

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)

Работа является фрагментом НИР «Хирургические заболевания в современных условиях: особенности этиологии, патогенеза, клинического течения, усовершенствование диагностической и лечебной тактики. Прогнозирование осложнений и оценка эффективности лечения», № государственной регистрации 0100U07024.

Вступление. Неспецифический язвенный колит (НЯК) является рецидивирующим некротическим воспалением слизистой оболочки толстой и прямой кишки с их эрозивно-язвенным поражением и часто вовлечением в процесс ряда других органов [2,6]. НЯК сравнительно мало изучен и поэтому плохо поддается лечению. Лишь в последние годы он больше стал привлекать внимание ученых разных специальностей. В то же время это заболевание весьма распространено в ряде стран Западной Европы и США. Ряд авторов отмечает склонность к заболеваемости НЯКом представителей некоторых национальностей. Украина не является исключением. Болеют чаще молодые люди (20-30 лет). Большинство клиницистов в этиологии и патогенезе НЯК видят ведущую роль инфекционного фактора, который под влиянием различных внешних и внутренних агрессивных воздействий приводит к дистрофическим и дегенеративным изменениям в слизистой оболочке толстого кишечника. Сначала это аутоагрессивные воспалительные реакции в кишечном эпителии, а затем и во всей слизистой, сопровождающиеся гиперемией ткани, геморрагическими изъязвлениями. В просвете кишечника могут быть следы крови, гнойного отделяемого и множественные язвенные дефекты слизистой [1].

В классификации НЯК различают по течению: молниеносный, острый, хронический, рецидивирующий, хронический непрерывный; по степени тяжести: легкой, средней степени тяжести и тяжелой; по распространенности поражения: тотальный колит и дистальный колит (проктосигмоидит, проктит) [5].

Лечение больных НЯК представляет значительные трудности и зависит от тяжести течения и наличия осложнения, как местного, так и общего характера. В практической медицинской практике эти вопросы решаются совместно с гастроэнтерологами и проктологами. Как правило, консервативной терапии поддаются легкие и средней тяжести формы НЯК, а также некоторые осложненные формы, которыми занимаются проктологи.

При отсутствии эффекта от терапевтического лечения, либо манифестации осложнений во время консервативной терапии ставится вопрос об оперативном методе лечения. Поскольку консервативное лечение включает в себя элементы предоперационной подготовки, то начало операции может быть назначено в любое время стационарного лечения [3,4].

Основным методом хирургического лечения НЯК является резекция толстой кишки или колэктомия. На сегодняшний день остается открытым вопрос определения уровня резекции. Основная проблема заключается в рецидиве заболевания, проявляющегося в оставшемся участке толстого кишечника. Вот почему необходимо разработать эффективную консервативную посттолерантную реабилитацию, чтобы избежать релапаротомии и повторного удаления оставшейся части толстого кишечника. Доказано, что применение специфической комплексной терапии в предоперационном периоде и совершенствование техники хирургических манипуляций за последние годы позволили снизить послеоперационную летальность с 26 % до 12.5 % [5].

Целью работы была оптимизация тактики консервативного лечения НЯК с использованием её в предоперационной подготовке и реабилитации послеоперационных больных.

Объект и методы исследования. В работе проанализированы особенности течения хронического рецидивирующего НЯК средней степени тяжести заболевания с учетом эффективности отдельных методов лечения. Под наблюдением находилось 30 больных, госпитализированных в гастроэнтерологический центр и проктологическое отделение ПОКБ им. Н. В. Склифосовского (г. Полтава) с 2004 по 2010 год, из них мужчин – 12, женщин – 18, в возрасте от 28 до 40 лет. Длительность заболевания до 3 лет. Все больные обследовались согласно стандартной схемы диагностики. Больные были разделены на 2 группы по 15 человек. Первая группа обследовалась и лечилась соответственно по стандартной методике с использованием преднизолона внутрь 40 мг в сутки, сульфасалазин внутрь 2 г в сутки, микроклизма с гидрокортизоном 125 мг в сутки. При необходимости применяли симптоматические средства. Вторая группа лечилась по разработанной нами методике: режим 2, диета 4; per os: масалазин 1 г, преднизолон 20 мг, метронидазол 200 мг, микроклизмы с использованием предложенного

