

УДК 616.348—002.44

А. А. ШАХБАЗЯН

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Приводятся сравнительные данные лечения 144 больных неспецифическим язвенным колитом (НЯК) сочетанием различных терапевтических средств. Результаты исследования показали, что наилучший лечебный эффект получается при сочетании комплексного патогенетического лечения с сульфасалазином, пустырником и рекомендуемым нами лечебным питанием.

В связи с отсутствием этиотропного лечения НЯК поиски новых вариантов патогенетической терапии продолжают оставаться в центре внимания многих исследователей.

В настоящей работе приводятся данные лечения 144 больных НЯК различными средствами. Из общего числа больных у 36 (25%) болезнь протекала в тяжелой форме, у 56 (39%) имела среднетяжелое и у 52 (36%)—легкое течение. 58 больных, находящихся под диспансерным наблюдением в течение 2—6 лет, фигурировали в различных вариантах лечения, в связи с чем общее число больных в тексте превышает количество лиц, взятых нами под наблюдение.

Применялись следующие варианты лечения. I. Комплексное патогенетическое лечение без применения сульфасалазина (28 чел.). II. То же лечение с применением сульфасалазина (95 чел.). III. Лечение 2—5%-ным водным настоем пустырника сердечного (21 чел.). IV. Комплексное патогенетическое лечение с применением сульфасалазина и пустырника (27 чел.). V. Комплексное патогенетическое лечение без сочетания с диетотерапией (48 чел.). VI. Лечение одним из первых четырех вариантов в комбинации с рекомендуемым нами лечебным питанием (96 чел.). VII. Комплексное патогенетическое лечение с применением сульфасалазина и пустырника в сочетании с рекомендуемым лечебным питанием (21 чел.).

Комплексное патогенетическое лечение больных НЯК, находящихся в активной фазе болезни, сводилось к следующему. Полупостельный или постельный режим. Психотерапия. Витаминотерапия. Десенсибилизирующее лечение антигистаминными препаратами (димедрол, пипольфен, супрастин, диазолин и др.). Спазмолитическая терапия (папаверин, платифиллин, НО-ШПА). Лечение холинolitikическими препаратами (кватерон, ганглерон, арпенал и др.). Лечение, направленное на нормализацию флоры кишечника (нистатин, леворин, мексаформ, мексазе и т. д.). Лечебное воздействие на диарею (препараты висмута, танинна, отвар гранатовых корок и пр.). Иммуностимули-

рующее и восстановительное лечение для поднятия сопротивляемости организма и нормализации картины крови (трансфузии крови и ее заменителей—гидролизина, гидролизата казеина, полиглокина, желатинола, физиологического раствора, 5%-ного раствора глюкозы, аутогемотерапия и т. д.). Лечение, направленное на регуляцию электролитного обмена в организме (препараты калия, кальция, магния, железа и др.). При кишечных кровотечениях применяли также гемофобин, викасол, рутин, желатину и аминокaproновую кислоту.

Местное лечение осуществлялось лечебными микроклизмами с рыбьим жиром, облепиховым, льяным, оливковым маслами, настоями ромашки, шиповника и ромазоланом.

Сульфаниламидные и антибиотические препараты, как правило, не применялись, к ним прибегали лишь при наличии температуры и септических состояний. Из стероидных препаратов был применен преднизолон у двух больных с тяжелым течением болезни (по известной схеме). У одной больной указанное лечение заметного эффекта не дало. У другой больной на 4-й день развилась картина микроперфорации кишечника при отсутствии какого-либо улучшения в ходе основного заболевания. Только путем интенсивного терапевтического воздействия больную удалось спасти от грозного осложнения. Иммунодепрессивные препараты не применялись.

Лечение больных НЯК сульфасалазином производилось согласно инструкции.

Данные о пустырнике и применении его нами сводятся к следующему.

