

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В АКУШЕРСТВЕ, ГИНЕКОЛОГИИ И НЕОНАТОЛОГИИ

И.С. ЛИПАТОВ, Г.В. САНТАЛОВА, Ю.В. ТЕЗИКОВ, М.А. ШАРЫПОВА

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
ул. Чапаевская, 89, г. Самара, Россия, 443099, тел.: 89276854485, e-mail: yra.75@inbox.ru*

**Аннотация.** Гомотоксикология и антигомтоксическая терапия являются относительно новым направлением медицины, предлагающим альтернативные подходы аллопатическому лечению. Целостный подход при лечении пациента на основе принципов гомотоксикологии реализует на практике положение «лечить не болезнь, а больного». В отличие от аллопатических препаратов, большинство антигомтоксических препаратов не обладают эмбриотоксическим, тератогенным, мутагенным и фетотоксическим действием, не вызывают лекарственного привыкания и лекарственной зависимости за счет содержания в них действующих веществ растительного, животного, минерального происхождения, что дает возможность широко применять их в акушерско-гинекологической и педиатрической практике. Минимум противопоказаний и побочных реакций, регуляционный принцип воздействия на организм, нозологический подход к назначению препаратов, синергическое действие с традиционными лекарственными средствами, снижение полипрагматии и другие преимущества позволили антигомтоксической терапии успешно проявить себя во всех сферах медицины и создать предпосылки для изучения новых методов лечения и профилактики многих заболеваний. Антигомтоксическая терапия способствует активации внутренних резервов организма, регуляции различных систем, что способствует длительному эффекту от проводимой терапии. В многочисленных исследованиях по оценке эффективности антигомтоксической терапии при лечении заболеваний репродуктивной системы, в неонатологической практике отмечено, что наиболее хорошие результаты достигаются при включении антигомтоксических препаратов в комплексное лечение, при этом на фоне значительного повышения результативности отмечается резкое снижение частоты побочных эффектов аллопатических препаратов. В обзорной статье представлены основные положения гомотоксикологии и успешно применяемые методы антигомтоксической терапии в акушерстве, гинекологии и неонатологии.

**Ключевые слова:** гомотоксикология, антигомтоксическая терапия, репродуктивная система, Энгистол, Траумель С, Плацента композитум, новорожденный, МукозаКомпозитум.

APPLICATION OF THE ANTIHOMOTOXIC THERAPY IN OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND NEONATOLOGY

I.S. LIPATOV, G.V. SANTALOVA, J.V. TEZIKOV, M.A. SHARYPOVA

*Samara State University, Str. Chapaevskaya 89, Samara, Russia, 443099, phone: 89276854485,  
e-mail: yra.75@inbox.ru*

**Abstract.** The homotoxicology and antihomotoxic therapy are a relatively new branches in medicine involving an alternative approach to allopathic treatment. A holistic approach to treating a patient on the basis of the principles of homotoxicology implements in practice the provision “not to treat a disease, treat the patient”. Unlike allopathic medicines, most antihomotoxic drugs don’t have embryotoxic, teratogenic, mutagenic and phetotoxic effects, don’t cause a drug addiction and drug dependencies due to the content of active substances of plant, animal, mineral origin. This is widely applying them in obstetric and pediatric practice. Antihomotoxic therapy has the following advantages: minimum of contra-indications and adverse reactions, regulative principle effects on the body, nosologic approach to the prescription, synergistic effect with traditional medicines, reduction polypharmacy that allow to use this therapy in all directions of medicine and create prerequisites for the study of new methods of treatment and prevention for many diseases. Antihomotoxic therapy contributes to the activation the body’s internal reserves, the regulation of various systems and promotes long-term effect of the treatment. In numerous studies to assess the effectiveness of antihomotoxic therapy in the treatment of diseases of the reproductive system, in neonatal practices noted that the best results are achieved when antihomotoxic drugs are used in the complex treatment. However, on the background of a considerable increase of the effectiveness of the sharp decrease in the frequency of side effects of allopathic medicines noted. This review presents the main provisions homotoxicologic and successfully applied methods of antihomotoxic therapy in obstetrics, gynecology and neonatology

**Key words:** homotoxicology, antihomotoxic therapy, reproductive system, Engistol, Traumel C, placenta compositum, newborn, Mukosa compositum.

В современном мире основным и традиционным методом лечения остается аллопатия (химиотерапия), где любой препарат имеет целый ряд побочных действий и противопоказаний [12]. В последние годы

все больший интерес стало представлять относительно новое направление медицины – гомотоксикология и *антигомтоксическая терапия* (АГТТ), где главным является принцип Гиппократов «не навреди».

Рождение гомотоксикологии произошло в 1948 году, когда в г. Триберг состоялся первый научный симпозиум по гомотоксикологии. Основателем учения о гомотоксинах по праву является Х.Х. Реккевег [25].

Гомотоксикология (от греч. «homo» – человек, «toxico» – токсин, «logos» – наука, учение) – наука, изучающая влияние токсинов на организм человека. Гомотоксикология является так называемым мостом между аллопатией и гомеопатией, соединяя в себе современные достижения медицины и гомеопатический подход к лечению больного (лечение человека как единой биологической системы)[22].

АГТТ – это холистическая концепция лечения, базирующаяся на принципах гомотоксикологии. Исходя из принципов воздействия на организм, она относится к регуляторной терапии [27].

Несмотря на то, что в состав комплексных антигомтоксических препаратов (АГТП) входят гомеопатические компоненты, полученные методом потенцирования (последовательное разведение и динамизация компонентов), принцип их назначения – нозологический [28].

