

«Herba est ex luce». К вопросу о неконвенциональной медицине в ревматологии

К.м.н. М.В. Головизнин

Ассоциация медицинских антропологов
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

РЕЗЮМЕ

Концепция биорегуляционной медицины сформировалась из гомотоксикологии, которая, в свою очередь, связана с именем немецкого врача Г. Рекевега и сочетает в себе как взгляды основателей гомеопатии, так и ряд естественно-научных положений медицины XX в. Болезни суставов и соединительной ткани были той областью медицины, где «антигомотоксическое» лечение стало применяться уже в 1930–1940-е гг., когда современная ревматология, в особенности ее теоретический базис, находилась в зачаточном состоянии. Вместе с тем в силу ряда обстоятельств гомотоксикология осталась в ряду альтернативных медицинских практик, которые при несомненно растущем интересе к ним в мире вызывают и ряд возражений со стороны представителей официальной медицины. В настоящее время более чем полувековая практика гомотоксикологии вступила в область проверки ее опыта с помощью средств и методов доказательной медицины.

Ключевые слова: биорегуляционная медицина, гомотоксикология, воспаление, соединительная ткань, ревматология, Траумель С, Цель Т.

Для цитирования: Головизнин М.В. «Herba est ex luce». К вопросу о неконвенциональной медицине в ревматологии // РМЖ. 2018. № 4(1). С. 25–30.

ABSTRACT

«Herba est ex luce». To the question of nonconventional medicine in rheumatology
Goloviznin M.V.

Association of Medical Anthropologists
A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

The concept of bioregulatory medicine originates from homotoxicology, which, in turn, is associated with the name of the German physician G. Rekiweg and combines both the views of the founders of homeopathy and a number of provisions of natural sciences of the twentieth century medicine. Diseases of the joints and connective tissue were the area of medicine where «antihomotoxic» treatment began to be used as early as in the 1930s and 1940s, when modern rheumatology, in particular its theoretical basis, was in its infancy. However, due to a number of circumstances, homotoxicology has remained one of the alternative medical practices, which, with undoubtedly growing interest to them in the world, cause a number of objections from representatives of official medicine. Currently, homotoxicology with its more than half a century practice has entered the period of testing its experience with the tools and methods of evidence-based medicine.

Key words: bioregulatory medicine, homotoxicology, inflammation, connective tissue, rheumatology, Traumeel S, Zeel T.

For citation: Goloviznin M.V. «Herba est ex luce». To the question of nonconventional medicine in rheumatology // RMJ. 2018. № 4(1). P. 25–30.

В 2013 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выпустила новый документ, посвященный народной и традиционной медицине под названием «Стратегия ВОЗ в области традиционной медицины на 2014–2023 гг.» («WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023»). Данная стратегия разработана, чтобы содействовать государствам — членам ВОЗ в интеграции традиционной и, в более широком смысле, альтернативной медицины с национальными системами здравоохранения, определить, как наилучшим образом содействовать укреплению здоровья граждан, предоставить им возможность свободного выбора метода лечения и защитить потребителей от контрафактной продукции и недобросовестных услуг. ВОЗ констатирует, что интерес к народной, традиционной и альтернативной медицине во всем мире возрастает, в т. ч. и в развитых странах, где научно обоснованное здравоохранение является высокоразвитым и доступным населению [1]. Альтернативная

медицина наряду с комплементарной медициной составляет так называемую неконвенциональную медицину, т. е. совокупность лечебно-оздоровительных практик, которые, в отличие от официальной (научной) медицинской практики, основываются не столько на изучении причин и механизмов болезни, сколько на оценке ее проявлений. При этом комплементарная медицина, как правило, используется вместе с официальной, конвенциональной медициной, а альтернативная — вместо нее. В упомянутом документе ВОЗ дана несколько иная терминология. **Народная медицина (НМ)** имеет долгую историю и представляет собой общий итог накопленных знаний, навыков и практики, которые основаны на теориях, верованиях и опыте коренных народов и представителей различных культур, независимо от того, можем мы их объяснить или нет, и используются для поддержания здоровья, а также для профилактики, диагностики, улучшения состояния или лечения при физических и психических

расстройствах [2]. Термины «**дополнительная медицина**» (ДМ) или «**альтернативная медицина**» (АМ) используются для определения широкого набора видов практики в сфере здравоохранения, которые не являются частью собственных традиций страны и не включены в основную систему медико-санитарной помощи. В ряде стран они используются наряду с термином «народная медицина». **Народная и дополнительная медицина** охватывает продукцию и практику народных целителей [2].

