

# Биорегуляционные возможности препаратов Вибуркол и Лимфомиозот в акушерстве и гинекологии

О.И. Остапенко

ООО «Институт планирования семьи», г. Киев

На современном этапе при лечении акушерско-гинекологических заболеваний (невынашивания беременности, дискоординации родовой деятельности, обезболивании родов, заболеваниях репродуктивной системы у женщины: воспалительных процессах, дисгормональных нарушениях и др.) используется широкий спектр лекарственных средств (ЛС). Среди традиционных ЛС наиболее широко применяются антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), анальгетики, спазмолитики, гормональные препараты. Данные ЛС наряду с достижением быстрых и выраженных терапевтических эффектов вызывают различные побочные эффекты и имеют ряд противопоказаний (заболевания желудочно-кишечного тракта, риск тромбообразования, развитие иммунодефицита и др.) [12]. В связи с этим особого внимания и осторожности требует использование ЛС у беременных и кормящих матерей. Также актуальным является повышение эффективности лечения многих гинекологических заболеваний. Все это побуждает искать новые, более эффективные и безопасные подходы лечения и ЛС, в том числе патогенетические [12, 22].

В обзоре представлена краткая характеристика и обзор клинических исследований по применению патогенетического биорегуляционного подхода и комплексных биорегуляционных препаратов (КБП) Вибуркол, Лимфомиозот, Лимфомиозот Н в акушерстве и гинекологии при различных заболеваниях и нарушениях репродуктивной системы у женщин [1–3]. Результаты исследований демонстрируют, что включение одного или нескольких КБП в традиционные схемы лечения способствует сокращению сроков терапии, уменьшению количества побочных эффектов, а в ряде случаев – и полному отказу от плохо переносимых пациентами ЛС. К тому же они не отягощают течение сопутствующих заболеваний, хорошо переносятся и обладают благоприятным профилем безопасности, могут применяться во время беременности и кормления грудью [4–22].

**Ключевые слова:** Вибуркол, Лимфомиозот, Лимфомиозот Н, биорегуляционный подход, комплексные биорегуляционные препараты, акушерство, гинекология, заболевания репродуктивной системы у женщин.

Важнейшей задачей современного акушерства и гинекологии является охрана репродуктивного здоровья и снижение перинатальной заболеваемости. Одной из актуальных проблем при решении этой задачи является значительное ограничение применения современных ЛС у женщин репродуктивного возраста и у беременных из-за потенциального или доказанного риска эмбриотоксического, тератогенного воздействия на развивающийся эмбрион/плод [7–10, 12]. В связи с этим актуальна оптимизация схем терапии посредством использования таких патогенетических подходов и препаратов, которые благодаря другим принципам действия на организм в составе комплексного лечения обеспечивают повышение как эффективности, так и безопасности для матери и плода, что является приоритетной задачей.

К одному из таких подходов, который позволяет решать изложенные выше задачи, относится биорегуляционный. Реализу-

ется он через использование комплексных биорегуляционных препаратов (КБП). Ранее в литературе использовался термин «антигемотоксические препараты» (АГТП). КБП содержат сверхмалые дозы действующих веществ, которые способствуют активации процессов дренажа и детоксикации, восстановлению процессов саморегуляции в организме. Это, в свою очередь, ведет к активизации процессов самовосстановления/саногенеза. Важное свойство КБП – отсутствие фармакокинетики. Это связано с тем, что сверхмалые дозы действующих веществ не метаболизируются в организме и, следовательно, не требуют дополнительных затрат энергии, а значит, и не оказывают фармакологической нагрузки на организм. По сути, это другая фармакология – «фармакология малых/сверхмалых доз», в отличие от традиционных ЛС – «фармакологии больших доз». Следует отметить, что эти две фармакологии прекрасно сочетаются и дополняют друг друга при условии своевременного и правильного их применения [1–3].

Рассмотрим характеристики и результаты клинических исследований двух КБП, наиболее часто используемых в акушерско-гинекологической практике.

В акушерско-гинекологической практике достойное место занял КБП *Вибуркол (ректальные суппозитории)*. Его широкий спектр действия обусловлен комплексом потенцированных растительных и минеральных компонентов [4–8]:

- Аптечная ромашка – повышает порог болевой чувствительности;
- Белладонна – оказывает выраженный анальгетический эффект и спазмолитическое действие на шейку матки;
- Сладко-горький паслен – обладает транквилизирующим действием;
- Подорожник – оказывает седативный эффект;
- Карбонатом кальция обусловлено анальгетическое действие;
- Ветреница – оказывает регулирующее действие на нейровегетативную систему и является одним из наиболее действенных гомеопатических компонентов для обезбоживания родов [4–8].

