

Клиническая эффективность биорегуляционной терапии вторичной аменореи

Профессор О.И. Линева

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: оценка эффективности применения комплексных антигомотоксических препаратов Гормель СН, Овариум композитум и Климакт-Хель в лечении больных с вторичной аменореей с позиции биорегуляционной системной медицины.

Материал и методы: под наблюдением находились 60 больных с различными клиническими формами вторичной аменореи. Во всех случаях проводилось комплексное клиническое и лабораторное обследование, определялись гормональный профиль, психоэмоциональный и вегетативный статус до лечения и через 6 мес. после лечения. Обследованные больные были разделены на 3 группы. Первая группа включала 26 женщин с сочетанной миомой матки, которые получали за 2 мес. до и в течение 4–5 мес. после органосохраняющей операции агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона, что привело к развитию у них синдрома гиперингибирования яичников. Вторая группа включала 18 женщин с синдромом резистентных яичников, а третья группа — 16 больных с синдромом преждевременного истощения яичников.

Результаты исследования: анализируя эффективность использования комплексных препаратов Гормель СН, Овариум композитум и Климакт-Хель в лечении больных, страдающих вторичной аменореей, необходимо подчеркнуть их влияние на нормализацию гормонального профиля, психоэмоциональных, эндокринно-обменных, эмоциональных и мотивационных клинических симптомов заболевания. После проведенной терапии улучшилось общее самочувствие и нормализовалась менструальная функция у 43 (71%) из 60 больных с вторичной аменореей, желанная беременность наступила у 14 (23,3%) женщин.

Заключение: результаты, полученные нами в ходе исследования, позволяют считать оправданным назначение комплексных антигомотоксических препаратов Гормель СН, Овариум композитум и Климакт-Хель в соответствии с принципами биорегуляционной медицины как эффективный метод коррекции нарушений менструальной функции у больных с вторичной аменореей. Наши данные подтверждают, что биорегуляционный подход обладает способностью воздействовать сверхмалыми дозами на процессы активации, детоксикации и саморегуляции организма.

Ключевые слова: вторичная аменорея, биорегуляционная медицина, Гормель СН, Овариум композитум, Климакт-Хель.

Для цитирования: Линева О.И. Клиническая эффективность биорегуляционной терапии вторичной аменореи // РМЖ. 2018. № 5(1). С. 23–28.

ABSTRACT

Clinical efficiency of bioregulation therapy of secondary amenorrhea
Lineva O.I.

Samara State Medical University, Russia

Aim: of the study was to evaluate the effectiveness of the use of multicomponent medicines (Hormeel SN, Ovarium compositum, Klimakt-Heel) in the treatment of patients with secondary amenorrhea from the position of bioregulatory systemic medicine.

Patients and Methods: 60 patients with various clinical forms of secondary amenorrhea were observed. Every patient underwent a complex clinical and laboratory examination, determination of hormonal profile, assessment of psychoemotional and vegetative status at baseline and at a 6-month interval after the treatment. The patients were divided into 3 groups. The first group included 26 women with combined uterine myoma, who received GnRH agonists for 2 months before and 4–5 months after organ-saving surgery, which led to the development of the ovarian hyperinhibition syndrome. The second group included 18 women with the resistant ovary syndrome, and the third group included 16 patients with the premature ovarian failure.

Results: analyzing the effectiveness of the use of bioregulatory drugs Hormeel SN, Ovarium compositum, Klimakt-Heel in the treatment of patients suffering from secondary amenorrhea, it is necessary to emphasize their effect on the normalization of the hormonal profile, psycho-vegetative, endocrine-metabolic, emotional and motivational clinical symptoms of the disease. In addition to improving overall health and normalizing menstrual function in 43 (71%) of 60 patients with secondary amenorrhea, 14 patients (23.3%) had the desired pregnancy after the treatment.