Пустырник сердечный—*Leonopus cardiaca*—многолетнее травянистое растение семейства губоцветных (*Labiata*), широко распространенное в СССР, поднимающееся в горы до 2000 м над уровнем моря. Обычно растет в огородах, у дорог. Легко удаётся в культуре. Собранные во время цветения верхние части стеблей с цветками и листьями содержат неактивные алкалоиды, дубильные вещества, леонурии, горькие вещества, эфирное масло, сапонины. Назначают при повышенной возбудимости, сердечно-сосудистых неврозах, в ранних стадиях гипертонической болезни, базедовой болезни, эпилепсии.

То обстоятельство, что в народной медицине пустырник известен под названием «травы от болезней кишечника», побудило нас применить его при НЯК. Сведений о применении его в этих целях в литературе мы не нашли. Больные принимали растение *per os* в виде 5%-ного водного настоя 3 раза в день по столовой ложке в течение 10—15 дней и *per rectum* в виде 2%-ного водного настоя один раз на ночь по 100 мл через день, всего 8—10 клизм на курс.

Рекомендуемое лечебное питание в активной фазе НЯК: исключение из рациона алкогольных напитков и лимонада, молока, кефира, мацони, простокваши, сметаны, мороженого, мясных блюд из баранины и свинины, жареных блюд, шоколада, кофе, какао, мучных изделий, сахара, винограда, помидор и блюд с томатом. Доводится до минимума употребление хлеба (рекомендуется только белый)—100—150 г в сутки, а при возможности исключается вовсе. Рекомендуются: блюда из куриного мяса, телятины, говядины, нежирной рыбы (в вареном, рубленном и пареном виде), в день 200 г. Из молочных продуктов рекомендуется: сливочное масло (лучше сбить из сметаны)—в день до 30 г, творог (лучше изготовить из свежего молока)—в день до 200 г, нежирный сыр—до 50 г. Хорошо переносятся различные каши (на воде со сливочным маслом)

из риса, гречневой, манной, перловой, овсяной круп, а также овощные супы или вторые блюда с капустой, свеклой, морковью, шпинатом и др. Рекомендуется ежедневно принимать свежие соки из различных овощей (кроме помидоров) и фруктов (кроме винограда), а также свежие компоты из абрикосов, персиков, груш, яблок, которые лучше подсластить ксилитом или сорбитом. Недостаток углеводов можно возместить употреблением варений из ягод и фруктов. Целебно действует гранат.

С наступлением ремиссии больные постепенно переходят на стол № 4 по Певзнеру.

Сравнительные результаты лечения различными вариантами приведены в табл. 1 и на рис. 1, где расхождение доверительных границ (стрелки в столбиках) сравниваемых данных указывает на статистическую достоверность, и наоборот (данные обработаны по В. С. Генесу)*.

Таблица 1

Сравнительные результаты лечения больных НЯК различными вариантами

Варианты лечения	Число больных	Результаты лечения			
		прочная ремиссия	неполная ремиссия	без эффекта	летальный исход
I. Комплексное лечение без сульфасалазина	28	9 32% ±9 16-52	4 14% ±7 4-33	11 39% ±9 22-60	4 14% ±7 4-33
II. Комплексное лечение с применением сульфасалазина	95	55 58% ±5 47-68	14 15% ±4 8-24	20 21% ±4 13-31	6 6% ±2 2-13
III. Лечение пустырником	21	19 90% ±7 70-99	1 5% ±5 8-24	1 5% ±5 0-24	— 0 ±5 0-16
IV. Комплексное лечение с применением сульфасалазина и пустырника	27	22 82% ±8 62-94	2 7% ±5 1-24	2 7% ±5 0-24	1 4% ±4 1-24
V. Лечение одним из первых четырех вариантов без диетотерапии	48	15 31% ±7 19-46	18 38% ±7 24-53	9 19% ±6 9-33	6 12% ±5 5-25
VI. Лечение одним из первых четырех вариантов в комбинации с рекомендуемым лечебным питанием	96	59 62% ±5 51-71	22 23% ±4 15-33	10 10% ±3 5-18	5 5% ±2 2-12
VII. Комплексное лечение с применением сульфасалазина, пустырника в сочетании с рекомендуемым лечебным питанием	23	21 91% ±6 72-99	1 4% ±4 0-22	— 0 ±4 0-15	1 4 ±4 0-22

* Генес В. С. Некоторые простые методы кибернетической обработки данных диагностических и физиологических исследований. М., 1967.

