

УДК 612.014.464:614.812

ОЗОН ДЛЯ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

В.В. Талаквдзе, Л.М. Шанидзе, Л.Г. Дзидзигури,

Педиатрическая академическая клиника им. Г. Жвания Тбилисского государственного медицинского университета,
Ассоциация озонотерапевтов Грузии, г. Тбилиси

Талаквдзе Владимир – e-mail: lado68@yandex.ru

Приведен клинический пример успешного применения системной и локальной озонотерапии при лечении пациента с тяжелой осложненной пневмонией. Показана динамика состояния больного, результаты лабораторных и функциональных исследований. Пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии, полностью реабилитирован.

Ключевые слова: тяжелая пневмония, озонотерапия, клинический случай.

A clinical example of the successful use of system and local ozone therapy in the treatment of patients with severe complicated pneumonia is described. Dynamics of the patient's state, results of laboratory tests and functional studies are shown. The patient was discharged fully rehabilitated in satisfactory state.

Key words: severe pneumonia, ozone therapy, clinical caset.

Больной, 17 лет, рост 170 см, вес 68 кг, профессиональный спортсмен-дзюдоист, поступил в Педиатрическую академическую клинику им. Г. Жвания Тбилисского государственного медицинского университета Республики Грузия 12.09.2012 г. в 11.40.

В связи с тяжестью общего состояния больной был госпитализирован в реанимационное отделение с диагнозом: двусторонняя крупозная пневмония – острое течение. Дыхательная недостаточность. Энцефаломиелополирадикулонейропатия. Для подтверждения диагноза была проведена электронейромиография нижних конечностей – выявлены явления димиелинизации моторных волокон. ЯМР головного и спинного мозга без патологии. УЗИ брюшной полости – гепатоспленомегалия. Клинический анализ ликвора на наличие вируса герпеса и Эпштейна Барра положительный. В общих анализах крови, мочи, коагулограмме, функциях печени, газах крови – значительные отклонения от нормы. В общем анализе крови лейкопения палочки XXXX – 7%, соэ – 10, С-реактив. белок – 40, коагулограмма без патологии, общий белок – 61, креатинин – 167, мочевины – 148, общий холестерин – 2,75, анализ мочи: белок – 0,23, тесты на ВИЧ и гепатит отрицательные. Функции печени: АлАТ – 120, АсАТ – 300, общий билирубин – 40, прямой – 7,0. Проводилась интенсивная дезинтоксикационная антибиотико- (Меропенем + Ванковер), гормональная (дексаметазон в/в) корригирующая, кислородотерапия.

12.09.2012 г. в 22.00 переведён на ИВЛ. Состояние больного оставалось тяжёлым.

Тяжесть обуславливалась полиорганным повреждением организма и септическим процессом. С третьего дня добавлены к лечению: плазмаферез (7 сеансов), имунноглобулин в/в 0,4 г/кг веса.

19.09.2012 г. в 13.00 развился двусторонний пневмоторакс, который был дренирован с обеих сторон – впоследствии осложнённый пиопневмотораксом.

20.09.2012 г. – операция «трахеостомия».

На основании бактериологического анализа мокроты и гноя отделимого из плевры проводилась антибиотикотерапия: ципрофлоксацилины, тиенали, меркацин, макромед, мерекс, ванкомицин, коломицин, рифампицин поэтапно. Плановые бронхоскопии, промывания плевральных полостей. Ежедневно проводился расширенный консилиум (реаниматологи, торакохирурги, педиатры, инфекционисты, невропатологи).

До конца ноября 2012 года состояние больного оставалось тяжёлым, периодически крайне тяжёлым: арефлексия, t тела до 40°C, тахикардия 140, высокое АД 160/100 мм рт.ст., обильное гнойное отделяемое из плевральных областей, грубые отклонения от нормы в анализах крови. В общем анализе крови выявились лейкомицетозная реакция миелоидного типа, лейкоцитоз, нейтрофилоз, увеличение процентного содержания молодых форм нейтрофилов – сдвиг влево; лейкоциты – 22,10⁹/л, миелоциты – 4%, метамиелоциты – 4%, палочкоядерные нейтрофилы – 16%, полисегментоядерные нейтрофилы – 68%, соэ – 60, в нейтрофилах наблюдается токсогенная зернистость (+++), нормохромная анемия, микро-макроанизоцитоз, тромбоцитоз. С-реактив. белок – 42 мг/д, общий белок – 52, креатинин – 96, мочевины – 9,5, общий холестерин – 2,75.

