

УДК [616.616+617.52]-001-089:614.25(477.54)

**Д.С. Демяник, Е.В. Грецких**

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЛИЦА И  
ШЕИ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ  
“ЛИМФОМИОЗОТ Н”, “ТРАУМЕЛЬ С”**

Харьковский Национальный медицинский университет

В генезе большинства заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО) значительная роль отводится воспалению, которое нередко инициируется патогенной микрофлорой, в связи с чем считается патогенетически обоснованным широкое использование в комплексной терапии этих процессов различных групп антимикробных и противовоспалительных средств как местного, так и резорбтивного действия [1,2,3]. Однако проблема профилактики и лечения инфекционно-воспалительных процессов ЧЛО остается актуальной, особенно при хроническом течении процесса, несмотря на значительное расширение ассортимента используемых с этой целью лечебных препаратов [4]. Одна из причин состоит в том, что широко используемые противовоспалительные и антибактериальные препараты снижают и без того нарушенную болезнью иммунобиологическую реактивность организма, что, в свою очередь, чаще всего приводит к развитию хронических заболеваний, тяжело поддающихся лечению.

Новым перспективным направлением, основанным на принципах многоцелевого физиологического воздействия на компенсаторные звенья организма, является антигомотоксическая терапия (АГТТ), созданная на основе теории гомотоксикоза и направленная на активацию саногенеза, “элиминацию токсинов и регуляцию окислительно-восстановительного равновесия”, повышение иммунобиологической реактивности организма, что способствует достижению стойких клинических результатов.

В 1948 – 1949 гг. немецкий ученый Ханс - Хайнрих Реккевег (1905 – 1985) сформулировал основные принципы гомотоксикологии. АГТТ заняла одно из ведущих мест в биологической медицине [4]. Он считал, что причиной любого патологического процесса является воздействие гомотоксинов (человеческих токсинов), образующихся в процессе метаболизма различных веществ или попадающих в организм человека с пищей, воздухом и т. д. Из года в год усиливается воздействие гомотоксинов на организм человека, что связано не только с болезнями, но и с применением лекарственных препаратов, содержанием консервантов и других химических добавок в продуктах питания, излучением, загрязнением окружающей среды, стрессом и другими неблагоприятными воздействиями. Организм реагирует на гомотоксины, пытается их вывести, а если это не удастся, они накапливаются, что способствует развитию гомотоксикоза. Для борьбы с гомотоксикозом организм мобилизует большую защитную систему, включающую в себя ретикулоэндотелий (моноциты и макрофаги), гипофизарно-надпочечниковую систему, нервно-рефлекторные механизмы, соединительную ткань (депонирование токсинов, реакции “антиген-антитело”, образование лейкоцитов, лимфоцитарные и макрофагальные реакции) и дезинтоксикационные функции печени. При помощи этой системы организм пытается обезвредить и вывести токсины, чтобы сохранить устойчивое равновесие. Если это удастся, болезнь не развивается, в противном случае возникает гомотоксикоз. В течении гомотоксикоза Реккевег предложил различать 6 фаз, в каждую из которых активируются определенные защитные механизмы и развиваются вторичные процессы, вызванные уровнем интоксикации организма. Это фазы экскреции, воспаления, депонирования, импрегнации, дегенерации, дедифференцировки. Любой патологический процесс можно отнести к одной из фаз гомотоксикоза

и в соответствии с состоянием пациента выбрать индивидуальную АГТТ.

В состав антигомотоксических комплексов, выпускаемых фирмой “Хеель”, наряду с гомеопатическими средствами, повышающими защитные силы организма (реакционные средства) и улучшающими функции определенных органов (органотропные препараты), входят компоненты, активирующие иммунологические механизмы и нормализующие функцию определенных органов, стимулирующие их регенерацию (суис-органные препараты), запускающие заблокированные регуляционные системы и активизирующие специфическую иммунологическую защиту (нозоды), восстанавливающие равновесие в биохимических реакциях, активирующие и регулирующие различные этапы клеточного обмена (катализаторы). Суис – органные препараты, которые готовятся методом потенцирования соответствующих органных материалов свиней, активируют резервные защитные механизмы, оптимизируют путем иммунологических механизмов функции гомологичных органов. Нозоды – лекарственные средства, которые готовятся из продуктов болезни (патологически измененных тканей или патологических выделений), а также на основе микробиологических препаратов, которые перед приготовлением тщательно стерилизуют и проверяют их безопасность. Эти препараты стимулируют иммунологические реакции, активируя специфические антигены, способствуют образованию антител, увеличивают выведение гомотоксинов, депонированных в мезенхиме. Указанные препараты находят своё применение и в практике лечения больных с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ, однако публикаций очень мало, поэтому дальнейшее исследование является перспективным [5,6,7,8,9,10,11,12].