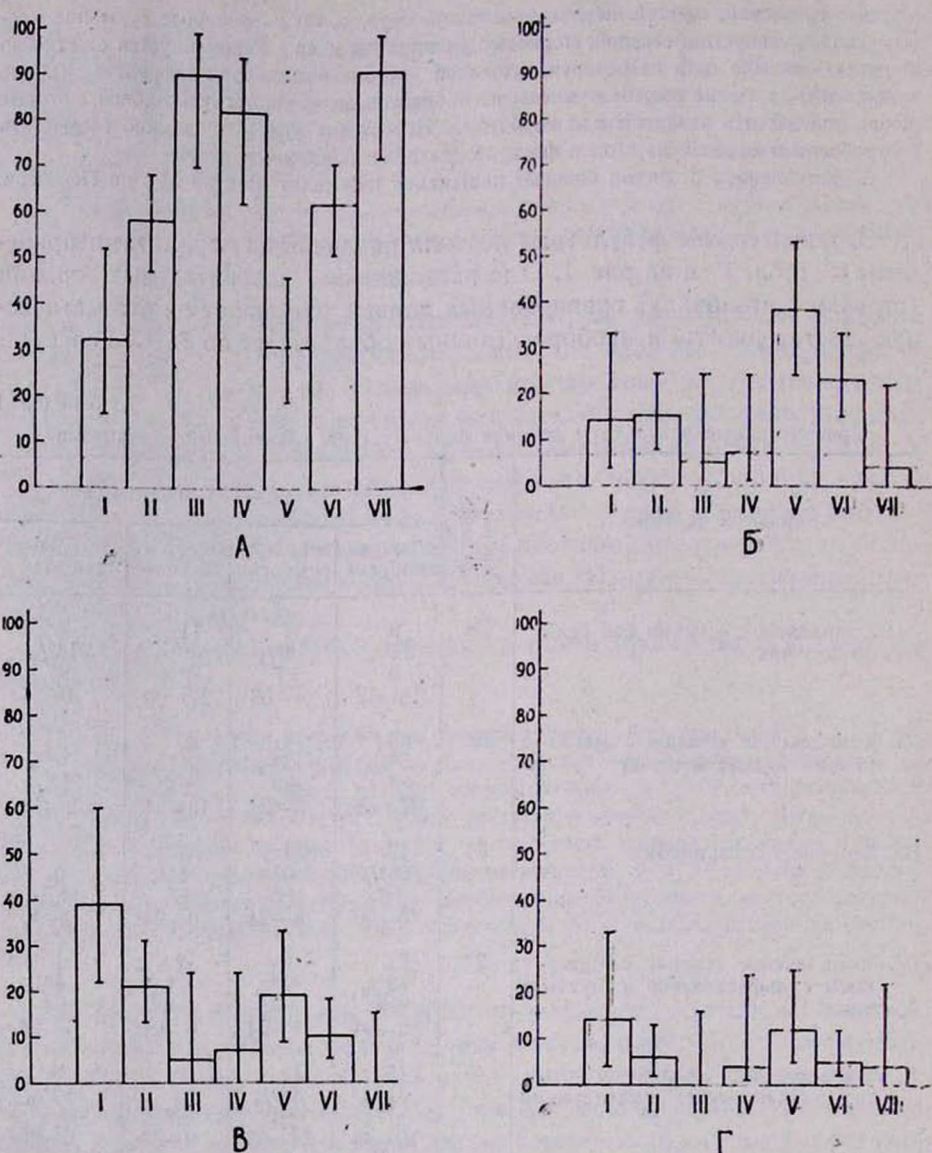


Рис. 1. Сравнительные результаты лечения больных НЯК различными вариантами. А—стойкая ремиссия, Б—неполная ремиссия, В—лечение без эффекта, Г—летальный исход. I—VII—варианты лечения.

