

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО КОЛИТА

Одилова Г.М.

Преподаватель

Самаркандский Государственный
медицинский университета.

Аннотация. В статье представлены данные исследования особенности клинического течения неспецифического хронического колита в связи с упорством и тяжестью этого заболевания, а также неясностью этиологии и патогенеза, отсутствием единой классификации, рационального патогенетического лечения является одной из актуальных в современной медицине. Наиболее спорен вопрос о причине возникновения язвенных колитов.

В 2013-2022 годах был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, в терапевтическом отделении больницы госпитализированных 98 больных (женщин-55, мужчин-43). По возрасту больных распределили таким образом: до 20 лет было 8 больных, до 30 лет-14, до 40 лет-13, до 50 лет-21, до 60 лет-31 и старше 60-11. Анализируя данные, мы пришли к выводу, что у указанных больных течение заболевания было легким, процесс приобрел затяжной характер с периодами длительной ремиссии.

Ключевые слова: кишечные инфекции, энтериты, пищевая токсикоинфекция, хронический колит.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC NON-SPECIFIC COLITIS

Odilova G.M.

Lecturer

Samarkand State
Medical University.

Abstract. The article presents the data of the study of the clinical course of non-specific chronic colitis in connection with the persistence and severity of this disease, as well as the uncertainty of the etiology and pathogenesis, the lack of a unified classification, rational pathogenetic treatment is one of the most pressing in modern medicine. The most controversial issue is the cause of ulcerative colitis.

In 2013-2022, a retrospective analysis of patient records was conducted in the therapeutic department of the hospital, 98 patients (women-55, men-43) were hospitalized. The patients were distributed by age as follows: 8 patients under 20, 14 under 30, 13 under 40, 21 under 50, 31 under 60, and 11 over 60. Analyzing the

data, we came to the conclusion that the disease in these patients was mild, and the process became protracted with periods of long-term remission.

Keywords: *intestinal infections, enteritis, food poisoning, chronic colitis.*

Введение. Проблема неспецифического хронического колита в связи с упорством и тяжестью этого заболевания, а также неясностью этиологии и патогенеза, отсутствием единой классификации, рационального патогенетического лечения является одной из актуальных в современной медицине [1,4]. Наиболее спорен вопрос о причине возникновения язвенных колитов. Сочетание рецидивов и ремиссий заставляет предполагать существование неблагоприятно протекающих иммунологических процессов [2].

В развитии и течении колитов имеет значение специфика жаркого климата и фактора питания. Продолжительное жаркое и сухое лето, повышенная ветреность значительно меняют водно-солевой обмен, снижают кислотность желудочного сока и сопротивляемость инфекции [3,5], локализованной в кишечнике. Кроме того, жаркий климат приводит к активизации функции надпочечников с последующими стрессовыми реакциями и состояниями [6,7]. Принятая на Востоке острая, с большим содержанием белка, сокогонная пища предрасполагает к секреторному дискомфорту [8]. Если учесть повышенное употребление поваренной соли, недостаточно термически обработанных продуктов (шашлыки), большое количество овощей и фруктов, содержащих клетчатку, возросшую химизацию пищевых продуктов, потребление аллергенов (томаты, клубника, дыни), становится понятной актуальность изучаемой проблемы в условиях [9,10].

Цель исследования явилось изучение особенности течения, хронического неспецифического колита.

Материалы и методы исследования. Материалом для изучения являются больные, обратившиеся в Областную клиническую больницу Самаркандской области за последние 10 лет (2013-2022 год), и их истории болезни. При наблюдении за больными, основное внимание уделялось течению и диагностики данного заболевания, возрастным особенностям и сопутствующим заболеваниям больных. При обследовании больных, были использованы клинические, эпидемиологические, лабораторные - общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ кала, биохимические, серологические, и статистические методы. В комплексе со стандартными методами обследования у отдельных больных при необходимости проводился анализ протромбинового индекса, свертывающей системы крови, белка и белковых фракций, определение уровня щелочной фосфатазы, амилазы и

холестерина. Из специальных методов исследования использовали рентгенографии (ирригоскопии), ректороманоскопии и фиброколоноскопии.

