

Р.Е. Житницкий, Л.Г. Серебренникова

**МИКРОТРАВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ**

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Микротравматическая болезнь — это патология мягких тканей опорно-двигательного аппарата, развивающаяся в результате многократно повторяющихся однородных механических воздействий, также в результате единичных значительных травм или на фоне различных деформаций. 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 антигоммотоксическая терапия препаратом Traumeel-S немецкой фирмы Heel.

Изучена эффективность этого препарата у 152 больных, в том числе у 56 больных, наблюдавшихся в консультативной поликлинике НИИТО и у 39 спортсменов, наблюдавшихся в Иркутском областном врачебно-физкультурном диспансере (данные о лечении этой патологии у спортсменов опубликованы ранее). Положительные результаты получены в 91,1 % случаев.

Ключевые слова: микротравматическая болезнь, антигоммотоксическая терапия

**MICROTRAUMATIC DISEASE OF MUSCULOSKELETAL SYSTEM.
EXPERIENCE OF ANTIHOMOTOXIC THERAPY**

R.E. Zhitnitskiy, L.G. Serebrennikova

SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk

The microtraumatic disease is a pathology of soft tissues of musculoskeletal system resulted after repeated homogeneous mechanical interventions as well as a result of a single considerable trauma or different deformities. Taking into account that hormonal preparations which are generally accepted in treatment of this pathology alongside with quick clinical effect have negative by-effects. Hence, the question of finding the proper medicine which excludes the negative by-effects is up-to-date now.

The solution is in antihomotoxic therapy with the preparation «Traumeel-S» (Germany, «Heel»). The effectiveness of the medicine was tested on 152 patients having underwent the treatment in out-patients' department of Irkutsk Institute of Traumatology and Orthopedics and on 39 sportsmen treated in Irkutsk Regional Medical Sport Health Centre (the results of the testing have been published before). The positive results have been achieved in 91,1 % of all cases.

Key words: microtraumatic disease, antihomotoxic therapy

Микротравма — это повреждение, вызванное каким-либо воздействием, однократным или многократным однотипным, незначительным по силе, но превышающим пределы физического сопротивления тканей и приводящим к нарушению функции и структуры тканей [7].

Впервые проблема микротравматической болезни обсуждалась на XII международном конгрессе по спортивной медицине в 1958 г. в Москве. Ведущий доклад по проблеме на конгрессе был сделан итальянским ученым Ля Кава [3], который показал, что в ее основе лежат нарушения метаболизма в зонах, подвергающихся избыточным механическим нагрузкам. Суть этих нарушений заключается, по мнению автора, в дисбалансе равновесия между энзимами и их ингибиторами. Выступивший на этом же конгрессе Н.Н. Приоров [5] показал, что многократно повторяющиеся перенапряжения в зоне прикрепления сухожилий и связок к костной ткани являются причиной микронадрывов отдельных волокон, микрокровоизлияний с формированием дегенеративно-дистрофических изменений, как в сухожильной, так и в костной ткани.

При микроскопическом исследовании тканей, подвергавшихся многократным повторным, аналогичным, незначительным по силе механическим воздействиям, отмечаются мелкие надрывы и кровоизлияния в сухожильных влагалищах с отеком и набуханием их волокон. Внутренний слой сухожильного влагалища набухший, пропитан серозным экссудатом с примесью лейкоцитов. В полости сухожильного влагалища серозная жидкость с примесью лейкоцитов и крови [1].

Нарушения микроциркуляции в зоне поражения обуславливают сдвиг реакции среды в кислую сторону, то есть создается тканевый ацидоз в связи с накоплением молочной и пировиноградной кислот, повышается активность лизосомальных ферментов, что способствует структуральным изменениям коллагеновых волокон [4].

Этот процесс обуславливает болевую реакцию, нарушающую спортивную работоспособность, а также ограничивающую физическую работоспособность в быту. Большие, а также небольшие, но регулярно повторяющиеся однообразные нагрузки при занятиях спортом, особенно при нерационально построенных тренировках часто яв-

ляются причиной развития микротравматической болезни. Эта патология нередко встречается и в быту в результате избыточных непривычных нагрузок. В последние годы она получила достаточно широкое распространение в связи с внедрением компьютеризации, которая обуславливает формирование микротравматической болезни в области лучезапястного сустава у лиц, длительно в течение рабочего дня работающих с «мышкой» компьютера. Имеет значение также широкое распространение среди населения сахарного диабета, остеохондроза позвоночника и другой патологии, способствующей нарушению трофики тканей в местах наименьшего сопротивления.

Актуальность проблемы определяется достаточно широким распространением патологии при недостаточной осведомленности о ней практических врачей, в частности травматологов-ортопедов.

В литературе патология чаще обозначается как тендо- или лигаментопериостопатия, эпикондилит, стилоидит, периостоз и др.

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, кеналона, триамцинолона) в виде инъекций или фонофореза. Указанная терапия обеспечивает достаточно быстрый противовоспалительный и обезболивающий эффект. Однако не следует забывать и о другой стороне локального действия кортикостероидов — подавление местного иммунитета, что таит в себе высокий риск развития тяжелых гнойных процессов в зоне поражения, а также подавление репаративной регенерации тканей. Это побудило нас искать альтернативные и безвредные методы лечения указанной патологии, в частности, применение *антигомотоксической терапии по Реккевегу*.

