происходит их элиминация за счет цитопатической активности вирусов или в результате разрушающего действия эффекторных механизмов иммунитета, распознающих такие клетки как чужие благодаря экспрессии на мембранах вирусных антигенов.

Нередко вирусы вызывают хронический процесс без морфологических изменений в иммунокомпетентных клетках, которые превращаются в резервуар патогена, не распознаваемый системой иммунологического надзора. Наиболее часто персистенция вирусов развивается в клетках СМФ. При хронической инфекции формируются функциональные дефекты иммунокомпетентных клеток, при этом, как правило, поражаются не все, а лишь отдельные свойства, но и это является достаточным для хронической персистенции возбудителя в организме.

Вторичные иммунодефициты признаются важным элементом патогенеза вирусных инфекций. С ними связывают развитие присоединяющихся заболеваний, возбудителями которых являются патогены различных классов: бактерии, вирусы, грибы и паразиты. Нередко именно эти присоединившиеся инфекции определяют клиническую картину заключительной стадии основного заболевания, а также его исход. Эксперименты с флавивирусами продемонстрировали, что вторичные иммунодефициты в одних случаях обусловливают клиническую манифестацию гетерологичного инфекционного процесса вирусной этиологии, а в других – ведут к развитию персистенции второго патогена в клетках головного мозга или тимуса (22). В свете сказанного становится очевидной большая опасность смешанных вирусных инфекций по сравнению с моноинфекциями.

Иммуносупрессирующая активность вирусов в большинстве случаев не коррелирует с их вирулентностью. Например, малопатогенный вирус Тахиня вызывает у мышей более выраженные иммунологические дефекты, чем вирус Лангат. Именно при последовательном заражении названными патогенами формируется хроническая инфекция вирусом Лангат центральной нервной системы, которая характеризуется нарушением процесса восприятия и переработки информации.

4.2. Иммунопатологические реакции

В 80-х годах получила общее признание концепция о двух сторонах любого, в том числе противовирусного иммунного ответа. Согласно этой концепции развитие патологических процессов определяется не только повреждающим действием патогенов, но и спецификой индуцированных иммунологических процессов. Иммунный ответ обеспечивает элиминацию из организма возбудителей инфекции, в то же время вызывает повреждение незараженных клеток, тканей и органов хозяина за счет выработки иммунопатологических антител (21,22). В целом можно заключить, что безобидных иммунных реакций не существует (23, 24, 25).

4.3. Аутоиммунные реакции

Развитие вирусных инфекций человека и животных всегда сопровождается формированием аутоиммунных реакций (22). Аутоиммунный ответ наблюдают при острых и бессимптомных инфекциях, при инфекциях, ограниченных во времени, и инфекциях, длящихся в течение нескольких месяцев или лет.

Образующиеся в ответ на антигены возбудителя антитела реагируют с антигенами клеточных структур и соединительной ткани хозяина.

В конце XX века стало очевидным, что, вирусиндуцированный аутоиммунный процесс играет значительную роль в формировании широкого спектра клинически выраженных синдромов и функциональных нарушений, определяющих в той или иной степени картину основного заболевания. Так, с действием аутоиммунных эффекторов связывают нейропатии и процессы демиелинизации, нарушения функции поджелудочной железы и возникновение ИЗД, развитие миокардитов, артритов, поражений печени, анемии, нейтропении и т.д. (22).

Имеются данные о связи персистирующей коревой инфекции с системной красной волчанкой, системной склеродермией (26).

Обсуждается и доказывается участие аутоиммунных реакций в возникновении функциональных расстройств разных популяций иммунокомпетентных клеток, в том числе и иммунорегуляторных, например, Т-хелперов у больных СПИДом.

Общепризнано значение аутоиммунного ответа в сформированных аутоиммунных комплексах и возникновении связанных с отложением этих комплексов патологии многих органов. По-видимому, правомерным будет заключение о том, что в основе любых возникающих при вирусных инфекциях и иммунологически опосредованных повреждающих реакций может лежать активность аутоантител и аутоиммунных Т-лимфоцитов.

5. Защитная функция иммунитета

Иммунный ответ обеспечивает элиминацию из организма возбудителей инфекции и в то же время вызывает повреждение незараженных клеток, тканей и органов хозяина.

Защитная функция аутоиммунитета при вирусных инфекциях практически не изучена. Однако имеются гипотезы, которые достаточно убедительно обосновывают существование такой функции (22). По-видимому, реализация этой функции связана с действием разных механизмов, а именно — с идиотип-антиидиотипическим взаимодействием, появлением антител с двойной специфичностью (против вируса и аутоантигена), распознающих перекрестно реагирующие антигены и изменением под влиянием аутоантител функций структур цитоскелета, которые необходимы для поддержания репродукции вируса. Теоретически достаточно подробно разработана гипотеза о формировании при вирусных инфекциях антиидиотипических аутоантител, то есть антител, распознающих антигенные детерминанты противовирусного антитела (27). Согласно гипотезе, такие аутоантитела несут информацию о патогене, могут взаимодействовать со структурами клеток, необходимыми

для репродукции вируса, и при определенных условиях предупреждать развитие инфекции или обрыв ее.

Иммунологически обусловленная модификация физиологии клеток, с одной стороны, ведет к патологическим проявлениям, а с другой - нарушает и, соответственно, динамику репликации патогена, что можно рассматривать как проявление протекторной функции аутоиммунитета при болезнях вирусной этиологии.

Констатация, что вторичные иммунодефициты являются обязательным компонентом любой вирусной инфекции, ведет к признанию необходимости сочетания этиотропного лечения этих заболеваний с коррекцией сопровождающих их временных иммунологических дефектов. Наиболее перспективным представляется управление такого рода нарушениями.

Клиническая картина вирусного заболевания, его исход и динамика выздоровления определяются не только интенсивностью и местом размножения вируса, но и выраженностью разных сторон иммунного ответа: вирусспецифических, иммунопатологических и аутоиммунных реакций, которые протекают в условиях измененной реактивности организма, характеризующейся развитием вторичных антигенноспецифических иммунологических дефектов. Одним из следствий предлагаемой гипотезы является предположение о том, что при лечении болезней вирусной этиологии следует использовать не только этиотропные средства, но и иммунокорректоры, которые предупреждают или отменяют повреждающее действие иммунного ответа. Очевидна также необходимость исправления вирусиндуцированных иммунологических дефектов.

6. Влияние инфекционных заболеваний на клиническое течение некоторых соматических и онкологических болезней, возможности их профилактики

В последние годы доказано, что ряд соматических и онкологических заболеваний ассоциирован с патогенными для человека микроорганизмами (28). В сезонный подъем гриппа возрастают показатели госпитализации и летальности в связи с инфарктами. Участие вируса паротита и краснухи в развитии инсулинозависимого диабета у детей продемонстрировано эпидемиологическими методами. Развитие гепатокарциномы в 73% случаев связывают с инфекцией вирусом гепатита В, а в 27% - с заражением вирусом гепатита С. Вирус папилломы выявляют в новообразованиях половых органов у 65% пациентов из развитых стран и у 87% больных из развивающихся стран.

Показано, что применение инактивированной вакцины против гриппа снижает госпитализацию в связи с обострением сердечно-сосудистой патологии на 18-20%, а летальность на 50%. В группу риска, которая с помощью гриппозной вакцины может быть защищена от обострения хронической патологии, входят пациенты с диабетом, гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, нарушениями мозгового кровообращения и хроническими болезнями легких. В США такая группа риска насчитывает 9,9 млн. человек.

Данные о влиянии рекомбинантной вакцины против вируса гепатита В на развитие гепатокарциномы получены на Тайване. У привитых детей число диагносцируемых новообразований уменьшилось в 4 раза.

В США завершена экспериментальная разработка и начаты клинические испытания вакцины против вируса папилломы.

7. Новые идеи в иммунологии, определяющие конструкции вакцин и развитие вакцинных технологий

Длительное время конструирование вакцин шло по пути идентификации и получения чистых протективных антигенов. Однако, созданные с помощью генноинженерных технологий, такие антигены оказались малоиммуногенными. Решение этой проблемы, как показывает анализ, лежит в использовании новых иммунологических знаний (28).

В общем виде современная теория иммунитета выглядит следующим образом. Ответ на любой чужеродный элемент экзогенной и эндогенной природы развивается в результате взаимодействия двух взаимосвязанных компонентов иммунитета - системы врожденного и системы приобретенного (адаптивного) иммунитета. Такое взаимодействие обнаружено у 2% многоклеточных, включая человека. Общепризнано, что без активации врожденного иммунитета формирование приобретенного (вакцинного) иммунитета не произойдет.

Система врожденного иммунитета распознает чужеродные элементы (в рассматриваемой ситуации – микроорганизмы) и передает сигнал распознавания лимфоцитам, что ведет к их активации и развитию протективного (вакцинного) иммунитета.

Клетки врожденной системы иммунитета (дендритные, тучные) распознают у микроорганизмов патоген-ассоциированные молекулярные структуры (ПАМС), которые являются консервативными, присущими только микробам и необходимыми для их выживания.

Распознаются ПАМС двумя типами рецепторов. TOLL-подобными рецепторами, встроенными во внешнюю мембрану дендритных и тучных клеток. Описано 10 таких рецепторов. Второй тип рецепторов для патогенов – это растворимые рецепторы для Clq- фрагмента комплемента, для ЛПС, для маннозы и т.д.

События начальных этапов иммунного ответа характеризуют 3-сигнальной моделью. Первый сигнал от дендритной клетки Т-лимфоцитам – это предъявление в контексте молекул МНС переработанного антигена. Однако такого предъявлении недостаточно для запуска иммунитета, необходим второй – костимулирующий сигнал. Он генерируется дендритной клеткой после того, как клетка распознает ПАМС. За распознаванием следует созревание дендритной клетки, ее активация и экспрессия на мембране костимулирующих молекул (CD80, CD86). Предъявление Т-лимфоцитам антигена без костимулирующего сигнала ведет к специфической гипореактивности или анергии. С ПАМС связывают и третий сигнал, который определяет путь дифференцировки Т-лимфоцитов по типу Th-1 или Th-2.

Изложенные иммунологические представления послужили теоретической базой для предложений и рекомендаций при конструировании вакцин будущего:

- пептидные препараты (органопрепараты), полученные с помощью любой технологии, не могут использоваться в качестве вакцин, так как они не способны продуцировать костимулирующие сигналы, без которых не возможно развитие перспективного иммунитета;

- для превращения пептидной конструкции в эффективную вакцину следует использовать адъюванты, в качестве которых могут служить природные ПАМС, их синтетические аналоги и ряд цитокинов;

- манипулируя адъювантами, можно направлять развитие иммунного ответа по типу Th-1 или Th-2;
- используя адъюванты, можно создавать вакцины против аллергии, аутоиммунных процессов, злокачественных опухолей и опасных низкомолекулярных соединений (наркотиков);
- открывается перспектива создания индивидуальных вакцин для иммунотерапии рака и ВИЧ-инфекции на основе активированных дендритных клеток;
- вакцины против ВИЧ-инфекции, малярии и туберкулеза должны формировать иммунный ответ типа Th-1;
- активация системы врожденного иммунитета открывает путь для индукции быстрой неспецифической защиты против неизвестных патогенов (вакцины против биотеррора);
- огромные преимущества открывают разработки и использование ДНК-вакцин.

8. Активация системы врожденного иммунитета патоген ассоциированными молекулярными структурами микроорганизмов

Для возникновения инфекционного заболевания бактериальные патогены должны, прежде всего, вскрыть физические барьеры, такие, как слизистые оболочки, и затем беспрепятственно размножаться с выраженной диссеминацией, избегая поражения иммунной системой. Многие бактериальные патогенны обладают такими свойствами за счет секреции протеинов в организме хозяина, которые играют роль разрушителя или демпфера в отношении массированного иммунного ответа .

Бактериальные патогены используют арсенал секретируемых вирулентных протеинов для модификации результата врожденной иммунной активации путем изменения распознавания иммунной системой микробного внедрения.

Например, бактерия внедряет эффекторные протеины в клетку хозяина, приводящие к активному блокированию фагоцитоза, и изменяет иные адекватные реакции (30).

Другой вариант ухода от иммунного ответа хозяина заключается в следующем. Цитоплазма клеток хозяина использует белковые рецепторы, называемые NOD протеинами (31). NOD-рецепторы принимают участие в идентификации петидогликанов, содержащихся в бактериальной клетке.

Функциональное значение сигнализации NOD может быть усилено путем идентификации пациента с NOD-мутацией, который более восприимчив к хроническим болезням бактериальной этиологии. Болезнь – ассоциированные мутагенные сдвиги рецепторов не способны распознать пептидогликан. В настоящее время описаны данные о том, что протеины бактерий подают каскад антагонистических сигналов, непосредственно адресных NOD.

Однако, модификация или демпфирование NOD – зависимых последовательных сигналов может позволить внутриклеточным патогенам скрыто проникать в клетки хозяина, позволяя им уклоняться от детекции и минимизировать про-воспалительную реакцию, которая подавала бы сигнал тревоги иммунной системе на присутствие возбудителя (30).

9. Изменчивость патогена

Прошедшие десятилетия стали свидетелями ускоренного роста научных достижений в двух связанных сферах: врожденный иммунитет и микробный патогенез. Многие патогены имеют механизмы изменчивости для инфицирования их хозяина при условиях полностью функционирующей врожденной иммунной системы и в то же время имеется множество примеров, в которых патогены избегают распознавания и/или подавления воспаления. Существует гипотеза, что патогены не только выживают при реакциях врожденного иммунитета, но и используют его для увеличения своей патогенности (30).

Микробы генетически очень разнородны; вероятно, что они продолжат развивать комбинации вирулентных факторов, чтобы обойти новый внутренний ответ, в результате чего возникнут новые опасные инфекционные заболевания, если не будут найдены пути лечения для предотвращения новых микробных угроз.

10. Резюме

Из приведенных данных следует, что в настоящее время вскрыты новые механизмы развития инфекционного процесса, в том числе объясняющие общие закономерности формирования хронических заболеваний либо первично ассоциированных с конкретным патогеном, либо с присоединившимся возбудителем, который в ряде случаев преимущественно определяет течение клинической картины и исход заболевания.

Для реализации тех или иных программ в отношениях патоген – хозяин существует ряд возможных вариантов их сложного взаимодействия.

Иммунный ответ на вирусы обладает не только защитным, но и повреждающим (иммунопатологическим) действием, развитие которого обусловливается эффекторами как врожденного, так и приобретенного иммунитета.

Обязательным элементом патогенеза любой инфекции является формирование протекторного иммунитета на фоне обратимой иммуносупрессии и развития аутоиммунных реакций.

Вирусиндуцированая иммуносупрессия ассоциируется с повышенной чувствительностью к гетерологическому патогену. Описано явление суммации слабых иммуномодулированных сигналов субпороговых доз вирусов и иммуномодуляторов, следствием чего является развитие выраженной иммуносупрессии. Этим можно объяснить выраженное сочетанное существование в макроорганизме двух возбудителей.

С другой стороны, показана возможность предупреждения и нормализация вирусной иммунопатологии с помощью иммуномодуляторов микробного происхождения. В таком случае существование микробного возбудителя можно рассматривать как случайную реализацию макроорганизмом выбора варианта самозащиты, проявляющейся в ассоциированном взаимодействии с микроорганизмом.

Кроме того, установлено, что микроорганизмы имеют механизмы ухода от иммунного ответа хозяина, результатом чего может являться развитие скрытого, вялотекущего инфекционного процесса с постепенным поражением ряда органов и систем.

Современные теоретические разработки достаточны для

объяснения механизмов формирования хронических инфекционных процессов, в ряде случаев с возможной комбинацией двух возбудителей, которые взаимно могут усиливать патогенность либо играть роль антагонистов. В любом случае для разрешения хронического инфекционного процесса необходима элиминация из организма обоих возбудителей.

В процессе патогенеза вирусных инфекций могут присоединяться заболевания, возбудителями которых являются патогены разных классов: бактерии, вирусы, грибы, паразиты, которые нередко определяют клиническую картину заключительной части основного заболевания, а также его исход. Частым явлением бывает утяжеление болезненного процесса, модифицированного гетерологическим патогеном. Из этого очевидна большая опасность смешанных инфекций по сравнению с моноинфекциями. Это тем более важно, т.к. известно, что при последующем заражении иными малопатогенными вирусами патогенность одного из них может резко возрастать с поражением жизненно важных систем.

Аутоантитела могут нести внутренний образ патогена, поэтому использование высокоэффективных антипатогенных средств лечения может обеспечить и элиминацию иммунопатологических противовирусных антител, ответственных за повреждение незараженных клеток, тканей, органов хозяина.

На основании собственных и литературных данных нами сформулировано и исследовано предположение, согласно которому лечение хронической соматической и инфекционной патологии должно быть комплексным и объединять воздействие как на этиологический агент, так и на запущенные им патологические процессы. По нашему мнению, воздействие на патоген должно быть двояким: применение специфических препаратов (микробных вакцин), если патоген известен, и активация врожденного иммунитета для распознавания и элиминации неизвестного возбудителя, например, путём применения системной энзимотерапии (Protease), органопрепаратов (Rebas, Thymokehl), фитопрепаратов (Ginkgobakehl, Cerivikehl и др.).

Таким образом, представленный материал, отражающий зависимость развития хронических заболеваний от инфекционного фактора, находит обоснование при анализе теоретических положений о взаимодействии патогенов с организмом хозяина. Установление факта связи хронических заболеваний с персистенцией патогенов, использование САНУМ-вакцин открывают большие возможности в диагностике, профилактике и лечении болезней, для которых традиционно не применялись специфические средства противоинфекционной терапии.



Рис. 2. Mucokehl -поливалентная вакцина для лечения хронической интоксикации и инфекции, вызванной широким спектром возбудителей.

11. Область научного и практического использования открытия

Полученные результаты открывают возможность широчайших научных исследований в области механизмов взаимодействия «замаскированного» хронического инфекционного начала с клеточными и тканевыми структурами разных органов и систем макроорганизма, раскрытия тонкостей патогенеза хронических внутренних заболеваний.

Данные вопросы являются сферой интересов, в первую очередь, практического здравоохранения, включая поликлиническое звено, т.к. совокупность новых научных данных с внедрением их в широкую практику профилактической и клинической медицины может повлиять не только на снижение заболеваемости населения, но и на увеличение продолжительности его жизни.

Существенную роль в этом процессе должны сыграть различные научно-теоретические и прикладные дисциплины в следующих областях: микробиологии, вирусологии, иммунологии, патоморфологии и патофизиологии, дисциплины в области разработок бактериальных, вирусных препаратов, вакцин и сывороток.

Литература

1. Дильман В.М. Четыре модели медицины. – Л.: Медицина, 1987. – 288 с., ил.
2. Ступаков Г.П. Концепция здоровья человека. ГИНФО, 1999. – 48 с.
3. Ступаков Г.П., Мазурин Ю.В. Наука нового тысячелетия: вновь эпоха великого синтеза. ГИНФО, 2000. – 200 с.
4. Сперанский А.Д. Элементы построения теории медицины. - М.–Л.: ВИЭМ, 1935.- 344 с.
5. Давыдовский И.В. Общая патология человека. – М.: Медицина.1969. – 232 с
6. Хмельницкий О.К., Петленко В.П. Проблема причинности при построении паталогоанатомического диагноза // Тр. Ленингр. науч. об-ва патологоанатомов. – Л. - 1973. –Вып.14. – С. 297 – 310.
7. Беспалко И.Г. Болезнь как вид системы // Вестн. АМН СССР. – 1978. - №4. с. 20 – 25.
8. Давыдовский И.В. // Проблема причинности в медицине (Этиология). – М. – 1962. – с.28; с.1279.
9. Саркисов Д.С. Очерки истории общей патологии. – Изд. 2-е, перераб. и доп., М., Медицина, 1993, 512 с.
10. Справочник практикующего врача / Под ред. А.И.Воробьева - М.: Изд-во Эксмо, 2005.-1200 с.
11. Шулутко Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. 3-е изд.– СПб.: «Элби-С-Пб», 2005.–800 с.,ил.
12. Окороков А.П. Диагностика болезней внутренних органов. т.1. Диагностика болезней органов пищеварения: - М.: Мед. лит., 2005. – 560с.: ил.
13. Окороков А.П. Диагностика болезней внутренних органов. т.2. Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани. Диагностика эндокринных заболеваний: - М. Мед. лит., 2005. – 376с.: ил.
14. Окороков А.П. Диагностика болезней внутренних органов. т.1. Диагностика болезней органов дыхания: -М.: Мед. лит., 2005. – 464 с.:ил.
15. Оджиус Д., Дарвилл Т., Баволи П. «Как остановить хламидию?».- В мире науки (scientific american), 2005 г., №8,

с.54-62.
16.Ролик И.С., Фурсов С.Е. Метод Р.Фолля в диагностике и терапии хронических заболеваний и интоксикаций. Учебное пособие. М.: Изд-во ГЭ, 1993. – 112 с.
17. Ролик И.С., Шевченко В.Ф., Фурсов С. Е. Принципы диагностики и терапии заболеваний костно-мышечной системы на основе метода Р.Фолля М.:ИПЕ АЕН, 1994, 154 с.
18. Великов В.Н. Руководство по практическому применению метода Р.Фолля электропунктурной диагностики и гомеотерапии. Ростов- на-Дону: ООО «Тера»; НПК «Гефест», 2000. 408 с.
19. Ordinato antihomotoxica et materia medica. Biologische Heilmittel Heel GmbH, Baden-Baden, перевод с немецкого, 1995. - 476 с.
20. Werthmann K. Die IV Stufen Therapie in der Isopathie: ebi-Verlag. 2003. 96 S.
21. Семенов Б.Ф., Харинский В.В. Аутоиммунитет при вирусных инфекциях. Итоги науки и техники. М:, 1993, т.26, 152 с.
22. Семенов Б.Ф., Варген В.В. Иммуномодуляция при вирусных инфекциях и вакцинация. Итоги науки и техники. М:, 1988, т.17, 161 с.
23. Зверев В.В., Маркушин С.Г., Юминова Н.В. Корь. Молекулярная генетика возбудителя, эпидемиология, специфическая профилактика. Под редакцией Зверева В.В., С.-Петербург, изд. СПбГУ, 2004, 110 с.
24. Файзулоев Е.Б., Никонова А.А., Оксанич А.С., Борисенко А.С., Зверев В.В. Разработка ПЦР-тест-системы для выявления аденовирусной инфекции у человека. //Вопросы вирусологии. М., 2005, №6, с.44-47.
25. Файзулоев Е.Б., Никонова А.А., Зверев В.В. Риновирусные заболевания: патогенез, диагностика и лечение. //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. С-ИНФО., 2005, №5, с.115-121.
26. Юминов Н.В., Колышкин В.М., Александер С.К., Зверев В.В. Коревая инфекция: этап элиминации., с.163-1
27. Immune Modulation by Infections Aqents/ Edit by W. Zschieshe VEB Gustav Fischer VERLAG JENA. 1987. p.315.
28. Семенов Б.Ф., Воробьев А.А., Егорова Н.Б., Гинзбург А.Л., Народницкий Б.С., Семенова И.Б., Зверев В.В., Кисилевский М.В. Ожидаемые перспективы вакцинологии до 2020 года. В кн. Фундаментальные направления в фундаментальной медицине. С-Пб:. 2005, с 328-393.
29. «Coombes B.K., Valdez Y., Finlay B.B. Evasive Maneuvers by Sekreted Bacterial Proteins to Avoil Innate Immune Responces». Current Biology. Vol. 14, R 856-R 867. Oktober 5, 2004
30. Inohara N, Nunez G: intracellular proteins involved in inflammation and apoptosis. Nat Rev Immunol 2003, 3:371-382.
31. Porthoy D.A. Manipulation oxinnate immunity by bakterial pathogens. Current Opinion in Immunology, 2005, 17:25-28.

Комплексная энзимотерапия осложнений сахарного диабета у больных с инфарктом миокарда

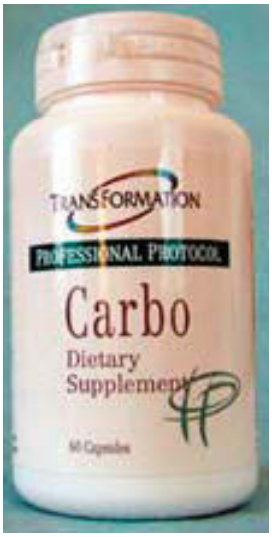
Горбунов А.Э.
Кардиологический санаторий «Переделкино» (г.Москва)

Одним из основных факторов риска развития атеросклероза является сахарный диабет. Актуальным остается вопрос лечения коронарной болезни у пациентов с различными типами сахарного диабета. Установлена прямая зависимость между поражением сердечной мышцы и уровнем показателей углеводного обмена (3, 4, 5). Согласно литературным данным (1, 2), большое значение имеет использование системной и заместительной энзимотерапии для лечения метаболического синдрома.

Наибольший интерес представляет комплексный фитопрепарат на основе энзимов Карбо (ТЕС, США), который улучшает усвоение углеводов и минеральных веществ, что оказывает благоприятное действие на уровень глюкозы в крови, синтез холестерина или его всасывание в кишечнике (6, 7).

Целью исследования явилась оценка действия органопрепаратов и знзимотерапии на течение инфаркта миокарда больных с сахарным диабетом. Всего под наблюдением в течение года находилось 10 больных, перенесших инфаркт миокарда и болеющих сахарным диабетом.

Со слов больных и согласно выписному эпикризу всех пациентов отмечалось повышение уровня глюкозы в острый период инфаркта, что потребовало дополнительного введения инсулина. Однако и при поступлении больных в центр реабилитации отмечался рост уровня глюкозы в крови. Медикаментозное лечение проводилось нитратами (кардикет



Состав:

Polysaccharolytic Buzyme	398 мг
фитаза	180 FTU
алфа галактозидаза	1049 Gal U
амилаза	6990 DU
глюкоамилаза	24 AGU
пектиназа/пектинестераза	60 endo-PG
мальт диастаза	84 DP0
лактаза	280 ALU
инвертаза	28 SU
целлюлаза	120 CU
гемицеллюлаза	120 HCU
лизозим	28 мкг
кислая, нейтральная, щелочная протеаза, экзо/эндо пептидаза и цитрат кальция (44 180 HUT) (4 SAPU)	80 мг
Lipase (272 LU)	30 мг
Корень имбиря	50 мг
Семя фенхеля	50 мг
Лист мяты	40 мг
Льняное семя	30 мг
Экстракт плода артишока	20 мг

ретард 80 мг в сутки), бета-блокаторами (карведилол, атенолол 50 мг в сутки), ингибиторы АПФ (ренитек 10 мг в сутки, престариум 4 мг в сутки), тромбоАсс 100 мг в сутки, мочегонными препаратами (гипотиазид 25 мг в сутки, триампур). Лечение сахарного диабета проводилось, согласно рекомендациям эндокринологов, препаратами диабетон 30 мг в сутки или манинил 10 мг в сутки.

В схему стандартного лечения были включены капельные внутривенные инъекции органопрепаратов Rebas и Chrysocor. Одновременно перорально во время еды назначался препарат энзимотерапии Карбо. Гирудотерапия проводилась по классической схеме, и количество сеансов составляло не менее 7 раз.

При поступлении пациенты жаловались на одышку, учащенное сердцебиение, которое сопровождалось ростом артериального давления. Большинство больных отмечало резкую слабость, усиление жажды, ночное потоотделение и полиурию. Определение содержания глюкозы в крови имело тенденцию к росту, что подтверждалось наличием сахара в моче. Изменения показателей гомеостаза характеризовались увеличением свертываемости крови, на это указывало повышение протромбинового индекса и гемоглобина. Оценка биохимического анализа выявило высокий уровень холестерина на фоне увеличения ферментов печени. Измерение показателей гемодинамики выявило снижение сократительной способности миокарда, что подтверждалось снижением сегмента ST на электрокардиограмме.