Результаты и их обсуждение. В 2013-2022 годах был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, в терапевтическом отделении больницы госпитализированных 98 больных (женщин-55, мужчин-43). По возрасту больных распределили таким образом: до 20 лет было 8 больных, до 30 лет-14, до 40 лет-13, до 50 лет-21, до 60 лет-31 и старше 60-11. Анализируя данные, мы пришли к выводу, что у указанных больных течение заболевания было легким, процесс приобрел затяжной характер с периодами длительной ремиссии. Больные лечились много лет.

У большинства больных в анамнезе были указания на перенесенные кишечные инфекции: энтериты и энтероколиты - у 43, дизентерию - 17, осложненные формы острого аппендицита - у 8, вирусный гепатит В и С- у 25, брюшной тиф - у 6 и неустановленной этиологии пищевая токсикоинфекция - у 20. Инфекционными заболеваниями страдали 35 больных, сопутствующим деформирующим и инфекционным полиартритом - 6, ревматизмом в разных проявлениях и в разной фазе активности - 29; указания на ревматизм в анамнезе, который амбулаторно был излечен, отмечены у 3.

Все разбираемые случаи мы отнесли к рецидивирующим, с легким течением. У 28 больных отмечено тотальное поражение кишечника, у 33-правостороннее, у 6-левостороннее (регионарный тип) и у 31-сегментарное. Топографию поражения устанавливали при помощи ректоскопии, ирригоскопии и в отдельных случаях фиброколоноскопии.

Клиническая картина у больных имела сходный характер. Жалобы при поступлении на общую слабость, адинамию, апатию предъявляли 64 человека. Неприятные ощущения по ходу всего кишечника отмечали 35 больных, боли справа -8, слева-37; во всех остальных случаях больные не могли указать на локализацию болей, отмечали лишь некоторое усиление их перед дефекацией. Характер стула имеет немаловажное значение в диагностическом аспекте. У 69 больных были запоры, у 17-поносы, у 12-неустойчивый стул, до 3-4 раз в сутки, с редкими тенезмами, у 6 больных отмечался зуд в области анального отверстия. У 21 больного с длительными запорами отмечались боли в области сердца с иррадиацией в левую руку и лопатку. У больных с заболеванием толстого кишечника отсутствуют специфические, характерные лишь для данного заболевания симптомы, а наличие множества жалоб и проявлений говорит о поражении сопряженных с кишечником органов.

Что касается общего облика больных, то питание часто было не нарушено, у 2 человек даже была склонность к ожирению, у 24-повышенная упитанность, у 62-нормальное питание и у 10-пониженное.

Показатели гемодинамики были обычно стабильны. Нормальный уровень артериального давления отмечен у 74 больных, склонность к гипотонии - у 17, повышение артериального давления (без указания на гипертоническую болезнь в анамнезе) – у 7. Частота пульса существенно не менялась. Со стороны нейростатуса значительных изменений нет, хотя отмечалось нарушение сна у 16, головные боли – у 26, раздражительность – у 20 и быстрая утомляемость – у 15. При пальпации живота отмечен пневмотоз кишечника у 24 больных, боли в правой подвздошной области - у 13, в правом подреберье - у 5 и в эпигастральной области - у 7. У остальных больных с невыраженной подкожно жировой клетчаткой при пальпации живота отмечалась тяжесть по ходу толстого кишечника, а легкое массирование вызывало урчание. Наличие большого количества мышечных сфинктеров по ходу толстого кишечника и четкообразное сокращение говорят о гипертонусе его мышечного аппарата.