Целями антигомтоксической терапии являются: дезинтоксикация систем органов (ликвидация гомотоксикоза); регенерация систем органов; устранение нарушенных процессов саморегуляции, самовосстановления и самоизлечения (восстановление гомеостаза); профилактика заболеваний [17].

Основные группы компонентов антигомтоксических препаратов представлены:

1. реакционными средствами, действие которых направлено на стимуляцию иммунной системы и усиление действия других компонентов;
2. органотропными компонентами, которые непосредственно активизируют деятельность органов;
3. нозодами – компонентами, приготовленными из различных патологических выделений и измененных тканей, микробиологических препаратов, которые в результате стерилизации не являются токсичными и вирулентными;
4. катализаторами – продуктами ферментативных реакций, которые способствуют активации, компенсации и регуляции клеточного обмена на различных этапах;
5. суис-органными компонентами, готовящихся из тканей свиньи (согласно принципу подобия тканей) и действующих непосредственно на гомологичный орган, активируя его работу;
6. потенцированными аллопатическими средствами, для которых исходными продуктами являются синтезированные химические вещества (лекарственные средства, токсины), а основным показанием для применения – ятрогенные заболевания [1].

АГТТ комплексно воздействует на организм в трех направлениях: детоксикация и дренаж, иммуностимуляция, поддержка функций органов и клеток [16].

Реализация биоэффектов АГТТ осуществляется через механизмы активации так называемой «большой защитной системы» (ретикулоэндотелия, передней доли гипофиза и коры надпочечников, нервно-рефлекторного механизма, ферментов печени, пропердиновой системы, детоксикационной функции соединительной ткани). Иммунная реакция на АГТТ заключается в активации регуляторных клонов лимфоцитов (Th3), из которых впоследствии образуются соответствующие лимфоциты: при наличии определенной схожести с лимфоцитами воспаления (Th1 и Th2 типа), начинается продукция цитокинов, ингибирующих воспаление. Восстановление системы основной регуляции (внеклеточного матрикса) является важным механизмом действия АГТТ. Матрикс представляет собой молекулярную решетку, состоящую из высокополимерных углеводов и протеинов, структурных протеинов и связующих гликопротеинов. Центром регуляции матрикса является фибробласт, который реагирует на любую поступающую информацию (гормоны, метаболиты и т.д.) изменением синтеза компонентов матрикса. В связи с этим может произойти «зашлаковывание» матрикса, что приводит к тканевому ацидозу, образованию свободных радикалов и активации протеолитической системы. АГТТ активирует дренажную систему, тем самым способствует восстановлению регуляторной системы матрикса [12, 17, 27].

Преимуществами АГТТ является то, что большинство препаратов может применяться в любом возрасте, у беременных и кормящих женщин, при этом единственное противопоказание – это индивидуальная непереносимость компонентов препарата. Следует подчеркнуть, что целостный подход при лечении пациента реализуется на практике принцип «лечить не болезнь, а больного». Назначение АГТП производится по клиническим показаниям и делает не обязательным детальное изучение гомеопатии, при этом АГТТ хорошо сочетается с другими методами лечения; не вызывает перегрузки органов детоксикации и экскреции (лимфатической системы, почек, печени и др.); не требует дополнительных энергозатрат от организма; позволяет избежать полипрагмазии (назначения большого количества аллопатических лекарственных средств, необходимых для устранения различных симптомов) [18, 25, 28].

В связи с этим АГТТ успешно проявляет себя во всех сферах медицины и дает предпосылки для изучения новых методов лечения и профилактики многих заболеваний.

**Применение антигомтоксической терапии в акушерстве.** В отличие от аллопатических препаратов, большинство АГТП не обладают эмбриотоксическим, тератогенным, мутагенным и фетотоксическим действием, не вызывают лекарственного привыкания и лекарственной зависимости за счет содержания в них

действующих веществ растительного, животного, минерального происхождения, что дает возможность широко применять их в акушерской практике [1, 18].

Подавляющее число АГТП применяется во всех триместрах беременности, в родах и послеродовом периоде, при заболеваниях инфекционного и неинфекционного генеза. Одним из основных направлений применения АГТТ является профилактика невынашивания и терапия при угрозе выкидыша, в связи с чем, разработан целый комплекс лечебных мероприятий.

По данным многочисленных исследований комплексное использование АГТП (Овариумкомполитум, Коэнзимкомполитум, Гинекохель, Гормель СН) снижает частоту невынашивания и недонашивания более чем в 2 раза, на 85% снижает риск угрозы выкидыша различного генеза. У женщин, использовавших АГТТ для стимуляции овуляции, так же отмечалось снижение частоты угрозы прерывания беременности на 25% по сравнению с группой сравнения, где использовались традиционные методы. Кроме того показано, что дифференцированный подход к лечебно-профилактическим мероприятиям способствует нормализации микробиоценоза репродуктивной системы и функционального состояния фетоплацентарного комплекса, что приводит к улучшению результатов родоразрешения у беременных группы высокого риска. В работах эффективность АГТТ доказана путем применения двойного слепого плацебо-контролируемого исследования [3, 14].

Во время беременности АГТТ применяется для профилактики *плацентарной недостаточности* (ПН), и как следствие *хронической внутриутробной гипоксии* (ХВГ) и *задержки роста плода* (ЗРП), возникающих под действием различных эндогенных и экзогенных факторов. Основными препаратами в данной клинической ситуации являются Плацента композитум, Траумель С, Лимфомиозот, Спаскупрель, Эскулюс, Кралонин, Хепель, оказывающие венотонизирующее, обезболивающее, гепатопротекторное, антиспастическое, сосудорасширяющее действие [9, 20, 29].

