

КОМПЛЕКСНЫЕ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ В-КЛЕТОЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

*З.В. Мартина, И.В. Абраменко, Н.А. Голярник,
И.С. Дягиль, А.А. Чумак, Д.А. Базыка*

НЦРМ АМН Украины

Ключевые слова: хронический лимфолейкоз, антигомотоксическая терапия.

С 1994 года в Украине в общеклинической практике активно применяют антигомотоксические препараты компании «Neel» (Германия), разработанные по специальной гомеопатической технологии с взаимоусилением и взаимодополнением действия компонентов [1]. Имеются публикации об их позитивном влиянии на течение вирусных инфекций, острых и хронических вирусных гепатитов, заболеваний суставов, мочеполовой сферы, желудочно-кишечного тракта [3, 5, 6, 8, 9]. Среди более чем 40 препаратов, зарегистрированных в Украине, для врачей-гематологов особый интерес представляет комплексный препарат «Лимфомиозот», который влияет на взаимодействие лимфоидных клеток с эндотелием сосудов, тем самым изменяя их перераспределение в тканях. В сочетании с другими препаратами, его назначают при заболеваниях различной природы, в том числе при злокачественных и доброкачественных новообразованиях. Опыта применения препарата «Лимфомиозот» при злокачественных заболеваниях лимфоидной ткани нет. Поэтому целью настоящей работы стало проведение предварительной оценки токсичности, безопасности и эффективности комплексной антигомотоксической терапии у больных В-клеточным хроническим лимфолейкозом (В-ХЛЛ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 15 больных В-ХЛЛ. Критериями включения в исследование были диагноз В-ХЛЛ, подтвержденный данными иммунофенотипирования; возраст больных до 70 лет, согласие пациента тщательно соблюдать предложенную схему терапии.

Стадию заболевания определяли согласно критериям классификаций Rai и Binet [4, 7]. До начала и после завершения курса терапии препаратами Neel оценивали общее состояние пациентов по шкале Карновского, размеры периферических лимфатических узлов, печени и селезенки, наличие симптомов интоксикации, показатели периферичес-

кой крови, проводили иммунофенотипирование лимфоидных клеток периферической крови с помощью проточной цитометрии.

5 больным, ранее не получавшим цитостатические препараты, был назначен 6-недельный курс антигомотоксической терапии, включающий:

- «Лимфомиозот» — по 10 капель 3 раза/сут за 20 мин до еды;

- «Галиум-Хеель» — по 10 капель 3 раза/сут за 20 мин до еды;

- «Убихинон композитум» — по 1 инъекции (2,2 мл) внутримышечно 1 раз/нед;

- «Коэнзим композитум» — по 1 инъекции (2,2 мл) внутримышечно 1 раз/нед.

10 больным, ранее принимавшим терапию цитостатиками, антигомотоксические препараты назначали за 3 дня до начала очередного курса полихимиотерапии продолжительностью 4 нед. Помимо вышеуказанных препаратов, курс дополняли:

- «Гепар композитум» — 1 инъекция (2,2 мл) внутримышечно 1 раз/3 дня № 2, затем по 1 инъекции 1 раз в неделю № 3;

- «Солидаго композитум С» — 1 инъекция (2,2 мл) внутримышечно 1 раз в 3 дня № 2, затем по 1 инъекции 1 раз/нед № 3.

Подбор антигомотоксических препаратов объяснялся эффективностью предложенных ранее аналогичных схем в терапии онкологических заболеваний [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пять больных В-ХЛЛ ранее не получали и не нуждались в назначении цитостатической терапии на момент включения в исследование. После курса лечения антигомотоксическими препаратами у одного пациента (с 15-летним анамнезом) заболевание прогрессировало, что выразилось в увеличении лимфатических узлов, лейкоцитоза, абсолютного содержания лимфоцитов, преимущественно с фенотипом CD5+CD20+ (следует отме-