Таблица 1. Изменение показателей гомеостаза.

	Исход	24 дня	3 месяца	6 месяцев	1 год
Глюкоза крови	11,7+3.5	8,3+4,1	6.5+3,2	6,3+5,9	5,6+3,2
Сахар в моче	++++	+++	++	++	+
Протромбиновое время	81+7,7	72,3+5,86	71,4+4,55	70,6+3,44	71+3,7
Гемогло-бин	149,3+21,56	145+28,6	140,1+30,1	131,8+22,7	138,2+24,4
Лейкоциты	12,3+3,6	9,9+4,6	6,4+2.2	6,0+5,3	7,1+2,8
СОЭ	20,6+3,4	15,5+4,9	12,3+2,9	9,1+4,9	8,6+3,1

Таблица 2. Изменение показателей фракции холестерина и ферментов печени.

	Исход	24 дня	3 месяца	6 месяцев	1 год
Холестерин	6,9+2,7	6,3+2,5	5,6+1,9	5,5+2,1	5,3+1,6
ТРГ	3,5+1,1	3,0+0,9	2,8+1,1	2,7+1,1	2,4+0,9
ХВП	1,53+0,5	1,3+0,44	1,1+0,65	0,93+0,36	0,9+0,43
АсАТ	29,6+2,1	28,1+3,3	27,6+2,1	25,3+3,1	25,7+3,0
АлАТ	44,3+3,5	40,3+2,1	39,6+3,7	37,6+3,3	35,6+3,1

Таблица 3. Изменение показателей эхокардиограммы.

	Исход	24 дня	3 месяца	6 месяцев	1 год
КДО, мл	55,3+7,1	55,3+8,5	54,7+10,4	52,1+7,4	51,5+6,7
КСО, мл	46,4+5,3	41,7+6,3	42,3+9,9	42,3+8,5	38,1+5,5
ФВ, %	35,2+7,1	38,5+6,9	45,9+10,7	42,3+7,6	49,5+4,4
ТЗЛЖ, мм	12,4+7,1	11,7+7,6	11,1+10,6	11,6+8,9	10,3+7,2
ТМЖП, мм	15,2+6,4	13,1+8,9	12,1+9,9	12,1+8,5	10,7+6,3

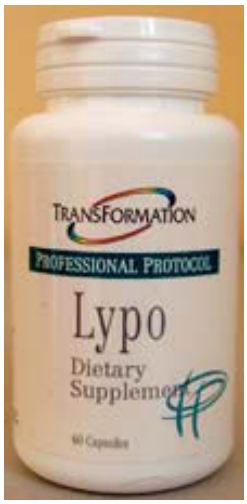
После проведенного лечения, начиная с 14 дня, выявлено снижение уровня глюкозы в крови и моче. Полученные данные исследования крови подтверждались клиническим осмотром: снижением слабости, уменьшением жажды и потоотделения.

Учитывая динамику течения заболеваний, дополнительно к препарату Карбо назначены капли Ginkgobakehl.

Как видно из таблицы 1, к 24 дню отмечалось дальнейшее снижение уровня сахара в крови. При этом выявлено уменьшение холестерина и показателей тромбообразования. Стабилизация показателей гомеостаза сопровождалась повышением сократительной способности миокарда.

Через 3 месяца после проведенного лечения всеми пациентами отмечалось клиническое улучшение: исчезло чувство слабости, жажды, потоотделения. В связи с отсутствием приступов стенокардии и нормализацией артериального давления отменены нитраты и уменьшены дозы ингибиторов АПФ. На рост сократительной способности миокарда указывало повышение фракции выброса левого желудочка и снижение КДО (табл. 3).

Дополнительно назначен липолитический комплексный препарат Липо (TEC, США).



Состав:

Витамин А (бета каротин)	3 750 IU
Витамин Е	2 IU
Хром	100 мкг
Lipase (1 360 LU)	150 мг
Экстракт гарцинии камбоджийской	150 мг
Polysaccharolytic Byzyme (амилаза 4 900 DU альфагалактозидаза 63,4 GaIU мальтдиастаза 59 DP0 инвертаза 20 SU лактаза 196 ALU глюкоамила 0,42 AGU лизозим и др. 20 MCG)	61 мг
Экстракт гугулипидов	60 мг
Водоросли бладдеррок	60 мг
бета каротин / смешанные каротиноиды, липоевая кислота, элеутерококк(корень), азиатский женьшень (корень), витамин Е, коэнзим Q10, хрома полиникотинат,льняное семя)	51 мг
Чеснок (долька)	40 мг
Лецитин	40 мг
Кислые, нейтральные, щелочные экзо\эндо пептидазы, бромелайн и папаин	29 мг
Экстракт артишока	30 мг
Рисовые отруби	20 мг

К 6 месяцу уровень сахара крови достиг физиологической нормы, что позволило уменьшить дозы диабетона и манинила на 50%. При этом всеми пациентами отмечалось отсутствие приступов стенокардии и стабилизация артериального давления. Инструментальными методами исследования выявлено дальнейшее улучшение кровоснабжения сердечной мышцы, на это указывало повышение фракции выброса левого желудочка и уменьшение КДО на эхокардиографии.

Результаты годового исследования выявили дальнейшее улучшение течения инфаркта миокарда, которое заключалось в повышении общего состояния больных, значительном снижении частоты приступов стенокардии и нормализации артериального давления. Данные эхокардиографии свидетельствовали об улучшении кровоснабжения миокарда, что подтверждалось показателями фракции выброса и снижением КДО. Исследование показателей холестерина выявили тенденцию снижения холестерина и его фракций на фоне нормализации ферментативной активности печени. Изменения показателей углеводного обмена характеризовались нормализацией содержания глюкозы в крови, что подтверждалось отсутствием сахара в моче. Как видно из таблицы, изменения гомеостаза характеризовались стабилизацией свертывающей системы, что подтверждалось снижением протромбинового индекса.

Таким образом, комплексная энзимотерапия позволяет стабилизировать углеводный обмен и тем самым уменьшить дозы противодиабетической медикаментозной терапии.

Результаты нашего исследования позволяют утверждать о прямой зависимости между уровнем сахара в крови и развитием патологии сердечно-сосудистой системы.

Целесообразно включение в комплекс лечения сахарного диабета энзимопрепарата «Карбо», который способствует полному усвоению и расщеплению углеводов, что приводит к постепенной выработке инсулина, устраняя резкие колебания сахара крови. Стабилизация течения сахарного диабета приводит к снижению риска развития повторного инфаркта миокарда за счет улучшения кровоснабжения сердечной мышцы. Нормализация углеводного обмена способствует понижению уровня холестерина крови, что снижает риск образования атеросклеротических бляшек.

Литература

1. Ролик И.С. Основы клинической фармакологии органопрепаратов. Руководство. М.: РегБиоМед. 2005. 336 с.
2. Ферментные комплексы Transformation Enzyme Corporation (TEC, USA) для заместительной и системной энзимотерапии. М. 2006. 72 с.
3. Оганов Р.Г. Вклад метаболического синдрома в развитие сердечно-сосудистых осложнений и сахарного диабета. Материалы конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения метаболического синдрома». М., 2006. С.14.
4. Шарафетдинов Х.Х., Плотникова О.А., Мещерякова В.А. и соавт. Диетическая коррекция основных проявлений метаболического синдрома. Материалы конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения метаболического синдрома». М., 2006. С. 20.
5. Герц С.Д., Курган А. Патогенез атеросклероза коронарных сосудов. Физиология и патофизиология сердца. М., Медицина. 1990. 399 с.
6. Thompson E.H., Wolk I.D., Alen C.E. Ginger rhizome; a new sourse of proteolytic enzyme.// Journal of Food Science. 1973/38 (4). 652-655.
7. Lietti A. Choleretic and cholesterol lowering properties of two artichoke extracts // Fitoterapia. 1977; 48. 155-158.

Энзимотерапия в послеоперационном периоде у больных с аортокоронарным шунтированием

Горбунов А.Э.
Кардиологический санаторий «Переделкино» (г.Москва)

В настоящее время актуальными являются вопросы реабилитации больных, перенесших операции на сердце, так как функциональные изменения гемодинамики и миокарда, которые существовали до операции, сохраняются и после. Известно, что нормальная функция сердца существенно зависит от адекватности коронарного кровотока, однако аортокоронарное шунтирование (АКШ) есть средство улучшения качества жизни, но не средство лечения ИБС. Поэтому целью данного исследования явилось изучение влияния энзимного комплекса Дигест (ТЕС, США) на течение послеоперационного периода.

В кардиологический санаторий «Переделкино» поступило 37 больных после аортокоронарного шунтирования в возрасте от 20 до 60 лет. Основной жалобой была боль в области грудины, резкая утомляемость, слабость. Исследование значений артериального давления показало развитие гипотонии и увеличение ЧСС. Жалобы на дискомфорт в эпигастральной области, изжогу, тошноту отмечались у 86% больных. У 90% пациентов отмечались отечность нижних конечностей, в связи со взятием аутошунта. На ЭКГ регистрировалось снижение сегмента RS-T, наличие глубокого патологического зубца Q, отрицательного коронарного зубца Т.

Таблица 1. Осложнения у пациентов после АКШ.

Осложнения	Количество больных
1. Плеврит, пневмония	18
2. Панкреопатии	13
3. Нарушения ритма	14
4. Миокардит	12
5. Кровотечения ЖКТ	5

После анализа особенностей течения послеоперационного периода назначался энзимный комплекс Дигест перорально во время еды в дозе 2 капсулы. Кроме того, дополнительно использовались органопрепарат Chrysocor и фитопрепарат Ginkgobakehl внутривенно в течение 5 недель. Курс комплексной терапии повторялся каждые 6 месяцев.

Таблица 2. Изменение показателей гемодинамики упациентов после АКШ.

	Исход	24 дня	3 месяца	6 месяцев	1 год
ФВ%	27,6+5,2	35,0+5,7	36,2+6,4	38,7+8,5*	39,1+9,9
КСО мл	45,8+3,1	45,7+4,6	45,2+6,5	44,3+9,6*	44,5+5,5
КДО мл	59,3+3,3	59.1+4,1	59,0+4,9	59,0+9,9*	58,6+7,1
ЛП мм	96,9+3,8	4,4+0,37	4,4+0,44	4,3+0,77*	4,3+0,65
АД мм.рт.ст. Систол.	7,7+5,8	106,1+5,9	112,8+7,7	114,6+11,9*	117,1+7,7
Диастол	83,1+5,1	69,5+6,8	75,1+8,1	77,1+9,9*	79,1+8,8
ЧСС удар/мин	83,1+5,1	72,3+6,4	71,4+7,1	65,1+9,9*	64,1+7,9
СегментST	1,5+0,02	1,2+0,03	1,1+0,03	1,0+0,09*	0,9+0,07
ММЛЖ мужчины женщины.	146,1+34,3 118,7+14,4	146,1+54,7 117,8+23,6	145,7+67,8 116,8+45,7	144,6+89,9* 115,5+96,9*	140,1+76,9 114,8+71,1

Т - депрессия сегмента Т,
ММЛЖ - масса миокарда левого желудочка,
* - данные статистически достоверны.

Исследование показателей гемодинамики к 24 дню свидетельствовали о повышении сократительной способности миокарда, что подтверждалось увеличением ФИ. Значения величин, характеризующих наличие гипертрофии левых отделов, не менялись. Велоэргометрия не проводилась из-за незаращения грудины. У 5 больных ближайший послеоперационный период осложнился нарушением ритма – параксизмом мерцательной аритмии, что послужило поводом для проведения противоаритмической терапии кордароном. На ЭКГ у 48,7% больных регистрировалось уменьшение глубины зубца Q, слабоположительный зубец Т, движение сегмента RS–T к изолинии.

При анализе уровня липидного обмена установлено снижение общего холестерина и триглицеридов, что привело к снижению коэфицента атерогенности. Показатели свертываемости крови указывали на снижение коагуляции, что подтверждалось удлинением времени МНО и ПТИ. Уменьшение значений АлТ и АсТ указывало на тенденцию ферментов печени к снижению.

К 3 месяцу наблюдения нами отмечалось стойкое повышение сократительной способности миокарда, что подтверждалось увеличением ФВ. Изменения геометрической конфигурации сердца не было выявлено. Улучшение кровоснабжения миокарда регистрировалось у 55% больных, что подтверждалось наличием положительного зубца Т, движением сегмента RS–T к изолинии.

Анализ липидного спектра крови указывал на уменьшение коэфицента атерогенности в результате снижения общего холестерина и ТРГ. Об улучшении метаболической функции печени свидетельствовало снижение ферментов печени. Значение гемоглобина достигло верхних границ нормы, СОЭ снижалось. В итоге на основании оценки лабораторных исследований у 45,9% больных были снижены дозы статинов. Клинический осмотр выявил улучшение работы ЖКТ, а именно, у 43,9% больных уменьшилась изжога, тошнота, нормализовался акт дефекации.

Велоэргометрическое исследование выявило достижение пороговой мощности 150 Вт у 55,8% больных. 36,7% больных достигли мощности в 100 Вт, 5% - в 75 Вт. Причиной прекращения пробы была регистрация желудочковой экстрасистолии, подъём сегмента ST. Только 10 больных жаловались на утомляемость, слабость, головокружение, все явления прошли самостоятельно в течение часа без оказания медикаментозной помощи.

Таблица 3. Изменение показателей обмена холестерина у пациентов, перенесших АКШ.

	Исход	24 дня	3 месяца	6 месяцев	1 год
Общий холестерин	5,5+0,36	5,1+0,55	5,2+0,75	4,4+0,94*	4,5+0,81
ТРГ милимоль/л	3,2+0,43	3,0+0,47	2,7+0,7	2,5+0,78*	2,1+0,64
ХсЛВП	1,9+0,31	1,6+0,34	1,5+0,44	1,3+0,99*	1,2+0,74
ХсЛНП	1,8+0,23	1,9+0,55	2,4+0,85	2,8+0,93*	3,3+0,76
КА	4,4+0,24	4,0+0,43	3,8+0,65	3,2+0,99*	3,0+0,43
АЛТ	39,5+2,1	33,6+4,9	30,6+5,4	29,1+6,6	28,7+5,4
АСТ	40,3+3,1	39,1+4,3	32,9,+5,5	33,4+5,4	32,3+4,4

ТРГ фракция триглицеридов,
ХсЛВП- холестериновые липиды высокой плотности,
ХсЛНП- холестериновые липиды низкой плотности,
КА-коэффицент атерогенности.
*-данные статистически достоверны.

К 1 году наблюдения отмечался дальнейший рост сократительной способности миокарда, что подтверждалось значениями ФВ. Размеры камер сердца оставались без изменений. На ЭКГ у 75% больных регистрировались: достижение сегмента ST изолинии, положительный коронарный зубец Т, уменьшение глубины зубца Q.

Анализ липидного спектра выявил снижение коэффицента атерогенности в результате уменьшения общего холестерина и триглицеридов. На повышение метаболизма печени указывало снижение значений ферментов. Сохранение тромболитического эффекта подтверждалось удлинением времени МНО и ПТИ. Снижения уровня гемоглобина не выявлено.

Таблица 4. Изменение показателей крови у пациентов после АКШ.

	Исход	24 дня	3 месяца	6 месяцев	1 год
НВ мг/%	91,1+5,4	95,1+6,4	117,7+7,1	121,9+15,9*	120,7+5,8
ПТИ%	117,9+5,2	110,8+6,9	106,1+7,1	104,1+13,9*	99,4+8,9
МНО	1,3+0,16	1,7+0,24	1,8+0,39	1,9+0,99*	2,2+0,63
СОЭ	31,1+6,3	21,2+7,5	20,1+9,4	14,9+9,9*	11,2+7,1
Глюкоза крови	4,4+3,3	4,2+4,8	4,4+5,4	4,6+7,4	4,3+5,9
Фибриноген	6,7+0,54	6,1+0,61	5,4+ 0,75	5,9+0,88*	4,6+0,73
Мочевина	5,3+0,43	5,4+0,51	5,5+0,64	5,3+0,54	5,3+0,48

МНО - международные нормализированные отношения,
ПТИ – протромбиновый индекс,
* - данные статистически достоверны.

Велоэргометрия выявила у 73% больных достижение пороговой мощности в 150 Вт, у 21% - пороговой мощности в 100 Вт. Только у троих больных при достижении пороговой мощности в 100 Вт выявилось повышение артериального давления на 40%, регистрация на ЭКГ частой желудочковой экстрасистолии.

Таким образом, включение энзимного препарата Дигест в стандартный комплекс лечения позволило на 24 дня улучшить реваскуляризацию миокарда, уменьшить регрессию гипертрофии левых отделов сердца, что подтверждалось значениями ЭКГ и эхокардиографии. Развитие гипохолестеремического эффекта связано с улучшением метаболизма печени и синтеза холестерина в тонком кишечнике. Выраженный коагуляционный эффект снизил риск тромбоза шунта.

Комплексное лечение позволяет повысить результаты хирургического вмешательства, способствует полному и быстрому улучшению функционального состояния пациентов и их возврату к профессиональной деятельности с приемом наименьшего количества лекарственных средств.



Состав:

- смесь протеаз (кислая, нейтральная, щелочная экзо/эндо пептидаза, цитрат кальция) (53 947 HUT) - 106 мг,
- смесь липаз (3 007 LU) – 205 мг,
- смесь гликолитических ферментов (амилаза 20000 DU, глюкоамилаза 25 AGU, α-галактозидаза 438 GaIU, фитаза 42 FTU, мацераза 400 CU, ксиланаза 500 XU, пектиназа 14 endo-PG, мальтдиастаза 168 DP0, лактаза 610 ALU, инвертаза 56 SU, целлюлаза 28 CU, гемицеллюлаза 28 HCU, лизоцим 56 мкг) – 376 мг.

Литература

1. Реабилитация кардиологических больных \ под редакцией К.В.Лядова, В.Н.Преображенского. - М., ГЭОТАР-Медиа, 2005 – 288 с.
2. Ролик И.С. Основы клинической фармакологии органопрепаратов. Руководство. М.: РегБиоМед. -2004. 230 с.
3. Медицинская реабилитация: Руководство в 3-х томах\ Под редакцией В.М. Боголюбова. Пермь: 1998.
4. Хроническая сердечная недостаточность. Избранные лекции по кардиологии/ под редакцией Ю.Н. Беленков, В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2006 – 432 с.
5. Ametrican College of Cardiologi. Position report on cardiac rehabilitasion^Recomendation of the American College of Cordiology\\ J Am Coil. Cardiol.: 451-453; 1986.
6. Franklin B.A. Cardiac rehabilitation ItS more than exercise. Phus.Spotmed. 1992.

Заместительная и системная энзимотерапия в клинике внутренних болезней

Доклад научного руководителя и основателя фирмы ТЕС (США) доктора медицины Дикки Фаллер-Луни на международном семинаре 17.11.2007 г.

Глава 1. Ферменты в организме человека

Энзимология – наука о ферментах.

В организме человека присутствует более 10 000 различных ферментов метаболизма.

В каждой клетке человеческого организма содержится более 3000 ферментов, которые обеспечивают в единицу времени 20 000 ферментативных реакций.

В организме человека имеется более 9 000 протеаз, участвующих в метаболизме.

Ферменты синтезируются различными органами, если они здоровы и способны принимать соответствующие системные сигналы.

Многие считают, что при употреблении сырой пищи, в частности растительной, человек получает необходимые ферменты для поддержания пищеварения. Это возможно при одном условии: если ферменты кислотоустойчивы и способны противостоять желудочному соку, который не вызовет их денатурацию.

Итак, смысл дополнительного приёма ферментов грибкового и селективных ферментов растительного происхождения заключается в их кислотоустойчивости, что выгодно отличает их от ферментов животного происхождения, которым необходима энтеросолюбильная оболочка.

Качественные критерии пищевых ферментов:

- стабильность pH;
- функциональность в ЖКТ;
- отсутствие иммуногенности;
- отсутствие токсичности;
- абсорбционная способность;
- контролируемый общий клиренс.

Факты из истории ферментной терапии:

- применение панкреатического сока в онкологии в конце XIX столетия (J.Beard);
- использование пищеварительных ферментов (напр., трипсин) при малярии (Freund и Kaminer);
- исследование in vitro (M.Wolf): эффективность протеолитических ферментов при опухолях;
- применение ферментов, полученных из грибков, для повышения эффективности пищеварения и абсорбции 70 лет назад (E.Howell).

Научная база применения ферментной терапии

Основополагающие постулаты:

- устойчивость в ЖКТ;
- исследования абсорбционной способности;
- доказательства активности в сосудистом русле;
- доказательства терапевтической эффективности.

Сохранение активности на всём протяжении ЖКТ характерно только для селективных ферментов растительного и грибкового происхождения фирмы ТЕС, но не для животных ферментов.

Панкреатические ферменты (ферменты животного происхождения) нуждаются в энтеросолюбильном



покрытии для противостояния разрушительному действию кислотной среды желудка. Их активность реализуется в определённом диапазоне pH.

Исследования активности ферментов ТЕС в кислой среде желудка и в тонком кишечнике свидетельствуют о её стабильности.

Установлено, что ферменты грибкового происхождения повышают усвояемость и биодоступность белков и углеводов в просвете тонкого кишечника не только при нарушенном, но и при нормальном пищеварении.

Протеолитические ферменты - протеиназы

Протеиназы ТЕС активны на всём протяжении ЖКТ.

При приёме между едой происходит их всасывание в системный кровоток (в щелочную среду крови) с развитием системных энзимных эффектов – системная энзимотерапия. При приёме во время еды они попадают в кислую среду желудка, далее в тонкую кишку и способствуют пищеварению - заместительная энзимотерапия.

Системные эффекты протеиназ:

- регуляция цитокинов;
- регулируют иммунные комплексы;
- облегчают симптоматику аутоиммунных заболеваний;
- улучшают реологические свойства крови;
- повышают поступление молекул-медиаторов;
- тормозят прогрессию системных и хронических заболеваний;
- регулируют уровни молекул-оксидантов;
- регулируют псевдоаллергические реакции;
- модулируют регенераторные способности клеток;
- обеспечивают контроль над старением.

Некоторые экспериментальные данные

Уменьшение метастазов рака легкого у лабораторных мышей при применении бромелаина, полученного из ананаса (Batkin et al., 1998);

Лечение лейкозов бромелаином (Maurer et al. – Planta Med. 1988: 377);

Тормозят распространение, инвазию и метастазирование раковых клеток (O'Meara, 1958; Clifton, Agostino, 1964; Kojima, Sakai, 1964).

Некоторые клинические данные

Ферменты:

- улучшают реологические свойства крови;
- снижают прогрессию опухоли и рост метастаз (Kokron et al., 1976; Thornes, 1968, 1975; Steckeri et al., 1961);
- повышают выживаемость при онкозаболеваниях (Wald et al. 1998; Sakalova et al. 1993; Garbin et al., 1994);
- снижают побочные эффекты химио- и радиотерапии: нет выпадения волос, не возникает лейкопения и др. (Desser et al., 1993, 1994; Kiessling, Gordon, 1998; Hamilton et al., 1969; Barth, 1963; Graebner, 1964).

Пероральный прием протеолитических ферментов - системная энзимотерапия:

- повышает эффективность химиотерапии;
- повышает качество жизни;
- снижает стоимость лечения (Shibata et al., 1970; Schedler et al., 1990).

Первичное звено действия протеолитических ферментов - CD44 – молекулы адгезии раковых клеток - (Kiessling et al., 1998; Targoni et al., 1999; Harrach et al., 1994; Hale et al., 1992; Herrlich et al., 1993; Underhill, 1992; Mulder et al., 1994; Desser et al., 1997; Zavadora et al., 1995)

Другие эффекты протеаз:

- выборочное устранение определенных молекул адгезии;
- контроль метастазирования;
- повышение CD2-опосредованной активности Т-клеток (Hale et al., 1992; Lesley et al., 1993; Sy et al., 1997; Gebauer et al., 1997);
- антибактериальное действие:
- предотвращают фиксацию бактерий;
- гидролизуют микробные и тканевые токсины;
- повышают эффективность антибиотиков.
- купируют воспалительный процесс;
- инактивируют патогенное действие свободных радикалов;
- выводят продукты метаболизма;
- активируют синтез белка;
- улучшают восстановление тканей;
- укорачивают период выздоровления.

Применение стабильных в ЖКТ гидролитических ферментов позволяет:

- улучшить усвояемость питательных веществ;
- улучшить реологические свойства крови;
- модулировать функции иммунной системы;
- контролировать гликозилирование и окисление белков;
- купировать хроническое воспаление.

Нарушенное усвоение питательных веществ приводит к заболеваниям:

неправильный выбор пищи → плохое пищеварение (изжога, гастроэзофагиальный рефлюкс) → нарушение усвоения питательных веществ - мальабсорбция → дефицит питательных веществ в клетке (усиление апоптоза клеток) → нарушения выделительных функций (зашлакованность) → заболевания:

- аномалии развития у детей;
- злокачественные опухоли;
- аллергии;
- атеросклероз;
- хроническая усталость;
- частые простудные заболевания;
- низкая устойчивость к факторам среды;
- угроза жизни.

Основная смесь пищеварительных ферментов, выпускаемых фирмой ТЕС – препарат Digest

Digest представляет собой:

- смесь протеаз: патентованная смесь ферментов щелочных, нейтральных и кислых протеаз.
- смесь полисахаралитических ферментов: улучшает пищеварение всех углеводов. Ни один карболитический фермент, вырабатываемый пищеварительным трактом, не способен полностью гидролизовать различные углеводы (фрукты, овощи, крахмалы и т.д.), употребляемые человеком с пищей.
- смесь липолитических ферментов: эти важные расщепляющие липиды ферменты способствуют усвоению жирных кислот.

Ферментный комплекс Digest фирмы ТЕС – это стабильные в ЖКТ, сбалансированные по pH, активные на всём протяжении ЖКТ ферменты.

Это их основное отличие от ферментов других фирм см. в интернете сайт **www.naturvita.ru**



Глава 2. Что происходит с непереваренной углеводной пищей:

(недостаток полисахаролитических ферментов)

- Углеводы ферментируются частично

Микроорганизмы питаются и образуют молочную, масляную, уксусную кислоты и т.д.	Образуются газы, которые абсорбируются кровью. Адгезия форменных элементов крови.

Буферная система перегружается, ухудшается кислородное снабжение тканей и органов

↓

Необходим прием полисахаролитических ферментов:

- нарушения пищеварения;
- хронический метеоризм;
- колики;
- колебания сахара крови;
- нестабильный метаболизм (может отразиться на эмоциональном состоянии), в т.ч. при сахарном диабете.

Глава 3. Что происходит с непереваренной пищей, содержащей жиры и липиды:

- Жиры становятся прогорклыми

↙ ↓ ↘

Токсины толстого кишечника всасываются в кровоток, где они окисляются и трансформируются в свободные радикалы.	Повреждаются другие молекулы. Дальнейшее закисление негативно влияет на печень. Излишек холестерина попадает в организм.	Микроорганизмы используют холестерин и производят излишек гормонов, вызывающий болезни (в т.ч. раки простаты, молочных желёз).

Жирорастворимые витамины

Если липиды/жиры не полностью перевариваются, то жирорастворимые витамины (A, D, E, K) не используются организмом.

Липиды

Могут возникнуть проблемы с расщеплением жиров из-за недостатка пищеварительных липолитических ферментов в организме.

Проблемы с жирами, метаболизмом
(недостаток липолитических ферментов)

ПРОБЛЕМЫ	ПОТРЕБНОСТИ
боли в ногах артрит цистит акне камни желчного пузыря простатит/гормональные расстройства констипация / диарея заболевания сердца проблемы с мочеполовой системой	нарушается абсорбция кальция, магния, жирных кислот, страдает синтез гормонов

Почему необходимы липолитические ферменты?