Благодаря такому спектру действия Вибуркол при оказании акушерско-гинекологической помощи применяется по следующим клиническим показаниям:

- угроза выкидыша в I триместре беременности [8, 9];
- подготовка шейки матки к родам или прерыванию беременности на поздних сроках [9];
- профилактика аномалий родовой деятельности [7, 9];
- обезболивание родов [9, 10];
- хронические воспалительные заболевания органов малого таза [11, 12].

Эффективность и хорошая переносимость КБП Вибуркол в акушерстве и гинекологии изучена и подтверждена целым рядом научно-клинических исследований [5–12].

В клиническом исследовании «*Антигемотоксическая терапия в профилактике дискоординации родовой деятельности*» (Крамарский В.А. и соавт., 2008) приняли участие 52 беременные женщины, входящие в группу риска по развитию дискоординации родовой деятельности, которые были раз-

делены на 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 традиционные спазмолитики и  $\beta$ -миметики [7].

В результате нарушения сократительной деятельности матки (НСДМ) в 1-й группе имело место у 2 (9,1%) женщин, 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  $8,1 \pm 0,1$ , во 2-й –  $7,2 \pm 0,2$  балла. Во 2-й группе 3 новорожденных получали интенсивную терапию в связи с рождением в состоянии гипоксии (оценка по шкале Апгар  $5,4 \pm 0,1$  балла).

По результатам исследования были сделаны следующие выводы: у беременных группы риска по развитию дискоординации родовой деятельности применение КБП Вибуркол приводит к *достоверному снижению НСДМ, снижению оперативной активности и улучшению состояния новорожденных* [7].

Интересная работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии лечебного факультета Московского медицинского стоматологического института «*Эффективность гомеопатических свечей Вибуркол при обезболивании родов*» (Тираспольский И.В. и соавт., 1998). В исследование было включено 40 рожениц в возрасте от 18 до 35 лет в сроке беременности от 33-й до 41-й недели. 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 I и в начале II периода родов до появления потуг. Роженицы контрольной группы получали традиционные спазмолитические и обезболивающие ЛС в I период родов. Анальгетический эффект отметили все пациентки основной (100%) и 11 контрольной (55%) групп. Седативный эффект наблюдался у 12 пациенток в основной (60%) и ни у одной – в контрольной группе (0%). Объективно отмечалась нормализация беспокойного поведения всех рожениц в основной и 3 – в контрольной группе. Побочные рефлекторные реакции в виде тошноты и рвоты отсутствовали в основной и наблюдались у 2 женщин в контрольной группе [8].

В заключение авторы отметили, что КБП Вибуркол *соответствует всем современным требованиям, предъявляемым к анальгетикам в родах: оказывает анальгетическое и транквилизирующее действие, устраняет побочные рефлекторные реакции, не обладает отрицательным действием на сократительную деятельность матки и внутриутробное состояние плода*. Все это является основанием для внедрения свечей Вибуркол в широкую клиническую практику с целью обезболивания родов [8].

Актуальность и эффективность применения Вибуркола и других КБП в акушерстве и гинекологии, подтвержденная рассмотренными и другими клиническими исследованиями, стала результатом их включения в методические рекомендации, утвержденные МЗ Украины. Например, методические рекомендации под редакцией д-ра мед. наук, проф. С.С. Ле-

уш и соавторов «*Оптимизация лечения воспалительных заболеваний половых органов и профилактика спонтанного процесса у женщин репродуктивного возраста*» (2010) и «*Антигомотоксическая терапия гинекологических заболеваний*» (2006). В данных публикациях отражена эффективность применения КБП Вибуркол, обеспечивающего комплексный эффект (обезболивающий, спазмолитический, дезинтоксикационный, седативный и противовоспалительный) при лечении воспалительных заболеваний органов малого таза [11, 12].

Целесообразность применения свечей Вибуркол обоснована в методических рекомендациях «*Применение гомеопатического метода в акушерстве*» под редакцией проф., д-ра мед. наук И.Б. Манухина и соавт. (1998). В данной работе представлены научно обоснованные рекомендации по применению КБП/АГТП, в том числе Вибуркола, *при угрозе выкидыша в первом триместре беременности, для подготовки шейки матки к родам, прерыванию беременности на поздних сроках, для профилактики аномалий родовой деятельности и обезболивания родов* [9].

