ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПО ПРИМЕНЕНИЮ АПИТЕРАПИИ И РАСТИТЕЛЬНЫХ ВЫТЯЖЕК В ЛЕЧЕНИИ АКТИНОМИКОЗА

В. ПОПЕСКУ
Тамара ПЭУНЕСКУ
Юлия ГИЦЕСКУ
Г. ВЕЛЕСКУ
И. МАФТЕЙ
Иоана ИЛИЕСКУ
РУМЫНИЯ

(Работа, проведенная в Клинике рото-челюстно-лицевой хирургии; заведующий клиникой проф. В. ПОПЕСКУ при поддержке АПИМОНДИИ. Президент АПИМОНДИИ проф. В. ХАРНАЖ).

Актиномикоз — инфекционная, незаразная, гнойная, хроническая болезнь с медленным и часто продолжительным развитием. В этиологии болезни ныне уделяется большое внимание взаимосвязи актиномицетов с другими микроорганизмами, которые в определенных условиях могут изменять вирулентность некоторых сапрофитов. Были обнаружены: *Actinomyces israeli* зародыш грамположительный, волокнистый, микроаэрофильный, с естественным габитусом в ротовой полости человека; *Actinomyces bovis* — анаэроб, вызывающий болезнь у животных; *Nacardia asteroides* — аэробный зародыш, причиняющий поражения, подобные актиномикозным.

Болезнь может появиться в любом возрасте, но чаще всего у мужчин от 20 до 50 лет. В 50—64% случаев она локализуется в цервикально-лицевой области.

Болезнь может быть острой, характеризующейся симптоматологией обычных абсцессов, подострой или с самого начала хронической.

Если болезнь не лечить, она становится хронической, характеризующейся последовательными воспалительными атаками, которые выражаются в появлении новых абсцессов, фистулизирующих тумор, прогрессивно распространяющихся, приобретающих флегмонозный и неопластический характер, с минимальными функциональными нарушениями и полным отсутствием признаков выздоровления. Даже при лечении болезнь продолжительна — от двух месяцев до двух лет (В. ПОПЕСКУ и сотр. 1973 г.).

Общее состояние постепенно ухудшается. Прогноз становится тяжелым, когда происходит засев легких, желудка или головного мозга.

При лечении актиномикоза применяли многочисленные терапевтические схемы, отражающие этиопатогенную концепцию авторов.

В принципе применяют комплексное хирургическое лечение по устранению причин и широкому вскрытию абсцессов с местным лечением.

Хорошие результаты получали промыванием ран раствором протаргола 1% и нитрофурана 0,25%. В случаях затяжного течения болезни применяли местные аппликации йодистыми растворами, йодистыми мазями или йодистыми ионизациями и радиотерапией дозами 1200—2000 рентген (по 100—200 рентген за один прием).

Общее лечение проводится главным образом антибиотиками, большими дозами и в течение продолжительного периода. Применяли пенициллин ежедневными дозами, от 2—3 млн. единиц внутримышечно, до 20 млн. единиц в венозной перфузии, стрептомицин, хлорамицетин, ауреомицин, алкандомицин, тетрациклин и др.

Давали также сульфамиды (Сульфирен 2 г в день, Сульфадиазин 4—6 г в день и т. д.) йодистые сульфаны (таблетки или ампулы для внутривенных инъекций), изониазид (10 мг на кг веса в день).

Широко используются разные препараты с йодом (начиная с дозы 2 г в день и постепенно увеличивая ее до 8—10 г в день, а затем так же постепенно уменьшая.

Испытывали также вакцинотерапию, применяя вакцину, изготовленную из штамма, взятого у больного или из нескольких штаммов, а также лимфо-ганглионарную вытяжку (ТРАУНЕР, 1931).

Из этого краткого обзора нашего опыта и данных литературы, касающихся клиники и терапии актиномикоза, следуют выводы:

1) Болезнь поражает главным образом людей в возрасте от 20 до 60 лет (88% в нашей статистике) и делает их неработоспособными часто на долгое время;

2) Лечение дорогостоящее, так как необходимо большое количество медикаментов и проводится в больничных условиях;

3) Хотя путем применения актуальных методов лечения в большинство случаев получают хорошие результаты, иногда выздоровление протекает медленно (2 года);

4) В результате продолжительного применения вышеупомянутых медикаментов возникают нежелательные явления.