Таблица

Динамика симптомов больных НЯК после консервативного лечения

Симптомы	Больные НЯК							
	Первая группа				Вторая группа			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Диарея	15	100	4	26,6	15	100	0	0
Кал с примесью крови	15	100	2	13,3	15	100	0	0
Боль в животе	15	100	3	20,0	15	100	0	0
Лихорадка	12	80	1	8,3	13	86,7	0	0
Потеря массы тела	11	73,4	3	27,2	12	80	0	0
Анемия	15	100	4	26,6	14	93,7	0	0
Лейкоцитоз	12	80	2	16,7	13	86,7	0	0
Увеличение СОЭ	15	100	5	33,3	15	100	0	0
Изъязвления слизистой оболочки	15	100	4	26,6	15	100	0	0

нами дипромака 50 мг (патент на изобретение №95052208 от 25.12.1996 г), в состав которого входит кукурузное масло, прополис, диметилсульфоксид, ретинол и токоферол, дополнением к смеси гидрокортизона (125 мг), лидокаина (400 мг), эхинацеи (120мг): парентеральное капельное введение растворов: глюкозы, изотонического раствора, натрия хлорида с аскорбиновой кислотой, р-ра Рингера.

Результаты исследований и их обсуждение. При поступлении в клинику у больных отмечались все симптомы, относящиеся к средней степени тяжести течения НЯК: стул до 8 раз в сутки, неоформлен, со значительной примесью слизи, крови и гноя. Отмечалась субфебрильная или фебрильная (до 38°С) лихорадка, потеря массы тела до 10 кг за последние 1. 5-2 мес, умеренная анемия (Hb до 100 г/л), увеличение СОЭ (до 30мм/ч). При эндоскопии выявлены поверхностные язвы, эрозии, псевдополипоз, выраженная контактная кровоточивость слизистой оболочки кишечника.

Результаты лечения больных НЯК 2-мя методами консервативной терапии представлены в **таблице**.

Данные **таблицы** свидетельствует о том, что при НЯК средней тяжести превалируют все симптомы болезни, главными из которых являются диарея, боли, анемия, кровь в каловых массах, изъязвления слизистой толстого кишечника. Степень выраженности симптомов колебалась у больных в незначительных пределах.

Продолжительность стационарного лечения больных НЯК первой группы составила 28-30 дней. По результатам лечения у больных второй группы заболевание перешло в фазу ремиссии за 20 дней. Мы наблюдали, что за период пребывания в стационаре эффективность лечения в двух группах больных различна. Если у лечившихся по нашей методике к трехнедельному сроку пребывания в стационаре все симптомы болезни исчезли и больные стали практически здоровы, то у лечившихся по стандартной методике несколько иначе. Так, исчезли симптомы: диарея у 73% больных; геморрагия у 86.7%; боли в животе 80%; лихорадка у 91.7%; анемия у 73.4%; лейкоцитоз у 83.3%; увеличение СОЭ у 66.7%; уменьшение массы тела у 72.8%; изъязвления слизистой у 73. 4%. Характерным является тот факт, что в процессе лечения исчезновение симптомов болезни практически у всех пациентов обеих групп наступало на 4-6 день. Стойкой ремиссии заболевания удалось добиться гораздо раньше у тех больных, которым терапию проводили по нашей методике. Больным первой группы, у которых затянулось лечение и заболевание вступило в фазу мнимого благополучия, были подключены отдельные компоненты из комплексной терапии, используемой во второй группе больных. Это ускорило выздоровление и спустя 6-8 дней клиническая

картина заболевания практически выравнялась со второй группой сравнения.