Conclusion: the results obtained during the study prove the use of bioregulatory drugs Hormeel SN, Ovarium compositum, Klimakt-Heel in accordance with the principles of bioregulatory medicine as an effective method for correcting menstrual dysfunction in patients with secondary amenorrhea. Our data confirm, that the bioregulatory approach recovers the processes of activation, detoxification and self-regulation of the organism by the use of ultra-small doses.

Key words: secondary amenorrhea, bioregulatory medicine, Hormeel SN, Ovarium compositum, Klimakt-Heel.

For citation: Lineva O.I. Clinical efficiency of bioregulation therapy of secondary amenorrhea // RMJ. 2018. № 5(1). P. 23–28.

ВВЕДЕНИЕ

Физиология и патология репродуктивной системы относятся к областям медицинской науки, особенно бурно развивающимся в последние десятилетия с углубленным изучением факторов, контролирующих эту важную функцию, и разработкой новых подходов к профилактике и терапевтической коррекции нарушений менструального цикла. Условия внешней среды, эндокринные и нейроэндокринные заболевания, недостаточное или избыточное питание, чрезмерная физическая активность, сильные негативные эмоции оказывают существенное влияние на функцию репродуктивной системы и часто служат причинами ее стойких или транзиторных нарушений. К сожалению, в современном мире высок уровень стрессовых воздействий, неблагоприятных экологических и профессиональных факторов, наблюдаются позднее деторождение, проведение аборт, увеличение доли бесплодных супружеских пар, снижение яичникового резерва у женщин репродуктивного возраста [1–4].

Особое место среди всех нарушений репродуктивной системы занимает вторичная аменорея как ятрогенного генеза (синдром гиперторможения яичников), так и вторичная с неустановленными до конца этиологическими факторами (синдром резистентных яичников и синдром преждевременного истощения яичников). Бесплодие эндокринного генеза, обусловленное ановуляцией и гипоэстрогенией, снижение качества жизни, неудачные результаты экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и вспомогательных репродуктивных технологий, развитие серьезных гестационных осложнений и экстрагенитальных заболеваний, сложность выбора методов персонализированной терапии — это далеко не полный перечень проблем, связанных с вторичной аменореей [3, 5–8].

Все вышеизложенное диктует необходимость проведения своевременной коррекции данной патологии и профилактики отдаленных осложнений — от нарушения фертильности до перинатальных катастроф и развития соматических заболеваний [1–3].

Стратегическое направление развития медицины в XXI в. характеризуется модернизацией здравоохранения, внедрением новых, инновационных, в т. ч. лекарственных, технологий. Отказ от полипрагмазии, демедикализация и индивидуализация лечения вступают в противоречие с унификацией и стандартизацией в выборе методов лечения путем активной разработки протоколов, формуляров и стандартов, на которые должны ориентироваться все практические врачи [2–5].

Дискуссия об эффективности различных методов лечения затрагивает и многовековой спор о преимуществе аллопатической терапии перед гомеопатией. Биорегуляционная медицина, одно из современных направлений медицинской науки, представляет собой синтез современных достижений медицины и применения препаратов с низким содержанием активных веществ в лечении больных. Этот метод логически и практически продолжил и развил принципы холистической медицины, предусматривающей комплексный подход к лечению человека как единой биологической системы. Лечение биорегуляционными препаратами объединяет в себе лучшие традиции современной медицины. С обычной медициной эти препараты объединяет нозологический принцип назначения и привычность лекарственных форм [9–12].

Достоинством биорегуляционной системной медицины перед другими направлениями служит близость ее теоретических постулатов многим современным представлениям о патогенезе акушерской и гинекологической патологии, что позволяет органично включать биорегуляционную терапию в систему существующих методов лечения. При этом концепция состава биологических препаратов, в отличие от аллопатических лекарственных средств, связана не с симптоматикой заболевания, а с регуляторным, детоксикационным воздействием, стимулирующим защитные силы организма.