Липолитические ферменты осуществляют:
- нормализация пищеварение (включая жирорастворимые витамины A, D, E, K);
- лизис атеросклеротических бляшек;
- ликвидация дисбаланса жирных кислот;
- инактивация и выведение токсинов тяжелых металлов;
- восстанавливают баланс холестерин/триглицериды;
- предотвращают развитие ожирение;

Глава 4. Что происходит с непереваренной белковой пищей

Белки
при дефиците протеаз –

гниение

↓

Белки утилизируются микроорганизмами, в результате образуются кадаверин и путресцин, характерные аминокислоты, обнаруженные в трупах.	Микрофлора использует непереваренные белки, образуется аммиак. Печень перегружена токсинами.	Образуется аммонийный азот, печень выделяет мочевину, почки перегружены. Лимфатическая система, элиминирующая токсины, также поражается.

Итак, проблемы, возникающие при переваривании белков, наблюдаются из-за недостатка протеолитических пищеварительных ферментов в организме.

Недостаток протеолитических ферментов

↙ ↘

ПРОБЛЕМЫ	ПОТРЕБНОСТИ
слабая спина грибки констипация повышенное кровяное давление бессонница паразиты ослабление слуха перемещение жидкости заболевания десен гингивит	антиоксиданты поддержка почек электролиты (для понижения кровяного давления) баланс хлорида / натрия / калия

Глава 5. Почему необходимы протеолитические ферменты?

Участие протеолитических ферментов:
- токсины крови;
- ослабление иммунитета;
- гормональный дисбаланс (при наличии ферментов синтез тироксина, нейротрансмиттеров и т.д.);
- нарушенная функция почек;
- восстановление тканей;
- кожные высыпания;
- грибковая инвазия;
- воспаления и др.

Протеазы (препарат Protease)

Состав препарата **Protease:**
- кислая протеиназа;
- нейтральная протеиназа;
- щелочная протеиназа -
устойчивые в ЖКТ, всасывающиеся, эффективные;
- кальций для улучшения буферных свойств.

Полезные протеазы:	**Эффективность:**
- Бромелаин, папаин - Действие эндо- и экзопептидаз	- Улучшение реологии крови - Модуляция различных медиаторов - Оптимальный гидролиз белка

Приём всех ферментов должен сопровождаться обильным питьём жидкости!



Состав:
очищенные кислотоустойчивые протеолитические ферменты, растительного и микробного происхождения (кислые, нейтральные, щелочные экзо/эндо пептидазы, бромелайн, папаин (355017 HUT) (600000 PU)) - 638 мг, кальция цитрат - 9,6 мг.

Глава 6. Проблемы с молочными продуктами, жирами, сахаром

Необходим приём следующих ферментов: липазы, лактазы, мальтазы.

ПРОБЛЕМЫ	ПОТРЕБНОСТИ
аллергия толстый кишечник синдром раздраженного кишечника кожные раздражения тошнота, газы после приема пищи желчный пузырь подавление иммунитета свищи хроническая аллергия проблемы с абсорбцией	контроль дефицита питательных веществ дополнительная энергия поддержка пищеварения цикл Кребса / АТФ

↓

Развитие интоксикации

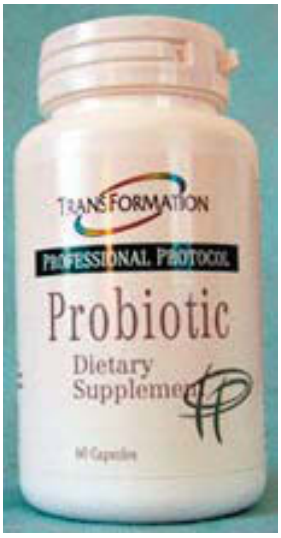
↓

Непереваренная пища превращается в токсины в организме и служит хорошим питанием для болезнетворных микроорганизмов. Баланс полезных и вредных микроорганизмов неустойчив, наступает перевес в сторону патогенных микроорганизмов.

Глава 7. Пробиотики

Пробиотики необходимы для поддержания физиологической кишечной флоры. Основной препарат Probiotic принимать только перед сном и дополнительно утром натощак.

Важные данные:
- большая колонизация полезной флоры в ЖКТ (при рождении их нет, заселение происходит при кормлении грудью);
- в норме должен быть их симбиоз с организмом хозяина;
- разделяют некоторые антигены организма-хозяина;
- в организме больше микроорганизмов, чем самих клеток (1014 к 1013);
- у человека 10 000 генов, а у микроорганизмов - 30 000 генов;
- «функционально активный и восстанавливающийся ЖКТ».



Состав :

Lactobacillus plantarum	3 млрд CFU
Lactobacillus sporogenes	380 млн CFU
Lactobacillus salivarius	300 млн CFU
Bifidobacterium longum	200 млн CFU
Lactobacillus casei	225 млнCFU
Lactobacillus acidophilus	1 млрд CFU
Иерусалимский артишок (клубень)	20 мг
Лактоферрин	10 мг

Пробиотики и здоровье ЖКТ

Пробиотики необходимы для врожденных и приобретенных защитных свойств слизистых оболочек, для нормального функционирования мощной лимфоидной и подслизистой ткани.

При недостатке пробиотиков в толстом кишечнике задерживается вода - это одна из причин скопления жидкости в организме и появления избыточного веса.

Считается, что 30-40% избыточной массы может быть связано с недостаточным количеством пробиотиков.

Пробиотики – это живые микроорганизмы:
- капсулы,
- жидкие,
- кислотоустойчивые,
- охлажденные.

Препарат пробиотиков Probiotic – это тщательно приготовленные смеси микроорганизмов, которые благоприятно воздействуют на ЖКТ человека, стабилизируют и поддерживают в рабочем состоянии пробиотическую экосистему кишечника.

Показания к применению:
- Диарея / Констипация
- Пищевая аллергия
- Дисбактериоз
- Нарушенный pH кишечника
- Потребность в натуральных антибиотиках
- Синдром хронической усталости
- Фибромиалгия и др.

Пробиотики - бактерии здоровья – осуществляют:
- Контроль условно-патогенных бактерий;
- поддержка полезных бактерий;
- усиление жизнеспособности клеток ЖКТ;
- симбиоз с другими микроорганизмами.

Внимание: пробиотики (физиологическая кишечная флора Probiotic) производят протеазы!

Глава 8. Причины прогрессии заболеваний

Некоторые понятия с точки зрения энзимологии

Здоровье – состояние физического, умственного и социального благополучия.

Питание – совокупность процессов, задействованных в принятии пищи, пищеварении, усвоении и преобразовании ее в энергию, поддержание и рост организма.

Пищеварение заключается в физическом расщеплении, перемешивании, разжижении и растворении пищи до образования веществ, а также в химическом расщеплении на простые комплексы, которые могут абсорбироваться кровью и использоваться тканями (клетками) организма.

Усвоение – преобразование питательных веществ в живую ткань (клетки).

Применение – использование питательных веществ для определенных целей (необходимое для клетки).

Питание соотносится с тем, что создает организм без дефектов и обеспечивает здоровье. Мы – это то, что мы едим. Однако более правильно: мы – это то, что мы переваримаем!

Недостаточность – состояние, вызванное изъянами в диете или метаболизме, включая все заболевания, появившиеся в результате недостаточного обеспечения клеток необходимыми питательными веществами.

Синдром – группа симптомов и/или признаков, возникающих вместе, составляющих признаки определенного заболевания.

Заболевание – патологический процесс с характерным рядом симптомов. Может сказываться на всем организме или на определенных участках; этиология, патология, прогноз могут быть известны или неизвестны.

Излечение – восстановление структуры или функции поврежденной или больной ткани. Процессы выздоровления включают свертывание крови, восстановление тканей, реминерализацию костей, охватывая сами клетки.

Процессы метаболизма протекают на уровне клеток.

Клетки:
- образуют ткань;
- широко дифференцированы и сильно специфичны по своим функциям;
- все обладают одинаковой основной структурой;
- в них протекают основные процессы жизнедеятельности, такие как поглощение питательных веществ и выделение отходов.

Клетки организованы в структуру ткани, а ткани образуют органы, органы формируют системы, системы составляют тело человека.

Жидкость клетки на 60-90% состоит из воды, которая называется внутриклеточной жидкостью.

Жидкость вне клеток в тканях называется интерстициальной жидкостью, внеклеточной или тканевой жидкостью.

Молекулы и ионы жидкостей жизненно необходимы.

Существует четыре вида тканей:
- эпителиальная (легкие, желудок, кишечник, кровяные сосуды);
- соединительная (поддерживают и сохраняют организм целым; соединительная ткань, жировая, хрящевая, костная);
- мышечная (сердечная, скелетная);

- нервная (передает информацию от одной части тела к другой).

У человека более 100 триллионов клеток, и эти сходно структурированные клетки выполняют особенные функции, необходимые для выживания.

Они могут быть различны по форме, но у всех есть ядро, цитоплазма, мембрана.

Исследования показывают, что клетки костного мозга могут быть использованы для создания практически любой части организма, даже нервной системы.

Глава 9. Стадии патологических состояний по классификации фирмы ТЕС

Почему по стадиям?

Зная стадию заболевания пациента, выходим на следующее:

- С чего начинать терапию?
- Реальны ли ожидания пациента?
- Какое питание назначить, чтобы изменить внутреннюю среду организма?
- Выйти на менее опасную стадию заболевания и найти вероятную причину.

Стадия первая

Недостаточное питание клетки, внутренний дисбаланс клетки.

- Продолжительный период неправильного питания и /или употребление недостаточного количества воды.
- Стрессы (неосознанные или непреодоленные).
- Другие отклонения в питании (газированные напитки, алкоголь, сахар и т.д.).
- Недостаток регулярной физической нагрузки (отсутствие регулярных упражнений, напр., ходьбы).

Общие симптомы:

- Невозможность осуществлять правильное пищеварение углеводов, жиров или белков.
- Недостаточная пищеварительная секреция.
- Клетка не получает всего того, что ей необходимо.
- Начинается стадия плохого питания клетки.
- Мы едим, чтобы питать клетки, неправильное питание сказывается на функциях клеток.

Терапия:

- Улучшить питание (питание клеток).
- Выпивать в день не менее 1,5-2 л воды за день.
- Не излишествовать (не перегружать организм водой).
- Регулярные физические упражнения.

Дополнительно: ферменты Дигест - по 1-2 капсулы во время каждого приёма пищи.

Стадия вторая

- Нет в наличии необходимых микро- и макроэлементов для структурных компонентов ферментов метаболизма, антител и гормонов.
- Сказывается действие свободных радикалов.
- Вялая пищеварительная система приводит к ослаблению иммунной системы.
- Клетка не получает должного питания, дополнительные токсины приводят к кризису.

Общие симптомы:

- Дискомфорт в кишечнике после приема пищи.
- Периодическая диарея.
- Газы/метеоризм (подпирание рёбер).
- Потеря аппетита.
- Тошнота и головные боли сопутствуют приему пищи.
- Несварение и отрыжка.
- Легкая анемия и усталость.
- Недомогание (ощущение тяжести).
- Неспособность окислять и использовать углеводы.
- Проницаемость кишечника усиливается.

Терапия:

- Изменение питания и образа жизни (клетки).
- Сократить употребление сахара (закисление клеток).
- Следить за употреблением жиров (липиды).
- Пить достаточное количество воды для здоровья клеток.
- Регулярные упражнения.

Рекомендации по энзимотерапии:

Увеличить дозировку **Дигеста** (пищеварительные ферменты): по 2-4 капсулы во время еды.

Добавить **Протеазу** между приемами пищи: по 3-4 капсулы.

Перед сном Пробиотик: 1-2 капсулы.

Стадия третья

Организм функционирует правильно, только если pH жидкостей близок к нейтральному.

На этой стадии наблюдается нарушение кислотно-щелочного баланса, что приводит к ацидозу или алкалозу.

Возрастающая потребность организма в буферах негативно влияет на буферные системы, дыхание и почки.

В дальнейшем кислотно-щелочной дисбаланс сказывается на пищеварении. Закисление тканей, вследствие которого происходит мобилизация щелочных металлов из костей (остеопороз).

Общие симптомы:

- Очаги воспаления / иммунопатии.
- Минеральный дисбаланс в клетках.
- Констипация / диарея (токсины в клетках).
- Аллергии.
- Дисфункция органов.
- Кислотно-щелочной дисбаланс.
- Усталость.
- Начальные признаки гипертонии.
- Периодические спазмы.
- Гиперлипидемия.
- Астма.
- Нарушение минерального баланса.
- Гормональный дисбаланс.
- Окисление жиров.

Терапия:

- Изменение питания и образа жизни (для клеток).
- Пить воду для клеток и ферментов.
- Упражнения для циркуляции.
- Пополнение полезных бактерий.
- Полноценный отдых.

Рекомендации по энзимотерапии:

Увеличить дозировку Дигеста в 2 раза

(пищеварительные ферменты): по 2-4 капсулы во время еды.

Увеличить дозировку **Протеазы** для детоксикации: по 3-4 капсулы между едой или за 1 час до еды.

Увеличить дозировку **Пробиотика** в 2 раза для пополнения полезных бактерий: 2-3 капсулы 2 раза в день (утром натощак и перед сном).

Обязательно **БиоОмегаЗим** по 1 капсуле во время еды.

Стадия четвертая

Пациент начинает задумываться над своим состоянием.

- Нарушение иммунитета, воспаления прогрессируют.
- Токсины отлагаются в суставах и органах.
- Патогенные микробы развиваются в благоприятной обстановке.
- Системы элиминации отходов организма не приспосабливаются к нагрузке.
- Дисбаланс микрофлоры добавляется к токсической нагрузке.
- Естественная среда нарушена повсеместно.
- Пищеварение замедлено.

Это - предельная стадия здоровья, многие «живут» на данной стадии.

Симптомы:

- Разрушение слизистой оболочки ЖКТ (атрофия: атрофический гастрит и др.).
- Анемия, требующая медицинского вмешательства.
- Рецидивирующие инфекции.
- Боль в верхней части абдоминальной области справа.
- Хроническая аллергия.
- Токсемия.
- Хроническая усталость.
- Мигрень.
- Застойные явления в печени.
- Дисбаланс инсулина/глюкозы.
- Дисбаланс кортизона/ увеличение веса туловища (грушеобразная конфигурация тела).
- Кандидоз, фибромиалгия.
- Кожные высыпания (экзема, псориаз, розацеа).
- Синдром раздраженного кишечника.
- Артрит.
- Гастроэзофагиальный рефлюкс (изжога).

Терапия:

- Сбалансированная диета с малыми приемами пищи.
- Ходьба дважды в день по 20 мин.
- Употребление жидкостей и отдых.

Рекомендации по энзимотерапии:

Увеличить дозировку **Дигеста.**

Протеаза по 2 капсулы 4 раза в день.

Дополнительно - **Протеаза IFC**.

Поддержка эндокринной системы: **БалансЗим** по 1 капсулы 3 раза в день – приводит в норму баланс глюкоза/инсулин.

Обязательно: **БиоОмегаЗим** по 1 капсуле во время еды.

Пробиотик 2 раза в день (натощак и на ночь).

Стадия пятая

- Патологические процессы имеют характерный ряд симптомов и признаков (ГБ, гиперхолестеринемия, гиперлипидемия, нарушения функций щитовидной железы, климактерические нарушения у женщин и мужчин, остеопороз).
- **На данной стадии диагностируется заболевание.**
- Проблемы со здоровьем ярко выражены.
- У многих проявляются гормональные нарушения.

Это – стадия, когда многие «наконец» начинают заботиться о своем здоровье.

Симптомы:

- Увеличение лимфатических узлов.
- Продолжительные периоды незначительного повышения температуры.
- Все предыдущие симптомы обостряются.
- Затруднение дыхания/ночное потоотделение.
- Частые астматические приступы.
- Диабет.
- Гастроэзофагиальный рефлюкс (изжога).
- Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.
- Остеопороз.
- Гипертония.
- Целиакия.
- Гормональные нарушения. Любой незначительный гормональный дисбаланс должен устраняться, если организм и мышление правильно функционируют. Рост, размножение, половые признаки и даже психическое состояние и черты характера зависят от гормонов.

Терапия:

Сбалансированная диета с полноценным белком для преобразования клеток. Помнить, что в процессе старения синтез ферментов падает!

Ходьба несколько раз в день (кислород для клеток).

Вода, отдых, контроль стрессов.

Важно принимать ферменты между приемами пищи (Протеаза!).

Рекомендации по энзимотерапии:

Дозировка пищеварительных ферментов увеличивается: **Дигест** – во время приёма и между приёмами пищи (так, при сахарном диабете по 2 капсулы **Дигеста** перед едой и **БалансЗима** сразу после еды по 3 капсулы, дополнительно Гастро).

БиоОмегаЗим по 1 капсуле во время еды.

Протеазу принимать 3 раза в день.

Противовоспалительные препараты (**Протеаза IFC**), дренажные **Lymphatic Drainage, Kidney Drainage**.

Проверить гормональный статус.

Стадия шестая

Организм уступает дегенеративным заболеваниям, возникают дисфункции основных систем.

Нарушен баланс микроорганизмов (из толстой кишки происходит колонизация микроорганизмами тонкой кишки), микробы способствуют развитию злокачественных клеток и нарушению гормонального баланса, что также способствует развитию онкозаболеваний.

Это - стадия клеточного голодания и прогрессии заболеваний:

- Стадия предрака.
- Аутоиммунные заболевания.
- Стадия изменения внутренней среды.
- Манифестация бактерий и вирусов.
- Неизлечимые язвы.



Состав :
патентованная смесь ферментов растительного и микробного происхождения (протеаза 30 000 HUT, липаза 600 LU, амилаза 3000 DU, целлюлаза 200 CU) – 115 мг, экстракт камбоджийской гарцинии – 250 мг, лист подорожника – 75 мг, морские водоросли бладдеррок – 75 мг, крапива – 75 мг, кора ясеня прикли – 75 мг, пажитник – 50 мг, хром (пиколинат и полиникотинат хрома) – 100 мкг (80%).



Состав:
липаза (5000 LU) - 200 мг ;
эйкозапентаеновая кислота (ЭПК - концентрат рыбьего жира из сардин и анчоусов) - 200 мг ;
докозагексаеновая кислота (ДГК - концентрат рыбьего жира из сардин и анчоусов) -120 мг;
гамма-линоленовая кислота (ГЛК - масло семян бурачника Borago officinalis) - 40 мг

- Рост предраковых клеток.
- Ревматоидные заболевания.
- Отеки и др.

Терапия:
- Сбалансированная диета с полноценным белком и достаточной калорийностью.
- Упражнения. Не перегружать организм токсинами. Ходьба ежедневно.
- Вода, отдых, контроль стрессов.
- Уединение (иногда), здоровое окружение.
- Честный подход к образу жизни.
- Лечение аутоиммунных заболеваний, артрита, ревматизма.

Рекомендации по энзимотерапии:
Очень важно принимать **Протеазу** (минимум по 2 капсулы 4 раза в день).
Дигест – во время еды по 2-3 капсулы.
Принимать **Пробиотик** 2 раза в день по 2 капсулы.
БиоОмегаЗим по 1 капсуле во время еды.
Дополнительно - поддерживающие препараты.

Стадия седьмая

- Дегенерация и патология.
- Рост клеток сарком / карцином: нарушения пищеварения является фактором, ответственным за развитие многих видов онкозаболеваний более чем на 80%.
- Нерегулируемый рост клеток.
- Заболевание в критической стадии.
- Плохое восстановление ДНК.
- Неэффективная иммунная система.

Рекомендации: необходимо не менее 12 капсул Протеазы в день.
Остальные препараты – в зависимости от специфики патологии (см. ниже).

Глава 10. Ферментная терапия некоторых заболеваний

Протеолитические ферменты при пищевой аллергии осуществляют:
- гидролиз молекул с антигенными свойствами;
- профилактика образования и устойчивости молекул биоактивной пищи.

Рекомендации по энзимотерапии:
Протеаза: по 2 капсулы 3-4 раза в день.
Дигест – по 2-3 капсулы во время приёма пищи.
Дренажные: **Lymphatic Drainage, Kidney Drainage.**

Болезнь Крона/Язвенный колит

Питание: исключить любую крахмалистую пищу каши, крем, десерты, которая усиливает воспаление.
Улучшить микрофлору полезными бактериями - Пробиотик.
Восстановить слизистую кишечника.
Рекомендации по энзимотерапии:
Протеаза: по 2 капсулы 3-4 раза в день.
Протеаза IFC.
Дигест – по 2-3 капсулы во время приёма пищи.
Основной препарат: **Гастро** – избавляет от диареи.

Камни желчного пузыря

Питание: исключить употребление вредных жиров, нельзя пряности и жареную пищу.

Обеспечивать переваривание жиров и крахмалов. Большие дозировки липазы для регуляции уровня триглицеридов и консистенции желчи. Антиоксиданты из-за повышенной оксидации.

Рекомендации по энзимотерапии.

Принимать большое количество липазы:

- основной препарат **БиоОмегаЗим** (с высокоактивной липазой) – по 1-2 капсулы во время еды,
- во время еды по 2 капсулы - **Дигест,** после еды – **БалансЗим**.

Дополнительно: **Липо** (содержит липазу) - при приемах пищи.

Цирроз печени

- Питание: высококалорийное, белковое, дополнительные питательные вещества.
- Ферменты для правильного пищеварения и перемещения питательных веществ.
- **Пробиотик** для восстановления полезной микрофлоры, разрушенной антибиотиками (2 раза в день по 2 капсулы).

Рекомендации по энзимотерапии:

- **Дигест –** не менее 3-х капсул во время приёма пищи.
- **Протеаза** и **Протеаза IFC** – между приёмами пищи по 2-3 капсулы путём чередования.

Гиперлипидимия

Питание: исключить жареную пищу, крахмалы с вредными жирами (пончики и т.д.), зеленые листовые салаты. Пища рыбная.

Достаточное количество воды, упражнения и отдых.

Рекомендации по энзимотерапии.

Высокие дозы липазы и протеазы:

- по 2 капсулы **Дигеста** во время еды.
- основной препарат **БиоОмегаЗим** (с высокоактивной липазой) – по 1-2 капсулы во время еды.
- протеаза – по 2 капсулы 3 раза в день.

Необходимы дополнительно: **Липо** и **БалансЗим** после приема пищи.

Пробиотик: по 2 капсулы на ночь.

Вместо десерта – **Липо**.

Избыточный вес

Рекомендации по энзимотерапии.

Высокие дозы **Липазы** и **Протеазы**:

- основной препарат **БиоОмегаЗим** (с высокоактивной липазой) – по 1-2 капсулы во время еды.
- по 2 капсулы **Дигеста** во время еды.

Вместо десерта – **Липо.**

Протеаза – по 2 капсулы 3 раза в день (по 2 капсулы **Протеазы** вместо ужина!).

Дополнительно: **БалансЗим** по 3-4 капсулы непосредственно перед приемом пищи.

Пробиотик: по 2 капсулы на ночь.

При приёме ферментов могут происходить оба процесса: как похудение, так и потеря веса – всё зависит от количества употребляемых калорий и энергических потребностей организма.

Гипергликемия

БалансЗим – основной препарат - по 3-4 капсулы непосредственно перед приемом пищи.

По 2-3 капсулы **Дигеста** во время еды.

Почечно-каменная болезнь (оксалаты и др. конкременты)

Протеаза – основной препарат: по 2 капсулы 3 раза в день: утром натощак, между едой и на ночь.

По 2-3 капсулы **Дигеста** во время еды.

Длительное применение: не менее 6 мес. непрерывно!

Дивертикулит

Протеаза – по 2 капсулы 3 раза в день.

Пробиотик: по 2 капсулы на ночь и утром.

Гидролитические ферменты и артрит

Профилактика путем устранения иммунных комплексов (Steffen, Menzel 1985).

Эффективная терапия и уменьшение побочных эффектов у пациентов с ревматоидным артритом (Mazourov et al. 1997).

Рекомендации по энзимотерапии.

Протеаза: по 2-3 капсулы 4 раза в день.

Дигест – во время приёма и между приёмами пищи.

Противовоспалительные препараты **(Протеаза IFC)**, дренажные **Lymphatic Drainage, Kidney Drainage**.

Фибромиалгия

Рекомендации по энзимотерапии:

По 2 капсулы **Дигеста** во время еды.

Протеаза – по 1 капсуле 3 раза в день: утром натощак, между едой и 1 капсула вместо ужина.

Пробиотик: по 2 капсулы на ночь!.

Углеводную пищу ограничить!

При воспалениях дополнительно **Протеаза IFC**.

Подагра

Рекомендации по энзимотерапии.

По 2 капсулы **Дигеста** во время еды.

Протеаза – по 2 капсулы 3 раза в день: утром натощак, между едой и 1 капсула вместо ужина.

При воспалениях чередовать с **Протеаза IFC**.

Пробиотик: по 2 капсулы на ночь.

Гастро эффективно снимает болевой синдром в суставах.

Длительное применение: не менее 6 мес. непрерывно!

Кожные болезни

- Кожа – самый большой орган, выполняющий жизненно необходимые функции.
- Является защитным барьером от микроорганизмов.
- Защищает хрупкие, чувствительные ткани от механических и других повреждений.
- Выводит вредные продукты метаболизма.

- Изолирует от влияния тепла и холода.
- Свидетельствует о здоровье органов пищеварения.

Эффективность энзимотерапии показана при экземах, псориазе:

Digest по 2 капсулы во время еды,

Protease по 2 капсулы 2 раза в день на пустой желудок.

Опоясывающий лишай (Herpes zoster) и Herpes simplex

Рекомендации по энзимотерапии:

Протеаза – по 2 капсулы 2 раза в день: утром натощак на ночь.

При воспалениях чередовать с **Протеаза IFC**.

Пробиотик: по 2 капсулы 2 раза в день: натощак утром и на ночь.

Пробиотик: содержимое капсулы высыпать на места кожных высыпаний (поражений) – такой компресс эффективно снимает болевой синдром и купирует воспаление, ускоряет процесс выздоровления.

Хронический бронхит, бронхиальная астма

Рекомендации по энзимотерапии:

Протеаза – по 2 капсулы 4 раза в день: утром натощак, между едой и перед сном.

При воспалениях чередовать с **Протеаза IFC**.

По 2 капсулы **Дигеста** во время еды.

Пробиотик: по 2 капсулы 2 раза в день: натощак утром и на ночь.

Исключить сахар и сладости!

Аутоиммунные болезни

Рекомендации по энзимотерапии.

Протеаза – по 2 капсулы 4 раза в день: утром натощак, между едой и перед сном.

Дополнительно чередовать с **Протеазой IFC** (4 капсулы в день)!.

Восстановить пищеварение и внутреннюю среду: по 2-4 капсулы **Дигеста** во время еды.

Детские болезни

У плода в процессе развития происходит синтез ферментов, который может нарушаться при различных состояниях, например, при заболевании беременной женщины корью. Поэтому прием ферментов: **Дигест** по 2 капсулы во время еды.

При диатезе у грудного ребёнка: кормящая мать принимает **Дигест** по 2 капсулы во время еды. Через 1-2 недели наблюдается исчезновение диатеза.

Ферментная недостаточность у детей: колики, возбудимость, беспокойный сон, лактазная недостаточность – **Дигест:** вскрыть содержимое капсулы и растворить 1/3 в воде. Принимать во время еды.

Успешное применения ферментов при других заболеваниях:

- рак яичника (Lahousen, 1995)
- опоясывающий лишай (Kleine, 1993)
- острый синусит (Rayn, 1967)
- хронический панкреатит (Isaakson, 1983)
- синдром хронической усталости (Wilke, 1992; Ho-yen, 1991)
- миеломная болезнь (Sakalova, 1995)

Лейкемия

Питание:белковое питание, овощи и фрукты.

