

Возможности комплексного биорегуляционного препарата Вибуркол в акушерско-гинекологической практике

Е.В. Рыбка

Украинская Академия Биологической Медицины

В статье представлен обзор ряда клинических исследований и рекомендаций МЗ Украины и России по применению препарата Вибуркол (суппозитории) в акушерско-гинекологической практике. Из обзора сделаны следующие выводы: применение комплексного биорегуляционного [1, 2] препарата Вибуркол позволяет: повысить эффективность и безопасность терапии в акушерстве (при угрозе прерывания беременности, профилактике преждевременных родов, дискоординации родовой деятельности, обезболивании родов) и в гинекологии (при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза).

Ключевые слова: акушерско-гинекологическая практика, профилактика, эффективность, безопасность, Вибуркол, лечение.

Важнейшей задачей современного акушерства и гинекологии является охрана репродуктивного здоровья и снижение перинатальной заболеваемости. Одной из актуальных проблем в решении этой задачи является лекарственное обеспечение. Это связано с тем, что часть высокоэффективных лекарственных препаратов имеет ограничения в применении у женщин репродуктивного возраста и у беременных из-за потенциальной или доказанной способности вызвать эмбриотоксическое, тератогенное воздействие на развивающийся эмбрион/плод. Поэтому поиск дополнительных методов и препаратов, которые могут быть эффективно применены в комплексном лечении и будут безопасными для матери и плода, являются приоритетной задачей.

Одним из таких методов является патогенетический биорегуляционный подход [1, 2], использующий применение комплексных биорегуляционных препаратов (КБП). Патогенетическая биорегуляционная терапия имеет ряд важных преимуществ, позволяющих рекомендовать ее к широкому применению, в том числе в практике акушеров-гинекологов:

1. Тожество теоретической базы биорегуляционной терапии и современных научных взглядов на патогенез многих патологических состояний.
2. Совместимость КБП с другими лекарственными средствами.
3. Применение КБП не требует знания гомеопатии.
4. Четкий алгоритм составления схем позволяет врачу грамотно назначить лечение в отведенный временной период [3].

Одним из представителей КБП, широко применяемых в акушерско-гинекологической практике, являются свечи Вибуркол (производство компании «Биологише Хайльмиттель Хеель ГмбХ»).

Вибуркол оказывает спазмолитическое, седативное, обезболивающее, противовоспалительное действие. Спектр действия связан с комплексным составом препарата. Входя-

щая в состав Вибуркола аптечная ромашка повышает порог болевой чувствительности. Белладонна оказывает выраженный анальгетический эффект и спазмолитическое действие на шейку матки. Сладко-горький паслен обладает транквилизирующим действием, а подорожник – седативным эффектом. Анальгетическое действие обусловлено карбонатом кальция. А ветреница, оказывая регулирующее действие на нейровегетативную систему, является одним из наиболее действенных гомеопатических компонентов для обезболивания родов [9, 10]. Все указанные свойства компонентов являются перспективными для применения свечей Вибуркол в акушерско-гинекологической практике.

Таким образом, Вибуркол в существующей системе оказания акушерско-гинекологической помощи применяют при следующих клинических показаниях:

- угрожающий выкидыш в I триместре беременности [4, 8];
- подготовка шейки матки к родам или прерыванию беременности в поздних сроках [4];
- профилактика аномалий родовой деятельности [4, 9];
- обезболивание родов в I триместре беременности [4, 10];
- купирование боли при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза (ВЗОМТ) [13, 14].

Проведем обзор наработанного клинического опыта, отраженного в публикациях научно-клинических исследований и диссертационных работах, а также официальных рекомендациях МЗ Украины и России (информационных письмах и методических рекомендациях).