В гинекологии в составе комплексной терапии *острых и хронических воспалительных процессов, доброкачественных новообразований* важное патогенетическое место заняли лимфодренажные КБП *Лимфомиозот* (капли пероральные) и *Лимфомиозот Н* (раствор для инъекций) (таблица) [5, 11, 12, 15-21]. В их состав входят компоненты в сверхмалых дозах растительного, животного и минерального происхождения, тропные к лимфатической системе, что обеспечивает препаратам разнонаправленное комплексное действие. Во-первых, они активируют лимфоотток из тканей, ускоряют выведение токсинов и избыток жидкости из межклеточного пространства тканей (дренажное, дезинтоксикационное действие). Во-вторых, они усиливают барьерные (защитные) функции лимфоузлов (иммунокорригирующее действие). В-третьих, оказывают противовоспалительное и противоэкссудативное действие [1, 3, 4, 6, 13–15].

Эффект дренирования тканей данными КБП также способствует повышению биодоступности применяемых одновременно традиционных ЛС. Например, антибактериальных средств, что позволяет достигать необходимой терапевтической концентрации обычными дозами антибиотиков, применять их самым коротким курсом, минимизировать их побочные эффекты, повышая в целом эффективность лечения [13–16].

В клиническом исследовании «*Лечение хронических воспалительных заболеваний половых органов у женщин фертильного возраста с использованием препаратов Gynasoheel и Lymphomyosot*», проведенном на базе Института педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины (Подольский В.В. и соавт., 2002), участвовали 50 женщин с различными хроническими заболеваниями половых органов, а именно: хронический вагинит, хронический цервицит, хроническая воспалительная болезнь матки, хронический тазовый перитонит. Пациентки были разделены на 2 группы: 25 женщин основной группы получали только КБП/АГТП, в том числе Лимфомиозот; в контрольной группе 25 женщинам назначали традиционную антибактериальную и противовоспалительную терапию. Курс лечения длился две недели. В процессе лечения у больных основной группы гораздо раньше наступало субъективное улучшение состояния (уменьшение/исчезновение болевого синдрома, выделений из половых органов), что было

**Рекомендации по применению КБП Лимфомиозот, Лимфомиозот Н на различных этапах лечения гинекологических заболеваний**

Острый и подострый период, обострение		Завершение курса лечения
Лимфомиозот Н (раствор для инъекций)		Лимфомиозот (капли)
по 1,1 мл в/м, п/к, в/к		по 10 кап. сублингвально
ежедневно №3-5	2 р/нед №5-10	3 р/день 2-4 нед и более

подтверждено микробиологическими, вирусологическими исследованиями, а также с помощью ультразвукового исследования органов малого таза. Были сделаны выводы, что антигомотоксическая терапия с успехом может быть использована для лечения хронических воспалительных заболеваний женских половых органов. Лимфомиозот в комбинации с органонаправленным противовоспалительным КБП/АГТП дает хороший терапевтический эффект, особенно в тех случаях, когда необходимы повторные курсы лечения, а традиционная антибактериальная и противовоспалительная терапия не дает ожидаемых результатов [17].

Высокий уровень клинической эффективности КБП в Украине демонстрируют многочисленные диссертационные работы в области акушерства и гинекологии. На базе Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика выполнена диссертационная работа на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «**Реабилитация репродуктивной функции женщин после перенесенного сальпингоофорита**» (автор Пархоменко А.П., научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Вдовиченко Ю.П.). В работе предложены схемы терапии с использованием КБП/АГТП, включая Лимфомиозот. Включение в схемы терапии КБП/АГТП позволяет *снизить частоту обострений и рецидивов сальпингоофоритов у женщин репродуктивного возраста, улучшить показатели иммуногенеза, улучшить эндокринную функцию яичников* [18].

В методических рекомендациях МЗ Украины «**Инфекционно-воспалительные процессы женских половых органов у беременных и их лечение антигомотоксическими препаратами**» (Подольский В.В и соавт., 2006) рекомендуется лечение инфекционно-воспалительных процессов женских половых органов у беременных женщин только с использованием Лимфомиозота и еще 2-х КБП/АГТП (противовоспалительного, иммунокорригирующего). Отмечается, что КБП/АГТП *демонстрируют высокую эффективность и безопасность, в отличие от антибиотиков могут назначаться на ранних сроках беременности*. Применение предложенной схемы лечения инфекционно-воспалительных процессов женских половых органов у беременных *позволяет предотвратить развитие у пациенток осложнений беременности, в частности невынашивания беременности* [19].