В документе ВОЗ отмечается, что, в частности, в Швейцарии в период после 1990 г. средняя обращаемость за услугами НМ и ДМ составляла 49%. В 1998 г. Министерство внутренних дел страны постановило, что в период с 1999 по 2005 г. расходы на пять видов дополнительной медицинской помощи, таких как антропософская медицина, гомеопатия, невральная терапия, фитотерапия и народная китайская медицина (основанная на лечении травами), будут покрываться за счет программы обязательного медицинского страхования в том случае, если данные виды помощи предоставляются сертифицированными специалистами. В 2009 г. более 67% избирателей проголосовали за новую статью конституции, посвященную «дополнительной медицине». В результате этого ее методы были включены в программу государственного медицинского страхования, доступного всем гражданам Швейцарии.

Выбор в пользу ДМ и АМ чаще всего делается пациентами с хроническими, трудно поддающимися терапии заболеваниями, среди которых ведущее место принадлежит патологии опорно-двигательного аппарата и иммунной системы. Например, исследование, проведенное в США, показало, что пациенты с жалобами на костно-мышечную патологию, которые обращались за помощью к остеопатам, составили за год 23% среди всех наблюдающихся у семейных врачей. Во Франции визиты пациентов с хроническими расстройствами костно-мышечной системы составляли большую часть обращений к врачам, предлагающим нетрадиционные методы лечения. Растет число пациентов с рассеянным склерозом, которые используют методы ДМ и АМ: масштабы использования этих методов варьируют от 41% в Испании до 70% в Канаде и 82% в Австралии. По данным из Республики Корея, в 2011 г. в центры народной корейской медицины чаще всего направляли больных с патологиями костной, суставной и мышечной систем, диспепсией, остеоартритом коленного сустава и патологией лицевого нерва.

Необходимо оговориться, что указанный выше документ ВОЗ был принят на фоне отнюдь не радужного существования конвенциональной и неконвенциональной медицины как в России, так и в мире. Согласно популярному интернет-словарю «Академик», с точки зрения науки эффективность комплементарной и альтернативной медицины изучена крайне слабо, отдельные случаи положительного или отрицательного результата лечения могут быть объяснены эффектом плацебо, психологическим воздействием врача и пр. Многие «оздоровительные» препараты и методы до сих пор не соответствуют жестким требованиям доказательной медицины (рандомизированное плацебо-контролируемое исследование), а при классической гомеопатии, психотерапии требование двойного слепого контроля практически невыполнимо. Все это наряду с фактическим отсутствием контроля над качеством подготовки специалистов приводит к тому, что методы АМ легко подвержены дискредитации [3]. Более того, во многих традиционных медицинах (китайская, тибетская) сохранились архаичные виталистиче-

ские и даже религиозные представления о болезни и здоровье, что, впрочем, не мешает им конкурировать с биологией и даже взаимодействовать с ней.

Примером такого парадоксального взаимодействия является история вакцинации (а следовательно, и современной иммунологии). Хрестоматийно медики ведут отсчет учения об иммунитете с 1796 г., когда Эдвард Дженнер произвел успешную прививку человеку коровьей оспы, дававшую пожизненный иммунитет против оспы натуральной. В то же время нужно иметь в виду, что Дженнер сделал свое открытие, опираясь на почти 80-летний опыт так называемой вариоляции, заключающейся во втирании здоровым людям в кожу истолченных струпьев, взятых из язв больных натуральной оспой. Этот средневековый, имеющий чисто магико-мистическое истолкование, способ, в течение столетий бытовавший в различных странах Востока, попал в Европу в 1717 г. благодаря Мэри Монтагю, супруге британского посла в Османской империи, которая, наблюдая его применение в Константинополе, решила привить таким образом своих детей. Прививка прошла успешно, после чего вариоляция в Англии была санкционирована членами Лондонского королевского общества в качестве метода профилактики эпидемий оспы. Примечательно, что почти 200 лет, пока Паулем Эрлихом в самом начале XX в. не были открыты антитела, вариоляция и вакцинация если и имели научное обоснование, то оно вряд ли сильно отличалось от средневековых трактовок.

Традиционная медицина Европы, в отличие от таковой в азиатских странах, по большей части принадлежит истории. До наших дней дожили разве что гомеопатия и гомотоксикология. Принцип гомеопатии «*similia similibus curentur*» — «лечи подобное подобным» с помощью сверхмалых доз потенцированных препаратов был официально сформулирован немецким врачом С. Ганеманом на рубеже XVIII и XIX вв. Однако есть основания полагать, что и до Ганемана в европейской средневековой медицине были попытки применения сверхмалых доз ядов для развития невосприимчивости к ним. Без постулата Парацельса «всё есть яд, и ничто не лишено ядовитости; одна лишь доза делает яд незаметным», изреченного в XVI в., Ганеман вряд ли бы смог сформулировать свои теории разведений. Что касается самого принципа подобия безотносительно к «гомеопатическим дозам» медикаментов, то он еще более древний и, вероятнее всего, восходит к античным представлениям о «катарсисе» (очищении), практиковавшемся в частности, Пифагорейской научной школой. Так или иначе, в основе взглядов Ганемана и его ближайших последователей лежали виталистические представления о «нематериальной жизненной силе», на которую может оказывать благотворное влияние лекарство, пусть даже в количестве, выходящем за пределы материального минимума. Нынешние последователи гомеопатии если ищут современное объяснение ее принципов, направляют свой поиск в область биологического поля, «памяти воды» и т. д. [4].