Угроза прерывания беременности

Одним из частых осложнений беременности I триместра является угроза ее прерывания. Существует много взглядов на тактику ведения женщины в этой ситуации. Подобная разноречивость мнений связана с полиэтиологичностью заболевания [5, 12]. В генезе угрожающего выкидыша в I триместре беременности участвуют психическая, нейроэндокринная, нейровегетативная и иммунная регулирующие системы [4]. Кроме того, существует целый ряд соматических заболеваний и состояний, имитирующих угрозу прерывания беременности. Довольно часто обострение колита, проявления мочекаменной болезни принимают за угрозу прерывания беременности. Кроме того, как известно, при растяжении связок по мере роста матки, при выходе матки из нормального положения (*hyperretroflexio – anteflexio*) у некоторых женщин возникают болевые ощущения, которые расценивают как признак угрозы прерывания беременности. Все это ведет к необоснованному назначению целого ряда препаратов, которые не только не оказывают никакого реального воздействия, но и обладают побочными эффектами, способствуют развитию аллергии женщины, создают угрозу

тератогенеза [6, 7]. Поэтому особый интерес вызывают препараты, действующие на несколько патогенетических звеньев и одновременно обладающие хорошей переносимостью и высоким профилем безопасности. Одним из оптимальных средств, близко соответствующих этим требованиям, являются свечи Вибуркол. Спазмолитическая активность Вибуркола позволяет снизить тонус матки у беременных, а седативное действие – улучшить психоэмоциональное состояние. При этом он хорошо переносится женщинами [4, 8].

Практические рекомендации: КБП Вибуркол назначают при угрозе прерывания беременности любой этиологии по 1 свече *per rectum* 1–3 раз в день в течение 11–20 дней. При необходимости курс может быть продлен [4, 8].

Профилактика аномалий родовой деятельности

Также проблема полипрагмазии и токсического воздействия лекарственных средств на беременную и плод актуальна в условиях нарушения сократительной деятельности матки (НСДМ) во время самопроизвольных родов.

Частота такого НСДМ, как дискоординация, колеблется от 5% до 15% и является одной из причин нарушений состояния плода и его интранатального поражения. А выраженные формы НСДМ (дискоординация 2–3-й степени, упорная слабость родовых сил) являются одной из лидирующих причин экстренного оперативного родоразрешения. В терапии данной патологии применяют различные группы препаратов (транквилоседативные, спазмолитики, наркотики, бета-миметики и др.). При этом использование этих препаратов в 15–20% наблюдений приводит к изменению характера нарушений сократительной деятельности матки в виде слабости родовых сил, что требует назначения тономоторных препаратов. В результате лекарственная нагрузка значительно повышается, что усугубляет состояние плода. Поэтому, профилактика НСДМ имеет чрезвычайно важное значение. Именно от того, насколько рационально будет проведена профилактика этой патологии, зависит благоприятное завершение родов для новорожденного и матери. В связи с изложенным выше особую актуальность приобретают вопросы применения препаратов, обладающих минимальным отрицательным воздействием на организм беременной и плода с максимальным положительным эффектом.

Основными свойствами, которыми должны обладать препараты для профилактики НСДМ, являются: транквилоседативный эффект, спазмолитическое действие, анальгезия без угнетения сократительной деятельности матки и депрессивного действия на плод и новорожденного. Практически всеми этими свойствами обладает препарат Вибуркол.

Вибуркол является оптимальным средством системной профилактики НСДМ через ведущую систему регуляции с последующей и параллельной нормализацией нейровегетативной и метаболической систем, обеспечивающих физиологичность маточных сокращений, без отрицательного воздействия на плод [9].

Эффективность применения КБП Вибуркол с целью профилактики дискоординации родовой деятельности показана в клинических исследованиях.

Так, в исследование, которое проводили В.А. Крамарский и соавторы, были включены 52 беременные, входящие в группу риска по развитию дискоординации родовой деятельности вследствие осложненного акушерского анамнеза и повышенного тонуса нижнего сегмента перед родами и в прелиминарный период. Из них были сформированы 2 группы. В 1-ю группу вошли 22 женщины, применявшие в конце беременности и во время родов свечи Вибуркол утром и вечером при появлении предвестников боли. При начавшейся родовой деятельности Вибуркол назначали каждые 3–4 ч. Во 2-й группе

(30 женщин) применяли спазмолитики (но-шпа, баралгин, свечи с папаверином) и β-миметики (гинипрал).

В результате, НСДМ в 1-й группе женщин имело место у 2 (9,1%), а во 2-й – у 7 (23,3%), то есть в 2,5 раза чаще. Оперативное родоразрешение имело место только у женщин из 2-й группы, при этом одной из причин операции было НСДМ – у 4 (13,3%).