В ряде работ отмечен хороший клинический эффект от применения АГТТ, в частности Плацента композитум, в лечении начальных форм ПН на фоне гестоза легкой степени тяжести. В исследовании был доказан положительный эффект АГТТ: улучшение течения беременности, снижение частоты тяжелых форм хронической ПН в 1,7 раза, снижение осложнений в родах (кровотечение в родах встречалось в 8 раз реже, слабость родовой деятельности – в 2 раза реже, к оперативному родоразрешению пришлось прибегнуть в 2 раза реже, чем в группе, где применялись традиционные схемы терапии), улучшение гемодинамики в системе мать-плацента-плод, и, как следствие, снижение развития асфиксии новорожденных в 1,4 раза; снижение медикаментозной нагрузки на организм беременной способствовало более редкому развитию пролонгированной желтухи у новорожденных (8,6%), в отличие от группы сравнения (59,5%), на 13,5% больше родилось детей с гормональным физическим развитием [7, 9].

Одним из актуальных вопросов в акушерстве и перинатологии остается внутриутробное инфицирование плода, профилактику которого целесообразно осуществлять еще на прегравидарном этапе. В настоящее время разработан метод профилактики внутриутробного инфицирования плода вирусом простого герпеса, включающий догестационный этап подготовки с применением препарата Энгистол, и вторичную профилактику обострения герпетической инфекции во время беременности с использованием эпизодической терапии указанным антигерпетическим препаратом. При применении АГТТ у герпесинфицированных женщин отмечалось снижение внутриутробного инфицирования плода в 13,7 раза, по сравнению с группой, в которой проводилась только химиотерапия в период обострения, и в 42 раза, в сравнении с клинической группой без профилактических мероприятий внутриутробного инфицирования [14]. Рандомизированные исследования с расчетом методологических стандартов доказательной медицины (относительное снижение частоты неблагоприятных исходов; абсолютное снижение частоты неблагоприятных исходов; число больных, которых нужно лечить в течение определенного времени, чтобы предотвратить один неблагоприятный исход; отношение шансов) показали высокую результативность в отношении профилактики внутриутробного инфицирования плода АГТТ (Траумель С, Лимфомиозот, Хепель) при цитомегаловирусной инфекции [17, 18].

Во время беременности, в связи с физиологическими изменениями в организме, у женщины формируется иммунодефицитное состояние, которое способствует более частому возникновению *острых респираторных вирусных инфекций* (ОРВИ). Вирусы респираторных групп могут проникать через плацентарный барьер, тем самым вовлекая в инфекционный процесс все компоненты системы «мать-плацента-плод». Это, в свою очередь, приводит к развитию ПН, ВГП, ЗРП, повышению риска преждевременных родов, гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде. Применение АГТТ (Энгистол, Траумель С) при ОРВИ у беременных значительно снижает риск развития ПН – в 2,4 раза, ЗРП – в 5,4 раза, ВГП – в 2,7 раза, угрозы прерывания беременности – в 2,2 раза, гестоза – в 2,1 раза, рецидивов ОРВИ – в 5,4 раза, инфекционно-воспалительных заболеваний новорожденных – в 3,4 раза, гипоксически-ишемического поражения ЦНС новорожденного – в 3,9 раза (средней и тяжелой степени – в 10,7 раза), по сравнению с беременными, отказавшимися от лечения [7, 20].

Так же разработаны методические рекомендации по лечению многоводия и маловодия у беременных с помощью АГТП (Плацента композитум, Спаскупрель, Лимфомиозот, Популюскомпозитум, Энгистол, Траумель С, Курдлипид С6, Псоринохель Н, Гормель С). Широкое применение при судорогах икроножных мышц у беременных получили препараты Спаскупрель и Калькохель [1, 22].

Внематочная беременность является одной из причин, приводящих к потере репродуктивной функ-

ции и ухудшению здоровья женщин. Современные методы лечения не исключают повторных случаев эктопической беременности после восстановительной терапии. Исследования эффективности АГТТ (Галиум-Хель, Убихинонкомполитум, Псоринохель Н) в реабилитации женщин после внематочной беременности позволило достигнуть следующих результатов: в 90% наблюдений нормализовались менструальный цикл (с наличием овуляции) и репродуктивная функция; при последующих беременностях рецидивы внематочной беременности отсутствовали [8].

Естественные роды сопровождаются болевыми ощущениями различной степени выраженности, что, несомненно, ухудшает психо-соматическое состояние роженицы. В связи с этим И.В. Тираспольским с соавт. (2003) было проведено исследование эффективности препарата Вибуркол в свечах для обезболивания родов. АГТП показал 100% анальгезирующее действие (55% – в контрольной группе, где применялись баралгин и но-шпа), седативный эффект наблюдался в 60% (0% – в контрольной группе), побочные рефлекторные реакции отсутствовали у рожениц, где применялись свечи Вибуркол [23]. В работах других исследователей отмечено, что АГТТ препаратом Вибуркол у рожениц способствует снижению риска развития дискоординации родовой деятельности в группах высокого риска в 2,5 раза [11].

АГТТ также нашла свое применение в лечении гипогалактии. У родильниц, родоразрешенных через естественные родовые пути, лечение гипогалактии эффективно препаратами ПульсатиллаИнъель и Пульсатиллакомполитум. В рандомизированном исследовании высокую эффективность в лечении ранних нарушений лактации у родильниц после операции кесарева сечения показал Траумель С. В проведенных исследованиях было доказано, что применение АГТП ускоряло образование молозива и раннего молока. После хирургического вмешательства у 78% женщин отмечался «динамический» тип мазка отделяемого из молочных желез, при этом у родильниц без АГТТ преобладал «инертный» тип мазка, что свидетельствует о нарушении лактогенеза [1, 9, 18, 22].

