

Заключение

Приведенные примеры из «Салернского кодекса здоровья» свидетельствуют о устаревающих рекомендациях медиков средних веков. Салернская медицинская школа просуществовала до середины XIX в., но «Салернский кодекс здоровья остался лучшим памятником средневековой медицины». Этот труд, изданный впервые в 1480 г., затем много раз выходил на многих европейских языках. К 1970 г. «Салернский кодекс здоровья» переиздавался более 300 раз. Признанием больших и бесспорных заслуг Салернской школы явился тот факт, что XIV Международный конгресс историков медицины в 1954 г. заседал в Риме и Салерно, и «civitas Hippocratica» стала международным форумом ученых многих стран мира.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большая медицинская энциклопедия: в 30 т. / глав. ред. Б.В. Петровский. — 3-е изд. — Т. 14. — М.: Сов. Энциклопедия. — 1980. — 496 с.
2. *Заблудовский, П. Е.* Медицина в Европе в раннем и развитом средневековье / П. Е. Заблудовский // БМЭ. — 2-е изд. — М., 1960. — Т. 17 — С. 121.
3. *Мультановский, М. П.* История медицины / М. П. Мультановский. — М., 1967. — С. 96.
4. *Сточик, А. М.* О клинической подготовке врачей в средневековых университетах / А. М. Сточик, С. Н. Затравкин // Клинич. медицина. — 1998. — № 1. — С. 63-67.
5. *Angenendt, A.* Das Fruhmittelalter. Die abendlandische Christenheit von 400 bis 900 / A. Angenendt. — Stuttgart u.a., 1990. — P. 196-200.

УДК 616.342-002.44-085:615.835:546.214]:614.215

РАЦИОНАЛЬНАЯ ОЗОНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЮ ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Ковальчук П. Н., Ковальчук Л. С.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) является не только самым распространенным заболеванием среди трудоспособного населения развитых стран, но и наиболее актуальной проблемой гастроэнтерологии. По данным ВОЗ, заболеваемость ЯБДК ежегодно растет на 5–6 %. В целом в Республике Беларусь каждый седьмой взрослый житель страдает той или иной патологией желудочно-кишечного тракта. Распространенность язвенной болезни желудка составляет 7–13 %, а заболеваемость ЯБДК почти в 4 раза выше [4].

Санаторно-курортное лечение занимает важное место в системе оздоровления, профилактики и реабилитации населения и, соответственно, требует постоянного совершенствования применяемых в санатории методик, которые должны быть многонаправленными, доступными, и, что немаловажно, экономически выгодными. Одним из таких немедикаментозных методов лечения является озонотерапия (ОЗТ), основанная на результатах выполненных фундаментальных исследований по изучению влияния озона на организм человека, которые продемонстрировали его уникальные лечебные свойства [1, 5].

Озон (O₃) — аллотропная форма кислорода. Характерными продуктами целого ряда химических реакций озона являются озониды, которые образуются при реакции его с С=С связями. Рядом исследователей отмечено бактерицидное действие озона, которое распространяется на все виды Гр⁺ и Гр⁻ флоры. Выявлено также повышение чувствительности бактерий к действию антибиотиков и системы комплемента на фоне ОЗТ [2, 3]. Разностороннее действие ОЗТ при ЯБДК выражается, прежде всего, в противовоспалительном и антихеликобактериальном эффекте [1, 2]. Известно, что в концепции язвообразования нарушение местного кровообращения занимает одну из ведущих позиций.

При ОЗТ улучшение кровообращения достигается за счет значительного спазмолитического эффекта и улучшения реологии крови, а нормализация тканевого дыхания происходит благодаря лучшей отдаче кислорода эритроцитами [3, 5].

Таким образом, одним из наиболее сильных системных эффектов ОЗТ является про-тивогипоксический эффект, который реализуется в двух направлениях: через улучшение транспорта кислорода и за счет позитивного влияния на процессы утилизации кислорода.

Цель исследования

Изучение клинической эффективности ОЗТ у пациентов с ЯБДК и подбор рациональной терапии при данной нозологии в санаторной практике.

Материалы и методы исследования

На базе санатория Гомельского отделения Белорусской железной дороги проведена ОЗТ 62 пациентам с ЯБДК в возрасте от 36 до 50 лет, мужчин и женщин было, соответственно, 61,3 (38) и 38,7 % (24). Диагноз язвенной болезни подтвержден эндоскопически.

