

З.И.Красовицкий

**О КЛАССИФИКАЦИИ КОЛИТОВ, ПРАВИЛЬНОЙ  
КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАКТОВКЕ ТЕРМИНА,  
ПРИНЦИПАХ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ**

Сумский государственный университет,  
кафедра инфекционных болезней

В теоретическом и практическом отношении одним из важных в медицине является патология дигестивной системы (системы пищеварения).

В инфектологии заболевания, поражающие эту систему, по количеству случаев и тяжести последствий уступают место, пожалуй, только респираторным инфекциям. Большой удельный вес среди заболеваний дигестивной системы занимают колиты.

В настоящем сообщении на основании литературных данных и собственного опыта мы поделимся теми соображениями, которые считаем важными для правильной клинической трактовки термина «колит», имеющего принципиальное значение в правильной патогенетической его оценке и проведении полноценного патогенетически обоснованного лечения. Эти же данные в определенной степени необходимы для составления классификации колитов, которые должны облегчить правильный принципиальный подход к диагностике, дифференциальной диагностике и лечению.

В сообщении будут приведены анатомо-физиологические данные, убедительно показывающие тесную связь и взаимозависимость всех органов дигестивной системы как в норме, так и в патологии, а также подчеркнута их онтогенетическое родство: из единой пищеварительной трубки эмбриона развивается желудок, поджелудочная железа, тонкий и толстый кишечник, печень. Вот почему при поражении одного из органов пищеварительной системы страдает вся система. Поэтому только в целях врачевания принцип преимущественного поражения того или иного отдела кишечника дает нам право говорить о колите, энтерите, энтероколите и т.д.

Особо тесная связь толстого кишечника – Krasum с тонким кишечником – Tenije. Более чем в половине случаев при острой форме болезни приводит к необходимости ставить диагноз энтероколита. Следует напомнить, что через тонкий кишечник (составляющий 4/5 всего кишечника) в основном всасывается вода, здесь же происходит основная химификация пищи. В докладе приводится схема ферментативных процессов, проходящих в тонком кишечнике.

Через тонкий кишечник всасывается не только то, что полезно, но что и вредно (постоянно мышечные волокна). Роль тонкого кишечника значительно шире, чем толстого (отсюда оправдано название не дизколит, а дизентерия).

В толстом кишечнике всасываются остатки воды и формируются шлаки. При запорах – obstipacio задерживается 60% гнилостных микробов. При всех этих процессах не могут быть в стороне ни печень, ни pancreas.

**Выводы.** Любой отдел кишечника, страдая, поражает всю дигестивную систему, каждый кишечный больной – это и печеночный больной.

Термины “энтерит”, “колит” условные. По нашему убеждению, при затяжных, тем более хронических формах болезни одного из органов дигестивной системы, развивается «дигестивит» с преимущественным поражением одного из органов пищеварения или отделов кишечника, требующий комплексного лечения всей дигестивной системы.

Однако от терминов «колит», «энтерит», «энтероколит», получивших право гражданства, практически отказываться нельзя, но в этот термин нужно вкладывать определенный смысл.

Термин «колит» ввел впервые в 1896 году Образцов и им же разработана дифференциальная диагностика между энтеритом и колитом.

В процессе многолетнего опыта и на основании анализа литературных данных нами разработана классификация колитов.

Первым и наиболее важным вопросом классификации является решение о инфекционном или неинфекционном характере колита.

Чем опаснее инфекция, тем ответственнее решение. Согласно этому принципу предлагаем прежде всего разделить колиты на 2 группы:

А ( I ) – инфекционные;

В ( II ) – неинфекционные.

В классификации предусмотрены принципы определения колитов: патанатомический, топографический, по тяжести болезни, срокам заболеваемости и, наконец, по исходам.

Проведена дифференциальная диагностика наиболее, как нам кажется, часто встречающихся колитов: язвенного, неспецифического, бактериальной и амёбной дизентерии.

На основании личного опыта даны практические советы по диспансеризации и лечению больных хроническими колитами.

М.Д. Чемич, В.А.Бутко

## **ЕТИОЛОГІЯ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, КЛІНІКА ГОСТРОЇ ДИЗЕНТЕРІЇ СЬОГОДНІ**

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб

Серед інфекційних хвороб одне з провідних місць займають гострі кишкові інфекції (ГКІ). За період з 1995 по 2000 роки в Україні зареєстровано понад 260 спалахів ГКІ. Серед них значне місце посідає гостра дизентерія (ГД). У Сумській області захворюваність на ГД коливається від 110 на 100 000 населення (у 1996 та 2000 роках) до 21,4 – у 1997 році. Ріст захворюваності призводить до значних економічних збитків.

Мета роботи – провести аналіз захворюваності на гостру дизентерію у Сумській області з 1994 по 1999 роки, виявити її етіологічну структуру і клініко-епідеміологічні особливості перебігу гострої дизентерії в сучасних умовах.

Нами проаналізовано 1936 історій хвороб пацієнтів з ГД, з них чоловіків – 1007 (52,0%), жінок – 929 (48,0%),