Отдых, умеренная физическая нагрузка, контроль стрессовых ситуаций.

Пробиотик для восстановления микрофлоры, разрушенной антибиотиками и химиотерапией (2 раза в день по 2 капсулы).

Рекомендации по энзимотерапии:

Частый прием **Протеазы** между едой: по 2 капсулы 6 раз в день (не более 12 капсул в сутки). **Протеаза** важна также при кровоточивости десен и при ослабленном иммунитете.

Пищеварительные ферменты Дигест по 2 капсулы во время еды.

Иммунореабилитация больных раком на фоне проведения химио- и радиотерапии

Пробиотик для восстановления микрофлоры, разрушенной антибиотиками и химиотерапией (2 раза в день по 2 капсулы).

Рекомендации по энзимотерапии:

Частый прием **Протеазы** между едой: по 2 капсулы 6 раз в день (не более 12 капсул в сутки). **Протеаза** оказывает эффект при кровоточивости десен и при иммунодефиците, индуцированном агрессивными методами лечения рака.

Пищеварительные ферменты **Дигест** по 2 капсулы во время еды.

Пероральный прием ферментов в стоматологии

Ферменты способствуют:

- устранению остатков пищи из ротовой полости
- предотвращению оседания бактерий

- контролю периодонтальных заболеваний
- предотвращению и лечению остеонекроза

Рекомендации по энзимотерапии.

Использование ферментной зубной пасты.

Протеаза: по 2-3 капсулы 4 раза в день.

Дигест – во время приёма и между приёмами пищи.

Противовоспалительные препараты **(Протеаза IFC)**, дренажные **Lymphatic Drainage, Kidney Drainage.**

Профилактика патологии, поддержание активного долголетия

Каждому полезны ферменты **Digest**, которые принимают во время еды.

Пить достаточное количество воды с принимаемыми ферментами для обеспечения водно-минерального баланса в организме.

Принимать **Protease** между приемами пищи (2 раза в день), чтобы не накапливать токсины, поддержка иммунной системы, купирование воспалений.

Пробиотик на ночь для оздоровления микрофлоры.

Коррекция липидного обмена и профилактика атеросклероза – **БиоОмегаЗим** – по 1-2 капсулы во время еды.

Ферменты в ветеринарии

Ферменты в ветеринарии чрезвычайно эффективны:

- Увеличение продукции животноводства при более эффективном усвоении питательных веществ.
- Уменьшение аллергии на продукты животного происхождения у животных.
- Подавление различных воспалений.

Например, лечение различных кожных заболеваний у собак (нарушения роста шерстяного покрова, алопеция и др.). Положительная динамика наблюдается через 1 месяц энзимотерапии, выздоровление наступает через 2 месяца.



Энзимная зубная паста (Enzymatic toothpaste)

Ингредиенты:

- смесь ферментов; концентрат цельных листьев алоэ вера; экстракт косточек грейпфрута; хлорофилл; гидроокись кремния- карбонат кальция- бикарбонат натрия (пищевая сода)- лаурилсаркозинат натрия- каррагинан- посконник крапиволистный- глицерин- очищенная вода- натуральный ароматизатор

Возможности омелотерапии хронических заболеваний препаратами Хеликсор
Доклад доктора медицины Д.Шлоддера

на международном семинаре «Новое в омелотерапии препаратами фирмы Хеликсор» 27.01.2008 г.

I. История омелотерапии, показания

Наружное и пероральное применение препаратов омелы белой.

Гиппократ (460-377 гг. до н.э.) рекомендовал применять омелу при «меланхолии». Сегодня трудно сказать, что в те времена понимали под меланхолией. Арабские врачи 10-12 вв. применяли омелу для лечения различных заболеваний, включая эпилепсию, головокружение, сердечную слабость, водянку и бесплодие. Считалось, что животные, поедавшие в большом количестве омелу, никогда не страдали бесплодием. Это наводило на мысль, что можно использовать омелу и при бесплодии у женщин. В медицинских трактатах монахини Хильдегарды фон Бинген (1098-1179) омела рекомендуется при заболеваниях печени и одышке.

Почти в каждом травнике средневековья можно найти омелу, которой лечили раны, применяли ее как размягчающее, рассасывающее, болеутоляющее средство, а также для облегчения родов.

Парацельс (1494-1541) и английский врач Джон Колбатч (1670-1728) считали омелу специфическим средством для лечения эпилепсии. Вплоть до 19 в. омелу широко применяли для лечения этого заболевания.

Профессор Геттингенского университета (Германия), врач Альбрехт фон Галлер (1708-1777) использовал омелу как противосудорожное средство и при гинекологических заболеваниях.

Гомеопаты 19 в. широко применяли омелу для лечения различных заболеваний, в том числе застойных головных болей, головокружений, стенокардии, астмы, ревматизма, маточных кровотечений, депрессий. Однако врачи-гомеопаты исследований не проводили.

В народной медицине 19 в. использовали настои и чаи из омелы в качестве профилактики атеросклероза и при повышенном артериальном давлении. И сегодня чаи, настои и отвары омелы находят широкое применение в Европе при головных болях, усталости и т.д.

Гомеопатическое применение

В 1987 г. вышел учебник по гомеопатии (Leesers Lehrbuch der Homöopathie, B.3, Haug Verlag Heidelberg. 1987), в котором определены следующие направления использования препаратов из омелы:

1. ЦНС (неврастения и меланхолия).
2. Сосудистая система: снимаются общие спазмы артериол и капилляров, особенно спазмы в бронхо-легочной системе.
3. Мышцы, суставы и периферическая нервная система (места возникновения боли).

Омела белая нормализует функцию вегетативной нервной системы, восстанавливает душевное равновесие, является сильным спазмолитиком, действующим на сосудистую систему.

В отношении конечностей следует отметить, что омела белая устраняет усталость, особенно усталость ног, боли в области колен, груди, затылка и спины, сопровождающиеся тугоподвижностью суставов, купирует ломоту и ноющие



боли. Омела эффективна при кривошее. Боли устраняются после потоотделения, что очень важно.

Также гомеопатические препараты омелы белой применяют при ишиасе, ощущении стянутости мышц-сгибателей бедра, подергивании и произвольных движениях рук и ног, холодных или горячих стопах ног, синдроме беспокойных ног.

При вышеперечисленных заболеваниях и симптомов применяют невральную терапию, внутрикожное введение потенций D12-D3 с образованием папул в местах инъекций. Именно такая терапия наиболее эффективна при лечении перечисленных заболеваний и симптомов в сравнении с пероральным приемом препаратов из омелы белой.

Активное парентеральное применение препаратов омелы белой относится к 20 в. Французский врач Gaulthier заметил значительное уменьшение артериального давления у пациентов после внутривенного введения (1907 г.). Основоположники антропософской медицины R.Steiner и I.Wegman впервые рекомендовали инъекции препаратов омелы белой для лечения онкозаболеваний (1917 г.). Один из широко известных в Германии фитотерапевтов – немецкий врач Madaus - эффективно применял сегментарно-рефлекторную терапию (внутрикожное введение) при дегенеративных заболеваниях суставов (1938 г.). Dinkelaker и Kass (1982 г.) применяли внутривенное введение гомеопатических разведений омелы D3-D14 при вегето-сосудистой дистонии, для улучшения настроения, как спазмолитическое (сосуды, бронхи) и болеутоляющее средство (мигрень, невралгия).

В настоящее время испытанными показаниями для применения препаратов Хеликсор являются:

1. Хронические заболевания суставов: дегенеративные заболевания суставов (артрозы, болевой синдром позвоночника), фибромиалгия.
2. Хронические гепатиты В и С, папиллома- и

герпесвирусные инфекции (Herpes simplex, Herpes genitalis), обычные хронические рецидивирующие инфекции (бронхит, инфекция мочеполовых путей и др.), боррелиоз. Особенно эффективна омелотерапия в качестве противорецидивной терапии, а также при вторичной инфекции.

3. Предраковые заболевания: миомы, кисты, мастопатия, лейкоплакии, аденомы и т.д.

4. Аутоиммунные болезни: ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, болезнь Крона, язвенный колит и др., алопеция гнездная.

5. Аллергии: нейродермит и др. атопические заболевания (сенная лихорадка, аллергический ринит, конъюнктивит, астма).

6. Психо-неврологические нарушения: психовегетативное истощение (особенно при раке и ревматизме), реактивная депрессия, синдром хронической усталости, невралгия, мигрень, эпилепсия.

7. Иммунореабилитация больных раком.

II. Омелотерапия: общие положения

Выбор типа Хеликсора проводится с учетом конституции пациента. Так, стройным пациентам с высоким уровнем интеллекта хорошо подходит Хеликсор А. Пациентам крепкого телосложения с развитой мышечной массой показан Хеликсор П, а пациентам приземистым, с ожирением – Хеликсор М. Однако решающее значение при выборе препарата играют показания.

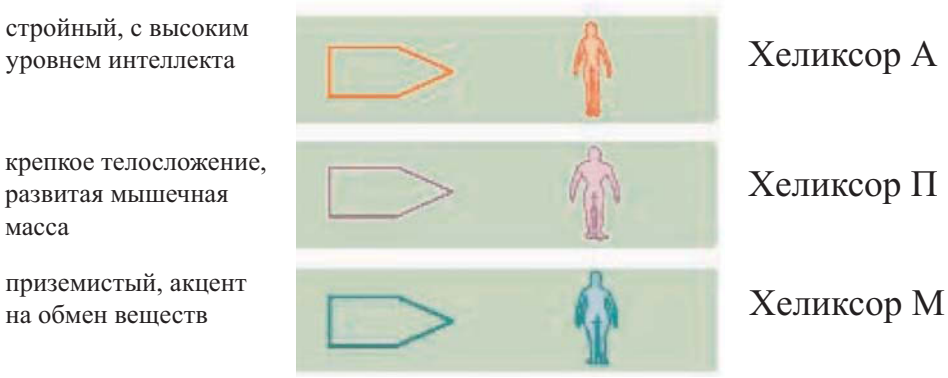


Рис. 1. Конституциональные типы Хеликсора

Таблица 1. Выбор типа Хеликсора.

	Действие	Показания
Хеликсор А	- защита ДНК, цитопротекция, поддержка иммунитета; - укрепляющее; - хорошая переносимость (т.к. содержит небольшое количество лектинов).	- синдром хронической усталости; - аутоиммунные заболевания, атопия; - при проведении химиотерапии (напр., при хроническом полиартрите); - профилактика рака (особенно эффективен).
Хеликсор М	- выраженная иммуностимуляция (например, активация воспалительных процессов); - размягчает уплотнения.	- дегенеративные заболевания суставов, фибромиалгия; - хронические рецидивирующие инфекции (напр., гепатит С, герпес); - профилактика рака.
Хеликсор П	- сильный цитотоксический эффект (индукция апоптоза); - формирование процессов распада; - более плохая переносимость (т.к. содержит большое количество лектинов).	- боррелиоз; - хронический полиартрит (концентрацию назначать с осторожностью).

Дозировка. Концентрацию препарата повышают постепенно от 0,01 до 50 мг, согласно классической схеме (см. www.naturvita.ru). Основанием для повышения концентрации является необходимость компенсировать ослабевающий эффект в результате образования антител, что становится заметным при проведении длительной терапии. Дозировка назначается индивидуально и зависит от реакции пациента, которая, в свою очередь, зависит от различных факторов (наличие заболеваний, конституция пациента, предшествующая омелотерапия).

При необходимости в сильных воспалительных реакциях (напр., при артрозе, опухолях) начальную концентрацию препарата повышают и далее быстро ее увеличивают.

Когда воспалительные реакции и стимуляция иммунитета нежелательны (напр., при аллергии, атопии, аутоиммунных заболеваниях) терапию начинают с малых концентраций (0,01) и далее постепенно увеличивают.

Механизмы. Активизация собственных исцеляющих сил организма посредством иммуностимуляции (в частности, индукция воспалительных процессов). В результате этого имеют место следующие реакции:

- воспалительная местная реакция в местах проведения подкожных инъекций (избегать чрезмерных реакций, воспаления более 5 см в диаметре);

- повышение температуры (на 0,5-1ºС) за счет высвобождения цитокинов, IL-1, IL-6, ФНО, также возможны симптомы гриппа, состояние разбитости;
- повышение лейкоцитов (нейтрофилы (нормализуются в течение 2 дней), эозинофилы (не являются признаком аллергии, это ответ на проведение омелотерапии, нормализуются в течение 1 месяца), лимфоциты (повышаются спустя 2-3 месяца);
- улучшение микроциркуляции;
- усиление перифокального воспаления (в том числе вдали от мест проведения инъекций).

Возможны следующие желательные реакции организма пациента на проведение омелотерапии: улучшение качества жизни (напр., улучшение общего состояния, бодрость), желательные иммунологические реакции, местные воспалительные реакции менее 5 см в диаметре (рис. 2А), незначительное повышение температуры.

А **Б**



Рис. 2. Нормальная локальная воспалительная реакция (А) и избыточная воспалительная реакция (Б).

Возможны также следующие нежелательные реакции организма пациента на проведение омелотерапии: местные воспалительные реакции более 5 см в диаметре (рис. 2а), повышение температуры более 38ºС (если пациент хорошо переносит повышение температуры, в некоторых случаях концентрацию можно не понижать), симптомы гриппа. Чаще всего во избежание этой реакции можно разбивать инъекцию на части и далее вводить Хеликсор в разных местах. При возникновении нежелательных реакций проводят терапевтическую паузу до устранения проявления этих реакций, после чего терапию продолжают, понизив концентрацию на 2 ступени, при необходимости переходят на Хеликсор А.

При проведении настоящего обзора по появлению нежелательных побочных эффектов омелотерапии (Saller R. et a. in Sheer, R. et al. Fortschritte in der Misteltherapie. KVC Verlag Essen. 2005. 367-404.) проверялись литературные источники, опрашивались производители омелопрепаратов и медицинские ведомства. Был проведен анализ 25 клинических исследований с охватом более 3590 пациентов (табл. 2).

Таблица 2. Побочные эффекты омелотерапии

	Частота проявления	Меры
Воспалительные реакции в местах проведения подкожных инъекций более 5 см.	часто (начальная терапия)	- пауза до исчезновения проявлений реакции; - уменьшение концентрации; - не применять жаропонижающие или противовоспалительные средства.
Повышение температуры более 38ºС, симптомы гриппа.	иногда	
Увеличение региональных лимфатических узлов.	редко	
Аллергические реакции (крапивница, лекарственная экзантема, отек Квинке, удушье).	иногда	- обычная терапия аллергии; - отмена препарата, контроль IgE.
Анафилактические реакции.	единичные случаи	- при отрицательных IgE продолжить терапию с уменьшенной концентрацией
Активация очагов воспалений.	единичные случаи	- санация очагов воспаления.

Местные нежелательные реакции проявлялись у 0,9-43% пациентов (в зависимости от концентрации препарата и интерпретации реакции). Систематические нежелательные побочные эффекты наблюдались в 0,8-4% случаев (повышение температуры, лихорадка, ощущение жара или холода, озноб, усталость, бессонница, слабость, головные и мышечные боли, боли в суставах, гиперактивность, зуд, крапивница, экзантема, отек Квинке). Все они имели дозозависимый характер.

Аллергические реакции возникали менее, чем у 1% пациентов (крапивница, ринит, конъюнктивит, редко отек Квинке, бронхоспазмы). Крайне редки анафилактические реакции (1 реакция на 1 миллион инъекций). Смертных случаев не выявлено. В основном переносимость омелотерапии оценивалась как хорошая или очень хорошая.

Вывод: нежелательные побочные эффекты омелотерапии, как правило, мягкие и обратимые, дозозависимые, появляются очень редко.

Таблица 3. Противопоказания для проведения омелотерапии

Противопоказания	Меры
Аллергия на омелопрепараты (перекрестная аллергия: на латекс, бананы, авокадо, киви и др.).	Только при исключении наличия IgE на лектины омелы ML I (или cbML) использовать Хеликсор А 0,01 мг, у которого низкое содержание лектинов.
Острые воспалительные заболевания, сопровождающиеся сильным повышением температуры (ждать прекращения приступа, терапию не проводить).	Терапевтическая пауза до устранения проявления симптомов.
Беременность и грудное вскармливание.	Только при строгих показаниях, проводить осторожно (осложнения при родах или аномалии развития не зафиксированы).
Трансплантация органов.	Омелотерапию не проводить, т.к. существует необходимость в проведении иммуносупрессии для профилактики трансплантационной реакции отторжения.

Сегментарно-рефлекторная омелотерапия

Внутрикожное введение Хеликсора эффективно в лечении следующих заболеваний:

- ревматоидный артрит в стадии ремиссии, болезнь Бехтерева;
- спортивные травмы;
- синдром Зудека после травм;
- окципитальные головные боли (шейная мигрень);
- невралгии;
- нарушение периферического кровообращения;
- стенокардия;
- бронхиальная астма.

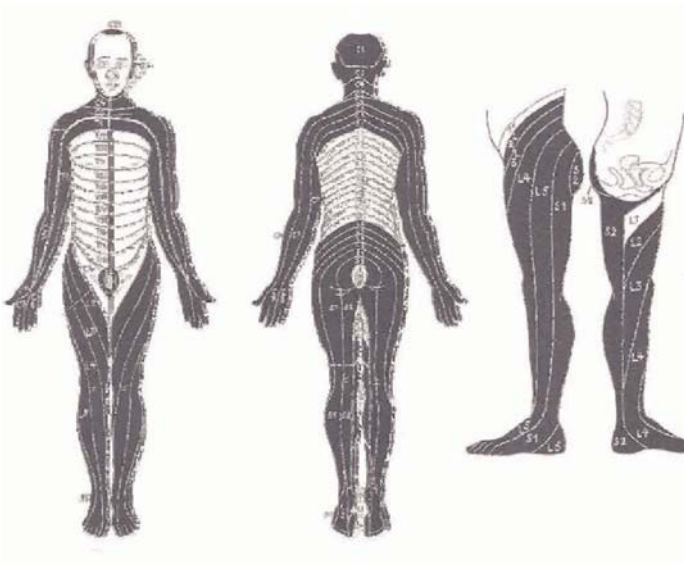


Рис. 3. Зоны сегментарной иннервации

III. Омелотерапия хронических заболеваний

1. Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и мышц

Препарат выбора: Хеликсор М.

Техника проведения терапии: сегментарно-рефлекторная терапия, внутрикожные инъекции в области больного сустава (прежде всего болевые точки, над миогелезами).

Показания: артроз коленного и голеностопного сустава, артроз суставов стоп и кистей, болевые синдромы шейного, грудного, пояснично-крестцового отделов позвоночника, периартрит плечелопаточный, эпикондилит, коксартроз.

Цель: гиперемия, быстрое устранение боли, длительная нормализация обмена веществ в хрящевой ткани, улучшение подвижности и устранение болей на длительный период.

Примечание: наилучший эффект наблюдается у пациентов с «холодной и худой» конституцией, менее выраженный эффект – у пациентов с «влажной и теплой» конституцией, с ожирением, варикозом, коксартрозом, при отечности.

При артрозе в острой стадии (покраснение, отек, выпот) сначала применяют противовоспалительные препараты, а при улучшении состояния добавляют Хеликсор М. В качестве противовоспалительного средства назначают Хеллеборус нигер D6-D3 подкожно, вблизи сустава, а далее при улучшении - Хеликсор А.

Эффективность омелотерапии при артрозе. В рамках систематического литературного обзора (за 1942-2006 гг.) были проанализированы 66 публикаций, из них 36 докладов по опытному применению, с охватом более 7500 пациентов возрастом старше 40 лет с артрозом в I-II стадии (иногда в III стадии). Показаниями для проведения омелотерапии являлись: артрозы коленного сустава, болевые синдромы шейного, грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника, периартрит плечелопаточный, эпикондилит, артрозы суставов стоп и кистей (напр., корневидный артроз,

артроз голеностопного сустава), коксартроз.

В результате проведенной омелотерапии уменьшились боли, и повысилась подвижность суставов в 64-86% случаев. Менее выраженным был эффект у пациентов с ожирением и коксартрозом. Эффект проявляется, как правило, после 4-8 процедур.

Желательные побочные эффекты: временная местная реакция в виде покраснения и гиперемии, возникающая по причине усиления кровообращения, и последующее уменьшение боли, улучшение функции.

Нежелательные побочные эффекты: временная местная индурация, зуд. Очень редко появляется состояние разбитости, озноб, болезненное самочувствие, жар, головные боли. Крайне редки аллергические реакции, которые, как правило, являются псевдоаллергическими.

Зарегистрировано только одно тяжелое побочное действие: в результате внутрисуставного введения препарата (недопустимый способ введения!) развилась местная инфекция и сепсис.

Рандомизированное исследование эффективности омелотерапии артроза коленного сустава в сравнении с диклофенаком (вольтареном)

Публикация Stange R., Moser C., Goedings P., Mansmann U., Buehring M. Forschende Komplementärmedizin. 2000. 7. 52.

Целью данного исследования было доказательство эффективности внутрикожных инъекций препаратов омелы белой при деформирующем артрозе коленного сустава.

Метод: рандомизированное исследование 100 пациентов с установленным диагнозом артроза коленного сустава.

Группу А составляли пациенты, которым проводилась инъекционная терапия Хеликсор А. Пациенты получали по 2 инъекции 1 ампулы внутрикожно (ампула разбивалась на 6 инъекций в области коленного сустава с образованием папул).

Контрольная группа В получала максимальную дозировку препарата вольтарен (Voltaren Resinat) по 2 капсулы (75 мг) ежедневно.

У пациентов обеих групп определялись показатели индекса Лекесне (Lequesne) в отношении боли и функции суставов перед началом терапии, спустя 4 недели терапии и спустя 3 месяца по окончании терапии.

Спустя 4 недели терапии было отмечено значительное улучшение показателей индекса Лекесне в обеих группах ($p < 0,05$). При этом особых различий в группах не наблюдалось. Удивительным было то, что спустя 3 месяца по окончании терапии в группе пациентов, проходивших омелотерапию, был отмечен лишь незначительный скачок показателей индекса, а в контрольной группе – сильный скачок и возврат практически к начальным показателям, зарегистрированным до терапии. При этом пациентам группы А практически не требовалось проведение какой-либо дополнительной терапии ($p < 0,001$).

Таблица 4. Эффективность омелотерапии артроза коленного сустава

Группы	Количество пациентов	Возраст	Длительность наличия симптомов	Индекс Лекесне					
				до терапии		спустя 4 недели		спустя 3 месяца	
				средн.	разброс	средн.	разброс	средн.	разброс
Омелотерапия	50	61,5	11,1 лет	9,94	3,41	6,49	3,60	6,70	2,30
Диклофенак	50	64,3	6,8 лет	11,47	4,17	7,92	3,93	10,16	4,41

Вывод: спустя 4 недели по окончании омелотерапии наблюдается отсутствие болей и сохраняется подвижность суставов. Эффективность омелотерапии наблюдается в течение более длительного периода в сравнении с диклофенаком. По сравнению с традиционной противоревматической терапией омелотерапия обладает меньшим количеством побочных эффектов и является более экономичной по стоимости.

Таблица 5. Эффекты омелотерапии на соединительную ткань суставов.

Автор публикации	Источник	Описанные эффекты
Elsner W.	Med. Klinik 52, 1957, 1410-1412	Местная гиперемия.
Zell J. et al.	Heilkunst 106, 1993, 23-26	Иммунная модуляция в корреляции с анальгезией.
Klopp R. et al.	Onkologie 33, 2001, 6-14	Улучшение микроциркуляции.
Heine H.	Phytotherapie 6, 1985, 67-82	Нормализация основного вещества.
Proft D.	Witten-Herdecke 1990, диссертация	Торможение активности протеаз.
Proft D., Bartholmes P.	Cancer Res. Clin. Oncol. 115, 1989, 36.	Повышение неосинтеза основного вещества.

Омелотерапия артрозов

Препарат выбора: Хеликсор М.

Проводятся внутрикожные инъекции с образованием папулы 2 раза в неделю по 1 ампуле в области пораженного сустава.

Концентрацию постепенно повышают от 1 мг до 10 мг до появления явной реакции (покраснение и гиперемия) в местах проведения инъекций.

Поддерживающую терапию проводят концентрацией препарата, которая вызывает желательную реакцию (8-16 процедур с одной концентрацией). После чего делают паузу на 2-5 месяцев. Терапию повторяют по необходимости.

При чрезмерной местной реакции (воспаление более 5 см в диаметре), сильном зуде делают терапевтическую паузу до исчезновения симптоматики. Терапию возобновляют с пониженной концентрацией (0,1 мг или 0,01 мг).

При недостаточной местной реакции концентрацию повышают на одну ступень.

Опыт клинического применения Хеликсора М при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов

Исследование проводилось в 3 клиниках, 2 общих практиках и 1 ортопедической практике с охватом более 460 пациентов в возрасте 48-81 года (в среднем 65 лет).

Хеликсор М применялся для лечения гон- и коксартроза, болевых синдромов позвоночника, периартрита плечелопаточного, эпикондилита, дистального тендинита, корневидного артроза, артроза пальцев, пяточных шпор.

Значительное улучшение наблюдалось после 4-8 процедур (спустя 2-4 недели терапии). Тем самым, значительное улучшение состояния было зарегистрировано в 70% случаев, у 30% пациентов была устранена симптоматика проявления заболевания.

Омелотерапия фибромиалгии

Препарат выбора: Хеликсор М.

Количество пациентов: 50 человек.

Дозировка: 1 ампула 2 раза в неделю подкожно (или смешанная инъекция органопрепаратов или антиревматических гомеопатических препаратов с Хеликсором (в одном шприце).

Терапевтическая схема:

1 мг (3 инъекции) → 5 мг (3 инъекции) → 10 мг (8 инъекций) → 20 мг (3 инъекции) → 30 мг (3 инъекции) → 50 мг (8 инъекций) → длительная терапия → 50 мг (8 инъекций)

В среднем терапию проводят в течение 6 месяцев.

В результате в 60-70% случаев наблюдается значительное улучшение спустя 3 месяца на фоне вызванного Хеликсором общего прогревания организма. Иногда наблюдается временное ухудшение. (Klepzig R. 78126 Koenigsfeld).

Ревматоидный полиартрит

Синонимы: ревматоидный артрит, ревматизм.

Является аутоиммунным заболеванием (лимфоциты TH1 направлены против синовиального слоя), при котором происходит разрушение хрящевой ткани и костей посредством воспаления грануляционной ткани (паннус). Воспаленная внутренняя оболочка сустава занимает свободное пространство в суставе, защитный хрящ постепенно разрушается.



Рис. 4. Сустав при ревматоидном артрите

Типично симметричное поражение суставов пальцев рук в начальной стадии заболевания и последующая прогрессия. При этом наблюдаются следующие деформации кистей рук: излом пальцев, деформации по типу бутоньерки и лебединой шеи, выступающая головка локтевой кости, деформация большого пальца (рис. 5).



Рис. 5. Деформации пальцев при ревматоидном артрите

Частота встречаемости: 1% населения (соотношение женщин и мужчин как 3:1). Обычно заболевание начинается в возрасте 35-45 лет.

Симптомы: усталость, снижение функциональных возможностей, иногда жар, боли в суставах утром и ночью, утренняя тугоподвижность в течение 15-30 мин., боль при рукопожатии, узелки на внешних сторонах суставов. Повышается СОЭ, С-реактивный белок, выявляются ревматоидные факторы.

При хроническом полиартрите омелотерапия является дополнительной, а не альтернативной.

Был проведен литературный обзор по применению омелотерапии при хроническом полиартрите за 1933-2005 гг. В рамках обзора были проанализированы 10 публикаций, из них 5 докладов по клиническому применению омелотерапии, с охватом более 100 пациентов.

Противопоказаниями для проведения омелотерапии при хроническом полиартрите является острая стадия заболевания.