**Целью** нашего исследования было изучение возможности использования новой группы антигомотоксических препаратов при лечении больных с

флегмонами ЧЛО.

### **Материалы и методы**

Наблюдение проводили в клинике челюстно – лицевой хирургии ХОКБ. Исследовано течение и заживление гнойных ран мягких тканей ЧЛО в трех группах больных, которые составляли по 25 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет без сопутствующей соматической патологии (табл. 1). Комплексное лечение данных больных включало в себя хирургическое вмешательство по общепринятой методике с медикаментозной терапией.

Первая группа – контрольная, с общепринятыми методами лечения:

- физ. р-р 200,0-0,9% Na Cl + 1 мл (4мг) дексаметазон: 2 р/сутки;
- цефтриаксон 1 г.: в/м 2 р/сутки;
- метрогил 100,0: в/в капельно, 3 р/сутки;
- реосорбилакт 200 мл: в/в, 2 р/сутки;
- супрастин 1 мл: в/м, 1 р/сутки;
- фуросемид 2 мл: в/в после инфузии;
- аспаркам: по 1 таб. 3 р/сутки;
- нимесил: по 1 пак. 2 р/сутки;
- анальгин 50%-2 мл + димедрол 1%-2 мл: в/м на ночь.

Вторая – исследуемая группа, в которой использовали “Лимфомиозот Н” в ампулах по 1,1 мл, в/в, 5-7 дней.

Третья – исследуемая группа, в которой использовали “Траумель С” в ампулах по 2,2 мл, в/в, 5-7 дней.

Всем пациентам проводили оперативное вмешательство – вскрытие флегмоны, типичным для данной локализации доступом (табл. 2). В этот же день начинали вводить предложенные препараты. Первое введение производили непосредственно перед хирургическим вмешательством, а затем по 1 ампуле 1 раз в сутки, в/в.

Контроль эффективности проводимой терапии осуществляли клинически и с помощью лабораторных методов исследования: планиметрия раны, оценка заживления вторичным натяжением, термометрия поверхности раны, клинический анализ крови, клинический анализ мочи, цитологический контроль раневого процесса, анализ иммунологического статуса пациента (иммунограмма I-II уровней).

### **Результаты исследования**

При анализе результатов планиметрического исследования мы установили следующее: уменьшение раневой поверхности у больных 1 группы составило  $1,9 \pm 0,3$  см<sup>2</sup>/сутки, второй –  $3,9 \pm 0,1$  см<sup>2</sup>/сутки, третьей –  $3,7 \pm 0,2$  см<sup>2</sup>/сутки. Термометрия поверхности раны: у больных 1 группы гипертермия раны наблюдалась в течение первых 4-5 дней после вскрытия флегмоны. На 7 сутки после оперативного вмешательства температура поверхности раны нормализовалась. У больных 2 и 3 групп гипертермия отмечалась только в течение первых 2 суток после вскрытия гнойного очага, на 3-5 сутки она нормализовалась. Во всех случаях в результате проведенного лечения положительная динамика наблюдалась во 2 и 3 группах. Отмечалось более быстрое очищение раны от гнойного экссудата и заживление вторичным натяжением с менее выраженными проявлениями интоксикации, сокращением послеоперационного периода, который протекал без осложнений. Длительность курса зависела от тяжести процесса и составила во 2 и 3 группах больных 5-7 суток, эпителизацию раны в этих группах мы наблюдали уже на 4-6 сутки, а в 1 группе – лишь на 7-9 сутки. Побочных явлений при использовании “Траумеля С” и “Лимфомиозота Н” не наблюдали. Результаты цитологического, иммунологического (иммунограмма 1-2 уровней) исследования будут приведены нами в последующих публикациях.

## **Выводы**

Применённая методика комбинированной терапии флегмон ЧЛЮ с использованием препаратов “Траумель С” и “Лимфомиозот Н” повышает эффективность лечения, сокращает аллопатическое лечение, помогает достичь профилактики нарушений иммунобиологической реактивности организма, предупреждает развитие хронизации гнойно-воспалительного процесса и осложнения от лекарственной терапии - аллергии.

