

## ARGUMENTAREA TRATAMENTULUI ANTIHOMOTOXIC ÎN BOALA INFLAMATORIE PELVINĂ ACUTĂ

Ala REAJEVA,  
Universitatea de Stat de Medicină  
și Farmacie Nicolae Testemițanu

### Symmary

#### **The arguments of the anti-homotoxic preparations in complex therapy of pelvic inflammatory disease**

*In this article the authors had proved the necessity and practicability of antihomotoxic medications traumeel S, viburcol, lymfomyosot combined with traditional medications used in the treatment of acute inflammatory disease of the pelvic organs to reduce the risks of possible complications, such as chronic pelvic pain, infertility, ectopic pregnancy and improving woman's quality of life.*

**Keywords:** antihomotoxic medications, acute inflammatory disease of the pelvic organs.

### Резюме

#### **Аргументация использования антигомотоксических препаратов в лечении острых воспалительных заболеваний органов малого таза**

*В данной статье доказана необходимость и целесообразность использования антигомотоксических препаратов traumeel S, viburcol, lymfomyosot в комплексе с традиционными препаратами при лечении острых воспалительных заболеваний органов малого таза для снижения риска возможных осложнений, таких как хроническая тазовая боль, бесплодие, внематочная беременность и повышения качества жизни женщин.*

**Ключевые слова:** антигомотоксические препараты, острые воспалительные заболевания органов малого таза.

### Introducere

Boala inflamatorie pelvină (BIP) acută ocupă un loc de frunte în structura patologiilor ginecologice, constituind 33-78% din acestea [8]. BIP reprezintă patologia femeilor tinere, fiind demonstrat faptul că 75% din cazurile de BIP se întâlnesc la femeile cu vârsta mai mică de 25 de ani. Înainte de era antibioticelor, mortalitatea în BIP acută constituia aproximativ 1%. În prezent această rată s-a diminuat semnificativ, însă patologia rămâne a fi o problemă medicală și socială foarte serioasă, din cauza că cel puțin 25% dintre femeile cu BIP acută vor dezvolta sechele grave precum infertilitatea, sarcina ectopică și durerea pelvină cronică [1, 16]. Cu toate că la momentul patologiei respective îi sunt consacrate un număr foarte mare de studii, multe dintre probleme rămân a fi nerezolvate.

Este demonstrat că tratamentul de rutină acceptat actualmente deseori este incomplet și duce la cronicizarea afecțiunii. În prezent chiar și cele mai eficiente și noi preparate determină apariția formelor rezistente de agenți infecțioși. La fel, tratamentul de rutină nu ia în considerație o verigă importantă a patogenzei procesului inflamator, și anume deficitul microcirculației în focarul de inflamație, proces care duce inevitabil la formarea de aderențe și la apariția impermeabilității tubare. Efectele toxice, uneori grave, ale preparatelor antibacteriene reprezintă un subiect deja epuizat în literatura medicală [9, 10]. Similar, este deja cunoscut că tratamentul de rutină al BIP acute deseori determină sensibilizarea organismului, cu dezvoltarea unor patologii autoimune (de exemplu, sindromul antifosfolipidic) [17]. În ciuda progresului considerabil pe care l-a cunoscut medicina în ultimele decenii, BIP acută rămâne a fi o patologie a cărei tratament este departe de a fi unul ideal.

### Materiale și metode

Au fost utilizate 27 de surse de literatură de specialitate. Din ele, 21 internaționale și 6 naționale, printre care sunt materiale didactice, teze, articole, publicații de la congrese internaționale și naționale. Ele denotă eficacitatea și *avantajele evidente* ale utilizării preparatelor antihomotoxice în tratamentul bolii inflamatorii pelvine acute și în prevenirea dezvoltării sechelelor grave, precum sunt infertilitatea, sarcina ectopică și durerea pelvină cronică.

### Rezultate și discuții

În prezent este stabilit faptul că regimurile terapeutice pentru BIP trebuie să asigure, în mod empiric, acoperirea unui spectru larg al celor mai probabili agenți patogeni etiologici. Toate regimurile folosite în tratamentul BIP trebuie să fie active și contra *N. gonorrhoeae* și *C. trachomatis*, deoarece screeningul endocervical negativ pentru aceste organisme nu exclude infecția tractului genital superior. Necesitatea de eradicare a anaerobilor nu este determinată definitiv. Tratamentul trebuie inițiat imediat după stabilirea diagnosticului prezumtiv, deoarece profilaxia pe termen lung a sechelelor depinde de administrarea timpurie a antibioticelor. La selectarea unui regim de tratament, se va lua în considerație utilitatea, costul, complianța pacientei și susceptibilitatea antimicrobiană.