тять, что некоторые признаки прогрессии наблюдались еще до начала терапии). Два пациента отмечали субъективное улучшение состояния, однако основные клинические параметры существенно не изменились. Еще в двух случаях наблюдали улучшение общего состояния, уменьшение размеров лимфатических узлов, лейкоцитоза, относительного и абсолютного лимфоцитоза (табл. 1). В этой группе больных обращает на себя внимание незначительное увеличение содержания тромбоцитов в периферической крови у всех больных ($P = 0,01$, парный t-тест); а также возрастание относительного содержания CD56+ киллерных/цитотоксических лимфоцитов у 4 пациентов (исключая случай прогрессии заболевания): $(4,02 \pm 1,77)$ и $(9,69 \pm 3,40)\%$ соответственно, $P = 0,04$.

У десяти больных антигомотоксические препараты дополняли проводимый курс полихимиотерапии (по схеме COP — 3 больных, CNOP — 5, CNOP-Vleo — 2). Позитивная динамика отмечена у семи. У двух пациентов признаки прогрессии за-

болевания наблюдались к моменту начала курса полихимиотерапии в комбинации с антигомотоксическими препаратами, при его проведении улучшения состояния достичь не удалось.

У восьми больных с позитивной динамикой процесса по сравнению с предшествующим аналогичным курсом полихимиотерапии без дополнения антигомотоксическими препаратами были менее выражены признаки интоксикационного синдрома, не зафиксировано ухудшения показателей красной крови (ранее отмечено у троих), наблюдалась тенденция к увеличению количества тромбоцитов, более выраженные изменения показателей периферической крови в сторону снижения относительного и абсолютного содержания лимфоцитов и, соответственно, роста количества нейтрофильных лейкоцитов (табл. 2). Уменьшение опухолевого клона В-лимфоцитов отмечено как при проведении терапии с антигомотоксическими препаратами, так и без; различия между двумя подгруппами больных не были достоверны.

Таблица 1. Некоторые клинико-гематологические параметры группы больных В-ХЛЛ, не получавших терапии цитостатическими препаратами

Показатель	Пациент					
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	
Возраст, годы	65	52	69	61	62	
Пол	м	м	м	ж	м	
Стадия В-ХЛЛ	В(II)	В(II)	А(I)	А(II)	А(I)	
Длительность заболевания, месяцы	180	2	2	60	60	
Изменение лимфатических узлов в результате терапии	увеличились	не изменились	не изменились	уменьшились	уменьшились	
Гемоглобин, г/л	исходный	103	142	110	121	145
	после курса	93	145	124	120	154
Тромбоциты, г/л	исходные	180	250	280	120	260
	после курса	230	280	310	160	280
Лейкоциты, г/л	исходные	31,8	14,6	27,6	56,1	12,0
	после курса	87,5	13,8	27,8	44,3	7,2
Лимфоциты, %	исходные	87	70	68	90	70
	после курса	86	69	83	89	51
Лимфоциты, г/л	исходные	27,6	10,2	18,7	50,5	8,4
	после курса	75,2	7,1	23,1	39,4	3,6
Субпопуляция CD5+CD20+, %	исходные данные	65	86,6	85	85,9	51,0
	после курса	75,6	76,3	83	80,1	49,8
Субпопуляция CD5+CD20+, г/л	исходные данные	17,9	8,9	15,9	43,3	4,3
	после курса	56,9	5,4	23,1	31,6	1,8

Таблиця 2. Некоторые клиничко-гематологические показатели исследуемой и контрольной групп больных В-ХЛЛ в динамике терапии

