

Вплив сорбційної терапії на перебіг хронічних невиразкових проктосигмоїдитів з гіпертрофічними і атрофічними змінами слизової товстої кишки

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Вплив сорбційної терапії на перебіг хронічних невиразкових проктосигмоїдитів з гіпертрофічними і атрофічними змінами слизової товстої кишки – Вивчено вплив комплексного лікування із застосуванням силарду П на клінічний перебіг хронічних проктосигмоїдитів з різними змінами слизової кишки. Обстежено 145 хворих. Найкращий результат отримано при застосуванні силарду П у поєднанні із загальноприйнятим лікуванням у хворих з гіпертрофічними і помірно атрофічними змінами слизової товстої кишки.

Влияние сорбционной терапии на течение хронических неязвенных проктосигмоидитов с гипертрофическими и атрофическими изменениями слизистой толстой кишки – Изучено влияние комплексного лечения с применением силларда П на клиническое течение хронических проктосигмоидитов с разными изменениями слизистой толстой кишки. Обследовано 145 больных. Лучший результат получен при применении силларда П в комбинации с общепринятым лечением у больных с гипертрофическими и умеренно атрофическими изменениями слизистой толстой кишки.

sorption therapy influence on the course of chronic non-ulcer proctosigmoiditis with hypertrophic and atrophic changes of large intestinal mucous – Influence of complex treatment with sillardum P application on clinical course of chronic proctosigmoiditis with various changes of intestinal mucous has been studied. 145 patients were examined. The best result was obtained at sillardum P application in combination with traditional treatment in patients with hypertrophic and temperately atrophic changes of large intestinal mucous.

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 Пошук нових шляхів фармакологічного впливу на клінічний перебіг хронічних проктосигмоїдитів з метою поліпшення якості лікування є актуальною проблемою сучасної гастроентерології. Останнім часом значний інтерес у цьому аспекті привертають до себе сорбенти [3, 5]. Статистика новітніх досліджень свідчить, що кількість таких хворих постійно зростає. Ця проблема сьогодні розглядається не тільки в контексті науково-практичної медицини, але й охоплює собою важливі соціально-економічні напрямки державної політики.

Метою роботи було вивчити вплив сорбційної терапії на клінічний перебіг хронічних проктосигмоїдитів з гіпертрофічними і атрофічними змінами слизової.

Матеріали і методи Досліджено 145 хворих на хронічний невиразковий проктосигмоїдит з проносом у віці від 18 до 76 років (чоловіків – 69, жінок – 88).

Захворювання підтверджували ректороманоскопічним обстеженням та дослідженням біоптату слизової прямої кишки.

Використовували загальноприйнятту терапію і порошок силларду П (кремнійорганічний сорбент). Останній (4-6 г) вводили у вигляді кисневого аерозолу за допомогою ректального розпилювача після попередньої очисної клізми [4].

Результати дослідження та їх обговорення Всіх хворих обстежували в розпал захворювання, до лікування та після його закінчення (виписка і через 3-6 міс.). Відповідно до способу лікування хворих поділено на три групи. Перша (контрольна) – отримувала традиційне лікування, друга – додаткове ректальне обпилення силлардом П, третя – поряд із загальноприйнятим лікуванням і ректальним обпиленням призначали силлард П всередину двічі на день.

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

Як видно з таблиці 1, найкращі показники лікування були у хворих з гіпертрофічними змінами прямої та сигмоподібної кишок. При помірній і середній атрофії результати лікування були дещо гіршими. Найгірші результати отримано у пацієнтів з вираженою атрофією дистального відділу товстої кишки. При виписці найліпші результати отримано в осіб третьої групи. Показники лікування в другій групі були дещо гіршими, ніж в третій, але значно кращими, ніж у першій.

Для ілюстрації отриманих даних приводимо виписку історії хвороби.

Хворий Л. 43 роки, поступив із скаргами на біль в епігастрії, що підсилюється після вживання алкоголю, гострої, смаженої їжі, печію, постійний тупий біль внизу живота зліва, здуття живота, проноси до 6 разів на добу, виражену загальну слабкість.

Вважає себе хворим протягом чотирьох років, коли вперше був виставлений діагноз: хронічний гастрит із збереженою секреторною функцією в стадії загострення. Через рік почалися проноси.

Хворий худий. Шкіра бліда, тургор знижений. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Тони серця звучні. Пульс 72 за 1 хв, задовільних властивостей. АТ 120 і 70 мм. рт.ст. У легенях везикулярне дихання. Живіт м'який, при пальпації болючий в епігастрії і проекції сигмоподібної кишки, яка розширена, спазмована. Випорожнення рідкі, з домішками слизу.

Аналіз крові: ер.3,3-1012/л, НВ 118 г/л, КП 1,0, лейк.8,8·10⁹/л, еоз. 2%, п. 5 %, с. 57 %, л.36 %, м.0 %, ШОЕ 22 мм/год. Кoproграма: кал напівсформований, світло-коричневий з прожилками слизу, лейкоцити 10-20 у полі зору; нейтральний жир – мало, перетравлена клітковина – багато, найпростіших, яєць глистів не виявлено.