Связь колита с изменениями в ряде органов и клинические проявления хронических колитов разнообразны. Лабораторные исследования были направлены на выявление этих отклонений.

У всех больных при поступлении было проведено ЭКГ исследование и отмечено, что отклонения от нормы не было лишь у 27 больных. В остальных случаях отмечены нарушения ритма, снижение зубца Т (у 11 больных), снижение интервала S-T (у 17 больных), удлинение интервала Q-T (у 43 больных). Все это свидетельствует о значительных нарушениях проводимости и предсердно-желудочковой сократимости, которые мы рассматриваем как неотъемлемый фактор гипокалиемии. Обращает на себя внимание резкое снижение калия в эритроцитах-86-100 мэкв/л, в то время как в плазме содержание калия стабильно - от 4,4 до 5,1.

Кислотность желудочного сока у 39 больных была не измененной; у 49 значительно снижена и у 2 отсутствовала вовсе, у 8 была повышена. Гиперсекреция отмечена лишь у 21 больного, и этот факт расценен нами как компенсаторно-приспособительный механизм во всей системе пищеварения. При рентгенологическом исследовании желудка у 54 больных выявлено функциональный пилороспазм, у 16- гипертрофический гастрит, у 2- дивертикул пищевода, у остальных 26 патологии в желудке не обнаружено.

Показатели крови значительно не страдали, хотя при неизменном количестве эритроцитов отмечалось снижение показателей гемоглобина до 56—60 ед. с умеренной гиперхромией и анизопойкилоцитозом. Однако такие

изменения найдены лишь у 48 больных. Во всех остальных случаях изменений в гепатограмме не выявлено. СОЭ несколько увеличена и составляет 20-28 мм/ч. При исследовании белкового спектра обнаружено повышение α-глобулинов при показателях общего белка до 7-8%, т. е. обнаружена диспротеинемия. По мнению авторов, увеличение показателей α-глобулинов служит критерием активности и распространенности деструктивного процесса в очаге поражения.

У всех больных кал в основном был оформленным, обычного цвета, реакция щелочная, слизь в кале была у 37 больных. При его исследовании обращали внимание на микроскопическую картину: отмечались мышечные волокна (+), клетки плоского эпителия (+), мыла (+): лейкоциты единичные, эритроциты не найдены, простейшие и яйца глист не обнаружены, посев отрицательный, лишь у 13 больных обнаружены *Blastocystis*. При ректоскопии у 6 больных обнаружено сфинктерит, у 3-проктит, у 12-единичные полипы, но на широком основании; у 43- резкая равномерная гиперемия слизистой прямой кишки, без изъязвлений; у 34 патологии не обнаружено. При ирригоскопии у 27 больных заподозрен язвенный колит, у 42-четкообразное строение толстого кишечника, у 20 при опорожнении его остается мраморность рисунка вследствие фиксации бария на складках слизистой (с преобладанием контраста в нисходящей и сигмовидной кишках), у 7 такой рисунок отмечен и в слепой, восходящей, поперечно-ободочной кишках. Долихосигма обнаружена у 2 больных.

Для проведения курса лечения больные находились в стационаре 24-30 дней. Оно начиналось с правильного чередования сна, отдыха, занятий физкультурой и водолечения, что стимулировало процесс пищеварения. Пищу давали в строго определенное время, небольшими порциями (5-6 раз в день). Исключали вещества, вызывающие химическое или механическое раздражение стенки кишки. Химический состав суточного рациона: белков-100-120 г, жиров-60-70, углеводов-200-300, поваренной соли-5,0. Калорийность рациона - 2800-3000 кал. В пищу вводили повышенное количество витаминов А, С, В1, В12, РР.

С противовоспалительной целью и в борьбе с микробным фактором всем больным назначали антибиотики широкого спектра. Для нормализации флоры кишечника применяли пробиотики. В качестве противовоспалительного средства широко использовали облепиховое масло, а в качестве рассасывающего - лидазу.