Показатель	Курс с дополнением препаратами Неел		Предшествующий курс без препаратов Неел	
	До курса	После курса	До курса	После курса
Эритроциты, т/л	3,83 ± 0,17	3,85 ± 0,18	3,80 ± 0,26	3,84 ± 0,15
Гемоглобин, г/л	112,57 ± 5,62	112,66 ± 7,06	112,5 ± 6,17	107,33 ± 6,83
Лейкоциты, г/л	17,47 ± 8,66	20,78 ± 12,12	18,83 ± 7,44	22,51 ± 12,15
Тромбоциты, г/л	160,66 ± 27,39	227,6 ± 35,94*	173,33 ± 18,73	162,33 ± 27,63
Лимфоциты, %	56,28 ± 10,34	50,71 ± 10,21	61,33 ± 12,12	62,33 ± 13,96
Лимфоциты, г/л	9,83 ± 2,71	10,79 ± 3,33	11,54 ± 1,52	13,35 ± 2,74
Палочкоядерные лейкоциты, %	2,66 ± 1,08	3,16 ± 0,75	2,16 ± 0,74	2,17 ± 1,24
Палочкоядерные лейкоциты, г/л	0,46 ± 0,05	0,66 ± 0,06	0,41 ± 0,10	0,48 ± 0,11
Сегментоядерные лейкоциты, %	34,0 ± 8,14	45,33 ± 7,13	26,5 ± 10,25	28,33 ± 11,54
Сегментоядерные лейкоциты, г/л	5,94 ± 0,74	9,41 ± 1,75	4,99 ± 0,84	6,37 ± 1,07
Моноциты, %	5,71 ± 1,28	4,5 ± 1,23	6,67 ± 2,15	4,66 ± 1,33
Моноциты, г/л	0,99 ± 0,13	0,93 ± 0,11	1,25 ± 0,19	1,05 ± 0,16
Эозинофилы, %	1,71 ± 0,60	3,0 ± 0,63	1,33 ± 0,61	1,66 ± 0,61
Эозинофилы, г/л	0,29 ± 0,04	0,62 ± 0,11	0,25 ± 0,05	0,37 ± 0,05
СОЭ, мм/час	9,43 ± 2,56	13,33 ± 3,02	10,2 ± 1,02	8,67 ± 2,67
CD3+, %	35,78 ± 8,16	41,31 ± 10,44	34,45 ± 6,78	39,91 ± 6,41
CD3+, г/л	3,51 ± 0,26	4,46 ± 0,08	3,97 ± 0,46	5,34 ± 1,23
CD4+, %	18,0 ± 5,61	27,02 ± 5,39	17,3 ± 4,81	22,7 ± 5,12
CD4+, г/л	1,77 ± 0,11	2,91 ± 0,04	1,99 ± 0,21	3,03 ± 0,73
CD8+, %	16,82 ± 4,41	26,66 ± 5,74	19,03 ± 3,71	20,71 ± 4,69
CD8+, г/л	1,65 ± 0,41	0,45 ± 0,08	2,19 ± 0,54	2,76 ± 0,93
CD56+, %	5,46 ± 1,04	6,57 ± 1,87	4,37 ± 1,03	5,08 ± 1,72
CD56+, г/л	0,53 ± 0,05	0,71 ± 0,03	0,51 ± 0,07	0,67 ± 0,11
CD5/CD20+, %	39,39 ± 8,81	23,73 ± 8,78*	42,4 ± 6,31	27,71 ± 6,41*
CD5/CD20+, г/л	3,87 ± 1,20	2,57 ± 1,91	4,89 ± 1,43	3,69 ± 1,64
IgA, г/л	1,92 ± 0,06	2,02 ± 0,07	1,98 ± 0,04	1,99 ± 0,02
IgM, г/л	0,86 ± 0,10	0,98 ± 0,09	1,03 ± 0,05	1,07 ± 0,03
IgG, г/л	10,23 ± 1,09	11,24 ± 0,45	10,78 ± 0,87	9,93 ± 0,74

Примечание. * Различия внутри подгруппы достоверны при $P < 0,05$.

Таким образом, полученные нами результаты пилотного исследования препаратов компании «Heel» в терапии больных В-ХЛЛ позволили сделать следующие предварительные выводы:

1. Проводимая терапия препаратами компании «Heel» не вызывает прогрессию основного заболевания.
2. Обнаружено позитивное влияние антигомотоксической терапии на показатели тромбоцитарного и эритроидного звена гемопоэза.
3. Комплексная антигомотоксическая терапия может быть использована в качестве дезинтокси-

кационного лечения сопровождения при проведении курсов полихимиотерапии.