Наиболее выраженный терапевтический эффект наблюдался у пациентов с развитой, крепкой конституцией, при вторичном артрозе с сохранением подвижности (когда тугоподвижность отсутствует).

Улучшение состояния наблюдалось у 74% пациентов: улучшилось общее состояние, уменьшилось проявление симптомов, снизилась активность заболевания, улучшилась переносимость иммуносупрессивной терапии (метотрексат).

Назначают значительно более низкую концентрацию препарата, чем при артрозе (начиная с 0,01 мг). Чем выше активность воспаления, чем более хрупка конституция пациента, чем более ослаблен пациент, тем ниже концентрация.

Препарат выбора: Хеликсор Р (при аллергиях, лицам с атопией или при проведении терапии метотрексатом назначают Хеликсор А).

2-3 раза в неделю проводят подкожные инъекции 1 ампулы препарата. При хронической стадии заболевания инъекции проводят в непосредственной близости пораженного сустава, при воспалении - как можно дальше от сустава (напр., область живота). Терапия проводится в течение 3 месяцев, далее – по потребности.

Начальная концентрация: 0,01 мг. Концентрацию постепенно повышают (после 8 инъекций одной концентрации) до 10 мг, пока отсутствует воспалительная реакция. Воспалительная реакция проявляется как воспаление в местах инъекций, повышение температуры, повышение лейкоцитов и СОЭ, возможно усиление симптомов заболевания.

При появлении воспалительных реакций проводят терапевтическую паузу до исчезновения симптомов заболевания, терапию продолжают с пониженной на 2 ступени концентрацией. Поддерживающую терапию проводят инъекциями с одной концентрацией, не допуская воспалительных реакций.

Врач-ревматолог д-р U.Schendel проводила омелотерапию 30 пациентам, у которых наблюдалась непереносимость базовой терапии (метотрексат). Хеликсор А был назначен особенно чувствительным пациентам, Хеликсор Р – мужчинам, Хеликсор М – женщинам.

Пациенты получали подкожные инъекции 1 ампулы препарата 2 раза в неделю подкожно (0,1 – 1 мг) в течение 3-6 месяцев. Спустя 3 месяца терапии делали паузу, после чего курс повторяли. Эффект наблюдался спустя 4-8 недель: явное улучшение подвижности, уменьшение болей, улучшение переносимости метотрексата (проходила антипатия к терапии, снизилось количество инфекций, уменьшился токсикоз печени, усталость, скованность). В большинстве случаев дозировка метотрексата была понижена.

Очень важно омелотерапию проводить на фоне системной энзимотерапии.

2. Аутоиммунные и хронические гранулематозные заболевания

Имеются отдельные данные по эффективному лечению ряда заболеваний:

- рассеянный склероз, энцефаломиелит;
- аутоиммунный тиреоидит;
- саркоидоз;
- сахарный диабет тип I (исследования на подопытных мышах);
- болезнь Крона, язвенный колит (предраки!);
- коллагенозы (напр., красная волчанка, склеродермия).

При вышеперечисленных заболеваниях омелотерапию всегда проводится в рамках стандартного терапевтического подхода (как одно из направлений терапии), включая селен, препараты ладана, при необходимости - иммуномодулирующие препараты или иммунодепрессанты.

Цель проведения омелотерапии: иммунная модуляция вместо иммунной супрессии (достижение баланса лимфоцитов: Т-хелперов-1 и Т-хелперов-2); улучшение переносимости препаратов, подавляющих иммунитет, профилактика онкозаболеваний, повышение качества жизни.

Препарат выбора: Хеликсор А.

Концентрация: подкожная инъекция 1 ампулы через день

без пауз. Начинают с концентрации 0,01 мг. Постепенно повышают концентрацию, избегая воспалительных реакций.

Терапевтическая схема:
- 0,01 мг (8 инъекций)
- 0,05 мг, т.е.половина ампулы 0,1 мг (4 инъекции)
– 0,1 мг (4 инъекции)
– 0,5 мг, т.е. половина ампулы 1 мг (4 инъекции)
- 1 мг (4 инъекции)
– 2,5 мг, т.е. половина ампулы 5 мг (4 инъекции)
– 5 мг (4 инъекции)
– 10 мг (8 инъекций)
- 20 мг (8 инъекций)
- 30 мг (8 инъекций).

Концентрацию препарата понижают при покраснении, отеке, уплотнениях в местах проведения подкожных инъекций, а также при жаре, симптомах гриппа, ухудшении симптомов заболевания.

Примечание: инъекции проводить концентрацией препарата, не вызывающей воспалительной реакции.

Длительность терапии: первоначально терапию проводят в течение 3 месяцев без перерывов. При стойком улучшении симптоматики проводят 2-недельную паузу спустя каждые 4 недели терапии. При последующем длительном улучшении терапевтические паузы постепенно увеличивают.

При первоначальном улучшении с последующим ухудшением при инъекциях с одной концентрацией препарата концентрацию увеличивают. При этом терапевтические паузы не проводятся. При отсутствии улучшения симптоматики терапия считается неэффективной и прекращается.

3. Алопеция гнездная

Заболеванием страдает 1-2% населения. Часто наблюдаются спонтанные ремиссии спустя 3-6 месяцев.

Симптомы: очаговое выпадение волос в волосистой части головы или на всем теле.

Терапия (д-р Lothar Kindermann, 30974 Wennigsen): внутрикожные инъекции Хеликсора М с образованием папул в зоне отсутствия волос 2 раза в неделю.

Начинают с концентрации 0,1 мг. При отсутствии гиперемии концентрацию повышают до 1 мг, и далее до 5 мг (по 2 инъекции одной концентрации). Как правило, достаточно 3-4 процедур, после чего рост волос возобновляется, и необходимость в последующем лечении исчезает.

4. Аллергия и атопия

При аллергии, особенно сенной лихорадке, поллинозе, аллергических состояниях с различной симптоматикой проводится следующая терапия (д-р R.Klepzig, 78126 Koenigsfeld):

Препарат выбора: Хеликсор А при острой симптоматике, а также при лечении пациентов с хрупкой конституцией, интеллектуалов; Хеликсор М при аллергии, а также при лечении пациентов с ожирением, с акцентом на обмен веществ.

Дозировка: назначается индивидуально. Эффективны смешанные инъекции с кровью пациента в одном шприце, по 1 ампуле 2-3 раза в неделю подкожно.

0,1 мг (8 инъекций) → 0,5 мг (4 инъекции) → 1 мг (4 инъекции) → 2,5 мг (4 инъекции) → 5 мг (4 инъекции) → 10 мг (8 инъекций).

При местной воспалительной реакции более 5 см в диаметре концентрацию препарата уменьшают.

Длительность терапии: в среднем терапия проводится в течение 6 месяцев, повторные курсы более короткие. Эффект заметен спустя 4-6 месяцев терапии. Терапия эффективна в 50-60% случаев (более 100 пациентов) и часто проводится одновременно с восстановлением кишечной микрофлоры. Профилактика начинается в осенний период до наступления сезонных проявлений аллергии.

5. Хронические гепатиты В и С

Показания: неэффективность стандартной терапии, проведение стандартной терапии (интерферон + рибаверин) противопоказано, наблюдается плохая переносимость стандартной терапии.

Препарат выбора: Хеликсор М.

Дозировка: по 1 ампуле подкожно 3 раза в неделю в область живота.

Начинают с 1 мг (3 инъекции в течение 1 недели) → 5 мг (3 инъекции в течение 1 недели) → 10 мг (3 инъекции в течение 1 недели) → 20 мг (3 инъекции в течение 1 недели) → 30 мг (3 инъекции в течение 1 недели) → 50 мг (3 инъекции в течение 1 недели).

При местной воспалительной реакции более 5 см в диаметре концентрацию уменьшают. Появление жара, симптомов гриппа или повышение трансаминаз не является поводом для уменьшения концентрации, если пациент переносит это состояние хорошо. Терапию проводят без интервалов в течение 12 месяцев.

Терапевтический опыт лечения пациентов с хроническим гепатитом С в России был опубликован в Abstract Euromedica (Rolik I. et al. Erste Ergebnisse der Misteltherapie mit Helixor bei chronischer Hepatitis C in Russland. // Abstract Euromedica. Hannover. 2004).

Терапию препаратом Хеликсор М (концентрация 1-50 мг, 3 раза в неделю подкожно в течение 12 месяцев) проходили 9 пациентов с хроническим гепатитом С (генотип 1а, РНК и ПЦР положительные, повышение трансаминаз 73-156%) на фоне заместительной и системной энзимотерапии. Спустя 4 месяца терапии уровень трансаминаз снизился до нормы. Спустя 6 месяцев терапии РНК, ПЦР отрицательны, трансаминазы в норме, уменьшился зуд, восстановился сон. Спустя 12 месяцев терапии наблюдалось дальнейшее улучшение. В течение года последующего наблюдения омелотерапия не применялась, ухудшения не наблюдалось.

6. Хронические рецидивирующие инфекции

Показания: Herpes labialis / genitalis, папиломавирус, инфекции мочеполовых путей, бронхит (при неэффективности местной/пероральной терапии).

Цель: уменьшение рецидивов, излечение, профилактика.

Дозировка: Хеликсор М по 1 ампуле 2 раза в неделю подкожно.

1 мг (3 инъекции) → 5 мг (3 инъекции) → 10 мг (3 инъекции) → 20 мг (3 инъекции) → 30 мг (3 инъекции). После этого курса - терапевтическая пауза в две недели, далее следует повторение инъекций: 10 мг (3 инъекции) → 20 мг (3 инъекции) → 30 мг (3 инъекции).

Длительность терапии: 6 месяцев. При увеличении интервалов между рецидивами и уменьшении симптоматики терапевтические паузы увеличивают до 4-8 недель. При хорошем самочувствии в течение длительного периода терапию прекращают.

Дополнительно рекомендуется системная энзимотерапия, терапия прополисом: 10% настойка прополиса по 10 капель 3 раза в день с водой перорально и местно.

7. Боррелиоз

Заболевание передаётся клещами.

Показания: на стадии I при проведении антибиотикотерапии (антибиотики часто неэффективны); по окончании антибиотикотерапии при наличии субъективных симптомов; при стадиях II и III длительная терапия для повышения шансов на излечение и улучшения симптоматики.

Препарат выбора: Хеликсор Р (можно вместе с Mercurius D6-D12).

Дозировка: по 1 ампуле 3 раза в неделю подкожно. На стадиях II и III осторожно повышать концентрацию по причине возникновения аутоиммунных реакций. В этом случае обязательно проведение системной энзимотерапии.

Стадия I: 1 мг (4 инъекции) → 2,5 мг (4 инъекции) → 5 мг (4 инъекции) → 10 мг (8 инъекций) → 20 мг (8 инъекций) → 30 мг (8 инъекций)

Стадии II и III: 0,01 мг (8 инъекций) → 0,1 мг (8 инъекций) → 0,5 мг (4 инъекции) → 1 мг (4 инъекции) → 2,5 мг (4 инъекции) → 5 мг (4 инъекции) → 10 мг (8 инъекций) → 20 мг (8 инъекций) → 30 мг (8 инъекций).

Длительность терапии: в стадии I в течение 1-2 месяцев, в стадии II - около 6 месяцев, в стадии III - длительная терапия, до редукции симптомов заболевания.

8. Синдром хронической усталости (R.Klepzig, 78126 Koenigsfeld, 42 пациента)

Препарат выбора: Хеликсор А назначают пациентам с хрупкой конституцией, интеллектуалам; Хеликсор М - пациентам с крепкой конституцией, ожирением, при акценте на обмен веществ.

Дозировка: по 1 ампуле 2 раза в неделю подкожно (в брюшную стенку в разные места).

1 мг (3 инъекции) → 5 мг (3 инъекции) → 10 мг (при отсутствии местной реакции, длительная терапия). При отсутствии местной реакции в местах проведения инъекций концентрацию постепенно увеличивают.

Длительность терапии: в среднем 6 месяцев и более при потребности. Эффект наступает спустя 4 недели омелотерапии (нормализуется сон, температура тела, пищеварение). Спустя 4-6 месяцев в 80% случаев наблюдается явное улучшение качества жизни.

9. Эндометриоз (Maris B. et al. Manuskript Anwendungsbeobachtung. 2008).

Эндометриоз - одно из наиболее распространенных гинекологических заболеваний, которым страдают около 10% женщин детородного возраста. Клетки эндометрия из матки проникают в нижний отдел брюшной полости и разрастаются на яичниках, во влагалище или на стенках кишечника, очаги обнаруживают также в легких и головном мозге. Боли зависят от цикла, кровотечений и реактивных воспалений. Имеют место хронические боли в спине и животе, при испражнении, мочеотделении, половом акте. Причинами заболевания являются: нарушение перистальтики мускулатуры матки, гормональные и иммунологические нарушения.

Врачи академической медицины назначают антигормональную терапию (аналоги гонадотропин-высвобождающих гормонов, гестагены), антиревматические препараты, оперативную санацию.

Препарат выбора: Хеликсор М. При аллергиях, лицам с атопией и аутоиммунными заболеваниями – Хеликсор А.

Дозировка: по 1 ампуле подкожно 2 раза в неделю.

1 мг (3 инъекции) → 5 мг (3 инъекции) → 10 мг (1 инъекция). Далее цикл инъекций повторяют. При отсутствии реакции концентрацию повышают после 3 инъекций по 10 мг до 20 мг (3 инъекции) → 30 мг (3 инъекции).

При воспалительной реакции более 5 см в диаметре концентрацию препарата понижают на 2 ступени. Во время менструаций терапию не проводят.

Длительность терапии: первоначально в течение 6 месяцев; при отсутствии симптомов - терапевтическая пауза в течение 3 месяцев. Улучшение наблюдается в 40% случаев, 60% - без изменений.

При особенно сильном воспалении проводят противовоспалительную терапию препаратом Геллеборус нигер D6 по 1 ампуле подкожно 2 раза в неделю. В 90% случаев наблюдается улучшение, 5% - без изменений, 5%-ухудшение.

Примечание: необходима диета без молочных продуктов, вегетарианская пища, омега-3 жирные кислоты.



IV. Омелотерапия и иммунореабилитация больных раком

Показания к омелотерапии:

- злокачественные и доброкачественные опухолевые заболевания;
- злокачественные заболевания с поражением кроветворных органов;
- стимуляция костного мозга;
- профилактика рецидивов опухолевых заболеваний;
- предрак.

Таблица 6. Эффекты омелотерапии при раке

Эффекты	Механизм действия
Торможение опухолевой прогрессии.	- прямой: дозозависимая цитотоксичность (уменьшение синтеза белка, повышение индукции апоптоза); - непрямой: торможение ангиогенеза опухоли; - непрямой: рост иммунологических эффекторных клеток.
Иммунная модуляция (сокращение инфекционных заболеваний).	- повышение количества иммунологических эффекторных клеток; - активация иммунологических эффекторных клеток; - высвобождение цитокинов.
Защита ДНК и цитопротекция.	- лимфоциты: повышение стабильности ДНК, восстановление ДНК; - уменьшение иммунной супрессии, вызванной химиотерапией.
Улучшение качества жизни (психотропное действие).	- повышение уровня β-эндорфинов и др., воздействие на нейроэндокринную систему; - ритмичное воздействие.

В результате проведения омелотерапии улучшается кровоснабжение здоровых тканей и уменьшаются боли. Наблюдается нормализация основного вещества – внеклеточного матрикса (уменьшается активность металлопротеаз, что приводит к сокращению разрушительных процессов, повышается неосинтез коллагена и матрикса, т.е. усиливаются восстановительные процессы).

Таблица 7. Дополнительные возможности омелотерапии на различных этапах иммунореабилитации больных раком

Вид терапии	Основные показания	Терапевтическая цель
Паллиативная терапия	- неоперабельная или метастазирующая опухоль; - злокачественная лимфома; - плазмоцитома; - хронические лейкозы.	- улучшение качества жизни; - торможение опухолевой прогрессии
Адьювантная терапия	- профилактика рецидивов после первичной терапии онкозаболевания	- стимуляция иммунитета; - повышение выживаемости.
Дополнительная терапия	- проведение химио- или радиотерапии	- иммунная протекция; - улучшение переносимости проводимой терапии.
Профилактика	- предрак	- лечение предрака.

Таблица 8. Хеликсор в комплексной терапии рака

Период	Применение	Цель
До операции	подкожно	- предотвращение иммунной супрессии; - профилактика инфекционных заболеваний; - предотвращение метастазов.
При даче наркоза	внутривенная инфузия	
После операции	подкожно	- длительная профилактика рецидивов.
При проведении химио- или радиотерапии	подкожно / инфузия	- улучшение переносимости химио- или радиотерапии; - уменьшение иммунной супрессии; - торможение опухолевой прогрессии.
После химио- или радиотерапии	подкожно	- активизация регенерации; - восстановление иммунитета.
При неоперабельной опухоли	внутриопухолевое введение	- рассасывание опухоли; - вызов специфической опухолевой реакции.
Метастазы	подкожно / внутривенная инфузия	- улучшение качества жизни и уменьшение болей.
Плевральный выпот	интраплевральная инстилляция	- уменьшение плеврального выпота и удушья.
Предрак	подкожно	- лечение предрака; - профилактика рака (снижение риска онкозаболеваний).

V. Хеликсор в профилактике рака и предраковых заболеваний

Профилактика онкозаболеваний показана в следующих случаях:

- генетическая предрасположенность (рак молочной железы, колоректальный рак и др.),
- канцерогенные воздействия (радиотерапия, химиотерапия, воздействие химикатами, курение и др.),
- отсутствие в анамнезе инфекций, сопровождающихся повышением температуры,
- наличие предрака (хронические воспаления, хронические гепатиты В, С, миомы, кисты, аденомы и др.),
- канцерофобия.

Раковая опухоль формируется в организме постепенно, и на разных стадиях этого многоступенчатого процесса можно применять препараты омелы белой. При воздействии канцерогенов на начальной стадии формирования заболевания препараты Хеликсор действуют как антиоксиданты, при повреждении ДНК - восстанавливают ее. На следующей стадии развития онкозаболевания Хеликсор вызывает апоптоз раковых клеток. На стадии прогрессии онкозаболевания Хеликсор предотвращает дальнейшие мутации злокачественных клеток.

К неспецифическим симптом предрака относятся:

- нарушение суточного температурного ритма,
- потеря аппетита,
- констипация,
- ощущение холода, апатия, адинамия, спад работоспособности, длительный спад настроения, ощущение безнадежности, депрессия, страх (ипохондрия).

Препарат выбора:

- Хеликсор А - при генетической предрасположенности, повышенной канцерогенной опасности, страхе;
- Хеликсор М - при хронических инфекционных заболеваниях.

Дозировка: по 1 ампуле подкожно 2-3 раза в неделю; проводят 2 курса в год по 16-20 инъекций.

1 мг (3 инъекции) → 5 мг (3 инъекции) → 10 мг.

При отсутствии реакции продолжают инъекции по 10 мг (3 инъекции) → 20 мг (2 инъекции) → 30 мг (3 инъекции).

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.

Предприятие-производитель
ХЕЛИКСОР ХАЙЛЬМИТТЕЛЬ ГмбХ, Германия

www.helixor.de
www.naturvita.ru

Комплексная омелотерапия больных с иммунодефицитом

Ролик И.С.

Тезисы выступления на симпозиуме «Омелотерапия: актуальные вопросы иммунореабилитации» 26.01.2008 г.

Синдром приобретённого иммунодефицита СПИД:
- развивается на фоне ВИЧ-инфекции,
- характеризуется падением числа лимфоцитов CD4+,
- возникают оппортунистические инфекции и др.

Используемые в клинике «АльянсМедКо» направления и методы патогенетической биотерапии СПИДа:

1. Омелотерапия Хеликсором
2. Фотодинамическая терапия
3. Системная и заместительная энзимотерапия: Протеаза, Дигест (TEC)
4. Вакцинотерапия: вакцины САНУМ
5. Органопрепараты: Thymokehl
6. Озонотерапия.

В качестве примера такого комплексного подхода может служить случай лечения больного В., 1984 г.р., ВИЧ/СПИД, клиническая стадия 2.

Дата обращения: январь 2005 г., диагноз ВИЧ/СПИД с 2001 г.

ПЦР: 7,3Х105 копий РНК ВИЧ-1 на 1 мл.

Лимфоциты: 7,6% (N 15-45).

CD4: 500 клеток/мл (N 1200).

IgE: превышение в 10 раз.

УЗИ: гепатоспленомегалия.

Состояние: генерализованная лимфаденопатия, частые ОРЗ, хронический бронхит с астматическим компонентом (аллергия), остроконечные кандиломы в области промежности, фурункулёз, СХУ.

Биотерапия состояла из 2-х этапов.

1-й этап: десенсибилизирующая терапия,

2-й этап: иммуноактивирующая терапия.

Десенсибилизирующая терапия. Омелотерапия Хеликсором А по десенсибилизирующей схеме. Дополнительно: классическая схема инъекций Геллеборуса D6 (→D5, → D4, →D3) ежедневно по 1 ампуле – по 8 инъекций каждой потенции. Системная энзимотерапия - Protease (фирма TEC, США): внутрь по 2 капсулы 4 раза в день до еды и между едой. Заместительная энзимотерапия - ферментный комплекс Digest (фирмы TEC) внутрь по 2 капсулы 4 раза в день во время еды.

2-й этап биотерапии СПИДа: высокодозная омелотерапия Хеликсором А, фотодинамическая терапия, системная и заместительная энзимотерапия Протеаза, Дигест (TEC), вакцинотерапия Mucokehl, Nigersan, органопрепарат Thymokehl, озонотерапия внутривенно

Высокодозная омелотерапия Хеликсором А выполнялась следующим образом: начиная с 50 мг, внутривенно 2 раза в неделю в сочетании с подкожным введением, начиная с 0,01 мг, ежедневно.

Результат через 6 месяцев терапии:

ПЦР: 4,3Х105 копий РНК ВИЧ-1 на 1 мл

Лимфоциты: 24,8% (N 15-45). CD4: 600 кл./мл

IgE: N

УЗИ: восстановление размеров печени и селезёнки

Состояние: лимфаденопатии - нет, бронхиальные жалобы - отс., фурункулёз – изл., СХУ - нет.



Разработанный комплексный подход позволяет:
- эффективно сдерживать падение лимфоцитов,
- восстанавливает утраченный противоинфекционный иммунитет,
- восстанавливает противоопухолевый иммунитет.
- сохраняет работоспособность и качество жизни.



Особенности инъекционной терапии Геллеборусом хронических болезней лёгких

Гущин А.Ю.

Тезисы выступления на симпозиуме «Омелотерапия: актуальные вопросы иммунореабилитации» 26.01.2008 г.

Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) относятся к числу наиболее распространенных заболеваний человека.

В структуре заболеваемости они входят в число лидирующих по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности.

Занимают четвертое место среди причин смерти. При этом в развитых странах мира прогнозируется увеличение смертности от ХОБЛ в недалеком будущем.

ХОБЛ наносят значительный экономический ущерб, связанный с временной и стойкой утратой трудоспособности самой активной части населения.

ХОБЛ - собирательное понятие, которое объединяет группу хронических болезней дыхательной системы: хронический обструктивный бронхит (ХОБ), эмфизема легких (ЭЛ), бронхиальная астма (БА) тяжелого течения.

В США и Великобритании в понятие “хронические обструктивные болезни легких” включают также муковисцидоз, облитерирующий бронхиолит и бронхоэктатическую болезнь.

Признак, по которому формируется группа ХОБЛ - это медленно прогрессирующая необратимая бронхиальная обструкция с нарастающими явлениями хронической дыхательной недостаточности.

Основные клинические проявления ХОБЛ: выраженные в различной степени кашель и одышка, продукция и выделение мокроты.

Особенности инъекционной терапии Геллеборусом хронических болезней лёгких. Инъекции выполнялись подкожно по классической схеме в лимфотропные зоны Юрьина (рис. 1).

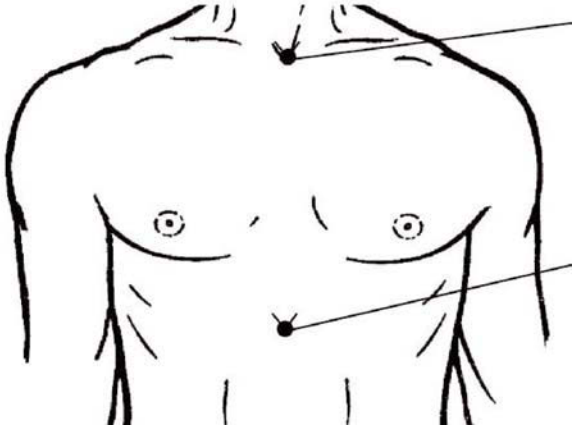


Рис. 1. Лимфотропные зоны Юрьина для инъекций ГЕЛЛЕБОРУСА при легочной патологии.

Под динамическим наблюдением находились 50 пациентов с верифицированным диагнозом ХОБЛ в возрасте от 35 до 75 лет. Средний возраст составил 54,4±3,6 года. Мужчин было 21 (42%), женщин – 29 (58%). Давность заболевания составила18,7±2,1 лет. Больных с легким течением ХОБЛ было 26 (52%), со средне-тяжелым – 18



(36%.), и с тяжелым – 6 (12%). Курили 16 мужчин и 11 женщин.

В ходе исследования состояния больных до и после лечения учитывались следующие параметры: функция внешнего дыхания (ФВД), АД, ЭКГ, общий анализ крови, иммунологический статус, показатели микроциркуляции.

Методом случайной выборки пациенты были распределены на 2 группы наблюдения.

- 1-ая группа (n=20) – получала препараты базисной терапии + препарат растительного происхождения - водный экстракт морозника черного - Helleborus niger aquos.
- 2-ая группа (n=30) – препараты базисной терапии.

Результаты.

За год наблюдения из 20 пациентов 1-ой гр. обострение наблюдалось у 2, во 2-ой группе – у 8. Средняя длительность 1 случая обострения до лечения составила 18,3 дня у пациентов 1-ой группы и 18,8 дня у пациентов 2 группы наблюдения. После курса лечения средняя длительность обострения у пациентов 1 группы снизилась до 14,2 дня (на 4,1 дня), у пациентов же 2 группы осталась практически без изменений - 17,9 дня. Тяжесть течения обострения у пациентов 1 группы была менее выражена, температурная реакция ниже, выделения гнойной мокроты прекращались на 3-4 дня раньше, симптомы интоксикации были менее выраженными, чем у пациентов 2-ой группы. Частота заболеваний ОРВИ существенно уменьшилась у больных в 1-ой группе наблюдения после проведенного лечения (в 2 раза), чем во второй группе (в 1,3 раза).

Показатели ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1 и индекс Тиффно изменились статистически недостоверно (p>0,5) как у пациентов 1 группы, так и во 2 группе наблюдения.

Показатели ПСВ (пиковой скорости выдоха) до лечения были <80% у 16 больных 1 группы (80%) и у 23 (76,6%) больных 2 группы наблюдения.

Базисная терапия в сочетании с Helleborus niger aquos изменила число больных со сниженными показателями ПСВ <80% на 62,5% (у 10 из 16); у больных, получавших только базисную терапию существенных изменений не наблюдалось – уменьшение на 30,4% (у 7 из 23). Динамика показателей гемограммы была более выраженной у пациентов 1 группы наблюдения ($p<0,01$).