Биорегуляционные препараты отличаются от аллопатических высокой эффективностью в хронических случаях заболевания, одинаковой в сравнении со стандартной терапией эффективностью в лечении острых случаев, минимальное количество побочных и аллергических реакций, повышение иммунитета в процессе лечения, а также действие по принципу регулирования и инициирования [3, 4]. Целый ряд комплексных биорегуляционных препаратов, таких как Гормель СН, Овариум композитум и Климакт-Хель, доказали свою эффективность в лечении различных нарушений репродуктивной функции, однако число научных публикаций, рассматривающих лечение биорегуляционными препаратами с позиций доказательной медицины, явно ограничено [13–15].

Отсутствие единого подхода к терапии больных с вторичной аменореей, неоднозначность мнения специалистов об эффективности альтернативных методов, в частности гомеопатии, чрезвычайная актуальность проблемы восстановления менструальной функции и фертильности у женщин репродуктивного возраста послужили основанием для суммирования нашего клинического опыта.

Цель настоящего исследования: оценка эффективности применения комплексных препаратов Гормель СН, Овариум композитум и Климакт-Хель в лечении больных с вторичной аменореей с позиций биорегуляционной системной медицины.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено нерандомизированное, не плацебо-контролируемое проспективное клиническое исследование, в которое было включено 60 женщин в возрасте 26–38 лет с различными клиническими проявлениями вторичной аменореи. Обследование включало общепринятые клинические, лабораторные, инструментальные, ультразвуковые, рентгенологические и эндоскопические методы исследования, определение уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина, эстрадиола, прогестерона и кортизола, регламентированные приказом Минздрава России № 572 от 01.11.2012.

Кроме того, степень тяжести климактерических расстройств оценивалась с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ), индекса вагинального здоровья (ИВЗ) и денситометрии для выявления минеральной плотности костной ткани с определением стандартного отклонения по Т-критерию.

Для оценки психосоматического статуса использовали шкалу самооценки Спилбергера в модификации Ю. Ханина для определения состояния реактивной и личностной тревожности, шкалу MFI-20 для субъективной оценки астении, визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) качества жизни.

Биорегуляционный подход на страже Женского Здоровья

Возможности комплексных препаратов при нарушении менструальной функции



- Монотерапия или в составе комбинированной терапии при нарушениях менструального цикла (предменструальный синдром, менопауза, дисменорея)
- В многоцентровом исследовании эффективность терапии ПМС и менопаузального синдрома достигала 80%¹
- Хорошая переносимость при длительном применении (до 2 мес)¹

Регистрационный номер: П N014136/01

Гормель СН® капли для приема внутрь гомеопатические.

Показания к применению: в комплексной терапии при дисменореех.

Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата, беременность, период грудного вскармливания, возраст до 18 лет. С осторожностью: заболевания печени, алкоголизм, черепно-мозговая травма, заболевания головного мозга.

Способ применения и дозы: внутрь по 10 капель (растворенных в 100 мл воды) 3 раза в день за 30 минут до еды или через 1 час после еды. Длительность терапии определяется врачом. Средний курс лечения составляет 1-3 месяца. Увеличение продолжительности курса лечения возможно по назначению врача.

Срок годности: 5 лет. Не применять по истечении срока годности.

Условия отпуска: без рецепта.



- В комплексной терапии вегетативных нарушений в климактерическом периоде.
- В клиническом исследовании достоверно облегчал течение менопаузы у 96 % женщин²
- Возможность применения совместно с заместительной гормональной терапией

Регистрационный номер: П N012838/01

Климат-Хель® таблетки для рассасывания гомеопатические.

Показания к применению: в комплексной терапии вегетативных нарушений в климактерическом периоде (повышенная нервная возбудимость, «приливы», головная боль и т.п.).

Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата. Беременность и период грудного вскармливания, из-за содержания в составе препарата сангвинарии. Недостаточность лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция.

С осторожностью: при имеющихся заболеваниях печени Климат-Хель следует принимать только после предварительной консультации с врачом.

