

УДК 111.22.3333 +444.55:666.77

А.М. Мануйлов, Л.И. Голенская, С. О. Долгарев

ТЕХНОЛОГИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАДОЛИХОКОЛОН ПРЕПАРАТОМ БИФИЛАКТ БИОТА

Кубанский медицинский университет, Краснодар

В связи с неэффективностью хирургического лечения синдрома хронического колостаза (СХК) представляется перспективным реабилитационное лечение стазовых расстройств методами фармакологической коррекции биоценоза препаратами, содержащими живые микроорганизмы.

Задачей нашего исследования являлась разработка способа консервативной коррекции СХК у взрослых.

Методы исследования. Для выполнения этой задачи нами предпринято лечение 24 больных с СХК, ранее безрезультатно оперированных по различным хирургическим методикам (коррекция длины, положения, а также резекция прямой кишки с низведением по Дюамелю или Бэбкоку методом эндофасциальной резекции), и 18 больных ИМК, не подвергавшихся оперативному лечению, с применением бифилакта Биота (№ товарного знака 275096 от 14.09.2004), выпускаемого ЗАО ПК «Кубаньтехносервис» согласно патента № 216128 от 02.02.1999, для улучшения микробиоценоза толстой кишки.

Бифилакт Биота - препарат лечебного питания, приготовленный на основе натурального молока путем его ферментации регенерированной живой биомассой бифидум- и лактобактерий [1]. Лечение было направлено на: 1) устранение микробной контаминации тонкой кишки и восстановление нормальной кишечной микрофлоры в толстой кишке (микробного циноза кишечника); 2) восстановление нарушенных процессов пищеварения и всасывания, а также устранение гипо- и авитаминоза и дефицита микро- и макроэлементов; 3) нормализацию моторно-эвакуаторной функции толстой кишки и акта дефекации. Лечение больных включало также нормализацию режима питания, проведение разъяснительных психотерапевтических бесед, назначение различных симптоматических лекарственных средств.

После проведенного лечения больные вновь подвергались обследованию (общеклиническое и лабораторное исследования, инструментальное обследование, оценка качества жизни по шкале SF-36 [2]). Оценку результатов проводили путем диспансерного наблюдения за больными в течение 3-12 месяцев. Сроки первого после начала лечения осмотра составляли от 1-го до 3-х месяцев. Осмотр через 3 месяца после лечения был обязателен для всех больных.

Результаты исследования. Результаты оперативного и альтернативного консервативного лечения больных обеих групп представлены в таблице.

© А.М. Мануйлов, Л.И. Голенская, С.О. Долгарев, 2007

А/О

Результаты лечения больных исследуемых групп									
Группа больных	Оперативное лечение колостазов					Консервативное лечение препаратом бифилакт Биота			
	Вид лечения	Число больных в группе	Результат лечения по компенсации колостаз			Число больных в группе	Результат лечения по компенсации колостаз		
			Хороший	Удовл.	Плохой		Хороший	Удовл.	Плохой
1-я	Коррекция длины и положения ободочной кишки 1) сигмосигмоидальныш 2) трансверзосигмоидальныш 3) асцендосигмоидальныш 4) трансверзоректальный 5) асцендоректальныш	1 10 1 17 2	1 1	-	9 1 17 2	1 1 4	1 1 4	-	-
Итого		31	2 (6,4 %)	-	29 (93,5 %)	6	6 (100 %)	-	-
2-я	Эндофасциальная резекция прямой кишки 1) трансверзоанальныш 2) асцендоанальный 3) по Дюамелю	10 6 16	1	1	8 6 16	7 5 6	6 4 6	-	1 1
Итого		32	1 (3,1 %)	1 (3,1 %)	30 (100 %)	18	16 (88,8 %)		2(11,1 %)
Неоперированные больные с СХК	Оперативное лечение не проводилось, консервативноая терапия бифилактом Биота		-	-		18	18(100%)	-	-
Итого						18	18(100%)	-	-

Отдаленный результат лечения расценивался как хороший, когда у больного восстанавливался самостоятельный стул с хорошим единоразовым объемом, 1-2 раза в 2 дня, соответственно показатели качества жизни по вопроснику SF-36: физическая работоспособность - 26-30 баллов, физическое состояние - 7-8 баллов, болевой синдром - 2 балла, общее здоровье - 10-12 баллов, энергичность - 4-5 баллов, социальная роль - 8-10 баллов, эмоциональное состояние - 6 баллов, психическое здоровье - 5-7 баллов.

Удовлетворительным считался результат, когда стул был самостоятельным, но не регулярным, или требовалась его коррекция диетой. Допускалось несистематическое использование послабляющих средств или очистительных клизм. По вопроснику SF-36: физическая работоспособность - 24-25 баллов, физическое состояние - 5-6 баллов, болевой синдром - 3 балла, общее здоровье - 8-9 баллов, энергичность - 7-8 баллов, социальная роль - 7 баллов, эмоциональное состояние - 7-8 баллов, психическое здоровье - 8-10 баллов.

Неудовлетворительным считался исход лечения, не приносящий больному никакого облегчения. Консервативному лечению (бифилактотерапия), как видно из таблицы, было подвергнуто 24 человека, ранее оперированных из 1-й и 2-й групп, и 18 человек, ранее не оперированных, страдающих ИМК, которые составили 3-ю группу.