Состояние новорожденных при рождении: в 1-й группе оценка по шкале Апгар составила 8,1±0,1, во 2-й – 7,2±0,2 балла. Во 2-й группе 3 новорожденных подверглись интенсивной терапии в связи с рождением в состоянии гипоксии (оценка по шкале Апгар 5,4±0,1 балла). Перинатальных потерь в исследуемых группах не было.

Исследователи сделали заключение, что у беременных группы риска по развитию дискоординации родовой деятельности применение Вибуркола приводит к достоверному снижению НСДМ, снижению оперативной активности и улучшению состояния новорожденных [9].

Рекомендации по применению свечей Вибуркол изложены в методических рекомендациях МЗ России «Применение гомеопатического метода в акушерстве» под редакцией профессора, д-ра мед. наук И.Б. Манухина.

Практические рекомендации

При тенденции к развитию дискоординированной родовой деятельности свечи Вибуркол назначают *per rectum* каждые 2–3 ч на протяжении всего I периода и в течение второго периода до появления потуг [4].

Обезболивание родов

Еще одной из актуальных проблем в акушерстве является обезболивание родов. Именно от того, насколько рационально будет проведено анестезиологическое пособие, зависит в значительной степени благоприятное для матери и новорожденного завершение родов [8]. Это связано с двумя аспектами риска анестезии в акушерстве: для плода и для матери. Риск для плода зависит от проницаемости через плаценту лекарственных препаратов, используемых для обезболивания родов, от их способности вызывать респираторную депрессию, а также от индивидуальных токсических свойств лекарственных препаратов. Риск для матери, в первую очередь, определяется исходным состоянием ее сердечно-сосудистой, бронхолегочной систем и состоянием крови (система гемостаза и др.). Соответственно, для достижения достаточной анальгезии в родах методы обезболивания должны соответствовать следующим требованиям: транквилизирующее действие; устранение нежелательных рефлекторных реакций у роженицы, являющихся часто следствием болевых проявлений во время схватки; анальгетическое действие; отсутствие угнетающего действия на моторную функцию матки, состояние внутриутробного плода и новорожденного [11].

Всеми приведенными свойствами обладают компоненты, входящие в состав КБП Вибуркол. Представляется важной и форма применения препарата Вибуркол – ректальные свечи, поскольку прямая кишка и матка имеют общую вегетативную иннервацию. Соответственно спазмолитический и другие эффекты будут быстрее реализоваться при ректальном способе введения препарата.

В этом разделе акушерской помощи также были проведены научно-клинические исследования по Вибурколу. Так, в своей работе «Эффективность гомеопатических свечей Вибуркол при обезболивании родов», выполненной на кафедре акушерства и гинекологии лечебного факультета Московского медицинского стоматологического института, И.В. Тираспольский с соавторами продемонстрировал эффективность свечей Вибуркол для обезболивания родов. В исследование были включены 40 рожениц в возрасте от 18 до 35 лет

в сроке беременности от 33 до 41 нед. Из них 20 составили основную и 20 контрольную группу. С целью обезболивания роженицы основной группы получали ректальные свечи Вибуркол каждые 2–3 ч в зависимости от интенсивности болевых ощущений на протяжении всего первого и в начале второго периода родов до появления потуг. Роженицы контрольной группы получали но-шпу по 2 мл, баралгин по 5 мл (внутримышечно) в первый период родов 1–2 раза.

Анальгетический эффект отметили все пациентки основной (100%) и 11 контрольной (55%) группы. Седативный эффект наблюдали у 12 пациенток основной (60%) и ни у одной пациентки контрольной группы (0%). Объективно отмечалась нормализация беспокойного поведения всех рожениц в основной и 3 – в контрольной группе. Побочные рефлекторные реакции в виде тошноты и рвоты наблюдались у 2 женщин в контрольной группе и отсутствовали в основной.

В заключение своей работы авторы отметили, что свечи Вибуркол соответствуют всем современным требованиям, предъявляемым к анальгетикам в родах: оказывают анальгетическое и транквилизирующее действие, устраняют побочные рефлекторные реакции, не обладают отрицательным эффектом на сократительную деятельность матки и внутриутробное состояние плода. Все это является основанием для широкого использования свечей Вибуркол в клинической практике с целью обезболивания родов [8].