Способ применения и дозы: по 1 таблетке 3 раза в день за 30 мин до еды или спустя 1 час после приема пищи. Таблетку следует держать во рту до полного рассасывания. Курс лечения – 1-2 месяца. При необходимости врач может увеличить курс терапии.

Срок годности: 5 лет.

Условия отпуска: без рецепта.



- Симптоматическое средство при нарушениях менструального цикла
- Эффективен в составе комплексной терапии межменструального болевого синдрома и постменопаузальных расстройств³

Регистрационный номер: П N015840/01

Овариум композитум® раствор для внутримышечного введения гомеопатический.

Показания к применению: в качестве симптоматического средства у женщин в составе комплексной терапии при лечении нарушений менструального цикла.

Противопоказания: повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата.

Способ применения и дозы: по 1 ампуле 1-3 раза в неделю внутримышечно. Курс лечения определяется после консультации с врачом.

Срок годности: 5 лет.

Условия отпуска: по рецепту.

1. Reus, Weiser. Homeopathic Treatment of Gynecological Disorders. Biol Med 1999; 28 (5): 233-236
2. Penny, B.L., Razlog, R., Deroukakis, M., Johnston, G. (2009). A comparative study of Klimakt-Heel® and Femolene ultra in the management of typical climacteric symptoms, Health SA Gesondheid 14(1): 144-148
3. Линева О.И. Возможности биорегуляционной терапии в гинекологической практике (обзор литературы). Гинекология. 2016, 18 (6)

Мы исходили из концепции, что любой биорегуляционный препарат может действовать на несколько регулирующих систем, среди которых И.В. Тираспольский выделяет наиболее значимые регулирующие системы: 1) психическую; 2) нейроэндокринную; 3) нейровегетативную; 4) иммунную; 5) метаболическую [3]. Учитывая вышеизложенное, видим, что патогенетическая биорегуляционная терапия должна включать несколько препаратов, нормализующих сложную многофункциональную систему организма, поврежденную патологическим процессом. Данное обстоятельство объясняет клинический эффект препаратов при заболеваниях, имеющих, казалось бы, разные этиологию и патогенез.

Все обследуемые женщины были разделены на 3 группы. Первую группу составили 26 женщин, страдающих субсерозно-интерстициальной миомой матки с размерами узлов от 1 до 8 см в сочетании с наружным или внутренним эндометриозом, которым была произведена консервативная миомэктомия лапароскопическим доступом. Все больные за 2 мес. до операции получали агонист гонадотропин-рилизинг-гормона (аГн-РГ) — лейпрорелина ацетат в дозе 3,75 мг 1 р./мес. в виде внутримышечных инъекций. Лечение продолжалось 4–5 мес. после операции. В процессе лечения у всех пациенток развивался синдром гиперторможения яичников легкой степени, который был купирован препаратом Климакт-Хель по 1 таблетке 3 р./день в течение 2–4-х месяцев. Учитывая желание женщин реализовать репродуктивную функцию, после восстановления менструального цикла им был назначен Гормель СН по 10 капель 3 р./день в 9–10, 15–16 и 21–22 часа. Препарат принимался ежедневно, кроме дней приема Овариум композитум и периода менструации. В целях индукции овуляции дополнительно назначали Овариум композитум по 2,2 мл (1 ампула) внутримышечно в 15–16 часов на 5, 8, 12 и 14-й дни цикла. Курс лечения — 3–6 мес.

Вторую группу составили 18 женщин с синдромом резистентных яичников, планирующих беременность. Курс лечения состоял из препаратов Гормель СН и инъекций Овариум композитум по вышеприведенной схеме в течение 6 мес.

Третью группу составили 16 женщин с синдромом преждевременного истощения яичников. В целях восстановления менструальной функции и овуляции была применена схема биорегуляционной терапии аналогично больным второй группы. Через 6 мес. при неэффективности данного лечения больным назначался Климакт-Хель в течение 6 мес. с последующим пересмотром стратегии, не исключавшей назначения менопаузальной гормонотерапии (МГТ) при отсутствии противопоказаний, до возраста естественной менопаузы.