Учитывая разнонаправленность действия АГТП, назначение их во время беременности позволяет избежать излишней нагрузки на организм беременной. А дренажные и детоксикационные свойства способствуют снижению токсической нагрузки аллопатических препаратов, что позволяет использовать АГТП в составе комплексной терапии.

**Применение антигомотоксической терапии в гинекологической практике.** Лечение гинекологических заболеваний, как правило, сопровождается длительной фармакотерапией. В связи с этим важным является избежание полипрагмазии и минимизация побочных эффектов.

К патологическим процессам репродуктивной системы, возникшим вследствие эндокринных нарушений, относятся: аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения, первичная дисменорея, нейроэндокринные синдромы, эндокринное бесплодие [10, 15]. АГТТ нашла свое применение в лечении данных нарушений.

Традиционное лечение всех форм аменореи связано с длительным приемом гормональных препаратов, которые имеют целый ряд побочных явлений [12]. В связи с этим все больший интерес стали представлять альтернативные методы лечения с использованием АГТП. В лечении аменореи используются препараты: Гормель СН, Гинекохель, Овариумкомполитум, Пульсатиллакомполитум, КоэнзимКомполитум, ЦеребрумКомполитум, УбихинонКомполитум, Нервохель. Их действие заключается в восстановлении регуляторных процессов в организме с помощью активации всех подсистем, дезинтоксикации (выведение экзогенных и эндогенных гомотоксинов), иммуностимуляции с помощью индукции антигомотоксических ферментов. Эффективность данного лечения (восстановление менструального цикла) наиболее высокая при длительности заболевания не более года, в других случаях она составляет не менее 34% [2].

Основным методом лечения дисфункциональных маточных кровотечений является гормональная терапия, однако кратковременный эффект, частые рецидивы при отмене препаратов, побочное действие при длительном их применении дают предпосылки для поиска альтернативных (негормональных) методов, одним из которых является АГТТ [18]. При применении АГТП Траумель С и Овариумкомполитум полная остановка кровотечения установлена в 94% наблюдений в течение 2-3 суток с улучшением адаптационных реакций организма у 89% пациенток. Клиническая эффективность (восстановление регулярного менструального цикла) в данном случае составляет 89% через 3 месяца от начала лечения и 97% при оценке отдаленных результатов терапии – через 1 год [10, 18].

Первичная дисменорея по праву относится к одной из самых распространенных гинекологических патологий, к тому же активно влияющая на повседневную жизнь женщины. Для купирования симптомов дисменореи традиционно используют *нестероидные противовоспалительные препараты* (НПВП). Однако лекарственные средства данной группы при частом их применении оказывают серьезное побочное действие на желудочно-кишечный тракт, почки, печень, кроветворение, а так же имеют целый ряд противопоказаний, что существенно ограничивает их использование [12]. Несмотря на то, что по данным исследований эффективность АГТП Спаскупрель (80%) несколько ниже по сравнению с некоторыми НПВП (86,7%), отсутствие побочных эффектов при использовании АГТТ делает ее конкурентной в лечении болевого синдрома при первичной дисменореи и приоритетной для больных, имеющих противопоказания к применению НПВП [5].

Около 90% женщин в периоды пременопаузы, менопаузы и постменопаузы испытывают различные проявления *климактерического синдрома* (КС). Свою эффективность доказала современная заместительная

гормональная терапия, однако приверженность к ней женщин не является абсолютной, учитывая длительное и не всегда безопасное лечение гормональными средствами [12, 26]. АГТТ направлена на оптимизацию здоровья женщин в климактерический период, так как сочетает в себе возможность как симптоматического назначения комплексных АГТП, так и целенаправленного биологического стимулирования функций яичников. По результатам исследований применение АГТП (Гормель СН, Климакт-хель, Нервохель, Овариумкомпозитум) показало свою эффективность, поскольку вне зависимости от степени тяжести КС было достигнуто достоверное снижение выраженности симптомов (30% в первые 5 недель применения). А практически полное отсутствие побочных эффектов делает данное лечение безопасным при длительном применении [16, 22].

АГТТ применяется в составе комплексной терапии эндокринного бесплодия, способствуя восстановлению регуляции функции яичников, предотвращению их деструкции, так как АГТП обладают противовоспалительным эффектом (Овариумкомпозитум, Гормель СН). По результатам исследований была доказана эффективность комплексного подхода к лечению эндокринного бесплодия с использованием АГТП – беременность наступала в 2 раза быстрее, чем при использовании традиционных схем терапии. К тому же АГТП устраняли побочное действие гормональных препаратов, в связи с чем, на протяжении курса лечения у пациенток не отмечались побочные эффекты и осложнения [10, 27].

*Гипоталамический синдром пубертатного периода* (ГСПП) является одной из наиболее распространенных форм эндокринно-обменной патологии у подростков, среди осложнений которого часто встречаются дисфункция яичников, поликистоз и гипофункция яичников. Одним из новых направлений в лечении ГСПП является фармакопунктура с использованием АГТП (Граумель С, Плацента композитум, Тонзиллакомпозитум, Церебрумкомпозитум Н) и физиолечение, которые оказывают воздействие на гуморальные, окислительно-восстановительные процессы, на регуляцию гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, лимфоденирующее, обезболивающее и противовоспалительное действие. По результатам исследований эффективность лечения заключалась в значительном улучшении общего состояния (84%), уменьшении болей после 2-3 процедур, исчезновении болей после 4-5 процедур, нормализации менструального цикла, уменьшении размеров кист (уменьшение кисты в 2 раза наблюдалось у 86,2% больных, исчезновение кисты – у 13,8% пациенток. В целом было отмечено, что комбинированное рефлексотерапевтическое и физиотерапевтическое лечение значительно улучшает состояние больных, приводит к нормализации менструального цикла и существенному регрессу кист [15, 22].