Cazurile de BIP acută de gravitate ușoară sau medie, tratate ambulatoriu, prezintă rezultate pe termen lung similare cu cele tratate în staționar. Decizia de spitalizare rămâne la discreția medicului sau este argumentată de următoarele criterii:

- Imposibilitatea de a exclude urgențe chirurgicale (de ex., apendicita);
- Gravitatea;
- Lipsa răspunsului clinic la terapia antimicrobiană orală;
- Necompliancea pacientei la tratament ambulatoriu sau lipsa toleranței în cazul regimului oral de administrare;
- Stare gravă, greață sau vomă, sau febră înaltă;
- Abcesul tuboovarian.

Datorită eficienței similare, indiferent de schema pentru tratamentul parenteral, la 24 de ore de la ameliorare se va trece la tratament oral [12]. De regulă, timp de 3 zile de la inițierea terapiei, pacientele trebuie să demonstreze o ameliorare clinică substanțială. În caz contrar, acestea vor avea nevoie de spitalizare, de teste de diagnostic adiționale sau de intervenție chirurgicală. Femeile cu infecție chlamydiană sau gonococică documentată prezintă o rată înaltă de reinfecție după 6 luni de la tratament, astfel încât se recomandă o retestare la agenții patogeni respectivi la 3–6 luni.

Tratamentul tradițional, considerat a fi corect la moment, cuprinde:

- tratament profilactic;
- tratament curativ:
  - antibioterapie;
  - tratament al stării generale;
  - eventuale intervenții chirurgicale în cazul peritonitelor generalizate sau abceselor;
  - tratamentul partenerului;
- dispensarizarea;
- tratamentul complicațiilor [15].

Evident că în această listă, veriga cea mai importantă este tratamentul curativ, influențând atât rezultatele pe termen scurt, cât și pe cele de termen lung (eventualele complicații) ale bolii. Protocoalele existente includ diverse scheme de tratament pentru pacientele internate sau pentru cele cu tratament la domiciliu. Pentru pacientele internate sunt folosite următoarele scheme de terapie [17]:

- doxiciclină IV + cefoxitin IV sau cefotetan IV, sau
- doxiciclină + clindamicin sau gentamicin minimum 4 zile, urmate de administrarea de
- clindamicină sau tetraciclină 10–14 zile.

Pentru pacientele în ambulatoriu tratamentul actual cuprinde:

- probenecid 1,0 + o cefalosporină IM, urmate de doxiciclină sau tetraciclină per os 10-14 zile, sau
- ceftriaxonă IM (doză unică) + doxiciclină 14 zile ± metronidazol.

Această schemă terapeutică a fost modificată în ultimii ani după apariția azitromicinei – antibio-

tic extrem de eficace în tratamentul chlamydiei și gonoreei.

Schema de tratament cu azitromicină include: azitromicină 1,0 IM în doză unică sau azitromicină 0,5 în zi timp de 3 zile, asociată 4 zile cu clyndamicin sau gentamicină, apoi tratament per os 10–14 zile cu clyndamicin sau tetraciclină. Protocolul este valabil atât pentru terapia în staționar, cât și la domiciliu [18].

Tratamentul chirurgical este indicat în caz de peritonită generalizată sau abces ovarian și trebuie să fie cât mai conservator posibil [18].

În ultimii ani, în practica medicală se conturează tot mai accentuat direcția antihomotoxică a medicinei, datorită rezultatelor înalte de care a dat dovadă și riscurilor infime pe care le comportă. Tratamentul cu preparatele complexe ale grupului antihomotoxic, produse de Compania germană *Heel*, se caracterizează prin restabilirea proceselor de reglare a organismului, activarea funcțiilor de detoxificare, stimularea forțelor imune proprii prin inducerea enzimelor antitoxice. Ținta de acțiune a acestor preparate este sistemul de apărare al organismului, care include un grup de subsisteme: reticulo-endotelial, hipofizaro-suprarenal, neuroreflector, hepatic și țesutul conjunctiv (Reckeweg H. H.).