Функция печени: АлАТ – 133,8 АсАТ – 129,2 РФ – 20, гнойный экссудат в цитологическом исследовании мокроты, большая часть клеток разрушена и представлена в виде детрита, покрытая в поле зрения нейтрофилами. Бактериологическим анализом мокроты была выделена синегнойная грамотрицательная *Pseudomonas pp.*, которая имела чувствительность только лишь к фосфомицину. Наличие пролежней на ягодиче и затылочной области головы, резкое похудание и частичная атрофия мышц.

Консилиум от 23.11.2012 г. постановил: к проводимому лечению подключить курс озонотерапии.

28.11.2012 г. больной стал получать курсовое лечение DAGOT через день, начали с 10 мг/л – доведено до 40 мг/л. Всего проведено 15 процедур. Местно на пролежни применялось озонированное оливковое масло.

После третьей процедуры состояние больного стало улучшаться, выразившееся в снижении t тела до 37,5–38,0°C, появились слабые рефлексы в правых конечностях, тахикардия уменьшилась до 100–110, АД стабилизировалось до 130–140/90–100. Гнойные выделения из плевральных полостей сократились, пролежни стали очищаться, появились признаки грануляции.

WBC – 14,9–10⁹/л; RBC – 3,0–10¹²/л; HGB – 8,8 g/dl; HCT – 26,1%; Bands – 10;

Neutrophils – 69,2–11,8% 10⁹/л; Lymphocytes – 10,8; 1,6% 10⁹/л; Monocytes – 8,3; 1,2% 10⁹/л; Eosinophils – 1,6; 0,2% 10⁹/л; Basophils – 0,1; 0% 10⁹/л; соэ – 37 мм/ч.

Резко уменьшилось количество лейкоцитов, отклонение формулы только до метамиелоцитов, уменьшилась токсогенная зернистость в нейтрофилах (++) , уменьшилось С-реактив. белок.

По биохимическим исследованиям стали соответствовать норме АлАТ, АсАТ, ЩФ. Функция печени: АлАТ – 37, АсАТ – 27,7, общ. билирубин – 12,3, прямой – 4, щелочная фосфатаза – 168, GGT – 168, вирус герпеса и Эпштейн Барра отрицательные. Бактериологическим исследованием мокроты (16.11.2012) вновь выделена *Pseudomonas pp.*, хотя возросла чувствительность к антибиотикам. Микроорганизм стал чувствительным к шести антибиотикам: ванкомицин +2, азитромицин +4, флуконазол +3, кетоконазол +3, амфотерицин-В +3, сефепим +4.

На основании бактериологического анализа мокроты назначена антибактериальная терапия и продолжалась озонотерапия. К 12.12.2012 больной постепенно был отключён от аппарата ИВЛ – дыхание спонтанное, через трахеотомическую трубку.

14.12.2012 удален правый плевральный дренаж, 18.12.2012 – левый. Сознание ясное, критичен, адекватен, разговаривает. Питание самостоятельное, без поперхиваний. Отмечается прибавление в весе. Объём активных и пассивных движений, а также сила в конечностях нарастают. 30.12.2012 курс озонотерапии был завершён.

Отметилась положительная динамика клинически и рентгенологически, все клинические анализы в пределах нормы, поверхностный пролежень в стадии заживления.

WBC – 12 – 10⁹/л; RBC – 3,3 – 10¹²/л; HGB – 9,6 g/dl; HCT – 29,2%; PLT – 3; Bands – 3;

Neutrophils – 60–7,5% 10⁹/л; Lymphocytes – 22; 2,6% 10⁹/л; Monocytes – 8; 0,9% 10⁹/л; соэ – 37 мм/ч.

30.12.2012 г. в удовлетворительном состоянии после удаления трахеотомической трубки (заживление раны на 11-й день) больной переведён в общее хирургическое отделение, где был проведён курс реабилитации. Пролежень остался лишь на ягодице, значительно уменьшенный в размере (5,0x4,0).

18.01.2013 г. больной в удовлетворительном состоянии выписан на дальнейшее восстановительное лечение по месту жительства (больной иногородний) с рекомендациями.

Состояние при выписке: сознание ясное, речь внятная, память не страдает, эмоциональная сфера живая, сон здо-

ровый – ночной. Гиподинамика стабильная, дыхание везикулярное (рентгенография лёгких без грубых изменений), аппетит сохранён, стул, диурез в норме. Общие анализы крови и мочи, биохимические показатели, коагулограмма и газы крови, SPO₂ в пределах нормы. Больной с помощью персонала способен медленно передвигаться по палате.

Введение медицинского озона оказало общеоздоравливающее действие на организм – оно улучшило реологические свойства и микроциркуляцию крови, резко повысило снабжение тканей кислородом, вывело из организма накопившиеся в нём токсины. 