АГТТ также доказала свою эффективность в купировании межменструального болевого синдрома. О.И. Линева (2012) была исследована эффективность препарата Ременс. Положительный эффект в купировании психоэмоционального и вегетативного статусов отмечался у 60% пациенток, что позволило автору рекомендовать АГТТ для лечения астенических, вегетативных, депрессивных и психоэмоциональных проявлений межменструального болевого синдрома [13, 30].

Ожирение как болезнь относится к эндокринологии, однако у женщин данная патология играет существенную роль в развитии гинекологических заболеваний и акушерских осложнений, приводя к нарушению менструальной функции, развитию синдрома поликистозных яичников, раннему или позднему наступлению менархе и менопаузы, первичному бесплодию, ановуляции, неполноценной лютеиновой фазе цикла и снижению числа беременностей, угрозе прерывания беременности, гипотрофии плода, развитию гестоза, патологии плода, нарушению родовой деятельности, несвоевременному излитию околоплодных вод и высокой частоте оперативных вмешательств. В связи с этим разработаны практические рекомендации по лечению ожирения при помощи АГТТ (Лимфомиозот, Хепель, Берберис-Гомаккорд, Гепаркомпозитум), направленной на активацию липолиза, снижению чувства голода и жажды, нормализацию гормонального статуса, нормализацию основного обмена, коррекцию дисметаболических нарушений, коррекцию центральных нейроэндокринных механизмов регуляции жирового обмена, активацию лимфодренажа [17, 25].

В связи с тем, что АГТТ в отличие от гормональной терапии направлена на восстановление и стимуляцию функции органов и систем, детоксикацию, а так же практически не имеет побочных явлений, назначение АГТП для лечения многих невоспалительных заболеваний может стать приоритетным.

Применение антибактериальной и противомикробной терапии в лечении воспалительных заболеваний различной этиологии бесспорно является основным видом лечения, однако доказано, что комплексный подход с использованием АГТТ в качестве вспомогательной дает более лучший результат благодаря противовоспалительным, детоксикационным, иммуномодулирующим, регулирующим свойствам АГТП. Во всех случаях наблюдается улучшение общего состояния пациенток при комплексном подходе к терапии. При использовании препарата Граумель С в сочетании с антибиотиками на 20,6% повышается эффективность лечения генитального хламидиоза. Кроме того, при хроническом воспалении придатков матки число женщин с рецидивирующим течением заболевания снижается до 2,08% [18, 22]. Лечение воспалительных гинекологических заболеваний АГТП в сочетании с антибактериальными средствами существенно улучшает действие последних, а благодаря детоксикационным и дренажным свойствам АГТТ снижается риск развития побочных эффектов [7, 8, 14].

Таким образом, в многочисленных исследованиях по оценке эффективности АГТТ при лечении гинекологических заболеваний отмечено, что наиболее хорошие результаты достигаются при включении АГТП в комплексное лечение, при этом на фоне значительного повышения результативности отмечается резкое снижение частоты побочных эффектов аллопатических препаратов.

**Использование антигемотоксической терапии в неонатологии.** Частота детей, рожденных с различными патологиями органов и систем, неуклонно растет. Это связано с ухудшением экологии, вредными привычками (курение, алкоголизм), хронизацией и персистенцией инфекционных процессов, наличием у значительного числа беременных экстрагенитальной патологии [24, 28].

Патологические состояния у новорожденных, как правило, требуют интенсивной терапии. При этом немаловажным в лечении является не навредить развивающемуся организму. В связи с этим стал необходимым поиск новых подходов и стандартов в терапии таких состояний с минимизацией побочных действий. Одним из таких направлений является изучение применения АГТП в неонатологии [4, 19].

Перинатальная патология центральной нервной системы, основным этиологическим фактором которой является внутриутробная гипоксия плода, встречается у 60-80% новорожденных [12].

Применение препаратов Траумель С и Церебрумкомпозитум по сравнению с аллопатической терапией значительно сократило сроки наступления неврологической ремиссии и улучшения клинической картины у новорожденных с острой или хронической гипоксией. Включение в комплексную терапию гипоксически-ишемического поражения ЦНС новорожденного АГТП позволяет достичь неврологической компенсации на две-четыре недели раньше и предупредить задержку психомоторного развития [4, 7]. Предпочтение АГТП связано с уменьшением количества используемых фармакотерапевтических средств, индивидуальностью и непрерывностью лечения, более ранней компенсацией неврологических синдромов, низкой частотой аллергических реакций при использовании средств природного происхождения [9].

Актуальной проблемой неонатологии является рождение недоношенных и маловесных детей (6-16% от всех новорожденных). У детей, родившихся недоношенными, выше риск развития различных осложнений, нарушающих качество их жизни, более высокая перинатальная и младенческая смертность по сравнению с доношенными детьми, так же среди них большее число детей, страдающих физической, интеллектуальной и эмоциональной неполноценностью [12, 19].

*Респираторный дистресс синдром (РДС)* является ведущей причиной высокой заболеваемости и смертности недоношенных детей в периоде ранней адаптации. Летальность в этом случае тем выше, чем ниже гестационный возраст и масса ребенка при рождении. Современная терапия – пренатальная стимуляция синтеза сурфактанта в легких плода синтетическими стероидами и ИВЛ – не всегда дает ожидаемый клинический эффект, к тому же способствует развитию хронических бронхо-легочных заболеваний и отека легких [15, 22].