Eficiența și efectul general de corijare al acestor preparate pot fi explicate din perspectiva biofizicii, care consideră că mecanismul lor de acțiune se datorează radiației electromagnetice coerente de intensitate joasă, capabile să inițieze în organism formarea de cristale de apă cu structură unică în jurul substanței dizolvate în procesul de fabricare a preparatului. Structurile celulare și subcelulare, și chiar unele enzime afectate de procesele patologice, sunt foarte sensibile la această radiație. Altfel spus, știința contemporană privește direcția antihomotoxicologică din perspectiva unui câmp magnetic ce acționează preponderent asupra componentei hidrice a materiei vii, asigurând o fază de stabilizare mai puternică a structurilor metastabile ale acesteia. Ultima, la rândul ei, optimizează sistemele funcționale ale complexului major de histocompatibilitate, deoarece controlul mediului acvatic intracelular și celui extracelular este realizat de sistemul antigenic leucocitar (HLA) [8].

Direcția antihomotoxicologică s-a dezvoltat în contextul medicinei holistice, metodele căreia sunt îndreptate spre tratamentul omului ca un sistem biologic întreg. Este o încercare reușită de abordare complexă a problemelor de sănătate, boală și tratament. Homotoxicologia se bazează pe principiul că boala reprezintă cea mai naturală cale de eliminare a toxinelor, virusurilor și bacteriilor din organism. Scopul tratamentului, din această perspectivă, este de a ajuta organismul, de a-l susține și de a nu-l slăbi și-i inhiba reacțiile.

În prezent este cunoscut faptul că toate substanțele și informația ce intră în celulă trec printr-un filtru al unui „situs” molecular – spațiul intercelular. Orice

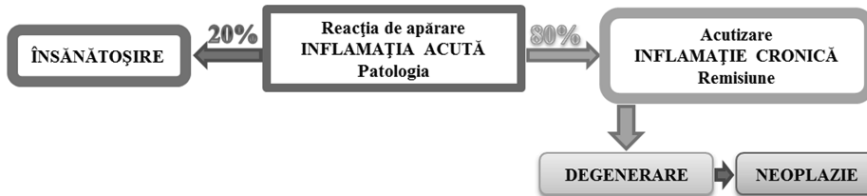
„situs” se poate bloca la un moment dat și necesită restabilirea funcțiilor prin diferite metode de drenaj. Este important că substanța de bază este legată cu sistemele nervos și hormonal. Reckeweg privea mecanismele reglatoare în interacțiune permanentă cu substanța intercelulară, ceea ce a servit ca bază pentru teoria terapiei antihomotoxicologice. Principiile acestei terapii sunt: eliminarea toxinelor, imunomodularea și activarea funcției organelor. Realizarea principiilor respective are loc cu ajutorul acțiunii de stimulare asupra mecanismelor de reglare, iar anume acest lucru prezintă un interes conceptual pentru medicina contemporană.

Numeroase studii și publicații confirmă că toți mediatorii substanței de bază sunt activi în diapazonul concentrațiilor ce corespund gradului de diluare a substanțelor inițiale pentru potențe mici și medii ale preparatelor homeopatice. Medicina antihomotoxicologică ia în considerație acest fapt la sinteza preparatelor complexe: nivelul concentrațiilor homeopatice corespunde exact nivelelor de acțiune a mediatorilor [8]. Studiile realizate de către Hartmut Heine [6] din cadrul Institutului de Medicină Antihomotoxică (Baden Baden, Germania) demonstrează că preparatele complexe potențate, datorită potenței proteinelor organice pe care le conțin, sunt deosebit de adaptate reacțiilor imune adjuvante.

Tratamentul neadecvat al inflamației acute duce la cronicizarea procesului respectiv. De aceea, este important ca tratamentul procesului inflamator acut să urmărească trei obiective majore [3]:

1. Optimizarea a însuși procesului inflamator acut
2. Întreprinderea tuturor acțiunilor posibile pentru finalizarea completă a acestuia
3. Însănătoșirea completă a pacientei.