Полученные нами результаты обрабатывались с применением статистического программного пакета Statistica 10.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническая картина сочетанной гинекологической патологии у женщин первой группы характеризовалась наличием болевого синдрома из-за сопутствующего эндометриоза, бесплодия, аномальных маточных кровотечений, напряжения и болезненности молочных желез, железодефицитной анемии легкой степени. Длительность заболевания колебалась с момента постановки диагноза от 1 года

до 6 лет. Анализ анамнестических данных показал, что у обследованных пациенток наиболее часто встречались такие соматические заболевания, как хронический тонзиллит, острые респираторные вирусные инфекции, вегето-сосудистая дистония, заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы.

При предоперационной подготовке всем больным была проведена санация экстрагенитальной патологии, исключены другие причины бесплодного брака и начато лечение аГн-РГ, которое было продолжено после операции. На фоне послеоперационной терапии аГн-РГ у всех женщин появились симптомы нерезко выраженной «медикаментозной псевдоменопаузы»: аменорея, приливы жара, гипергидроз, головные боли, слабость, нестабильность артериального давления, повышенная утомляемость и раздражительность. Данное обстоятельство послужило показанием для назначения поддерживающей терапии препаратом Климакт-Хель, что позволило эффективно купировать все проявления климактерического синдрома. В дальнейшем через 6 мес. после окончания антигомотоксической терапии (Гормель СН и Овариум композитум) у всех пациенток нормализовался менструальный цикл, у 14 (50%) — отмечена овуляция, у 6 (23%) — наступила беременность, остальные пациентки направлены на ЭКО с проведением лечения согласно клиническому протоколу [3–5, 8, 15].

Анализ клинического течения синдрома резистентных яичников у больных второй группы позволил констатировать наследственную отягощенность по нарушениям менструальной и репродуктивной функции, высокую частоту перенесенных инфекционных заболеваний, вирусных инфекций и стрессовых ситуаций. Менархе у всех наступило своевременно, менструации постепенно приобрели характер олигоменореи с последующим развитием вторичной аменореи. Из 18 больных второй группы только 4 (22%) указали на наличие беременности в анамнезе, закончившейся самопроизвольными родами, а у одной пациентки беременность прервалась самопроизвольно на сроке 23 нед.

Никаких жалоб на приливы жара и другие вегетативно-сосудистые нарушения, характерные для синдрома истощения яичников и преждевременной менопаузы, больные не предъявляли. Матка, по данным ультразвукового исследования, была несколько уменьшена в размерах, яичники — без изменений, фолликулярный аппарат сохранен, анализ крови на гормоны выявил высокий уровень ФСГ и ЛГ, нормальную концентрацию пролактина и снижение уровня эстрадиола. Через 6 мес. после проведения терапии Гормель СН и Овариум композитум менструальный цикл восстановился у 10 (55%) из 18 больных, у 6 (33%) больных с продолжительностью заболевания не более 6–12 мес. наступила планируемая беременность. Для пациенток, у которых не был достигнут прогнозируемый положительный результат на фоне лечения комплексными гомеопатическими препаратами, пересмотрена стратегия лечения с назначением МГТ или проведением подготовки к ЭКО с донацией яйцеклетки согласно клиническому протоколу.

Относительно восстановления менструальной и репродуктивной функции самый неблагоприятный прогноз у пациенток третьей группы. Синдром преждевременного истощения яичников у них развивался к 33–39 годам после субтотальной, иногда неоправданной резекции яичников, интоксикаций, стрессов, тяжелых инфекционных заболеваний.

При обследовании хромосомные аномалии не выявлены. Клиническая картина патологии характеризовалась тяжелыми вегетативно-сосудистыми проявлениями, вторичной аменореей, высоким уровнем ФСГ и ЛГ, резким снижением эстрадиола в крови.