В связи с этим было проведено исследование по изучению клинической эффективности препарата Мукозакомпозитум в составе комплексной терапии у недоношенных детей с РДС. Благодаря бронхолитическому и дегидратирующему действиям, препарат Мукозакомпозитум оказывает положительное влияние на клиническое течение РДС, что сопровождается улучшением аэродинамического сопротивления и динамической растяжимости системы легкие-грудная клетка, сокращает сроки пребывания на ИВЛ в 1,3 раза, снижает риск развития отека легких в 3 раза [6].

У недоношенных детей так же более выражена желтуха новорожденных в связи с незрелостью конъюгационных механизмов печени по обезвреживанию непрямого билирубина (эндотоксина). В связи с этим проведено исследование, целью которого явилась оптимизация выхаживания недоношенных детей с гипербилирубинемией за счет непрямого билирубина. В работе с применением тестов доказательной медицины была доказана эффективность использования препарата Хепель с целью уменьшения эндотоксикоза (гипербилирубинемии). В группе новорожденных, получавших данный АГТП, отмечалось более быстрое, по сравнению с традиционной терапией, снижение непрямого билирубина, повышение уровня общего белка и альбумина, что существенно улучшало соматический и неврологический статус новорожденных. Ни в одном из наблюдений не отмечено побочных эффектов при использовании АГТП [21].

АГТП нашла свое применение и в лечении фетально-алкогольного синдрома. По данным исследования Т.А. Хасьяновой (2010), применение комплексной пептидо-антигемотоксической терапии способствует активации психомоторного развития в 55-77% наблюдений (в зависимости от степени задержки развития и тяжести сопутствующей патологии), в отличие от традиционной терапии – 44,8%; оказывает положительное влияние на психические и когнитивные функции пациентов, способствует уменьшению проявлений синдрома возбуждения, агрессии и аутоагрессии [24].

Одним из последствий патологического течения родов является родовой травматизм и, как следствие, образование кефалогематом у новорожденных. Согласно полученным результатам, препарат Траумель С быстро тормозит нарастание отека и кровоизлияния в месте повреждения мягких тканей, повышает тонус сосудов и снижает их проницаемость, а так же купирует болевой синдром. Препарат Траумель С широко и успешно применяется в неонатологической практике [19].

Использование АГТП в неонатологии еще мало изучено, однако отсутствие побочных эффектов, повышение результативности лечения в комплексном применении с традиционной терапией дают предпосылки для их дальнейшего изучения и внедрения в повседневную практику неонатолога.

**Заключение.** На современном этапе развития медицины АГТП нашла свое применение в лечении и профилактике многих заболеваний в акушерстве, гинекологии и неонатологии, что свидетельствует об эффективности данных препаратов.

Отличительной особенностью АГТП является минимальный риск развития немногочисленных побочных эффектов, снижение побочных действий аллопатических препаратов в составе комплексной терапии, мультинаправленность действия, что позволяет избежать полипрагмазии. АГТП способствует активации внутренних резервов организма, регуляции различных систем, что способствует длительному эффекту от проводимой терапии.

Таким образом, АГТП уже является альтернативным методом лечения, изучение которого представляет большой интерес для современной медицины.

### Литература

1. Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Сверкунова Н.Л. Антигомотоксическая терапия в акушерской практике: метод. рекомендации. Иркутск, 2009. 20 с.
2. Бронфман С.А., Кудалева Л.М. Эффективность применения антигомотоксической терапии в комплексном восстановительном лечении женщин с вторичной нормогонадотропной аменореей // Восстановительная медицина и реабилитация. 2012. Т. 3. С. 223.
3. Валиуллина Н.З., Кульмухаметова Н.Г., Попова Е.М. Комплексное лечение угрожающего выкидыша с применением иглорефлексотерапии и антигомотоксических препаратов // Материалы 1-го Регионального научного форума «Мать и дитя». Казань, 2007. С. 24–25.
4. Вейнер Н.В. Эффективность антигомотоксической терапии в коррекции последствий хронической гипоксии у детей первого года жизни: автореф. дис. ... канд. мед.наук. Самара, 2006. 20 с.
5. Галачиева З.М., Болиева Л.З. Изучение клинической эффективности препарата Спаскупрель в терапии первичной дисменореи // Современные наукоемкие технологии. 2007. №7. С. 84-85.
6. Гребенников В.А., Цыпин Л.Е., Кубрин А.В., Ильенко Л.И., Сувальская Н.А. Опыт использования препарата Мукозакомполитум в комплексной терапии респираторного дистресс-синдрома у новорожденных // Детская хирургия. 2006. №4. С. 36-39.
7. Гужвина Е.Н., Огуль Л.А., Ильенко Л.И., Бахмутова Л.И. Опыт применения препаратов природного происхождения для лечения хронической плацентарной недостаточности. Современная перинатология: организация, технологии и качество. М., 2010. 17 с.
8. Жук С.И., Яцина О.И. Патогенетические подходы к реабилитации женщин с внематочной беременностью, пролеченных альтернативными методами // Жіночий лікар. 2009. №1. С. 19.
9. Ильенко Л.И., Бахмутова Л.А., Гужвина Л.А. Применение препаратов природного происхождения в перинатологии // Педиатрия. 2009. Т. 88. №5. С. 90-97.
10. Кочакова Л.Б. Применение антигомотоксического препарата Овариумкомпозитум в комплексной терапии эндокринного бесплодия. Магнитогорск: Центр профилактической медицины, 2009. С. 38-40.
11. Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Ржевская Н.В. Применение Вибуркола для профилактики аномальной родовой деятельности // Материалы 9-го Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». М., 2007. С. 129-130.
12. Кулаков В.И., Серов В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: руководство для практикующих врачей. М.: Литтерра, 2005. 1152 с.
13. Линева О.И. Клиническая эффективность гомеопатического препарата Ременс в купировании межменструального болевого синдрома // Акушерство и гинекология. 2012. №7. С. 87-91.
14. Липатов И.С., Санталова Г.В., Тзиков Ю.В., Никаноров В.Н., Шарыпова М.А. Антигомотоксическая фетопротекция у беременных с вирусными инфекциями // Материалы XII Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». М., 2012. С. 94-95.
15. Лободина И.М., Веселова Н.М., Уварова Е.В., Немченко О.И. Антигомотоксическая терапия как альтернативное направление в гинекологии детей и подростков // Материалы 8-го Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». М., 2006. С. 437-438.
16. Марьяновский А.А., Радыш И.В. Практические результаты многоуровневой антигомотоксической коррекции климактерического синдрома в условиях поликлиники // Научный симпозиум «Антигомотоксическая терапия в практической медицине». Гомотоксикология, 2007. С. 7.
17. Корниенко В.В. Ожирение. Антигомотоксическая терапия. Классическая гомеопатия. Фармакопунктура: метод. рекомендации. М., 2007. 28 с.
18. Манухин И.Б., Каширина Т.Н., Тираспольский И.В. Применение антигомотоксической терапии в акушерстве и гинекологии: метод. рекомендации №137/98. М., 1998. 10 с.
19. Волосовец А.П. Применение препарата «ТРАУМЕЛЬ С» в практике современной неонатологии и педиатрии: метод. рекомендации. Киев, 2005. 29 с.
20. Липатов И.С., Санталова Г.В., Тезиков Ю.В., Никаноров В.Н., Ефимова И.Л., Шарыпова М.А. Способ профилактики патологии плода у беременных женщин с острыми респираторными вирусными инфекциями: пат. РФ на изобретение № 2489160; опубл. 10.08.13, Приоритет от 02.07.2012.
21. Таищева Н.Б. Оптимизация выхаживания недоношенных детей с непрямой гипербилирубинемией и нарушенной микробной колонизацией кишечника: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 24 с.