Подтверждает эффективность Лимфомиозота и других АГТП клиническое исследование «**Оптимизация методов лечения хронических эндоцервикозов у женщин, инфицированных вирусом папилломы человека**» (Татарчук Т.Ф., Захаренко Н.Ф., 2005). В исследовании приняли участие 58 больных в возрасте от 21 до 42 лет, разделенных на две группы. На первом этапе всем пациенткам проводили терапию сексуально-трансмиссивных инфекций, элиминацию патогенной микрофлоры и коррекцию гормонального фона. На втором этапе больным контрольной группы (n=30) назначали традиционные иммуномодуляторы и противовоспалительный АГТП местно – в виде мазевых тампонов. Пациенткам основ-

ной группы (n=28) к базовой терапии дополнительно назначали КБП/АГТП, в том числе – Лимфомиозот. Анализ результатов показал тенденцию к ускорению коррекции патологических изменений эпителия шейки матки в сравнении с группой контроля. Через 6 мес после лечения у женщин основной группы наблюдался только один случай рецидива в сравнении с шестью случаями в группе контроля. Авторы пришли к выводу, что использование КБП/АГТП в терапии цервикозов, ассоциированных с вирусом папилломы человека, *повышает эффективность традиционной терапии, обеспечивает снижение количества рецидивов заболевания, а также уменьшает риск возможной малигнизации* [20].

В рандомизированном клиническом исследовании «**Современные особенности лечения полипоза эндометрия**» (Татарчук Т.Ф. и соавт., 2005) изучали эффективность КБП/АГТП в составе комплексной терапии полипоза эндометрия. В исследовании приняли участие 70 женщин в возрасте 35-48 лет, которые были поделены на три группы. Все больные получали гестагены и антибиотики. Женщины первой группы (n=20) также принимали Лимфомиозот и другие КБП/АГТП (энерготропный препарат и регенерирующий слизистую оболочку). Вторую группу составили 20 женщин, которым были назначены традиционные средства и энерготропный КБП/АГТП. Пациентки третьей группы (n=30) получали лишь традиционное лечение [21].

Результаты показали, что наиболее эффективной оказалась терапевтическая схема, которая была применена в первой группе. Сократилась длительность менструального кровотечения, снизилась высеваемость условно-патогенных возбудителей, улучшилась морфологическая характеристика эндометрия. Через месяц после завершения лечения в первой группе не наблюдалось ни одного рецидива полипоза эндометрия, в то время как в третьей группе рецидивы наблюдались у 6,6% пациенток [21].

Сделан вывод о том, что применение КБП/АГТП в комплексном лечении полипоза эндометрия позволяет значительно повысить эффективность терапевтических мероприятий [21].

## ВЫВОДЫ

Рассмотренный выше обзор показывает, что использование биорегуляционного подхода и сверхмалых доз КБП – проверенный временем способ решения ряда актуальных проблем медикаментозной терапии в акушерстве и гинекологии. КБП Вибуркол, Лимфомиозот и Лимфомиозот Н позволяют расширить возможности фармакотерапии. Они имеют как установленную терапевтическую эффективность, так и благоприятный профиль безопасности, что подтверждается исследованиями, диссертациями и официальными рекомендациями МЗ Украины. Их можно применять как самостоятельно, так и включать в схемы лечения с традиционными ЛС. Это дает акушеру-гинекологу гибкость и более широкие возможности при составлении и проведении более эффективной комплексной терапии [4–21].

*Информация предназначена для профессиональной деятельности фармацевтических и медицинских работников.  
Полная информация о препаратах указана в инструкциях по медицинскому применению.*

### Дополнительная информация о препаратах.

**Лимфомиозот**, капли пероральные. PC № UA/6673/01/01 от 15.06.12. Состав: Araneus diadematus D6, Calcium phosphoricum D12, Equisetum hiemale D4, Ferrum iodatum D12, Fumaria officinalis D4, Gentiana lutea D5, Geranium robertianum D4, Juglans regia ssp. regia D3, Levothyroxinum D12, Myosotis arvensis D3, Nasturtium officinale D4, Natrium sulfuricum D4, Pinus sylvestris D4, Scrophularia nodosa D3, Smilax D6, Teucrium scorodonia D3, Veronica officinalis D3. Побочные действия: в очень редких случаях возможны реакции гиперчувствительности, включая кожные высыпания, зуд, крапивницу.

