



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38812 (13) A

(51) 7 A61K39/00, G01N33/49

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ДО ГОМЕОПАТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

(21) 2000105931

(22) 20.10.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Симоненко Григорій Геннадійович

(73) Національний медичний університет ім.
О.О.Богомольця

(57) Спосіб визначення індивідуальної чутливості до гомеопатичних препаратів, що включає двохетапну інкубацію лімфоцитів, оброблених імуномодулятором з еритроцитами барана, центрифугування та підрахування Е-розеткоутворення, який відрізняється тим, що до призначення лікування в пробах крові пацієнта *in vitro* проводять реакції спонтанного розеткоутворення лімфоцитів та фа-

гоцитозу нейтрофілних гранулоцитів в присутності гомеопатичних препаратів, визначають показник стимуляції розеткоутворення по формулі

$$A = (E-PU)_1 - (E-PU)_2,$$

де $(E-PU)_1$ - реакція з гомеопатичним препаратом, $(E-PU)_2$ - контрольна реакція,

A - показник стимуляції розеткоутворення в пробірочному тесті, а показник стимуляції фагоцитозу - по формулі $B = \Phi I_1 - \Phi I_2$, де

B - показник стимуляції фагоцитозу в пробірочному тесті,

ΦI_1 - реакція з гомеопатичним препаратом,

ΦI_2 - контрольна реакція, потім вибирають найбільший показник A або B і по ньому визначають індивідуальну чутливість до гомеопатичного препарату.

Винахід стосується медицини, а саме пульмонології і може бути використаний для об'єктивізації підбору гомеопатичних препаратів для лікування хворих на хронічний бронхіт через застосування імунологічних показників.

Хронічний бронхіт є важливою проблемою пульмонології, захворюваність ним зараз займає друге місце серед неспецифічних хвороб органів дихання. В нинішніх кризових соціально-економічних умовах, що характеризуються неухильним погіршенням добробуту населення, незадовільним забезпеченням галузі охорони здоров'я ліками, вакцинами, медичною апаратурою, обладнанням, тощо, виникає багато проблем з лікуванням хворих на хронічний бронхіт [1].

Після Чорнобильської катастрофи в постраждалих регіонах відмічаються більш важкий перебіг даного захворювання і недостатня ефективність лікування [2].

У зв'язку з зростанням алергічних проявів та побічною дією медикаментозної терапії, застосування тих чи інших засобів буває ускладнено [3].

Традиційний спосіб лікування хронічного бронхіту передбачає призначення бронхолітичних (метилксантини, бета-2-агоністи, холінблокатори) та відхаркуючих засобів, 10-14-денну антибіотикотерапію (напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспори́ни, тетрацикліни, аміноглікозиди, фторхінолони) - рекомендовано проводити в середньому 24 ± 3 дні, а при гнійній або обструктивній формі 30 ± 4 дні [4].

В останні десятиріччя з'явилися нові концепції терапії, в основу яких лягли важливі відкриття в області фізики, біології та медицини, що підтверджують і намагаються пояснити дію надзвичайно малих доз гомеопатичних ліків [5, 6].

Застосування в комплексному лікуванні хронічного бронхіту гомеопатичних препаратів є безпечним, ефективним і дешевим [7].

Все це викликає необхідність пошуку нових шляхів для вдосконалення критеріїв призначення гомеопатичних засобів.

Перспективним у цьому напрямку є включення в діагностичний комплекс імунологічних методик *in vitro*, оскільки одним з головних досягнень сучасної медицини як біологічної науки є бурхливий розвиток імунології [8, 9].

Найближчим аналогом, обраним нами як прототип, є спосіб визначення чутливості лімфоцитів до імуномодуляторів, що включає двохетапну інкубацію лімфоцитів, оброблених імуномодулятором з еритроцитами барана, центрифугування та підрахування Е-розеткоутворення [10]. Цей спосіб не пристосований для гомеопатичної діагностики і можливі труднощі вибору між кількома вірогідними для даного пацієнта препаратами.

Задача, яка вирішується способом, полягає в оптимізації підбору гомеопатичних препаратів для лікування хворих на хронічний бронхіт на підставі використання імунологічних показників.

(19) UA (11) 38812 (13) A

Технічний результат, що досягається, буде полягати в значному скороченні термінів лікування, збільшенні періодів ремісії, зменшенні ускладнень традиційного лікування та супутніх захворювань.