Гомотоксикология, которая вышла из гомеопатии и также зародилась на немецкой земле, связывается с именем врача-гомеопата Ганса-Генриха Рекевега (Reckeweg) (1905–1985), который, будучи достаточно молодым врачом, основал медицинскую компанию «Хеель» (Heel), названную по первым буквам латинского изречения «*Herba est ex luce*» — «Растение [берет силу] от света». Поначалу фирма производила чуть больше двух десятков лекарств, изготовленных по собственным рецептурам Рекевега. В их число входили препараты Траумель С и Цель Т, применяемые и по-

ныне как средства биорегуляционной медицины в лечении костно-суставной патологии.

Как видно из таблицы 1, состав этих лекарственных средств включает в себя растительные экстракты и минеральные компоненты, которые традиционно использовались гомеопатами, равно как биологические продукты (вытяжка из плаценты) и катализаторы обмена веществ (коэнзим А). Для того, чтобы объяснить этот состав, следует обратиться к принципам гомотоксикологии.

Г. Рекеверг, начавший свой врачебный путь как гомеопат, был, по всей видимости, неудовлетворен виталистическими основами гомеопатии, говорящими о «нематериальной жизненной силе», что не вызывает удивления. К моменту его рождения звезда витализма как основы наук о человеке уже закатилась. В то время в качестве причины болезней человека, отнюдь не только инфекционных, рассматривались вполне материальные микроорганизмы и их токсины, во-вторых, на микроуровне были описаны известные еще с античности признаки воспаления, в-третьих, к началу XX в. были открыты антитела и фагоцитоз, составившие основу учения о борьбе организма с болезнями. Все эти аспекты были учтены Рекевергом, который в 1930–1940-е гг. создал свое учение в медицине, назвав его «гомотоксикологией». Он постулировал, что заболевание есть биологически целесообразный процесс защиты организма от так называемых «гомотоксинов»; симптомы заболевания — это видимые проявления защитных реакций, направленных на нейтрализацию и выведение последних из организма. В случае если организм освобождается от ядов и вызванных ими повреждений, наступает выздоровление. Под гомотоксинами Рекеверг понимал достаточно широкий спектр вредоносных воздействий химического, физического и даже психологического типа, включая в него токсины бактерий, аутометаболиты, органические и неорганические яды, магнитное поле, радиацию, психологический стресс и многое другое.

Болезнь, или «гомотоксикоз» по Рекевергу, имеет несколько фаз. Первая фаза — фаза экскреции, когда организм пытается удалить токсины через пот, кашель, насморк, слезы, рвоту, диарею, мочу, желчь. Вторая фаза — воспаление, пять признаков которого известны: жар, покраснение, боль, отек, нарушение функции органа. На этой фазе организм избавляется от токсинов, подключая иммунные силы, а экскрецию дополняет экссудация. Третья фаза — депонирование. На этой стадии уже происходит накопление гомотоксинов, от которых организм не может освободиться, в структурах внеклеточного матрикса. Четвертая фаза — импрегнация. На данном этапе гомотоксины стабильно связываются с мезенхимальной тканью, в результате нарушаются транспорт питательных веществ в клетку и, как следствие, ее функционирование. Пятая (клеточная) фаза — дегенерации, когда лишенная достаточного количества питательных веществ клетка не справляется со своими функциями, подвергаясь структурным изменениям. Шестая (также клеточная) фаза — дедифференциации. На этом этапе, по Рекевергу, клетка утрачивает и форму, и специализированную функцию, что приводит к появлению неспециализированных, неограниченно размножающихся клеток. Это фаза злокачественных опухолей. Переход от одной фазы к другой, так называемая «викаризация» по Рекевергу, может быть как «прогрессивной» — неблагоприятной, так и «регрессивной» — идущей назад, в сторону экскреции гомотоксинов, обеспечивая путь к вы-