Антигомотоксикология — это направление в медицине, которое было разработано и внедрено в практику немецким врачом Реккевегом в 1952 году. Сущность его заключается в представлении о том, что вся жизнедеятельность организма основывается на процессах преобразования химических соединений. Иначе говоря, химические вещества имеют решающее значение для определения здорового или болезненного состояния организма в целом, или той или иной локализации патологического процесса. В частности, токсические вещества (а при обсуждаемой патологии — вещества, выделяемые при повторяющихся микротравмах), вызывающие противодействие большой защитной системы организма человека в различные фазы заболевания, автор называет гомотоксинами [5]. Токсичные вещества, попадающие в организм извне или выделяемые организмом, вызывают ответные защитные реакции, определяемые Реккевегом как болезнь.

«Болезнь — это биологически целесообразные защитные процессы в организме, направленные против эндогенных и экзогенных гомотоксинов и выражение попыток организма их элиминации или компенсации интоксикации» [6].

Антигомотоксическая терапия направлена на то, чтобы активизировать защитные силы организма, общие или локальные, с целью элиминации гомотоксинов или компенсации интоксикации и восстановления физиологических условий. При обсуждаемой патологии речь идет о стимуляции защитных сил организма для купирования имеющего место патологического процесса и оптимизации условий для регенерации поврежденных тканей. При антигомотоксической терапии используют органические и неорганические токсические вещества, сходные по своей химической структуре и биологическому действию с теми токсинами, которые формируются в очаге поражения. Препараты эти вводятся в организм в гомеопатических дозировках.

С целью повышения клинической эффективности проводимой терапии фирма Heel выпускает композиционные препараты, состоящие из 10–15 и более компонентов.

До 1998 г. мы применяли для лечения микротравматической болезни общепринятые методы терапии этой патологии. Учитывая недостатки и осложнения, присущие этим методам, мы стали использовать в комплексном лечении этих больных антигомотоксическую терапию по Реккевегу.

При микротравматической болезни сумочно-связочного аппарата человека рекомендуется использовать комплексный препарат Traumeel-S, который выпускается фирмой Heel в растворе в ампулах по 2,2 мл, в таблетках и виде мази. Нами после установления диагноза назначалось введение раствора Traumeel-S по одной ампуле два раза в неделю в болезненную зону, чаще всего до кости. Перерывы между введением препарата обусловлены необходимостью дать временный промежуток для осуществления организмом формирования защитной реакции. Количество инъекций определялось сроками и степенью тяжести патологического процесса. Чаще всего — 8–10 инъекций. После 1–2-й инъекций болевой синдром иногда обострялся, при последующих медленно сходил на нет, а после 7–8-ой инъекции обычно купировался полностью.

Обострение клинических проявлений патологического процесса после первой-второй инъекций препарата с последующим их снижением подтверждает правильность концепции об активизации защитных сил организма при введении этого препарата. Существенное значение для достижения желаемого результата имеет учет продолжительности патологического процесса, который обуславливает глубину поражения. Во всех случаях рекомендовали исключить или ограничить движения, обуславливающие возникновение микротравматической болезни, а в далеко зашедших случаях применяли иммобилизацию пораженного сегмента конечности на срок 3–4 недели, т.е. средний срок биологически необходимый для репарации пораженных тканей.

При выявлении базисной патологии проводилось параллельно ее лечение. Например, при плече-лопаточном периартрозе, развившемся на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника, проводилась терапия шейного остеохондроза, одновременно с курсом введения Traumeel-S в зону тендопериостопатии в области прикрепления сухожилия подлопаточной мышцы к малому бугорку плечевой кости.

В настоящей работе представлен опыт наблюдения и лечения 152 пациентов, страдающих микротравматической болезнью различной локализации, развившейся при отличающихся условиях и предпосылках ее возникновения и развития. Период наблюдения — с 1998 по 2006 гг. Давность заболевания к моменту обращения, в связи с неэффективностью предшествующего лечения, колебалась от одного месяца до года и более.

Наш опыт базируется на наблюдении и лечении пациентов, занимающихся спортом в Иркутском областном врачебно-физкультурном диспансере (39 пациентов). Его результаты доложены на IV Всероссийском съезде специалистов лечебной физкультуры и спортивной медицины [2].

Кроме того, наблюдение и лечение микротравматической болезни бытового и профессионального генеза осуществлялось в консультативной поликлинике областной клинической больницы (57 больных) и в консультативной поликлинике НИИТО (56 больных). Среди 56 больных, наблюдавшихся и лечившихся в поликлинике НИИТО (период 2005 — 2006 гг.), мужчин было 20, женщин — 36. Возраст больных — от 15 до 67 лет.

Накопленный опыт позволил систематизировать эту патологию с учетом локализации поражения, характера деятельности, сопутствующей базисной патологии и возраста. Такая систематизация позволяет врачу при подозрении на микротравматическую болезнь определенной локализации углубить обследование для выявления причин и возможной базисной патологии.