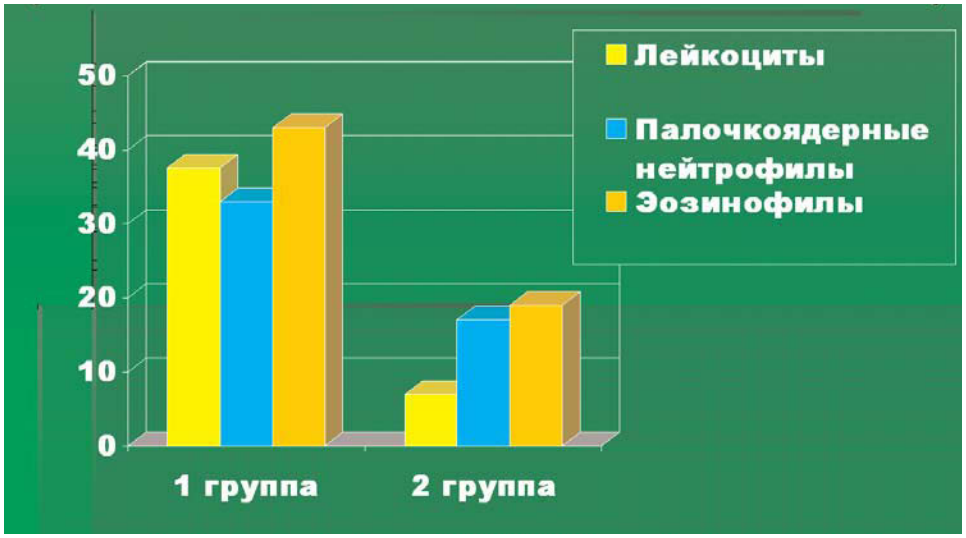


Рис. 2. Нормализация показателей крови (%) у пациентов ХОБЛ (с изначально измененными показателями). Отмечена положительная динамика изменений показателей гуморального иммунитета (динамика через 3 месяца терапии).

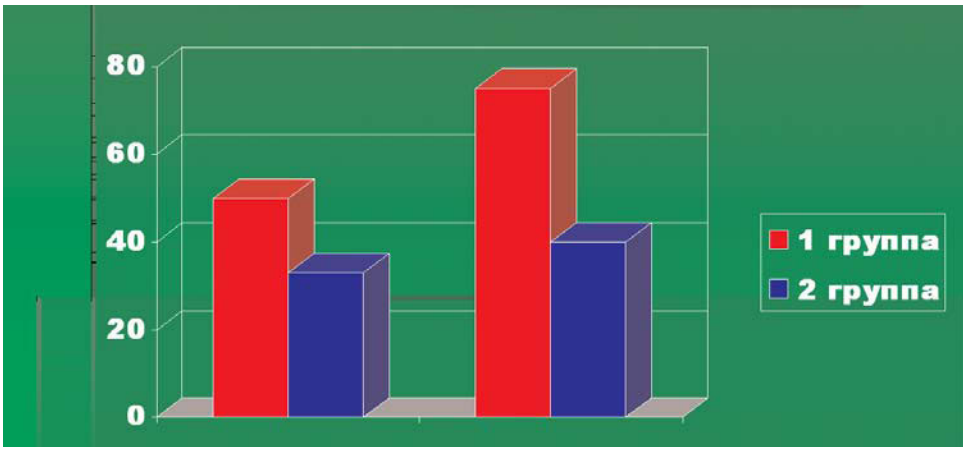


Рис. 3. Показатели (% нормы) IgA у больных ХОБЛ до и после лечения

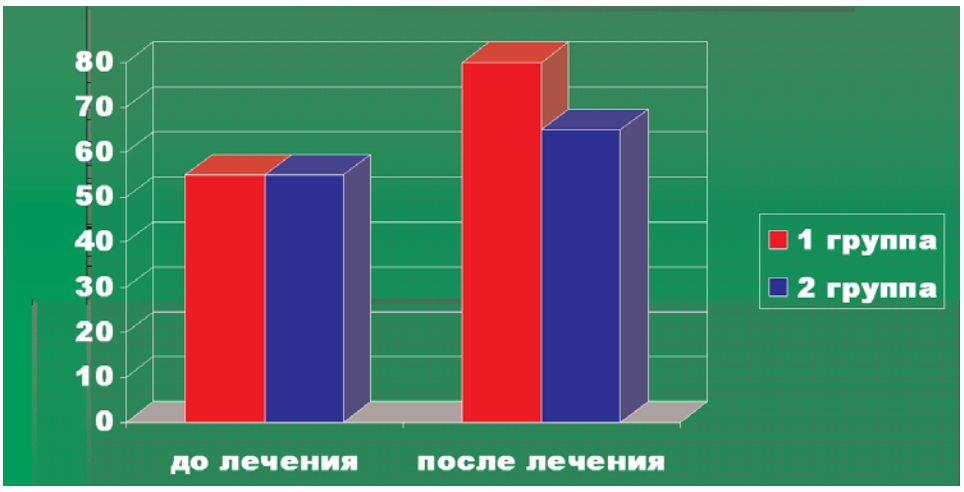


Рис. 4. Показатели (% нормы) IgG у больных ХОБЛ до и после лечения

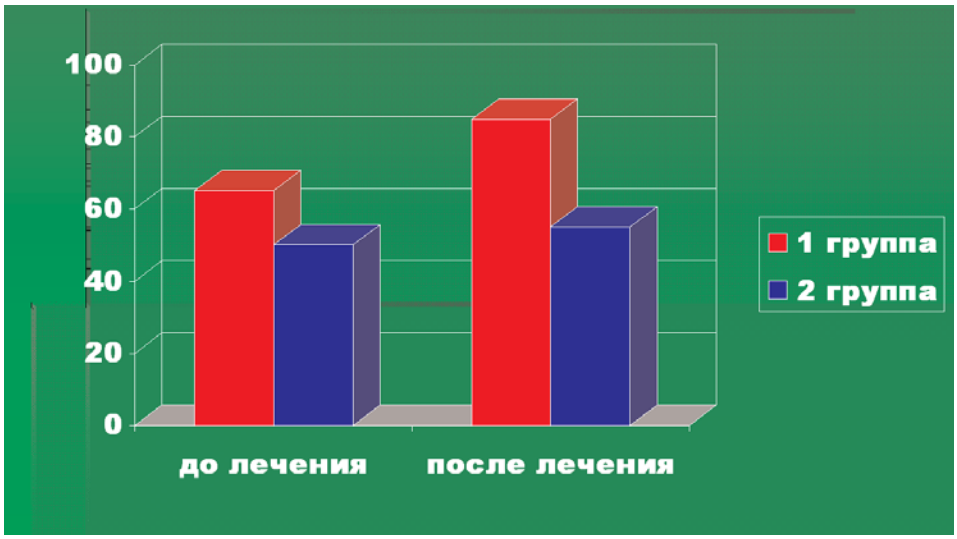


Рис. 5. Показатели (% нормы) IgM больных ХОБЛ до и после лечения

При анализе изменений микроциркуляции у больных обеих групп восстановились до нормы показатели артериолярного звена микроциркуляции, тогда как лишь у пациентов I группы (которым на фоне базисной терапии проводилась инъекционная терапия Helleborus niger) восстановились показатели венулярного звена микроциркуляторного русла.

Вывод.

Применение инъекционного препарата Helleborus niger фирмы HELIXOR в комплексной терапии больных ХОБЛ способствует улучшению клинических, лабораторных показателей и данных микроциркуляции, что дает основание рекомендовать его для восстановительной терапии больных ХОБЛ.

Хеликсор в купировании боли в спине: методики фармакопунктуры

Торопов А.Л.

Тезисы выступления на симпозиуме «Омелотерапия: актуальные вопросы иммунореабилитации» 26.01.2008 г.

Среди болевых скелетно–мышечных синдромов боли в спине занимают лидирующее положение по количеству дней нетрудоспособности у работающего населения. 58–84% взрослой популяции испытывали когда–либо боль в пояснице, среди них: 13,8% – длительность болей не менее двух недель в течение последних 6 месяцев, 17% страдают хроническими болями, 11% – испытывают социальную дезадаптацию из–за болевого синдрома.

В связи с тем, что пик заболеваемости приходится на трудоспособный возраст, проблема болей в пояснице имеет и экономическую значимость. Экономический ущерб включает в себя не только прямые потери в виде непосредственных затрат на оказание медицинской помощи и социальные выплаты (в связи с временной или постоянной потерей трудоспособности), но и непрямые – в виде ущерба от непроизведенной работы и снижения работоспособности.

Причины болей в спине весьма разнообразны и многочисленны. Наиболее часто встречаются:

- миофасциальные,
- спондилогенные,
- висцерогенные,
- психогенные

В связи с чем дорсалгии делят на две большие группы: спондилогенные и неспондилогенные (Левит К., Захсе Й., Янда В., 1993; Богачева Л. А., Снеткова Е. П., 1996; Вейн А. М., 1999).

В.П.Веселовский (1991) выделял четыре основных



варианта спондилогенного синдрома:

- компрессионный,
- дисфиксационный,
- дисциркуляторный,
- асептиковоспалительный.

Компрессионный и асептиковоспалительный вариант встречается лишь при нарушении целостности фиброзного кольца, а дисфиксационный и дисциркуляторный как при нарушении, так и при сохранности фиброзного кольца. Для практического применения важно учитывать различные особенности жалоб пациента, позволяющие предположить механизм раздражения рецепторов синувертебрального нерва.

Одним из основных неспондилогенных факторов болевого синдрома является первичная миофасциальная патология. Причиной миофасциальных болей являются триггерные точки, полиэтиологичность которых уже не оспаривается (Филиппович Н. Ф., Филиппович А. Н., 1994; Simons D. G., 1995). Выделены следующие критерии диагностики миофасциального болевого синдрома (Алексеев В.В., Солоха О.А., 2001) - «большие» критерии (необходимо наличие всех):

- жалобы на региональную боль,
- пальпируемый «тугой» тяж в мышце, участок повышенной чувствительности в пределах «тугого» тяжа,
- характерный паттерн отраженной боли или чувствительных расстройств, ограничение объема движений

«Малые» критерии (необходимо наличие 1 из 3):

- воспроизводимость боли или чувствительных нарушений при стимуляции триггерных точек,
- локальное вздрагивание при пальпации триггерной точки заинтересованной мышцы или при инъекции в триггерную точку,
- уменьшение боли при растяжении или при инъекции в мышцу.

Как доказано многочисленными исследованиями, появление болей в спине носит полиэтиологичный характер и на эту проблему необходимо смотреть с позиций целостного подхода к организму.

Согласно теории Энгельгарта, организм и среда обмениваются тремя потоками: материи, энергии и информации. В регуляции процессов, возникающих в результате такого обмена в организме, участвуют гуморально-гормональная, нервная и канально-меридианальная системы, деятельность которых осуществляется на основе формирования функциональных биологических систем (П.К. Анохин,1975, 1979; К.В. Судаков, 1984, 1987).

В своей работе "Полисистемные неспецифические синдромы в клиническом полиморфизме заболеваний нервной системы и их коррекция" И.Р.Шмидт указывает, что одной из важнейших функций организма является двигательная (биомеханическая) функция, которая обеспечивается функциональной двигательной регуляторной системой. О нарушении регуляции деятельности опорно-двигательной системы свидетельствуют, прежде всего, обратимые нарушения биомеханики, которые в отечественной литературе обозначаются как патобиомеханические изменения (ПБМИ). Автор указывает, что у всех обследуемых больных с вертеброгенной и невертеброгенной неврологической патологией, а также при заболеваниях внутренних органов отмечаются функциональные изменения биомеханики, неотъемлемой частью которых является боль в спине. Такие же результаты имеются и в нашей работе.

Следствием вышесказанного является понимание того факта, что для лечения болей в спине нужны методы лечения и препараты, оказывающие системное влияние на гомеостаз организма, помогающие активизировать механизмы саногенеза. И к таким средствам в полной мере относятся препараты фирмы HELIXOR. На протяжении последних 6 лет мы используем их при различных хронических заболеваниях как внутренних органов, так и опорно-двигательного аппарата с болевым синдромом.

При этом наиболее эффективно применение омелотерапии в рамках биопунктуры (фармакопунктуры). Помимо точек акупунктуры, эффективно выполнение инъекций в точки невральной терапии, триггерные точки, зоны отраженной боли. Всё это значительно улучшает результаты лечения. В качестве примера можно привести точки акупунктуры, которые используются в купировании боли в области поясничного отдела позвоночника (рис. 1).

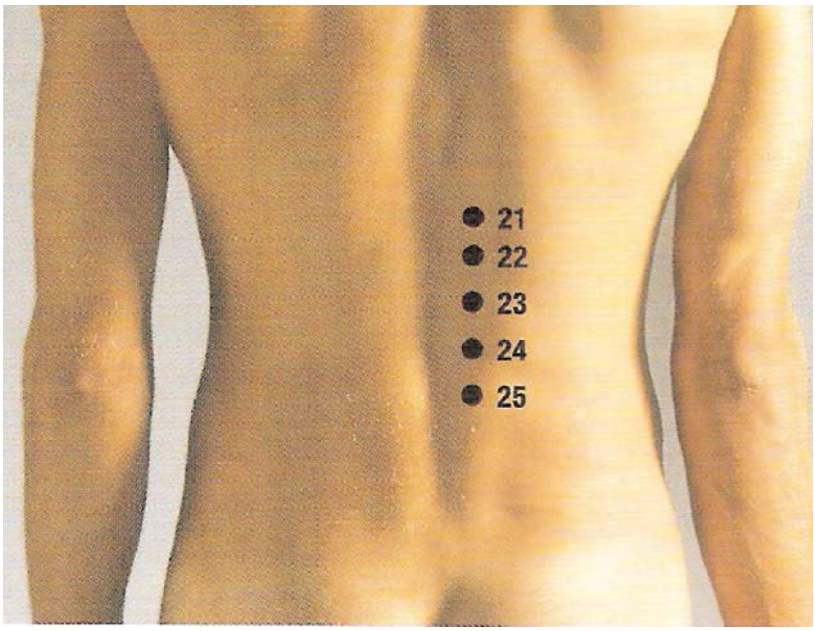


Рис.1. 21-25 точки меридиана мочевого пузыря для введения Хеликсора при болевых синдромах остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника.

На следующих рисунках приведены данные исследования пациента с болевым синдромом в области поясницы до фармакопунктуры Хеликсором А (рис. 2) и после неё (рис. 3).

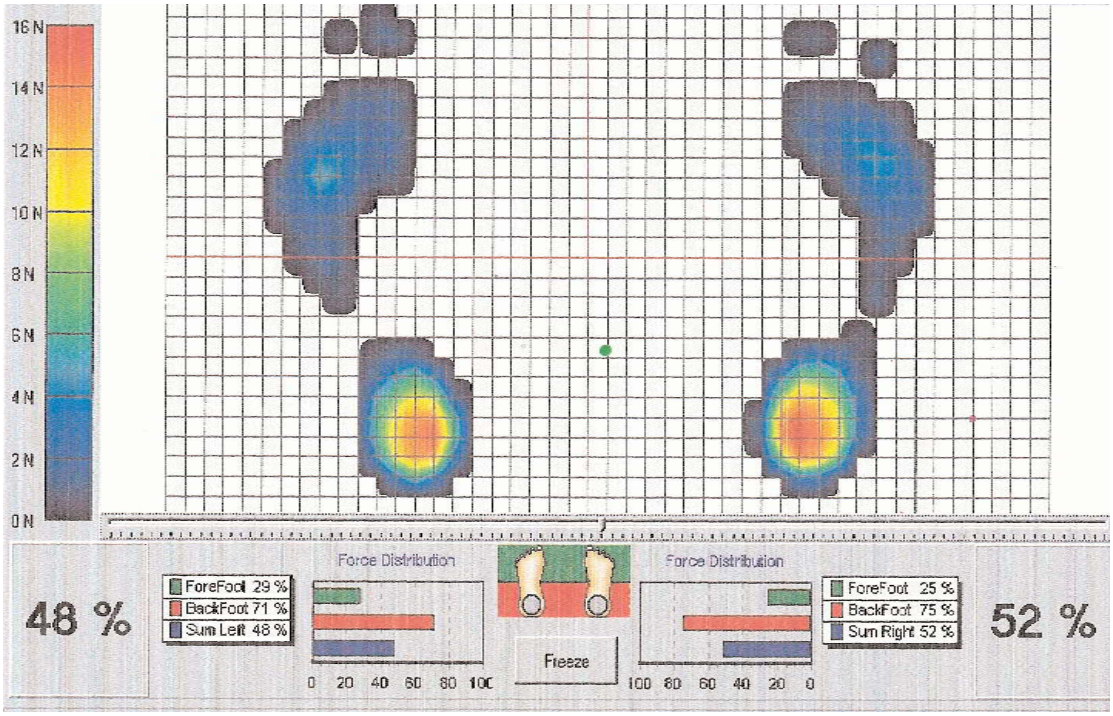


Рис. 2. Рис. 2. Распределение осевой нагрузки позвоночника на стопу до фармакопунктуры Хеликсором А.

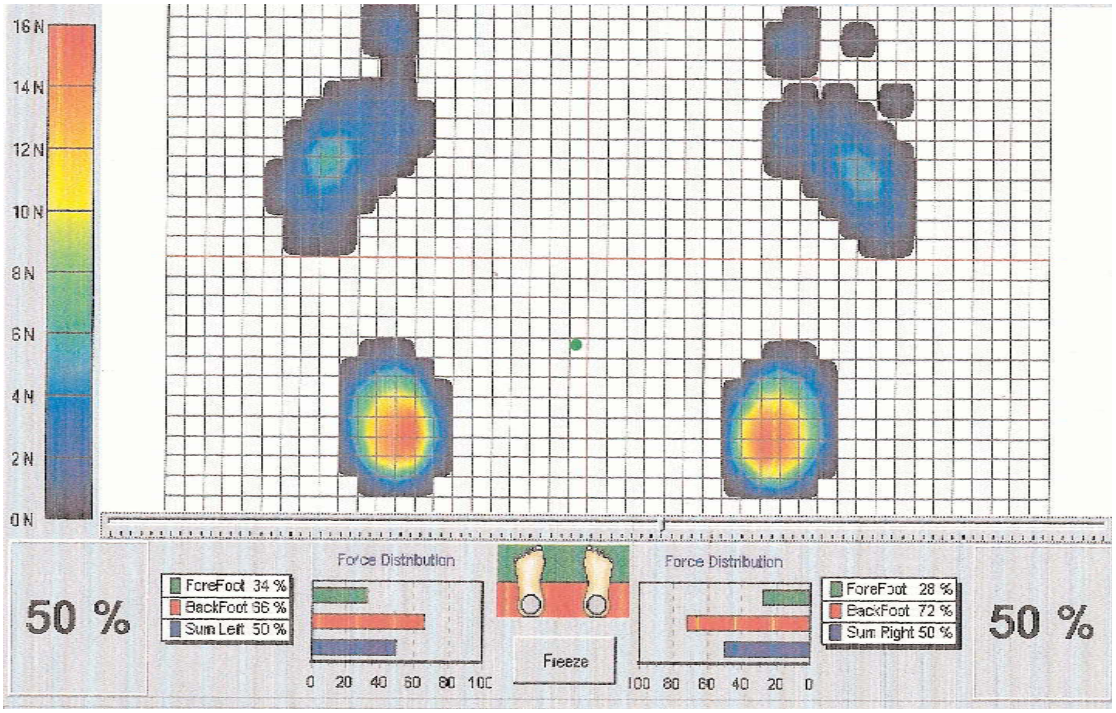


Рис. 3. Распределение осевой нагрузки позвоночника на стопу после фармакопунктуры Хеликсором А.

После инъецирования Хеликсора А купируется не только боль, но и, как видно из рис. 3, происходит восстановление равномерности нагрузки и мышечного тонуса.

Омелотерапия Хеликсором А аутоиммунного тиреоидита и узлового зоба

Толкачёв И.Б.

Тезисы выступления на симпозиуме «Омелотерапия: актуальные вопросы иммунореабилитации» 26.01.2008 г.

Хронический аутоиммунный тиреоидит:

- заболевание, являющееся наиболее частым из всех болезней щитовидной железы

- распространенность среди детского населения составляет от 0,1 до 1,2% и от 6 до 10% среди женщин старше 60 лет; в общей популяции на каждые 10-30 взрослых женщин приходится 1 случай заболевания аутоиммунным тиреоидитом.

Хронический аутоиммунный тиреоидит - заболевание щитовидной железы, обусловленное дефектом иммунного надзора, характеризуется повышенной продукцией антител к тиреоцитам, тиреоглобулину, микросомальному антигену. Антитела к тиреоглобулину способствуют повреждению щитовидной железы киллерными Т-лимфоцитами.

Классификация аутоиммунного тиреоидита:

■ гипертрофическая форма аутоиммунного тиреоидита, или тиреоидит Хасимото (щитовидная железа плотная, диффузная, ее функция не нарушена, но чаще отмечаются умеренные нарушения ее функции - гипотиреоз или тиреотоксикоз)

■ атрофическая форма аутоиммунного тиреоидита (щитовидная железа никогда не была увеличенной или раньше отмечалось умеренное увеличение щитовидной железы, а в момент обследования объем щитовидной железы в норме или уменьшен, функционально - гипотиреоз).

Диагностические критерии хронического аутоиммунного тиреоидита:

- гипотиреоз (гипертиреоз возможен в ранней стадии),

- наличие антител к структурам щитовидной железы (антитела к тиреоглобулину и антитела к тиреопероксидазе),

- ультразвуковые признаки: неоднородность структуры, снижение эхогенности, гиперваскуляризация,

- цитология (результат пункционной биопсии).

Комплексная омелотерапия:

■ Хеликсор А по десенсибилизирующей схеме (подкожные инъекции в зону проекции щитовидной железы) (рис. 1);

■ синергисты омелотерапии:

- Thyroid Complex (нормо- или гипофункция щитовидной железы),

- геллеборус нигер аквос,

- аутогемотерапия,

- энзимотерапия: заместительная, системная (Digest, Protease).

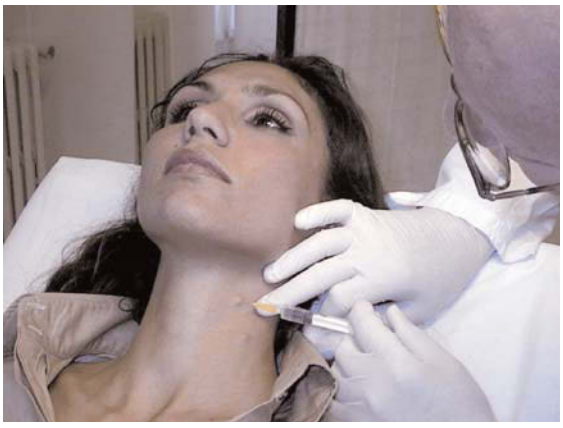


Рис. 1. Места подкожных инъекций Хеликсора при аутоиммунном тиреоидите.



На фоне омелотерапии происходит:

■ снижение агрессивности аутореактивных Т- и В-лимфоцитов,

■ блокировка аутоактивации Т- и В-лимфоцитов,

■ снижение выработки аутоантител.

В качестве примера – случай заболевания аутоиммунным тиреоидитом: больная Н., 46 лет. До лечения Хеликсором А (рис. 2)

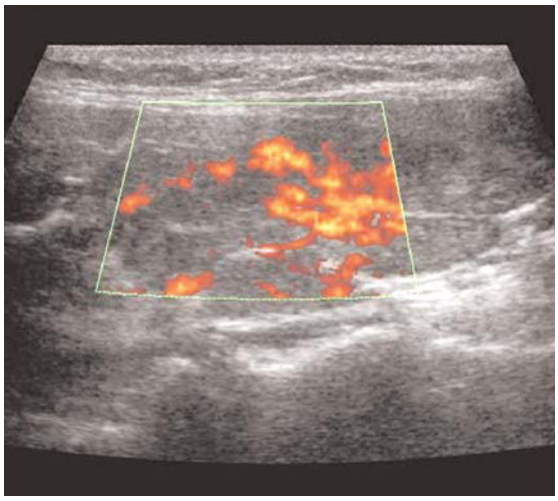


Рис. 2. УЗ-картина аутоиммунного тиреоидита до омелотерапии: гиперваскуляризация.

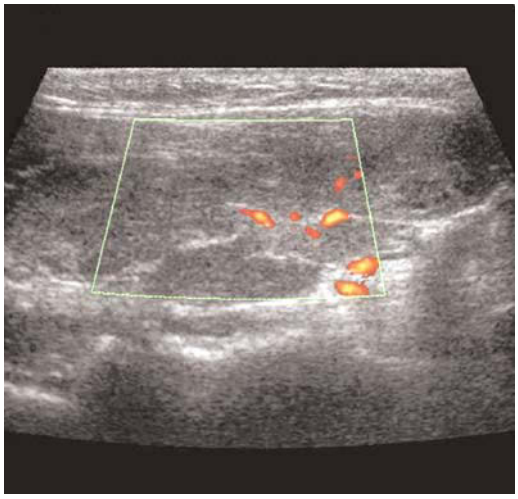


Рис. 3. УЗ-картина аутоиммунного тиреоидита на фоне десенсибилизирующей омелотерапии: гиперваскуляризация значительно снизилась.

Узловой зоб - собирательное клиническое понятие, объединяющее все опухолевые образования щитовидной железы, отличающиеся от ткани железы по строению, структуре, составу (могут быть доброкачественными или злокачественными)

- Около 10% населения земного шара имеют те или иные очаговые поражения щитовидной железы
- Так как понятие узлового зоба является собирательным, патогенез заболевания обусловлен теми или иными причинами в каждом конкретном случае в зависимости от морфологической формы узлового образования

Консервативная терапия доброкачественных образований щитовидной железы проводилась по следующим направлениям:

- Хеликсор А по классической схеме (подкожно в воротниковую зону и зону проекции железы),
- Thyroid Complex,
- Геллеборус нигер аквос при кистозной дегенерации узлов и простых кистах,
- Системная энзимотерапия Protease.



Рис. 4. УЗ-картина узлового зоба до лечения

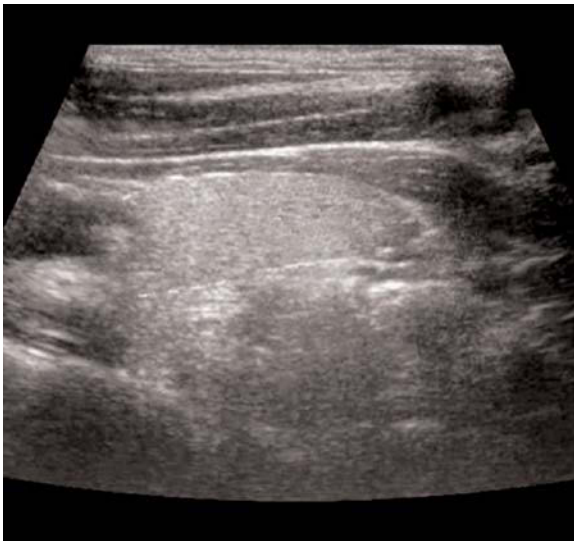


Рис. 5. УЗ-картина узлового зоба после комплексной омелотерапии.

Выводы

- Омелотерапия – существенный шаг в лечении узловых образований и аутоиммунной патологии щитовидной железы,
- Препараты омелы белой – ключевое звено в терапии аутоиммунных болезней, т.к. Хеликсор влияет на многочисленные звенья иммунитета, и это существенно отличает его от других известных иммуномодуляторов,
- Фармакологические эффекты омелотерапии зависят от типа Хеликсора, используемых концентраций и обоснованного сочетания с синергистами.

Опыт гаптенотерапии
Корнелиус П.

P. Cornelius. Therapeutische Erfahrungen mit Haptenen. // Sanum-Post. 2001. 54. 7-17.

В середине семидесятых годов прошлого века от врача, прибывшего из Аргентины, я впервые узнал о существовании полисахаридных гаптенов, полученных из микробов - возбудителей заболеваний, которые могут использоваться не только в диагностических, но и в терапевтических целях. Так, препарат Haptenovacuna из Аргентины, полученный из штамма коринебактерий, культивируемых в носовой полости, получивший своё название от vacuna (пазуха), использовался им в лечении заболеваний придаточных пазух носа. Врач привёл случаи излечения псориаза аргентинским препаратом Polipse (немецкий гаптен SANUKEHL Pseu) на основе полисахаридов, полученных из Pseudomonas.