#### Evoluția proceselor inflamatorii



„Violarea” permanentă a spațiului intercelular duce la apariția unor modificări histologice și fiziopatologice: alterarea și exudația continuă pe fondul proceselor proliferative, acțiunea lezantă a complexelor imune, intensificarea acumulării homotoxinelor în spațiul intercelular, influența homotoxinelor asupra celulei, dezvoltarea țesutului conjunctiv. Din aceste considerente, pentru tratamentul contemporan al proceselor inflamatorii este deosebit de important de a condiționa profilaxia cronicizării procesului și de a stopa procesul de cronicizare deja în desfășurare [2]. Ultima condiție trebuie privită din perspectiva existenței a câtorva elemente absolut indispensabile: capacitatea funcțională a matricei și celulelor, echilibrul constant al mecanismelor proinflamatorii și antiinflamatorii, funcția adecvată a celulelor imunocompetente, restabilirea reactivității și structurii normale a țesutului în locul focarului de inflamație acută oprit.

Acestea condiționează o abordare nouă a tratamentului proceselor inflamatorii acute și cronice, care se bazează pe câteva „teze”. În primul rând, este important ca în tratamentul oricărui proces inflamator să fie abandonată „combaterea simptomelor”, cu trecerea la optimizarea evoluției și finalizarea optimă a procesului. În al doilea rând, este necesară o terapie mai completă a verigii patogenetice a procesului inflamator. În caz de dereglări ale reactivității organismului de grad moderat, în proces acut, se poate considera adecvată finalizarea inflamației cu ajutorul doar al metodelor de terapie biologică. În caz de evoluție gravă a procesului inflamator, însoțită de stări hiperreactive sau areactive, este rațional de a completa tratamentul-standard cu mijloace de terapie biologică. Și, în final,

după finalizarea procesului inflamator, este foarte important de a preveni și a asista recurențele sau acutizările cu ajutorul preparatelor biologice.

O multitudine de studii arată că preparatele biologice din grupul antihomotoxic dețin toate caracteristicile unor medicamente care s-ar încadra în condițiile enumerate anterior. Astfel, spre exemplu, preparatul *lymphomyosot* posedă următoarele efecte demonstrate: de drenare a limfei, antiedematos, antiinflamator și de activare a metabolismului. Aceste efecte duc la ameliorarea circulației limfei, funcțiilor matricei, funcțiilor de barieră a sistemului limfatic, metabolismului, biodisponibilității preparatelor medicamentoase, care în ansamblu previn și opresc procesul inflamator acut. Totodată, alt preparat antihomotoxicologic, *traumeel S*, are dovedite efecte asupra tuturor manifestărilor infecției: duce la dispariția edemului și hiperemiei, a durerii, previne supurația și duce la restabilirea structurii țesuturilor [13, 14]. În cazul inflamației acute, acesta acționează în toate fazele de evoluție a procesului inflamator.

Dintre toate tipurile de inflamație acută – infecțioasă, alergică și autoimună – ultima prezintă un interes deosebit, mai ales din cauza că focarul autoimun secundar este mai activ decât procesul inflamator primar (focarul latent). Capacitatea dovedită a preparatelor *lyphomyosot* și *traumeel S* de a diminua procesul autoimun din focarul activ de inflamație le mărește și mai mult utilitatea în tratamentul proceselor inflamatorii [19]. Patologia inflamatorie a organelor bazinului mic deține o incidență relativ înaltă (13%) în populația generală, până la 70% dintre cazuri primesc tratament ambulatoriu, iar 30% – tratament în instituții medicale (staționar). Însă

pericolul mare pe care îl poartă BIP sunt sechelele foarte frecvente și foarte grave: infertilitatea, sindromul durerii pelvine cronice, abcesul tuboovarian, dereglările ciclului menstrual, neoplazia cervicală intraepitelială. Aceste fenomene apar mai ales în caz de cronicizare consecutivă a maladiei, determinată de episoade repetate și nefinalizate ale inflamației acute, de imunosupresie, de agresiunea virală și bacteriană și, nu în ultimul rând, de dereglările de circulație sangvină [4].

Trecând în revistă neajunsurile terapiei tradiționale a proceselor inflamatorii acute din ginecologie, se observă că cele mai „acute” dintre acestea sunt:

- Inabilitatea de drenare a țesuturilor inflamate (matricea și celulele)
- Nu presupune crearea condițiilor pentru finalizarea completă a procesului inflamator
- Nu presupune restabilirea funcțiilor de barieră a mucoaselor
- Nu presupune lichidarea *locus minoris resistentiae*
- Prezintă un risc înalt de apariție a polirezistenței agenților patogeni la preparate chimice.