Из данных табл. 1 следует, что наилучший терапевтический эффект был получен при сочетании комплексного патогенетического лечения с сульфасалазином, пустырником и диетотерапией. При лечении только пустырником (III вариант) эффект лучше выражен в сравнении с IV вариантом потому, что лечение проводилось в основном при благоприятном течении НЯК. При угрожающих формах болезни подключался весь комплекс лечения (с пустырником).

Слабый эффект наблюдался при исключении диетотерапии и сульфасалазина, что указывает на их важную роль в общем комплексе терапии НЯК.

Хотелось бы особо отметить терапевтическую ценность пустырника. Больные испытывают большое облегчение после лечебных микроклизм. Уже после 3—4 клизм исчезают боли в животе и метеоризм, при этом никаких побочных явлений не возникает. Применение внутрь настоя пустырника, к которому мы прибегали при проксимальном язвенном поражении кишечника, быстро снимает вздутие со стороны желудка, боли в правом подреберье, нормализует стул, успокаивает нервную систему, улучшает сердечную деятельность.

Как было указано, 58 больных НЯК находились под диспансерным наблюдением. У 15 из них болезнь протекала в тяжелой форме, у 29 она имела среднетяжелую и у 14—легкую форму. В связи с тем, что указанные больные регулярно подвергались клинико-лабораторным ис-

Таблица 2

Сравнительные показатели лечения больных НЯК, находящихся под диспансерным наблюдением и вне диспансерного учета

Изучаемые показатели	Больные, находящиеся под диспансерным наблюдением (58)	Больные вне диспансерного учета (86)
Клиническое обострение болезни	14 24% +6 14—37 P<0,05	44 51% ±5 40—62
Лечение обострения в стационарных условиях	8 14% +5 6—25 P<0,05	44 51% ±5 40—62
Осложнения	5 9% +4 3—19 P<0,05	31 36% +5 26—47
Стойкая ремиссия	47 81% ±5 68—90 P<0,05	44 51% +5 40—62
Восстановление трудоспособности	50 86% +5 75—94 P<0,05	50 58% +5 47—69
Летальный исход	2 3% ±2 0—12 P>0,05	9 10% +3 5—19

следованиям, нам удавалось выявить начало надвигающегося обострения в его субклинической стадии. В таких случаях лечение легких и среднетяжелых случаев НЯК не представляло особых трудностей и проводилось большей частью вне стационарных условий, нередко без отрыва от производства. Такая возможность не исключалась и при тяжелых формах болезни.

Из табл. 2 и рис. 2 видно, что из лиц, находящихся на диспансерном учете, только 14% лечилось в стационарных условиях, а 51% больных—вне диспансерного наблюдения. Стойкая ремиссия при первом случае имела место у 81, а во втором—у 51% больных. Восстановление трудоспособности наблюдалось у 86 и 58% больных соответственно. Клиническое обострение у первой группы больных имело место в 4 случаях, а во второй—в 44%. Полученные данные статистически достоверны (рис. 2).

