

Андрейчин С.М.

Вдосконалення комплексної терапії хронічних проктосигмоїдитів

Тернопільська медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Вдосконалення комплексної терапії хронічних проктосигмоїдитів – Вивчено вплив комплексного лікування із застосуванням Силларду П на клінічний перебіг хронічних проктосигмоїдитів. Обстежено 150 хворих. Встановлено, що поєднання загальноприйнятого лікування та ректального обпилення Силлардом П викликає швидшу, ніж при традиційному лікуванні, регресію клінічних симптомів хвороби та змін слизової товстої кишки.

Усовершенствование комплексной терапии хронических проктосигмоидитов – Изучено влияние комплексного лечения с применением Силларда П на клиническое течение хронических проктосигмоидитов. Обследовано 150 больных. Выявлено, что комбинированное применение общепринятого лечения и ректального опыления Силлардом П вызывает более быструю, чем при традиционном лечении, регрессию клинических симптомов болезни, а также изменение слизистой оболочки толстой кишки.

Improvement of Chronic Proctosigmoiditis Complex Therapy – Influence of complex treatment with Sillardum P application on clinical course of chronic proctosigmoiditis has been studied. 150 patients were examined. It was established that combination of conventional treatment and rectal spraying by Sillardum P causes faster regression of disease clinical symptoms and large intestine mucous changes than during traditional treatment.

Ключові слова: хронічний проктосигмоїдит, пронос, Силлард П, колосорбція, лікування.

Ключевые слова: хронический проктосигмоидит, понос, Силлард П, колосорбция, лечение.

Key words: chronic proctosigmoiditis, diarrhea, Sillardum P, colosorption, treatment.

Вступ Хронічні проктосигмоїдити займають вагоме місце у структурі хвороб шлунково-кишкового тракту [5]. Часті рецидиви, порушення психоемоційної сфери призводять до довготривалого зниження працездатності, тому розробка лікування має важливе соціальне значення [4].

Метою роботи було вивчити вплив різних методів лікування на клінічний перебіг хронічних проктосигмоїдитів.

Матеріали і методи Під спостереженням було 150 хворих на хронічний проктосигмоїдит з проносом. Вони були віком від 18 до 76 років.

Захворювання діагностували на підставі клінічної симптоматики, ректороманоскопічного обстеження та досліджень біоптату слизової прямої кишки.

Біоптат у хворих брали в одному і тому ж місці (середньо-верхня частина правої складки). Препарат забарвлювали гематоксилінеозином.

У лікуванні використовували порошок Силлард П, який належить до кремнієорганічних сорбентів. Колосорбцію проводили за допомогою ректального розпилювача [3]. Силлард П (4-6 г) вводили у вигляді кисневого аерозолю окремими порціями в пряму кишку після попередньої очисної клізми.

Результати дослідження та їх обговорення Хворих з легким перебігом хронічного проктосигмоїдиту було 25 (16,7 %), середньоважким – 110 (73,3 %), важким – 15 (10 %). Під час обстеження вони скаржились на пронос, нудоту, біль у животі, здуття його, відрижку, анальне свербіння, зниження апетиту, загальну слабкість.

Дані біопсійного дослідження вказували на різного ступеня гіпертрофічні та атрофічні зміни слизової оболонки прямої кишки.

Основними супутніми захворюваннями були виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, хронічний гастрит, гепатит, панкреатит, цукровий діабет. У 79 (52,7 %) хворих було декілька супутніх захворювань. Отже, хронічний проктосигмоїдит виявлявся на тлі хронічної патології різних органів травлення.