Контрольную группу составили из 62 обследованных 20 чел., сопоставимые с основной группой по тяжести течения болезни, полу и возрасту, но получавших только традиционное санаторно-курортное лечение в сочетании с медикаментозной терапией (из препаратов коллоидного висмута — де-нол; из антисекреторных препаратов — омепразол) примерно в том же объеме и находившихся на стадии нестойкой ремиссии.

Пациенты основной группы (42 чел.) получали медицинский озон, в большинстве случаев, в комплексе санаторно-курортного лечения; в отдельных случаях этот метод был использован как монотерапия и/или в сочетании с медикаментами, такими, как и в контрольной группе. Применяли внутривенные капельные инфузии озонированного физиологического раствора (ОФР), полученного на медицинском озонаторе фирмы «Медозон» (г. Москва), по 200,0 мл с концентрацией озона 2–2,4 мг/л, 2–3 раза в неделю, по 8 процедур. Дополнительно назначался прием озонированной дистиллированной воды внутрь по 200 мл 2 раза в день, а также прием озонированного масла по одной чайной ложке 3 раза в день.

Клиническое исследование включало анализ жалоб и оценку клинического состояния. Идентификацию *Helicobacter pylori* проводили иммуноферментным методом. Клиническая эффективность терапии было подтверждена эндоскопически.

Результаты и обсуждение

Оценивая результаты применения комбинации препаратов висмута, антисекреторного препарата и ОЗТ в комплексе традиционного санаторно-курортного лечения, отмечено существенное сокращение сроков наступления клинической ремиссии по сравнению с контрольной группой. Так, уже после двух внутривенных капельных введений ОФР у всех пациентов отмечалось купирование проявлений эндотоксикации, болевого и диспептического синдромов. В 50 % случаев после 3–4 процедур имело место уменьшение язвенного дефекта вдвое или рубцевание язвы.

При применении ОЗТ у пациентов с ЯБДК к концу лечения отмечалось исчезновение болевого синдрома в 97,6 % случаев, диспептических расстройств в 95,2 % случаев; эрадикация *Helicobacter pylori* наступала у 95,2 % обследованных. Получен также отчетливый положительный эффект, подтвержденный при эндоскопии в виде исчезновения или уменьшения признаков воспаления. При этом в 58,7 % (36 чел.) случаев к концу лечения наблюдалось полное исчезновение язвенного дефекта, причем сроки рубцевания уменьшались на 6–8 дней раньше по сравнению с общепринятыми.

Необходимо отметить, что при включении ОФР пациентам с ЯБДК, кроме процедур общего воздействия, большое значение имели местные процедуры. При местном воздействии озон преодолевает барьеры, созданные воспалением. Более того озонированное масло и озонированная вода оказывают бактерицидное действие, передают активный кислород тканям, ускоряют репаративные процессы заживления.

Одной из важнейших характеристик эффективности терапии является длительный безрецидивный период. В послесанаторном периоде достигнутый терапевтический эффект в основной группе сохранялся более 12 мес. у 26 из 42 пациентов, 10–12 мес. — у 16. В контрольной группе клинический эффект сохранялся более 12 мес. у 4-х пациентов, 10–8 мес. — у 6, 6–8 мес. — у 8, до 6 мес. — у 2. После санаторного лечения с применением ОЗТ обращаемость пациентов за врачебной помощью сократилась в 3 раза, а число временной нетрудоспособности в 2,5 раза, чего не отмечалось в контрольной группе.

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 иммунобиологической реактивности организма, тем самым, способствуя длительному безрецидивному периоду.

Заключение

Наши данные свидетельствуют о том, что при использовании медицинского озона купирование болевого синдрома, тошноты, изжоги, рвоты в среднем наступает на 3–5-е сутки после начала лечения. Эндоскопически подтверждено сокращение сроков эпителизации язвенного дефекта на 6–8-е сутки раньше общепринятых. Снижение воспаления в слизистой двенадцатиперстной кишки достигается за счет общего воздействия озонкислородной смеси, так и в результате местного применения озонированных материалов. Это ведет к ускорению процессов эпителизации язвенного дефекта.