Так, в возрасте до 20 лет (их в этой группе было 7) чаще заболевают подростки, юноши и девушки, занимающиеся спортом, при перетренировке или при нарушениях режима тренировочного процесса. Локализация поражения зависит от вида спорта. Так, например, у занимающихся тяжелой атлетикой, бодибилдингом тендопериостопатии и лигментопериостопатии возникают обычно в зоне прикрепления сухожилия четырехглавой мышцы бедра или собственной связки надколенника к полюсам надколенника

В возрасте 20 — 40 лет (19 больных) — наиболее активном периоде жизни, микротравматическая болезнь чаще поражает места прикрепления мышц сгибателей и разгибателей кисти и пальцев к надмыщелкам плеча, область тыльной поверхности лучезапястного сустава и шиловидного отростка лучевой кости, в особенности у лиц, работающих с «мышкой» компьютера.

В возрасте 40 — 60 лет и старше (24 больных), когда развиваются и прогрессируют дегенератив-

но-дистрофические изменения в опорно-двигательном аппарате, лигментопериостопатия формируется в зоне прикрепления внутренней боковой связки коленного сустава («гусиной лапки») к медиальному мыщелку большеберцовой кости в условиях гонартроза, вальгусного отклонения голени и избыточного веса тела.

В условиях коксартроза I — II степени, обуславливающих нарушения биомеханики ходьбы, а также при поясничном остеохондрозе может сформироваться тендопериостопатия в зоне прикрепления сухожилий средней и малой ягодичных мышц, грушевидной мышцы к вершине большого вертела бедренной кости и т.д.

Связать развитие патологического процесса с предшествующей острой травмой можно было лишь в 16 случаях.

Очевидной причиной развития патологического процесса была профессиональная деятельность, перетренировка, многократно повторяющееся необычные для данного индивидуума нагрузки — у 16 больных. Связь с той или иной ортопедической патологией установлена в 24 случаях.

Большая часть пациентов, наблюдавшихся в 2005 — 2006 гг. в НИИТО, получала лечение в амбулаторных условиях в поликлинике Иркутского НИИТО, что позволило судить о ближайших результатах проведенной антигомотоксической терапии. Терапия эта давала ближайшие положительные результаты — полное купирование болевого синдрома или значительное уменьшение болей с восстановлением функции сразу после завершения курса лечения у 51 из 56 больных (91,1 %). Лишь в одном случае была аллергическая реакция.

О микротравматической болезни опорно-двигательного аппарата недостаточно информированы практические врачи ортопеды-травматологи. Этой проблеме уделяют недостаточное внимание в специальной литературе.

Представленный материал свидетельствует об актуальности микротравматической болезни, а также о высокой эффективности антигомотоксической терапии этой патологии как выгодной альтернативы общепринятой гормональной терапии.

Таким образом, проявления микротравматической болезни могут быть связаны с предшествующей острой травмой, с многократно повторяющимися однообразными механическими воздействиями, а также являться следствиями нарушения трофики и изменениями биомеханики в зоне наименьшего сопротивления тканей. Это необходимо учитывать при постановке диагноза.

Антигомотоксическая терапия является высокоперспективным (при контроле в ближайшие сроки наблюдения — более 90 %) и безопасным методом лечения микротравматической болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брумберг А.С. Патологическая анатомия сухожилий и фасций: руководство по патологической анатомии. Под ред. Т.П. Виноградовой / А.С. Брумберг. — М.: Медицина, 1962. — С. 429.

2. Губин Г.И. Микротравматическая болезнь у занимающихся спортом / Г.И. Губин, Р.Е. Житницкий, Н.Б. Брысова // Материалы IV Всероссийского съезда специалистов лечебной физкультуры и спортивной медицины. — Ростов-на-Дону, 2002. — С. 76 — 77.

3. Ля Кава. Хронические повреждения в спорте как результат микротравм / Ля Кава // Труды XII международного конгресса по спортивной медицине. — М.: Спортивная медицина, 1959. — С. 400 — 408.

4. Перенапряжение опорно-двигательного аппарата у спортсменов / З.С. Миронова, Р.Н. Меркулова, Е.В. Богудская, А.И. Баднин // Физкультура и спорт. — 1992. — С. 90 — 91.

5. Приоров Н.Н. Хроническая микротравма как причина длительных нарушений структуры и функций опорно-двигательного аппарата у спортсменов / Н.Н. Приоров // Труды XII международного конгресса по спортивной медицине. — М.: Спортивная медицина, 1959. — С. 412 — 417.

6. Риккен К.Х. Терапия биологическими антигомотоксическими препаратами «Heel». Введение в гомотоксикологию и антигомотоксическую терапию / К.Х. Риккен // Биологическая медицина. — 1995. — № 1. — С. 2 — 11.

7. Энциклопедический словарь медицинских терминов: в 3х томах / под ред. Б.В. Петровского. — М.: Издательство «Советская энциклопедия», 1983. — Т. 2. — С. 181.