

## **Опыт применения классического гомеопатического препарата Aconitum в лечении хронического болевого синдрома у онкологических больных IV клинической группы.**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе

*Статья посвящена паллиативной помощи онкологическим больным. В общей структуре этой помощи, с целью обезболивания, мы применяли гомеопатический препарат Aconitum. Выбор препарата сделан на основании изучения источников по классической гомеопатии. Включение препарата в общую схему лечения продиктовано безвредностью гомеопатии, как метода. Статья представляет интерес для онкологов, хирургов и других специалистов, занимающихся лечением онкологических больных.*

**Алефиров А.Н., д.м.н. Тарелкина М.Н., к.б.н. Разумова Н.К.**

Настоящее исследование было предпринято в соответствии с насущной необходимостью разработки новых методов оказания паллиативной помощи онкологическим больным (6). В общей структуре паллиативной помощи для лечения хронического болевого синдрома у онкологических больных IV клинической группы мы применяли классический гомеопатический препарат Aconitum.

Выбор препарата сделан на основании изучения источников по классической гомеопатии (3, 4, 9, 10).

Включение препарата в общую схему было продиктовано соображениями безвредности гомеопатии как метода, что является общим требованием, предъявляемым к методам паллиативной помощи.

Нами изучено современное состояние научно-экспериментальной базы по вопросу применения данного средства, что приведено в соответствующем обзоре. (1, 2).

Впервые препарат Aconitum был введен в практику основоположником гомеопатического метода С. Ганеманом около 200 лет назад.

В настоящее время гомеопатический препарат Aconitum разрешен к применению в Российской Федерации приказом Министра здравоохранения и медицинской промышленности РФ № 335 от 29 ноября 1995 года (приложение 2, “Номенклатура однокомпонентных (простых) гомеопатических лекарственных средств, разрешенных к медицинскому применению на территории Российской Федерации”) (5).

Препарат, имеющий в своих показаниях различные боли в сочетании с выраженными нарушениями сердечной деятельности и кровообращения, гипертермией, психическими модальностями в виде панического страха смерти и депрессии, на наш взгляд, мог бы быть включен в схему паллиативной помощи.

### **Методы исследования**

Боль трактовалась, как нейропатическая при наличии гиперальгезии, аллодинии, расширения рецепторного поля, наличия предвестников и характерных психических модальностей.

Гомеопатический препарат *Aconitum* назначали три раза в день за 1 час до еды в виде капель, растворяемых в 30 – 50 мл чистой воды.

Классическая индуктивная схема дозирования состояла в приеме препарата с 1 капли и увеличении по 1 капле ежедневно до 20 дня включительно. Таким образом, на 20 день лечения больной принимал по 20 капель препарата 3 раза в день. После 20-го дня начиналось снижение разовой дозы на 1 каплю в день вплоть до полной отмены на 40-й день лечения.

После этого делали перерыв 7 дней, затем схему повторяли снова.

Эффекты препарата оценивали с учетом проводимой одновременно традиционной противоболевой терапии.

Оценка интенсивности болевого синдрома до и в ходе лечения проводилась по шкале вербальных оценок (ШВО) и визуально - аналоговой шкале (ВАШ) (7).

В соответствии с тяжестью болевого синдрома пациенты были разделены на три группы: в I группу вошли больные со слабой болью, во II группу – больные с умеренной болью, в III группу – больные с сильной болью.

## Собственные данные

Под нашим наблюдением находился 31 больной в возрасте от 17 до 73 лет (средний возраст 54,7 года). Из них 16 мужчин и 15 женщин. Распределение больных по диагнозам представлено в таблице 1.

**Таблица 1. Распределение больных по диагнозам.**

Диагноз	всего	Мужчины	женщины	Преимущественный тип боли
Рак легкого	3	3	-	Соматогенный (позвонки, ребра, лопатка, плечевой сустав) + висцерогенный (плевра)
Рак молочной железы	5	-	5	Преимущественно соматогенный (позвонки, ребра, мягкие ткани грудной клетки, плечевой сустав, лимфэдема)
Рак желудка	4	3	1	Преимущественно висцеральный
Рак печени	3	1	2	Преимущественно висцеральный
Рак поджелудочной железы	2	2	-	Преимущественно висцеральный
Рак фатерова сосочка 12 п.к.	2	2	-	Преимущественно висцеральный
Колоректальный рак	5	1	4	Преимущественно висцеральный
Рак предстательной железы	3	3	-	Преимущественно соматогенный (поясничные позвонки, подвздошные кости)
Меланома	4	1	3	Преимущественно соматогенный
Всего	31	16	15	

В таблице 2 представлены данные по характеру боли и тяжести болевого синдрома в группах. Из таблицы 2 следует, что среди пациентов не было больных с очень сильной болью, нуждавшихся в назначении сильных наркотических анальгетиков (морфин, фентанил).