Обезболивающий эффект в родах они оценивали на основании субъективных ощущений роженицы и результатов объективного наблюдения врача за ее поведением. Определяли анальгетический, седативный эффекты и исчезновение нежелательных рефлекторных реакций. Авторы использовали визуальную шкалу для оценки болевого синдрома в родах. Анальгетический и седативный эффект оценивали по четырем градациям: выраженный, умеренный, слабый эффект и отсутствие эффекта. Обезболивающий эффект в родах вследствие применения КБП Вибуркол почти на 45% превышает таковой при применении ненаркотических анальгетиков (но-шпа, баралгин). При этом при использовании биорегуляционного подхода у 60% отмечался седативный эффект, который не сопровождался респираторной депрессией у плода, что является важным достоинством КБП Вибуркол [4].

Воспалительные заболевания органов малого таза

Наиболее частой причиной нарушения репродуктивного здоровья женщин, являются ВЗОМТ. По данным ВОЗ, частота сальпингитов у женщин в возрасте от 15 до 39 лет в

промышленно развитых странах Европы составляет 10–13 на 1000; среди больных 75% – женщины моложе 25 лет, из них 75% – нерожавшие. Практически каждая 10-я женщина в течение репродуктивного возраста имеет воспаление органов малого таза, причем у каждой 4-й из них возникают осложнения.

Несвоевременное и/или неадекватное лечение ВЗОМТ приводит к хронизации процесса и является основной причиной возникновения склеротических и дистрофических изменений органов малого таза, нарушения функции, формирования спаек. Что, в свою очередь, приводит к таким осложнениям, как: синдром хронической тазовой боли, бесплодие, невынашивание беременности.

ВЗОМТ характеризуются различными проявлениями в зависимости от уровня поражения и силы воспалительной реакции. Поэтому объем и направленность терапевтического воздействия подбирают индивидуально, включая: антибактериальное, противовоспалительное и десенсибилизирующее лечение, нормализацию микробиотоза влагалища и кишечника, системную ферментную терапию и т.д. [13]. Для уменьшения лекарственной нагрузки целесообразно применение препарата Вибуркол, обеспечивающего комплексный эффект (обезболивающий, спазмолитический, дезинтоксикационный, седативный и противовоспалительный) при лечении хронических ВЗОМТ. Эффективность применения КБП Вибуркол при остром болевом синдроме, возникшем на фоне обострения хронического ВЗОМТ, отражена в методических рекомендациях МЗ Украины (С.С. Леуш и соавт., 2006, 2010): Вибуркол рекомендуется назначать ректально по 1 свече каждые 30 мин до уменьшения боли [13, 14].

Выводы

Таким образом, применение КБП Вибуркол позволяет:

- повысить эффективность терапии угрожающего выкидыша в I триместре беременности;
- снизить частоту развития аномалий родовой деятельности, используя его в качестве профилактического средства;
- повысить эффективность и безопасность обезболивания родов.

Следовательно, биорегуляционный подход с применением КБП Вибуркол в акушерстве и гинекологии, является одним из способов решения актуальной проблемы лекарственного обеспечения с высоким профилем безопасности и эффективности.

Можливості комплексного препарату біорегуляції Вібуркол в акушерсько-гінекологічній практиці О.В. Рыбка

У статті представлений огляд низки клінічних досліджень і рекомендацій МОЗ України і Росії по застосуванню препарату Вібуркол (супозиторії) в акушерсько-гінекологічній практиці. З огляду зроблені наступні висновки: застосування комплексної біорегуляції [1, 2] препарату Вібуркол дозволяє: підвищити ефективність і безпеку терапії в акушерстві (при загрозі переривання вагітності, профілактиці передчасних пологів, дискоординації пологової діяльності, знеболюванні пологів) і в гінекології (при хронічних запальних захворюваннях органів малого таза).

Ключові слова: акушерсько-гінекологічна практика, профілактика, ефективність, безпека, Вібуркол, лікування.

