

УДК 616'366-003.7 (366-089.87):612'015.3+223.12 (575.2) (04)

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Б.Х. Бебезов – докт. мед. наук, профессор,

Т.М. Уметалиев – канд. мед. наук,

А.В. Рогальский – аспирант

In the given research the application material ozonotherapy in treatment sick cholelithiasis is presented by illness. Authors prove efficiency ozonotherapy at patients with cholelithiasis illness.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одной из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. За последнее десятилетие в России и за рубежом идет рост заболеваемости ЖКБ. Причем встречается все чаще не только у взрослых, но и у детей [1, 2]. Для больных с хроническим калькулезным холециститом характерно угнетение функциональной активности Т-клеток, а также снижение числа В-лимфоцитов и концентрации иммуноглобулина А, вторичную иммунную недостаточность при хроническом калькулезном холецистите необходимо рассматривать как фактор риска развития инфекционных осложнений в послеоперационном периоде [3].

Озон-аллотропная форма кислорода с высокой химической активностью состоит из трех молекул кислорода. Озонотерапия является лечебным методом, находящим в последние годы все более широкое применение в клинической практике вследствие того, что озон обладает большим разнообразием лечебных эффектов. Он способствует уменьшению воспалительных реакций, активации фагоцитарной функции лейкоцитов и антиоксидантной защиты, снижению катаболизма и повышению адаптационных возможностей организма [4–6]. По данным литературы, под влиянием озона отмечается потенцирование ан-

тибактериальной активности антибиотиков групп пенициллинов, цефалоспоринов, макролидов, аминогликозидов, фторхинолонов и карбапенемов при их сочетанном использовании с озоном в концентрации 1–6 мг/л и инактивацию антибиотиков при концентрации озона выше 6 мг/л [7].

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью на основе применения озонотерапии в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты исследования 49 (100%) больных, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии клиники им. академика И.К. Ахунбаева Национального госпиталя МЗ КР. Все исследуемые разделены на две группы. Первую (I) группу составили 28 (57,0%) больных желчнокаменной болезнью, прооперированных и получивших стандартную медикаментозную терапию без озонотерапии. Среди них мужчин было 2 (7%), женщин – 26 (93%) (табл. 1). С острым калькулезным холециститом было 21 (75%), а с хроническим – 7 (25%). Средний возраст пациентов составил $48,96 \pm 1,49$ лет, длительность заболевания желчнокаменной болезнью от 1 года до 10 лет.

Во вторую (II) группу включен 21 (43%) больной желчнокаменной болезнью, которым после оперативного лечения на фоне традиционной медикаментозной терапии назначена инфузионная озонотерапия (табл. 2).

Мужчин было двое (10,0%), а женщин – 19 (90,0%), средний возраст пациентов – 42,18±3,65 лет. Клиническая картина болезни была характерна для острого и хронического холецистита, больных с острым калькулезным холециститом было 18 (85,7%), с хроническим калькулезным холециститом – 3 (14,3%). Длительность заболевания колебалась от 1 года до 5 лет.

Оперативное лечение является одним из основных методов лечения ЖКБ и ее осложнений. Всем больным желчнокаменной болезнью произведена традиционная холецистэктомия под эндотрахеальным наркозом с использованием миорелаксантов. Осложнений во время наркоза не отмечалось.

Больные II группы в послеоперационном периоде с первых суток получали, на фоне традиционной медикаментозной терапии (инфузионная с целью коррекции ОЦК, анальгетическая, антибактериальная), инфузионную озонотерапию – ОФР 400,0 мл с концентрацией озона 4–6 мг/л один раз в день по общепринятой методике в течение первых трех суток после операции.