**Лимфомиозот Н**, р-р для инъекций. PC №UA/2054/01/01 от 17.11.14. Состав: Araneus diadematus D6, Calcium phosphoricum D12, Equisetum hiemale D4, Ferrum iodatum D12, Fumaria officinalis D4, Gentiana lutea D5, Geranium robertianum D4, Levothyroxinum D12, Myosotis arvensis D3, Nasturtium officinale D4, Natrium sulfuricum D4, Pinus sylvestris D4, Scrophularia nodosa D3, Smilax D6, Teucrium scorodonia D3, Veronica officinalis D3. Побочные действия: в единичных случаях могут возникать реакции гиперчувствительности (или анафилактические реакции), а также изменения в месте введения, тошнота, головокружение, потеря сознания, потливость, покраснение лица, общая слабость. В очень редких случаях возможны реакции гиперчувствительности, включая зуд, эритему, отек или сухость.

**Производитель.** «Биологише Хайльмиттель Хеель ГмбХ», (Баден-Баден, Германия).

## Біорегуляційні можливості препаратів Вібуркол і Лімфоміозот в акушерстві та гінекології

**О.І. Остапенко**

## Bioregulatory opportunities of Viburkol and Limphomiozot medicines in obstetrics and gynecology

**O. Ostapenko**

На сучасному етапі при лікуванні акушерсько-гінекологічних захворювань (невиношування вагітності, дискоординація родової діяльності, знеболювання пологів, захворювання репродуктивної системи у жінок: запальні процеси, дисгормональні порушення та ін.) використовується широкий спектр лікарських засобів (ЛЗ). Серед традиційних ЛЗ найбільш широко застосовуються антибіотики, нестероїдні протизапальні засоби, анальгетики, спазмолітики, гормональні препарати. Дані ЛЗ разом зі швидким вираженим терапевтичним ефектом спричинюють різні побічні ефекти і мають низку протипоказань (захворювання печінки, підшлункової залози, ризик тромбоемболії, розвиток імунodefіциту та ін.) [12]. У зв'язку з цим особливої уваги та обережності вимагає використання ЛЗ у вагітних і матерів-годувальниць. Також актуальним є підвищення ефективності лікування багатьох гінекологічних захворювань. Усе це спонукає шукати нові, більш ефективні та безпечні підходи лікування і ЛЗ, у тому числі патогенетичні [12, 22].

В огляді представлена коротка характеристика і клінічні дослідження щодо застосування біорегуляційного підходу і комплексних біорегуляційних препаратів (КБП) Вібуркол, Лімфоміозот, Лімфоміозот Н в акушерстві та при різних захворюваннях і порушеннях репродуктивної системи у жінок [1–3]. Результати досліджень демонструють, що включення одного або декількох КБП у традиційні схеми лікування сприяє скороченню термінів терапії, зменшенню кількості побічних ефектів, а в ряді випадків – і повної відмови від ЛЗ, що погано переносяться пацієнтами. До того ж вони не обтяжують перебіг супутніх захворювань, добре переносяться і мають сприятливий профіль безпеки, можуть застосовуватися під час вагітності та годування груддю [4–22].

**Ключові слова:** Вібуркол, Лімфоміозот, Лімфоміозот Н, біорегуляційний підхід, комплексні біорегуляційні препарати, акушерство, гінекологія, захворювання репродуктивної системи у жінок.

Modern obstetrics and gynecology use a wide range of medicines (drugs) when accompanied by pregnancy and childbirth (miscarriage, discoordination labor, labor pain relief), diseases of the female reproductive system (inflammation, dishormonal disorders, etc.). Among the traditional drugs most widely used antibiotics, NSAIDs, analgesics, antispasmodics, hormones. These drugs, along with the achievement of rapid and pronounced therapeutic effects cause different side effects, and have a number of contra-indications (diseases of the liver, the pancreas, the risk of thrombosis, the development of immunodeficiency, etc.) [12]. In this regard, special attention and care requires the use of drugs in pregnant women and nursing mothers. Also relevant is the increase of efficiency of treatment of many gynecological diseases. All these and many other factors encourage to search for new – more effective and safer treatment approaches and drugs, including pathogenesis [12, 22].

The review presents brief characteristics and clinical researches on the use and integrated bioregulatory approach through the use of complex combination bioregulatory medicines (CBM) Viburkol, Limphomiozot, Limphomiozot N in obstetrics and in various diseases and disorders of the female reproductive system [1–3]. The research results show that the inclusion of one or more of the CBM in the traditional treatment help reduce the duration of therapy, a decrease in some side effects, and in some cases rejection of it. In addition, they do not burden for opportunistic diseases, tolerated well and have a favorable safety profile, can be used during pregnancy and lactation [4–22].