В данной статье изложен мой опыт использования гаптенов и результаты исследований иммунолога Jan Klein (J. Klein. Lehrbuch der Immunologie).

Что такое гаптены?

В иммунологию понятие «гаптены» ввел Landsteiner в 1923 г. Название от греческого слова «haptein» означает «прикреплять», т.к. гаптены прикрепляются к антигенам. Антигены, соединенные с гаптенами, называются конъюгированными антигенами. Молекулярный вес гаптена обычно менее 4 000 Да (по Jan Klein). Другие авторы считают, что вес гаптена составляет менее 1 000 Да, а J.Hartmann сообщает о молекулярном весе гаптена (полисахарида В) из Brucella melitensis около 5 000 Да.

Гаптены двухвалентны. Одна из этих валентностей конъюгированного антигена является носителем антигенных свойств. Когда конъюгированные антигены попадают в организм, валентности их гаптенов (по Jan Klein) вступают во взаимодействие с рецепторами В-лимфоцитов.

В отличие от гаптенов, которые не обладают антигенными свойствами, молекула антигена должна иметь массу в 4 000 Да. Высокоактивные антигены могут быть массой более 100 000 Да. Эти антигены могут связываться только рецепторами Т-клеток - тимус-зависимых Т-лимфоцитов. Только когда конъюгированный антиген связан одной своей валентностью (или частью) с Т-клеткой, а своей гаптеновой частью с В-клеткой, то В-клетка (по Jan Klein) способна образовывать специфические антитела, которые взаимодействуют с антигенами. Если гаптены отсутствуют, то свободные антигены связываются с рецепторами Т-клеток и возникает воспалительная реакция. В этих условиях взаимодействие с В-клетками невозможно и образование антител не происходит.

Из-за отсутствия гаптенов неизбежно блокируется вторая часть иммунной реакции и воспаление переходит в хроническую стадию и обозначается как первичное хроническое, т.к. острую стадию трудно распознать. В качестве гаптенов могут быть разные субстанции: липиды, липопротеиды, нуклеиновые кислоты, полисахариды. Гаптены, которые встречаются в болезнетворных микробах, почти всегда полисахариды, специфичные для каждого возбудителя или групп возбудителей.

Ясно, что гаптен Pseudomonas aeruginosa (Bac. pyocyaneus) связывается с антигеном этого возбудителя и другими свободными антигенами, гомологичными ему. Это означает, что при замене гаптенов, которые были каким-то образом утеряны, антигены снова превращаются в конъюгированные антигены. При этом восстанавливается их связующая способность с рецепторами В-клеток и индуцируется процесс антителообразования.

Быстрое действие гаптенов, многократно испытанное в разных случаях, свидетельствует о том, что в наличии должны быть изолированные антигены, связанные с рецепторами Т-лимфоцитов, которые и ответственны за воспаление. Когда такие комплексы Т-лимфоцитов и антигены ликвидируются, то воспаление исчезает.

Это обстоятельство побудило меня назвать гаптены абсорбентами антигенов.

Таким образом, применение гаптенов открывает новые возможности для лечения заболеваний, которые обусловлены присутствием антигенов. Так, в случае с псориазом, который поддерживался антигенами Pseudomonas, они были абсорбированы гомологичными гаптенами Pseudomonas, и болезнь редуцировалась. Однако такие наблюдения чрезвычайно редки.

Исследование показало, что из 1000 отобранных пациентов с псориазом, прошедших лечение препаратом Polipse (гаптены B.pyocyaneus), только у трех было достигнуто излечение, что составило 0,3%, и на этом такие испытания были остановлены. На самом же деле следует считать, что только у этих трех пациентов были показания для применения препарата Polipse (немецкий препарат Sanukehl Pseu), и поэтому он показал 100%-ную эффективность.

Возникает вопрос, как могла возникнуть такая нагрузка организма отдельными антигенами. Представим себе, что полисахариды, как, например, крахмал, расщепляются пищеварительными ферментами на моносахариды в ЖКТ или в гликоген - в мышечной ткани. Полисахаридные гаптены микробов могут разрушаться ферментами пищеварительного тракта и клеток. Можно предположить, что из инфицированного материала, который попадает в пищеварительный тракт, будут высвобождаться антигены микробов, несмотря на то что сами возбудители уничтожены тепловой обработкой пищи или антибиотиками.

Для того чтобы избежать разрушения гаптенов в пищеварительном тракте, применяемых в терапевтических целях, они вводятся парентерально: внутримышечно или подкожно (гаптены в ампулах). Гаптеновые препараты фирмы САНУМ во флаконах-капельницах лучше применять в виде кожных втираний, например, в местах локтевых сгибов, или сублингвально, но не перорально, т.к. они инактивируются пищеварительными ферментами.

Тестирование позволяет оптимизировать точность установления показаний к применению гаптенов. Такие методы тестирования, как электропунктурная диагностика по Р.Фоллю, кинезиологический метод или радиэстезия дают возможность индивидуального подхода, который с точки зрения академической медицины не совсем приемлем. От врачей, получивших классическое медицинское образование, не нужно ожидать понимания в использовании данных методов.

Таким образом, показания для применения гаптенов

могут быть установлены только посредством терапевтического опыта. Только опираясь на наблюдаемый результат лечения гаптеном, как абсорбентом антигенов, можно сделать вывод, что симптомы заболевания вызваны антигеном, связывающимся с гомологичным гаптеном. Гаптен может использоваться в качестве средства дифференциальной диагностики, когда он не эффективен, т.е. заболевание вызвано не гомологичными антигенами, которые могли быть инактивированы гомологичным типом гаптена.

Это значит, что выявлять эффективность гаптенового препарата при помощи рандомизированных исследований двойным слепым методом абсурдно, как и проверять всхожесть семян зерновых, рассыпая их на мощеной площади. И если только три зерна из тысячи взойдут, это не означает, что всхожесть составляет только три тысячных, а указывает лишь на места залегания перегноя, обеспечившего их всхожесть.

После проведенных наблюдений за 25 летний период, когда было инъецировано более 3000 ампул гаптенов, мною были установлены 3 области наиболее эффективного применения этих препаратов. Все они проиллюстрированы отдельными примерами, показывающими, что применение гаптенов является чрезвычайно эффективной терапией.

А. Гаптенотерапия симптомов остаточной инфекции после проведенной антибиотикотерапии

Случай 1

В июле 1986 г. в семье К. отец и сын страдали затяжными поносами. Копрологические исследования на патогенную флору у обоих показали вероятную причину заболевания - кишечный кандидамикоз. После противогрибковой терапии нистатином сын скоро выздоровел. Отец, тогда 49-летний г-н Е.К., на данную терапию не прореагировал никак, а в дополнение получил осложнения на суставы позвоночника. Дальнейшее лечение амфотерицином не принесло облегчения. Копрологическое исследование не выявило признаков кандидоза.

Он прибыл ко мне на приём. Пациенту была выполнена одна инъекция 1 мл гаптена Candida - SANUKEHL Cand, что привело к полному исчезновению как кишечных, так и вертебральных проявлений патологии.

Случай 2

Пациентке проведено оперативное лечение абсцесса нёбной миндалины с последующей антибиотикотерапией. Но чувствовать она стала себя хуже, чем до заболевания.

По моему мнению, при вскрытии абсцесса она наглоталась гноя и возник алиментарный микробный токсикоз.

Спустя несколько минут после инъекции 1 мл стрептококкового гаптена SANUKEHL Strep ее состояние значительно улучшилось, а после второй инъекции, выполненной на следующий день, самочувствие полностью нормализовалось.

Случай 3

В сентябре 1999 г. передо мной предстала 40-летняя пациентка С.S., у которой полгода назад была прооперирована пупочная грыжа. После операции возник стрептококковый сепсис, подавленный интенсивной антибиотикотерапией. Но с тех пор её беспокоили боли в области живота и частые поносы.

После инъекции 1 мл стрептококкового гаптена SANUKEHL Strep на следующий день сильные боли в животе утихли на час, а в дальнейшем возобновились, но с меньшей интенсивностью. Инъекция гаптена была повторена. Три дня спустя на короткое время снова возникли боли в животе и рвота, после чего симптомы не возобновлялись. Успех терапии в данном случае свидетельствует о том, что антигены стрептококков были причиной стойкой патологии.

Это может быть вызвано также и мультирезистентными формами Clostridium difficile. В этих случаях оправдано лечение нозодом Clostridium difficile, которое может быть дополнено гаптенотерапией SANUKEHL Serra. Такая терапия специфически стимулирует иммунную систему, активируя иммунитет против возбудителей заболевания.

Лечение больных с отдельными симптомами перенесенной инфекции после антибиотикотерапии наиболее эффективно при использовании гаптенов. Так, в случае перенесенной стафилококковой инфекции необходимо использовать гаптены стафилококков (SANUKEHL Staph), инфекции Coli – гаптены Coli (SANUKEHL Coli), инфекции Proteus – гаптены Proteus (SANUKEHL Prot) и т.д.

В. Гаптенотерапия неинфекционных алиментарных токсикозов

Ботулизм не является единственным алиментарным токсикозом. Заболевания могут быть вызваны оральным приемом токсинов (антигенов) других возбудителей, содержащихся в пищевых продуктах, когда они были инактивированы в результате тепловой обработки или пастеризации.

Случай 4

4 июля 1995 г. на приём пришла 33-летняя пациентка N.L. с приступом ревматизма. Утром ее разбудили боли в онемевших суставах пальцев рук и ног. При этом кожа стоп и кистей была гиперемирована с выраженной отёчностью.

За день до этого она ела мясо птицы, которая, по моему предположению, была поражена микобактериями туберкулеза.

Спустя 5 минут после инъекции 1 мл гаптена БЦЖ SANUKEHL Myc отеки резко уменьшились, купировалась боль в пальцах рук и полностью восстановился объём движений. Я предположил, что причиной приступа ревматизма было алиментарно обусловленное поражение туберкулезными токсинами, проникшими через слизистую ЖКТ в системный кровоток.

После проведенной гаптенотерапии SANUKEHL Myc симптомы ревматизма больше не возникли.

Случай 5

6 марта 1998 г. на приём пришла 73-летняя Е.Н. У нее внезапно появились тошнота, рвота, понос и сильное головокружение, из-за которого она не могла вставать. Перед этим она ела импортированный с Балкан овечий сыр. Инъекция ампулы 1 мл гаптена из Brucella (SANUKEHL Brucel) полностью купировало это патологическое состояние. Отсюда можно полагать, что овечий сыр содержал антигены (токсины) бруцеллеза.

Приведенные наблюдения (разделы А и В) можно объяснить, по всей вероятности, только выше выдвинутыми гипотезами. Несмотря на проведенное противогрибковое лечение и антибиотикотерапию, как это было в случаях 1-3, в организме все же остаются антигены или же они вновь попадают в организм от возбудителей заболеваний, находящихся в продуктах питания (случаи 4 и 5) даже тогда, когда возбудители заболеваний были уничтожены тепловой обработкой или пастеризацией. Из таких конъюгированных антигенов при ферментативном разложении гаптеновых частей в пищеварительном тракте высвобождаются антигены. Так как эти антигены связываются только рецепторами Т-клеток иммунной системы кишечника и не

обезвреживаются В-клетками, пациенту необходимо как можно скорее получить недостающий гаптен для запуска В-лимфоцитами заблокированной иммунной реакции. Только так можно предотвратить хронизацию воспалений, поддерживаемых Т-клетками.

В 4 и 5 случаях, по всей видимости, в наличии имелись уже довольно специфичные клетки памяти, в которых наготове уже были необходимые антитела. Следовательно, при введении в организм гомологичного гаптена комплексы Т-лимфоцитов и антигенов тут же связываются с антителами и нейтрализуются. Это позволяет ликвидировать воспалительные процессы, поддерживаемые Т-клетками. Если же антитела и клетки памяти уже образовались, то процесс терапии длится дольше. В результате иммунный ответ может сопровождаться повышением температуры.

Если при введении гаптенов повышается температура, то это не означает, что наступило нежелательное ухудшение, а наоборот, гипертермия как раз является частью положительного действия препарата. Ни в коем случае нельзя снижать температуру жаропонижающими средствами, а нужно лишь поддержать организм теплом извне.



Рис. 1. Notakehl – универсальная микробная вакцина (нозод), активирующая специфический иммунитет против широкого круга микробов (стрептококков, стафилококков и др.).

С. Гаптенотерапия как дополнение нозодотерапии (вакцинотерапии)

Неинфекционные или инфекционные токсикозы после проведенной антибиотикотерапии, вызванные антигенами, которые своевременно не были нейтрализованы и элиминированы соответствующими вакцинами (нозодами), гаптенами или ферментами, могут постепенно трансформироваться в хроническое заболевание. Вероятно, это происходит при сцеплении комплексов Т-лимфоцитов и антигенов с тканями организма (иммунологическая маскировка антигенов). Такие хронические состояния не всегда поддаются первичной терапии гаптенами. Фиксированные в мезенхиме комплексы Т-лимфоцитов и антигенов, а также микробные токсины вызывают, наряду с токсинами окружающей среды, зашлакованность мезенхимы по Р.Фоллю. Многие экологические токсикозы могут купироваться гомологичными гомеопатизированными токсинами, идентичными нозодами (гомеопатизированными вакцинами) на фоне сопутствующей дренажной терапии (например, системной энзимотерапии).

При лечении нозодами и гомеопатизированными токсинами может возникнуть реакция обострения - ухудшение состояния пациента. Это объясняется тем, что токсины, мобилизованные изопатическим средством, попадают в системный кровоток прежде, чем будут выведены из организма.

Если реакция обострения после введения нозодов не проходит за 2-3 дня, то, скорее всего, это объясняется тем, что токсины из комплексов Т-лимфоцитов и антигенов высвобождаются из тканей и снова активируются. Таким образом, хронически протекавшее заболевание переходит в острое. При таких обстоятельствах блокированный из-за отсутствия подходящего гаптена иммунный ответ может быть запущен только при замене этого недостающего гаптена. В этом случае требуется применение адекватного гаптенного препарата. Это самый быстрый, а может быть, даже единственный путь к настоящему выздоровлению.

Поэтому во время терапии нозодами (вакцинами) я провожу контрольное тестирование каждой инъекции. Когда необходимо применить гаптен, то комбинация нозодов и

сопутствующих препаратов должна применяться позже гаптена, лучше на следующий день.

С настоящим излечением также связано образование клеток памяти, название которым дано из-за их способности запоминания способа образования специфических антител на антигены, которые могут снова появиться в организме.

Так возникает защита против новых инфекций, вызываемых одним и тем возбудителем, что имеет большое значение, когда возникает резистентность различных патогенных микробов к антибиотикам.

Случай 6

1983 г. 30-летний молодой человек страдал сильными болями в области спины.

После компьютерной томографии ему была рекомендована операция на межпозвоночном диске L4-L5. Прежде чем решиться на операцию, он хотел попробовать альтернативный метод лечения. Тестирование показало положительный ответ на Tuberculinum avis и Teucrium scorodonia.

Сразу после первой инъекции вакцины БЦЖ Bovisan наступило значительное усиление болей в позвоночнике. Инъекция 1 мл гаптена БЦЖ SANUKEHL Myc ликвидировала ухудшение за несколько часов. В этом случае каждый последующий день после введения Bovisan была необходима инъекция гаптена БЦЖ. После 10-го и одновременно последнего введения Bovisan пациент полностью выздоровел.

Без гаптенов курс нозодотерапии для данного пациента был бы невозможен. Операция, вероятно, не избавила бы пациента от болей, т.к. бактериальные токсины не устраняются оперативным вмешательством. Эта задача только под силу изопатической терапии посредством нозодов или вакцин (гомеопатизированных или потенцированных микробных токсинов) и гомологичных гаптенов.

Рассмотрим еще раз случай 6, который показывает закономерность, наблюдавшуюся у более, чем ста пациентов в процессе терапии нозодами. Этой закономерностью подтверждается обсуждавшаяся ранее гипотеза, т.е. ухудшение состояния, которое может наступить после введения изопатического препарата (нозода) и которое может быть купировано гомологичным гаптеном.

Возникновение этих обострений объясняется тем, что идентичные токсины, которые представляют собой микробные антигены, высвобождаются в крово- и лимфоток в результате применения гомологичных гомеопатических вакцин (нозодов), что и приводит к ухудшению состояния.

Если такие ухудшения (как в случае 6) не устраняются за два дня, это означает, что приведенные в движение комплексы Т-лимфоцитов и антигенов не могут устраниться с помощью сопутствующих препаратов. Это возможно с помощью соответствующего гаптена, который индуцирует их захват В-клетками. Это самый быстрый путь купирования реакции обострения.

Описанные в разделах А и В острые воспаления, поддерживаемыми Т-клетками, могут перейти в хронические, как в разделе С.

При переходных состояниях, когда часть токсинов фиксирована, а другая часть еще циркулирует в крово- и лимфотоке, сначала необходимо назначать гаптен (как в случаях А и В), чтобы нейтрализовать свободные комплексы Т-лимфоцитов и антигенов. Поскольку часть этих комплексов сцеплена с тканями, то дополнительно должна проводиться терапия гомологичными нозодами и одновременным чередованием с гомологичными гаптенами.

Наблюдаемые эффекты дают новое представление об этиологии первичных хронических и аутоагрессивных заболеваний. При этом надо иметь в виду тот факт, что могут возникать такие комплексы Т-лимфоцитов и антигенов, к которым нет гомологичного гаптена и тогда нужно использовать другие средства - индукторы иммунного ответа. На эту роль могут претендовать меры по ощелачиванию организма, системная энзимотерапия, дренажные препараты и др.

Из имеющегося опыта можно предположить, что антигены в основном оседают в соединительной ткани, как, например, в суставных хрящах при ревматоидном артрите.

Как уже было выше сказано, нуклеиновые кислоты также могут выполнять функцию гаптенов. Т.к. при аутоагрессивных состояниях, например, при системной красной волчанке Lupus erythematodes выявляются антитела к нуклеиновым кислотам, то, следовательно, можно предположить, что они используются в качестве замены отсутствующих гаптенов некоторыми типами антигенов. В таком случае В-клетки должны захватывать те антигенные структуры, которые претендуют на роль гаптенов, для того, чтобы нейтрализовать иммуногенные антигены – индукторы аутоантител. При аутоагрессии должен осуществляться поиск не только нозодов из антигенов, как индукторов аутоантител, но и еще таких нозодов, которые содержат гомологичные аутоантитела.

В-клеткам свойственна первичная иммунологическая резистентность к субстратам организма. При этом происходит подавление процесса образования антител к этим тканям, связанным с комплексами Т-лимфоцитов-носителей антигенных свойств. Хорошая чувствительность организма к проводимой гаптенотерапии на этапе возникновения заболевания свидетельствует о том, что заболевание является первичным.

Если речь идет о комплексах Т-лимфоцитов и антигенах, как индукторах реактивного артрита, то они, по всей вероятности, могут спонтанно излечиваться благодаря нейтрализующему действию ферментов, особенно протеаз. Вообще, нельзя полагаться на спонтанное излечение так называемых реактивных артритов. Некоторым пациентам с такими артритами нужно назначать нозоды соответствующих типов возбудителей. При этом устраняются реактивные воспаления. Если за возникновение таких воспалений ответственны антигены патогенных микобактерий или стрептококков, то они остаются недоступными для иммунной системы.

Д-р Nieper сообщал, что при терапии рассеянного склероза нейромедиатором 2-аминоэтанолфосфатом (Phosetamin ® и Calcium-EAP®) восстанавливается физиологический электрический потенциал миелиновых оболочек нервных волокон, которые приобретают свойство защиты от аутоагрессии. Если его гипотеза подтвердится, то возникает предположение, что для распознавания В-клетками собственных тканей необходим нормальный

электрический потенциал этих тканей. За это распознавание должна отвечать определенная способность к восприятию, которая прекращает своё функционирование, как прекращает работу электронный ключ при разрядке батареи.

Это означало бы, что аутоагрессия может возникать тогда, когда естественный электрический потенциал нарушен и когда одновременно присутствуют комплексы Т-лимфоцитов и антигенов, которые тесно связаны с тканями самого организма. Так можно трактовать возникновение многих аутоиммунных заболеваний.

При лабораторной диагностике преимущественно ищут антитела и определяют их титр. Однако при отсутствии гаптенов образования антител не происходит и кумуляция антигенов в организме такими исследованиями не выявляется. Дело в том, что комплексы Т-лимфоцитов и антигенов, находящиеся в связанном состоянии, оседают в мезенхиме и не циркулируют в системном кровотоке. Поэтому они не являются иммуногенными, и поиски их в крови, которая представляет собой основной материал для лабораторных исследований, становятся безрезультатными. Отсюда очевидно, почему до сих пор остаются не выясненными причины многих заболеваний.

Только тестирование нозодами, как гомеопатическими вакцинами, разработанное д-ром Р.Фоллем, может пролить немного света на эти причины. Выдвинутая им рабочая гипотеза, что многие хронические заболевания являются следствием накопления в организме токсинов, которые обнаруживаются при тестировании нозодами, подтверждается положительными результатами гаптенотерапии. Его гипотезу можно считать доказанной.

Таким образом, терапевтическая комбинация нозодов и гаптенов впервые дает возможность проведения действительно этиологической терапии ряда хронических болезней, потому что она оказывает воздействие на первичные причины возникновения хронических воспалений, поддерживаемых Т-клетками.

Если бы, например, ревматологи стремились к этиологической терапии, то единственным путем было бы применение гаптенов путём их чередования с нозодами. Их терапевтическая концепция сводится, к сожалению, исключительно к иммунносупрессивным препаратам.

Т.к. этиологическая терапия гаптенами и нозодами может быть эффективной только при функционирующей иммунной системе, то она неэффективна при одновременном использовании нестероидных противоревматических средств, стероидов и тем более иммуносупрессивных препаратов или цитостатиков.

На этом загадка причин воспалений, поддерживаемых Т-клетками, решена. Т-лимфоциты секретируют медиаторы воспаления из-за того, что они связаны с токсином-антигеном, уничтожение которого должно быть ускорено самой воспалительной реакцией.

Препараты SANUKEHL фирмы SANUM-Kehlbeck

Фирма SANUM-Kehlbeck производит 13 гаптенных препаратов – серия SANUKEHL – в ампулах по 1 мл и флаконах-капельницах по 10 мл в разведениях D5, D6, D7.



Рис. 2. Гаптенные препараты фирмы САНУМ из стафилококков Sanukehl Staph, стрептококков Sanukehl Strep, кишечной палочки Sanukehl Coli и др., используемые как в диагностике инфекционных и тканевых токсинов, так и в их элиминации из организма.

1. Гаптен из Pseudomonas aeruginosa - SANUKEHL Pseu - дополняет в качестве абсорбента антигенов соответствующий нозод из Bacterium pyocyaneus (Pseudomonas aeruginosa, pyocyanea). Гаптен обладает несколько большим спектром действия по сравнению с нозодом. Он может использоваться с вирусными нозодами. Нередко пациентам с хроническими вирусными заболеваниями назначается кортикостероидная терапия. При его использовании следует добиваться отмены гидрокортизоновой иммуносупрессивной терапии. Исследования Kunze и Hartmann in vitro подтверждают это соображение.

Может возникнуть необходимость в чередовании инъекций гаптена Pseudomonas с нозодом SPS (свиной чумы). Считается, что вирус свиной чумы не передается людям, однако в ряде случаев в организме человека выявляется интоксикация SPS. Р.Фолль сообщает, что он сам перенес крайне неприятную SPS-инфекцию. В большинстве случаев такое заражение можно объяснить проникновением в организм человека токсинов SPS с пищей (алиментарный путь интоксикации). Их обнаруживают часто при хронических воспалительных заболеваниях кишечника, а также при стоматитах и спастических бронхитах. При хронических экземах, особенно мокнущих, необходимо учитывать наличие интоксикации SPS.

Случай 7

В 1976 г. у 11-летнего пациента G.K. с рецидивирующим увеитом тестирование показало, что необходим нозод SPS. Результаты тестирования перед каждой инъекцией свидетельствовали, что лечение нозодом SPS оказалось эффективным только при двукратном инъецировании 1 мл гаптена Pseudomonas - SANUKEHL Pseu между инъекциями этого нозода. Я предположил, что данный гаптен также эффективен и при вирусных заболеваниях. До этого пациент прошел интенсивную гормонотерапию кортизоном.

Исследования R.Kunze и J.Hartmann показали необходимость отмены гидрокортизоновой иммуносупрессивной терапии при использовании гаптена SANUKEHL Pseu. При этом двукратное инъецирование этого гаптена между инъекциями гомологичного нозода уже даёт терапевтический эффект.

R. Kunze и J. Hartmann показали в опытах in vitro с препаратом SANUKEHL Pseu значительное увеличение ФНО-α и интерлейкинов ИЛ-1β, ИЛ-6 и ИЛ-10, активирующих функции гранулоцитов и моноцитов.

Систематизация показаний:

- осложнения острых воспалений желчных протоков, мочевых путей, отитов, менингитов, гангрены кожи, послеродового сепсиса, геморроидального сепсиса, ангины,
- инфекционный и аллергический дерматит, зуд, ангионевратический отек,
- коллагенозы, аутоиммунные болезни, фиброзная артропатия, келоид,
- язва голени, ожоги,
- бронхиальная астма, синусит, фарингит, хронический бронхит, сенная лихорадка, отит,
- побочные эффекты иммуносупрессивной терапии (радио-, химиотерапии), особенно лейкопения, а также состояния длительного иммунодефицита,
- дисбактериозы кишечника после антибиотико- и химиотерапии,
- иммунодефицит,
- гипергидроз,
- бессимптомные бактериурии у пожилых, больных диабетом, аденомой простаты, беременных.

Формы выпуска:

- стерильные изотонические растворы гаптенов D5 в ампулах по 1 мл,
- растворы гаптенов D6 на очищенной воде во флаконах-капельницах по 10 мл.

2. Гаптен микобактерии tuberculosis Typus bovinum (Mycobacterium bovis, BCG, Tuberculinum bovis) - **SANUKEHL Myc** - подходит ко всем туберкулезным нозодам: Bovisan, Utilin "S", BCG, Tuberculinum (T. humanum), Tuberculocidinum Klebs, Tuberculinum avis, Tuberculinum bovinum, Endometritis tuberculosa, Blasen-Tbc.

Туберкулезная интоксикация встречается не только при заболеваниях суставов, как описано в случаях 4 и 6, но и внутренних органов. Также у пациентов с нарушениями слуха я часто обнаруживал туберкулезную интоксикацию (см. статью о туберкулиновой конституции в Sanum-Post № 51, с.4).

Систематизация показаний:

- хронический туберкулёз (латентное течение), осложнения перенесенной туберкулёзной инфекции, вялотекущий туберкулёз, особенно его внелегочные формы (поражение лимфатических узлов, костей, суставов, почек, мочевого пузыря, половых органов, кожи Erythema nodosum, глаз),
- осложнения после прививок вакциной БЦЖ,
- частые простудные заболевания, ринит, бронхиальная астма, плеврит с сухим кашлем и болями в груди, афония, язва гортани,
- артрит, остеохондроз,
- юношеские угри, рецидивирующие и хронические экземы (чешуйчатые с зудом, с трещинами), импетиго, псориаз, красная волчанка, крапивница,
- конъюнктивит, ячмень, кератит, светобоязнь,
- язва желудка и двенадцатиперстной кишки, изжога, энтероколит, холецистит, туберкулёз брыжеечных лимфатических узлов,
- пиелит, цистит, ночной энурез, гиперестезия мочевого пузыря, нефрит,
- отит,
- аритмия, кардиалгия, сердцебиения, мигрени («голова в тисках»),
- метрит, водянка яичка,
- гипотония, неврастения, депрессия, нарушения памяти, ипохондрия, сонливость днём, беспокойный сон,
- потливость при малейшем психическом или физическом напряжении, по ночам.