Для выявления клинической эффективности озонотерапии в качестве показателей использовали:

- наличие осложнений со стороны послеоперационной раны;
- температурную кривую в послеоперационном периоде;
- количество койко-дней в послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде из 21 больного II группы

в одном случае отмечено нагноение послеоперационной раны, что составило 4,7% от общего числа больных в этой группе. Из 28 больных I группы, пролеченных традиционными методами и не получавших озонотерапию в послеоперационном периоде, осложнение в виде нагноения послеоперационной раны зафиксировано у 5 больных, что составило 17,8% от общего числа больных этой группы (рис. 1).

Лечение осложнений со стороны послеоперационной раны в группе с применением озонотерапии не потребовало назначения дополнительных медицинских препаратов. У больной с нагноением послеоперационной раны ежедневно проводили перевязку и санацию раны с промыванием ОФР с концентрацией озона 8–10 мг/л, на 5-е сутки рана полностью очищалась, покрывалась активной грануляционной тканью, при этом не требовалось накладывания швов для стягивания краев раны, на 9-е сутки рана зажила и больная выписана. Для лечения нагноений операционной раны у больных I группы применяли активное ежедневное дренирование и санацию раны, иссечение некротических тканей, промывание фурациллином 1:5000 с применением местного ферментативного препарата – трипсина, антибиотиков до очищения раны, в двух случаях пришлось наложить на кожу дополнительные швы для приближения краев послеоперационной раны. Больные выписаны на 12–14-е сутки после операции.

Также, для оценки эффективности ведения больных с применением озонотерапии и без ее использования, мы наблюдали за температурной кривой, как показателями эндогенной интоксикации организма. Температурная кривая у больных с применением озонотерапии на 2-е сутки снижается до нормальных показателей (рис. 2).

Таблица 1

Распределение больных I группы по возрасту и полу

Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20–45	1	3,5	10	36,0	11	39,5
46–60	1	3,5	16	57,0	17	60,5
Всего	2	7,0	26	93	28	100

Таблица 2

Распределение больных II группы по возрасту и полу

Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20–45	1	5,0	9	43,0	10	48,0
46–60	1	5,0	10	47,0	11	52,0
Всего	2	10,0	19	90,0	21	100



Рис. 1. Количество больных с нагноением послеоперационной раны.

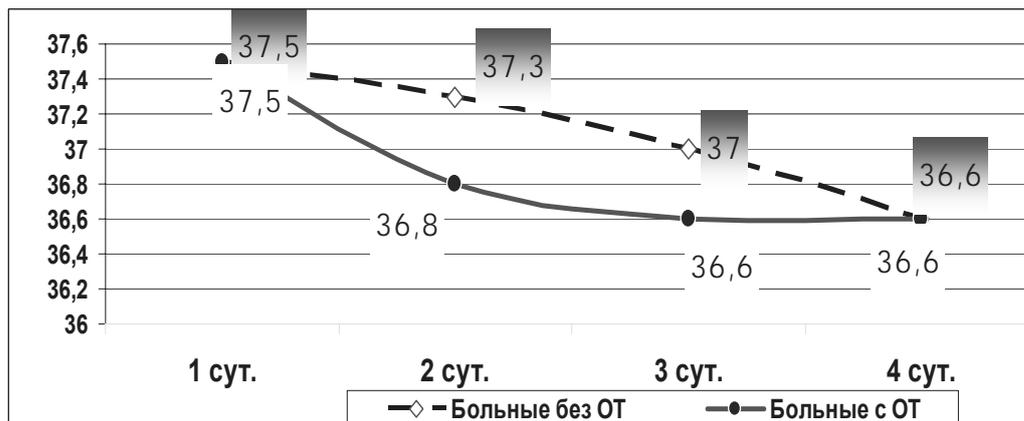


Рис. 2. Динамика температурной кривой у больных в послеоперационном периоде.

У больных, не получавших озонотерапию, отмечается постепенное снижение температуры тела и к 4-м суткам достигает нормальных показателей.

Длительность послеоперационных койко-дней является наглядным показателем преимуществ того или иного методов лечения. В нашем исследовании этот показатель колебался незначительно, хотя имелась тенденция к сокращению пребывания пациентов в стационаре в послеоперационном периоде (рис. 3).