Положительный эффект по восстановлению стула в 92 % случаев получен в 1-й и 2-й группах и в 100 % случаев (у 18 человек) в 3-й группе. У 6 человек 1-й группы и 16 человек 2-й группы и у 100 % неоперированных больных (18 человек) имелся самостоятельный стул с хорошим единоразовым объемом, в среднем 1 раз в сутки, больные не придерживались диеты. Через 3 месяца у этих больных опять стали возникать проблемы с самостоятельным стулом. Им было проведено 2-недельное лечение бифилактом Биота (прием *per os* 3-4 раза в день за 20 мин до еды) с последующим восстановлением положительного эффекта. У двух больных 2-й группы эффекта от консервативной терапии не наступило в связи с неаккуратностью выполнения назначений (человеческий фактор).

Обсуждение результатов. Функционально-морфологическое состояние кишечника кардинально зависит от качественного состава его микрофлоры. Проблема дисбиоза кишечника у больных с СХК является решающей [3-6]. Как показали наши исследования, определяющую роль в экологическом равновесии толстой кишки оказывают штаммы бифидо- и лактобактерий. На эубиоз оказывают влияние возраст, качество питания, строение кишечника, его нервно-мышечный аппарат, pH среды и др. [1]. Нормальная микрофлора стимулирует иммунную защиту, подавляет рост патогенных микроорганизмов. Образующиеся при утилизации клетчатки первичные желчные кислоты обеспечивают клетки энергией, улучшают трофику слизистой оболочки. В результате недостаточного поступления клетчатки, дефицита короткоцепочечных жирных кислот возникают дистрофические изменения эпителия кишки, повышения проницаемости кишечной стенки. Накапливающиеся деконъюгированные желчные кислоты, гидроксиды жирных кислот, бактериальные токсины, различные метаболиты нарушают двигательную, секреторную, пищеварительную функции [3]. Нормальная микрофлора, колонизирующая слизистую оболочку кишечника, обеспечивая анаэробизм, окислительное фосфорилирование и колонизационную резистентность, влияет на эффективную пропульсию кишечника.

Изменения микробного биоценоза, выявленные у обследованных больных СХК, несомненно, являются важнейшим патогенетическим механизмом в развитии этого синдрома. Отсутствие или дефицит основных бактериальных симбионтов - бифидобактерий, уменьшение количества молочно-кислых палочек приводят к расстройству моторно- секреторной функции ободочной и прямой кишок.

Таким образом, синдром хронического колостазы - функциональное нарушение пассажа по толстой кишке - в 95 % случаев обусловлен нарушением биоценоза толстой кишки. Рецидив ИМК в отдаленном периоде у 15 % больных 1-й и 2-й групп, вероятно, функционально связан с качественными изменениями биоценоза толстой кишки.

Хирургическое лечение мегаколон, долигосигмы в объеме резекции декомпенсированных отделов толстой кишки с различными видами толсто-толстокишечных анастомозов дают неустойчивую ремиссию в течение 4-9 месяцев.

При дисбиозе толстой кишки изменяется не только общее количество микроорганизмов за счет уменьшения или увеличения количества основных групп микроорганизмов, но и их свойства (усиливая их инвазивность и агрессивность по отношению к слизистой оболочке), что в дальнейшем ведет к развитию воспалительного процесса, нарушающего моторную функцию кишки.

Комплексная консервативная реабилитационная терапия больным с синдромом хронического колостазы, включающая использование живой культуры пробиотиков, диету, витаминотерпию, элементы психотерапии, оказывает ремиссию болезни у 92 % оперированных больных 1-й и 2-й групп и у 100 % неоперированных (3-я группа) и предполагает непрерывный процесс заместительной терапии.

Отсутствие эффекта от консервативной терапии является показанием для комбинированного лечения в виде хирургического устранения длины толстой кишки с резекцией ректосигмоидного перехода.

Summary

Manuylov A. M., Golenskaya L. I., Dolgarev S. O. Technology of rehabilitation conservative treatment of idiopathic megadolihocolon by bifilact Biota medication.

The conservative method of pharmacological correction of bioaenosis of large intestine in the syndrome of chronic colostas (SHC) by medication containing live microorganism (bifilact Biota) in connections with ineffective surgical treatment of stasis disorder is presented. Therapy by bifilact Biota medication promotes stool recovery in 92 % of operated patients and 100 % of unoperated patients. Relaps of IMC in a remote period is functionally connected with qualitative changes of biocoensis of large intestine.

Key words: idiopatic megadolihocolon, bifilact Biota.

Литература

1. Лебедев В. В. и др. Дисбактериоз кишечника. Краснодар, 1999. С. 46-49.
2. Оноприев В. И., Корочанская Н. В., Бендер Л. В., Клименко Л. И. Критерии качества жизни в хирургическом лечении и медикаментозной реабилитации больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии. Краснодар, 2003. С. 153-157.
3. Шендеров Б. А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. Т. 1-3. М., 1998.
4. Румянцев В. Г. Хронические запоры: подходы к диагностике и терапии // Матер. межд. симп. по моторике толстой кишки. М., 1997. С. 2-7.
5. Румянцев В. Г. Препараты Plantago в регуляции деятельности пищеварительного тракта // Клинич. медицина. 1997. Т. 75. № 11. С. 19-23.
6. Циммерман Я. С. Хронический запор // Диарея: диагностика и лечение. Пермь, 1999. С. 119.

Статья принята к печати 21 марта 2007 г.

