

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА TRAUMEEL-S ПРИ МИКРОТРАВМАХ

*Р.Е. Житницкий, Г.И. Губин, Н.Б. Брысова.*

(Иркутский областной врачебно-физкультурный диспансер, гл. врач – д.м.н. Г.И. Губин; Иркутская областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. Ю.Л. Птиченко)

**Резюме.** Микротравматическая болезнь – патология, характерная для лиц, занимающихся спортом. Учитывая то, что гормональные препараты, общепринятые при лечении этой патологии, наряду с быстрым клиническим эффектом, имеют ряд отрицательных свойств, актуален поиск препаратов, исключающих побочные эффекты. Альтернативой является гомеопатическая (гомотоксическая) терапия препаратом Traumeel-S немецкой фирмы HEEL. Изучена эффективность этого препарата у 39 спортсменов. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 37 из 39 спортсменов, что позволило им вернуться к занятиям спортом после 5-7 инъекций препарата. При использовании этого препарата у 57 больных с микротравматической болезнью бытового генеза получены аналогичные результаты.

Оптимизация лечения микротравматической болезни представляет актуальную задачу спортивной медицины и амбулаторной ортопедотравматологической практики. Впервые проблема микротравматической болезни обсуждалась на XII международном конгрессе по спортивной медицине в 1958 г. в Москве. Большие и регулярно повторяющиеся однообразные нагрузки при занятиях спортом, в особенности при нерационально построенных тренировках, часто являются причиной патологии, которую называют микротравматической болезнью. Эта патология нередко встречается и в быту в результате избыточных непривычных нагрузок.

В литературе патология обозначается как тендо- или лигаментопериостопатия, эпикондилит, стилоидит и т.д. Ведущий доклад по проблеме на конгрессе был сделан итальянским ученым ЛяКавва [1], который показал, что в основе патологии лежат нарушения метаболизма в зонах, подвергающихся избыточным механическим нагрузкам. Суть этих нарушений метаболизма заключается, по мнению автора, в нарушении равновесия между энзимами и их ингибиторами. Выступивший на этом же конгрессе Н.Н. Приоров [3] показал, что многократно повторяющиеся перенапряжения в зоне прикрепления сухожилий и связок к костной ткани являются причиной микронадрывов отдельных волокон, микрокровоточиваний с формированием дегенеративно-дистрофических изменений как в сухожильной, так и в костной ткани. Нарушения микроциркуляции в зоне поражения обуславливают сдвиг реакции среды в кислую сторону, то есть создается тканевой ацидоз в связи с накоплением молочной и пировиноградной кислот, повышается активность лизосомальных ферментов, что способствует структуральным изменениям коллагеновых волокон [2]. Этот процесс обуславливает болевую реакцию, нарушающую спортивную работоспособность, а также ог-

раничивающую физическую работоспособность в быту.

Общепринятыми методами лечения этой патологии являются: различные физиотерапевтические процедуры (УВЧ, микроволновая терапия, магнитотерапия, фонофорез, ионофорез различных лекарственных веществ) в сочетании с тем или иным видом иммобилизации сустава в зоне поражения. При длительно существующем процессе и стойком болевом синдроме применяются те или иные формы введения в зону поражения кортикостероидов (гидрокортизона, кеналого, триамцинолона) в виде инъекций или фонофореза. Указанная терапия обеспечивает достаточно быстрый противовоспалительный и обезболивающий эффект. Однако не следует забывать и о другой стороне местного действия кортикостероидов – подавлении местного иммунитета, что таит в себе высокий риск развития тяжелых гнойных процессов в зоне поражения, а также подавление репаративной регенерации тканей.

В связи с вышеизложенным, представляется целесообразным использование при микротравматической болезни разработанного и выпускаемого немецкой фирмой HEEL антигомотоксического (гомеопатического) препарата Traumeel-S [4]. Основанием для использования этого препарата явились опубликованные результаты его применения в различных лечебных учреждениях у 3241 больного при участии в исследовании 348 врачей [5]. При применении этого препарата при патологии, которая у авторов обозначалась как “растяжение”, “эпикондилит”, “тендовагинит”, “плече-лопаточный периартрит” получены положительные результаты с оценкой “хорошо” и “очень хорошо” в 74,8% случаев при “плече-лопаточном периартрите” и в 95% случаев – при “растяжениях”. В указанной обзорной работе не фиксируется внимание на использование препарата в спортивной медицине у занимающихся различными видами спорта,

что обуславливает различную, чаще специфическую локализацию поражения.

Traumeel-S представляет собой лекарственный препарат, приготовленный согласно гомеопатическим правилам и показанный для терапии травм и их последствий. Наряду с различными компонентами растительного происхождения (*Arnica montana*, *Calendula*, *Hamamelis*, *Millepolium*) данный препарат содержит также потенцированные минеральные вещества (*Hepar sulphuris*, *Mercurius solubilis Hahnemanni*) [5].