Таблица 1. Ингредиенты препаратов Траумель С и Цель Т

Траумель С	Цель Т
Achillea millefolium (тысячелистник обыкновенный)	Acidum DL-alpha liponicum (кислота DL-альфа-липовая)
Aconitum napellus (аконит аптечный)	Arnica montana (арника горная)
Arnica montana (арника горная)	Cartilago suis (вытяжка из хрящевой ткани свиньи)
Atropa belladonna (беладонна-красавка)	Coenzym A (коэнзим А)
Bellis perennis (маргаритка многолетняя)	Embryo totalis suis (вытяжка из эмбриона свинюго)
Calendula officinalis (ноготки лекарственные)	Funiculus umbilicalis suis (вытяжка из пупочного канатика свинюго)
Chamomilla recutita (ромашка лекарственная)	Nadidum (никотинамидадениндинуклеотид)
Echinacea (эхинацея)	Natrium diethyloxalacetatum (натрия оксалацетат)
Echinacea purpurea (эхинацея пурпурная)	Placenta totalis suis (вытяжка из плаценты свинюго)
Hamamelis virginiana (гаммелис виргинский)	Toxicodendron quercifolium (токсикодендрон дуболистный)
Hepar sulfuris (гепар серульфур)	Sanguinaria canadensis (сангвинария канадская)
Hypericum perforatum (зверобой продырявленный)	Solanum dulcamara (паслен сладко-горький)
Mercurius solubilis Hahnemanni (Меркуриус солюбилис по Ганеману)	Sulfur (сера)
Symphytum officinale (окопник лекарственный)	Symphytum officinale (окопник лекарственный)

здоровлению [5]. Сложность патогенеза «гомотоксикозов» обуславливала и сложность их терапии, которая по определению должна быть многокомпонентной, обеспечивающей воздействие на несколько механизмов заболевания. Гомеопатические дозы должны минимизировать возможный побочный эффект от терапии. Надо сказать, что хотя Рекеверг пользовался технологией разведений, принятой в гомеопатии, в указанных препаратах Траумель С и Цель Т ингредиенты содержались хотя и в минимальных, но все же определяемых дозах. По-видимому, это связано и с тем, что мишенью для воздействия в гомотоксикологии, в отличие от классической гомеопатии, являются материальные субстанции: клетки, токсины, а на современном этапе — цитокины и другие биологические активные вещества.

Как видно из вышесказанного, в поле зрения Рекеверга и его последователей уже на ранних этапах их исканий оказался внеклеточный матрикс (межтканевая ткань) как объект воздействия патогена и как основа ряда болезней, тесно связанная с общевоспалительной реакцией. Воспаление по Рекевергу являлось биологически целесообразным оздоровительным процессом, в связи с чем он считал, что однократная противовоспалительная терапия способна лишь загнать болезнь в фазу «депонирования гомотоксинов». В основу лечения болезней по Рекевергу должна лечь комплексная терапия, позволяющая организму включить регуляторные процессы, направляющие болезнь к «регрессивной викариации». Рекеверг в числе прочего практиковал так называемые «гомоаккорды» — многокомпонентные гомео- и аллопатические препараты, каждый из компонентов которых находился в низких, средних и высоких потенциях; «нозоды» — препараты из патологически измененных органов или частей органов человека или животных, а также из убитых культур раз-

личных микроорганизмов; «катализаторы» и др. Необходимо сказать, что гомотоксикология, призванная, по мнению ее основателя, «навести мост» между гомеопатией и научной медициной, была встречена в штыки как с той, так и с другой стороны. Классическим гомеопатам явно не нравились усложнение и «засорение» схем терапии аллопатией. Что же касается представителей тогдашней, да и современной биомедицины, то они перенесли на гомотоксикологию все смертные «виталистические» грехи гомеопатии, попутно обвинив автора в создании отвлеченных, умозрительных, не подтвержденных экспериментами псевдонаучных теорий.

Безусловно, с точки зрения современной патофизиологии, воззрения Рекевега о последовательной трансформации болезней из инфекционных в воспалительные процессы, затем в обменные и потом — в злокачественные опухоли, не могут не казаться чересчур прямолинейными. Вместе с тем нельзя не учитывать, что в 1920–1930-е гг., когда, например, учение о канцерогенезе делало свои первые шаги, наряду с радиацией и химическими канцерогенами указывалось на большую роль в развитии злокачественных неоплазм хронического воспаления, что не утратило значения и сейчас, если иметь в виду паранеопластические синдромы при болезнях соединительной ткани. Учению о гомотоксинах как причинах болезней человека и в конечном итоге преждевременной старости уделял большое внимание лауреат Нобелевской премии И.И. Мечников [6]. Тогда же в научной медицине зарождается близкое к гомотоксикологии понятие «саногенеза» — избавления организма от токсинов и антигенов.