Кроме того, использование ОЗТ в лечении пациентов ЯБДК позволяет добиться высокого процента эрадикации *Helicobacter pylori* со слизистой оболочки (95,2 %) при минимальном количестве медикаментов, что значительно уменьшает число осложнений, развивающихся при медикаментозной терапии. Антихеликобактериальное действие наиболее выражено при введении ОФР внутривенно капельно в комплексе с пероральным применением медикаментов — де-нола и омепразола.

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.

Все это способствует необходимости повышения эффективности существующих схем эрадикационной терапии пациентов ЯБДК благодаря наиболее адекватным сано- и патогенетически обусловленным подходам, к которым следует отнести природные и преформированные физические факторы, среди них на первое место следует поставить ОЗТ.

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.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алехина, С. П.* Озонотерапия: клинические и экспериментальные аспекты / С. П. Алехина, Т. Г. Щербатюк. — Н. Новгород: Литера, 2003. — 240 с.
2. *Ковальчук, Л. С.* Озон и здоровье человека / Л. С. Ковальчук // Современные подходы к продвижению здоровья: материалы ежегодн. науч.-практ. конф., Гомель, 19–20 янв. 2006 г. / Гомел. гос. мед. ун-т; под ред. Т. М. Шаршаковой, Г. В. Гатальской. — Гомель, 2006. — С. 74–76.
3. *Павлов, Д. С.* Озонотерапия в клинической практике / Д. С. Павлов // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2003. — № 5. — С. 49–54.

4. Порада, Н. Е. Заболеваемость населения Беларуси болезнями органов пищеварения / Н. Е. Порада // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2004. — № 3. — С. 13–16.

5. Bocci, V. Ozone as a bioregulator. Pharmacology and toxicology of ozonotherapy today / V. Bocci // J. Biol. Regulators and Homeostatic Agents. — 1997. — Vol. 10, № 2, 3. — P. 31–53.

УДК 616.1-085:615.835:546.214

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОКИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Ковальчук П. Н., Ковальчук Л. С.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время придается большое значение использованию немедикаментозных методов лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы [1, 3]. Одним из эффективных методов лечения и профилактики многих распространенных заболеваний является озонотерапия (ОЗТ). Она оказывает мощное воздействие на патогенетические звенья заболеваний, чем обуславливает полное или частичное восстановление деятельности внутренних органов и систем, способствует повышению функций адаптационных физиологических механизмов [3]. По мнению ряда отечественных и зарубежных авторов [2, 4, 5], достижение эффективности ОЗТ в результате воздействия данного природного лечебного фактора, осуществляется благодаря многогранным эффектам озона. Озон способствует стимуляции метаболизма, оказывает антигипоксическое действие, улучшает реологические свойства крови, снижает общее периферическое сопротивление сосудов, нормализует липидный обмен, повышает неспецифическую резистентность организма.

Цель исследования

Определение у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы возможности курсового применения ОЗТ и оценка влияния ее на клиническое течение заболевания и обменные процессы.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено в санатории Гомельского отделения Белорусской железной дороги. Было обследовано 116 пациентов (67 мужчин и 49 женщин) ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте от 40 до 67 лет (средний возраст 50,9 года). Стабильная стенокардия диагностирована у 92, аритмический вариант (постоянная форма фибрилляции предсердий) — у 14 и постинфарктный кардиосклероз у 10 пациентов. У 61 пациента ИБС сочеталась с артериальной гипертензией (АГ). АГ 1-й степени зарегистрировано у 42, 2-й степени — у 19 пациентов. При стратификации класса риска у 21 пациента определен 1-й класс, у 19 — 2-й и у 21 — 3-й класс риска. У 40 чел. имелись симптомы хронической сердечной недостаточности (ХСН), которая по классификации NYHA у 28 соответствовала функциональному классу (ФК) I, а у 12 — ФК II. Продолжительность заболевания на момент обследования колебалась от 1 года до 15 лет (в среднем $6,3 \pm 1,7$ года).

Всем пациентам проводили клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Уровень гиперхолестеринемии оценивали по классификации Европейского атеросклеротического общества: до 5,2 ммоль/л — нормальный уровень; 5,3–6,5 ммоль/л — легкая; 6,6–7,8 ммоль/л — умеренная; более 7,8 ммоль/л — высокая гиперхолестеринемия. В разработку не включали пациентов, которые получали препараты, снижающие уровень общего холестерина (ОХ), — статины. Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы пациентам записывали электрокардиограмму на электрокардиогра-