Metoda homotoxicologică de tratament creează condiții pentru eliminarea naturală a agenților patogeni. Astfel, prin activizarea și intensificarea proceselor de drenaj, prin înlăturarea fragmentelor de țesut lezate, prin activarea apărării imune, prin normalizarea funcțiilor membranelor mucoase și biocenozei, prin creșterea metabolismului agenților patogeni și sporirea sensibilității acestora la preparate antibacteriene se creează un complex de condiții pentru: acțiune asupra celor mai simple microorganisme, eliminarea *Gardnerella vaginalis*, eliminarea agenților patogeni și condiționat patogeni, eradicarea agenților patogeni specifici care se transmit pe cale sexuală și restabilirea biotipului lactobacilar fiziologic al vaginului [4].

Direcția homotoxicologică și terapia antihomotoxicologică din medicina contemporană reprezintă o „punte” dintre medicina alopatică (tradițională) și homeopatie, este direcția care combină avantajele acestor două direcții bine cunoscute de tratament actual. Traumeel S și lymphomyosotul îmbunătățesc indicatorii imunității celulare, normalizează starea funcțională a fagocitozei, determină restabilirea fermă a microflorei vaginale și micșorarea frecvenței utilizării preparatelor antibacteriene, inhibă agresiunea autoimună (a fost demonstrată creșterea T-supresorilor), normalizează vascularizarea ovarelor și cresc expresia receptorilor estradiolului și progesteronului la nivelul endometriului [6].

Preparatele respective s-au demonstrat a fi utile în pregătirea preoperatorie a pacientelor cu procese inflamatorii acute ale organelor genitale. Acest studiu a comparat pregătirea preoperatorie incluzând antihomotoxice cu cea tradițională. S-a demonstrat

micșorarea nivelului IgM la pacientele din grupul de bază, ceea ce demonstrează ameliorarea imunității umorale, micșorarea cantității microorganismelor patogene în microbiocenoza tractului genital. De asemenea, s-a remarcat lipsa complicațiilor postoperatorii în grupul de bază.

A fost studiată capacitatea tratamentului complex cu preparate antihomotoxice de a micșora frecvența acutizărilor și recidivelor salpingooforitelor la pacientele de vârstă reproductivă. Autorii au remarcat ameliorarea la o lună de zile a indicatorilor imunității celulare și normalizarea stării funcționale a fagocitozei. Aceiași autori au studiat eficacitatea schemelor terapeutice cu includerea preparatelor antihomotoxice la femeile post-miomectomie, cu scopul micșorării frecvenței recidivelor și patologiei genitale asociate. Schema propusă a permis de a reduce frecvența sindromului dureros, a dereglărilor de ciclu, a sindromului neuroendocrin, a manifestărilor clinice ale patologiilor extragenitale asociate, a anemiilor asociate, concomitent cu absența recidivelor patologiei, micșorarea frecvenței patologiei genitale și creșterea cazurilor de restabilire a funcției reproductive.

Proprietățile antiinflamatoare remarcabile ale preparatului traumeel S au fost apreciate în cadrul multor cercetări. Studiul randomizat, controlat prin placebo, realizat de Oberbaum M. et al. în 2001 a demonstrat efectele acestui remediu în tratamentul stomatitei induse de chimioterapie la copiii care au suportat transplantarea de celule stem. Autorii au concluzionat că preparatul duce la micșorarea gravității simptomelor și duratei stomatitei [13]. Alt studiu a demonstrat efectul antipiretic al preparatului, comparativ cu paracetamolul în tratamentul infecțiilor febrile la copii [4]. Mecanismul de acțiune al preparatului traumeel S se datorează componentei minerale și vegetale, caracterizate prin:

1. Efectul antiinflamator și antiviral al componentelor ce conțin mercur [5, 13]
2. Creșterea tonusului vaselor (arnica, aconitum), îngroșarea vaselor (calciul), înlăturarea stazelor venoase, împiedicarea formării trombilor (hamamelis) [14]
3. Ameliorarea respirației celulare și a proceselor de oxidoreducere cu ajutorul sulfitei și polisulfitei de calciu (hepar sulphuris) [13]
4. Activarea proceselor de revitalizare a leziunilor datorită componentelor vegetale (arnica, calendula, echinacea, symphytum) [7]
5. Efect analgezic (arnica, aconitum, chamomilla, hamamelis, hypericum) [5]
6. Reglarea coagulării sângelui – arnica, aconitum, hamamelis (la nivelul venelor), hypericum, millefolium (în artere), sulfitei polisulfitei de calciu [14].

