

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ В АМБУЛАТОРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

***Ковалев А. Н., Миркин Я. А., Скорляков В. В., Бабиев В. Ф.,
Ефанов С. Ю., Родаков А. А., Толстов И. Е., Баев О. В.***

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия.*

Введение. Язвенный колит относится к группе иммунопатологических воспалительных заболеваний кишечника, этиология которых не установлена. Язвенный колит является хроническим заболеванием толстой кишки, характеризующимся иммунным воспалением ее слизистой оболочки. По данным эпидемиологических регистров, распространенность язвенного колита в мире в зависимости от географического расположения регистрируется в диапазоне 21–505 случаев на 100 тысяч населения. В России распространенность язвенного колита составляет 19,3–29,8 случаев на 100 тысяч населения. В последние десятилетия в Российской Федерации, как и в других странах мира, наблюдается отчетливый рост заболеваемости воспалительными заболеваниями кишечника. По данным эпидемиологических исследований, в России в период 2012–2015 гг. прирост заболеваемости язвенным колитом составил 31,7 %.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность применения современных отечественных препаратов в комплексном лечении пациентов с воспалительными заболеваниями дистальных отделов толстой кишки различного генеза в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. В настоящее исследование были включены 75 пациентов с воспалительными заболеваниями дистального отдела толстого кишечника различного генеза, находившихся на лечении на кафедре общей хирургии РостГМУ г. Ростов-на-Дону в период 2020–2024 гг. Мужчин было — 32, женщин — 43. Возраст больных варьировал от 18 до 75 лет. Большинство пациентов были лица трудоспособного возраста. Средний возраст больных составил $39,5 \pm 5,8$ лет. Тяжесть атаки согласно индексу активности ЯК (индекс Мейо) у пациентов колебалась в диапазоне от 4 до 9 баллов (в среднем — $6,7 \pm 1,8$ баллов), что также соответствовало легкой или среднетяжелой активности заболевания. При морфологическом исследовании эндоскопических колонобиоптатов у большинства пациентов независимо от нозологической формы заболевания констатировали признаки высокой степени гистологической активности воспалительного процесса в кишечнике (очаговая десквамация эпителия, разрушение крипт, наличие эрозий и изъязвлений), что соответствовало подстепеням 4.3 и 5.3 по шкале Гебоэса.

Всем пациентам в амбулаторных условиях проводилось консервативное лечение, целью которого являлось достижение и поддержание стойкой ремиссии заболевания. Медикаментозная терапия первой линии включала препараты 5-АСК, которые вводились местно в прямую кишку в виде суппозиториев с месалазином или ректальной пены месалазина (до 1–2 г/сут) в комбинации с пероральным приемом этого препарата (гранулы Салофальк или Пентаса) в общепринятой терапевтической дозе согласно рекомендациям. Оценку эффективности медикаментозного лечения проводили через 2 недели. При положительном ответе на лечение указанную медикаментозную терапию пролонгировали до 6–8 недель. При недостаточной эффективности лечения препаратами месала-

зина пациентам дополнительно назначали ГКС в виде ректальной пены будесонида (до 2 мг/сут) или перорально в виде кишечнорастворимых капсул (Буденофальк) в общепринятой дозировке.

В зависимости от варианта проведения медикаментозного лечения все пациенты были разделены на две группы. У 37 пациентов I (контрольной) группы проводилась вышеуказанная общепринятая (стандартная) медикаментозная терапия, включая применение ректальных форм традиционных лекарственных препаратов. У 38 пациента II (основной) группы стандартная программа медикаментозного лечения дополнялась топическим применением лекарственного средства «Уролайф». У этих пациентов на фоне проведения стандартной медикаментозной терапии дополнительно осуществляли инстилляции в прямую кишку препарата «Уролайф», содержащего в 1 мл 0,8 мг гиалуроновой кислоты.

Результаты и обсуждение. Мы обратили внимание на препарат «Уролайф» (гиалуронат натрия) (производитель ООО «Ривьера Биотек», Россия), который в повседневной клинической практике применяется в качестве вязкоэластичного протектора слизистой оболочки мочевого пузыря при лечении различных видов его воспалительных заболеваний (включая лучевой цистит) в виде внутривезикулярных инстилляций. Основным активным компонентом препарата «Уролайф» является гиалуроновая кислота, входящая в состав защитного мукополисахаридного (гликозаминогликанового) слоя уроэпителия. Разрушение этого защитного слоя под воздействием различных повреждающих факторов приводит к возникновению одного из видов хронического цистита, а восстановление — к стойке ремиссии или даже излечению заболевания.

Исходя из этого нами был разработан и апробирован в клинической практике способ топического лечения воспалительных заболеваний дистальных отделов толстой кишки различного генеза, включая язвенный колит и лучевой проктосигмоидит, предусматривающий проведение инстилляций препарата «Уролайф» в ректосигмоидный сегмент (патент РФ № 2807235 от 13.11.2023 г. Способ лечения воспалительных заболеваний терминального отдела толстого кишечника).

Применяемая нами методика лечения больных основной группы заключалась в следующем. Препарат «Уролайф» предварительно подогревали на водяной бане до 37 °С и вводили в дистальный отдел толстой кишки в теплом виде, что способствовало ее расслаблению и тем самым дополнительно оказывало анальгезирующее и спазмолитическое воздействие. Для введения препарата использовали клизму в виде груши на 100 мл с одноразовым длинным гибким ректальным катетером, устойчивым к перегибам и изломам, длина которого промаркирована и регулируется от 10 до 40 см (ООО «АССОМЕДИКА», Беларусь). Это позволяло для каждого пациента индивидуально подбирать необходимую длину катетера в соответствии с локализацией зоны поражения в дистальном отделе толстой кишки. Гибкий наконечник катетера вводили на глубину, точно соответствующую середине локализации поражения дистального сегмента толстой кишки, установленного при обследовании для каждого конкретного пациента. После завершения процедуры пациентов обязывали находиться в положении лежа на левом боку с согнутыми ногами не менее 2 часов, что, благодаря анатомическому расположению сигмовидной кишки относительно ампулы прямой кишки, способствовало продвижению лекарственного средства по толстой кишке в проксимальном направлении и препятствовало преждевременному неконтролируемому току его в сторону анального канала.

Выводы. Следует также отметить, что одним из поводов для проведения настоящего исследования явился активный поиск новых перспективных отечественных лекарственных средств, применение которых возможно в амбулаторных условиях (включая дневной стационар), направлено на повышение эффективности лечения и уменьшение его стоимости.

Так, в основной группе больных, которым дополнительно проводилась медикаментозная топическая терапия лекарственным средством «Уролайф», сроки заживления эрозий и язв слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишок сокращались почти вдвое по сравнению с контрольной группой пациентов, получавших стандартную схему лечения (соответственно $29,4 \pm 5,7$ суток про-

тив $52,8 \pm 6,2$ суток от начала медикаментозного лечения). В связи с этим у пациентов основной группы отмечался более быстрый регресс основных клинико-лабораторных признаков обострения заболевания, включая редукцию болевого синдрома, кишечных симптомов и интоксикационного синдрома, а также в более ранние сроки наблюдалась нормализация лабораторных параметров, в том числе уровня фекального кальпротектина, по сравнению с пациентами контрольной группы.

Таким образом, у пациентов основной группы удавалось в более ранние сроки от начала лечения достичь устойчивой ремиссии заболевания (практически полностью исключить рецидив в течение 6–12 месяцев после окончания медикаментозной терапии), восстановления трудоспособности пациентов и повышения качества их жизни, чем в контрольной группе больных.