Відповідно до способу лікування хворих поділили на три групи. Перша (контрольна – 30 чол.) отримувала загальноприйняте патогенетичне лікування (вітаміни, в'яжучі, десенсибілізуючі та ферментні препарати, дезінтоксикаційні розчини тощо), друга (100 чол.) додатково – ректальне обпилення Силлардом П. Кількість обпилень визначали стосовно важкості хвороби (від 1 до 4 разів). Третя група (20 чол.), окрім хронічного проктосигмоїдиту, мала чіткі ознаки ураження шлунка, тонкої кишки та гепатобіліарної системи. Тому, поряд із загальноприйнятим лікуванням і ректальним обпиленням, призначали Силлард П всередину двічі на день (вранці та на ніч).

Вже на другий день після першого обпилення Силлардом П хворі спостерігали клінічне покращення: зменшився або зник біль, пронос, поліпшився загальний стан тощо. У контрольній групі в цей час суттєвих змін не виявлено (табл. 1).

Під час виписки із стаціонару клінічну ремісію спостерігали у 16 чол. (58,3 %) першої, 94 чол. (94 %) другої та у 18 чол. (90 %) третьої груп. У хворих другої і третьої груп також спостерігалось значне покращення стану слизової товстої кишки: зменшились набряк, гіперемія, тьмяність, пухкість, нашарування слизу.

Таблиця 1. Частота клінічних проявів хронічного проктосигмоїдиту залежно від способу лікування

Симптоми	Надходження			Перші дні лікування			Виписка			Ремісія		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Пренос n	90	100	20	90	14	4	14	6	2	20	10	2
%	100	100	100	100	14	20	47	6	10	61	10	10
Біль у животі n	90	87	20	27	18	4	14	6	1	21	14	2
%	100	87	100	90	18	20	47	6	5	70	14	10
Здуття живота n	90	76	20	28	20	3	14	6	1	20	16	1
%	100	76	100	99	20	15	47	6	5	61	16	5
Зміни копрограм n	90	89	20	29	18	3	14	6	2	18	12	2
%	100	89	100	97	18	15	47	6	10	60	12	10

Примітка: перша група – традиційне лікування, друга група – колосорбція, третя група – пероральна ентеросорбція і колосорбція.

Повторні обстеження через 3-6 міс. після виписки показали частішу ремісію у лікованих Силлардом П порівняно з контрольною групою.

Значне покращення стану хворих і слизової товстої кишки при колосорбції Силлардом П обумовлене його зданістю вбирати різні речовини [1]. Крім того, колосорбція Силлардом П суттєво покращує кровопостачання прямої кишки [2]. Очевидно, ці впливи обумовлюють успіх у лікуванні.

Висновки 1. Ректальне обпилення хворих на хронічний проктосигмоїдит, що супроводжується проносом, Силлардом П викликає швидшу, ніж при загальноприйнятому лікуванні регресію клінічних симптомів хвороби та змін слизової товстої кишки. **2.** Поєднання загальноприйнятого лікування, ректального обпилення Силлардом П і призначення його всередину у хворих з хронічним проктосигмоїдитом і чіткими ознаками ураження тонкої кишки та гепатобіліарної системи значно покращує клінічний перебіг цих захворювань.

1. Андрейчин М.А., Гнатюк М.С. Энтеросорбенты как засіб очищення організму.– К.: Т-во “Знання” України.– 1992.– 48 с.

2. Андрейчин С.М. Кровообіг слизової оболонки прямої кишки у хворих на хронічний проктосигмоїдит // Матеріали XXXIX підсумкової наукової конференції “Здобутки клінічної та експериментальної медицини”.– Тернопіль, 1996.– С. 8-10.

3. Луцук О.С., Андрейчин С.М., Копча В.С. Спосіб місцевого лікування колітів // Інфекційні хвороби.– 1995.– № 2.– С. 37-39.

4. Нейко В.Е. Хронический неязвенный колит. Новые подходы к патогенезу и лечению: Автореф. дисс... доктора мед. наук.– Киев, 1991.– 46 с.

5. Фролькис А.В. Хронический неспецифический неязвенный колит //Санкт-Петербургские врачебные ведомости.– 1994.– № 7.– С. 24-26.