4. Убедительных признаков противоопухолевого влияния антигомотоксической терапии не обнаружено. В то же время позитивная динамика заболевания у двух больных, не получавших химиотерапии, но принимавших антигомотоксические препараты, ставит вопрос о целесообразности проведения дальнейших исследований в этом направлении у больных В-ХЛЛ в начальной стадии заболевания без признаков опухолевой прогрессии.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Комплексные антигомотоксические препараты / Под ред. информационно-клинического отдела фирмы «Каскад-медикал». — К.: Каскад-медикал, 2004. — 279 с.
2. Рекевер Г.-Г. Гомеопатическая антигомотоксикология (систематизированное практическое лекарствоведение). — Смоленск: Гомеопатическая медицина, 1997. — 134 с.
3. Сахарчук И.И., Шамугия В.К., Сидорова Н.Н., Алексеенко Е.И. Влияние терапии антигомотоксическими препаратами на функцию эндотелия сосудов у больных с гипертонией // Врач. дело. — 2002. — № 8. — С. 66—68.
4. Binet J.L., Auquier A., Dighiero G. et al. A new prognostic classification of chronic lymphocytic leukemia derived from a multivariate survival analysis // Cancer. — 1981. — 48.1. — P. 198—206.
5. Fimiani V., Cavallaro A., Ainis O., Bottari C. Immunomodulatory effect of the homeopathic drug Engystol-N on some activities of isolated human leukocytes and in whole blood // Immunopharmacol. Immunotoxicol. — 2000. — 22.1. — P. 103—115.
6. Heine H., Schmolz M. Immunoregulation via 'bystander suppression' needs minute amounts of substances — a basis for homeopathic therapy? // Med. Hypotheses. — 2000. — 54.3. — P. 392—393.
7. Rai K.R. A critical analysis of staging in CLL. In: R.P. Gale, K. Rai (eds). Chronic lymphocytic leukemia: recent progress and future directions // Alan R. Liss, Inc., New York, 1987. — 253—264.
8. Rabe A., Weiser M., Klein P. Effectiveness and tolerability of a homeopathic remedy compared with conventional therapy for mild viral infections // Int. J. Clin. Pract. — 2004. — 58.9. — P. 827—832.
9. Valentiner U., Weiser M., Moll I., Schumacher U. The effect of homeopathic plant extract solutions on the cell proliferation of human cutaneous fibroblasts in vitro // Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd. — 2003. — 10.3. — P. 122—127.

КОМПЛЕКСНІ АНТИГОМОТОКСИЧНІ ПРЕПАРАТИ В ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА В-КЛІТИННИЙ ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ

З.В. Мартіна, І.В. Абраменко, Н.А. Голярник, І.С. Дягиль, А.А. Чумак, Д.А. Базика

Результати пілотного дослідження ефективності терапії препаратами компанії «Heel» (Німеччина) у 15 хворих на В-клітинний хронічний лімфолейкоз свідчать про перспективність використання їх як доповнення до поліхіміотерапії (дезінтоксикаційні властивості, позитивний вплив на гемопоез). Потрібні подальші дослідження для вирішення питання щодо доцільності застосування їх у вигляді монотерапії хворих низької групи ризику.

COMPLEX ANTIHOMOTOXIC THERAPY IN THE TREATMENT OF B-CELL CHRONIC LYMPHATIC LEUKEMIA PATIENTS

Z.V. Martina, I.V. Abramenko, N.A. Golyarnic, I.S. Dyagil, A.A. Chumak, D.A. Bazyka

The pilot investigation of antihomotoxic therapy with Heel preparations in 15 patients with b-cell chronic lymphatic leukemia suggests about its efficiency and availability as addition to the standard polychemotherapy (disintoxication, positive influence on hemopoiesis). The future studies to clarify the issue if rationality of their use as monotherapy in low risk group of patients are required.