При проведении трансвагинальной эхографии яичники были уменьшены в размерах, фолликулы, как правило, отсутствовали, матка меньше нормы, эндометрий линейный. Назначение Гормель СН в сочетании с Овариум композитум в течение 6 мес. привело к появлению нерегулярных месячных в 7 (43%) наблюдениях, купированию всех климактерических симптомов в 10 наблюдениях, снижению интенсивности симптомов у остальных больных, а также улучшению качества жизни у всех обследованных женщин. Отмечалось снижение уровня ФСГ, повышение уровня эстрадиола. К сожалению, только в двух (12,5%) наблюдениях установлен овуляторный цикл, наступившая беременность у этих пациенток пролонгируется на фоне гормональной поддержки гестагенами. Четырнадцать пациенток переведены на терапию препаратом Климакт-Хель с положительной динамикой синдрома преждевременного истощения яичников. Через 6 мес. будет решен вопрос о целесообразности назначения МГТ.

Следует подчеркнуть, что оценка выраженности климактерического синдрома у пациенток первой и третьей исследуемых групп констатирует преобладание у них ранних симптомов климактерических расстройств, таких как приливы жара, гипергидроз, головные боли, повышение артериального давления, сердцебиение, раздражительность, беспокойство, слабость, сонливость и т. д. Кроме того, у трети женщин выявлены нерезко выраженные атрофические процессы во влагалище (ИВЗ 4 балла) и явления остеопении (стандартное отклонение по Т-критерию: 1,5). Общая оценка степени тяжести синдрома составила 28–36 баллов (табл. 1), что соответствует легкой или умеренной степени выраженности климактерических расстройств по ММИ.

Особое внимание мы обращали на наличие нервно-психических, эмоциональных и вегетативных нарушений у больных. Установлено, что наряду с вторичной аменореей с разной частотой диагностируются эмоциональные, когнитивные, вегетативные, мотивационные, астенические и эндокринно-обменные нарушения. Уровень астении по шкале MFI-20 был у всех пациенток максимальным (16–18 баллов). Для оценки уровня реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности нами было проведено тестирование женщин всех трех групп по шкале Спилберга — Ханина. Суммарный средний уровень РТ и ЛТ у обследованных колебался от 30 до 54 баллов.

Анализируя эффективность использования комплексных препаратов Климакт-Хель, Гормель СН и Овариум композитум в лечении больных, страдающих вторичной аменореей, необходимо подчеркнуть их статистически значимое влияние на нормализацию психовегетативных, эндокринно-обменных, эмоциональных и мотивационных клинических симптомов заболевания.

Уже через 6 мес. от начала терапии констатировано снижение степени тяжести климактерического синдрома по ММИ, нормализация состояния вагинального эпителия, уменьшение явлений остеопении, снижение уровня ФСГ с 49,8 до 16,7 МЕ/л, повышение уровня эстрадиола в крови со 110,2 до 231,6 пмоль/л. Более того, через 6 мес. проспективного наблюдения за больными вышеперечислен-

Таблица 1. Оценка клинических симптомов при вторичной аменорее

| Показатель | 1-я группа (n=26) | 2-я группа (n=18) | 3-я группа (n=16) |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| ММИ, баллов | 28,3 ± 1,6 | 10,2 ± 0,9*** | 36,1 ± 0,8 |
| Шкала Спилберга — Ханина, баллов | 44,3 ± 3,6 | 30,1 ± 3,8 | 54,2 ± 2,1** |
| MFI – 20, баллов | 19,1 ± 0,6 | 16,2 ± 0,4 | 18,3 ± 0,2 |
| ФСГ, МЕ/л | 28,6 ± 6,1 | 31,4 ± 5,3 | 49,8 ± 4,9* |
| Эстрадиол, пмоль/л | 121,5 ± 22,9 | 132,3 ± 46,3 | 110,2 ± 21,3 |
| ИВЗ, баллов | 4 | 5 | 3** |
| МПКТ (SD) | –1,5 | –1,0 | –1,5 |

Примечание. Разница показателей статистически достоверна:

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. МПКТ (SD) — минеральная плотность костной ткани (стандартное отклонение)

ные положительные тенденции нарастали, нивелировались симптомы астении, нормализовалась картина личностной и реактивной тревожности.

