

Можно полагать, что саногенетический эффект используемого природного фактора при ЯБДК опосредован его нормализующим влиянием на процессы регенерации язвенного дефекта и функциональную способность гастродуоденальной системы, на состояние нейрогуморальной регуляции и иммунологической реактивности организма, тем самым способствуя длительному безрецидивному периоду.

Отмечено, что в последние годы в подходе к выбору наиболее оптимальных схем эрадикации происходят существенные изменения, обусловленные повсеместно растущей устойчивостью микроорганизмов к применяемым антибактериальным препаратам, а также регистрируемыми побочными эффектами со стороны желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы, органов кроветворения и других систем, при применении ряда противоязвенных средств, а также развитием постэрадикационного синдрома.

Выводы:

1. Включение ОЗТ повышает клиническую эффективность санаторно-курортного лечения пациентов ЯБДК и ускоряет наступление у них клинической ремиссии в связи со значительным позитивным влиянием медицинского озона на процессы регенерации язвенного дефекта.
2. Рекомендовано включать ОЗТ в эрадикационные схемы лечения пациентов с ЯБДК, а также проводить с профилактической целью повторные курсы введения медицинского озона с целью достижения длительной ремиссии заболевания.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

П. Н. Ковальчук, Л.С. Ковальчук

*УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь*

Перспективным направлением медицины стала разработка методов активации механизмов саногенеза, многие из которых основаны на использовании природных факторов, среди которых большой интерес представляет озон (Оз). Обладая высокой реактогенной способностью, Оз активно вступает в реакции с различными биологическими объектами, в том числе со структурами клетки. Под влиянием озона происходит нормализация процессов перекисного окисления липидов, активация антиоксидантной системы, усиливается оксигенация тканей, происходит нормализация различных метаболических расстройств, отмечено его сосудорасширяющее действие.

Многообразие лечебных эффектов озона, в том числе его способность оказывать антибактериальное и противовирусное действие, осуществлять противовоспалительное и иммуномодулирующее влияние послужило основанием для проведения озонотерапии в пульмонологии.

Изучение клинической эффективности использования озонотерапии при лечении пациентов бронхиальной астмой (БА), хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и острым бронхитом (ОБ) с бронхоспастическим синдромом.

Представлены результаты обследования и лечения пациентов с ХОБЛ (12 мужчин и 8 женщин) в возрасте 55-69 лет, с проявлениями ХЛН 1-2 степени, с БА эндогенной формы (8 женщин и 4 мужчины) в возрасте 36-62 года со среднетяжелым течением (из них 5 человек использовали ингаляционные гормональные препараты, а 4 - пероральные) и с ОБ с бронхоспастическим синдромом (4 женщины и 3 мужчины) в возрасте 30-52 года.

Время после окончания курса антибактериальной терапии было более 1 мес.

У многих пациентов отмечались сопутствующие проявления ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, хронической цереброваскулярной патологии, хронической риносинусопатии. Контрольную группу составили 16 пациентов ХОБЛ и 10 с БА, сопоставимых с основной группой по тяжести течения болезни, полу и возрасту пациентов, но получавших только традиционную медикаментозную терапию примерно в том же объеме и находившихся в стадии нестойкой ремиссии,

Курс озонотерапии включал 7-8 внутривенных капельных введений озонированного физиологического раствора с концентрацией Оз 2-4 мг/л, проводившихся 2-3 раза в неделю. Длительность курса составила 3 недели.

Больным с риносинусопатией перед курсом внутривенной капельной озонотерапии проводили местное введение озонированных растворов с целью санации очага инфекции. Больным ОБ назначали от 3 до 7 (в среднем 5) процедур внутривенного капельного введения озонированного физиологического раствора, начиная с концентрации 4-5 мг/л с последующим снижением до 1-3 мг/л при последующих проце-

дурах, проводившихся через день. Анализировались жалобы пациентов, физикальные данные, дозы лекарственных препаратов, пикфлоуметрия у пациентов с БА, показатели функции внешнего дыхания (ФВД) по кривой «поток-объем».

У пациентов с БА отмечено:

– уменьшение одышки после каждой процедуры, а также появление бронхолитического эффекта по данным ФВД;

– повышение работоспособности, ощущение бодрости, которые наблюдались после 2-3 процедур;

– уменьшение выраженности кашля уже через несколько процедур. У всех пациентов приступы удушья, в том числе ночные, стали реже;

– у 5 пациентов, получавших ингаляционные кортикостероиды, удалось снизить их дозу на 30-50%;

– все пациенты уменьшили дозу ингаляционных бронхолитиков в 1,5-2 раза;

– при наблюдении за пациентами в течение 6 мес после курса лечения, отмечена значительная, чем в прошлые годы, устойчивость к респираторным заболеваниям;

– в процессе курса лечения постепенно уменьшался суточный разброс показателей «пик-флоу» и увеличивались их абсолютные показатели, что косвенно свидетельствует об уменьшении бронхиальной обструкции.

У пациентов ХОБЛ отмечено:

– улучшение дыхания непосредственно после капельного введения озонированного физиологического раствора;

– уменьшение выраженности кашля, одышки через 2-3 процедуры, причем мокрота стала более светлой без использования антибактериальных препаратов, уменьшились проявления бронхиальной обструкции по данным исследования ФВД;

– все пациенты отмечали повышение работоспособности, уменьшение потливости, слабости в процессе курса лечения;

– у пациентов с сопутствующей цереброваскулярной недостаточностью отмечалось уменьшение головокружения, головных болей, а также степени колебаний, артериального давления.

У пациентов БА и ХОБЛ контрольной группы существенных изменений самочувствия, физикальных и функциональных данных не получено.

У больных ОБ уже после первой процедуры отмечалось уменьшение проявлений интоксикации, к концу курса повысилась работоспособность, прошли симптомы застойного воспалительного процесса – кашель, хрипы в легких, субфебрилитет.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности использования озонотерапии в восстановительном лечении пациентов как с хроническими обструктивными заболеваниями органов дыхания, так и при затяжном течении острого бронхита с бронхоспастическим синдромом.

По нашему мнению, применение озонотерапии особенно показано тем пациентам, у которых ограничена возможность применения ряда медикаментозных препаратов, а также при сопутствующих заболеваниях сердца: артериальной гипертензии, хронической цереброваскулярной патологии, риносинусопатии, при длительной интоксикации, снижении реактивности организма, низкой эффективности антибактериальной терапии, при частых обострениях хронических заболеваний органов дыхания.

## **ВЛИЯНИЕ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА НА ВЫХОД В РЕМИССИЮ ПОСЛЕ ПЕРВОГО ИНДУКЦИОННОГО КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ**

**Ж.М. Козич, В.Н. Мартинков, Д.К. Новик, А.Е. Силин**

*ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь*

Прогноз у пациентов с острым миелобластным лейкозом различен. Выживаемость пациентов с ОМЛ зависит от множества факторов. Достижение полной ремиссии является обязательным условием при лечении ОМЛ.

Мы проанализировали результаты лечения у 108 пациентов с впервые выявленным острым миелонидным лейкозом. Медиана возраста составила 54 (32-75). Группа исследования подразделялась на 5 подгрупп (M0-M4) (по FAB классификации), разделенных на две возрастные категории: <60 лет и >60 лет и составила соответственно 70 (64,8%), 38 (35,2%). Индукционную терапию по протоколу «7+3» получили 65