Нами было проведено изучение эффективности Traumeel-S при микротравматической болезни у 96 больных, в том числе у 39 спортсменов, занимающихся различными видами спорта, при различных локализациях поражения, а также у 57 больных с этой патологией бытового генеза. Срок наблюдения – от 1 до 2-х лет. Из 39 наблюдавшихся лиц, занимающихся спортом, 33 были в возрасте от 7 до 25 лет. Локализация поражения зависела от вида спорта: преобладали поражения нижних конечностей у легкоатлетов, конькобежцев, футболистов, хоккеистов; а поражения верхних конечностей – у спортсменов, занимающихся стрельбой из лука, боксеров, волейболистов. Различий в эффективности препарата в зависимости от пола и возраста не было отмечено. Выявлена отчетливая зависимость проявления обезболивающего эффекта и его полноты от количества инъекций. После одной-трех инъекций полный положительный эффект получен лишь у 6 спортсменов (15,4%), независимо от локализации поражения. Чаще всего после трех инъекций боли лишь уменьшались и лечение продолжалось, а количество инъекций доходило до 5-8, для закрепления полученного эффекта, достижения полного снятия болевого синдрома и возобновления тренировок. Увеличить количество инъекций до 8-10 и более потребовалось у 12 спортсменов (30,7%) в связи с тем, что боли при нагрузках сохранялись. В этой группе половину составляли подростки 10-15 лет с остеохондропатией бугристости большеберцовой кости (с болезнью Шляттера). Эта патология по ряду параметров не укладывается в понятие микротравматической болезни.

После установления диагноза наиболее болезненная при пальпации зона в области прикрепления сухожилия или связки к кости маркировалась. Ампульный препарат Traumeel-S в количестве 2,2 мл вводился в эту зону до кости одноразовым

шприцом. У большинства больных введение препарата осуществлялось 2 раза в неделю. В редких случаях, при коротких сроках заболевания, препарат вводился через день.

С целью предотвращения детренированности сердечно-сосудистой системы, рекомендовались при тренировках нагрузки на непораженные сегменты опорно-двигательного аппарата при щажении или иммобилизации пораженного сегмента. В случаях позднего обращения – через 3 недели и более с момента появления болей - для достижения клинического эффекта требовалось большее количество инъекций – 8-10 и более и, естественно, более длительные сроки исключения физических нагрузок на пораженный сегмент. В подобных ситуациях положительно может быть оценено сочетание введения препарата по вышеуказанной методике с различными физиотерапевтическими процедурами. Накопленный опыт позволяет высказаться о достаточно высокой эффективности патогенетически обоснованной при этой патологии магнитотерапии. Результаты оценены как хорошие (устранение болей, возвращение к тренировкам) у 28 из 39 спортсменов (71,8%); удовлетворительные (сохранение незначительных болей только при нагрузках) – у 9 (23%); неудовлетворительные (незначительное уменьшение болей, боли при нагрузках) отмечены лишь – у 2 (5%).

Полученный положительный клинический эффект применения гомеопатического (гомотоксического) препарата Traumeel-S фирмы HEEL в спортивной медицине позволяет использовать эти результаты в более широкой практике и рекомендовать его при микротравматической болезни у лиц, не занимающихся спортом, но заболевших микротравматической болезнью в связи с какими-то избыточными, непривычными нагрузками. В частности, у 57 больных получен положительный клинический эффект при тендопериостопатии в зоне надмыщелков плеча (эпикондилите), развившемся при уборке картофеля, при выкручивании значительного количества белья, а также при тендопериостопатиях в зонах прикрепления ротаторов плеча к бугоркам плечевой кости (при плече-лопаточном периартрите) на фоне нейротрофических нарушений, обусловленных остеохондрозом шейного отдела позвоночника, или при тендопериостопатии в зоне прикрепления средней и малой ягодичных мышц к вершине большого вертела бедра на фоне остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

## EFFECTIVNESS OF TRAUMEEL-S IN MICROTRAUMA

R.E. Zhitnitsky, G.I. Gubin, N.B. Brisova

(Irkutsk Regional medical sports health center, Irkutsk Regional Clinical Hospital)

The microtraumatic disease is pathology characteristic for persons, who are occupied with sports. In connection with hormonous preparation which are generally accepted in this pathology treatment, alongside with fast clinical effect there appears a number of negative by-effects. Hence a gues of preparation, which exclude these negative byeffects is actual. In this case the alternative is homeopathic therapy with Traumeel-S of German firm Heel. Good and satisfactory results were received in 37 out of 39 patients permitted them to com-

pletely return to their sport occupation after 5-7 injections of the preparation. Using of this preparatus in 57 patients with microtraumatic disease stipulated by mode of life the same effect was received.

