

ЛИТЕРАТУРА

1. Большаков А.М., Жигарев А.Ю., Крутько В.Н., Потемкина Н.С., Труханов А.И. Оптимизация профилактических рационов питания с помощью компьютерной системы «Питание для здоровья и долголетия». Учебное пособие для врачей. М.: НГЦ. – 2003. – 28 с.
2. Большаков А.М., Крутько В.Н., Донцов В.И., Подколзин А.А., Труханов А.И. Оптимизация профилактических мероприятий с использованием компьютерной системы «Профилактика старения». Учебное пособие для врачей. М.: НГЦ. – 2003. – 27 с.
3. Донцов В.И., Крутько В.Н., А.А. Подколзин (Под редакцией). Профилактика старения. Ежегодник НГЦ. Вып. 1-6. М.: НГЦ. – 1998 – 2003.
4. Донцов В.И., Крутько В.Н., Подколзин А.А. Старение: механизмы и пути преодоления. Серия «Проблемы геронтологии», – Вып. 1. М.: Биоинформсервис. – 1997. – 240 с.
5. Донцов В.И., Крутько В.Н., Подколзин А.А. Фундаментальные механизмы геропротекции. Серия «Проблемы геронтологии». – Вып. 3. М.: Биоинформсервис. – 2002. – 464 с.
6. Крутько В.Н. Профилактика старения как системная технология // Вестник РАН. – 2006. – Т. 76. – № 9. – С. 790-797.
7. Крутько В.Н., Славин М.Б., Смирнова Т.М. Математические основания геронтологии. Под ред. д.т.н. В.Н. Крутько. Серия «Проблемы геронтологии» Вып. 4. М.: Едиториал УРСС. – 2002. – 384 с.
8. Крутько В.Н., Смирнова Т.М. Анализ тенденций смертности и продолжительности жизни населения России в конце XX века. М.: Едиториал УРСС. – 2002. – 48 с.
9. Подколзин А.А. Патифизиологические механизмы синдрома хронической усталости. Серия «Проблемы геронтологии»: Вып. 2. М.: Биоинформсервис. – 2000. – 125 с.
10. Крутько В.Н. (Под редакцией) Информатика здоровья и долголетия // Сб. трудов ИСА РАН. Вып. 13, 19. – М.: УРСС. – 2005-2006.

11. Крутько В.Н., Донцов В.И. Системные механизмы и модели старения. Серия «Проблемы геронтологии». Вып. 5. М.: ЛКИ. – 2008. 336 с.
12. Подколзин А.А., Донцов В.И. Факторы малой интенсивности в биоактивации и иммунокоррекции. М.: АО «Панас Аэро». – 1995. – 194 с.
13. Подколзин А.А., Крутько В.Н., Донцов В.И., Труханов А.И. Количественная оценка старения, продолжительности жизни и биологического возраста; общие подходы к профилактике старения. Пособие для врачей. М.: МГМСУ. – 2002. 48 с.

РЕЗЮМЕ

Цель деятельности Национального геронтологического центра (НГЦ) – развитие нового направления медицинской науки и практики – «Профилактики старения», а также создание, апробация и широкое практическое внедрение современных технологий продления периода активной, полноценной, трудоспособной жизни человека. Результатами деятельности НГЦ явились как новые знания о фундаментальных механизмах старения, так и новые средства для диагностики и профилактики старения: препараты, аппараты, компьютерные системы.

ABSTRACT

The National Gerontology Centre: the achievements and the perspectives.

The goal of the National Gerontology Centre (NGC) activity is the developing of a new direction of the medical practice and science - "Ageing prophylaxis", as well as the creation, the approbation and the broad practical introduction of the to-date technologies of extension of active, capable of working and valuable human life period. Both the new knowledge in the fundamental mechanisms of ageing and the new means of diagnostics and prophylaxis of senescence: the medications, the devices, the computer systems have become the results of the NGC activity.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ МЕТОДОМ ФАРМАКОПУНКТУРЫ У ДЕВУШЕК С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

КИРГИЗОВА О.Ю.