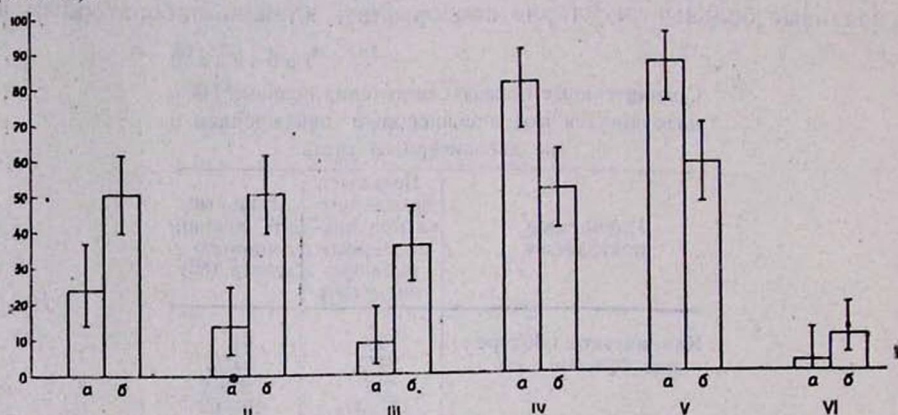


Рис. 2. Сравнительные показатели лечения больных НЯК, находящихся под диспансерным наблюдением и вне диспансерного учета. а—больные, находящиеся под диспансерным наблюдением; б—больные вне диспансерного учета. I—клиническое обострение болезни, II—лечение обострения в стационарных условиях, III—осложнения, IV—стойкая ремиссия, V—восстановление трудоспособности, VI—летальный исход.

У больных, находящихся на диспансерном учете, смерть имела место в двух случаях (данные аутопсии показали раковое перерождение язв), а у больных вне диспансерного учета—в 9 случаях. Данные по летальности статистически недостоверны.

Итак, результаты лечения больных с НЯК, находящихся под диспансерным наблюдением и вне диспансерного учета, показали следующие преимущества первого: с помощью раннего выявления наступающего обострения заболевания удается своевременно организовать противорцидивное лечение большей частью без отрыва от производства. Значительно облегчается лечебная помощь, меньше затрачивается лекарственных средств. Удаётся добиться более стойкой ремиссии. Осложнения встречаются в меньшем проценте случаев. Удаётся сократить время пребывания больных в стационаре. Уменьшается частота выраженных клинических проявлений заболевания, что способствует выздоровлению больных.

ВЫВОДЫ

1. Лечение больных НЯК должно проводиться строго индивидуально по принципу воздействия на отдельные патологические звенья, исходя из общего состояния больного, а также формы и стадии заболевания.

2. Пустырник сердечный является надежным целебным средством, оказывающим благоприятный эффект при данном заболевании.

3. Сочетание комплексного патогенетического лечения с применением сульфасалазина, пустырника и рекомендуемого лечебного питания дает наилучший терапевтический эффект.

4. Успех лечения больных НЯК в большой мере зависит от раннего выявления рецидивов, которое лучше осуществляется при диспансерном наблюдении.

Научно-исследовательская лаборатория
лечебного питания кафедры гигиены
питания Ереванского медицинского
института

Поступила 9/1 1974 г.

Ա. Ա. ՇԱՀԲԱԶՅԱՆ

ՈՉ ԲՆՈՐՈՇ ԽՈՑԱՅԻՆ ԿՈՒԼԻՏԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՓՈՐՁ

Ա մ փ ո փ ու մ

Աշխատանքում բերված են ոչ բնորոշ խոցային կոլիտով հիվանդների մոտ-
թերապևտիկ միջոցառումների զուգորդումների մի քանի տարբերակներով
բուժման համեմատական արդյունքները: Բերվում են նաև դիսպանսերային
հսկողության տակ գտնվող և հսկողության տակ չգտնվող հիվանդների բուժ-
ման համեմատական արդյունքները: Դիտարկման տակ են եղել 144 հիվանդ-
ներ:

Ստացված արդյունքները ցույց են տվել, որ բուժական լավագույն ար-
դյունք ստացվում է կոմպլեքսային պաթոգենետիկ բուժման, սուլֆասալազի-
նի, առյուծափի (դեղաբույս) և մեր կողմից առաջարկվող բուժական սնուցման
զուգորդման դեպքում, հատկապես այն ժամանակ, երբ հիվանդները գտնվում
են դիսպանսերային հսկողության տակ: