

Возможности патогенетической биорегуляционной терапии при воспалительных процессах органов малого таза

М.В. Тимошков, Е.В. Рыбка

Украинская академия биологической медицины, г. Киев

Применение комплексного препарата Гинекохеель за счет биорегуляционного действия позволяет дополнить и углубить патогенетическую противовоспалительную терапию как острых, так и хронических воспалительных процессов женских половых органов, что способствует повышению эффективности и безопасности лечения воспалительных заболеваний органов малого таза.

Ключевые слова: *Гинекохеель, ВЗОМТ.*

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) – причина развития таких тяжелых осложнений, как бесплодие, хроническая тазовая боль, гиперпластические процессы и др. Склонность ВЗОМТ к хронизации и рецидивирующему течению, рост антибиотикорезистентности микроорганизмов, побочные действия препаратов требуют поиска альтернативных, более безопасных и эффективных методов лечения воспалительных заболеваний половых органов. Одним из таких методов является биологическая медицина, в частности комплексные биорегуляционные препараты (КБП) компании «Биологише Хайльмиттель Хеель ГмбХ» (далее по тексту Хеель). Комплексность действия этих препаратов позволяет избежать назначения большого количества аллопатических лекарственных средств, необходимых для достижения подобных эффектов. Кроме того, КБП практически не имеют побочных эффектов и противопоказаний [1].

Одним из базовых биорегуляционных препаратов, обладающих тропностью к женским половым органам, является Гинекохеель. Гинекохеель оказывает противовоспалительное, обезболивающее, противоотечное, вазотоничное, седативное действие. Применение Гинекохеель позволяет повысить безопасность и эффективность методов лечения ВЗОМТ.

Среди амбулаторных гинекологических больных пациенты с ВЗОМТ составляют 60–65% и до 30% – пациенты стационара, т.е. ВЗОМТ занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости. При этом в 60% отмечается субклиническое течение воспалительного процесса, что в результате, из-за отсутствия адекватной терапии, приводит к развитию хронического воспаления. Следует отметить, что хронические ВЗОМТ являются наиболее частой причиной нарушения репродуктивного здоровья, обуславливают синдром хронической тазовой боли, бесплодие, невынашивание беременности, эктопическую беременность. Так, согласно данным, у женщин с ВЗОМТ эктопическая беременность развивается в 10 раз чаще, чем в популяции здоровых женщин, эндометриоз – в 6 раз, синдром хронической тазовой боли – в 10 раз. Это связано с тем, что хронический воспалительный процесс (ХВП) ведет к разрыхлению соединительной ткани, нарушению микроциркуляции с развитием тканевой гипоксии, к усилению продукции коллагеновых волокон и фиброзу. Это в свою очередь приводит к возникновению склеротических и дистрофических изменений органов

малого таза и формированию спаек. Серьезным осложнением ВЗОМТ является развитие дисгормональной патологии и доброкачественных опухолей половых органов. Механизм развития этих осложнений связан с тем, что хроническое воспаление приводит к стимуляции синтеза факторов роста (ИПФР-1, ТФР) и к изменению экспрессии рецепторов к половым гормонам. В результате на фоне нормальной концентрации эстрогенов в сыворотке крови вследствие рецепторных нарушений орган-мишень воспринимает это состояние как гиперэстрогению с развитием гиперпролиферативных процессов [2].

У больных с хроническими ВЗОМТ отмечается рецидивирующее течение, и каждый последующий эпизод обострения усугубляет глубину осложнений. При этом обострения хронических ВЗОМТ часто возникают под воздействием таких неспецифических факторов, как переутомление, переохлаждение, стрессовые ситуации, экстрагенитальные заболевания (холецистит, панкреатит, пиелонефрит), а также введение внутриматочных контрацептивов, аборт и т.д.

Также следует отметить, что патологический процесс распространяется не только на органы половой системы, но вторично вовлекаются эндокринная, сердечно-сосудистая и нервная системы, расширяя клинические проявления хронических ВЗОМТ [3].

Принимая во внимание вышесказанное, потребность в своевременной адекватной, комплексной терапии не вызывает сомнения.

Для установления диагноза ВЗОМТ достаточно наличия у пациентки минимальных диагностических критериев: болезненность при пальпации в нижней части живота, болезненность в области придатков, болезненность тракции шейки матки.

Согласно современным рекомендациям, наличие минимальных клинических диагностических критериев является показанием к незамедлительному назначению антибиотикотерапии [3]. Однако антибиотикотерапия оказывает влияние не только на возбудителя в месте локализации инфекции, но и на нормальную микрофлору, что приводит к снижению колонизационной резистентности слизистых оболочек, сопровождающейся избыточным размножением антибиотикорезистентных штаммов [4].

Несмотря на широкий арсенал современных аллопатических средств, включая антибактериальные, противовоспалительные, противовирусные и другие препараты различных фирм, эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий при урогенитальной патологии остается недостаточно высокой. Среди основных причин выделяют негативное влияние ряда препаратов на состояние микробиоценоза мочеполовых путей и кишечника; иммуносупрессивное действие многих лекарственных средств, а также неизученные до конца вопросы синергизма аллопатических препаратов, используемых у пациентов одновременно [5].

Учитывая озабоченность ростом антибиотикорезистентности микроорганизмов, а также последствия побочного действия лекарств, врачи - гинекологи находятся в постоянном поиске альтернативных, более безопасных и эффективных методов лечения ВЗОМТ и все чаще обращаются к средствам биологической медицины, в частности к комплексным биорегуляционным препаратам.

Одним из КБП, обладающих тропным эффектом к органам женской половой сферы, является Гинекохеель. Этот препарат оказывает противовоспалительное, обезболивающее, противоотечное, вазотоничное, седативное действие и является одним из базисных биорегуляционных гинекологических препаратов [6]. Комплексным действием Гинекохеель обязан индивидуальным свойствам и сочетанию 11 компонентов. В состав Гинекохеель входят минеральные компоненты (палладий), ингредиенты растительного (калина обыкновенная, донник лекарственный, хамелириум лютеум) и животного происхождения (очковая змея, медоносная пчела, шершень обыкновенный), которые традиционно применяются при широком спектре нарушений со стороны половой системы.

Палладий тропен к яичникам. Его принимают при симптомокомплексе, характерном для хронического оофорита, также он актуален при болевых ощущениях и отеке в области яичников, перитоните.

Калина обыкновенная применяется при скудных нерегулярных месячных, судорогах, дискомфорте в области яичников, дисменорее, при боли и зуде в области наружных половых органов.

Донник лекарственный используют при боли и слабости, а также при скудных месячных, дисменорее и некоторых нарушениях в работе яичников.

Медоносную пчелу применяют при болезненности и колющей боли, воспалении яичников, отсутствии месячных, дисменорее, миометрите с колющей болью, а хамелириум лютеум, шершня обыкновенного – при боли [7].

Действие препарата Гинекохеель осуществляется через «вспомогательную иммунологическую реакцию». Компоненты препарата фагоцитируются и деполимеризуются макрофагами. Фрагменты этих веществ вместе с молекулами комплекса гистосовместимости «выставляются» на поверхности данных клеток. Контактующие с макрофагами «наивные» Т-лимфоциты воспринимают эти молекулы как антигены и дифференцируются в регуляторные Th3 лимфоциты. Подобное может произойти лишь при определенных концентрациях антигена, которые создаются в организме при приеме КБП, содержащих средние или низкие потенции активных веществ. В результате клонального размножения Th3 лимфоцитов в лимфатических узлах эти клетки распространяются по всему организму. Благодаря хемотаксису они привлекаются в очаги воспаления, где их рецепторы сравниваются с рецепторами Т-лимфоцитов-хелперов (субпопуляции Th1- и Th2-клеток), способствующих воспалению. При определенной схожести структуры рецепторов Th3-клетки вырабатывают противовоспалительные цитокины (TGF- β , IL-4 и IL-10), которые, связываясь с рецепторами Th1- и Th2-клеток, сдерживают выработку последними провоспалительных цитокинов. При достижении равновесия между про- и противовоспалительными цитокинами наступает завершение воспалительного процесса, то есть выздоровление [8].

Учитывая механизм действия, к Гинекохеель не развивается привыкание, отсутствует развитие резистентности. Поэтому Гинекохеель можно рекомендовать пациенткам в качестве стартовой терапии при первых признаках обострения воспалительного заболевания еще до применения антибактериальных препаратов, а также с профилактической целью перед гинекологическими манипуляциями или после воздействия провоцирующего обострения фактора.

К основным показаниям назначения Гинекохеель относятся воспалительные заболевания женских половых органов – аднексит, оофорит, сальпингит, параметрит, миометрит, эндометрит, кольпит) [9].

Единственным противопоказанием к применению препарата Гинекохеель является повышенная чувствительность к его компонентам [9].

Эффективность и безопасность препарата Гинекохеель подтверждена в результатах клинических работ.

Так, Ю.П. Вдовиченко [5] исследовал применение КБП при патологии урогенитального тракта. Было проведено комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование 100 женщин, перенесших сальпиноофорит. В основной группе (n=50) применяли Траумель С, Гинекохеель, Лимфомиозот и Эхинацея композитум С. В контрольной группе (n=50) – только традиционное аллопатическое лечение. Результаты исследования показали: КБП позитивно влияют на динамику изменения клинических симптомов: процесс выздоровления носил более стойкий характер. В отличие от контрольной группы стойкий лечебный эффект сохранялся и через 3 мес. Достоверное улучшение показателей клеточного иммунитета и нормализация функционального состояния фагоцитоза были отмечены к концу 1-го месяца. В контрольной группе изменения основных показателей клеточного иммунитета были отмечены через 2 мес от начала лечения, при этом регресс произошедших изменений отмечен через 3 мес [5].

Кроме основного противовоспалительного действия Гинекохеель эффективен при нарушениях менструального цикла, возникших на фоне хронических воспалительных процессов.

С.Н. Бакшеев и соавторы [10] провели исследование 480 женщин в возрасте от 16 до 18 лет. 60 пациенток с диагнозом хронический сальпингоофорит (ХС), нарушение менструального цикла и диагностированной трихомонадной инфекцией были разделены на 2 группы. Контрольная группа (n=30) получала только противопаразитарную терапию препаратами нитронидозолового ряда по стандартной схеме. Основная группа (n=30) получала КБП (Лимфомиозот, Гинекохеель, Овариум композитум, Убихинон композитум и Коэнзим композитум, Трихомонаден Флюор-Ингель) до начала менструального цикла (МЦ) и химиотерапию и КБП с начала МЦ.

Оценка эффективности терапии проводилась на 10-й и 21-й день МЦ.

Результаты исследования показали, что применение КБП позволяет добиться более стойкой ремиссии ХС, нормализовать МЦ у больных ХС в ходе антибактериальной терапии, уменьшить спектр применяемых антибактериальных препаратов и улучшить качество жизни данных пациенток [10].

Важно, что Гинекохеель может быть рекомендован в период беременности. В.В. Подольский и соавторы [11] на базе института ПАГ АМН Украины (г. Киев) исследовали возможность применения КБП в терапии инфекционно-воспалительных процессов женских половых органов при беременности на ранних сроках. В ходе данного исследования были комплексно обследованы 60 беременных в сроке гестации до 12 нед. Все беременные были разделены на 2 группы. Контрольная группа (n=30) получала традиционное симптоматическое лечение без использования антибактериальных препаратов. Основная группа (n=30) получала КБП, Гинекохеель, Эхинацея композитум С, Вибуркол. Состояние микробиоценоза урогенитальных органов у обследованных женщин проводилось по традиционным методикам.

После проведенного лечения в контрольной группе беременных микробиоценоз мало изменился. На фоне вялотекущего воспалительного процесса нарастали явления угрозы

прерывания беременности. У 4 женщин (13,3%) возник самопроизвольный аборт, у 2 (6,7%) – замершая беременность. В основной группе в микробиоценозном спектре после терапии с включением КБП наступили положительные изменения, снизились явления угрозы прерывания беременности. Случаев самопроизвольного аборта и замершей беременности у женщин, получавших терапию КБП, не было. Были сделаны следующие выводы: терапия КБП улучшает состояние микробиоценоза урогенитальных органов, применение препарата Гинекохель для лечения инфекционно-воспалительных процессов у беременных позволяет избежать развития таких грозных осложнений, самопроизвольное прерывание беременности и замершая беременность [11].

Кроме того, применение препарата Гинекохель позволяет нормализовать менструальную функцию и репродуктивное здоровье женщин [12].

Н.А. Лымар и Л.Н. Маланчук (Тернопольская государственная академия им. И.Я. Горбачевского) проведено исследование женщин с проявлениями дисменореи: I группа (n=30) получала традиционную терапию (дуфастон в циклическом режиме на протяжении 6 мес и симптоматическая терапия), II группа (n=34) получала комплексные биорегуляционные препараты Гинекохель (по 15 капель 3 раза в день на протяжении 1 мес) и Овариум композитум (по 2,2 мл 2 раза в месяц, № 10). Контрольную группу составили 30 соматически здоровых женщин. После использования традиционной терапии через 6 мес значительно улучшились показатели иммунного и гор-

монального статуса: нормализовался уровень общей популяции Т-лимфоцитов, приблизился к контрольным показателям коэффициент Тх/Тс. Но у 36% пациенток I группы через 6 мес после завершения терапии менструальный цикл снова стал монофазным, наблюдались хаотические пики ЛГ. Во II группе наблюдалась стойкая нормализация показателей иммунного и гормонального статуса на протяжении года после прекращения предложенной схемы лечения. Через 1 год после лечения отмечено снижение показателей иммунного статуса за счет общей популяции Т-лимфоцитов и снижение коэффициента Тх/Тс в I группе, во II показатели иммунного статуса достоверно не отличались от контрольных. Гормональные исследования в I группе через 1 год после лечения показали достоверное снижение уровня прогестерона до 0,23±0,04 мг/мл. Уровень эстрадиола составил 82,21 пг/мл. Эхографические исследования выявили гипоплазию матки у 27% пациенток I группы и у 31% пациенток II группы. Во II группе через 1 год после лечения размеры матки нормализовались.

ВЫВОДЫ

Применение комплексного препарата Гинекохель за счет биорегуляционного действия позволяет дополнить и углубить патогенетическую противовоспалительную терапию как острых, так и хронических воспалительных процессов женских половых органов, что способствует повышению эффективности и безопасности лечения воспалительных заболеваний органов малого таза.

Можливості патогенетичної біорегуляційної терапії при запальних процесах органів малого таза М.В. Тимошков, О.В. Рыбка

Застосування комплексного препарату Гінекохель за рахунок біорегуляційної дії дозволяє доповнити і поглибити патогенетичну протизапальну терапію як гострих, так і хронічних запальних процесів жіночих статевих органів, що сприяє підвищенню ефективності та безпеки лікування запальних захворювань органів малого таза.

Ключові слова: Гінекохель, ЗЗОМТ.

Features pathogenic bioregulatory therapy for inflammatory pelvic M. V. Tymoshkov, O. V. Rybka

The use of complex drug Ginekoheel by bioregulatory action allows to add and enhance pathogenic anti-inflammatory therapy both acute and chronic inflammation of the female genital tract, thereby increasing the effectiveness and safety of treatment of inflammatory diseases of the pelvic organs.

Keywords: Ginekoheel, PID.

Сведения об авторе

Тимошков Максим Владимирович – ООО «Украинская академия биологической медицины», 03124, г. Киев, ул. Николая Василенко, 7; тел.: (067) 914-34-66

Рыбка Елена Викторовна – ООО «Украинская академия биологической медицины», 03124, г. Киев, ул. Николая Василенко, 7

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стукалова Е.Н. Дифференциальный подход к антигомотоксической терапии хронических воспалительных заболеваний половых органов // Биологическая терапия. – 2002. – № 2. – С. 45–49.
2. Татарчук Т.Ф. Воспалительные заболевания органов малого таза: когда лечение должно быть начато незамедлительно // Здоровье Украины. – Тематический номер июнь 2010 г. – С. 52–53.
3. Леуш С.С., Олейник Ю.В., Олейник Е.А. Оптимизация воспалительных заболеваний половых органов и профилактика спаечного процесса у женщин репродуктивного возраста: Метод. рекомендации МЗ, 2010.
4. Серов В.Н., Твердилова М.А., Ревазова З.В. Обоснование применения иммунокорректирующей терапии при воспалительных заболеваниях органов малого таза // Русский медицинский журнал. – 2012. – № 21.
5. Вдовиченко Ю.П. Сравнительные аспекты применения антигомотоксических препаратов при урогенитальной патологии в акушерстве и гинекологии // Биологическая терапия. – 2002. – № 2. – С. 14–18.
6. Потапов В.А., Медведев М.В. Изучение эффективности АГП в ком-

- плексном лечении хронических сальпингоофоритов // Биологическая терапия. – 2007. – № 1. – С. 25–29.
7. Boericke W. 1999. Pocket Manual of Homeopathic Materia Medica and Repertory, Jain Publishers (P) Ltd.;
8. Никоненко А.Г. Иммуномодулирующие эффекты антигомотоксических препаратов. I. Общие механизмы действия // Биологическая терапия. – 2006. – № 3. – С. 4–6.
10. Бакшеев С.Н., Неймарк С.Л. Тактические подходы к выявлению и лечению Trichomonada urogenitalis у больных хроническим сальпингоофоритом. Что скрывается за улыбкой

- Моны Лизы? // Биологическая терапия. – 2002. – № 4. – С. 34–41.
11. Подольский В.В., Дронова В.Л., Подольский Вл.В. и др. Возможность антигомотоксической терапии инфекционно-воспалительных процессов женских половых органов при беременности на ранних сроках // Биологическая терапия. – 2003. – № 4. – С. 16–21.
12. Лымар Н.А., Маланчук Л.М. Применение антигомотоксических препаратов в комплексной терапии нарушений менструальной функции // Вісник наукових досліджень. – 2004. – № 2. – С. 272–273.