ГУ «Научный центр медицинской экологии Восточно-Сибирского научного центра
СО РАМН», г. Иркутск

АННОТАЦИЯ

В статье дается обзор литературных данных по применению методов рефлексотерапии при репродуктивных нарушениях у девушек с гипоталамическим синдромом пубертатного периода. Освещены механизмы и основные принципы применения фармакопунктуры.

Ключевые слова: гипоталамический синдром, рефлексотерапия, гомеопатия, фармакопунктура, нарушения репродукции.

Репродуктивная система женщины осуществляет менструальную, половую, детородную и лактационную функции, которые для ее организма признаются специфическими. Принимая во внимание интегративный принцип регуляции специфических функций женского организма, становится понятным механизм преимущественно множественного их повреждения. Клиническая выраженность этих нарушений находится в прямой зависимости от особенностей гомеостаза организма [1]. Наиболее часто дисменорея и нарушение репродукции обусловлены гипоталамическими дисфункциями. Гипоталамус обладает половой специфичностью: в женском организме он более уязвим к неблагоприятным воздействиям, чем в мужском [2]. Возникающие у девушек при гипоталамическом синдроме (ГС) нарушения нейроэндокринной регуляции репродуктивной функции весьма разнообразны: может быть бесплодие при неизменной менструальной функции, синдром поликистозных яичников, гипофункция яичников и т.п. [3]. Н.В. Артымук с соавт. (1997) отметили, что при ГС аменорея развивается у 42% больных, вто-

ричный склерокистоз яичников – у 27,6-70,0% [4]. Репродуктивная система женщины легко ранима и специфические функции женского организма чувствительны к влиянию различных факторов, в том числе социальных, психоэмоциональных стрессовых ситуаций [1]. Л.В. Сутурина с соавт. (2003) установили, что различные стрессовые состояния систематически фиксируются как инициирующие факторы нарушений репродуктивной функции центрального генеза [3]. ГС чаще развивается у девушек в пубертатном периоде. В возрасте 15-18 лет пока имеет место только дисфункция гипоталамо-гипофизарной области, когда органическая патология еще не развилась, т.е. присутствуют только функциональные нарушения, правильно и своевременно начатая терапия может устранить имеющиеся нарушения нейроэндокринной регуляции и предупредить возникновение репродуктивных дисфункций. Актуальность проблемы нарушений репродуктивной функции при ГС у девушек и женщин определяется также тем, что известные методы лечения не всегда позволяют добиться стойкой коррекции гормонально-метаболических нарушений.

Это объясняет продолжающиеся усилия многих специалистов по разработке и внедрению новых, более совершенных, патогенетически обоснованных методов лечения больных с ГС.

Применение гормонов для лечения нарушений менструальной функции не оправдано, т.к. причина кроется в нарушении церебральной функции, а дисфункция органов-мишеней и яичников – вторична [5]. При назначении гормональной терапии, особенно

длительной, с целью коррекции нарушений репродуктивной функции у девушек с ГС пубертатного периода (ГСПП) возможен риск гиперстимуляции яичников, развитие остеопороза и другие осложнения.

Преимущественное участие субкортикальных образований головного мозга (гипоталамуса, лимбической системы, диэнцефальной ретикулярной формации и других систем) в интегративной системе вегетативно-эндокринной регуляции обеспечивает рефлекторный механизм ее реализации. Это позволяет использовать для целей нормализации данных функций методы рефлексотерапии (РТ) как патогенетически обоснованные [1].

Стимуляция точек акупунктуры корригирует функциональную деятельность организма, оказывая влияние на нервную и эндокринную системы, и тем самым обеспечивает восстановление нормальных взаимосвязей в системе регуляции гомеостаза [6].

Участие диэнцефальных структур головного мозга в трансформации импульсов из точек акупунктуры подтверждают многие исследователи: В.М. Хаютин (1980), В.М. Смирнов (1980), В.С. Карпов (1980), С. Takeshige и соавт. (1980). Но возможности РТ ограничены пределами обратимости патологического процесса. Однако применительно к специфическим функциям женского организма РТ оказывается вполне достаточной, так как их нарушения в большинстве своем относятся к функциональным расстройствам [1].