Efectele de bază ale preparatului traumeel S sunt: antiinflamator, antiexudativ și regenerant, dar la acestea se adaugă și efectele nu mai puțin im-

portante: analgezic, imunomodulator, hemostatic. Proprietatea preparatului de a jugula simptomele caracteristice inflamației (durerea, edemul, hiperemia, dereglarea funcției) fac din traumeel S un remediu antiinflamator universal în caz de procese inflamatorii de diversă localizare. Adicional, acesta are un număr mare de avantaje: nu are contraindicații (în afară de intoleranța individuală la componentele lui), limite de vârste, este lipsit de efectele adverse caracteristice AINS (atât selective, cât și neselective), astfel încât poate fi administrat timp îndelungat. Existența a trei forme medicamentoase (soluție injectabilă, comprimate și unguent) permite de a selecta o formă de administrare optimă sau de a le combina între ele (de ex., tratamentul poate fi început cu administrare parenterală, cu trecerea ulterioară, la ameliorarea stării, la forma topică sau orală).

Prezența a două specii de echinacee (*E. angustifolia* și *E. purpurea*) în componența preparatului îi oferă un efect imunomodulator pronunțat. Această calitate este utilizată cu succes în chirurgia operatorie, inclusiv în obstetrică și ginecologie, cu scop de profilaxie a diferitor complicații septico-purulente postchirurgicale sau post-avort. În plus, preparatul poate fi folosit în monoterapie (fără antibiotice) la pacientele cu risc scăzut de dezvoltare a complicațiilor. Efectul regenerativ al preparatului traumeel S și-a găsit o aplicare largă în reabilitarea postoperatorie a pacienților, deoarece intervenția chirurgicală reprezintă o agresiune traumatizantă asupra organismului. Astfel, preparatul respectiv reprezintă un remediu universal pentru optimizarea diferitor intervenții chirurgicale. La fel, traumeelul S posedă și un efect general asupra organismului, care se manifestă prin ameliorarea stării generale, normalizarea somnului, poftei de mâncare, dispariția sindromului astenodepresiv [5, 13, 14].

Al doilea preparat este lymphomyosotul. Ținta terapeutică a acestuia este sistemul limfatic al organismului, dar și matricea spațiului intercelular. Administrarea sa este argumentată de efectele sale: antialergic, dezintoxicant, antiedematos, antiinflamator și de limfodrenaj. Deosebit de exprimată este ultima calitate a preparatului. Acesta activează procesele de drenare a limfei de la nivelul țesuturilor, crește funcțiile de barieră (apărare) a ganglionilor limfatici și accelerează eliminarea homotoxinelor din spațiul intercelular. Prin înlăturarea edemului spațiului intercelular, cu activarea concomitentă a îndepărtării toxinelor din matricea intercelulară, lymphomyosotul restabilește omogenitatea acesteia, ceea ce, la rândul său, restabilește metabolismul normal al celulelor și interacțiunea dintre celule și sistemele imun, nervos și endocrin. În terapia anti-homotoxică acesta este preparatul de primă linie când este necesar drenajul țesuturilor. Este indicat, în primul rând, în tratamentul patologiei organelor cavitate, care sunt bogat vascularizate de către sistemul limfatic (faringele, traheea, bronhiile, TGI, tractul

genitourinar, uterul, trompele uterine, vaginul) și, desigur, în patologia sistemului limfatic.

În plus, lymphomyosotul este eficient în stările astenice, sindromul neuroastenic, în dereglările somatice survenite consecutiv diferitor intoxicații ale organismului, inclusiv medicamentoasă. Capacitatea preparatului de a drena matricea intercelulară crește biodisponibilitatea altor medicamente, ceea ce permite de a reduce termenele și dozele acestora, efectele lor nefaste asupra organismului și de a crește eficacitatea tratamentului în ansamblu. S-a făcut remarcat și efectul imunomodulator al preparatului, determinat de optimizarea proceselor de interacțiune intercelulară de la nivelul sistemelor nervos, endocrin și imun [2, 19].