Следовательно, под влиянием проведенного лечения у больных НЯК средней степени тяжести наступила клинко-эндоскопическая ремиссия с нормализацией лабораторных показателей крови и общего состояния, что позволило выписать 100% со значительным улучшением (вторая группа) и 73.4% (первая группа). Больным рекомендовано продолжать в амбулаторно-поликлинических условиях реабилитацию с использованием месалазина или других препаратов этой группы (1 г в сутки), преднизолона (10 мг 2 дня в неделю), аевит с аскорбиновой кислотой или триовит (1 капсуле 3 р/день 2 мес.) на фоне щадящего режима и диеты. Обращает на себя внимание, что даже при незначительных проявлениях болезни требуется проводить в полном объеме обследование и противорецидивное лечение с применением преднизолона, месалазина и микроклизм с указанной нами смесью под контролем врача диспансерного наблюдения.

Выводы.

1. НЯК относится к тяжелым заболеваниям толстого кишечника, в основе которого лежит инфекционно-аутоиммунная агрессия.

2. Консервативная терапия должна относиться к основному методу лечения, в комплекс которого необходимо включить, соответственно учитывая тяжесть и длительность заболевания: постельный режим, лечебное питание, медикаментозную терапию, включающую в себя вещества антибактериального, противовоспалительного, антиоксидантного, иммуностимулирующего и болеутоляющего действия, дезинтоксикационную терапию с внутренним ректальным и парентеральным их введением.

3. Дипромак в комплексе с лидокаином, гидрокортизоном и другими препаратами применять как симптоматическую терапию.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении, учитывая малоизученность заболевания, низкую эффективность консервативного лечения мы считаем актуальными, особенно в изучении вопросов: этиологии, патогенеза, совершенствования диагностики и разработке на более эффективных методов лечения с учетом

этиопатогенеза НЯК. С хирургической точки зрения считаем радикальную колэктомию операцией, приводящей к полной инвалидизации пациента, в силу чего направить все силы на отработку методик «щадящих» резекций толстого кишечника используя эндовидеолапароскопические возможности и электрохирургию.

Литература

1. Аминев А. М. Учебное пособие по проктологии / А. М. Аминев. - М. : «Медицина», 1977. – 191 с.
2. Бурбелло А. Т. Современные лекарственные средства / А. Т. Бурбелло, А. В. Шабров, П. П. Денисенко. – СПб. : «Нева», 2005. – 850 с.
3. Дудченко М. А. Язвенная болезнь / М. А. Дудченко. – Полтава, 2005. -207 с.
4. Окопов А. Н. Лечение болезней внутренних органов / А. Н. Окопов. – М. : «Медицинская литература», 2001. – 536 с.
5. Федотов В. Д. Проктология / В. Д. Федотов, Ю. В. Дульцев. – М. : «Медицина», 1984. – 360 с.
6. Шулутко Б. И. Стандарты диагностики и лечение внутренних болезней / Б. И. Шулутко, С. В. Макаренко. – СПб. : «Эльби-СПЕ», 2004. – 800 с.

УДК 616. 34-009. 74-002. 44-089. 163

ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ПІДГОТОВКА ТЕ РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

Дудченко М. О.

Резюме. Дослідження проведено на 30 хворих НВК. Встановлено, що це захворювання має інфекційне аутоімунноагресивне походження, про що свідчить ефективна етіопатогенетична терапія, яка включає: масалазін, метронідазол, преднізолон; в мікроклізмах: дипромак, ретінол, токоферол, гідрокортизон, лідокаїн та ін., та парентерально-дезінтоксикаційна терапія. Клініко-ендоскопічна ремісія наступила на 6-8 днів раніше порівняно з хворими, які лікувались за стандартною методикою.

Ключові слова: неспецифічний виразковий коліт, лікування.

УДК 616. 34-009. 74-002. 44-089. 163

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Дудченко М. А.

Резюме. Исследование проведено на 30 больных неспецифическим язвенным колитом (НЯК). Установлено, что заболевание имеет инфекционно-аутоагрессивное происхождение, о чем свидетельствует эффективность этиопатогенетической терапии, которая включает: масолазин, метронидазол, преднизолон (внутривенное введение); в микроклизмах: дипромак, ретинол, токоферол, гидрокортизон, лидокаин, эхинацея и парентеральная дезинтоксикационная терапия. Клинико-эндоскопическая ремиссия наступает на 6-8 дней раньше по сравнению с лечившимся по стандартной методике, что говорит о явном преимуществе нашей схемы предоперационной подготовки и реабилитации больных НЯК.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, лечение.