Эти предпосылки заставили нас искать иной метод лечения, который совмещал бы антибактериальный эффект с повышением собственных защитных функций организма, для оздоровления организма за более короткий срок, без проявления отрицательных явлений вызываемых применяемыми медикаментами.

Материал и методика

Испытывавшийся метод лечения основывался на двух медикаментозных формах, полученных путем обработки и соединения некоторых веществ растительного происхождения с пчеловодными продуктами.

Полученные галеновые формы предназначались для местного применения или давались орально.

При помощи формул и технологии изготовления медикаментов обеспечивался синэргизм главных компонентов, в числе которых были витамины, флавононы, энзимы, летучие масла, эфиры и ароматические кислоты, а также карбонильные соединения. Сопровождающие вещества соединяют вышеупомянутые компоненты полярными и водородными связями, обеспечивая им химическую защиту, повышенную пермеабильность, а также усиление фармакодинамических свойств.

Эфиры, ароматические кислоты и карбониловые соединения обеспечивают сильное антибактериальное и антимикотическое воздействие одновременно с цитотоническим воздействием активных биологических веществ остальных упомянутых групп.

Это лечение применяли к 5 больным — 4 мужчинам и одной женщине (возраст от 20 до 49 лет), страдающим актиномикозом шеи и лица, диагностицированным на основе клинического обследования развития болезни и результатов микробиологического анализа (положительного для актиномикоза в 3 случаях).

У всех больных вспышке предшествовали явления хронического апикального парадонтоза одного из нижних моляров.

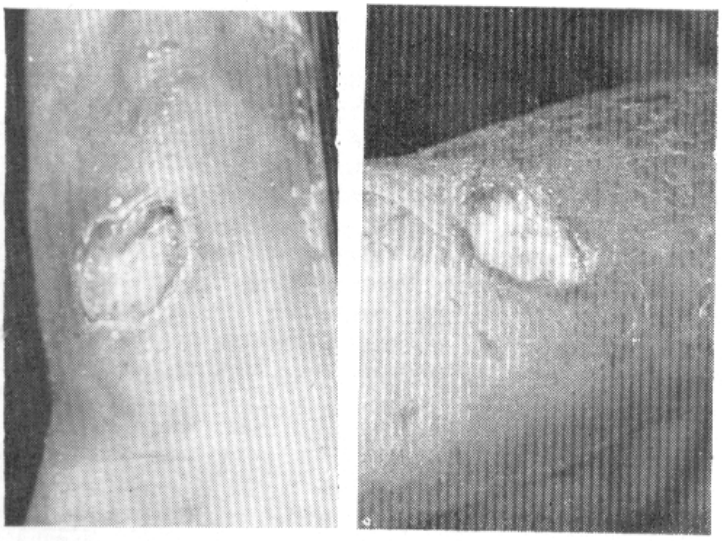
Каузальные зубы вырвали, а абсцессы дренировали до начала любого медикаментозного лечения. В четырех случаях экспериментальное лечение применяли после установления слабой эффективности других терапевтических методов, а в пятом случае — как первый и единственный терапевтический метод.

Для оценки результатов мы приводим краткое описание случаев:

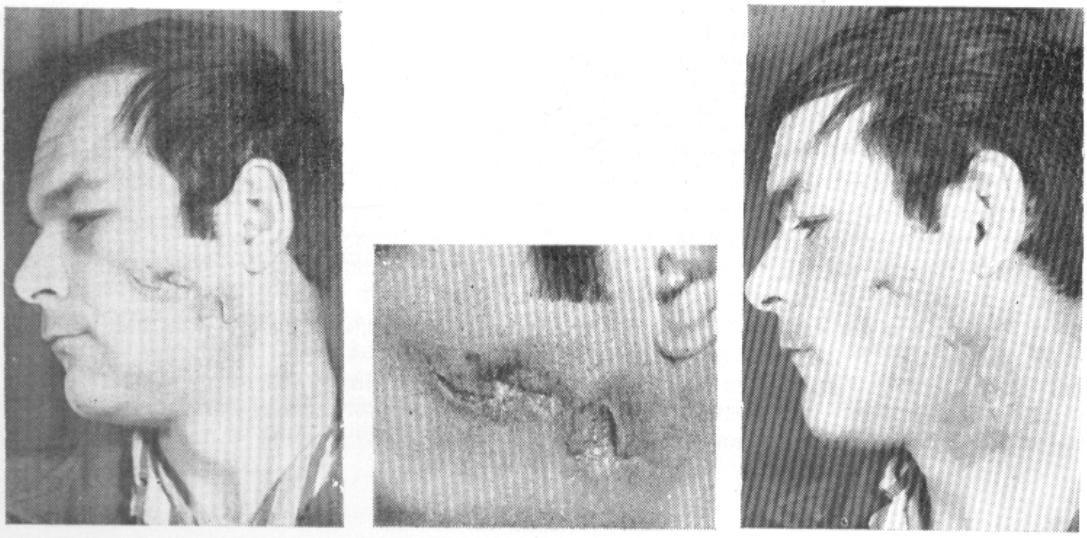
Случай № 1: К. Е., 49-летний мужчина, страдающий актиномикотическим остеитом правой нижнечелюстной верхней ветви с ретро- и субангулярномандибулярной фистулизацией. Во время классического лечения появилась гноящаяся дрожжевая рана на передней части верхней трети левой голени. В других больницах и нашей клинике применяли следующее лечение: экстракции 47,48, эвакуаторные пункции, многократные операции и кюретажи, антибиотерапию крупными дозами, неспецифичную протеинотерапию, витамины, противоболевые средства, Эндойодин и. в., местные промывы растворами протаргола, нитрофурана и лугола, рентгенотерапию дозами 4000 р в течение 20 приемов, для цервикально-лицевой и голеневой локализации.

После этого лечения, 9 месяцев спустя после вспышки при клиническом осмотре установили, что у больного безлихорадочное, слегка подавленное состояние. В правой ретромандибулярной области находится послеоперационная рана, истекающая желто-серым выделением. Наблюдались три фистулезных тракта, ведущих к внешней и внутренней стороне челюстной ветви и к внешней стороне нижней челюсти. На концах





Первый и второй ряды
случай № 1 : К.Е.,
49-летний мужчина
Третий ряд : случай № 2: Н.И.,
30-летний мужчина



этих трактов наблюдались углубления, образовавшиеся в нижнечелюстной кости. Ткани и кожа соответствующей области инфильтрированы, а дно раны имело пролиферирующий вид. Появился парез правого лицевого нерва и тризм. В верхней трети левой голени (передняя часть) находилась рана диаметром 5 см с утолщенными и опухшими краями. Рана глубокая до кости и покрыта желтоватым и вязким выделением. От раны начинались два фистулезных тракта, верхний и нижний, примерно в 10 см. Кожа цианотическая, инфильтрированная, утолщенная.

С момента первого интернирования больной потерял 20 кг в весе.

Лабораторные анализы: Hb. 11,14 г% L = 10 500 (N — 90%, E — 1%, B —0, L · 5%, M — 4%), РОЭ: 1 ч = 60 мм, 2 ч — 90 мм.

После установления слабой эффективности медикаментозного лечения местных ран и тенденции к прогрессивному ухудшению общего состояния приступили к экспериментальному лечению.

Применяли медикамент внешнего пользования на коже пораженных областей и ежедневно давали внутрь 3 × 100 мл раствора.

Прекратили любое другое местное или общее медикаментозное лечение.

Уже в первые дни отмечалось ослабление болей, тенденция к эластичности кожи и тканей вокруг раны. Вначале выделение через фистулы стало обильным, затем пошло на убыль. Уже с первой недели больной прибавил в весе 1 кг. Внешняя повязка менялась два раза в неделю.

Спустя 30 дней общее состояние улучшилось, фистулезные тракты закрылись, кость покрылась, кора уменьшилась, ткани и кожа стали упругими, тризм и лицевой парез пошли на убыль. Больной прибавил в весе 4 кг. Лабораторные анализы: Hb — 13,54 г/100 мл, L = 5.300/мм³ (N — 76%, E = 4%, B — 0, L — 12%, M — 1%), РОЭ — 36 мм в 1 час., 66 мм в 2 час. Рана голени уменьшилась по глубине и размерам и появились признаки эпителизации.