Одним из современных способов воздействия на точки акупунктуры (АП) является фармакопунктура (ФП). ФП можно охарактеризовать как комплексный способ воздействия, заключающийся в инъекции разнообразных лекарственных средств в область точек рефлексотерапии с целью достижения лечебного эффекта при конкретных нозологических формах [7]. Ведущих механизмов лечебного действия ФП несколько. С одной стороны, рефлекторная составляющая позволяет рассматривать ФП как способ локальной пролонгированной стимуляции точек РТ. С другой, необходимо учитывать и терапевтическое значение возникающих подкожно или внутриочно депо препаратов [7, 8]. Клинический эффект от ФП может быть выше, чем при введении этих же лекарств обычным способом, но не выше терапевтического эффекта иглотерапии [6]. Вогралик В.Г. с соавт. (1994) изучали влияние фармакопунктуры 20% пирарцетама в точки АП на активность симпатoadrenalной системы у больных ГСПП. Авторы наблюдали нормализацию метаболических и вегетососудистых нарушений. Для ФП гипоталамических нарушений используют различные препараты, наиболее часто применяются церебролизин, пирарцетам, актовегин [10].

Особую группу представляют комплексные гомеопатические препараты (антигомотоксические) фирмы «Хеель» (Германия).

Гомеопатические препараты характеризуются высокой терапевтической эффективностью и низким уровнем нежелательных побочных эффектов (Пономарев А.В., 2002). Гомеопатические препараты содержат малые дозы трав, минералов, тканей животных, не вызывают аллергических реакций, не приводят к возникновению лекарственной зависимости.

Целью антигомотоксической терапии является активация собственных саногенетических сил организма с помощью слабого раздражения. Наиболее важным является позитивное действие антигомоток-

сических препаратов на восстановление иммунологического баланса, выведение токсичных субстанций и ликвидация избытка свободных радикалов (регуляция окислительно-восстановительного равновесия [11]).

Сложность нарушений, лежащих в основе каждого заболевания, в частности ГС, требует комплексного подхода. Учитывается при этом основной биологический закон (правило Арндта-Шульца), согласно которому лишь слабые раздражители стимулируют регуляцию. Гомеопатия относится к регулирующим методам терапии, реализует свое действие через регулирующие системы. Назначение антигомотоксических препаратов позволяет органично встроить гомеопатию в структуру существующих методов терапии (в частности, гомеопатические препараты могут повысить эффективность гормональной терапии). Комплексные гомеопатические препараты могут применяться по клиническим показаниям подобно препаратам из других фармакологических групп. В состав антигомотоксических препаратов входят несколько групп компонентов: реакционные средства, предназначенные для непосредственной стимуляции иммунной системы и усиления действия других компонентов; органотропные компоненты, активирующие деятельность отдельных органов; суис-органные компоненты, действующие непосредственно на гомологичный орган и активирующие его функции; нозоды; катализаторы [12]. Безопасность применения антигомотоксических препаратов при их доказанной высокой эффективности связана с тем, что низкая концентрация минералов, микроэлементов и гормонов, содержащихся в препаратах, соответствует их концентрации в организме человека [12].

Для лечения репродуктивных нарушений при ГСПП могут применяться препараты для внутреннего применения: капли гинекохель, гормель; и ампульные формы – овариум-комполитум, плацента-комполитум, тонзилла-комполитум. Так, в состав препарата плацента-комполитум помимо вытяжек из тканей (Placenta suis D6, Embryo suis D8, Hurophysis D10), которые непосредственно оказывают влияние на регуляцию менструального цикла, содержатся растения, одно из них – спорынья. Известно, что спорынья является исходным компонентом для препаратов бромэргон и бромкриптин, которые достаточно часто назначаются при расстройствах менструального цикла.

Препарат овариум-комполитум оказывает направленную органоспецифическую стимуляцию. В его состав входят вытяжки из гипофиза, яичников, плаценты, матки и маточных труб, которые оказывают регулирующее действие при нарушениях менструаций, овуляции, нарушениях роста и т.п.