22. Тираспольский И.В. Антигомотоксическая терапия в практике акушера-гинеколога. М.: Арнебия, 2001. 288 с.
23. Тираспольский И.В., Каширина Т.Н., Бусоргина О.В., Кузьмин В.Н., Совдагарова Ю.В. Эффективность гомеопатических свечей Вибуркол при обезболивании родов // Биологическая медицина. 2003. №1. С. 35-38.
24. Хасьянова Т.А. Оценка эффективности комплексной терапии фетально-алкогольного синдрома // Современные наукоемкие технологии. 2010. №7. С. 123-126.
25. Bianchi I. *Ordinatio antihomotocica et materia medica* // Baden-Baden: Biologische Heilmittel Heel GmbH, 2008. 452 p.
26. Kronenberg F., Fugh-Berman A. Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: a review of randomized, controlled trials // *Ann. Intern. Med.* 2007. V. 137. № 10. P. 805-813.
27. Pischinger A. *The Extracellular Matrix and Ground Regulation: Basis for a Holistic Biological Medicine* // California (USA): North Atlantic Books, 2007. 205 p.
28. Smit A., Bianchi I., Kuestermann K. *Introduction to bioregulatory medicine (Complementary Medicine)* // Thieme, Stuttgart, New York, 2009. 166 p.
29. Wang X., Athayde N., Trudinger B. Fetal plasma stimulates endothelial cell production of cytokines and the family of suppressor of cytokine signaling in umbilical placental vascular disease // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2009. 188. P. 510-516.
30. Wuttke W., Jarry H., Westphalen S., Cristoffel V. Phytoestrogens for hormone replacement therapy? // *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.* 2007. 83 (1-5). P. 133-47.