Preparatul viburcol, similar tuturor preparatelor grupului antohomotoxic, posedă o acțiune complexă: dezintoxicantă, sedativă, analgezică, spasmolitică și antipiretică. În patologiile inflamatorii, viburcolul activează sistemul imun și sistemele enzimatice intracelulare. Efectul antipiretic al preparatului nu apare brusc, acesta nefiind un remediu antipiretic direct, ci lent, în funcție de necesități, menținând temperatura corpului la nivel optim. Concomitent, preparatul condiționează funcționarea optimă a sistemului imun: sinteza interferonului, activarea fagocitozei, eliminarea toxinelor (pe contul unui metabolism foarte intens) – „*homotoxinele ard în focarul inflamator*”. Reducerea procesului inflamator duce la diminuarea durerii, ceea ce permite administrarea preparatului în practica ginecologică în caz de procese inflamatorii însoțite de un sindrom dureros pronunțat [7, 11].

Îmbinând atât calitățile medicinei alopatică, cât și ale homeopatiei, preparatul viburcol deține anumite avantaje:

- Conține doze mici de substanțe de origine vegetală și minerală [11]
- Este eliberat într-o formă medicamentoasă foarte comodă – supozitoare rectale care se folosesc și se absorb ușor, fără a determina senzații neplăcute [11]
- Este ușor suportat – nu prezintă reacții adverse și alergice [8]
- Susține reacțiile naturale de apărare ale organismului
- Nu are limite de vârstă
- Nu deține efecte potențial embriotoxice, teratogene sau alte efecte negative asupra embrionului/fătului
- Este absolut compatibil cu alte preparate farmaceutice și metode de tratament [11].

Preparatul viburcol este un remediu care și-a căpătat de mult timp un statut de analgezic sigur în cadrul diferitor patologii, inclusiv ginecologice și în obstetrică, ceea ce îl face utilizat pe larg atât în țară, cât și peste hotare [7].

Un studiu german multicentric, care a comparat eficacitatea preparatelor viburcol și paracetamol în tratamentul simptomatic al stărilor febrile la copii, utilizând în calitate de criterii de comparare nivelul de temperatură, starea generală, nivelul de exprimare a simptomelor clinice (spasmele determinate de infecție și febră, agitația, dereglările de somn), dinamica febrei, rezultatele generale ale terapiei și efectele adverse, a demonstrat că eficacitatea acestor preparate este comparabilă, dar viburcol reprezintă un remediu sigur, eficient și având mai puține efecte adverse comparativ cu paracetamolul [11].

### Concluzii

Sumând cele expuse anterior, pot fi enumerate anumite avantaje evidente ale terapiei antihomotoxice, comparativ cu terapia de rutină:

1. Preparatele respective ajută organismul în rezolvarea optimă a procesului inflamator acut, fără trecerea acestuia în proces cronic, și previn dereglările funcțiilor reproductive ale femeii.
2. La asocierea cu preparatele antimicrobiene, acestea permit:
  - de a jugula simptomele patologiei acute într-un termen mult mai rapid [8];
  - de a crește eficacitatea terapiei cu antibiotice, ameliorând biodisponibilitatea acestora și a altor preparate pentru țesuturi [7, 8];
  - de a diminua influența nefastă a preparatelor asupra biocenozei și stării morfofuncționale a organelor genitale interne;
  - de a ameliora statutul imun local și cel general [19];
  - de a reduce termenele tratamentului, frecvența de dezvoltare a complicațiilor și recidivelor [19];
  - de a diminua riscul de apariție a complicațiilor postoperatorii, inclusiv post-avort [13, 19];
  - de a preveni dezvoltarea aderențelor, care duc la dereglarea funcției reproductive [7, 8].
3. Aceste remedii permit de a crește securitatea și siguranța standardelor general acceptate de terapie a patologiei inflamatorii acute a uterului.