По данным ВАШ качества жизни выраженный позитивный эффект отметили 44% женщин, значительное улучшение — 50%, только 10 (6%) пациенток оценили свое качество жизни — «без перемен», что значительно превышает эффект плацебо. Никаких побочных эффектов при лечении данными препаратами не выявлено. Кроме улучшения общего самочувствия и нормализации менструальной функции у 43 (71%) из 60 больных с вторичной аменореей желанная беременность наступила после проведенной терапии у 14 (23,3%) пациенток. В нашей практике имеются единичные наблюдения лечения больных с вторичной аменореей сочетанием антигомотоксических препаратов с аллопатическими, что существенно повышает эффективность проводимой терапии. Однако для доказательности подобного заключения необходимо проведение дальнейших клинических наблюдений.

Широкий диапазон гомеопатических средств, различные подходы к их назначению представляют большой выбор для клинициста. Подавляющее большинство практикующих врачей, овладев современными методами диагностики и лечения различных заболеваний, предпочитают сочетать аллопатический и гомеопатический методы лечения, опираясь на комплексные, комбинированные или биорегуляторные препараты, что дает возможность индивидуализировать терапию и выполнить основную заповедь врача — «лечить не болезнь, а больного». Биорегуляторная терапия имеет ряд преимуществ, позволяющих рекомендовать ее к широкому внедрению в акушерско-гинекологическую практику учреждений в системах государственной и страховой медицины [11–14].

Главное — не противопоставлять гомеопатический и аллопатический подходы к лечению, а искать возможности максимально широкого использования достоинств того и другого, тогда в арсенале врача появится больше возможностей для индивидуального метода лечения многих гестационных осложнений и гинекологических заболеваний.

Присущее академической медицине умение распознавать особенности патологического процесса, восстанавливать утраченные функции, предотвращать экстремальные воздействия внешних факторов на организм

и компенсировать их разрушительные последствия будет с успехом дополняться целостным восприятием человека, возможностью активизировать собственные защитные, «саногенетические» механизмы индивидуума средствами гомеопатии. При этом медицина не теряет своей гомеопатической и аллопатической специфики и уникальности, но каждый метод займет подобающее ему место в системе поддержания, сохранения и укрепления здоровья, каждый из этих методов получит строго определенный круг показаний и противопоказаний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное нами исследование убедительно доказывает эффективность комплексных биорегуляционных препаратов — Гормель СН, Овариум композитум и Климакт-Хель, известных как антигомотоксические, в купировании целого ряда нарушений менструальной функции, связанных с развитием вторичной аменореи. Низкие дозы активных веществ, входящих в состав данных препаратов, способствуют активации, детоксикации и восстановлению процессов саморегуляции организма, что укладывается в концепцию современной системной биорегуляционной медицины. Полученные нами данные подтверждают новую стратегическую концепцию, что биорегуляционная медицина активно использует ауторегуляторные возможности организма в качестве основного фокуса терапевтического воздействия и полностью соответствует основному принципу медицины «не навреди».