### Литература

1. ЛяКава. Хронические повреждения в спорте как результат микротравм // Спортивная медицина: Труды XII международного конгресса. – М., 1959. – С.400-408.
2. Миронова З.С., Меркулова Р.И., Богуцкая Е.В., Баднин И.А. Перенапряжение опорно-двигательного аппарата у спортсменов. – М.: Физкультура и спорт, 1992. – С.90-91.
3. Приоров Н.Н. Хроническая микротравма как причина длительных нарушений структуры и функции опорно-двигательного аппарата у спортсменов // Спортивная медицина: Труды XII Международного конгресса. – М., 1959. – С.412-417.
4. Рейнхарт Е. Гормезис и оценка сверхмалых доз биологически активных веществ // Биол. Медицина. – 1998. – №2. – С.4-8.
5. Ценнер Ш., Метельман Х. Возможности терапии раствором для инъекций Traumeel-S. Результаты мультицентрического обследования 3241 пациента // Биол. медицина. – 1996. – №1. – С.38-46.

© ВЫБОРОВА С.С., ГУРТОВАЯ Г.П., СИЗЫХ Т.П., ПОРТНЯГИН А.Ф., ПОДКАМЕННЫЙ В.А., ЧЕРКАШИНА А.Л. –  
УДК 616.12-005

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

С.С. Выборова, Г.П. Гуртовая, Т.П. Сизых, А.Ф. Портнягин,  
В.А. Подкаменный, А.Л. Черкашина.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра госпитальной терапии, зав. – проф. Т.П. Сизых)

**Резюме:** Приведено клиническое наблюдение больной с атипичным течением ишемической болезни сердца.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), как известно, является ведущей причиной заболеваемости и смертности в мире [1]. Основными факторами риска ее развития являются: возраст, пол, гиперхолестеринемия, курение, гипертензия, сахарный диабет, наследственность, гормональные контрацептивы и др. [2]. Распространенность ИБС увеличивается с возрастом и составляет 150 человек на 100000 жителей в возрасте 50 лет. ИБС чаще встречается у мужчин 40-50 лет. Частота встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний прямо пропорциональна уровню общего холестерина сыворотки крови: чем выше относительное содержание холестерина в липопротеидах низкой плотности по отношению к холестерину в липопротеидах высокой плотности, тем выше риск по ИБС. Курение при прочих равных условиях также повышает риск по ИБС на 60%. Высокое содержание окиси углерода в крови у курильщика может повреждать эндотелий коронарных сосудов. У курящих усиливается адгезивность эритроцитов, возрастает риск коронаротромбоза. Сахарный диабет повышает риск развития ИБС на 50% у мужчин и на 100% у женщин, так как увеличивается адгезия тромбоцитов и повышается содержание холестерина в сыворотке крови [3]. Однако в настоящее время ИБС страдают люди более молодого возраста, часто женщины без вышеперечисленных факторов риска. В таких случаях, особенно при наличии нетипичной клинической кар-

тины, ИБС очень трудно дифференцировать с другими заболеваниями, такими как нейроциркуляторная дистония, дисгормональная кардиомиопатия и др., требующих применения современных методов диагностики (ЧПЭС, коронарография, радиоизотопная скintiграфия сердца). Данный клинический случай является доказательством этого.

Больная, С. Т.В. 46 лет, история болезни № 5643 от 3.12.99 поступила в кардиотерапевтическое отделение ОКБ с жалобами на боли жгучего характера с локализацией за грудиной продолжительностью от 3-5 минут до 2-3 часов, не купируемые приемом 1-3 таблеток нитроглицерина, приступов удушья, возникающих в покое и при незначительной физической нагрузке (ходьбе по ровному месту до 100 метров).

Постоянно в течение последних двух лет отмечала ощущение “кома” в горле, чувство “неудовлетворенности” вдохом. Жалобы на повышение артериального давления (АД) до 200/120 мм. рт. ст. сопровождаемые головной болью, головокружением.

Считает себя больной с июня 1998 года, когда впервые появились сжимающие боли за грудиной, длительностью от 3 до 5 минут, возникающие при выполнении физической нагрузки (быстрой ходьбе), самостоятельно купирующиеся в покое. В течение последнего месяца стала отмечать ухудшение самочувствия, появилась одышка, загрудинные боли сжимающего характера чаще и интенсивнее, которые возникали в покое, купировались приемом 1-2 доз нитроглицерина.

С данными жалобами обратилась 7.07.98 в больницу по месту жительства. На основании данных ЭКГ (горизонтальной депрессии сегмента ST в V4-V6 отведениях) был поставлен диагноз: ИБС. Мелкоочаговый инфаркт миокарда от 17.07.98. Получала антианги-