Многие авторы [2, 3, 4] считают, что одной из основных этиологических причин ГСПП является хронический тонзиллит и другие очаги латентной инфекции и одним из основных принципов лечения является санация очагов инфекции. Препарат тонзилла-комполитум за счет составляющих вытяжек из лимфатических узлов, миндалин, гипоталамуса, эмбриона, коры надпочечников; нозодов; микроэлементов и катализаторов оказывает иммуностимулирующее действие, назначается при хронических тонзиллярных инфекциях, при нарушениях процессов созревания и развития.

Также для лечения нарушений при ГСПП применяются препараты, улучшающие процессы регене-

рации и микроциркуляции (Траумель, Плацента); трофические процессы в клеточных структурах мозга (Церебрум, Тонзилла); а также препараты, влияющие на нейромедиаторный обмен (Церебрум); при необходимости коррекции гипотиреоза – Тиреоидея композитум. Симптоматическая терапия: с дегидратирующей целью – Солидаго, Лимфомиозот; десенсибилизирующей – Лимфомиозот, Гепар, Убихинон; витаминотерапия, адаптогены, включая антиоксиданты (Коэнзим, Убихинон), для коррекции вегетативных и терморегуляторных расстройств – Тонзилла, Церебрум.

Эффективность инъекций зависит от схем лечения, типа введения и дозировок препарата [14]. Непосредственными показаниями к применению фармакопунктуры, помимо общих для рефлексотерапии, является необходимость целенаправленного воздействия на органы-«мишени» [7]. В частности, при ГСПП такими органами являются гипоталамус, гипофиз, яичники, надпочечники. Использование антигомотоксических препаратов методом ФП дает возможность непосредственного воздействия на органы-«мишени» через акупунктурные точки, существенно повышает эффективность фармакологического действия препаратов, а также за счет пролонгированного действия позволяет уменьшить дозы препаратов.

За счет одновременной стимуляции АТ и фармакотерапии можно получить выраженное потенцирование адаптационно-гармонизирующего эффекта [13].

Выбор точек для инъекции проводится по принципам, аналогичным принципам выбора в рефлексотерапии. Схема лечения зависит от формы и степени нарушений. Так, при аменорее основными точками являются J4, GI4, RP6, RP10, E36, V31. Дополнительно используют точки: J3, J6, E30, V60, V32, V33, T4, V23, V25, R3, R7, R12, R6, P7 и др. В эти точки может проводиться и фармакопунктура. Вначале устанавливают срок предполагаемой менструации, после чего строят график лечения таким образом, чтобы максимальный эффект медикаментозной терапии и иглокальвания был достигнут в первый-второй день менструального цикла.

При гиперменорее лечение проводят обычно только во время менструации, при этом целесообразно использование фармакопунктуры в точки живота J2-J4, J6, E30, R12-R14 и точки нижних конечностей – RP2, RP6, RP10, F1-3, R2, E36 и др. При других нарушениях менструального цикла чаще всего используют следующие точки: R2, R3, R6, R8, R12, R14, R15, F2, F8, F9, RP6, RP8, RP9, E29, E30, E36, V10, V23, V25, V31, V32, VB26, VB29, J3, J4, T4, T12 и др. Курс лечения, как правило, начинают за 7-8 дней до начала менструации [1].

Л.Г. Агасаров (2002) считает, что фармакопунктура антигомотоксическими препаратами целесообразно проводить отдельным циклом, вне других способов рефлексотерапии. Инъекции можно выполнять как одним препаратом, так и «коктейлем», состоящим из нескольких гомеопатических средств. Технически процедура заключается в подкожной, внутривенной или внутримышечной инъекции лекарственного средства в область 3-7 выбранных точек. Дозы применяемых биологических препаратов крайне невелики, составляя 1/100-1/1000 от стандартных дозировок. При этом учитывается тропность гомеопатических средств к конкретным точкам РТ. Процедуры выполняют ежедневно, через день или 2-3 раза в неделю. Курс лечения состоит из 7-10 процедур.