UDC 616. 34-009. 74-002. 44-089. 163

Preoperative Preparation and Rehabilitation of Patients with Nonspecific Ulcerative Colitis

Dudchenko M. A.

Summary. Treatment of patients with nonspecific ulcerative colitis (NUC) is of considerable difficulties and depends on the severity of course and occurrence of complications of both local and general character.

The purpose of the paper was the optimization of conservative NUC therapy tactics with its use during the preoperative preparation and rehabilitation of postsurgical patients.

The research has been carried out on 30 patients with nonspecific ulcerative colitis (NUC). The patients were divided into 2 groups, 15 persons each. The first group was examined and received treatment, respectively, according to standard procedure with use of prednisolone internally 40 mg per day, sulfasalazone internally 2 mg per day, microclyster with hydrocortisone 125 mg per day. The sympatholytics were used, if necessary. The second group received treatment according to procedure that has been elaborated by us: regimen 2, diet 4, per os: masalazine 1 g, prednisolone 20 mg, metronidazole 200 mg, microclyster with dipromac 50 mg, suggested by us (patent for the invention # 95052208 from 25. 12. 1996), which components are: corn oil, propolis, dimethyl sulfoxide, retinol and tocopherol, supplement to the mixture of hydrocortisone (125 mg), lidocainum (400 mg), Echinacea (120 mg): parenteral drop-by-drop introduction of solutions: glucose, isotonic solution, sodium chloride with ascorbic acid, Ringer's solution.

It has been determined that the disease is of the infectious- autoaggressive origin, proved by the effectiveness of etiopathogenetic therapy, which includes the following: masalazine, metronidazole, prednisolone (intravenous introduction); in the microclysters: dipromac, retinol, tocopherol, hydrocortisone, lidocainum, Echinacea and parenteral disintoxication therapy. Clinical- endoscopic remission is observed on 6-8 days earlier as compared with patients that were treated according to standard procedure, indicating the clear advantage of our regimen of pre-operative preparation and rehabilitation of patients with NUC.

The results of the research and their discussion. It has been determined that under the influence of treatment the patient with NUC of medium degree of severity obtained the clinical- endoscopic remission with normalization of laboratory blood values and general condition, allowing to discharge 100% with considerable improvement (the second group) and 73. 4% (the first group). The patients have been recommended to continue rehabilitation in the ambulatory- polyclinic conditions, using masalazine or other drugs of this group (1 gram per day), prednisolone (10 mg 2 days per week), aevit with ascorbic acid or triovit (1 capsule 3 times a day during 2 months) against the background of sparing regime and light diet. It is noticeable that even under the minor expression of disease it is necessary to take complete examination and antirecurrent treatment, using prednisolone, masalazine and microclysters with the mixture, specified above, under the regular medical check-up physician's supervision.

NUC is the severe disease of the large bowels, which is based on the infectious- autoimmune aggression. The conservative therapy should be the basic treatment mode, which should include, correspondingly considering the severity and length of disease, the following: bed rest, dietotherapy, which include agents of antibacterial, anti-inflammatory, anti-oxidant, immunopotentiating and sedative action, disintoxication therapy with their internal rectal and parenteral introduction. Dipromac together with lidocainum, hydrocortisone and other drugs should be prescribed as symptomatic therapy.

The perspectives of further researches, carried out with regard of this concept, taking into account that the disease is little investigated, as well as low effectiveness of conservative treatment, we consider topical, in terms of studying the: etiology, pathogenesis, enhancement of diagnostics and development of the most effective methods of treatment, considering the etiopathogenesis of NUC. From the surgical point of view we consider the radical colectomy as the surgery, leading to complete invalidization of the patient, due to which all efforts should be directed onto the practicing of procedures of "smooth" resection of large bowels, using endovideolaparoscopic facilities and electrosurgery.

Key words: nonspecific ulcerative colitis, treatment.

Рецензент – проф. Ляховський В. І.

Стаття надійшла 8. 05. 2013 р.