#### References

1. Kramarskiy VA, Dudakova VN, Sverkunova NL. *Antigomotoksicheskaya terapiya v akusherskoy praktike: metod. rekomendatsii.* Irkutsk; 2009. Russian.
2. Bronfman SA, Kudaeva LM. *Effektivnost' primeneniya antigomotoksicheskoy terapii v kompleksnom vosstanovitel'nom lechenii zhenshchin s vtorschnoy normogonadotropnoy amenoreey. Vosstanovitel'naya meditsina i reabilitatsiya.* 2012;3:223. Russian.
3. Valiullina NZ, Kul'mukhametova NG, Popova EM. *Kompleksnoe lechenie ugrozhayushchego vykidysha s primeneniem iglorefleksoterapii i antigomotoksicheskikh preparatov. Materialy 1-go Regional'nogo nauchnogo foruma «Mat' i ditya».* Kazan'; 2007. Russian.
4. Veyner NV. *Effektivnost' antigomotoksicheskoy terapii v korrektsii posledstviy khronicheskoy gipoksii u detey pervogo goda zhizni [dissertation].* Samara (Samara region); 2006. Russian.
5. Galachieva ZM, Bolieva LZ. *Izuchenie klinicheskoy effektivnosti preparata Spaskuprel' v terapii pervichnoy dismenorei. Sovremennye naukoemkie tekhnologii.* 2007;7:84-5. Russian.
6. Grebennikov VA, Tsylin LE, Kubrin AV, Il'enko LI, Suval'skaya NA. *Opyt ispol'zovaniya preparata Mukozakompozitum v kompleksnoy terapii respiratornogo distress-sindroma u novorozhdennykh. Detskaya khirurgiya.* 2006;4:36-9. Russian.
7. Guzhvina EN, Ogul' LA, Il'enko LI, Bakhmutova LI. *Opyt primeneniya preparatov pri-rodnoho proiskhozhdeniya dlya lecheniya khronicheskoy platsentarnoy nedostatochnosti. Sovremennaya perinatologiya: organizatsiya, tekhnologii i kachestvo.* Moscow; 2010. Russian.
8. Zhuk SI, Yatsina OI. *Patogeneticheskie podkhody k reabilitatsii zhenshchin s vnematochnoy beremennost'yu, prolechnykh al'ternativnymi metodami. Zhinochiylikar.* 2009;1:19. Russian.
9. Il'enko LI, Bakhmutova LA, Guzhvina LA. *Primenenie preparatov prirodnoho prois-khozhdeniya v perinatologii. Pediatriya.* 2009;88(5):90-7. Russian.
10. Kochakova LB. *Primenenie antigomotoksicheskogo preparata Ovariumkompozitum v kompleksnoy terapii endokrinnogo besplodiya. Magnitogorsk: Tsentr profilakticheskoy meditsiny;* 2009. Russian.
11. Kramarskiy VA, Dudakova VN, Rzhetskaya NV. *Primenenie Viburkola dlya profilaktiki anomal'noy rodovoy deyatel'nosti. Materialy 9-go Vserossiyskogo nauchnogo foruma «Mat' i Ditya».* Moscow; 2007. Russian.
12. Kulakov VI, Serov VN. *Ratsional'naya farmakoterapiya v akusherstve i ginekologii: ru-kovodstvo dlya praktikuyushchikh vrachey.* Moscow: Litterra; 2005. Russian.
13. Lineva OI. *Klinicheskaya effektivnost' gomeopaticeskogo preparata Remens v kupiro-vanii mezhmenstrual'nogo bolevogo sindroma. Akusherstvo i ginekologiya.* 2012;7:87-91. Russian.
14. Lipatov IS, Santalova GV, Tzikov YuV, Nikanorov VN, Sharypova MA. *Antigomotoksicheskayafetoprotektsiya u beremennykh s virusnymi infektsiyami. Materialy XII Vserossiyskogo nauchnogo foruma «Mat' i Ditya».* Moscow; 2012. Russian.
15. Lobodina IM, Veselova NM, Uvarova EV, Nemchenko OI. *Antigomotoksicheskaya terapiya kak al'ternativnoe napravlenie v ginekologii detey i podrostkov. Materialy 8-go Vserossiyskogo nauchnogo foruma «Mat' i Ditya».* Moscow; 2006. Russian.
16. Mar'yanovskiy AA, Radysh IV. *Prakticheskie rezul'taty mnogourovnevnoy antigomotoksicheskoy korrektsii klimaktericheskogo sindroma v usloviyakh polikliniki. Nauchnyy simpozium «Antigomotoksicheskaya*

terapiya v prakticheskoy meditsine». Gomotoksikologiya; 2007. Russian.

17. Kornienko VV. Ozhirenie. Antigomotoksicheskaya terapiya. Klassicheskaya gomeopatiya. Farmakopunktura: metod.rekomendatsii. Moscow; 2007. Russian.

18. Manukhin IB, Kashirina TN, Tiraspol'skiy IV. Primenenie antigomotoksicheskoy te-rapii v akusherstve i ginekologii: metod. rekomendatsii №137/98. Moscow; 1998. Russian.

19. Volosovets AP. Primenenie preparata «TRAUMEL" S» v praktike sovremennoy neonata-logii i pediatrii: metod.rekomendatsii. Kiev; 2005. Russian.

20. Lipatov IS, Santalova GV, Tezikov YuV, Nikanorov VN, Efimova IL, Sharypova MA. Sposob profilaktiki patologii ploda u beremennykh zhenshchin s ostrymi respiratornymi virusnymi infektsiyami. Russian Federation patent RU 2489160. 2013. Russian.

21. Taishcheva NB. Optimizatsiya vykhazhivaniya nedonoshennykh detey s nepryamoy giperbili-rubinemiyei i narushennoy mikrobnoy kolonizatsiyei kishechnika [dissertation]. Moscow (Moscow region). 2005. Russian.

22. Tiraspol'skiy IV. Antigomotoksicheskaya terapiya v praktike akushera-ginekologa. Moscow: Arnebiya; 2001. Russian.

23. Tiraspol'skiy IV, Kashirina TN, Busorgina OV, Kuz'min VN, Sovddagarova YuV. Ef-fektivnost' gomeopaticheskikh svechey Viburkol pri obezbolivanii rodov. Biologicheskaya meditsina. 2003;1:35-8. Russian.

24. Khas'yanova TA. Otsenka effektivnosti kompleksnoy terapii fetal'no-alkogol'nogo sin-droma. Sovremennye naukoemkie tekhnologii. 2010;7:123-6. Russian.

25. Bianchi I. Ordinatio antihomotoxic aetmateria medica. Baden-Baden: Biologische Heilmittel Heel GmbH; 2008.

26. Kronenberg F, Fugh-Berman A. Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: a review of randomized, controlled trials. Ann. Intern. Med. 2007;137(10):805-13.

27. Pischinger A. The Extracellular Matrix and Ground Regulation: Basis for a Holistic Biological Medicine. California (USA): North Atlantic Books; 2007.

28. Smit A, Bianchi I, Kuestermann K. Introduction to bioregulatory medicine (Complementary Medicine). Thieme, Stuttgart, New York; 2009.

29. Wang X, Athayde N, Trudinger B. Fetal plasma stimulates endothelial cell production of cyto-kines and the amily of suppressor of cytokine signaling in umbilical placental vascular disease. Am. J. Obstet. Gynecol. 2009;188:510-6.

30. Wuttke W, Jarry H, Westphalen S, Cristoffel V. Phytoestrogens for hormone replacement therapy? J. Steroid Bichem. Mol. Biol. 2007;83(1-5):133-47.