Больного выписали из больницы и назначили контроль два раза в месяц. При каждом контроле устанавливали явное улучшение общего и местного состояния. Выздоровление наступило примерно через три месяца от начала лечения.

Случай № 2: Н. И., мужчина 30-летнего возраста. Диагноз: актиномикоз скуловой, жевательный и субмандибулярный левый фистулизированный. Болезнь продолжалась уже 6 месяцев и за это время применяли следующее лечение: операцию и дренаж, удаление каузального зуба, антибиотерапию, витаминотерапию, местный промыв растворами протаргола и нитрофурана.

После установления отсутствия положительной реакции на лечение и тенденцию инвазии левой глазницы (больной страдал слепотой правого глаза), применили экспериментальное лечение.

Уже в первые дни наблюдалось приостановление развития процесса в глубину скулового очага и фистулизацию процесса нагноения в левой подглазничной области. Вскоре щечные ткани начали приобретать упругость, а выделение уменьшилось субмандибулярная рана заживала труднее. 45 дней спустя после начала лечения кожа, щечные и субмадибулярные ткани стали упругими, выделение исчезло, тризм исчез, общее состояние улучшилось, боли исчезли. Пациента выписали из больницы и назначили периодический контроль.

Случай № 3: О. А., 23-летний мужчина — левый нижний щечный актиномикоз. Болезнь продолжалась уже 8 месяцев и за это время применяли следующее лечение: пункцию заражения, удаление 37-го зуба, операцию, антибиотики в крупных дозах (тетрациклин, пенициллин, стрептомицин), местные аппликации с протарголом. Так как признаков выздоровления не отметили, приступили к экспериментальному лечению. 25 дней спустя больной полностью вылечился.

Случай № 4: Г. А., 20-летняя женщина. Правый щечный актиномикоз. Болезнь продолжалась месяц и после операции, удаления каузального зуба и местных промывов протарголом не наблюдалось никакого улучшения состояния. В результате экспериментального лечения рана закрылась за 4—5 недель. В последние две недели больная стала вновь ходить на службу и два раза в неделю приходила для контроля и смены повязки.

Случай № 5: Б. М., 28-летний мужчина, страдающий левым субмандибулярным актиномикозом. Болезнь продолжалась 10 дней. После удаления каузального зуба и дренажа приступили к местному и общему экспериментальному лечению. Больной выздоровел и покинул больницу 7 дней спустя.

Обсуждение и выводы

Терапевтические свойства пчеловодных продуктов уже давно известны, и их применяли эмпирически с давних времен для лечения ряда заболеваний. Систематические исследования были проведены, главным образом, в последнее время и результаты оказались многообещающими.

Обзор специальной литературы выявляет хорошие результаты, полученные в лечении инфекциозных, главным образом хронических процессов медикаментами из пчеловодных продуктов, обладающими антимикробными, антимикотическими свойствами и стимулирующими иммунитарные и репаративные процессы. Но мы не нашли данных касающихся использования таких медикаментов в лечении актиномикоза.

Использованные в данной работе медикаменты содержат помимо производных ряда пчеловодных продуктов и ряд растительных вытяжек. Таким образом добивались взаимодействия терапевтических эффектов каждой составной части.

Хотя число случаев актиномикоза, к которым применили этот препарат небольшое, полученные результаты позволяют нам сделать некоторые выводы:

1 В четырех случаях до экспериментального лечения безрезультатно применяли классические методы в течение продолжительного периода (1—9 месяцев). Сразу же после начала экспериментального лечения отмечали тенденцию к выздоровлению. В таких случаях выздоровление наступало за 1—2 месяца;

2. В пятом случае после устранения причины и вскрытия очага применялось только экспериментальное лечение и выздоровление наступило за 7 дней;

3. Очень хорошие результаты получили в случае с инвазионной и пролиферационной тенденцией, что оправдывает углубление исследований в этом направлении;

4. Во всех случаях общее состояние значительно улучшалось, функциональные признаки (боль, тризм) ослабевали, а гематологические константы быстро нормализовались;

5. Лечение несложно и его можно проводить после вскрытия очагов, в амбулаторных условиях;

6. Больные хорошо переносили медикаменты. Отрицательных явлений не отмечалось;

7. Все отмеченные явления объясняются испытанными медикаментами, единственными использованными во время лечения.