Надо сказать, что «дедуктивный подход» Рекевега к болезни находился в разительном противоречии с доминировавшей в науке клеточной парадигмой Р. Вирхова, согласно которой клетка являлась и строительным кирпичиком, и функциональной единицей организма, и главным фактором патофизиологии. Но, как мы указали выше, именно этот подход позволил гомотоксикологам еще в 1940-х гг. постулировать положение о патологии соединительной ткани и о ее связи с воспалением. Данный «умозрительный» постулат предполагал и поиск соответствующих стратегий терапии ревматических болезней. В научной медицине XX в. гипотеза о том, что болезни соединительной ткани (например, ревматизм) связаны с гиперчувствительностью и воспалением, была высказана в 1930-е гг., но долгое время оставалась маргинальной. Как видно из обзора истории учения о «коллагенозах», опубликованного в 1950 г. тогдашним светилом медицины П. Клемперером [7], патогенез «коллагеновых болезней» на том этапе развития медицины оставался полной terra incognita. Абсолютизируя клеточную теорию Р. Вирхова, медики и патофизиологи не видели различий между «нормальной» продукцией соединительной ткани фибробластами в процессе образования рубца и аномальным отложением коллагена во внеклеточном пространстве при волчанке и ревматоидном артрите. Единственной гипотезой, с помощью которой они пытались объяснить гиперпродукцию соединительной ткани при этой патологии, являлось системное действие гормонов, в частности, АКГГ. В упомянутом обзоре П. Клемперера отсутствует даже слово «воспаление».

Иммуновоспалительная, точнее, аутоиммунная теория патогенеза заболеваний соединительной ткани в биомедицине стала формироваться только во второй половине 1960-х гг. после открытий Ф. Бернета в области клеточной иммунологии. Не вдаваясь в сопоставление понятий

«гомотоксин» и «аутоантиген», нам хотелось бы отметить, что умозрительные взгляды Г. Рекевега на воспаление как системную защитную реакцию организма на патоген, которая при определенных условиях становится вредоносной, и этот вредоносный эффект реализуется через соединительную ткань, гораздо более адекватны нынешним представлениям о патофизиологии воспалительных ревматических заболеваний, чем современные ему теории, исходящие от представителей официальной медицины.

С конца XIX в. было выдвинуто много концепций воспаления «на научной основе». Р. Вирхов, поставив во главу угла повреждение паренхимы органов — дистрофию клеток при воспалении, создал так называемую нутритивную («питательную») теорию воспаления. На смену этой теории пришла сосудистая теория Ю. Конгейма, который основное значение в патогенезе воспаления придавал реакции мелких сосудов, нарушению микроциркуляции. Он считал, что расширение приводящих сосудов и прилив артериальной крови в очаг воспаления обуславливают появление жара и покраснение тканей, увеличение проницаемости капилляров — припухлость, образование инфильтрата — сдавление нервов и возникновение боли, а все вместе — нарушение функции. В дальнейшем И.И. Мечниковым была выдвинута эволюционно-биологическая теория воспаления (1892 г.). В его трактовке воспаление рассматривается как реакция приспособления и защиты организма от вредных факторов. И.И. Мечников развил учение о фагоцитозе и придавал ему большое значение в механизме борьбы макроорганизма с «агрессором». Все предшественники И.И. Мечникова рассматривали воспаление как местный процесс. И.И. Мечников охарактеризовал воспаление как процесс, развивающийся на всех уровнях организации организма: клеточном (фагоцитоз), системном (иммунная система), организменном (эволюция воспаления в онто- и филогенезе). Далее наука вновь вернулась к локальным и тканевым трактовкам воспаления. В 1923 г. Шаде выдвинул физико-химическую теорию. По его мнению, основой воспаления являются тканевый ацидоз, гипероксия и гипертония в очаге повреждения, которыми и определяется в дальнейшем вся совокупность изменений при воспалении. Рикер (1924 г.), рассматривая феномены воспаления как проявления сосудисто-нервных расстройств, предложил нервно-сосудистую теорию воспаления. Все эти концепции, за исключением учения И.И. Мечникова, есть теории «очага воспаления».

И.И. Мечников одним из первых, если не первым в научном мире, рассматривал воспаление как системный и биологически целесообразный процесс и, так же как гомотоксикологи, попал под обвинения в витализме и телеологии. Его воззрение о том, что клетки-фагоциты могут ставить перед собой «высокую цель» защиты нашего организма от патогена, многим его коллегам казалось далеким от научного материализма. Оппоненты И.И. Мечникова, склонные объяснять фагоцитоз простыми физико-химическими закономерностями, считали, что фагоцитирующие клетки ведут себя в этом процессе пассивно, а микробы, проникшие в лейкоциты, находят там благоприятные условия для своей жизнедеятельности [8]. Лейкоциты, таким образом, являются лишь разносчиками возбудителей инфекции по всему организму. И.И. Мечников, безусловно, был не виталистом, а эволюционистом. С позиций теории эволюции, указывающей на развитие живых организмов от простых форм к сложным, он сумел отстоять учение о фагоцитозе как свойстве, возникшем на определенном этапе эволюции живых организмов, которое даже у высших существ еще не достигло совершенства.