Фіброгастродуоденоскопія: слизова шлунка різко гіперемована, велика кількість слизу. Ректороманоскопія: слизова прямої і сигмоподібної кишок темно-червоного кольору, тьмяна, набрякла; на стінках слиз. Дослідження біоптату слизової сигмоподібної кишки: явища гіпертрофічного коліту, крипти видовжені, щільно розташовані, строма між ними практично відсутня, підвищена секреція бокаловидних клітин. Висновок: гіпертрофічний коліт у стадії катарального запалення.

Клінічний діагноз: Хронічний гастрит із збереженою секреторною функцією в стадії загострення. Хронічний невиразковий проктосигмоїдит в стадії загострення.

Лікування: дієта № 1, де-нол, оксацилін, фуразолідон, маалокс, церукал, вітаміни групи В і С, водна суспензія силларду П всередину та ректальне його введення.

Вже на другий день припинилась діарея, на третій зникли відчуття болю внизу живота і метеоризм.

При виписці (14-й день лікування) скарги відсутні. Язик вологий, без нальоту, живіт м'який, при пальпації безболючий на всьому протязі.

Аналіз крові: ер. 3,7·10¹²/л, НВ 110 г/л, КП 0,9, лейкоц. 5,9·10⁹/л, еоз. 4 %, п. 4 %, с. 55 %, л. 36 %, м. 1 %, ШОЕ 10 мм/год. Копрограма: кал оформлений, коричневий, лейкоцити 1-2 в полі зору, нейтральний жир – зрідка в препараті, м'язові волокна на різній стадії перетравлення, жирні кислоти – в значній кількості. Ректороманоскопія: слизова прямої і сигмоподібної кишок яскраво-червоного кольору, слизу немає.

Через 42 дні після виписки із стаціонару скарг немає. Об'єктивно: шкіра і слизові оболонки ротової порожнини блідо-рожевого кольору. Пониженого харчування. Тургор шкіри збережений. Язик вологий, чистий. Тони серця ритмічні, звучні. Пульс 74 за 1 хв. АТ 120 і 75 мм.рт.ст.

Над легеньми везикулярне дихання. Живіт м'який, не болючий. Сигмоподібна кишка не спазмована, при пальпації не болюча.

Покращення загального стану хворих і слизової товстої кишки з гіпертрофічними та помірними атрофічними змінами при використанні колосорбції з силлардом П обумовлене його здатністю сприяти поліпшенню морфології слизової оболонки, зокрема стану крипт, нормалізації ядерно-цитоплазматичного співвідношення, товщини підслизового шару [2], а також покращення кровопостачання прямої кишки [1]. При виражених атрофічних змінах ефект від лікування є незначним у зв'язку з незворотним патологічним процесом.

Висновки 1. Комбінована терапія хронічних невиразкових проктосигмоїдитів з діарейним синдромом із використанням колосорбції силлардом П призводить до швидкої регресії клінічних симптомів. **2.** Найкращі результати лікування отримані у хворих з гіпертрофічними і помірно атрофічними змінами слизової дистальних відділів товстої кишки, незначний ефект – при вираженому атрофічному проктосигмоїдиті.

1. 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.

2. Андрейчин С.М., Гнатюк Н.В. Морфометрична характеристика товстої кишки при хронічному коліті залежно від методу лікування //Матеріали XL підсумкової наукової конференції, присвяченої 40-річному ювілею академії “Здобутки клінічної та експериментальної медицини” – Тернопіль, 1997. – ч.ІІ. – с.491-493.

3. Івахів О.Л. Ефективність вуглецевого сорбенту СВГС і силібора в лікуванні хворих на сальмонельоз //IV конгрес світової федерації лікарських товариств: Тези. 9-14 серпня 1992 р., Харків. – Харків, 1992. – с. 178-179.

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

5. Стеценко В.В., Павліковська В.В. Динаміка змін мікробіоценозу товстої кишки під впливом ентеросорбентів у недоношених немовлят //Научно-практическая конференция “Новое в диагностике и лечении заболеваний органов пищеварения”: Тезисы докладов. 14-15 декабря 1994 г., Харьков. – Харьков, 1994. – с. 136.

Таблиця 1. Ефективність лікування хворих на хронічний невиразковий проктосигмоїдит залежно від змін слизової товстої кишки

Зміни слизової	Період хвороби	Проктос			Біль у жмені			Метеоризм		
		1-а група n-30	2-а група n-03	0-я група n-20	1-а група n-30	2-а група n-05	0-я група n-20	1-а група n-30	2-а група n-03	0-я група n-20
Гіпертрофічні	I	10	6	9	10	15	9	10	10	9
	II	2	-	-	1	-	-	3	-	-
	II	2	-	-	3	-	-	3	1	-
Гомірно і середньо атрофічні	I	16	66	15	16	65	15	16	66	15
	II	0	1	-	3	2	-	7	4	-
	II	14	3	1	14	6	-	14	9	-
Виражені атрофічні	I	4	7	2	4	7	2	4	7	2
	II	4	5	2	4	4	1	4	3	1
	II	4	6	2	4	6	2	4	4	2