Нормализации функции пищеварения достигали введением внутрь соляной кислоты с пепсином, разного вида алмагелей; функцию желчного

пузыря активизировали аллохолом, нормализации процессов в кишечнике достигали с помощью ферментативными препаратами.

Сосудорасширяющие препараты применяли для снятия болей; назначали также витаминотерапию (аскорутин, глюконат кальция, поливитамины).

В качестве антиспастического средства применяли миорелаксанты, а для усиления перистальтики-интестопан; в качестве слабительных использовали настой ромашки, женьшеня, растворы магнезии и слабительные средства.

Лечение колита клизмами предусматривает изменение среды кишечника, которое ведет к изменению флоры, а также снятие чрезмерного возбуждения парасимпатической нервной системы. Пользовались лечебными клизмами из 0,25-процентного раствора новокаина, облепихового и шиповникового масла. С лечебной целью использовали свечи с левомецетином, анестезином, глицерином и др.

Благодаря комплексу примененных мероприятий у больных наступала длительная ремиссия (до 2-5 лет). Выписывались больные в хорошем состоянии, прибавив в весе до 2-4 кг.

Вывод. В заключение необходимо отметить, что хронический неспецифический колит составляет значительный процент среди заболеваний желудочно-кишечного тракта. Жаркий и сухой климат нашей республики предрасполагает к возникновению и развитию этого заболевания, которое должно рассматриваться как краевая патология.

ЛИТЕРАТУРА

1. Луговкина А. А., Рудакова Л. О., Крюкова Н. А., Бессонов А. А., Скворцов В. В. Особенности диагностики и лечения неспецифического язвенного колита // ЭиКГ. 2019. №4 (164). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-diagnostiki-i-lecheniya-nespetsificheskogo-yazvennogo-kolita> (
2. Одилова Г. М. УСЛОВНО ПАТОГЕННЫЕ КИШЕЧНЫЕ БАКТЕРИЙ ПРИ ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ //INDEXING. – 2024. – Т. 1. – №. 1. – С. 36-42.
3. Одилова Г. М. РОЛЬ АЛЛЕРГИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ И ДИАГНОСТИКЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ //Innova. – 2023. – Т. 9. – №. 1.
4. Dildora S. et al. BACILLUS PUMILIS BAKTERIYALARI MIKROBIOLOGIK TAMLILI VA BIOTEKNOLOGIYADAGI ANAMIYATI //ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ. – 2023. – Т. 22. – №. 2. – С. 154-161.

5. Mamarasulova N. I. et al. BERBERIS INTEGERRIMA BUNGENING IKKILAMCHI METABOLITLARINING DORIVORLIK XUSUSIYATLARI VA BIOTEKNOLOGIK AHAMIYATI //GOLDEN BRAIN. – 2023. – Т. 1. – №. 10. – С. 33-43.
6. Yusupov M. et al. Rannee vyjavlenie rotavirusnoy infektsii u detey //Katalog monografiy. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 1-68.
7. Ташпулатов Ш., Хўжакулов Д., Болтаев К. Особенности внешнего дыхания при пищевом ботулизме у детей //Журнал вестник врача. – 2019. – Т. 1. – №. 2. – С. 105-108.
8. Болтаев К. С. и др. МЕТОДЫ ОЧИСТКИ ОРГАНИЗМА ОТ ТОКСИНОВ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДИКИ //AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI. – 2024. – Т. 3. – №. 3. – С. 5-8.
9. Abdikhakimovich K. D. PERFORMANCE OF INDEPENDENT WORK OF STUDENTS IN THE DEPARTMENT OF MICROBIOLOGY, VIROLOGY AND IMMUNOLOGY //TADQIQOTLAR. – 2024. – Т. 31. – №. 2. – С. 57-61.
10. Sultonovich B. K. et al. A comparative study of nematoda-fauna of pastural plants in forest biotopes. – 2022.