Что же касается гомеопатологии как медицинского направления, то она, с учетом указанных выше научных споров, заняла промежуточное положение между официальной и альтернативной медициной. С одной стороны, многие ее положения, такие как «саногенез», и даже лечебные практики (аутогемотерапия) по умолчанию используются в официальной медицине, с другой стороны, ее «гомеопатические корни» вызывали у медицинской науки стойкую реакцию отторжения. «Моста между гомеопатией и аллопатией» не получилось, и в конце концов Г. Рекевег пошел своим путем. Созданная им компания Neel, располагавшаяся с середины 1950-х гг. в Баден-Бадене, стала со временем крупнейшим производителем препаратов в области «натуропатии». Надо сказать, что сходным путем пошла и швейцарская фирма Radma, которая с 1960-х гг. стала производить и внедрять в швейцарское здравоохранение многокомпонентные препараты на основе традиционных растительных средств тибетской медицины, выращиваемых в Альпах. Когда на рубеже веков методы доказательной медицины легли в основу применения лекарственных средств, и Neel, и Radma оказались подготовленными к новым вызовам. В научной печати опубликованы отчеты об эффективности клинических испытаний препаратов компании Neel, хотя дискуссию об их клинической эффективности нельзя считать завершённой из-за имеющихся возражений [9].

Комбинация биорегуляционных препаратов Траумель С и Цель Т при остеоартрите коленного сустава стала предметом исследования MOZArT, отдельные этапы и результаты которого приведены ниже [10]. Результаты исследования, опубликованные в European Journal of Integrative Medicine, подтверждают возможность использования препаратов Траумель С и Цель Т в лечении пациентов с остеоартритом (ОА) коленных суставов, в частности тех, кому стандартная терапия не показана вследствие неэффективности или наличия серьезных побочных эффектов.

Исследование MOZArT было рандомизированным контролируемым испытанием с дизайном, широко применяемым в качестве «золотого стандарта» для научного клинического исследования (рис. 1). Изначально отобранные пациенты проходили период «вымывания», им отменяли препараты, применяемые для устранения боли, вызванной ОА. После 3–10 дней вводного периода с лечением плацебо (для возникновения у пациентов «вспышки») пациентов с хроническим ОА коленного сустава от умеренного до тяжелого по интенсивности рандомизировали для получения 3-недельных внутрисуставных (ВС) инъекций комбинации препаратов Траумель С и Цель Т или физиологического раствора, которые выполнялись клиническими исследователями с опытом выполнения ВС инъекций. Основной целью исследования MOZArT была оценка того, насколько хорошо комбинированная ВС инъекция препаратов Траумель С и Цель Т ослабляет умеренную или сильную боль у пациентов с ОА коленного сустава. Препараты Траумель С/Цель Т вводили прямо в коленный сустав пациента в соответствии со стандартными методиками.

Стандартный протокол выполнения инъекции:

1. После артроцентеза Траумель С/Цель Т вводили внутрисуставно медиально или латерально в соответствии со стандартными методиками.

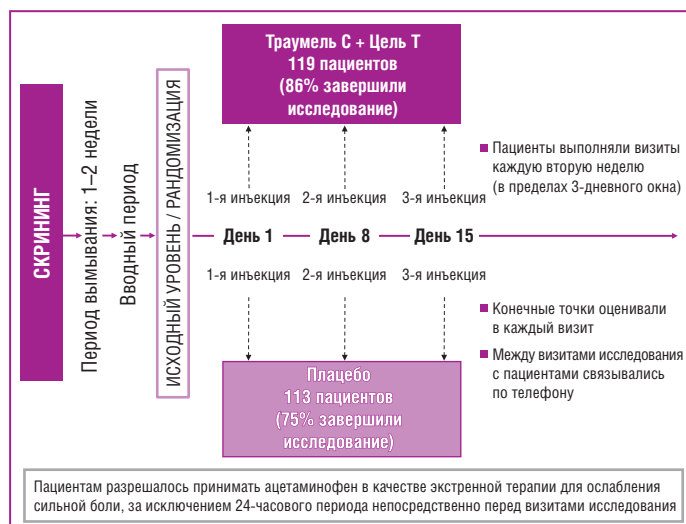


Рис. 1. Схема исследования MOZArT

2. Инъекцию проводили медленно, равномерно (чтобы дискомфорт у пациента был минимальным).
3. Все три инъекции выполняли в один и тот же анатомический участок.
4. Пациентам рекомендовали избегать активности, требующей усилий, в течение 24–48 часов.
5. Оценка восприятия боли выполняли перед каждой инъекцией.