Possibilities of the complex bio-regulatory drug Viburcol in obstetric-gynecological practice E. V. Rybka

The article presents an overview of a number of clinical studies and recommendations of the Ministry of Health of Ukraine and Russia on the administration of Viburcol (suppositories) in obstetric-gynecological practice. From the review following conclusions were drawn: the application of the complex bio-regulatory [1, 2] drug Viburcol allows you to: improve the efficiency and safety of care in obstetrics (with the threat of termination of pregnancy, prevention of preterm birth, discoordination of labor, pain relief in labor) and gynecology (in case chronic inflammatory diseases of the pelvic organs).

Key words: obstetric-gynecology practice, prevention, efficiency, safety, Viburcol, treatment.

Сведения об авторе

Рыбка Елена Викторовна – Украинская Академия Биологической Медицины, 03124, г. Киев, ул. Николая Василенко, 7; тел.: (044) 454-75-03. E-mail: a_rybka@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. A. Smit, A. O'Byrne, B. Van Brandt, I. Bianchi, K. Kuesterman. Introduction to Bioregulatory Medicine. Thieme, Stuttgart-New York, 2009 – P. 1–33.
2. Клименко В.Г. Основы положения патогенетического биорегуляционного подхода в общей терапевтической практике // Биологическая терапия. – № 1. – 2013. – С. 8–11.
3. Венцовский Б.М., Писарева С.П., Жилка Н.Я., Сорокин А.В. Маловодие и многоводие // серия «Практикум акушера-гинеколога». – МЗ Украины, ИПАГ АМН Украины. – К., 2003. – 43 с.
4. Манухин И.Б., Каширина Т.Н., Тираспольский И.В., Бусоргина О.В., Хареба Л.В. Применение гомеопатического метода в акушерстве // Методические рекомендации № 137/98 МЗ России. – М., 1998. – 18 с.
5. Грищенко О.В., Клименко Е.Г. Коррекция нарушений иммунного гомеостаза при угрозе прерывания беременности с помощью системной энзимотерапии // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс. – 2001. – С. 179–181.
6. Аутеншлюс А.И., Иванова О.В., Анастасьева В.Г. и др. Иммунный статус у женщин с инфекционно-воспалительными заболеваниями при патологии плодного яйца в ранние сроки беременности // Акушерство и гинекология. – 1996. – № 1. – С. 42–44.
7. Писарева С.П. Новые аспекты диагностики и терапии при невынашивании беременности // Доктор. – 2001. – № 3. – С. 20–22.
8. Тираспольский И.В., Каширина Т.Н., Бусоргина О.В., Совдагарова Ю.Э. Методология и опыт проведения терапии угрожающего выкидыша в первом триместре беременности комплексными гомеопатическими препаратами // Биологическая Медицина. – № 1. – 1999. – С. 40–44.
9. Крамарский В.А., Дудакова В.Н. Антигомотоксическая терапия в профилактике дискоординации родовой деятельности // Биологическая Медицина. – № 2. – 2008. – С. 23–24.
10. Тираспольский И.В., Каширина Т.Н., Бусоргина О.В., Кузьмин В.Н., Совдагарова Ю.Э. Эффективность гомеопатических свечей Вибуркол при обезболивании родов // Биологическая Медицина. – № 1. – 1998. – С. 35–38.
11. Абрамченко В.В. Активное ведение родов. //С-Пб: «Специальная литература». – 1996. – С. 668.
12. Пешев Л.П., Рыбина Е.А., Андреева Н.А. О патогенезе угрожающего прерывания беременности (новая концепция) // Ранние сроки беременности: Материалы 1 Международной конференции. – М.: Изд-во РУДН, 2002. – С. 491–494.
13. Леуш С.С., Олейник Ю.В., Олейник Е.А. Оптимизация лечения воспалительных заболеваний половых органов и профилактика спаечного процесса у женщин репродуктивного возраста // Методические рекомендации МЗ Украины. – К., 2010. – 32с.
14. Леуш С.С., Олейник Ю.В. Антигомотоксична терапія гінекологічних захворювань // Методичні рекомендації МЗ України. – К., 2006. – 30 с.

Статья поступила в редакцию 04.09.2015