**Key words:** Viburkol, Limphomiozot, Limphomiozot N, bioregulatory approach, combination bioregulatory medicines, obstetrics, gynecology, diseases of the female reproductive system.

### Сведения об авторе

Остапенко Ольга Ивановна – ООО «Институт планирования семьи», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8.  
E-mail: ostapenko@ipf.kiev.ua

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Хайне Хартмут. Значение антигематоксической терапии в регуляторной медицине // Биологическая медицина. – 2004. – № 2. – С. 4–9.
- Клименко В.Г. Основные положения патогенетического биорегуляционного подхода в общей терапевтической практике // Биологическая терапия. – 2013. – № 1. – С. 8–11.
- Ван Брандт Б., Хайне Х. Регуляторная блокада: определение, значение и терапия // Биологическая медицина. – 2006. – С. 4–5.
- Реквег Г.-Г. Гомеопатическая антигематоксикология // Гомеопатическая медицина. – Смоленск, 1997. – 591 с.
- Шамугия Б.К., Тимошков М.В. Биорегуляционный подход к лечению боли // Therapia. – 2013. – № 2 (77). – С. 75–78.
- Возможности применения препарата Вибуркол в педиатрической, акушерской и гинекологической практике // Новости медицины и фармации. – 2013. – № 5 (449). – С. 10–11.
- Крамарский В.А., Дудакова В.Н. Антигематоксическая терапия в профилактике дискоординации родовой деятельности // Биологическая медицина. – 2008. – № 2. – С. 23–24.
- Тираспольский И.В., Каширина Т.Н., Бусоргина О.В., Кузьмин В.Н., Совдагарова Ю.Э. Эффективность гомеопатических свечей Вибуркол при обезболивании родов // Биологическая медицина. – 1998. – № 1. – С. 35–38.
- 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.
- 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. – 1999. – № 1. – С. 40–44.
- Леуш С.С., Олейник Ю.В., Олейник Е.А. Оптимизация лечения воспалительных заболеваний половых органов и профилактика спаечного процесса у женщин репродуктивного возраста / Методические рекоменда-
- ции МЗ Украины. – К., 2010. – 32 с.
- Леуш С.С., Олейник Ю.В. Антигематоксическая терапия гинекологических заболеваний / Методические рекомендации МОЗ Украины. – К., 2006. – 30 с.
- Чурсина Т.Я., Михалев К.А. Аллопатическая и антигематоксическая терапия острого воспаления: альтернативные или взаимодополняющие пути? // Биологическая терапия. – 2006. – № 1. – С. 17–21.
- Лимфоміозот – ефективний лімфодренажний і противоотечний комплексний біологічний препарат // Биологическая терапия. – 2013. – № 1. – С. 42–44.
- Антигематоксическая терапия в лечении хронического воспаления в гинекологии: эффективность и безопасность // Мистецтво лікування. – 2008. – № 3 (49). – С. 58–60.
- Ляхно И.В. Антигематоксические препараты и репродуктивная функция женщин // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2007. – № 3 (6). – С. 31–34.
- Подольский В.В., Дронова В.Л., Подольский В.В. Лечение хронических воспалительных заболеваний половых органов у женщин фертильного возраста с использованием препаратов Гупасоheel и Lymphomiosot // Биологическая терапия. 2002. – № 1. – С. 3–7.
- Пархоменко А.П. Реабилитация репродуктивной функции женщин после перенесенного сальпингоофорита: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук (МЗ Украины). – К., 2003.
- Подольский В.В., Дронова В.Л., Латышева З.М., Тетерин В.В., Геревич Г.И., Теслюк Р.С., Федун Ю.С. Инфекционно-воспалительные процессы женских половых органов у беременных и их лечение антигематоксическими препаратами // Методические рекомендации МЗ Украины. – К., 2006. – 26 с.
- Татарчук Т.Ф., Захаренко Н.Ф. Оптимізація методів лікування хронічних ендометріозів у жінок, інфікованих вірусом папіломи людини // Биологическая терапия. – 2005. – № 4. – С. 14–18.
- Татарчук Т.Ф., Лысяная Т.А., Задорожная Т.Д., Бурлака О.В., Корена К.О. Сучасні особливості лікування поліпозу ендометрія // Биологическая терапия. – 2005. – № 4. – С. 34–36.