Процедура тщательно соблюдалась у каждого пациента для обеспечения правильного и безопасного выполнения инъекций, с минимальным дискомфортом для пациента и минимально возможным риском инфекции. Все три инъекции выполняли в один и тот же анатомический участок в полости коленного сустава при размещении пациента в одном и том же положении (например, лежа или сидя). Оценку восприятия боли выполняли перед каждой инъекцией. Основные данные о пациентах, включенных в исследование, представлены в таблице 2.

В ходе исследования было выявлено, что у пациентов, получавших лечение препаратами Траумель С и Цель Т, был значимо меньший уровень боли в конце исследования по сравнению с пациентами, получавшими плацебо. Значимое улучшение наблюдалось после третьей инъекции, и постепенное улучшение продолжалось в течение всего исследования; боль у пациентов, получавших лечение препаратами Траумель С и Цель Т, была значимо меньше, чем у пациентов, получавших плацебо, по данным большинства

Таблица 2. Данные пациентов, используемые при статистическом анализе

	Траумель С/Цель Т (n=119)	Плацебо (n=113)	Всего (n=232)
	n (%)	n (%)	n (%)
Все рандомизированные пациенты	119 (100,0)	113 (100,0)	232 (100,0)
Выборка для анализа безопасности	119 (100,0)	113 (100,0)	232 (100,0)
Полная выборка для анализа (ITT)	117 (98,3)	111 (98,2)	228 (98,3)
Выборка получивших лечение по протоколу (PP)	102 (85,7)	97 (85,8)	199 (85,8)

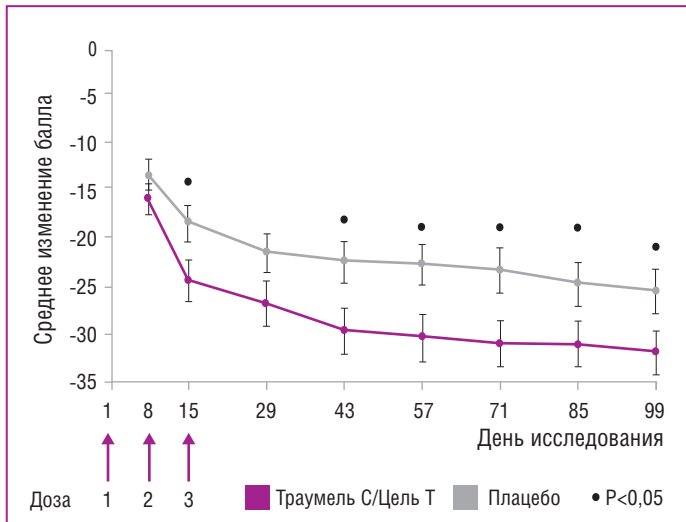


Рис. 2. Динамика боли у пациентов по результатам исследования MOZArT

оценок, выполняемых в ходе исследования (рис. 2). Пропорционально большее количество пациентов, получавших лечение препаратами Траумель С и Цель Т, ощутили клинически значимое снижение боли по сравнению с пациентами, получавшими плацебо, и эта разница была значимой в течение большей части исследования. Это примечательно, поскольку пороговое значение, используемое для оценки клинической значимости, было выше (т. е. более консервативным), чем диапазон опубликованных значений (рис. 3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, нарастание интереса к альтернативной и комплементарной медицине во многих странах мира стало настолько заметным, что ВОЗ сочла необходимым высказать свое позитивное отношение к неконвенциональным лечебным практикам, под которыми понимается, как правило, либо народное целительство, не имеющее письменной фиксации, либо традиционная медицина древних восточных культур. Не без основания считается, что рационалистическая античная медицина в лице таких ее представителей, как Гиппократ, Гален и Цельс, уже в те времена заложила основы естественно-научного понимания феноменов здоровья и болезни, близкого к современному, и тем самым положила начало дивергенции медицины Запада от медицины Востока. Вместе с тем нельзя не отметить, что на протяжении истории европейской медицины в ней существовали практики, альтернативные гиппократовской школе и ее рациональным последователям, среди них — медицина пифагорейцев, учения Парацельса и Ганемана, некоторые из которых дожили до настоящего времени. Концепция биорегуляционной медицины выходит из принципов гомотоксикологии и связана с именем Г. Рекевега. Она в известной степени является продолжением этой альтернативной традиции на том этапе развития, когда ее сторонники уже не могли пройти мимо естественно-научных открытий в области биологии. Как мы попытались показать выше, и основатели гомотоксикологии, и современные им биологи имели как разногласия, так и точки соприкосновения. Исходя из доступных нам материалов, «холистическая» концепция болезни Г. Рекевега наряду с ошибочными пунктами имела ряд перспективных научных положений, позволивших автору постулировать связь патологии соединительной ткани с системным воспалени-