Литература

1. Сметник В.П., Тумлович Л.Г. Неоперативная гинекология. М., 2003. С. 179–181 [Smetnik V.P., Tumilovich L.G. Neoperativnaia ginecologiya. M., 2003. С.179–181 (in Russian)].
2. Клиническая гинекология: избранные лекции. Под ред. проф. В.Н. Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 480 с. [Klinicheskaia ginecologiya. izbrannye lectsii. Pod.red.V.N.Prilepskoj. M.: MED-pres-inform, 2007. (in Russian)].
3. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Практическая гинекология. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство. 2009. 432 с. [Tikhomirov A.L., Lubnin D.V. Prakticheskaia ginecologiya. Rucovodstvo dlia vrachei. M.6 Medinform agenstvo. 2009. 432 s. (in Russian)].
4. Гинекология: национальное руководство. Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. С.531–549. [Ginecologiya: nacional'noe rucovodstvo. Pod.red. V.I. Kulakova, I.B. Manukhina, G.M. Savel'evoi. M.: GEOTAR-Media, 2007. S.531–549 (in Russian)].
5. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных. Под ред. акад. Л.В. Адамьян, 2016. 100 с. [Mioma matki: diagnostika, lechenie i reabilitazija. Klinicheskie rekomendacii po vedeniu bol'nikh. Pod. red. L.V. Adamian, 2016. 100 s. (in Russian)].
6. Master-Hunter T., Heiman D.L. Amenorrhea: evaluation and treatment // Amer. Fam. Physician. 2006. Vol. 73 (8). P.1374–1382.
7. Bloomfield D. Secondary amenorrhea // Pediatr. Rev. 2006. Vol. 27 (3). P.113–114.
8. Александрова Н.В., Марченко Л.А. Современные подходы к оценке овариального резерва у женщин с преждевременной недостаточностью яичников // Пробл. репрод. 2007. № 2. С.22–29 [Aleksandrova N.V., Marchenko L.A. Sovremennii podchody k ozenke ovarial'nogo reserva u zhenshchin s prezhdevremennoi nedostatochnosti aiichnikov // Probl. reprod. 2007. № 2. S.22–29. (in Russian)].
9. Марьяновский А.А. Современная гомеопатия: признание официальной наукой // Биологическая медицина. 1998. № 1. С.16–26. [Marianovskii A.A. Sovremennaia gomeopatiia: priznanie ofisial'noi naukoj // Biologicheskaia medisina. 1998. № 1. S.16–26 (in Russian)].
10. Манухин И.Б., Каширина Т.Н., Тираспольский И.В. Применение гомеопатического метода в акушерстве. Метод. реком. М., 1998. 18 с. [Manukhin I.B., Kashirina T.N., Tiraspol'skii I.V. Primenenie gomeopaticheskogo metoda v akusherstve. Metodicheskie rekomendatsii. M., 1998. 18 s. (in Russian)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

VI Междисциплинарный форум

Медицина молочной железы

31 мая – 2 июня 2018, Москва

Гостиница «Рэдиссон Славянская»

ЧТО В НАУЧНОЙ ПРОГРАММЕ?

Молочные железы: заболеваемость, смертность, современные тенденции лечения • Скрининг рака молочной железы: каковы новые возможности и перспективы? • Маммография: выбираем варианты • ДЗМЖ: ещё одна сфера ответственности акушера-гинеколога • Концепция и перспективы органосохраняющего лечения • Польза грудного вскармливания с позиций доказательной медицины • Грудное вскармливание недоношенных новорождённых: под особым контролем! • Медицинская реабилитация пациенток после мастэктомии: психолог — нужен! • Роль МРТ в диагностике: от малых форм рака до ответа на химиотерапию • Генетическое тестирование: можно ли прогнозировать рецидив рака молочной железы? • Возможности фармакотерапии ДЗМЖ: доказано и проверено на практике • Органосохраняющая тактика в лечении женщин с РМЖ • Предраковые и раковые заболевания молочных желёз: вопросы профилактики и лечения • Реконструкция молочных желёз после мастэктомии: эстетика или здоровье? • Рак молочной железы у беременных: каковы особенности маршрутизации?



Тел.: +7 (499) 346 3902; e-mail: info@praesens.ru. Сайт: praesens.ru; группа ВКонтакте: vk.com/praesens; группа в Фейсбуке: facebook.com/stpraesens; профиль в Инстаграме: instagram.com/statuspraesens

Только для медицинских работников