Поставлена задача вирішується тим, що у цьому способі до призначення лікування в пробах крові пацієнта *in vitro* проводять реакції спонтанного розеткоутворення лімфоцитів (Е-РУЛ) та фагоцитозу нейтрофільних гранулоцитів в присутності гомеопатичних препаратів, що надає можливість визначити індивідуальну чутливість імунотетних клітин до гомеопатичного засобу.

Ознаками, які відрізняють спосіб визначення індивідуальної чутливості до гомеопатичного препарату від способу прототипу, є більш значні об'єктивність і точність вибору гомеопатичного препарату, а також можливість *in vitro* спостереження динаміки взаємодії імунотетного дзеркала пацієнта і препарату.

Емпіричність звичайного способу визначення індивідуальної чутливості до гомеопатичного препарату обумовлює значні недоліки в лікуванні пацієнтів.

Спосіб здійснюється наступним чином: Беруть 3 мл крові з кубітальної вени, виділяють $1 \cdot 10^5$ лімфоцитів для трьох проб. Лімфоцити однієї з проб обробляють одним гомеопатичним препаратом, другої - другим гомеопатичним препаратом (наприклад 200СН потенція у 0,5 мл дистильованої води), третьої - дистильованою водою (0,5 мл) і інкубують одну годину при 37°C. Реакцію Е-розеткоутворення здійснюють шляхом п'ятихвилинного центрифугування суміші суспензії лімфоцитів з 0,4%-ною зависсю еритроцитів барана (співвідношення 1:90) і двохетапною інкубацією: 30 хв. у термостаті при 37°C і 18-20 год. у холодильнику при +10°C. Стимулюючий ефект гомеопатичного препарату визначають за різницею процентного співвідношення Е-розеткоутворюючих клітин, що стимульовані препаратом, і спонтанних:

$$A = (E-РУЛ)_1 - (E-РУЛ)_2.$$

A - показник стимуляції розеткоутворення в пробірочному тесті, де

(Е-РУЛ)₁ - реакція з гомеопатичним препаратом,
(Е-РУЛ)₂ - контрольна реакція.

Паралельно визначають фагоцитарний індекс нейтрофілів у пробірочному тесті з гомеопатичними препаратами. Реакція здійснюється наступним чином: Беруть 3 мл крові з кубітальної вени, виділяють $1 \cdot 10^6$ кл/мл для трьох проб. До 0,3 мл цієї зависі додають 0,2 мл лейкоцитів в середовищі 199 і 0,15 мл пулу свіжих донорських сироваток АВ(IV). Завись однієї з проб обробляють одним гомеопатичним препаратом, другої - другим гомеопатичним препаратом (наприклад 200СН потенція у 0,5 мл дистильованої води), третьої - дистильованою водою (0,5 мл) і витримують 30 хв. при 37°C. Потім у пробірки додають 5 мл ізотонічного розчину хлориду натрію, струшують і центрифугують 10 хв. при 1500 об/хв. і з осаду роблять мазки, котрі після висушування фіксують метиловим спиртом і фарбують за Романовським-Гимзою. Стимулюючий ефект гомеопатичного препарату визначають за різницею фагоцитарного індексу (ФІ) клітин, що стимульовані препаратом, і контрольних:

$$B = \Phi I_1 - \Phi I_2,$$

де B - показник стимуляції фагоцитозу в пробірочному тесті,

ΦI_1 - реакція з гомеопатичним препаратом,

ΦI_2 - контрольна реакція.

Вибирається найбільший показник A або B і по ньому визначають індивідуальну чутливість до гомеопатичного препарату.

Спосіб підтверджується наступними прикладами.

Приклад 1. Хвора М., 1958 р. н., знаходилась на лікуванні у відділенні пульмонології ІФП АМН України (№ історії хвороби 625) в зв'язку з загостренням хронічного обструктивного бронхіту. При проведенні імунотетних досліджень з Lachesis, Arnica, Phosphorus та Mellilotus 200СН, які, на нашу думку, були вірогідними препаратами для даної пацієнтки, (Е-РУЛ)₂ складала 23,0%, для першого препарату (Е-РУЛ)₁ складала 25,0%, для другого (Е-РУЛ)₁ - 33,3%, для третього (Е-РУЛ)₁ - 21,3%, для четвертого (Е-РУЛ)₁ - 24,6%, ΦI_2 - 62,0%, для першого препарату ΦI_1 складала 62,0%, для другого ΦI_1 - 52,0%, для третього ΦI_1 - 66,0%, для четвертого ΦI_1 - 41,0%. Найбільший показник був у Arnica і дорівнював: $A=33,3\% - 23,0\%=10,3\%$, тобто реакція на препарат була значною. На фоні звичайної бронхолітичної терапії хворій був призначений курс лікування Arnica в розведенні 200СН по 3 гранули щодня. Нормалізація клінічних і лабораторних показників зареєстрована на 12 день перебування в стаціонарі, що на 9 днів менше загальновизнаного.