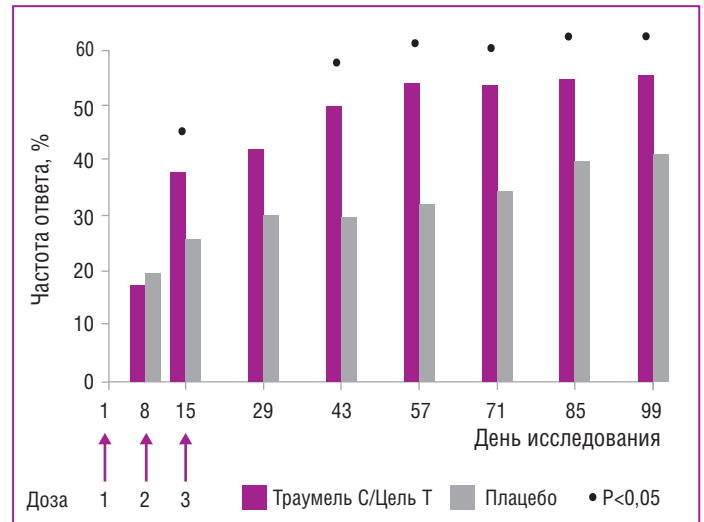


Рис. 3. Частота клинически значимого снижения боли по результатам исследования MOZArT

ем едва ли не раньше, чем это сделали представители официальной медицинской науки.

Безусловно, медицина — это в первую очередь лечебная практика, требующая не столько концепций, сколько строгих доказательств действенности лекарственных препаратов, равно как их безвредности. В этом отношении у биорегуляционных препаратов есть как плюсы, так и минусы. К первым надо отнести то, что, в отличие от многих «альтернативных медциин», ее лечебные методы и средства «вещественны», а значит, подлежат проверке с помощью доказательной медицины. К минусам в первую очередь нужно отнести сложность многокомпонентного состава биорегуляционных средств, что а priori может вызывать возражения у сторонников доказательной медицины. Тем не менее исследования лечебного эффекта этих препаратов с помощью инструментария доказательной медицины ведутся, и насколько их результаты станут достоянием консенсуса в медицинском сообществе, покажет будущее.

Литература

1. Стратегия ВОЗ в области традиционной медицины на 2014–2023 гг. [Strategiya VOZ v oblasti traditsionnoy meditsiny na 2014–2023 gg. (in Russian)]. (Электронный ресурс). URL: http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/ru/. (Дата обращения: 29.03.2018).
2. Народная медицина: определения [Narodnaya meditsina: opredeleniya (in Russian)]. (Электронный ресурс). URL: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/ru/. (Дата обращения: 29.03.2018).
3. Неконвенциональная медицина [Nekonventsional'naya meditsina (in Russian)]. (Электронный ресурс). URL: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/1058948>. (Дата обращения: 29.03.2018).
4. Головизнин М.В. Белые одежды с испачканной изнанкой, или Как гомеопатию делают лженаукой [Goloviznin M.V. Belyye odezhdyy s ispatchkannoy iznankoy, ili Kak gomeopatiyu delayut lzhenaukoy (in Russian)]. (Электронный ресурс). URL: <http://www.medvestnik.ru/content/interviews/Belye-odejdy-s-ispachkannoi-iznankoi-ili-Kak-gomeopatiu-delayut-lzenaukoi.html>. (Дата обращения: 29.03.2018).
5. Рекевер Ганс-Генрих — создатель теории гомотоксикологии [Rekeveg Gans-Genrikh — sozdatel' teorii gomotoksikologii (in Russian)]. (Электронный ресурс). URL: <http://wiki.wellmeta.ru/rekveveg-sozdatel-teorii-gomotoksikologii>. (Дата обращения: 29.03.2018).
6. Мечников И.И. Этюды о природе человека. М.: Книжный клуб Книгоvek, 2011. 320 с. [Mechnikov I.I. Etyudy o prirode cheloveka. M.: Knizhnyy klub Knigovek, 2011. 320 s. (in Russian)]
7. Klemperer P. The concept of collagen diseases // Am J Pathol. 1950. Vol. 26 (4). P. 505–519.
8. Мечников И.И. Избранные произведения [Mechnikov I.I. Izbrannyye proizvedeniya (in Russian)]. (Электронный ресурс). URL: <http://whinger.krc.karelia.ru/ocr/mechnikov/selection/01.html>. (Дата обращения: 29.03.2018).
9. Ernst E., Schmidt K. Homotoxicology—a review of randomised clinical trials // Eur J Clin Pharmacol. 2004. Vol. 60(5). P. 299–306.
10. Lozada C.J., del Rio E., Reitberg D.P. et al. A double-blind, randomized, saline-controlled study of the efficacy and safety of co-administered intra-articular injections of Tr14 and Zel4 for treatment of painful osteoarthritis of the knee: The MOZArT trial // Eur J Integr Med. 2017. Vol. 13. P. 54–63.