## **Литература**

1. Никоненко А. Г. Критерии сравнения эффективности аллопатических и антигомтоксических препаратов / А. Г. Никоненко // Биологическая терапия.- 2000. - № 1. - С. 44–47.
2. *Ordinatio antihomotoxica et materia medica.* Heel. Distributed by the Scientific Department of Biologische Heilmittel Heel GmbH.-Baden-Baden. - 1989.- P. 452.
3. *Homeopathia antihomotoxica.* Band I. Aurelia-Verlag.— Baden-Baden,1984.- P. 640.
4. Зорян Е.В. Очерки по гомеопатии для стоматологов / Е.В. Зорян. - М.: Арнебия, 2005.-160 с., 5 табл.
5. Безруков С. Г. Опыт применения препарата Traumeel S в комплексном лечении больных с флегмонами и абсцессами тканей в челюстно-лицевой области / С. Г. Безруков, З. С. Салиева // Биологическая терапия.- 1999.- № 2.- С. 20-22.
6. Варфоломеев И. А. Применение препарата Traumeel S (мазь) для лечения воспалительных процессов в челюстно-лицевой области / И. А. Варфоломеев // Биологическая терапия.- 1999.- № 1.- С. 40–41.

7. Веригин Г. И. Применение комплексного антигомтоксического препарата Traumeel S в стоматологии /Г. И. Веригин // Биологическая терапия.- 1998.- № 2.- С. 35.
8. Клейносова А. А. Опыт применения комплексных антигомтоксических препаратов (Traumeel S, Osteoheel и Calcohol) при лечении пародонтитов / А. А. Клейносова // Биологическая терапия.- 1999.- № 1.- С. 44.
9. Марченко А. И. Результаты применения антигомтоксического препарата Traumeel S в терапии пародонтитов / А. И. Марченко, В. В. Бокша// Биологическая терапия.- 2000.- № 1.- С. 35–37.
10. Беккер Вернер. Антигомтоксическая медицина в стоматологии / Вернер Беккер. – М.: Арнебия, 2005. - С. 5-13.
11. Салиева З. С. Traumeel S в коррекции процессов нарушения перекисного окисления липидов при тяжелом течении гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области / З. С. Салиева // Биологическая терапия.- 2000.- № 1.- С. 38-40.
12. Биологическая медицина. Научные взгляды, лекарственные средства и терапевтические методы ; под ред. Франца Шмида. - Баден-Баден: Аурелия-Верлаг, 1996.-206 с.

Стаття надійшла

24.03.2009 р.

### **Резюме**

У статті висвітлені переваги використання антигомтоксичних препаратів, результати обстеження та комплексного лікування 75 хворих із флегмонами щелепно-лищевої ділянки. Вивчався вплив антигомтоксичних препаратів “Траумель С” та “Лімфоміозот Н” на перебіг і загоєння гнійних ран м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки в післяопераційний період у

трьох групах хворих, кожен з яких склали 25 осіб віком від 18 до 60 років (чоловіки та жінки без супутніх соматичних хвороб).

**Ключові слова:** лікування, флегмона, щелепно-лицева ділянка, антигомотоксичні препарати.

### Summary

The advantages of antihomotoxic medicines usage for patients with orofacial phlegmon are described in the paper. As well as the results of investigation and combined treatment of 75 patients with this disease are represented. The influence of antihomotoxic medicines «Traumel C» and «Lymphomiosot H» on purulent wounds duration and reparation in postoperative treatment was studied. The observation included 75 patients (men and women in approximately equal quantity) aging from 18 to 60 who did not have any somatic pathology and were divided to three groups.

**Key words:** treatment, phlegmon, orofacial region, antihomotoxic medicines.

Таблица 1

#### Распределение больных по возрастным группам

Возраст	18-30		31-40		41-50		51-60		Итого (абс.)
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	
1	4	3	2	3	6	5	1	1	25
2	5	2	3	4	5	3	2	1	25
3	3	3	4	3	5	3	1	3	25
%	16	10.7	12	13.3	21.3	14.7	5.3	6.7	100

Таблица 2

## Распределение больных в зависимости от локализации гнойно-воспалительного процесса

Локализация флегмоны	Крылочелюстная	Поднижне- челюстная	Окологлоточная+ крылочелюстная	Поднижне- челюстная+ окологлоточная+ крылочелюстная+ субмассетери- альная	Итого (абс.)
Группа					
1	5	12	4	4	25
2	6	10	3	6	25
3	7	9	2	7	25
%	24	41.3	12	22.7	100