Так, срок пребывания пациентов, получивших инфузионную озонотерапию, составил – $7,31 \pm 0,325$ койко-дней в послеоперационном периоде, а пациентов, пролеченных традиционными методами – $8,39 \pm 0,351$ койко-дней.

Таким образом, инфузионная озонотерапия – озонированным физиологическим раствором в объеме 400 мл с концентрацией озона 4–6 мг/л в течение трех суток после оперативного лечения у больных желчнокаменной болезнью – существенно способствует благопри-

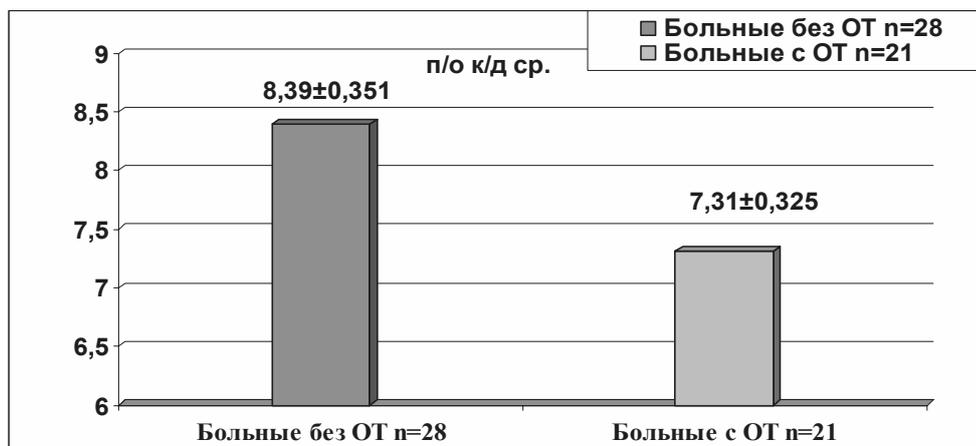


Рис. 3. Послеоперационное пребывание больных в стационаре.

ятному исходу заболевания, снижению послеоперационных гнойных осложнений со стороны раны до 4,7% и сокращению пребывания больных в стационаре до $7,31 \pm 0,325$ койко-дней в послеоперационном периоде.

Литература

1. *Логинов А.С.* Новое в диагностике и лечении желчнокаменной болезни // Тер. архив. – 2001. – №2. – С. 5–6.
2. *Галкин В.А.* Современные представления о патогенезе холелитиаза как основа принципов профилактики билиарной патологии // Тер. архив. – 2003. – №1. – С. 6–9.
3. *Александров В.Н., Озеров В.Ф., Слобожанкин А.Д. и др.* Коррекция иммунологического статуса больных желчнокаменной болезнью с целью предупреждения послеоперационных осложнений // Вестн. хир. – 1990. – №3. – С. 108–111.
4. *Кононов В.С.* Применение озон-ультразвукового воздействия в комплексе хирургического лечения больных с инфицированным панкреонекрозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2007. – 23 с.
5. *Варганов М.В.* Патогенетические и дифференцированные подходы к обоснованию цитокино-, озон- и лазеротерапии в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Пермь, 2006. – 33 с.
6. *Заривчатский М.Ф.* Влияние озонотерапии на показатели окислительного стресса при деструктивном холецистите. Актуальные проблемы хирургической гепатологии / М.Ф. Заривчатский, Н.А. Терехина, А.А. Владимиров // Матер. XIII конф. хир.-гепатол. – Алмата, 2006. *Анналы. хир. гепатол.* – Т. 11. – №3. – С. 200.
7. *Васина Т.А., Лазарева Е.Б., Шестоперов В.Е., Гогось Б.М.* Коррекция антибактериальной терапии при лечении озоном гнойно-воспалительных процессов в неотложной хирургии // Тез. докл. 2-й Всерос. научно-практ. конф. “Озон в биологии и медицине”. – Н. Новгород, 1995. – С. 32.