Формы выпуска:

- стерильные изотонические растворы гаптенов D5 в ампулах по 1 мл,
- растворы гаптенов D6 на очищенной воде во флаконах-капельницах по 10 мл.

3. Гаптен Streptococcus haemolyticus - SANUKEHL Strep - подходит ко всем стрептококковым нозодам: Streptococcinum, Staphylo-Streptococcinum, Streptococcus viridans, Streptococcus haemolyticus, Scarlatinum, Parulis (Streptococcus mucosus).

Гаптен является средством первой помощи в лечении многих острых респираторных заболеваний, ангины.

Причиной возникновения многих ревматических заболеваний часто является поражение стрептококками. Тестирование должно показать, нужно ли использовать при лечении один из названных нозодов. Чтобы устранить возможное ухудшение состояния, используется SANUKEHL Strep.

При всех симптомах, которые возникают после лечения стрептококковых инфекций антибиотиками и в дальнейшем сохраняются, необходимо подумать, наряду с заражением Clostridium difficile, и о гаптене SANUKEHL Strep.

Систематизация показаний:

- фолликулярная ангина, эмпиема, флегмона, мастоидит, эндо-, мио- и перикардит, в т.ч. вялотекущий подострый септический эндокардит (диссеминация стрептококка из миндалин, зубных гранулём, желчного пузыря), кардиалгия, остеомилит, отит, послеродовый мастит,
- ревматические болезни (ревматоидный полиартрит и др.),
- алопеция, экзема (сухая, струп),
- аутоиммунные заболевания,
- мигрень, кардиалгия, мерцательная аритмия.

Формы выпуска:

- стерильные изотонические растворы гаптенов D5 в ампулах по 1 мл,
- растворы гаптенов D6 на очищенной воде во флаконах-капельницах по 10 мл.

4. Гаптену из Staphylococcus aureus - SANUKEHL Staph - подходят следующие нозоды: Staphylocccinum, Staphylococcus aureus, Staphylo-Streptococcinum.

Систематизация показаний:

- фурункул, карбункул, панариций, импетиго, конглобатные угри, блефарит, ячмень, халазион, фолликулез, пиодермия,
- плевропневмония, синусит, ангина,
- мочеполовые стафилококковые инфекции, нефрит,
- остеомиелит, отит, мастоидит, эндокардит, менингит, флегмоны,
- аутоиммунные заболевания.

Формы выпуска:

- стерильные изотонические растворы гаптенов D5 в ампулах по 1 мл,
- растворы гаптенов D6 на очищенной воде во флаконах-капельницах по 10 мл.

5. Гаптен из Candida albicans - SANUKEHL Cand – подходит, наряду с нозодом Monilia albicans, также большинству грибковых нозодов типа Albicansan, Exmykehl, Nigersan, Sankombi, mycotischer Fluor, Aspergillus niger, Aspergillus fumigatus, Aspergillus ochraceus, Aphlatoxinum, Geotrichum candidum, Mycosis oris, Sporotrix Schenkii, Melassezia furfur, Torulopsis glabratis, Ustilakehl (Ustilago maydis).

Только грибковому нозоду Trichophytie необходим его собственный гаптен SANUKEHL Trich.

Болевой синдром в крестцовом отделе позвоночника у Е.Н. (случай 5) после приема Ustilago maydis D30 был купирован 7 ампулами SANUKEHL Cand D5. Этот случай свидетельствует о том, что грибы рода Ustilaginaceae могут вызывать интоксикацию, которая ликвидируется применением гаптенов Candida albicans. Заражение Ustilaginaceae может возникнуть при употреблении свинины или птицы (возможно, в данном случае это был шницель из индейки), т.к. этих животных кормят большим количеством кукурузы. При употреблении маисовой водки, распространённой во всех областях возделывания кукурузы, также возможна подобная интоксикация.

Данный случай показывает, что при инъекциях миконозодов возможно возникновение болей в позвоночнике или в суставах. Поэтому следует иметь в виду, что не только антигены микобактерий и стрептококков, но и мобилизованные нозодотерапией комплексы грибковых антигенов могут оказать раздражающее действие на суставные хрящи.

Описанное течение заболевания в случае 1 позволяет предположить, что антигены патогенных грибов активируются не только нозодотерапией, но и противогрибковой терапией микозных инфекций. В таких случаях применяется гаптен SANUKEHL Cand из Candida. При этом использование противовоспалительных средств может только затормозить излечение и трансформировать острое заболевание в хронические.

Систематизация показаний:

- хронические микозы, в т.ч. молочница, грибковые поражения кожи, полости рта (стоматиты, гингивиты, афты и др.), микозы мочеполового тракта (вагиниты, вульвиты, вульвовагиниты, крауроз вульвы, уретриты, аднекситы, эндометриты, сальпингиты),
- аллергические заболевания, бронхиальная астма, межпальцевая экзема рук или ног,
- болезни ЖКТ (холециститы, спастические колиты, стойкие запоры, панкреатиты, анальные трещины и др.),
- дерматозы и дисбактериозы во время или после антибиотикотерапии,
- интоксикации афлатоксином (токсические гепатиты).

Формы выпуска:

- стерильные изотонические растворы гаптенов D5 в ампулах по 1 мл,
- растворы гаптенов D6 на очищенной воде во флаконах-капельницах по 10 мл.

6. Гаптен из гриба Trichophyton verrucosum - SANUKEHL Trich - чередуется с нозодом трихофитии - Trichophytie. Повторно нозод может быть использован только после предварительной терапии гаптеном. Из-за чего можно заключить, что при трихофитии наблюдается состояние острого и хронического воспаления.

Систематизация показаний:

- микозы волос, кожи, ногтей; алопеция,
- дерматомикозы; трихофития;
- педикулёз.

Формы выпуска:

- стерильные изотонические растворы гаптенов D5 в ампулах по 1 мл,
- растворы гаптенов D6 на очищенной воде во флаконах-капельницах по 10 мл.

7. Гаптены из бактерий Proteus vulgaris - SANUKEHL Prot - подходят к нозоду Proteus vulgaris (Bac. proteus), который используется только после предварительной терапии этим гаптеном. Он может назначаться повторно после использования нозода. Многие хронические циститы, вызванные Proteus, резистентные к обычной терапии, излечивались гаптеном SANUKEHL Prot D6.

SANUKEHL Prot эффективен в лечении геликобактерной инфекции (см. статью в SANUM-Post № 43, с. 2).

Систематизация показаний:

- гастроэнтерит (особенно диарея новорожденных), перитонит, послеродовой сепсис, цистопиелит,
- отит, болезнь Меньера,
- гангренозные процессы легочной ткани, остеомиелит,
- дисбактериозы кишечника после антибиотикотерапии,
- нарушения периферического кровообращения,
- язва желудка и двенадцатиперстной кишки, особенно ассоциированные с геликобактериями Helicobacter pylori,
- ангионевротический отёк, перемежающая хромота и другие нарушения периферического кровообращения, головокружение,
- герпес,
- раздражительность, нервная возбудимость (частые вспышки гнева, дети-холерики топают ногами).

Формы выпуска:

- стерильные изотонические растворы гаптенов D7 в ампулах по 1 мл,
- растворы гаптенов D6 на очищенной воде во флаконах-капельницах по 10 мл.

8. Гаптен из Propionibacterium acnes - SANUKEHL Acne - подходит к нозоду Corynebacterium anaerobum (Arthrokehlan "A"): выделение его культивированного штамма из влажной среды придаточных пазух носа.

Может использоваться при всех хронических раздражениях дыхательных путей в качестве абсорбента антигенов, например, с различными нозодами гриппа. Можно использовать с нозодом Acne при лечении Acne fulminans, резистентного к антибиотикотерапии.

Систематизация показаний:

- угревая болезнь (в т.ч. Acne conglobata), дерматиты,
- ревматоидный артрит.

Формы выпуска:

- стерильные изотонические растворы гаптенов D5 в ампулах по 1 мл,
- растворы гаптенов D6 на очищенной воде во флаконах-капельницах по 10 мл.

9. Гаптен из Brucella melitensis - SANUKEHL Brucel - дополняет терапию нозодом Brucella melitense (мальтийской лихорадки или бруцеллеза коровьего типа).

Не нужно ездить на Мальту, чтобы инфицироваться Bru-

cella melitensis. По всей видимости, заражение происходит при употреблении импортируемых молочных продуктов, в особенности овечьего и козьего молока. Большинство хронических катаральных симптомов должно купироваться гомологичными нозодами, причем часто между инъекциями нозода возникает потребность в использовании гаптенов из Brucella melitensis как абсорбентов антигенов.

При острых заражениях на передний план могут выступать желудочно-кишечные расстройства, как в случае 5, которые быстро купируются гаптенами SANUKEHL Brucel даже без последующего использования нозода из Brucella.

При применении гаптенов из Brucella (SANUKEHL Brucel) при лечении бруцеллёза наблюдалось индуцирующее интерферон действие этого гаптена, особенно в комбинации с гаптенами из Pseudomonas (SANUKEHL Pseu).

Согласно имеющимся данным, препарат SANUKEHL Brucel хорошо себя зарекомендовал в лечении боррелиоза (см. статью в SANUM-Post №43, с.2).

Систематизация показаний:

- миалгия, подострый полиартрит,
- ремитирующая лихорадка, гриппозные состояния,
- орхит, эпидидимит,
- дисменорея, угрожающий выкидыш,
- боррелиоз, бруцеллёз,
- неврастения, психозы беременных.

Формы выпуска:

- стерильные изотонические растворы гаптенов D6 в ампулах по 1 мл,
- растворы гаптенов D6 на очищенной воде во флаконах-капельницах по 10 мл.

10. Гаптен из Klebsiella pneumoniae - SANUKEHL Klebs - подходит к нозоду Klebsiella pneumoniae, более отдаленно к нозодам Haemophilus influenzae и Haemophilus influenzae-серотип B. Гаптен выпускается в потенции D6 и положительный результат может быть достигнут при использовании 3-10 ампул.

Систематизация показаний:

- дополнительная терапия пневмонии Фридлендера,
- силикоз, пневмокониоз, бронхоэктазы, бронхиальная астма,
- как вспомогательное средство при остром гриппе, плеврите, пневмонии,
- побочные эффекты антибиотикотерапии.

Формы выпуска:

- стерильные изотонические растворы гаптенов D6 в ампулах по 1 мл,
- растворы гаптенов D6 на очищенной воде во флаконах-капельницах по 10 мл.

11. Гаптен Escherichia coli - SANUKEHL Coli - подходит нозодам Bacterium coli и Escherihia verotoxinbildend. Гаптен лучше использовать после антибиотикотерапии кишечных расстройств и циститов, а также во время курса нозодотерапии Bacterium coli (как это было описано в случае 1) с грибковыми нозодами, когда появляются ревматические симптомы.

Систематизация показаний:

- холангиты, холециститы,
- гастроэнтериты, колиты,
- пиелонефриты, циститы, эпидидимиты, простатиты, аднекситы, сальпингиты, метриты, кольпиты,
- после антибиотикотерапии.

Формы выпуска:

- стерильные изотонические растворы гаптенов D7 в ампулах по 1 мл,
- растворы гаптенов D6 на очищенной воде во флаконах-капельницах по 10 мл.

12. Гаптену из Salmonella enteritidis - SANUKEHL Salm - соответствует нозод бактерии Гертнера Bac. Gärtner (Salmonella enteriditis). Гаптен из Salmonella enteritidis подходит к другим нозодам Salmonella: Typhinum, Salmonella TP, Salmonella Typhimurium.

Гаптен применяется после антибиотикотерапии для предотвращения внутрибольничной инфекции, как и гаптен Serratia marcescens - SANUKEHL Serra.

Положительный результат можно достичь 3-10 ампулами.

Систематизация показаний:

- нарушения роста и развития у детей,
- хронический панкреатит, дисбактериоз, хронический гастроэнтерит, целиакия,
- фурункулез, ревматическая лихорадка,
- состояния после антибактериальной терапии.

Формы выпуска:

- стерильные изотонические растворы гаптенов D6 в ампулах по 1 мл,
- растворы гаптенов D6 на очищенной воде во флаконах-капельницах по 10 мл.

13. Гаптен из Serratia marcescens - SANUKEHL Serra. Согласно моему опыту, гаптен из Serratia marcescens сочетается со следующими нозодами: Sarcina ventriculi, Yersinia enterocoltica и нозодами Clostridium: Botulismus, Tetanus, Clostridium difficile, Clostridium paraputrificum, Clostridium cadaveris, Clostridium innocuum, Clostridium tertium. Вероятно, он также применим к нозоду Enterococcinum.

Различные штаммы Serratia являются причиной внутрибольничных инфекций, что наводит на мысль о применении SANUKEHL Serra (симптомы инфекции чаще проявляются после выхода из стационара). Возникновение внутрибольничных инфекций возможно после антибиотикотерапии. В таких случаях гаптенотерапию необходимо провести как можно раньше, пока не наступила хронизация процесса.

Формы выпуска:

- стерильные изотонические растворы гаптенов D5 в ампулах по 1 мл,
- растворы гаптенов D6 на очищенной воде во флаконах-капельницах по 10 мл.

При пирогенных реакциях, которые купируются нозодами Pyrogenium, возможно использование различных гаптенов, т.к. в разложении белков (мяса животных) участвуют различные виды микробов.

Опыт свидетельствует, что для достижения положительных результатов требуется обычно 5-10 ампул гаптена в комбинации с другими препаратами, особенно с ферментами, и с учётом данных тестирования.

Возможно накожное применение гаптенных препаратов серии SANUKEHL во флаконах-капельницах по 10 мл D6 путём нанесения на участки кожи (зона локтевого изгиба, паховая область и др.).

Действие гаптенов как абсорбентов антигенов подчинено не гомеопатическим законам, а стехиометрическим, т.е. для нейтрализации одной свободной молекулы антигена в организме требуется молекула гаптена.

Результаты терапевтического действия гаптенов чрезвычайно впечатляющи и важны для практики.

Литература:

P.Cornelius. Nosoden und Begleittherapie. 3. Auflage. München - Bad-Kissingen – Berlin – Düsseldorf – Heidelberg: Pflaum Verlag. 1999.

J.Klein. Immunologie. Weinheim – New York – Basel – Cambridge: VCH-Verlag. 1991. S. 281 ff, S. 371.

R. Kunze, J. Hartmann. Das immunmodulatorische Profil von SANUKEHL Pseu. // SANUM-Post. 1996. 37. 11.

R. Kunze, J. Hartmann. Aufhebung hydrocortisonbedingter Immunsuppression. // SANUM-Post. 1997.41. 2.

R. Kunze, J. Hartmann. Aufhebung Hydrocortison-bedingter Immunsuppression mittels SANUKEHL Pseu in-vitro. // Erfahrungsheilkunde. 1997. 9. 568.

H. Niepre. Revolution in Medizin und Gesundheit. MIT-Verlag. 1994.

От редакции

Гаптенотерапия – высокоэффективный метод лечения хронических заболеваний инфекционно-токсической этиологии, когда наблюдается кумуляция инфекционных антигенов в организме (мезенхиме, жидких средах). Гаптены коньюгируют с циркулирующими в крови и лимфе гомологичными антигенами. Гаптены практически не взаимодействуют со сцепленными с тканями инфекционными антигенам. Для элиминации антигенов из тканей используются нозодотерапия (вакцинотерапия), системная энзимотерапия, дренажные средства, ощелачивание. При коньюгации гаптенов с антигенами реализуются эффекты нейтрализации и элиминации инфекционных токсинов, индуцируются иммунологические реакции, направленные на активацию специфического иммунитета по отношению к инфекционному патогену.

Фармакологические свойства гаптенов:

- санирующее и антидотное действие – связывание и нейтрализация гомологичных микробов (в т.ч. CWD-форм и L-форм) и инфекционных токсинов,
- нейтрализация и элиминация микробных антигенов из организма после связывания гаптенов с белками-носителями в результате активации клеточного и гуморального иммунитета (индукция цитокинов GM-CSF, ИЛ-10 и др.),
- противовоспалительное и десенсибилизирующее действие – связывание антител и циркулирующих иммунных комплексов, образующихся в организме на антигены микробов (снижение уровней иммуноглобулинов IgE),
- подавление реакции обострения при применении гомологичных микробных вакцин (нозодов) за счёт абсорбции антигенов микробов и их токсинов, элиминирующихся из тканей в системный крово- и лимфоток,
- разнообразные клинические эффекты, установленные эмпирическим путём в результате многолетнего практического использования - самостоятельные средства терапии по разработанным показаниям.

Гаптенотерапия используется в следующих вариантах:

- монотерапия (в выборе гаптена приоритет принадлежит результатам тестирования, микробиологического исследования), позволяющая нейтрализовать только циркулирующие в крово- и лимфотоке инфекционные антигены,
- чередование с гомологичными нозодами – гомеопатическими вакцинами - как необходимое условие элиминации инфекционных токсинов из мезенхимы (минимальный интервал между применением гаптена и гомологичной вакцины – 15-20 часов; одновременное введение недопустимо вследствие антагонизма действия),
- комплексное использование с методом системной энзимотерапии, дренажными средствами, ощелачиванием, эффективно элиминирующими инфекционные, экологические и другие тканевые токсины из мезенхимы.

Общие рекомендации по проведению гаптенотерапии.

Режим применения.

Растворы гаптенов на очищенной воде во флаконах-капельницах по 10 мл: при острых состояниях по 5-10 капель перед едой внутрь (сублингвально) или накожно ежечасно в течение 12-24 часов, при хронических состояниях – по 5-10 капель сублингвально ежедневно 2 раза в день или посредством втирания в область локтевого изгиба 2 раза в день в течение 2-х и более дней.

Стерильные изотонические растворы гаптенов в ампулах по 1 мл: подкожно 1-3 раза в неделю (10 и более инъекций).

Длительность гаптенотерапии: 4-8 недель, после чего – перерыв на 3-4 месяца.

Гаптены нельзя использовать на фоне применения иммунносупрессивных средств с одноименными (гомологичными) вакцинами (нозодами), т.к. гаптены инактивируют их иммунотропные эффекты.

Лишённые протеинов и эндотоксинов гаптены не вызывают аллергических и пирогенных реакций. Гаптены – апирогенны и гипоаллергенны.

Научно-образовательный центр НАТУРВИТА

создан в 1999 году группой российских учёных для ведения научной, образовательной и внедренческой деятельности в области биологической медицины совместно с исследовательскими и производственными объединениями России и Зарубежья.

Научно-исследовательская деятельность осуществляется по следующим направлениям:

- разработка и совершенствование медицинских программ с использованием биологических средств (экстрактов омелы белой ХЕЛИКСОР, морозника чёрного Helleborus niger aquos, вакцинных препаратов САНУМ, энзимов ТЕС и их синергистов),
- исследования клинической эффективности методов омелотерапии, вакцинотерапии, энзимотерапии, фитотерапии с последующим практическим внедрением программ профилактики заболеваний, поддержания активного долголетия, лечения хронической патологии,
- дальнейшие исследования на основе научного открытия за 2008 г. группы учёных (Ступаков Г.П., Семенов Б.Ф., Щербинина Н.В., Ролик И.С.) «Закономерность развития хронических заболеваний органов и систем человека», где теоретически обоснована и практически доказана неизвестная ранее закономерность развития хронических заболеваний внутренних органов, вызванная скрытотекущими инфекционно-токсическими процессами микробной природы, имеющими органораспространенный полисистемный тропнофиксированный характер, устранение которых вакцинами САНУМ приводит к одновременной нормализации состояния нескольких органов и систем и клиническому выздоровлению макроорганизма,
- 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, вакцин САНУМ, а также различных средств и методов биомедицины.

НАТУРВИТА представляет в России немецкую научно-производственную фирму **HELIXOR** (г.Штуттгарт, www.helixor.de), специализирующуюся на производстве и внедрении в практику здравоохранения инъекционных препаратов из экстрактов омелы белой ХЕЛИКСОР, морозника чёрного Heleborus niger, обладающих сосудистым, противоаллергическим, иммуномодулирующим действием, восстанавливающим функции противоопухолевого иммунного надзора, а также другими фармакологическими свойствами.

НАТУРВИТА представляет в России американскую корпорацию **Transformation Enzyme Corporation**, сокр. **ТЕС** (www.transformationenzymes.com), осуществляющую производство ферментов растительного и микробного происхождения, а также комплексных препаратов на основе ферментов.

Особенности продукции ТЕС, претендующей на лидерство “в своём классе”:

- производит ферменты растительного и микробного происхождения высокого качества, которые в отличие от ферментов животного происхождения не подавляют, а активируют синтез собственных ферментов,
- протеазы и липазы имеют более высокую ферментативную активность в сравнении с ферментными препаратами животного происхождения,
- ферментные комплексы корпорации ТЕС активны в широком диапазоне pH (от 3 до 9) и не нуждаются в защитной энтеросолюбильной оболочке в отличие от ферментов животного происхождения,
- практически все препараты имеют ощелачивающие свойства, что способствует ликвидации закисления тканей и повышает терапевтическую эффективность других средств, используемых одновременно,
- содержащиеся в ферментных комплексах фитопрепараты и другие составляющие (витамины, микроэлементы) обладают повышенной усвояемостью вследствие наличия в рецептуре ферментов (синергистов фитопрепаратов),
- в состав ряда ферментных комплексов включены органопрепараты – экстракты клеточных пептидов и биорегуляторов из органов и тканей животных, специально выращиваемых в Новой Зеландии. Органопрепараты являются проводниками в органы-мишени других компонентов рецептуры и активируют процессы клеточной и внутриклеточной регенерации.

Благодаря такому технологическому подходу препараты ТЕС реализуют методы заместительной и системной энзимотерапии в их первозданном виде со всеми известными фармакологическими эффектами без угнетения собственной ферментативной активности и без ограничения времени приёма. Ферментные комплексы могут использоваться как в капсулах, так и в нативном виде без энтеросолюбильной оболочки (белый порошок без вкуса и запаха). При этом их ферментативная активность не изменяется.

Ферменты ТЕС показаны с профилактической и лечебной целью не только взрослым, но и детям всех возрастов.

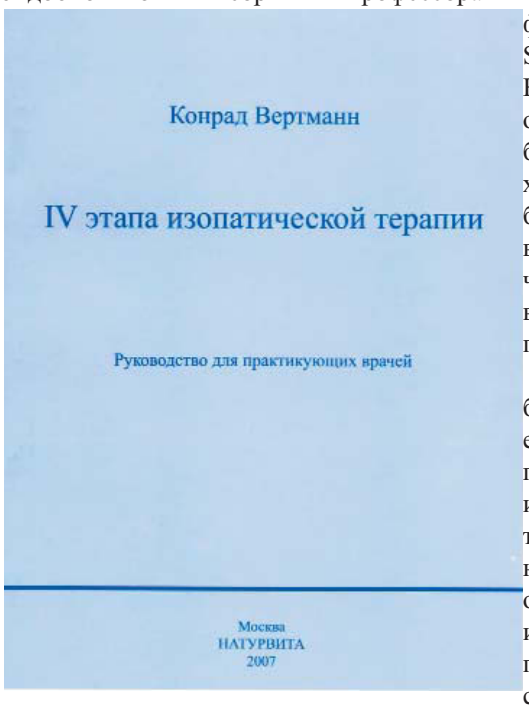
НАТУРВИТА представляет в России немецкую научно-производственную компанию **SANUM-Kehlbeck** (г.Хойя, www.sanum.de), специализирующуюся на производстве микробных вакцин и фитопрепаратов, элиминирующих из организма микробные и тканевые токсины, ответственные за возникновение и развитие хронических заболеваний внутренних органов человека и животных. Особенность вакцин САНУМ – поливалентность действия, активация иммунитета по отношению к широкому спектру возбудителей заболеваний.

Применение вакцинных препаратов САНУМ основывается на микробиологической концепции профессора Г.Эндерляйна, получившей развитие в трудах отечественных исследователей Ступакова Г.П., Семенова Б.Ф., Щербининой Н.В., Ролика И.С., удостоенных диплома на научное открытие в 2008 году.

www.naturvita.ru

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.

Сдано в набор 04.04.2008. Подписано в печать 08.04.2008.
Формат издания 64x90/8.
Печать офсетная
усл. печ.л. 8,0. Тираж 1000 экз.
Заказ № 1477

Издательство «Натурвита»
Москва, Гостиничный проезд, д.6, корп. 2
Тел: (495) 482-47-47
e-mail: natur_vita@mail.ru
htpp://www. naturvita.ru

Отпечатано в Печатном Салоне «Р-Принт».
г. Москва, Б.Новодмитровская ул., д. 14, стр.2.



Научно-популярное издание, посвященное описанию свойств и особенностей применения гомеопатического препарата Геллеборус из известного растения морозника чёрного, называемого в народе снежной розой.



Научно-популярное издание рассказывает о вечнозеленом кустарнике омеле белой, издавна известной своими не только чудодейственными лекарственными, но и магическими свойствами.

Омела белая выделяется своей необычностью, которая проявляется во всём, начиная от ботанических особенностей и заканчивая невероятным количеством народных преданий и легенд, связанных с этим удивительным растением.

Омела белая по праву занимает значительное место в современной медицине.

Научные исследования эффективности метода омелотерапии открывают все новые и новые перспективы.

Геллеборус Нигер Аквос
(Gtlleborus niger aquos)
водный экстракт морозника чёрного

Экстракт морозника издавна применялся в народной медицине. Его уникальные целебные свойства изучались на протяжении столетий, и в настоящее время это чудо-растение занимает твердую позицию в лечении многих заболеваний.

Благодаря современным технологиям немецкая компания **Helixor** создала качественный препарат из морозника чёрного - **Геллеборус Нигер Аквос**.

Широкий спектр действия **Геллеборус Нигер Аквос** подтвержден многими клиническими исследованиями.





Показания к применению:

- Воспалительные заболевания (острые и хронические любой локализации: гайморит, тонзиллит, колит, аднексит, простатит и т.д.).
- Аллергии.
- Заболевания лёгких и бронхов (бронхиаль-(ная астма, бронхоспазмы, пневмофиброз, бронхиты, хронические пневмонии, бронхоэктазы, восстановление после туберкулёза, комплексная терапия туберкулёза), грипп и его профилактика.
- Гипертермия любого генеза (в т.ч. при гриппе, у больных раком).
- Другие показания обусловлены тем, что Геллеборус:

- является противоопухолевым средством, подавляет рост раковых клеток; применяется при миомах, фибромах, кистах, мастопатии, хронических воспалениях яичников, хроническом простатите застойного и инфекционного характера, геморрое;
- обладает мочегонным, бактерицидным и слабительным действием - очищает слизистые оболочки и нормализует работу кишечника;
- эффективен при гастрите, язве 12-перстной кишки;
- обладает желчегонным и спазмолитическим действием, способствует глубокой чистке печени и препятствует застою желчи, предупреждая образование камней в желчном пузыре;
- при гиперфункции щитовидной железы способствует рассасыванию узлов и кист в щитовидной железе, при сахарном диабете понижает уровень сахара в крови;
- при эпилепсии сокращает количество приступов;
- эффективен при воспалительных заболеваниях суставов, остеохондрозах позвоночника, ревматизме, радикулите, полиартрите;
- применяется при головных болях после травм, сотрясении головного мозга, т.к. снимает спазмы головного мозга и увеличивает приток крови;
- содержит сердечные гликозиды и применяется при нарушениях кровообращения и сердечной недостаточности, гипертонической болезни; способствует очищению сосудов, выводит холестерин.

Предприятие-производитель
ХЕЛИКСОР ХАЙЛЬМИТТЕЛЬ ГмбХ, Германия
www.helixor.de
www.naturvita.ru

ISSN 1996-0476 08002
9 771996 047775