### Bibliografie

1. Paladi Gh., Ștemberg M. *Inflamațiile organelor genitale (material didactic)*, 1993.
2. Dachrodt M. D. *The Therapy of Chronic Disorders with Lymphomyosot Drops*. In: Biological Therapy, 1990, vol. 8, no. 3, p. 433-435.
3. Gottlieb S. L., Brunham R. C., Byrne G. I., Martin D. H., Xu F., Berman S. M. *Introduction: the natural history and immunobiology of Chlamydia trachomatis genital infection and implications for Chlamydia control*. In: Journal of Infectious Diseases, 2010, vol. 201, suppl. 2, p. S85-S87.
4. Gottlieb S. L., Martin D. H., Xu F., Byrne G. I., Brunham R. C. *Summary: the natural history and immunobiology of Chlamydia trachomatis genital infection and impli-*

- cations for chlamydia control*. In: Journal of Infectious Diseases, 2010, vol. 201, suppl. 2, p. S190-S204.
5. Haggerty C. L., Gottlieb S. L., Taylor B. D., Low N., Xu F., Ness R.B. *Risk of sequelae after Chlamydia trachomatis genital infection in women*. In: Journal of Infectious Diseases, 2010, vol. 201, no. 2, p. S134-S155.
6. Heine H., Schmolz M. *Immunologische Beistandsreaktion durch pflanzliche Extrakte in Antihomotoxischen Präparaten*. In: Biol. Med., 1998, vol. 27 (1), p. 12-14.
7. Heine H. *Die Matrix*. In: Hess H. (Hrsg) *Biologische Medizin in der Orthopädie, Traumatologie, Rheumatologie-Antihomotoxische Medizin in Praxis und Klinik*. Baden-Baden: Aurelia, 1998, p. 1-38.
8. Helms D. J., Mosure D. J., Secor W. E. et al. *Management of Trichomonas vaginalis in women with suspected metronidazole hypersensitivity*. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2008, vol. 198, p. 370-377.
9. Joesoef M. R., Hillier S. L., Wiknjosastro G. et al. *Intravaginal clindamycin treatment for bacterial vaginosis: effects on preterm delivery and low birth weight*. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1995, vol. 173, p. 1527-1531.
10. Judlin P., Liao Q., Liu Z., Reimnitz P., Hampel B., Arvis P. *Efficacy and safety of moxifloxacin in uncomplicated pelvic inflammatory disease: the MONALISA study*. In: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2010, vol. 117, no. 12, p. 1475-1484.
11. Müller-Krampe B., Gottwald R., Weiser M. *Symptomatic Treatment of Acute Feverish Infections with a Modern Homeopathic Medication*. In: Biologische Medizin, 2002, vol. 31, no. 2, p. 79-85.
12. Ness R. B., Trautmann G., Richter H. E., Randall H., et al. *Effectiveness of treatment strategies of some women with pelvic inflammatory disease: A randomized trial*. In: Obstetrics and Gynecology, 2005, vol. 106 (3), p. 573-580.
13. Oberbaum M., Yaniv I., Ben-Gal Y., Stein J., et al. *A randomized, controlled clinical trial of the homeopathic medication TRAUMEEL S in the treatment of chemotherapy-induced stomatitis in children undergoing stem cell transplantation*. In: Cancer, 2001, vol. 92 (3), p. 684-690.
14. Orizola A., Vargas J. *The efficacy of Traumeel versus diclofenac and placebo ointment in tendinous pain in elite athletes: a randomized controlled trial*. In: Med. and Sc. in Sports and Exer., 2007, vol. 39, no 5, p. S78.
15. Smith K. J., Ness R. B., Wiesenfeld H. C. et al. *Cost-effectiveness of alternative outpatient pelvic inflammatory disease treatment strategies*. In: Sexually Transmitted Diseases, 2007, vol. 34, p. 960-966.
16. Svenstrup H. F., Fedder J., Kristoffersen S. E., Trolle B., Birkelund S., Christiansen G. *Mycoplasma genitalium, Chlamydia trachomatis, and tubal factor infertility: a prospective study*. In: Fertility and Sterility, 2008, vol. 90, no. 3, p. 513-520.
17. Walker C. K., Wiesenfeld H. *Antibiotic Therapy for Acute Pelvic Inflammatory Disease: The 2006 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines*. In: Clinical Infectious Diseases, 2007, vol. 28, p. S29-S36.
18. Workowski K. A., Berman S. *Sexually transmitted diseases treatment guidelines*. In: Morbidity and Mortality Weekly Report, 2010, vol. 59, p. 63-67.
19. Zenner S., Metelmann H. *Therapeutic Use of Lymphomyosot: Results of a Multicentre Use Observation Study of 3512 Patients*. In: Biological Therapy, 1990.

Prezentat la 20.02.2013

+37369149291. e-mail: reajeva@mail.ru