Таким образом, сама гомеопатическая природа всех составляющих антигомотоксической препарата предусматривает наличие в комплексном механизме их действия биофизической (энергетической) регуляции различных гомеостатических процессов в организме больного [11]. Поэтому теоретически нельзя исключить влияния отдельных компонентов комплексных гомеопатических препаратов на общий ход энергетического обмена, что может (гипотетически) проявляться в изменении характера циркуляции энергии в организме через околоорганные, внутренние и наружные пути. Вполне возможно, что введенный в акупунктурную точку гомеопатический препарат осуществляет свое нормализующее действие не только на межклеточный матрикс, но и на клеточные структуры органов, подвергшихся токсическому отягощению различными болезнетворными факторами [15, 16].

Поэтому использование фармакопунктуры гомеопатическими препаратами можно считать наиболее эффективным подходом лечения заболеваний различного профиля, в том числе гипоталамического синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жаркин А.Ф., Жаркин Н.А. Рефлексотерапия в акушерстве и гинекологии. – Л.: Медицина, 1988. – 160 с.
2. Артюкова О.В., Коколина В.Ф. Гипоталамический синдром пубертатного периода // Вестник Росс. ассоциации акушеров-гинекологов. – М., 1997. – № 2. – С. 45-49.
3. Сутурина Л.В., Колесникова Л.И. Основные патогенетические механизмы и методы коррекции репродуктивных нарушений у больных с гипоталамическими синдромами. – Новосибирск, «Наука». – 2001. – 134 с.
4. Артымук Н.В., Ушакова Г.А. Гипоталамический синдром и репродуктивное здоровье женщин: Обзор. // Акушерство и гинекология, 1997. – № 4. – С. 3-6.
5. Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков. Руководство для врачей. – М.: МИА, 2001. – 287 с.
6. Белицкая Р.А. Некоторые биохимические аспекты влияния акупунктуры на организм // Механизмы действия акупунктурных методов терапии. Обзоры литературы. – М., 1994. – С. 1-18.
7. Агасаров Л.Г. Фармакопунктура - М.: Арнебия, 2002. – 208 с.
8. Агасаров Л.Г. К вопросу локального применения лекарственных средств при некоторых заболеваниях периферической нервной системы // Рефлексотерапия. – М., 2002. – № 1, С. 17-19.
9. Василенко А.М. Нейроиммунные механизмы акупунктуры и фармакопунктурная нейроиммунномодуляция // Акупунктура – научные и практические достижения. – Смоленск: Гомеопатическая медицина, 1997. – С. 48-58.
10. Вогралик В.Г., Рунов Г.П., Рунова А.А. с соавт. Влияние фармакопунктуры на активность симпатоадреналовой системы у больных гипоталамическим синдромом пубертатного периода // Материалы I Европейского Конгресса ассоциации акупунктуры. – Кишинев, 1994. – С. 150.
11. Хайне Х. Значение антигомотоксической терапии в регуляторной медицине // Биологическая медицина, 2004 – Том 10, № 2. – С. 4-9.
12. Общая терапия. Справочник по препаратам фирмы «Биолиге Хайльмиттель Хеель ГмБХ». Под ред. Марьяновского А.А. – М., Арнебия, 2003. – 239 с.
13. Киямова И.Д., Руднев С.Г., Агасаров Л.Г. К проблеме клинических испытаний комплексных гомеопатических препаратов // Итоги перспективы развития традиционной медицины в России. – М., 2002. – С. 235-236.
14. Рунов Г.П., Ненастьева О.К., Занозина О.В. Применение фармакопунктуры в клинической практике // Журнал восточной медицины, – Нижний Новгород, – 1996. – № 3 – С. 133-145.
15. Фразе В. Основы гомеосиниатрии // Биологическая медицина. – 2005. – Т. 11. – № 2. – С. 49-53.
16. Фразе В., Бауэр Г. Современная гомеосиниатрия: практическое руководство. – М.: «Арнебия». – 2005. – Т. 1. – 128 с.

Abstract

the literature data on using reflexotherapy methods in hypothalamic syndrome of the pubertal period were reviewed in this article. The mechanisms and basic principles of pharmacopuncture are represented.