**Таблица 2. Распределение больных по тяжести болевого синдрома.**

Характер боли		Распределение пациентов в группах				
		Всего	Тяжесть болевого синдрома (по ШВО)			
			Слабая боль (1 балл)	Умеренная боль (2 балла)	Сильная боль (3 балла)	Очень сильная боль (4 балла)
Ноцицептианая	Висцеральная боль	10	4	5	1	-
	Соматическая боль	14	4	5	1	-
Нефропатическая		7	-	4	3	-
Всего		31	8	15	8	-

Состояние противоболевой терапии на момент начала наблюдения было следующим.

В группе I, включающей 8 человек, 5 пациентов на момент начала наблюдения получали различные ненаркотические анальгетики (анальгин, баралгин, аспирин, кетонал, парацетамол и др.), другие больные не получали противоболевых средств.

Во II-й группе (15 пациентов) 4 больных получали различные препараты трамадола, еще 5 лечились сочетанием ненаркотических анальгетиков и трамадола, 6 пациентов получали только ненаркотические анальгетики.

В III группе было 8 пациентов, из которых только трое получали промедол (по требованию). Остальные получали ненаркотические анальгетики и трамадол в виде монотерапии или в комбинациях.

Для пациентов, ранее не получавших анальгетики, или получавших их нерегулярно, тяжесть болевого синдрома оценивалась не только по субъективному фоновому ощущению, но и по степени реагирования на препарат той или иной группы.

Нужно отметить, что только 3 пациента из всех трех групп получали лечение “по часам”.

Подавляющее большинство пациентов на момент начала наблюдения получали обезболивание “по требованию”.

Перед началом применения препарата Aconitum была произведена корректировка приема предшествовавших анальгетиков.

Для I группы препараты (в подавляющем большинстве случаев ненаркотические анальгетики) режим и дозы не изменялись.

Для II группы – применение ретардной пероральной формы трамадола 100 – 200 мг в 10 и 22 часа.

Для III группы – применение ретардной пероральной формы трамадола 150 – 300 мг в 10 и 22 часа. В связи с тем, что ни один больной этой группы не получал лечения “по часам”, мы сочли возможным, прежде чем начинать систематический прием наркотических анальгетиков, перевести их на упорядоченный прием трамадола.

Одновременно назначался препарат Aconitum по указанной методике.

Лечебный эффект применения препарата считали положительным при условии: для I группы – полное устранение болевого синдрома, для II и III групп – снижение интенсивной боли не менее 1 балла по ШВО или 30% по ВАШ от исходного уровня. Возможность снижения дозы

фоновом анальгетике или даже переход на анальгетик более низкого уровня для противоболевого эффекта.

Число пациентов, у которых был получен положительный эффект приведен в таблице 3.

**Таблица 3.Изменение болевого синдрома у больных в период лечения.**

	Начало лечения		Через 7 дней лечения		Через 20 дней лечения		Через 60 дней лечения		Без Эффекта	
	n	%	n	%	n	%	n	%		%
Группа I	8	100	1	12.5	4	50	6	75	2	25
Группа II	15	100	1	6.7	4	26.7	13	86.7	2	13.3
Группа III	8	100	-	0	1	12.5	6	75	2	25
Всего	31	100	2	6.45	9	29.03	25	80.6	6	19.35

### Обсуждение результатов

В результате проведенного исследования было установлено, что анальгетический эффект гомеопатического препарата Aconitum зависит от применяемой дозы.

Так, на 7 день лечения, когда больные принимали по 7 капель препарата трижды в день, анальгетический эффект был зарегистрирован всего лишь у 12,5% пациентов I группы, у 6,7% больных II группы и не регистрировался у больных III группы вовсе.

На 20-ый день лечения (разовая доза 20 капель) эффект отмечен у половины пациентов I группы, четверти больных II группы, а также начал проявляться у больных III группы (12,5%). При понижении разовой дозы в соответствии со схемой ниже 10-12 капель у нескольких больных анальгетический эффект стал пропадать.