Приклад 2. Хвора Н., 1955 р. н., знаходилась на лікуванні у відділенні пульмонології ІФП АМН України (№ історії хвороби 2255) в зв'язку з загостренням хронічного обструктивного бронхіту. При проведенні імунотетних досліджень з Natrium muriaticum, Pulsatilla та Argentum nitricum 200СН, (Е-РУЛ)₂ складала 15,0%, для першого препарату (Е-РУЛ)₁ - 16,0%, для другого (Е-РУЛ)₁ - 12,0%, для третього (Е-РУЛ)₁ - 6,3%, ΦI_2 - 55,0%, для першого препарату ΦI_1 - 38,0%, для другого ΦI_2 - 34,0%, для третього ΦI_3 - 41,1%. Найбільший показник був у Natrium muriaticum і дорівнював: $A=16,0\% - 15,0\%=1,0\%$, тобто реакція на препарат була в межах помилки методу (3%). На фоні звичайної бронхолітичної терапії хворій був призначений курс лікування Natrium muriaticum в розведенні 200СН по 3 гранули щодня. Нормалізація клінічних і лабораторних показників зареєстрована на 21 день перебування в стаціонарі, що є загальновизнаним для стаціонарного етапу лікування хронічного бронхіту.

За період з 1992 по 1998 роки у відділенні пульмонології ІФП АМН України і відділенні нетрадиційної медицини кафедри реабілітаційної медицини НМУ з використанням способу, було продіягностовано і проліковано 15 хворих з діагнозом, який був підтверджений клініко-лабораторними даними та результатами функціонального, рентгенологічного, імунотетного, бронхологічного, цитологічного і біофізичного досліджень. Ремісія захворювання досягалась в середньому раніше на 8,0 днів. При застосуванні способу достовірно ($p<0,05$) кращим було зменшення супутніх скарг і ознак. Тривалість ремісії становила $7,0 \pm 1,5$ місяців, порівняно з $2,8 \pm 0,9$ в контролі ($p<0,05$). Частото-

та загострень за рік склала в середньому $1,8 \pm 0,2$ в основній групі і $3,0 \pm 0,3$ в контрольній ($p < 0,01$). Спосіб може бути рекомендованим для широкого використання в клінічній практиці.

Література.

1. Фещенко Ю. І. Сучасні проблеми пульмонології / Укр. пульм. журн. - № 2, 1997. - с. 3-8.
2. Ткачишин В. С. Особливості клінічного перебігу хронічного бронхіту у ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС / Укр. пульм. журн. - № 4, 1998. - с. 39-43.
3. Розповсюдженість алергічних захворювань. / Б. М. Пухлик, О. Б. Бондарчук, І. В. Корицька та ін. // Укр. пульм. журн. - № 1, 1993. - С. 11.
4. Роланд Г., Ингрэм М. Хронический бронхит, эмфизема легких и бронхообструктивный синдром. // Внутренние болезни / под ред. Е. Браунвальда. - М.: Медицина, 1995. - Т. 6.- С. 93-100.
5. Belon Ph. Clinical Research Demonstration of Effectiveness // BMJ, 1994. -V. 309. - P. 1329-1332.
6. Reilly D. et al. "Is Evidence for Homoeopathy reproducible?" // The Lancet, 1994. - V. 344. - P. 1601-1606.
7. Симоненко Г. Г. Эффективность гомеопатических средств в комплексном лечении больных хроническим обструктивным бронхитом / Укр. пульм. журн. - № 2, 1998. - С. 46-49.
8. Клиническая иммунология / Под ред. А. В. Караулова. - М.: Мед. информ. агентство, 1999. - 604 с.
9. Стефани Д. В., Вельтищев Ю. Е. Иммунология и иммунопатология детского возраста.- М., 1996.
10. В. Е. Казмирчук, Н. Г. Бычкова и др. а. с. СССР № 1064952 "Способ определения чувствительности лимфоцитов к левамизолу".
11. Ганеман С. Органон врачебного искусства: Пер. с англ. - М.: Атлас, 1992.- 205 с.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