Кроме того было установлено, что эффект гомеопатического препарата Aconitum нарастает во времени. Так, через два месяца лечения, даже с учетом того, что доза препарата не увеличивалась выше 20 капель, лечебный эффект был зарегистрирован у 75% больных I группы, 86,7% у больных II группы и 75% у больных III группы.

Было выявлено, что скорость наступления анальгетического эффекта зависит от исходной тяжести болевого синдрома, но к концу второго месяца лечения эффект выравнивается.

Мы не наблюдали существенной разницы в эффективности препарата при различных типах боли. Анальгетический эффект препарата отмечен у пациентов II и III группы, в которые вошли больные как с ноцицептивной, так и с нейропатической болью.

Неспецифическое противоболевое действие препарата Aconitum проявлялось при назначении его в низких (десятичных) разведениях.

Мы не отметили сколько-нибудь значимых побочных эффектов у наших пациентов при проведении лечения в оговоренных выше дозах в указанные сроки. Лишь у одной больной отмечалась тяжесть в руках, еще у одной – онемение и покалывание губ. Явления быстро прошли после снижения дозы на 3 капли.

Считаем необходимым отметить, что в период лечения больных препаратом Aconitum нами было зарегистрировано несколько фактов опухолевого ответа, выразившихся в торможении роста и даже в частичном регрессе узлов (в одном случае до 50% от исходного уровня). При этом ни одному больному в этот период не проводилось основное лечение. Чаще всего опухолевый ответ регистрировался у больных раком молочной железы, раком легкого и меланомой.

Кроме того, у 2-х больных, параллельно наблюдавшихся у кардиолога по поводу выраженного нарушения сердечной деятельности вследствие атеросклеротической облитерации коронарных

сосудов, было отмечено значительное улучшение состояния коронарного кровотока, что было подтверждено в обоих случаях электрокардиографией, эхокардиографией, а в одном случае – ангиографией коронарных сосудов с контрастированием.

### Выводы

1. Классический гомеопатический препарат *Aconitum* можно рассматривать как эффективный адъювантный препарат при проведении лечения хронического болевого синдрома у онкологических больных IV клинической группы.
2. Необходимо дальнейшее изучение препарата в качестве кардиологического средства, в особенности в структуре паллиативной помощи онкологическим больным, в большинстве имеющих в качестве сопутствующего заболевания ишемическую болезнь сердца.

### Литература

1. Алефиров А.Н., Тарелкина М.Н., Разумова Н.К. // Применение растений рода «*Aconitum*» в онкологии. Обзор литературы. Современные технологии. Медицинская техника. Фармация. Диагностика.- 2002.- № 2 (8).-С.29-30.
2. Алефиров А.Н., Тарелкина М.Н., Разумова Н.К. // Применение растений рода «*Aconitum*» в онкологии. Обзор литературы. (продолжение).- Современные технологии. Медицинская техника. Фармация. Диагностика.- 2002.-- №3 (9).-С.26-27.
3. Гергардт фон Адольф // Гомеопатия.- Практическое руководство. – М: Двойная Звезда.- 1993.
4. Гомеопатический домашний лечебник. Второе издание, исправленное и дополненное.- Санкт-петербургского благотворительного общества врачей-гомеопатов, основанного в 1868 г. – М. Планета.-1993.-С.323-328.
5. Киселева Т.Л., Агеева Т.К., Цветаева Е.В. // Гомеопатические лекарственные средства, разрешенные к медицинскому применению на территории Российской Федерации.- учебно-справочное пособие.- Москва.-Велес.- 2000.- С.- 432.
6. Новиков Г.А., Осипова Н.А., Блинов Н.Н., Прохоров Б.М., Вайсман М.А., Рудой С.В., Константинова М.М. // Паллиативная помощь онкологическим больным. - Пособие для врачей. – М., 2000.- С.16-17.
7. Осипова Н.А., Новиков Г.А., Прохоров Б.М. // Хронический болевой синдром в онкологии. – Москва. Медицина.-1998.-С.44.
8. Осипова Н.А. // Порядок и сроки назначения наркотических анальгетиков. Методические указания.- 2001/129.- Москва.- 2001.- С.10.
9. Шаретт Ж // Практическое гомеопатическое лекарствоведение. - Санкт-Петербург.- Териоки.- 1992.-С.7-13.
10. Штигеле Альфонс // Гомеопатическое лекарствоведение.- М.: Терра.-1994.-С.71-76.